ImpPEER

MHB MEDIZINISCHE HOCHSCHULE BRANDENBURG

EX-IN Experten durch Erfahrung® in der Psychiatrie EX-IN Deutschland e.V.

UKE HAMBURG

ERFAHRUNGEN UND EMPFEHLUNGEN ZUR ARBEIT MIT PEER- UND GENESUNGSBEGLEITENDEN IN DER PSYCHIATRIE

INHALT

EINFÜHRUNG **5**
Peer-zu-Peer-Unterstützung im internationalen Kontext 7
Peer- und Genesungsbegleitung in Deutschland 9

DAS BESONDERE AN DER PEER- UND GENESUNGSBEGLEITUNG **20**
Veränderungen für NU* 20
Veränderungen für MA* 21

PEER- UND GENESUNGSBEGLEITUNG ALS BERUFSGRUPPE **22**
Anerkennung als Berufsgruppe 22
Finanzierung, Entlohnung und verpflichtender Einsatz 25
Berufsständische Organisation 27
Qualifizierung von PGB* 28

ANSTELLUNG UND ENTLOHNUNG **32**
Anstellung 32
Entlohnung 33

WEGE IN DIE INSTITUTION **36**

EINSTELLUNG UND VORBEREITUNG DER INSTITUTION **37**
Vorbereitung der Institution 37
Recovery Orientierung 38
Implementierungskonzept 39
Planung der Einarbeitung 40
Schulung der Mitarbeiter*innen 41
Ausreichende Vorbereitung und Ansprechpartner*innen 43

ANFANGSPHASE DER IMPLEMENTIERUNG **45**

TÄTIGKEITEN/ ARBEITSPLATZ **48**
Tätigkeitsbeschreibungen 48
Kernaufgaben der PGB* – keine fachfremden Hilfstätigkeiten 50

ARBEITSPLATZGESTALTUNG UND ARBEITSBEDINGUNGEN 52
Flexible Arbeitszeiten 54

ZUSAMMENARBEIT 56
Akzeptanz und Wertschätzung der PGB* 56
Integration in Behandlungsteams 57
Rollenklarheit 59
Reflexion von Vorurteilen 62
Kritikkultur 63
Selbstfürsorge 64
Einholung der Expertise der PGB* 64

MITBESTIMMUNG 66
Mitbestimmung bei Behandlungsentscheidungen 66
Betriebliche Mitbestimmung 67

SUPERVISION UND AUSTAUSCH 68
Supervision 68
Intervision und Institutionsübergreifender Austausch 69

WEITERBILDUNG UND KARRIERE 71
Teilnahme an Fortbildungen 71
Berufliche Weiterentwicklung 72
PGB* als Leitungspersonen (Senior Peers) 73

STÄRKUNG DER PEER- UND GENESUNGSBEGLEITUNG 74
Mindestzahl PGB* 74
Eigenständigkeit der Peer- und Genesungsbegleitung 75
Peer-geleitete Behandlungs- und Versorgungsangebote 77
Gefahren der Vereinnahmung
und Maßnahmen zum Erhalt des Spezifischen 78
Maßnahmen zur Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit 80

CHECKLISTE 84
LITERATURVERZEICHNIS 90
IMPRESSUM 96

EINFÜHRUNG

Die Broschüre, die Sie hier gerade lesen, ist ein zentrales Ergebnis der dreijährigen, partizipativ-kollaborativen Studie ImpPeer-Psy 5, die vom Innovationsfonds der Krankenkassen finanziert wurde. Von 2020 bis 2024 untersuchten wir – Forschende mit und ohne eigene Erfahrungen psychischer Krisen und psychiatrischer Behandlung und psychischer Krisen – die Implementierung von Peer- bzw. Genesungsbegleitung in der krankenkassenfinanzierten psychiatrischen Versorgung in Deutschland. Unsere Studie war ein Kooperationsprojekt der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB), des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) sowie von EX-IN Deutschland e.V. Anders als bei vielen partizipativen Projekten in der Gesundheitsforschung waren Forschende mit Erfahrungsexpertise (lived experience) nicht nur punktuell als „Co-Forschende“ beteiligt, sondern als wissenschaftliche Mitarbeitende angestellt.

Auch fachlich kommen unsere Teammitglieder aus unterschiedlichen Bereichen, unter anderem der Psychologie und Psychiatrie, der Peer- und Genesungsbegleitung, der Pflege, aber auch der Germanistik, Literatur- und Kulturwissenschaft, der Religionswissenschaft, der Kulturanthropologie, der europäischen Ethnologie und der Kunstgeschichte. Trotz mancher Herausforderungen, etwa in der methodischen Zusammenarbeit, haben wir diese unterschiedlichen Perspektiven und die daraus entstehenden multi- und interdisziplinäre Vorgehensweise als Bereicherung empfunden. So wurde auch in diesem Projekt deutlich, dass Forschende mit eigener Krisenerfahrung nicht nur Erfahrungsexpertise, sondern oft auch Fachwissen mit- und einbringen, von dem die Versorgungsforschung profitieren kann.

In der psychiatrischen Versorgung in Deutschland sind Peer- und Genesungsbegleiter*innen, die aus eigener Erfahrung psychischer Krisen oder psychosozialen Beeinträchtigungen andere Menschen in psychischen Krisen unterstützen, eine verhältnismäßig neue Berufsgruppe (mehr dazu siehe unten). Zwar wird ihre Beschäftigung in der neuen Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (die sogen. PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschus-

ses (G-BA) empfohlen, sie ist jedoch bisher kein verpflichtender Teil der Regelversorgung. Die Peer- und Genesungsbegleitung ist aktuell also noch kein geregelter Gesundheitsberuf, und über die Beschäftigungssituation von Peer- und Genesungsbegleiter*innen ist im krankenkassenfinanzierten Bereich wenig bekannt.

Aus diesen Wissenslücken leitete sich das zentrale Ziel der ImpPeer-Psy 5-Studie ab, nämlich systematisch Erkenntnisse zu Bestand und Bedarf der Peer- und Genesungsbegleitung in der krankenkassenfinanzierten Versorgung in Deutschland zu gewinnen. Der konkrete Auftrag war, praxis- und evidenzbasierte Empfehlungen zur Implementierung dieser neuen Berufsgruppe zu erstellen, bzw. dazu, wie die Peer- und Genesungsbegleitung in diesen Versorgungsbereich gut eingeführt werden kann. Dazu verwendeten wir ein sogenanntes Mix-Method Design, das qualitative und quantitative Studienergebnisse miteinander kombiniert. Die einzelnen Studienteile – eine systematisches Literaturreview, eine großangelegte Interviewstudie, eine bundesweite Online-Befragung sowie Workshops mit unterschiedlichen Personengruppen – werden weiter unten genauer erläutert. Durch die Vielfalt der Studienteile konnten wir ein umfassendes Wissen zum Berufsfeld der Peer- und Genesungsbegleitung erarbeiten.

Diese Broschüre richtet sich in erster Linie an Menschen unterschiedlicher Berufsgruppen der klinisch-psychiatrischen Versorgung, incl. Peer-und Genesungsbegleiter*innen selbst und an weitere Interessierte. Sie stellt unser Projekt vor und fasst unsere Ergebnisse zusammen. Bei Interesse sind die detaillierten Ergebnisse in unseren wissenschaftlichen Publikationen nachzulesen, die in der Literaturliste im Anhang genannt werden. Auch zu unserem gemeinsamen Forschungsprozess haben wir eine eigene Publikation verfasst, die dort genannt wird.

Vor allem finden sich in der vorliegenden Broschüre unsere Empfehlungen wieder, die wir so konkret wie möglich gehalten haben. Aufgrund der Finanzierung durch den Innovationsfonds konzentrierten sich unsere Erhebungen auf die krankenkassenfinanzierte Versorgung, obwohl Peer- und Genesungsbegleitung für Menschen

in psychischen Krisen auch in anderen Versorgungsbereichen, wie der Eingliederungshilfe zunehmend verbreitet ist. Unserer Einschätzung nach können unsere Empfehlungen zumindest in Teilen auch für diese Bereiche nützlich sein – zumal wir auch Anregungen geben, wie Peer- und Genesungsbegleitung als Berufsfeld generell gestärkt werden kann.

Auch wenn wir potenzielle Hürden und Barrieren nicht außer Acht lassen, möchten wir hier vor allem Mut machen. Peer- und Genesungsbegleitung kann ein nutzbringender Ansatz sein, wenn die Voraussetzungen dafür gegeben sind, dass Peer- und Genesungsbegleiter*innen wirksam arbeiten können. Peer- und Genesungsbegleiter*innen stellen dabei nicht nur eine Bereicherung für die Arbeit in psychiatrischen Teams dar, sondern können, wenn ihre Änderungsimpulse in der multi-professionellen Behandlungskultur umgesetzt werden, mit ihren Perspektiven einen unverzichtbaren Beitrag zu einer entstigmatisierenden, gewaltfreien, Menschenrechts-orientierten Psychiatrie leisten.

Peer-zu-Peer-Unterstützung im internationalen Kontext

Im Folgenden nutzen wir die Abkürzung PGB* für Peer- und Genesungsbegleitende, während Peer- und Genesungsbegleitung ausgeschrieben wird. Wir haben uns für die Kombination „Peer“ und „Genesung“ entschieden, weil, wie weiter unten näher beschrieben, die Genesungsbegleitenden in Deutschland zahlenmäßig am meisten vorkommen, international der Begriff Peer Support Work (Peer-Unterstützungsarbeit bzw. Peerbegleitung) aber am gebräuchlichsten ist. Das * soll darauf hinweisen, dass die PGB* sehr unterschiedlich in ihrer Positionierung und ihren Hintergründen sein können. Entsprechend nutzen wir die Abkürzung NU* für Nutzer*innen von psychiatrischen und psychosozialen Leistungen (= Patient*innen) und MA* für die Mitarbeitenden dieser Einrichtungen.

Die Peer-zu-Peer-Unterstützung unter Psychiatrieerfahrenen entwickelte und verbreitete sich – unseres Wissens nach – in angelsächsischen Ländern, den USA, in Kanada und Australien, in England und den Niederlanden bereits seit den 1970er Jahren. In marginalisierten

Gruppen mit gesellschaftlicher Mehrfachdiskriminierung, wie von Rassismus und Sexismus betroffenen Menschen, war die Selbsthilfe mit Peer-zu-Peer-Unterstützung überlebenssichernd. Die Leistungen und Kulturen solcher Selbsthilfenetzwerke blieben für die Normalgesellschaft weitgehend unsichtbar und unbekannt. Eigenständig arbeiteten von Betroffenen geführte Organisationen, die sich entschieden von der psychiatrischen Versorgung abgrenzten und alternative Unterstützungs- und Mutmachinitiativen wie auch Krisenbegleitung entwickelten. Beispiele sind die Peer Respites in den USA oder die Consumer Survivor Initiatives als eigene kleine Säule der psychiatrischen Versorgungslandschaft in Ontario/Canada.

So entwickelte sich Peer-zu-Peer-Unterstützung in verschiedenen Ländern des internationalen *Consumer Survivor (Ex-)Patient (C/X/S) Movement* zuerst im Kontext von Selbsthilfe und Selbstvertretung. Es gab und gibt eine Vielfalt von Positionierungen von Abgrenzung und Eigenständgkeit bis zu diversen Ausprägungen der Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Institutionen der jeweiligen Regionen. Sofern diese Selbstvertretungsinitiativen mit Ablehnung von psychischer Normgesundheit (Sanismus und Mentalismus) und mit Entwicklung eigener Selbstbestimmungskulturen einhergingen, stellten sie sich in die Tradition emanzipatorischer Bewegungen, zu denen das *Civil Rights Movement* der US-amerikanischen Schwarzen, *Second Wave Feminism*, die Schwulen- und Lesben- oder auch die Behindertenrechtsbewegung gehör(t)en. Ein wichtiges Stichwort war – und ist auch heute noch – Empowerment, manchmal mit „Selbstermächtigung“ oder „Selbstbefähigung“ übersetzt. Hierbei geht es nicht nur um eine Stärkung des Selbstbewusstseins als Individuum und als Gruppe, sondern strukturelle und kulturelle Benachteiligungen sollen systemisch erkannt und gesellschaftliche Veränderungen durch selbst betroffene Menschen angestoßen und erkämpft werden.

Vereinzelt seit den 1980er Jahren und vermehrt seit den 1990er Jahren, wurden in den USA von Vertretenden der Berufsgruppen Rehabilitation oder Gemeindepsychiatrie, danach ebenfalls in psychiatrischen Kliniken, Rollen für (ehemalige) Patient*innen in der psychiatrischen Versorgung geschaffen. Im neuen Millenium wurden die Qualifikationsmaßnahmen und die Arbeitsmöglichkeiten für

psychiatrieerfahrene Menschen in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen zuerst in den USA evaluiert, teils in nationenweiten Netzwerken koordiniert, sowie in immer mehr US-Bundesstaaten die neue Rolle der "Peer Specialists" zur Zertifizierung gebracht. Bahnbrechend war in den USA seit 1999 die Abrechenbarkeit von Unterstützungsarbeit der "Peer Specialists" durch staatliche Hilfsprogramme wie Medicaid, was Anstellungsmöglichkeiten grundlegend sicherte und Zertifizierung notwendig machte. In den folgenden mehr als zwanzig Jahren entwickelten sich international in vielen Ländern, nicht nur in den westlichen, eine wachsende Anzahl von Arbeitsmöglichkeiten Menschen, die eigene Erfahrungen mit psychischen Krisen, Erkrankungen und Genesung haben. Es existiert eine Vielfalt an Trainingsprogrammen mit unterschiedlichen Schwerpunkten, Konzepten, Dauer und Intensität, welche alle auf selbst gelebten Erfahrungen aufbauen. Sehr variabel gestaltet sich in verschiedenen Ländern die Mitwirkung von Organisationen Psychiatrieerfahrener und von Vertretenden verschiedener Berufsgruppen an der Schaffung dieser neuen Arbeitsangebote der Peer-Begleitung in der psychiatrischen Versorgung, über deren Entwicklung inzwischen international viele Arbeiten und Dokumentationen vorliegen.

Peer- und Genesungsbegleitung in Deutschland

In Deutschland wurden die Möglichkeiten der Peer- und Genesungsbegleitung verschiedenartig ins Leben gerufen. Vorreiter war das Krankenhaus Geesthacht in Schleswig-Holstein. Dort wurde bereits in den 1990er Jahren ein Projekt initiiert, bei dem NU* in die Übernahme von Aufgaben der Peerbegleitung hineinwachsen konnten. Später wurde das Programm EX-IN (Experienced Involvement) prägend, das in den Jahren 2005-2007 aus einem gleichnamigen EU-Projekt hervorging. Dieses hatte zum Ziel, Genesungsbegleitende umfassend für die Arbeit in verschiedenen psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen zu qualifizieren und ihnen zugleich berufliche Perspektiven zu eröffnen. Dieses Programm wurde, entgegen anderen, parallel verlaufenden Entwicklungen in Deutschland, wie die Herausbildung des Peer Counseling (s.u.), nicht von der Selbsthilfe oder -vertretung, sondern zentral von im psychiatrischen System professionell arbeitenden Menschen getragen.

Dieser Ursprung wird durchaus kritisiert. So unterscheidet sich die Genesungsbegleitung fundamental von der Peer-zu-Peer-Unterstützung, die selbstbestimmt von Menschen mit Behinderungen entwickelt wurde. Bereits 1994 hat die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e.V. (ISL) in Deutschland das sogenannte Peer Counseling initiiert, in dem ausschließlich selbst beeinträchtigte Menschen aktiv sind. Das hat auch Auswirkung auf das Selbstverständnis und das Curriculum dieser Peerbegleitung: im Gegensatz zur Genesungsbegleitung wird im Peer-Counseling meistens eine deutlich kritischere Haltung in Bezug auf Fürsorgeinstitutionen und die gesamtgesellschaftliche Diskriminierung vertreten, sowie Fragen des wechselseitigen Empowerments, der Selbstbestimmung und Teilhabe zentral gestellt. Und schließlich findet sich dort eine deutlichere Orientierung an Menschenrechten, die mit Kritik an psychiatrischen Diagnosen und Praktiken der Zwangsbehandlung einhergeht – eine Kritik, die in dieser Weise nicht in EX-IN Trainingsprogrammen zu finden ist.

Das einjährige EX-IN-Curriculum wird derzeit von über 30 Ausbildungsträgern in Deutschland angeboten. Darüber qualifizierte Personen werden als EX-IN Genesungsbegleiter*innen oder kurz Genesungsbegleiter*innen bezeichnet. Viele von ihnen sind – ebenso wie EX-IN Trainer*innen in unterschiedlichen Regionalvereinen und/oder im übergreifenden Verein EX-IN Deutschland e.V. organisiert. Daneben gibt es alternative Weiterbildungsangebote zur Peer- und Genesungsbegleitung, die sich an Menschen mit Erfahrungen psychischer Krisen und psychosozialen Beeinträchtigungen richten (z. B. UPSIDES, DBT Peer Coach, oder das genannte Peer Counseling von ISL e.V.). Letztere sind zahlenmäßig im Vergleich zu den Trainings zur EX-IN Genesungsbegleitung deutlich weniger häufig vertreten, was auch dazu führt, dass sowohl in der ambulanten Sozialpsychiatrie als auch im Bereich der krankenkassenfinanzierten psychiatrischen Versorgung (= zumeist der Versorgungsbereich der Kliniken) v.a. EX-IN qualifizierte PGB* eingesetzt werden.

Vertreter*innen diese Gruppe der EX-IN Genesungsbegleitung sind entsprechend auch in der ImpPeer-Psy5 Studie in der deutlichen Überzahl, obgleich wir uns bei der Umsetzung dieser Studie bemüht

haben, zumindest auch Absolvent*innen anderer Weiterbildungen zu befragen. Entsprechend lassen sich unsere Ergebnisse nur in Grenzen auf die Peerbegleitung jenseits der Genesungsbegleitung generalisieren. Keine Aussagen lassen sich ableiten zum Vergleich mit Peer-gemachten Unterstützungsinitiativen aus den USA, Kanada, England oder den Niederlanden. Umgekehrt ist die Peer- und Genesungsbegleitung in Deutschland derzeit stark durch das Curriculum und die Werte der EX-IN-Genesungsbegleitung geprägt. Der Fokus unserer Studie auf Genesungsbegleitende ist also ein realistisches Abbild der gegenwärtigen Versorgungslage hierzulande, deren Untersuchung das Ziel des Drittmittelgebers war. Um die Existenz und Berechtigung der anderen Ansätze jenseits der Genesungsbegleitung zumindest sichtbar zu halten, nutzen wir im Folgenden dennoch das Begriffspaar der Peer- und Genesungsbegleitung, auch wenn diese Wortkombination dem zahlenmäßigen Ungleichverhältnis sowohl im Rahmen unserer Studie als auch in der bundesdeutschen Versorgung nicht entspricht.

Im Verlauf der letzten 15-20 Jahre ist die Peer- und Genesungsbegleitung in der bundesweiten psychiatrischen Versorgung zunehmend bekannter geworden und wird inzwischen auch in verschiedenen Leitlinien empfohlen. Die genaue Zahl der insgesamt in Deutschland beschäftigten PGB* im krankenkassenfinanzierten Bereich (im Folgenden auch genannt SGB V-Bereich, weil er vom Sozialgesetzbuch V geregelt wird) ist unbekannt – geschätzt beschäftigen aber nur ein kleiner Teil der psychiatrischen Kliniken und kaum niedergelassene Ärzt*innen PGB*. Da die Peer- und Genesungsbegleitung bisher noch kein Teil der Regelversorgung ist, gibt es keine einheitlichen und verbindlichen Regelungen zu ihrer Finanzierung und berufsständischen Organisation. Und schließlich gaben die neuen Regelungen zur Personalsteuerung in der psychiatrischen Versorgung (PPP-RL) in Deutschland Anstoß zu Diskussionen, wie sich die Peer- und Genesungsbegleitung im Krankenhausbereich als neue Berufsgruppe implementieren lässt.

Diese Broschüre stellt zentrale Ergebnisse unserer ImpPeer-Psy5 Studie und daraus abgleitete Empfehlungen vor, wie eine nachhaltige Implementierung der Peer- und Genesungsbegleitung vor allem im

krankenkassenfinanzierten klinischen Bereich gelingen kann. Damit möchten wir ermutigen, den Ansätzen der Peer- und Genesungsbegleitung in Ihrer Institution eine Chance zu geben – und so einen Beitrag zu leisten, die klinische Versorgung von Menschen in psychischen Krisen in Deutschland zu verbessern. Auf Literaturverweise haben wir im Fließtext der Broschüre verzichtet. Im Anhang finden Sie Literaturempfehlungen zur Anstellung von und Arbeit mit PGB*, welche wir Teammitglieder ausgewahlt haben.

Die ImpPeer-Psy5-Studie: wie haben wir geforscht?

Die Beforschung von Peer- und Genesungsbegleitung in der krankenkassenfinanzierten psychiatrischen Versorgung in ganz Deutschland stellte uns zuerst vor die Frage: wie ist das machbar? Richtungsweisend für die Studie waren zuerst die Forschungsfragen: worauf wollen wir schauen? Um Erkenntnisse zu gewinnen, gibt es verschiedene wissenschaftliche Methoden. Bei den Studienteilnehmenden stellt sich die Frage: wer gibt Informationen? Und das "Wie" befasst sich auch mit den Arten, Teilnehmende zu befragen, so ist bspw. möglich, Interviews oder Umfragen zum Ankreuzen zu nutzen.

Teilnehmende
Einerseits suchten wir Teilnehmende für Interviews und andere qualitative Befragungen, in denen geduldig zugehört werden kann, was PGB*, MA* anderer Berufsgruppen oder NU* erzählen. Da jedes Interview zu sehr vielen Daten führt, konnten wir schon aus Gründen begrenzter Ressourcen nicht zu viele Interviews durchführen. Auch suchten wir Teilnehmende in verschiedenen Bundesländern, in Metropolen oder kleineren Städten oder ländlich gelegenen Einrichtungen. Wir wollten Stimmen aus der etablierten Klinikpraxis ebenso hören wie aus der neueren Zuhausebehandlung, bei der Menschen in ihrem häuslichen Umfeld behandelt werden.

Anders sah es beim Versenden unserer Online-Umfrage aus. Nicht Auswahl und Begrenzung, sondern möglichst viele

Teilnehmende war die Devise. Tatsächlich konnten wir die Einladung zu unserer Umfrage zur Peer- und Genesungsbegleitung bundesweit an alle Kliniken mit psychiatrischer Pflichtversorgung per E-Mail schicken. Eine große Antwortzahl kann in der Forschung dazu genutzt werden, die Antworten in Form von Zahlenwerten und Statistiken zu erfassen. Das wird dann eine quantitative Untersuchung genannt.

Für den Blick in die Gestaltung einer möglichen besseren Zukunft kam eine neuartige Erhebungsmethode ins Spiel: Theory of Change Workshops. Bei dieser Methode werden unterschiedliche Akteur*innen, die für das jeweilige Thema wichtig sind, zu einem strukturierten Austausch eingeladen und ihr Input anschließend analysiert und mit einer sogenannten Theory of Change Map visuell dargestellt. In unseren Theory of Change Workshops zu ImpPeer-Psy5 veranstalteten wir Gesprächsgruppen, in denen PGB*, Trainer*innen, NU*, Personen mit Leitungsfunktion, andere multiprofessionellen Kolleg*innen sowie Angehörige, Akteur*innen aus Selbsthilfe-Organisationen und Forschende anderer Projekte mehrfach zu einem Austausch zur nachhaltigen Implementierung von Peer- und Genesungsbegleitung eingeladen wurden.

Tatsächlich wurde im Verlauf der Auswertungen für einige von uns Neu-Forschenden deutlich, wie stark sich Entscheidungen zu Methoden, die getroffen wurden, später auf die Ergebnisse auswirkten. Ein Beispiel: im Vorfeld der qualitativen Untersuchungen war uns die Beteiligung von Expert*innen rund um Peer- und Genesungsbegleitung an der Gestaltung der Forschungsfragen wichtig. Wir waren dankbar, dass sich über 30 Menschen dafür in drei Fokusgruppen Zeit genommen hatten. Wir hatten nicht durchdacht, dass darunter fast nur Befürwortende der Genesungsbegleitung in der Krankenhauspsychiatrie waren. Demgegenüber hatten wir keine Menschen aus alternativen Angeboten, wie der früheren Berliner Krisenpension oder aus den Krisenzimmern des landesverbands Psychiatrieerfahrener gezielt eingeladen. Einige neuartige Arbeitsweisen aus der unabhängigen Peer-

Unterstützung in anderen Ländern sind im partizipativen Auswahlprozess sowie in den Studienteams nicht mehrheitlich ausgewählt worden. Haben wir dadurch notwendige Warnungen oder Innovationspotentiale schlicht verpasst? Haben wir dazu beigetragen, die Entwicklung der Peer- und Genesungsbegleitung in Deutschland nur in ihrer Integrationsfunktion in die Behandlungskulturen der medizinischen psychiatrischen Versorgung zu untersuchen? Es ist Aufgabe der Forschung, zu solchen Entscheidungen Rechenschaft abzulegen, denn es gibt keine neutrale Forschung.

Qualitative Befragungen

Dieser Studienteil wurde durch Mitarbeitende der Medizinischen Hochschule Brandenburg durchgeführt. Alle Forschenden im Team hatten ihr Wissen aus der Praxis als PGB*, oder als Psychiater oder Fachpflegende, oder aus den eigenen Erfahrungen als Psychiatriepatient*n, oder aus der Mitarbeit in Forschungsprojekten zur Peer- und Genesungsbegleitung in Deutschland oder in angelsächsischen Ländern erlangt. Zum Beginn der Studie schlugen wir damals acht Forschende an der MHB aus diesem Wissensrepertoire mögliche Interviewfragen vor. Es kamen fast 200 Fragenvorschläge zusammen. Ein Teil der Fragen richtete sich auf die bisherigen Erfahrungen des Arbeitens von und mit PGB*, was Bestandserhebung heißt. Ein anderer Teil der Fragen zielte auf Wünsche, Kritiken und Verbesserungsvorschläge zur Arbeit der Peer- und Genesungsbegleitung, was Bedarfserhebung genannt wird.

Anschließend machten wir Online-Gesprächsgruppen mit unterschiedlichen Expert*innen rund um die Peer- und Genesungsbegleitung als Berufsarbeit. In diesen partizipativen Meetings fragten wir, ob wir wirklich alle wichtigen Fragen gefunden haben, und ob diese Fragen sprachlich verständlich waren. Dafür hatten wir Personen aus psychiatrischen Stationen, aus Trainings der Peer- und Genesungsbegleitung, aus Berufsverbänden, Gewerkschaft und Forschung zu On-

line-Meetings eingeladen, um unsere Forschungsfragen kritisch zu begutachten. Die meisten Fragen wurden für gut befunden, einige umformuliert, und neue Fragen kamen hinzu. Die partizipativ geprüften Fragen teilten wir für verschiedene Interviews auf. Es gab drei Fragensammlungen für Interviews mit PGB*, zwei Fragensammlungen für MA* anderer Berufsgruppen und eine Sammlung für NU*.

Über einige Wochen führten wir damit 56 Interviews durch, die aufgenommen und verschriftlicht wurden. So entstanden hunderte Seiten mit gesprochenen Einblicken in die Arbeitswelt von und mit PGB*. Diese Interviewtexte wurden ausgewertet und zusammengefasst. Das Forschungsteam schrieb zu dem gedruckten Text Bedeutungen auf, die Codes genannt werden. Durch die Codes wurden die vielen Interviewtexte vergleichbar gemacht. Mittels Anordnung der vielen hunderte Codes entstand eine übergreifende Struktur mit Schwerpunktthemen. Darüber gab es viele Diskussionen, da aus verschiedenen möglichen Themenauswahlen und -anordnungen nur eine ausgewählt werden konnte. Dieses Ordnungssystem für die Ergebnisse aus den Interviews heißt „Codebaum“.

Wir entschieden uns für eine Orientierung an der Einstellungslogik im Betrieb der Psychiatrie, damit die Ergebnisse der Studie klarer für Praktiker*innen sind – eine Entscheidung, die sich im Nachhinein als folgenschwer herausstellte, weil sie die Beziehungen und zwischenmenschlichen Erfahrungen in der Arbeit von und mit PGB* in den Hintergrund unserer Auswertung rückte (ein Artikel dazu findet sich in der Literatursammlung, ebenso wie ein Artikel, der die Methoden auf Englisch beschreibt).

In einem zweiten Teil der qualitativen Befragungen wurden Fragen aus dem ersten Teil vertieft und ganz neue Forschungsfragen gestellt, nachdem alle Interviews ausgewertet waren. Das verschaffte uns die Möglichkeiten, uns vertiefter mit einzelnen Themen auseinanderzusetzen. Die

Ergebnisse aus dem zweiten Teil wurden teilweise mit den Ergebnissen aus dem ersten Teil zusammengeführt und für Veröffentlichungen aufgearbeitet.

Quantitative Befragung
Dieser Studienteil wurde durch Mitarbeitende des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt. Um die unterschiedlichen Perspektiven – PGB*, NU*, MA* und Leitungspersonen (LTG*) – quantitativ zu erfassen, wurde eine standardisierte Umfrage partizipativ entwickelt. Sie beinhaltete überwiegend geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortoptionen (Ja/Nein-Antworten oder auf bspw. fünfstufigen Skalen) sowie an ausgewählten Stellen offene Antwortmöglichkeiten. Der Fragebogen deckt die zentralen Themenbereiche wie Anstellungsbedingungen, Bezahlung, Zusammenarbeit, Qualifikation und Implementierung ab.

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Umfrage wurden aus mehreren Quellen abgeleitet. Grundlage bildeten die Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit zur Implementierung von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung in Europa, die vom Forschungsteam im Rahmen der Studie durchgeführt wurde. Ergänzend wurden Interviewleitfäden verwendet und angepasst, die vom MHB-Team für die vorangegangenen qualitativen Erhebungsphasen entwickelt worden waren. Darüber hinaus flossen die Ergebnisse aus zwei partizipativen Theory of Change (ToC)-Workshops in die Entwicklung ein.

Auf dieser Basis wurde ein erster Entwurf des Fragebogens erstellt, der anschließend im Rahmen mehrerer Sitzungen mit dem partizipativen Beratungsgremium EmPeeRie NoW sowie in Fokusgruppen mehrfach überarbeitet wurde. Das Gremium, das am UKE angesiedelt ist, besteht aus NU*, PGB*, Angehörigen, MA* und Forschenden. Es wirkte maßgeblich an der Entwicklung des Studien- und Fragedesigns mit, unterstützte bei der Formulierung der Items, der sprachlichen Zugänglichkeit und einem Vortest. Rückmeldungen

aus EmPeeRie NoW waren entscheidend für die sprachliche und strukturelle Überarbeitung des Fragebogens, um eine möglichst hohe Verständlichkeit und Relevanz für alle Zielgruppen zu gewährleisten.

Im Entwicklungsprozess fanden mehrere Sitzungen mit EmPeeRie NoW statt. In einem Termin wurden unter anderem erste Ergebnisse der systematischen Review vorgestellt und diskutiert, wie sich daraus geeignete Fragen ableiten lassen. Auch die Formulierung und Positionierung der demographischen Fragen wurde intensiv im Austausch mit NoW überarbeitet – insbesondere im Hinblick auf Verständlichkeit und Relevanz. Die Bezeichnung Peer-/Genesungsbegleitung wurde in enger Abstimmung mit EmPeeRie NoW und Peer-Begleiter*innen der früheren Studie UPSIDES-festgelegt, um sowohl EX-IN-nahe als auch andere Peer-Programme abzubilden.

Bereits existierende validierte Fragebögen wurden verworfen, da sie nicht zur spezifischen Fragestellung passten und in Teilen als potenziell diskriminierend angesehen wurden. Ein zentrales Diskussionsthema war, ob allen Zielgruppen die gleichen Fragen gestellt werden sollten. Letztlich wurden vier differenzierte Versionen des Fragebogens entwickelt, die jeweils auf die spezifischen Perspektiven und Kontexte der Zielgruppen zugeschnitten waren. Der ursprüngliche Fragebogen war deutlich umfangreicher und enthielt eine Trennung nach Bestands- und Bedarfsfragen. Diese Struktur wurde aus Gründen der Verständlichkeit gekürzt und Inhalte zusammengefasst. Auch an der Reihenfolge der Fragen wurde iterativ gearbeitet.

Der Fragebogen wurde sowohl digital über LimeSurvey – optimiert für Desktop- und Mobilgeräte – als auch in Papierform angeboten, um die Teilhabe möglichst barrierearm zu gestalten. Die Entscheidung für eine zusätzliche Pen-&-Paper-Version wurde insbesondere auf Grundlage des Feedbacks von EmPeeRie NoW getroffen. Die Verbreitung der Umfragen für PGB* und NU* erfolgte über Netzwerke und persönliche

Weiterempfehlungen. Um Mitarbeitende in psychiatrischen Einrichtungen – auch in Leitungsfunktion – zu erreichen, wurden alle 434 psychiatrischen Krankenhausabteilungen in Deutschland kontaktiert. Insgesamt nahmen 208 PGB*, 204 NU* und 278 MA* an der Umfrage teil.

Theory of Change
Dieser Studienteil wurde durch Mitarbeitende des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt.

Theory of Change Workshops eröffneten die Chance, durch verschiedene Interessensvertretende rund um die Peer- und Genesungsbegleitung positive Veränderungsschritte in Bezug auf die Integration dieser neuen Berufsgruppe in die Psychiatrie einzubringen. Theory of Change Workshops stammen ursprünglich aus sogenannten Low Resource Settings, insbesondere einkommensschwachen Ländern, und werden unter anderem in aktivistischen und NGO-Kontexten verwendet. Dabei bedient sich ein Theory of Change Workshop einer umgekehrten Chronologie: Er geht von einer zuvor definierten gewünschten Wirkung aus (im Falle unserer Studie war dies „Peer-Begleitung ist in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland nachhaltig implementiert und für die Nutzenden jederzeit barrierefrei verfügbar“) und arbeitet dann rückwärts, um die für die Erreichung dieses Ziels relevanten Faktoren und die Zusammenhänge zwischen diesen zu identifizieren. Dadurch hat diese Methode das Potenzial, einen Prozess- und Ergebnisrahmen zu liefern, der die komplexen Interdependenzen widerspiegelt, die in einem Implementierungs-, Veränderungs- oder Evaluierungsprozess auftreten. Am Ende wird eine Theory of Change Map erstellt, die die verschiedenen Aspekte in ihren Beziehungen zueinander visualisiert.

Im Rahmen unseres Projekts fanden sechs aufeinander aufbauende Theory of Change Workshops mit insgesamt 62 Teilnehmenden (pro Workshop jeweils zwischen 8 und 13) statt. Einige der Teilnehmenden waren nur einmal dabei, andere

zwei- oder mehrmals. Neben PGB*, NU* und MA* mit und ohne Leitungsfunktion nahmen Forschende sowie Vertreter*innen aus Politik und Policy teil. Die Ergebnisse der ersten Workshops gingen jeweils in die Vorbereitung der anderen Studienteile ein; umgekehrt wurden die Ergebnisse der übrigen Studienteile in die abschließenden Workshops eingebracht.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Aus den verschiedenen Studienteilen konnten unterschiedliche Ergebnisse und Erkenntnisse schließlich in 40 Empfehlungen zusammengefasst werden. Diese Synthese der Ergebnisse soll dazu beitragen, dass das Projekt Wirkungen auch in der Praxis und Politik entfaltet. Nachfolgend sind die wichtigsten Erkenntnisse und Ergebnisse unter zentralen Ober- und Unterthemen zusammengefasst, die wir in gemeinsamen Sitzungen über alle Studienteile und -teams hinweg gebildet haben.

DAS BESONDERE AN DER PEER- UND GENESUNGSBEGLEITUNG

Der Nutzen der Peer- und Genesungsbegleitung ist in der Wissenschaft vielfach nachgewiesen worden (s. Literaturempfehlungen). In unserer Studie stellten die Befragten eine Reihe von Veränderungen fest, die sich auf den Einsatz von PGB* ließen. Ein Teil der Veränderungen bezieht sich auf die Situation der NU*, ein anderer Teil bezieht sich auf Veränderungen für die Mitglieder von Teams.

Veränderungen für NU*

NU* haben das Gefühl, dass sie mit PGB* offener sprechen können. Sie fühlen sich häufig von PGB* besser verstanden als von anderen MA* der Teams, die über keine eigenen Krisen- und Behandlungserfahrungen verfügen, bzw. mit diesen Erfahrungen nicht offen umgehen. Sie beschreiben ein Gefühl der Vertrautheit und der Sicherheit. PGB* scheinen die Bedeutung des Erlebten und der Krisensituation von NU* besser nachvollziehen zu können.

> *Da habe ich dann auch gesagt, nein, ich will definitiv, dass da nochmal jemand kommt, der*die auch Psychiatrie -Erfahrung hat. Weil die gemeint haben, die haben gerade nicht mehr so viele auf Tasche sozusagen und dann habe ich gemeint, dann muss jemand mit Psychiatrieerfahrung kommen...die verstehen mich mehr.... und dem wurde auch nachgekommen dann.*
> *(Interview NU*)*

PGB* verkörpern und vermitteln Hoffnung, dass neue Möglichkeiten im Leben (wieder) erreichbar sind, sie machen diese Möglichkeiten fühl- und vorstellbar.

> *Die Hauptfunktion, so muss ich es vielleicht sagen oder die wesentliche Funktion von Genesungsbegleitung in meinen Augen ist tatsächlich die gelebte Hoffnung. Das klingt ein bisschen pathetisch. Gelebte Zuversicht, weil das ist definitiv das, was ich glaubwürdig nicht vermitteln kann, weil ich es ja tatsächlich nur theoretisch kenne und aus Erfahrungsberichten. Wenn ich*

sage, es wird schon wieder, es geht doch, machen Sie das und das, dann sagen Patientinnen und Patienten zurecht, Sie können das sagen, Sie waren nie in der Situation. Stimmt ja auch. Und wenn eine Genesungsbegleiterin oder ein Genesungsbegleiter dasteht und sagt: „Hör mal zu. Doch, kenne ich. Ich war in einer ähnlichen Situation." Vielleicht sogar noch dramatischer. Und schau mich an, hier stehe ich, arbeite ich (Interview MA)*

Als weitere Stärke wird die Tatsache benannt, dass PGB* mehrere Perspektiven – insbesondere die NU*-Rolle – kennen und deshalb eine wichtige Vermittlerfunktion übernehmen können. In diesem Zusammenhang wurde von einer/m PGB* von „Zweisprachigkeit" gesprochen. PGB* sind für NU* ansprechbar und ihr Blick ist auf deren Ressourcen gerichtet.

Veränderungen für MA*

Auch die MA* profitieren von dieser „anderen" Perspektive der PGB*, sofern sie sich darauf einlassen. Sie lernen oft erst im Kontakt mit PGB*, dass ein Leben mit Beeinträchtigungen auch ein gutes, erstrebenswertes Leben sein kann (Recovery-Perspektive). Auch aus Sicht der MA* dienen PGB* oft als Übersetzer*innen zwischen NU* und MA*.

Auf jeden Fall diese Brückenfunktion oder auch eine Art Übersetzungsfunktion. Ich glaube, die Teams brauchen auch die Perspektive der Patienten, viel nähergebrachter noch, und auf der anderen Seite die Patienten brauchen auch die Übersetzung in die Richtung Mitarbeitende, wenn Fragen auftauchen, dass in die Richtung da was besprochen wird... Die haben die Aufgabe, den Kontakt zu den Patienten zu suchen und in den Visiten oder Themenbesprechungen deren Perspektive rüber zu transferieren. (Interview MA)*

Die Sprache in Teams wird durch den Einsatz von PGB* sensibler, weniger stigmatisierend. Durch die verbesserte Akzeptanz von PGB* verändert sich die Sicht auf NU*. „Krank/gesund" und „MA/NU" werden nicht mehr nur im schwarz-weiß– Spektrum gesehen. Team-Mitglieder

fangen an, offener über eigene Krisen zu sprechen, sehen sich selbst anders und trauen sich eher mal zu sagen: „Heute ist ein schlechter Tag“. Die Offenheit gegenüber NU* nimmt zu, das Verständnis für sie und Empathie. Der Umgang mit Diagnosen und Medikamenten kann umsichtiger werden. Die Zusammenarbeit mit PGB* kann dazu führen, dass MA* die Verantwortung wieder mehr an NU* zurückgeben, dass sie Symptome hinterfragen und den Sinn dahinter erkennen lernen.

PEER- UND GENESUNGSBEGLEITUNG ALS BERUFSGRUPPE

Die folgenden Textteile enthalten einige Empfehlungen aus der Imp-Peer-Psy5-Studie. Diese Empfehlungen sind mit dem Studienziel verbunden, das wiederum durch den Auftraggeber (der Gemeinsame Bundesausschuss) der Studie definiert war. Wie oben beschrieben, haben wir die Empfehlungen aus der Diskussion der Ergebnisse der einzelnen Studienteile im Forschungsteam abgleitet.

Anerkennung als Berufsgruppe

> *..., dass Genesungsbegleitung als Berufsgruppe anerkannt wird in der Klinik. Das ist, glaube ich, der nächste Schritt und ohne den wird es nicht gehen. (Interview MA*)*

In Deutschland hat sich die Peer-/ Genesungsbegleitung in den letzten Jahren deutlicher etabliert. Auch Kliniken sind zunehmend daran interessiert, PGB* einzustellen. Teilweise gelingt es nur unter Schwierigkeiten – oder gar nicht – die ausgeschriebenen Stellen zu besetzen. Selbst in Kliniken, die PGB* beschäftigen, ist die Peer- und Genesungsbegleitung oft nicht bei allen MA* bekannt.

Nach wie vor ist die Peer- und Genesungsbegleitung nicht als Gesundheitsfachberuf anerkannt, auch die Qualifikation der PGB* ist nicht verbindlich geregelt. Tatsächlich ist mangelnde berufliche Anerkennung der Tätigkeit auch ein internationales Problem – das komplexe, stark formalisierte System der Berufsordnungen in Deutschland

stellt hier eine weitere Barriere dar. Einige der Interviewpartner*innen in unserer Studie, insbesondere PGB*, äußerten die Befürchtung, eine offizielle Anerkennung der Peer- und Genesungsbegleitung als Beruf könnte zu einem Verlust von Flexibilität und Vielfalt führen. Demgegenüber wurde in der quantitativen Befragung die offizielle Anerkennung als Beruf von allen Gruppen als wichtig eingeschätzt: PGB* selbst vergaben dabei durchschnittlich 9,27 von 10 möglichen Punkten (Standardabweichung: 1,77), NU* 8,67 Punkte (SD: 1,64), MA* 8,33 Punkte (SD: 2,09) und Leitungspersonen 8,22 Punkte (SD: 2,36). Die Bewertungen erfolgten auf einer Skala von 1 („unwichtig") bis 10 („sehr wichtig"). Insgesamt befürwortete die Mehrheit der Teilnehmenden über alle Studienteile eine solche Anerkennung, und erhoffte sich davon eine größere Attraktivität des Berufs und bessere Arbeitsbedingungen.

> *Okay. Ich wünsche mir von der Institution, dass die Peerbegleiter genau als eigene Berufsgruppe genau so sind wie alle anderen Berufsgruppen auch vom Standing her und dass sie so behandelt werden. (Interview PGB*) (Interview PGB*)*

Der Weg zu einem offiziellen Status, etwa als geregelter Gesundheitsberuf, ist kompliziert und langwierig.

Mehrere der dabei geäußerten Punkte lassen sich jedoch auch individuell an der Basis – etwa bei der Implementierung in einer Klinik umsetzen. Auch dies kann die Position von PGB* stärken und so perspektivisch zu einer Anerkennung als eigenständige Berufsgruppe beitragen.

So ist es notwendig, für PGB* ausreichend Ressourcen bereit zu stellen. Zentral sind attraktivere Rahmenbedingungen, etwa durch unbefristete Arbeitsverträge bzw. zeitnahe Möglichkeiten zur Entfristung, und klare Stellenbeschreibungen, die Raum für eigene Schwerpunkte lassen. Auch ein Nutzen eigener Spielräume, um PGB* Aufstiegs- und Karrierechancen zu ermöglichen, ist hilfreich. Wichtig ist außerdem, die Peer- und Genesungsbegleitung bekannter, sichtbarer und besser zugänglich für NU* zu machen, unter anderem durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit. Und nicht zuletzt

braucht es für strukturelle Veränderungen eine „kritische Masse“ an PGB*. Soweit möglich sollten daher ausreichend PGB* eingestellt und ihnen, wo gewünscht, auch ein größerer Stundenumfang angeboten werden.

In dieser Broschüre möchten wir unsere Empfehlungen vorstellen, wie diese und weitere Aspekte in der Praxis umgesetzt werden können, um die Peer- und Genesungsbegleitung nachhaltig in der klinischen psychiatrischen Versorgung zu implementieren.

Die Peer- und Genesungsbegleitung sollte als eigene Berufsgruppe anerkannt werden. Es ist notwendig, für diese Berufsgruppe Ressourcen bereit zu stellen.

Finanzierung, Entlohnung und verpflichtender Einsatz

> *GB werden am unteren Ende der Gehaltstabelle eingestuft mit Blick darauf, dass sie „nur“ ein Zertifikat haben. (...) Schließlich fließt in die Genesungsbegleitung sämtliche Krankheits-, Lebens- und Berufserfahrung ein. Trotzdem als „Angelernter“ eingestuft zu werden (...) ist nicht gut für das Selbstbewusstsein und auch nicht für die Motivation. Bezahlung sollte individueller ausgehandelt werden können. Bisher sind GB eher ein „preiswertes Extra“, zumindest finanziell. Somit sind sie nicht gleichwertig (...) (Interview PGB*)*

Bisher ist die Peer- und Genesungsbegleitung in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland noch nicht Teil der Regelversorgung. Auch deshalb gibt es für die Finanzierung keine einheitlichen Regeln, die Lage ist abhängig von Bundesland und Region sehr heterogen. Möglich und in der aktuellen Situation vielfach empfehlenswert ist beispielsweise eine Finanzierung über Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Finanzielle Ressourcen für andere Berufsgruppen sollten dabei nicht gekürzt und eine Konkurrenz zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen vermieden werden. Mehrheitlich sahen die Studienteilnehmenden eine Aufnahme von Peer- und Genesungsbegleitung in die Regelversorgung und einen verpflichtenden Einsatz von PGB* als wünschenswert an. Dies wurde auch in der quantitativen Befragung sehr deutlich.

Ein verpflichtender Einsatz von PGB wurde von PGB* selbst im Durchschnitt mit 9,24 von 10 Punkten bewertet (Standardabweichung: 1,54), von MA* mit 8,10 Punkten (SD: 2,01) und von Leitungspersonen mit 8,05 Punkten (SD: 2,23). Auch die Integration in die Regelversorgung insgesamt wurde als sehr wichtig eingeschätzt: PGB* vergaben hier im Schnitt 9,50 Punkte (SD: 1,31), NU* 8,93 Punkte (SD: 1,78), MA* 8,40 Punkte (SD: 2,03) und Leitungspersonen 8,35 Punkte (SD: 2,11).* Die Bewertungen erfolgten jeweils auf einer Skala von 1 („unwichtig“) bis 10 („sehr wichtig“).

In den Interviews wurde das Thema allerdings auch kontrovers diskutiert und die Befürchtung geäußert, eine Verpflichtung zur Einstellung von PGB* könnte zu ihrer Vereinnahmung und dem Verlust Peer-spezifischer Ansätze im Klinikalltag führen.

Was die Stundenzahl betrifft, sind die Bedürfnisse und Wünsche von PGB* sehr heterogen und individuell. Manche würden gerne in Vollzeit arbeiten, für andere hingegen sind Alternativen zu einem konventionellen Angestelltenverhältnis notwendig, etwa, weil sie Erwerbsminderungsrente beziehen.

> *So mit 20 Stunden hatte ich auch dann das Gefühl, das funktioniert schon. Mit 10 Stunden fühlte ich mich in der Regel zu wenig vor Ort und präsent. (Interview PGB*)*

> *Ich brauche immer wieder Pausen zwischen meinen Arbeitstagen. Um wieder durchatmen zu können. (Interview PGB*)*

Wichtig ist daher eine Vielfalt von Anstellungsmöglichkeiten, die bei Bedarf auch einen niedrigschwelligen Einstieg mit geringem Stundenumfang ermöglicht. Zugleich wünschte sich in unserer Umfrage eine deutliche Mehrheit (78,8%) eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung.

Für eine gute Implementierung sollte diese Option daher unbedingt angeboten werden. Verbindliche Regeln zu verankern, ohne die Vielfalt zu gefährden, bleibt herausfordernd.

Zentral für eine gute Implementierung ist ein angemessener, auskömmlicher Lohn, der es den Mitarbeitenden ermöglicht, ihren Lebensunterhalt zu finanzieren. Ein als zu gering empfundener Lohn ist ein Hauptgrund für Frustration und Unzufriedenheit bei PGB*.

Wichtig ist für viele dabei auch, dass es prinzipiell möglich ist, das Gehalt mit anderen Einkommen kombinieren zu können. Es gilt, individuelle Lösungen zu finden.

Die Peer- und Genesungsbegleitung soll als Teil der Regelversorgung finanziert werden. PGB* sind in allen Behandlungssettings zu finanzieren.

Ressourcen anderer Berufsgruppen sollten dafür nicht gekürzt werden.

Die Peer- und Genesungsbegleitung sollte als Teil der Personalverordnung (PPP-RL) im krankenkassenfinanzierten Bereich in einer ausreichenden Anzahl verpflichtend eingesetzt werden.

Berufsständische Organisation

Eine Träger-übergreifende Interessenvertretung im Sinne eines Berufsverbands wird als wichtig empfunden, auch, um die Berufsgruppe zu stärken und die Qualität der Peer- und Genesungsbegleitung zu sichern.

Die Anbieter von Qualifizierungsmaßnahmen sind zumeist regional gut vernetzt; dies kann beim Aufbau übergreifender Strukturen hilfreich sein. Es wurde regelhaft die Forderung nach mehr Gestaltungsmacht in Bezug auf Versorgungsstrukturen durch PGB* laut. PGB* sollten sowohl in lokalen als auch bundespolitischen Gremien zur Planung der Gesundheitsversorgung beteiligt werden. Das derzeitige Übergewicht der Absolvent*innen des EX-IN-Trainings wird in diesem Zusammenhang kritisch diskutiert: wie kann der Vielheit von Trainings- und Begleitungsansätzen strukturell Rechnung getragen werden?

Eine Vernetzung der unterschiedlichen, bundesweiten Peer- und Genesungsbegleitung-Anbieter- und Trägerorganisationen ist im Rahmen des Teilprojektes „Kartographie“ im Rahmen des ImpPeer-Psy5 Projektes begonnen worden. Diese Anstrengungen sind fortzuführen, damit eine übergreifende Organisation in Zukunft möglich wird.

> ***Wenn es um den Berufsverband geht, dann müssten sie ja einen eigenen gründen. Ob das jetzt schon tragfähig wäre, das weiß ich nicht. Tatsächlich ist das auch eine schwierige Frage, weil man denkt ja immer sofort an Pflege. Also keiner würde sie ja in die Ärztekammer drücken, sage ich mal so. Von daher wäre so ein Fachverband eigentlich schon sinnvoll (Interview MA*)***

Die Gründung einer berufsständischen Organisation ist zu empfehlen.

Qualifizierungsmaßnahmen

> *Also für mich hat das bedeutet, dass wir Leute nehmen, die eine eigene Krankheitserfahrung haben, (...) die aber auch eine Qualifizierungsmaßnahme durchlaufen haben. (...) wir wollen nicht nur sagen, jemand hat eine Erfahrung mit dem psychiatrischen System und geht damit in Reflexion, sondern wir wollten das schon auch ein Stück weit strukturierter haben und haben gesagt, bei uns, damit jemand Genesungsbegleiter sein kann, muss er diese Module durchlaufen, auch um eine gewisse Struktur zu haben. (Interview MA*)*

Sowohl in Deutschland als auch international existieren Projekte, bei denen PGB* auch ohne formale Qualifizierung erfolgreich tätig sind. Im klinischen Bereich ist in Deutschland vor allem das bereits erwähnte Geesthachter Modell in Schleswig-Holstein bekannt.

Über alle Studienteile hinweg zeigen unsere Ergebnisse jedoch, dass eine verpflichtende strukturierte Qualifizierungsmaßnahme für PGB* insgesamt für zentral gehalten wird. Neben einer Basisqualifikation als Voraussetzung für die Arbeit als PGB* wird dabei auch eine fortlaufende Weiterbildung während der Berufstätigkeit selbst empfohlen.

Eine psychiatrische Diagnose bzw. Krisenerfahrung allein wurde übergreifend als wichtiger Aspekt der Identität als PGB*, aber nicht ausreichende Qualifikation angesehen. Nicht zuletzt, weil eine Peer- und Genesungsbegleitung-Weiterbildung eine gemeinsame strukturierte Reflexion von Krisen, aber auch von Strategien für einen positiven Umgang mit herausfordernden Situationen beinhaltet. So können die Teilnehmenden von einem autobiographischen „Ich-Wissen“ zu einem „Wir-Wissen“ kommen (so ein Konzept aus der EX-IN Weiterbildung), das empowernde Begleitung für Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen und Hintergründen ermöglicht. Dies erhöht die Effektivität der Peer- und Genesungsbegleitung und ist daher wichtig für eine erfolgreiche Implementierung im klinischen Bereich.

Während die EX -N Weiterbildung hier am häufigsten genannt wurde, sprachen die Befragten sich für eine Ausbildungsvielfalt aus.

> ***Die bereits bestehenden unterschiedlichen Ausbildungskonzepte müssten als gleichwertig anerkannt werden (z.B. EX-IN, UPSIDES, Peer Counseling), da Sie ähnliche Inhalte haben und die Teilnehmenden in allen Ausbildungen viel lernen.***
> ***(Quantitative Befragung PGB*)***

Verbindliche Mindeststandards sind für die Befragten unverzichtbar. Sinnvoll wäre hier eine übergreifende berufsständische Organisation, über die eine Zertifizierung von Peer- und Genesungsbegleitung-Trainings erfolgen könnte. Dabei sollten die Trainings auch berufsbegleitend möglich und zudem niedrigschwellig finanziell zugänglich sein.

Inhaltlich empfehlenswert ist zudem ein stärkerer Fokus auf menschenrechtliche Aspekte und Behandlungsentscheidungen sowie auf die Arbeit in der Akutpsychiatrie.

Eine Kooperation der Anbieter unterschiedlicher Weiterbildungen innerhalb eines Dachverbandes könnte zur Qualitätssicherung beitragen, die Interessen der Berufsgruppe politisch vertreten und zugleich ihre Sichtbarkeit, ihr Prestige und das Ansehen der Berufsgruppe vergrößern.

Zugleich könnte ein Berufsverband dazu beitragen, das spezifische Berufsprofil der Peer- und Genesungsbegleitung weiterzuentwickeln, auch im Hinblick auf weitere Professionalisierungs- und Karrieremöglichkeiten, und auf die Refinanzierung von Qualifizierungsprogrammen – immer noch werden diese in vielen Fällen aus eigener Tasche bezahlt.

> ***Also vom Staat habe ich für meine Ex-In Ausbildung nichts bekommen. Weder vom Arbeitsamt noch vom Jobcenter noch vom Landratsamt. Die haben alles abgelehnt, mich da zu unterstützen. Und dann bin ich an so Stiftungen gegangen.***
> ***(Interview PGB*)***

Auch eine Kooperation der einzelnen Weiterbildungsprogramme selbst könnte mehr Flexibilität beim Berufseinstieg ermöglichen. Empfohlen werden hierbei modularisierte Angebote, die auch miteinander kombinierbar sein könnten. So würden gleichzeitig einheitliche Qualitätsstandards garantiert, die Vielfalt der Angebote und Wege in die Peer- und Genesungsbegleitung erhalten und eine zu starke Vereinheitlichung und Formalisierung vermieden. In Einzelfällen sollten zudem auch alternative Wege (etwa über umfassende Erfahrungen in der Selbsthilfe/ Selbstvertretung) in den Beruf möglich sein.

Es werden Mindeststandards für Peer- und Genesungsbegleitungs-Qualifikationsmassnahmen empfohlen und die Berufsausübung nach abgeschlossener Qualifikation. Im Einzelfall sollten auch alternative Wege in den Beruf möglich sein.

Praktika

Praxiserfahrungen, insbesondere durch Praktika während der Weiterbildung selbst, wurden übergreifend in allen Studienteilen als integral für eine fundierte Qualifikation als PGB* gesehen. Daher sollten sie Teil der Weiterbildung selbst sein. Sie bieten die Möglichkeit, sich auszuprobieren, unterschiedliche Arbeitsbereiche kennenzulernen und sich im Berufsfeld zu orientieren. Empfehlenswert ist dabei auf jeden Fall auch ein Praktikum im anvisierten Gebiet. So können auch Kontakte geknüpft und im Idealfall Arbeitsverhältnisse angebahnt werden. Hospitationen/ „Shadowing“ oder „Mitlaufen“ können helfen, den Einstieg in ein Praktikum selbst niedrigschwellig zu gestalten. Wenn möglich, sollten Praktika in Einrichtungen stattfinden, die bereits PGB* beschäftigen. Wo bisher noch keine Peer- und Genesungsbegleitung existiert, können aber auch andere Mitarbeitende die Betreuung übernehmen. Umso wichtiger ist in diesen Fällen eine enge Kooperation mit dem betreffenden Weiterbildungsträger.

Praktika sollen (auch in Hinblick auf eine angestrebte Zertifizierung) Teil der Ausbildung sein; Praktika im erwünschten Arbeitsbereich sind zu empfehlen.

ANSTELLUNG UND ENTLOHNUNG

Anstellung

In allen Studienteilen wurden von den PGB* Unsicherheiten im Anstellungsverhältnis benannt, bspw. nur Kurzzeitverträge, Erwerbstätigkeit im Zuverdienst, nur kleine Stellenanteile und sehr häufig eine nur geringe Entlohnung. Angesichts dessen wünschten sich vor allem in der quantitativen Befragung die meisten PGB*, nämlich insgesamt 78,8% der Befragten, eine gesicherte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung.

Gleichzeitig wurde vor allem in den qualitativen Untersuchungen die Sorge vor dem Verlust der bisher vorhandenen Vielfalt an Anstellungsmöglichkeiten benannt. PGB* haben sehr unterschiedliche Lebensbedingungen. Ein nur kleiner Stellenanteil kann bspw. zu derzeitigen Leistungsmöglichkeiten gut passen und entsprechend auch inklusiv wirken.

> *Das Schöne an dem Beruf ist zum einen, dass er mich ja stundenmäßig nicht so wahnsinnig fordert, also selbst wenn es sehr anstrengend ist, bin ich halt nach vier Stunden da draußen. (Interview PGB*)*

So ist auf Einzelfallbasis zu klären, welche Wege der Anstellung und Entlohnung für die anzustellende PGB* individuell passen. Auf übergeordneter Ebene müssen einerseits verbindliche Regelungen zur Vergütung und Anstellung gefunden werden, die andererseits aber diese Vielfalt von Anstellungsmöglichkeiten nicht gefährden.

Eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung wird empfohlen.

Eine Unterzahlung von PGB ist verbreitet. Eine angemessene Entlohnung muss zukünftig sichergestellt werden.*

Entlohnung

In vielen Interviews in der standardisierten Befragung und im internationalen Literaturvergleichwurde deutlich, dass viele PGB* am unteren Ende der Gehaltstabelle eingestuft werden. Dieses wird oft dadurch begründet, dass PGB* „nur“ ein Zertifikat vorweisen können und bspw. keine dreijährige Ausbildung durchlaufen haben. Andere berufliche Abschlüsse, ein Studium oder das Ausmaß der Lebens- oder Krisenerfahrungen bleiben dabei meist unberücksichtigt.

> *Dass unsere Verwaltung, was jetzt die Finanzierung angeht, schon sehr, sehr, sehr stockelig ist. Das ist schon sowas, wo ich mich auch ärgere. Weil die die Eingruppierung vornehmen, nach „das ist ja keine Ausbildung, sondern nur eine Weiterbildung“ und die zum Beispiel vorhergehende Berufserfahrung nicht anerkennen. Das ist ja angelehnt an den öffentlichen Dienst (Interview MA*)*

Das ist für viele PGB* sehr unbefriedigend, einige vermuten eine „Sparlogik“ hinter diesen Vergütungspraktiken, was durch Ergebnisse anderer Studien auch belegt ist.

> *Naja, die sind wesentlich günstiger als Pflegekräfte. Das ist Fakt. Und wenn ich eine Pflegekraft mit einem Patienten in den Ausgang schicke, ist das teurer, als wenn ich einen Genesungsbegleiter rausschicke mit einem Patienten. (Interview MA*)*

Ein weiterer Grund für diese prekären Anstellungsverhältnisse ist das Fehlen allgemein bundesweit verbindlicher Vergütungsregeln. So müssen „eigene Regelungen“ gefunden werden: viele PGB* werden auf Mini-Job Basis eingestellt, unabhängig davon, ob sie eine Rente empfangen oder nicht.

Andere werden nicht direkt über das Krankenhausbudget finanziert, sondern z.B. über befristete Projekte, die dann wiederum bestimmte Entlohnungsanforderungen mit sich bringen. D.h. PGB* werden sehr unterschiedlich bezahlt, tw. sogar in ein und derselben Einrichtung.

> ***Und das hat auch viel Unfrieden in die Organisation gebracht, weil es natürlich klar ist, wenn jemand das gleiche leistet, wie jemand anderes und aber weniger bezahlt wird, dass das zu Unfrieden führt, ist ja völlig klar. (Interview MA*)***

In vielen Fällen rangierte die Eingruppierung auf einer Stufe von E3 (entspricht Hilfstätigkeiten). PGB* erhalten demnach häufig nur eine sehr geringe und nicht selten deutlich geringere Bezahlung für oftmals die gleiche Arbeit anderer Berufsgruppen. Einige PGB* arbeiten sogar auf ehrenamtlicher Basis. Es ist kein Wunder, dass viele PGB* diesen Umstand als fehlende Wertschätzung ihrer Arbeit verstehen.

Umgekehrt fanden sich in unseren Untersuchungen auch PGB*, die mit ihrer Bezahlung zufrieden waren. Wie oben erwähnt, sind häufig kleinere Stellenanteile gewünscht, da mehr Arbeitsstunden zu belastend sind. Außerdem können geringe Stellenanteile mehr Flexibilität und die Möglichkeit bieten, die Peer- und Genesungsbegleitungsarbeit mit anderen Tätigkeiten und Arten von Einkommen zu kombinieren. Die Kombination aus einer schlechten Entlohnung und einem geringen Stellenanteil führt jedoch häufig dazu, dass PGB* ihren Lebensunterhalt nicht bestreiten können.

> ***Ich kann nicht mit einem Kind sagen, ich arbeite als Genesungsbegleiter. Tut mir leid, beim besten Willen nicht. Das finanziert einfach nicht mein Leben. Wenn ich als Krankenpflegehelfer eingruppiert werde, kann ich davon mich und mein Kind nicht bezahlen. (Interview PGB*)***

Zusammenfassend sollte die Möglichkeit gegeben sein, den eigenen Lebensunterhalt aus der Peer- und Genesungsbegleitungsarbeit zu bestreiten. Für einen Teil der PGB* ist die Kombinierbarkeit mit anderen Einkommen oder Tätigkeiten wichtig, die meisten PGB* müssen aber von ihrem Gehalt leben können.

Peer- und Genesungsbegleitungstätigkeiten setzen eine hohe Verantwortungsübernahme und viele Kompetenzen voraus, was bei der Einstufung berücksichtigt werden sollte, so wie dies für andere Berufsgruppen bereits erfolgt. In Diskussionen zum Thema wurde immer wieder überlegt, ob ein tätigkeitsbezogenes Nachvergütungsmodell denkbar ist: auf der Grundlage einer primären Einstufung werden Nachvergütungsschritte in Abhängigkeit vom Tätigkeitspektrum ausgehandelt. In jedem Fall sollten fachliche Qualifikationen und andere berufliche und Lebenserfahrungen jenseits der Peer- und Genesungsbegleitungsqualifikationsmaßnahmen berücksichtigt werden, soweit sie für die Tätigkeit relevant sind.

Nimmt man diese Faktoren zusammen, ist eine Eingruppierung von weniger als EG5 in den meisten Fällen nicht vertretbar. Sie sollte sich dabei an vier Aspekten orientieren:
1) an den tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten,
2) am Umfang der eingebrachten Erfahrungsexpertise sowie
3) an der EX-IN-Qualifikation und
4) an den sonstigen Qualifikationen.

Kritisch wurde dabei diskutiert, wie Erfahrungsexpertise vergütet/angerechnet werden kann: ein quantifizierender Ansatz (Anzahl an Jahren oder der Psychiatrieaufenthalte etc.) greift hier sicher zu kurz. Hingegen sollte der Umfang an kollektiver Wissensbildung (bspw. durch Erfahrungen in der Selbsthilfe/-vertretung) berücksichtigt werden.

Die Eingruppierung sollte sich an diesen Aspekten orientieren:
1) tatsächlich ausgeübte Tätigkeiten,
2) Erfahrungsexpertise,
3) Peer- und Genesungsbegleitungsqualifikation,
4) sonstige Qualifikationen und Berufserfahrungen.

In Zusammenschau aller Aspekte: eine Gehaltsstufe von weniger als EG5 ist nicht vertretbar; bei entsprechendem Tätigkeitsprofil ist mindestens EG9 zu empfehlen.

WEGE IN DIE INSTITUTION

Die bisherigen Stellenangebote zur Einstellung als PGB* decken nicht den Bedarf. Vor allem in ländlichen Regionen gibt es zu wenig Stellen für PGB*gibt, wodurch arbeitssuchende PGB* oft keine Wahl haben, wo sie arbeiten wollen. Es müssen ausreichend Stellen für PGB* sowie finanzielle und strukturelle Anreize dafür geschaffen werden, PGB* zu beschäftigen.

In den ToC-Workshops wurden Möglichkeiten einer Stellenbörse, bspw. beim Arbeitsamt für die Peer- und Genesungsbegleitung diskutiert. Ausschreibungen für PGB* müssen lanciert werden und Krankenhäuser sollten regelhaft Auskunft über die Anzahl der beschäftigten PGB* geben.

Es müssen ausreichend Peer- und Genesungsbegleitungsstellen geschaffen werden. Es braucht Ressourcen für die Vermittlung und Bewerbung von Arbeitsplätzen.

Einige PGB* bewerben sich eigeninitiativ in der Einrichtung. Einige PGB* wurden von Chefärzt*innen oder Oberärzt*innen „angeworben“. Viele PGB* kennen die Institution, in der sie sich bewerben schon, bspw. durch ein dort absolviertes EX-IN Praktikum oder, in nicht wenigen Fällen, weil sie vormals als NU* in der Einrichtung versorgt wurden.

Zu diesem Thema gibt es sehr unterschiedliche, polarisierte Meinungen. Einige Teams fanden diese Konstellation hilfreich, weil der/die PGB* dann bereits bekannt ist und das Team sich besser auf ihn/sie einstellen kann. Andererseits können daraus auch Rollenunklarheiten erwachsen, sowohl auf Seiten der MA* als auch bei den PGB*. In einzelnen Fällen kann es auch ein Ausschlusskriterium bei der Einstellung sein, dass die Person schon mal in der Klinik behandelt wurde.

Zusammenfassend ist zu schlussfolgern, dass Implementierungsprozesse reibungsloser laufen können, wenn sich die Beteiligten schon vorher – aus einer Praktikumssituation und im Einzelfall auch aus der Patient*in-Behandler*in-Interaktion – kennen. Außerdem muss im Vorfeld offen besprochen werden, wie mit Situationen umgegangen werden kann, in denen PGB* in einer Einrichtung schon mal NU* war.

Hier müssen bestimmte Bedingungen geklärt werden, bspw., wie zu verfahren ist, wenn eine Person nochmal die Hilfe dieser Einrichtung in Anspruch nehmen muss.

EINSTELLUNG UND VORBEREITUNG DER INSTITUTION

Vorbereitung der Institution

> *Genesungsbegleitende sind eine diverse Berufsgruppe mit unterschiedlicher Vorbildung, unterschiedlichen persönlichen Bedarfen und unterschiedlichen sozialen Erfordernissen. Einrichtungen sollten sich auf diesen Prozess gemeinsam mit Genesungsbegleitenden begeben. (Interview MA*)*

An allen Entscheidungsprozessen rund um die Einstellung von PGB* sollen neben den Teams auch andere PGB* beteiligt werden. Für ihre Umsetzung sollten die spezifischen Bedürfnisse und Möglichkeiten der PGB* berücksichtigt werden, auch auf Seiten der Personalabteilung. D.h. auf Barrierefreiheit sollte im gesamten Einstellungsprozess und schon in der Ausschreibungsphase geachtet werden.

Ein möglichst offen gestaltetes Berufsprofil von Peer- und Genesungsbegleitung schafft Möglichkeiten für eine individuell passende und ausgearbeitete Schwerpunktsetzung einzelner PGB*. In diesem Zusammenhang sollte bei der Einstellung die Vielfalt differenter Erfahrungsexpertisen Berücksichtigung finden, was vor allem bedeutet, PGB* nicht auf ihre Krisen- und Behandlungserfahrung zu reduzieren.

> *Während der Einstellungsprozesse sollte die Vielfalt der Peer- und Genesungsbegleitung berücksichtigt werden. An allen Einstellungsprozessen sollten Peers (PGB* oder NU*) beteiligt werden.*

Damit PGB* im Klinikalltag arbeiten können, sind Vorbereitungen auf verschiedenen Ebenen notwendig. Viele Befragte stellten unzureichende Vorbereitungen fest und schildern daraus erwachsende Probleme. Wichtig ist, dass so viele MA* wie möglich und PGB* aus der Institution selbst oder zu diesem Zweck hinzugebeten an den Vorbereitungen beteiligt werden.

*Wichtig ist die Vorbereitung im Team, jede/r sollte mit ins Boot geholt werden. Gibt es Vorbehalte, Ängste, Sorgen, sollten diese vorher besprochen werden. Gut ist es auch, unabhängige, bereits im Arbeitsverhältnis stehende Genesungsbegleiter*innen einzuladen, um die Arbeit mit all ihren Vorteilen und verschiedenen Aspekten darzustellen. Wichtig finde ich auch, klarzustellen, dass es sich bei dieser Berufsgruppe um Arbeitnehmer handelt, die keinerlei „Schonung“ oder „besondere Pflege“ brauchen!“ (Standardisierte Befragung PGB*)*

Recovery-Orientierung

Sowohl unsere Erhebungen als auch der internationale Forschungsstand machen dabei deutlich, dass sich eine Einrichtung bereits im Vorfeld zur ersten Einstellung einer/s PGB* auf den Veränderungsweg zu mehr Recovery-Orientierung aufgemacht haben sollte. Die Implementierung der Peer- und Genesungsbegleitung kann demnach nur als Teil einer größeren Veränderungsbewegung der Versorgung verstanden werden, die auch unabhängig davon von den MA* gewünscht und vorangetrieben wird. Oder umgekehrt: Die Recovery-Orientierung einer Einrichtung ist nicht allein durch die Implementierung von Peer- und Genesungsbegleitung erreichbar.

Wer Genesungsbegleitende nur als Aushängeschild für eine vorgebliche Recovery-Orientierung will, der sollte sie besser nicht einstellen. Wer sich ernsthaft der patientengesteuerten Hilfe verpflichtet fühlt, der wird schnell selbst erkennen, dass Genesungsbegleitende nur ein sehr kleiner Baustein in einer grundlegenden Umstrukturierung des Versorgungssystems sind. Genesungsbegleitende können diese Umstrukturierung hilfreich begleiten und unterstützen. Aber Umsetzen muss es das Versorgungssystem: die Mitarbeitenden in den klassischen Berufsgruppen, die Verwaltungs-Beamt:innen, die Krankenkassen, die Rentenkassen, die ambulanten Hilfen, die offenen Hilfen. An all diesen Stellen müssen Veränderungen stattfinden, nicht nur um Genesungsbegleitenden ein gesundes Arbeiten zu ermöglichen, sondern besonders um PatientInnen einen Genesungsweg zu ermöglichen. (Standardisierte Befragung PGB)*

Vorbereitungsstrategien unter direktem Einbezug von PGB* sind also notwendig, um schon im Vorfeld ihrer Implementierung die Haltungen der MA* und Versorgungskultur der Einrichtung Recovery-orientierter auszugestalten.

Die institutionellen Bedingungen sollten so gestaltet werden, dass ein Recovery-orientiertes Arbeiten für alle MA* ermöglicht wird – als notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung der Peer- und Genesungsbegleitung. Die Beschäftigung von PGB* kann nur ein Element von vielen bei der Umsetzung einer Recovery-orientierten Versorgung sein.

Implementierungskonzept

Zu den vorbereitenden Maßnahmen gehört auch ein Implementierungskonzept, das in vielen untersuchten Einrichtungen fehlte oder erst dann entwickelt wurde, wenn PGB* schon eingestellt waren. Auch bei der Entwicklung dieses Konzeptes sollten alle an der Implementierung Beteiligten, bis hin zu Vertreter*innen der Personalabteilung und natürlich auch der Berufsgruppe der Peer- und Genesungsbegleitung einbezogen werden.

> ***Allein schon, dass es vorher kein klares Konzept gab und man gesagt hat: „Ja guck mal, ich weiß gar nicht, zu welchem Patienten die Person jetzt mitfährt." Und jetzt gibt es halt klare Kompetenzen und klare Richtlinien. Das ist schon ganz gut. Ich glaube, das reicht auch erstmal so. (Interview MA*)***

Das Implementierungskonzept sollte die spezifischen Prinzipien, Ziele, Rollen und Aufgaben der Peer- und Genesungsbegleitung innerhalb des institutionellen Gefüges beschreiben sowie Erwartungen an diese Berufsgruppe.

Es sollte partizipativ unter Beteiligung von PGB*, insbesondere PGB* mit Berufserfahrung und/oder Leitungsfunktion ("Senior Peers")

sowie den MA* der unterschiedlichen Berufsgruppen, die die Implementierung der Peer- und Genesungsbegleitung betrifft, erstellt werden.

Die Vorbereitung der Institution ist ein substanzieller Teil der Implementierung und sollte mit ausreichenden Ressourcen unterlegt werden. Die partizipative Erstellung eines Implementierungskonzepts ist dringend notwendig, unter Beteiligung der MA der betreffenden Teams und der PGB* selbst.*

Planung der Einarbeitung

Zur Implementierung gehört außerdem ein Einarbeitungsplan. Auch dieser lag in vielen untersuchten Einrichtungen nicht vor, vor allem dann nicht, wenn PGB* dort schon als Praktikant*innen tätig waren – was sicherlich nicht ratsam ist. Außerdem fiel in der standardisierten Befragung auf, dass MA* der Leitungsebene oft davon ausgehen, dass diese Einarbeitung erfolgt oder erfolgt ist, obgleich dieses nicht der Fall war. PGB* benötigen dieselbe strukturierte Einarbeitung wie die MA* der anderen Berufsgruppen auch, damit sie sich möglichst gut und schnell in der Einrichtung orientieren können.

Auch die Entwicklung des Einarbeitungsplans sollte partizipativ erfolgen, damit die Spezifika für die Peer- und Genesungsbegleitung ausreichend Berücksichtigung finden.

*Es muss ein Einarbeitungskonzept für die Peer- und Genesungsbegleitung vorhanden sein. Das Einarbeitungskonzept soll von Vertreter*innen aller Berufsgruppen, die mit PGB* arbeiten, gestaltet werden. Eine strukturierte, standardisierte Einarbeitung muss für alle PGB* durchgeführt werden. PGB* sollten auch die allgemeinen Einarbeitungsprozesse für sonstige MA* durchlaufen.*

Schulung der Mitarbeiter*innen

Zusätzlich sollten Fortbildungen und Trainings angeboten werden, um die neue Rolle der Peer- und Genesungsbegleitung im Team zu festigen und um alle MA*, und hier vor allem diejenigen, mit denen die PGB* zukünftig zusammenarbeiten sollen, darauf vorzubereiten. Auch die quantitative Befragung zeigt, dass die Bedeutung der Vorbereitung von MA* anderer Berufsgruppen auf die Zusammenarbeit mit PGB* in allen Gruppen hoch bewertet wurde. **Die befragten PGB* selbst bewerteten diesen Punkt im Durchschnitt mit 8,90 von 10 möglichen Punkten (Standardabweichung: 2,01), MA* mit 8,17 Punkten (SD: 2,18) und Leitungspersonen mit 8,72 Punkten (SD: 1,67).** Die Einschätzung erfolgte auf einer Skala von 1 („unwichtig“) bis 10 („sehr wichtig“).

> *Ein Genesungsbegleiter sollte niemals einem Team einfach vor die Nase gesetzt werden. Dies führt automatisch zum Unwillen, einen Genesungsbegleiter einarbeiten zu müssen. Bei meiner letzten Arbeitsstelle war der Pflege absolut unklar, was ich tun durfte. Das Team war absolut verwirrt. Meine Art zu arbeiten, wurde ständig hinterfragt. Vertrauen zu gewinnen war unglaublich schwierig. In Stresssituationen wurde ich häufig zur Aushilfe der Pflege. Meine Ansprechperson aus der Pflege konnte mich auch nicht unterstützen, da keine Verfügungsmacht vorlag. (Standardisierte Befragung PGB*)*

In der Literatur wird eine mindestens eintägige Schulung der unmittelbar mit den einzustellenden PGB* zusammenarbeitenden MA* vor Beginn der Implementierung gefordert. Diese Schulungen sollten regelhaft unter Leitung und Mitarbeit von PGB* durchgeführt werden. Sowohl in der Literatur als auch in unseren Untersuchungen wurde deutlich, dass in diesen Schulungen auch Fragen der Destigmatisierung von Menschen mit psychiatrischer Diagnose, zum Abbau stigmatisierender Einstellungen und zur Normalisierung von psychischen Krisengeschehen aufgegriffen werden sollen.

Hintergrund für diese Empfehlungen sind Empfehlungen aus der Literatur und Erkenntnisse aus den qualitativen Erhebungen, die zeigen, dass viele MA* Schwierigkeiten damit haben, die neue Peer-

und Genesungsbegleitungsrolle zu akzeptieren und es nicht selten zu stigmatisierenden und diskriminierenden Interaktionen mit PGB* kommt.

> *Ganz deutlich ja. Mit dem ängstlichen Gucken: „Muss ich auf den jetzt auch noch aufpassen? Und dann wird dieser Patient auch noch bezahlt, dass er mit mir im Dienstzimmer sitzen kann." (Interview PGB*)*

> *Um unter den Profis eventuelle Vorurteile bzw. Skepsis gegenüber Genesungsbegleitern als „ehemaligen Patienten" abzubauen wäre es m.E. hilfreich, sie verpflichtend an trialogischen Veranstaltungen teilnehmen zu lassen. Insbesondere Klinikpersonal hat manchmal eine verzerrte Wahrnehmung auf Menschen mit Psychischem Handicap, da sie von diesem meist nur „verrückt" und selten im womöglich jahrelangen „gesunden Alltag" erlebt werden (Standardisierte Befragung NU*)*

Die Schulungen sollten außerdem dazu dienen, das Unwissen über mögliche Rollen und Aufgaben von PGB* möglichst zu reduzieren und Erwartungen an diese neue Berufsgruppe zu klären.

Im Vorfeld oder spätestens Vollzug der Implementierung müssen die MA geschult werden. Schulungen sollen von NU*/PGB* (mit) geleitet werden.*

Ausreichende Vorbereitung und Ansprechpartner*innen

In allen Erhebungen wird deutlich, dass eine unzureichende Vorbereitung der Teams das Ankommen der PGB* deutlich erschwert. Wenn über vorhandenen Unsicherheiten und Befürchtungen auf allen Seiten nicht gut kommuniziert wird, kann der Erfolg einer Implementierung der Peer- und Genesungsbegleitung in Frage stehen.

Nichts macht mehr Angst, wahrscheinlich, als Unwissenheit. Ich glaube, dass die mir nicht bewusst Böses wollten, sondern einfach unsicher waren. Was macht die überhaupt? Was ist das überhaupt? Und es vielleicht auch nicht zugeben wollten. Weil, die Chefs haben gesagt, das machen wir, wir wollen auch Genesungsbegleitung. Aber was es nützt es denn, wenn die Leitung es will, aber es nicht weitergibt, diese Bereitschaft, dieses Wissen? Ich glaube, EX-IN kann man nicht verordnen. Das ist eine Sache, die kann ich nur den Experten durch Ausbildung, den sogenannten Profis... Ich kann sie nur schulen und ihnen was davon erzählen. (Interview PGB)*

Dieses Zitat macht deutlich, das „Druck von oben" nicht hilft, um Peer- und Genesungsbegleitung wirksam zu implementieren. Es ist sicher unabdingbar, wenn die Leitungseben einer Einrichtung die Implementierung der Peer- und Genesungsbegleitung fördert und unterstützt – ohne geht es nicht. Fast ebenso wichtig ist aber, so viele MA* wie möglich auf den Weg dieser Implementierung mitzunehmen.

Und schließlich muss es vor allem in der Einarbeitungsphase feste Ansprechpartner*innen für die PGB* geben. Unsere Ergebnisse zeigen, dass feste Ansprechpartner*innen dazu verhelfen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zu klären. Gab es, bspw. für den Umgang mit Konflikten im Team für die PGB* keine Ansprechpartner*innen, mussten sich diese Menschen suchen, mit denen sie ihre Anliegen klären konnten oder von denen sie Unterstützung bekamen. Vor allem in den ersten Monaten fehlte es oft an Abstimmung und Feedback.

Dass sich aber jemand auch zuständig fühlt, nochmal dieses Dienstseitendokumentationssystem zu erklären. Das sind alles so trockene Geschichten, die aber wahnsinnig viel Ärger auf beiden Seiten machen, wenn man es nicht durchblickt und dasitzt und das Gefühl hat, da stimmt was nicht oder da geht was schief. Genau. Aber eben auch sowas wie einen Mentor vorab festlegen und dann, wenn derjenige da ist, eben besprechen: In welchen Abständen und in welchem Rahmen treffen die sich und sowas? (Interview MA)*

In diesem Zusammenhang scheint ein Mentor-System sinnvoll und wird bereits oft umgesetzt. Häufig übernehmen diese Funktion Oberärzt*innen, Chefärzt*innen oder Pflegedienstleitungen.

Menschen, die „doppelt qualifiziert“ sind oder Senior-Peers können sich dafür besonders eignen. Vor allem im ersten halben Jahr nach Einarbeitung sollten den PGB* standardisiert Gespräche im Monatsturnus angeboten werden.

> *Bei uns ist es so: Jeder Genesungsbegleiter kriegt einen Kollegen zugeordnet und ist dann eigentlich sechs Wochen lang – ich meine, es sind sechs Wochen – nur mit diesem Kollegen unterwegs, wenn möglich, und sonst halt mit irgendjemand anderem, und ist auch in diesen sechs Wochen dazu verpflichtet, Patienten nur mit jemand anderem zu sehen, also halt nicht allein Besuche zu machen. Und er erhält dabei halt eine Einweisung in das ganze Arbeitsfeld [...] und in der Zeit zeigt einem halt ein Mentor alles, wo im Haus alles ist, wie man dokumentiert, wie die IT funktioniert, wenn da noch Fragen sind nach der SAP-Einführung und so weiter. (Interview MA*)*

*Feste Ansprechpartner*innen sind vor allem bei Beginn der Implementierung wichtig. Bei Verstetigung der Peer- und Genesungsbegleitung sollte ein*e Senior-Peer diese Rolle erfüllen.*

ANFANGSPHASE DER IMPLEMENTIERUNG

Vor allem in den qualitativen Untersuchungen wurde deutlich, dass das erste Implementierungsjahr alle Beteiligten vor besondere Herausforderungen stellt. Bei der Neu-Implementierung von Peer- und Genesungsbegleitung müssen von einer Einrichtung mehrere Aspekte bedacht werden.

Die MA* haben u.a. noch keine Erfahrungen mit der neuen Berufsgruppe Peer- und Genesungsbegleitung und ihrer individuellen Rollen- und Aufgabengestaltung. Auch für die PGB* mit ihrem noch neuen Berufsbild ist die Integration in ein neues Team herausfordernd. Sie müssen sich in ein neues Team einfinden und der Rollenwechsel von NU* zu MA* wird von vielen PGB*s als nicht einfach beschrieben.

> *Und es ist mir am Anfang tatsächlich emotional und kognitiv schwergefallen, diesen Rollenwechsel zu vollziehen. Ich habe dann die ersten Wochen zum Beispiel mein Namensschild getragen. Wenn ich morgens auf die Station gegangen bin, habe ich mein Namensschild dran gemacht. Dass ich für mich feststelle, dass ich hier beruflich bin. Dass das jetzt meine Arbeit ist. Das hat mir geholfen. (Interview PGB*)*

Am Anfang findet sich bei den PGB* außerdem oft das Bestreben, keine Fehler zu machen, auch aus dem Antrieb heraus, sich als ehemalige/r Patient*in besonders „beweisen“ zu müssen. Außerdem kann es den PGB* schwerfallen, mit ihrer neuen Macht umzugehen (bspw. mit Schlüsselgewalt). Damit verbunden sind Unsicherheiten über die eigenen Kompetenzen: was darf ich, was nicht? Wie grenze ich mich gegen die teils hohen und auch widersprüchlichen Erwartungen der MA* oder auch NU* ab? Bin ich überhaupt erwünscht und von wem? Wie arbeiten wir zusammen? Wie bringe ich mich ein? Was mache ich, wenn ich getriggert werde?

> *Also auf den Stationen, wo die Genesungsbegleiter arbeiten, da hat sich spürbar verändert, dass am Anfang keiner wollte. Keiner wollte Genesungsbegleiter haben. Und alle sagen heute, Gott sei Dank gibt es die. Also nicht jeder Einzelne, aber die*

Grundstimmung in den Teams. „Gott sei Dank gibt es unseren Genesungsbegleiter. Wir wollen auf den nicht mehr verzichten.“ (Interview MA)*

Auch die anderen MA* sind am Anfang mit vielen Herausforderungen konfrontiert: sie sind oft verunsichert, wie das Wissen der PGB* einzuordnen ist und wie es sich gut nutzen lässt. Welche Aufgaben können PGB* übernehmen? Wie müssen wir miteinander umgehen? Manchmal fühlen sich MA* am Anfang auch dafür zuständig, dass PGB* gesund bleiben, was von PGB* nicht selten auch als stigmatisierend erlebt wird.

Ganz deutlich ja. Mit dem ängstlichen Gucken: „Muss ich auf den jetzt auch noch aufpassen? Und dann wird dieser Patient auch noch bezahlt, dass er mit mir im Dienstzimmer sitzen kann“. (Interview PGG)*

Nach dem ersten Jahr haben sich die Beteiligten meistens etwas aneinander gewöhnt: PGB* werden zunehmend beteiligt und akzeptiert. Sie sind bekannter, ihre Expertise und Arbeitskraft werden gezielter von anderen MA* angefragt (im Einzelfall auch vorher schon). Auch menschlich kommen sich die Beteiligten näher und lernen sich möglicherweise sogar schätzen. Wenn es sich gut entwickelt, entsteht mehr Offenheit füreinander. Die Kommunikation im Team verbessert sich, es wird mehr voneinander gelernt. Die PGB* arbeiten selbstständiger und trauen sich mehr zu. Eine vermehrte Sichtbarkeit der eigenen Arbeit führt zu mehr Respekt und Wertschätzung. Wie sich der Status der PGB* in einem Team entwickelt, ist sehr unterschiedlich und kann von einem „vollwertigen Mitglied“ bis hin zu einer „friedlicher Koexistenz“ reichen, wobei diese Begriffe schon Beziehungsaspekte beinhalten.

Ich sage jetzt mal, nach einem Jahr oder nach dem ersten Jahr merkt man so, dass man so normal wird auf Station. Man hat seine Erfolge und bringt unheimlich viel, aber irgendwann ist man halt so mittendrin und man macht halt seinen Job. (Interview PGB)*

Und das muss ein bisschen zusammenwachsen. Wir hatten eine Genesungsbegleiterin, die hatte 2016, als sie hier angefangen hat, die sogenannte Salami-Taktik. Sie sagte: „Scheibchen für Scheibchen muss sich das Vertrauen aufbauen." Auch für sie selbst. (Interview MA)*

Und irgendwann mal, so nach zwei Monaten vielleicht oder drei Monaten, kam sie dann zu mir und sagte, jetzt haben wir eine richtig gute Basis. So hat sie es nicht gesagt. Sie hat es anders ausgedrückt. Jetzt akzeptiere ich dich als vollwertigen Kollegen. Und hat mir dann auch das Du angeboten. Ich glaube, sie hatte einfach ein bisschen Angst, wie sie damit umgehen soll. (Interview PGB)*

Ein besonderer Fokus während der Implementierung sollte also auf den ersten beiden Jahren liegen. Das bedeutet vor allem, die Ressourcen in dieser Zeit gut vorauszuplanen. Umgekehrt heißt das aber nicht, dass diese Prozesse linear ablaufen: in den Erhebungen wurde bspw. in Bezug auf die Akzeptanz der Peer- und Genesungsbegleitung immer wieder von Vor- und Rückschritten berichtet, bspw. wenn neue MA* auf Station kommen.

Ein ständiges Nachjustieren und Weiterentwickeln der Implementierungskonzepte und der Wege ihrer Umsetzung ist also angeraten. In den Erhebungen wurde dieser fortwährende Anpassungsprozess der Implementierungspraxis oft als „learning by doing" bezeichnet.

Spezielle Ressourcen zur kurz- und mittelfristigen Prozessbegleitung zu Beginn der Implementierung von Peer- und Genesungsbegleitung sind vorzusehen.

Tätigkeitsbeschreibungen

PGB* bewegen sich in einem Spannungsfeld zwischen selbst organisierten Tätigkeiten und festgelegten Arbeitsbereichen. Oft können ihre Tätigkeiten daher zwar flexibel an ihre jeweiligen Kompetenzen und Vorerfahrungen angepasst werden, gleichzeitig bleibt ihre Rolle und Funktion dadurch oft nur unzureichend definiert.

> *Mein Team arbeitet nach einem speziellen, für eine klassiche Psychiatrie sowieso schon sehr fortschrittlichen Konzept, so dass meine Rolle als Ex-In GB manchmal im Zuge des „machen wir doch sowieso schon ... „etwas ins Abseits gerät. (Standardisierte Befragung PGB*)*

Damit die Peer- und Genesungsbegleitung zu einem anerkannten, qualifizierten Beruf werden kann, der als gleichwertig mit anderen Gesundheitsberufen empfunden wird, sind klare Tätigkeitsprofile unverzichtbar. Wichtig ist eine Balance zwischen einer Formalisierung der Peer- und Genesungsbegleitungsrolle und einer Flexibilität, die PGB* Raum zur selbständigen Gestaltung ihrer Arbeitsstelle lässt.

> *Das Großartige an diesem Konzept ist für mich gewesen, dass es eben keine Aufgaben gibt, sondern dass die Person da ist und mit dir irgendwie dann ... gespielt hat, weil sie gemerkt hat, ich bin eigentlich nicht in der Lage zu irgendwas. Ich war nicht in der Lage rauszugehen. Ich wollte nicht reden. Ich hätte auch nicht mit einem Psychologen reden können, weil, ich konnte einfach nicht. Ich brauchte einfach nur jemand, der einfach mal eine Stunde da ist und mir zeigt, dass ich nicht alleine bin. Ohne irgendeinen Druck (Interview NU*)*

> *Also das war einerseits toll, weil sie natürlich komplett frei gestalten konnte. Das hat sich dann aber an manchen Stellen auch als schwierig erwiesen, weil da war dann wieder dieses Grenzenlose. [...] Das war so Fluch und Segen in einem, also diese absolute Freiheit, wo aber keine Grenzen dann waren. (Interview PGB*)*

Die Arbeit von PGB* im klinischen Bereich sollte eigenständig gestaltet und zugleich in Behandlungsabläufe integriert werden können.

Hierzu ist es nützlich, Tätigkeitsprofile partizipativ gemeinsam mit PGB* zu entwickeln, die ihrer Vielfalt gerecht werden. Dabei sollten die große Heterogenität des Tätigkeitsspektrums berücksichtigt werden, die sowohl aus der Sicht von NU* wie MA* eine Stärke von Peer- und Genesungsbegleitung ist.

> ***Was wäre hier auf der Station sinnvoll und was traust du dir zu, wo brauchst du noch Hilfe? Also im Grunde ist das wirklich zum einen am Individuum des Genesungsbegleiters ausgerichtet und zum anderen an dem Bedürfnis der Station. (Interview MA*)***

Zugleich ist es wichtig, Beliebigkeit zu vermeiden und die Rollenprofile von PGB* zu schärfen. So sollten PGB* beispielsweise nicht für Angehörige zuständig sein. Hier gibt es die Möglichkeit einer Angehörigenbegleitung, die ihrerseits professionalisiert und bekannter gemacht werden sollte (hierauf konnte im Rahmen unserer Studie leider nicht genauer eingegangen werden).

Empfehlenswert für eine nachhaltige Implementierung der Peer- und Genesungsbegleitung ist die partizipative Entwicklung eines Berufsprofils mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen, analog etwa zu den beruflichen Möglichkeiten in der Sozialen Arbeit.

Es sollten Tätigkeitsbeschreibungen unter Einbeziehung von PGB* erstellt werden. Klare Tätigkeitsbeschreibungen sollen vorhanden sein und gleichzeitig genug Flexibilität besitzen, um Raum für selbstbestimmte Tätigkeitsausübung, auch in Hinblick auf die Bedarfe der NU*, zu ermöglichen. Die Tätigkeitsprofile sollten der Verschiedenartigkeit der jeweiligen PGB* gerecht werden.

Kernaufgaben der PGB* – keine fachfremden Hilfstätigkeiten

PGB sollte eine eigene, von anderen Berufen im gesundheitlichen und sozialen Bereich klar abgegrenzte Tätigkeit sein. Leider sieht die Realität häufig anders aus. Nicht selten werden PGB* als vermeintlich kostengünstigere Alternative etwa anstelle von Pflegenden eingestellt, um Mittel einzusparen. Sie werden oft dazu angehalten, Aufgaben zu übernehmen, die Mitglieder anderer Berufsgruppen nicht übernehmen wollen. Gängig ist die Praxis, PGB* kurzfristig je nach Bedarf als „Mädchen für alles“ für andere Kolleg*innen einspringen und/ oder fachfremde Hilfstätigkeiten wie Transportaufgaben verrichten zu lassen. Unklarheiten über Rolle und Aufgaben von PGB* und Personalengpässe gerade in der Pflege verstärken diese Tendenz.

> *Wir haben manchmal wirklich stressige Momente. Dann gebe ich auch mal das Essen aus, obwohl das nicht mein Bereich ist. Manchmal wird auch gefragt: „Ja, haben Sie Shampoo?“, dann mache ich das natürlich auch. Oder keine Ahnung, auch einfach mal eine Begleitung nach unten. Eigentlich sind das nicht meine Aufgaben. Aber manchmal bleibt es halt nicht aus, gerade an stressigen Tagen, wo es schon echt nicht ohne ist. (Interview PGB*)*

Oder PGB* werden als „Aushängeschild“ für die Einrichtung instrumentalisiert, um nach außen eine innovative, personenzentrierte Versorgung zu repräsentieren.

> *Wer Genesungsbegleitende nur als Aushängeschild für eine vorgebliche Recovery-Orientierung will, der sollte besser keine Genesungsbegleitenden einstellen. Wer sich ernsthaft der patientengesteuerten Hilfe verpflichtet fühlt, der wird schnell selbst erkennen, dass Genesungsbegleitende nur ein sehr kleiner Baustein in einer grundlegenden Umstrukturierung des Versorgungssystems sind. (Interview MA*)*

Ein solches Setting führt zu Unzufriedenheit und ist weder für die PGB* selbst noch für die Einrichtung nachhaltig. Aus diesem Grund sind genaue Tätigkeitsprofile mit klar definierten „Schnittstellen“ zu

anderen Berufsgruppen zentral für eine erfolgreiche Implementierung. Auch unter den Teilnehmenden unserer Studie gab es teilweise Unklarheit darüber, was genau die Aufgaben von PGB* sein sollten. Bei der standardisierten Befragung wurden folgende Tätigkeiten von den unterschiedlichen befragten Gruppen (PGB*, NU*, MA* mit und ohne Leitungsfunktion) übereinstimmend als Kernaufgaben der PGB* genannt:

> *Einzelgespräche in Persona oder digital, Unterstützung bei Alltagsplanung, Beschäftigung in der Stationsäquivalenten Behandlung und im Home Treatment, Begleitung zu Außenterminen von Nutzer*innen (bspw. Behördentermine), Begleitung in Krisensituationen, genesungsfördernde Atmosphäre (Raumgestaltung, Umgang miteinander) und Beteiligungsmöglichkeiten für Nutzer*innen auf Station schaffen, Mitwirkung an der Entwicklung von Versorgungsangeboten, Moderation von Begegnungsgruppen von trialogischem Austausch (z.B. Psychose-Seminar) und von therapeutischen oder themenspezifischen Gruppen, Teilnahme beim Ethikrat; Weitervermittlung von Nutzer*innen ins Hilfesystem, Kontakt zu externen Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, Öffentlichkeitsarbeit, offene Sprechstunde, Familien- oder Netzwerkgespräche, „Dolmetschen" und Informationsvermittlung, Brückenbau/Vermittlung zwischen Nutzer*innen und Mitarbeitenden, Mitwirkung beim Entlassungsmanagement (standardisierte Befragung, diverse Teilnehmer*innen)*

PGB*, die in erster Linie in diesen Bereichen tätig waren, berichteten insgesamt von einer größeren Arbeitszufriedenheit als diejenigen, die vielfach fachfremd arbeiten. Für eine nachhaltige Verbesserung ist es zentral, PGB* gemäß ihrer Qualifikation und Kompetenzen einzusetzen.

> ***PGB* sollten gemäss ihrer Qualifikation, Kompetenzen und Erfahrungen und nicht als „fachfremde Hilfskräfte" eingesetzt werden. Standards für Peer- und Genesungsbegleitung-spezifische Tätigkeiten sollten beachtet werden.***

ARBEITSPLATZGESTALTUNG UND ARBEITSBEDINGUNGEN

Personalmangel, Schichtarbeit, Menschen in akuten Krisen oder mit langfristigen, komplexen Lebensproblemen .... Die stationäre Psychiatrie ist für alle MA* ein anspruchsvoller Arbeitsplatz. Umso wichtiger sind Arbeitsbedingungen, die es den MA* ermöglichen, gut für ihr eigenes Wohlbefinden zu sorgen und ihre Gesundheit zu erhalten. Hierfür sollten – für alle Berufsgruppen – Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Auch Zeitdruck sollte soweit möglich vermieden werden.

PGB* wird häufig mangelnde Belastbarkeit zugeschrieben – dies zeigte sich auch in unserer Befragung. Teilweise haben sie das Gefühl, hier gezielt gegensteuern zu müssen:

> *Zu Beginn bestanden insbesondere seitens des Pflegeteams Vorbehalte, inwieweit ich meine Kompetenzen, Belastbarkeit und Stabilität selbst einschätzen kann. Ich habe mich oft gegen Bevormundung wehren müssen, und musste gefühlt auch beweisen, dass ich stabil genug bin. (Standardisierte Befragung PGB*)*

Es gibt Hinweise, dass PGB* tendenziell Krankschreibungen eher vermeiden, da sie stigmatisierende Reaktionen bei ihren Kolleg*innen befürchten. Daher sind Aufklärung, Antistigma-Arbeit und eine Recovery-Orientierung wichtig, die die Selbstfürsorge aller MA* in den Mittelpunkt stellt.

Leider ist auch der gleichberechtigte Zugang zu Arbeitsmaterialien, Räumen, dem Dokumentationssystem und der technischen Ausstattung vor Ort noch keineswegs überall selbstverständlich.

> *Es gibt kein Raum für Genesungsbegleiter:innen so wie es Sozialarbeiter:innen haben. Weiterentwicklung findet zwischen Kaffee trinken und Mahlzeiten in Dienstzimmern statt, kaum Zugang zu den Station – Computern, hier wünsche ich mir Tablets für Genesungsbegleiter:innen. Wir unterstützen Nutzer:innen bei ihren Anliegen und auch Suche im Internet, oft stellen wir hierfür unsere privaten Handys zur Verfügung.*

Arbeitsmaterialien Beschaffung Finanzielle Unterstützung für Lehrbücher Materialien bzw. ein eigenes Budget. Ein Budget um mit Nutzer:innen ins Cafe zu gehen, oft zahlen wir es aus eigener Tasche (Standardisierte Befragung PGB)*

Ganz entscheidend wirken natürlich strukturelle Faktoren auf die Tätigkeit und es gibt an unserer Klinik einige Missstände, die auch das Tätigkeitsprofil der Genesungsbegleiterinnen begrenzen. Also was zum Beispiel die Dokumentation angeht, sie dürfen nicht selbst dokumentieren, weil das aus datenschutzrechtlichen Gründen bisher nicht erlaubt ist... das ist natürlich höchst problematisch (Interview MA)*

Auch wenn das sicher häufig unbeabsichtigt geschieht, ist eine solch ungleiche Behandlung wenig wertschätzend. Nicht nur wird PGB* ihre Arbeit durch die fehlende Ausstattung erschwert. Für alle Beteiligten sichtbar existieren hier hierarchische Verhältnisse, in denen sich die PGB* in einer niedrigen Position befinden.

Für das Arbeitsklima und die Zufriedenheit aller MA*, die Effektivität der Peer- und Genesungsbegleitung selbst und dadurch die psychiatrische Versorgung insgesamt ist dies nicht förderlich.

Aus unserer Sicht gehören gleichberechtigte Zugänge für PGB* zu allen Materialien und Ressourcen zu den Grundvoraussetzungen für eine gute Zusammenarbeit.

Alle bestehenden Beratungs- und Unterstützungsangebote sollten auch PGB* zur Verfügung stehen, zugleich kann es hilfreich sein, individuelle Bedarfe der PGB* abzufragen. Zum Abbau von spezifischen Barrieren besteht aktuell noch Forschungsbedarf.

Die Arbeitsbedingungen sollten so gestaltet sein, dass die Gesundheit aller MA erhalten bleibt. Der Zugang zu Arbeitsmitteln und Barrierefreiheit müssen für PGB* gegeben sein.*

Flexible Arbeitszeiten

Ein großer Teil der PGB* im klinischen Bereich ist in Teilzeit beschäftigt, viele davon auch auf Minijob-Basis. Das entspricht häufig durchaus den Wünschen und Bedürfnissen vieler PGB*. Einige PGB* haben auch weitere Einkommensquellen (z.B. Erwerbsminderungsrente, aber auch Einkommen aus einer anderen Berufstätigkeit). Mit einer geringen Stundenzahl sind sie flexibel, beispielsweise, um mehrere Tätigkeiten miteinander zu vereinbaren.

Gleichzeitig können geringe Stundenumfänge auch Probleme mit sich bringen. So erschweren sie potenziell die Kommunikation im Team und den Zugang zu Informationen, zumal PGB* mit geringer Stundenzahl nicht immer ermöglicht wird, an Teamsitzungen teilzunehmen. Manche PGB* berichten, dass ihre Perspektiven dadurch weniger gehört werden und im Team unsichtbar bleiben.

> *Die ist nicht extra, also, die ist natürlich, aufgrund des geringen Stellenanteils ist sie dann nur eine Teamsitzung im Monat dabei. (Interview MA*)*

> *Klar, ich kriege viel weniger mit. Durch den Minijob dauert das manchmal sehr lange, bis Informationen zu mir gelangen, auch über Kollegen oder so wichtige Sachen, dass jemand krank ist oder geht oder so. Das dauert manchmal sehr, sehr lange, bis sowas bei mir ankommt. (Interview PGB*)*

Supervisionen oder Fortbildungen fanden ebenfalls teilweise ohne PGB* statt. Dabei wurden gemeinsame Teamsitzungen in unserer Befragung von PGB* und MA* überstimmend als wichtig und förderlich für die Arbeitszufriedenheit beschrieben.

Der Kontakt von PGB* untereinander innerhalb eines Teams kann erschwert sein, wenn sie keine überlappenden Arbeitszeiten haben. Zudem ist der Bedarf an Peer- und Genesungsbegleitung für die NU* bei niedriger Stundenzahl der PGB* häufig nicht abgedeckt.

Ja, aber auch, dass das Team nicht immer da ist, dass die Schichtdienst arbeiten. Manche sehe ich wochenlang nicht. Das finde ich manchmal auch ein bisschen schwierig. Oder sie arbeiten dann halt fast immer Spätschicht und sind nur ganz selten im Frühdienst. Und ich bin ja immer nur vormittags da. (Interview PGB)*

Gleichzeitig gab es auch PGB*, die sich eine Reduktion ihrer Arbeitszeit wünschten. In unserer Befragung korrelierte sowohl eine als zu hoch wie eine als zu niedrig empfundene Stundenzahl mit einer niedrigen Arbeitszufriedenheit. Auch die Erfahrung, häufig Überstunden machen zu müssen, wird von PGB* als negativ empfunden. Zugleich berichten viele von einem hohen intrinsisch motivierten Einsatz weit über die vereinbarten und vergüteten Stunden hinaus. Etliche würden die Möglichkeit einer Aufstockung begrüßen. Nötig sind flexible, an die Wünsche und Bedürfnisse der PGB* angepasste Beschäftigungsmodelle von Vollzeit über Teilzeit bis Minijob.

Peers sollten die Möglichkeit zur Mitsprache über den Stundenumfang Ihrer Stelle haben, nur so können sie sich über Ihre Tätigkeit in der Sprechstunde/ Gruppenangebote hinaus gut und zuverlässig in der Einrichtung verankern und mit den anderen Kollegen austauschen. (Standardisierte Befragung PGB)*

Von Seiten der Leitung ist zudem empfehlenswert, auf die Einhaltung der Arbeitszeiten zu achten, auch, um eine Instrumentalisierung und ein „Ausbrennen“ der PGB* zu verhindern. Die Teilnahme an Teamsitzungen, aber auch Supervisionen und Fortbildungen sollte unabhängig von der Stundenzahl für alle PGB* als Teil ihrer Arbeitszeit möglich sein.

Flexible Arbeitszeitmodelle von Vollzeit über Teilzeit bis Minijob werden empfohlen. Auch bei niedriger Stundenzahl sollten PGB* an Team-Sitzungen teilnehmen können.

Akzeptanz und Wertschätzung der PGB*

Der Erfolg der Implementierung von PGB* wird von den MA häufig als abhängig vom Verhalten und der Persönlichkeit der jeweiligen PGB* beschrieben.

PGB* werden von den MA*, teilweise sogar in Abhängigkeit von der Art ihrer Diagnose, mehr oder weniger gut akzeptiert. Dies scheint mit Ängsten, Sorgen und Vorurteilen der MA* zusammenzuhängen. Wenn MA* den Mehrwert der Peer- und Genesungsbegleitung schätzen gelernt haben, wird die Stimme der PGB* oft genauso gewichtet wie die Stimmen anderer MA*.

> *Also wie gesagt, ich habe einfach ein tolles Verhältnis im Team und bin vollwertiger Mitarbeiter. Meine Stimme zählt genauso. Ich kann Vorschläge bringen über Verbesserungen, die wir auch durchgehen, die wir auch bearbeiten, zu sagen, das können wir besser machen oder können wir anders machen.*
> *(Interview PGB*)*

Die befragten PGB* haben unterschiedliche Erfahrungen gemacht: zum Teil wird die Expertise und Rolle der PGB* stark wertgeschätzt.

> *Und bei den 80 Prozent ist es aber eine wirklich freundliche, zugewandte Art miteinander umzugehen. Und auch interessierte Nachfragen. Ich habe bei der Vorstellung tatsächlich eine Therapeutin und eine Ärztin gehabt, die im großen Kreis bei der Übergabe ganz viel gefragt haben. Wie ich dazu gekommen bin und so weiter und so fort. Da merkte ich, da war wirklich wahnsinniges Interesse dabei. Und ich erlebe die Zusammenarbeit bislang eigentlich sehr gut, sehr positiv. (Interview PGB*)*

PGB* berichten mitunter von einem Mangel an Wertschätzung, Ängsten und Vorbehalten anderer Berufsgruppen, teilweise auch von stigmatisierenden Verhaltensweisen. Zum Teil erfahren PGB* auch eine Abwertung ihrer Kompetenzen.

Nicht immer auf Augenhöhe. Also tatsächlich sind die bemüht, mich als Kollegin wahrzunehmen, aber trotzdem habe ich schon das Gefühl, dass da so ein kleines Vorurteil ist. Manchmal bin ich ja nicht immer so...
Ich komme ja nicht aus einem sozialen Beruf. Ich komme eigentlich aus einem ganz anderen Beruf. Dadurch kann ich mir auch vorstellen, dass die denken, die hat ja keine Ahnung, dass das vielleicht schon so da ist.
(Interview PGB)*

Insbesondere in Kliniken, die noch nicht über Erfahrungen mit der Peer- und Genesungsbegleitung verfügen, sind MA* nicht selten skeptisch in Bezug auf die Belastbarkeit der PGB*. Diese Skepsis tritt vor allem zu Beginn der Implementierung auf und geht im Laufe der Zeit zurück.

Was, glaube ich, manchmal schwierig ist, ist, dass einige Kollegen wie gesagt nicht genau wissen, was er macht, und nicht so genau wissen, wie viel Rücksicht jetzt auf den und seine psychiatrische Erkrankung nehmen müssen. Aber ich erlebe ihn halt als voll belastbaren und auch kompetenten Kollegen, der auch sagt, wenn ihm was zu viel ist. Genau wie die anderen.
(Interview MA)*

Integration in Behandlungsteams

Wie gut die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen und den PGB* gelingt, hängt von verschiedenen Faktoren ab.

Die Art und Weise, wie PGB* in ein Team integriert werden oder ob sie z.B. eher als Satelliten in einer Klinik arbeiten, ist dabei ebenso von Bedeutung wie die Vorbereitung der Teams, die Haltung der unterschiedlichen Akteur*innen und die Kommunikation.

Für eine gelingende Zusammenarbeit sind die Bereitschaft zur Veränderung und ein Kritikkultur notwendig.

Was mir halt aufgefallen ist: Mit den Kollegen, mit denen ich angefangen habe, mit denen arbeite ich ja zum Teil immer noch zusammen. Und da merke ich das immer noch. Ich habe nicht das Gefühl, dass man mich komplett ernst nimmt. Die Kollegen, die dazugekommen sind, die sind wiederum ganz anders zu mir und die sind viel freundlicher und reden auch ganz anders mit mir und ich bin auch total erstaunt, wie unterschiedlich das gerade ist und wie die mit mir reden. Die reden auch mit mir. Wenn ich zum Beispiel irgendwas mitbekomme beim Patienten und ich dann mit denen über den Patienten rede, kann ich mit denen über den Patienten reden.
Mit meinen Kollegen, wo ich angefangen habe, so gar nicht. Da habe ich immer das Gefühl, die wollen das nicht, die sehen mich immer noch so wie die kleine Schülerin oder sonst was.
(Interview PGB)*

Eine Integration der PGB* in Behandlungsteams ermöglicht eine produktive Zusammenarbeit und birgt zugleich die Gefahr der Vereinnahmung der PGB*, d.h. des Verlusts ihrer spezifischen Ansätze und Prinzipien.

Also was wir schon hatten, dass es so schwierig ist, in diesem Spannungsfeld sich zurechtzufinden und sich eben nicht sich normalisieren oder integrieren zu lassen, sondern tatsächlich den eigenen Schuh da zu fahren. (Interview PGB)*

Stationsunabhängige Teams, in denen mehrere PGB* zusammenarbeiten, ermöglichen mehr Autonomie, lassen jedoch die enge Zusammenarbeit mit Kolleg*innen anderer Berufsgruppen weniger zu. Die Integration der PGB* in Behandlungsteams erhöhte laut unserer Erhebung deren Zufriedenheit.

In der quantitativen Befragung wurde deutlich, dass die Integration ins Behandlungsteam als förderlich für die Implementierung von Genesungsbegleitung empfunden wurde. 88,1 % der PGB*, 78% der MA* und 92,0 % Leitung haben dies als förderlich empfunden.

Eine offene Teamkultur, in der die Erfahrungsexpertise der PGB wertgeschätzt wird, ist unabdingbar für eine gelingende Zusammenarbeit.*

Die Integration der Peer- und Genesungsbegleitung in Behandlungsteams wird von den meisten Befragten befürwortet.

Wichtig ist, dass innerhalb von Teams das spezifische Wissen und die besonderen Ansätze der Peer- und Genesungsbegleitung abgerufen und aktiv in die tägliche Praxis integriert werden. So kann auch der Gefahr einer Vereinnahmung und der Anpassung auf Grund der Dominanz anderer Berufsgruppen entgegengewirkt werden. Die Beschäftigung von mehreren PGB pro Team ist hierfür eine wichtige Voraussetzung.*

Rollenklarheit

Alle Beteiligten empfinden Unklarheit hinsichtlich der Rolle der PGB* in den Teams und beschreiben diese Unklarheit als eine wesentliche Hürde der Implementierung. Dies wird in der quantitativen Befragung von 44,8 % der PGB*, 57,1 % der MA* und 61,5 % der Leitung benannt. Diese Unklarheiten waren außerdem mit einer niedrigeren Arbeitszufriedenheit der befragten PGB* verbunden. Eine gewisse Unklarheit ist in der Peer- und Genesungsbegleitungsrolle angelegt, was in den unterschiedlichen Funktionen dieser Berufsgruppe zum Ausdruck kommt, auch verdeutlicht durch unterschiedliche Metaphern, die für die Rolle der PGB* häufig verwendet werden (Übersetzer*in, Vermittler*in, Fürsprecher*in, Brückenbau etc.). Der Umgang mit Rollenunklarheiten und -spannungen kostet Beteiligte Zeit und Kraft und bringt „unsichtbare Arbeit“ mit sich, wie das Aushalten von Unsicherheiten.

Die sitzen zwischen allen Stühlen, wissen Sie. Also rauchen sie die Zigarette im Raucherzimmer oder rauchen sie die mit dem Personal im Personalzimmer? Wie entwickelt sich das denn hin und sind die dann irgendwann mal assimiliert und werden gar nicht mehr anerkannt als die, die auch mal krank waren? Wie, die sitzen ja auch beim Personal. (Interview MA)*

Weil die Psychiatrie dazu neigt, so Dinge technisch zu machen, die eigentlich menschlich sind. Man kann das ganz gut beobachten bei Anfängern (PGB), die noch keine Psychiatrie gemacht haben. Wenn die anfangen in der Psychiatrie, da sind die alle noch ganz menschlich, und wenn die ein halbes Jahr hier gearbeitet haben, dann verwenden sie viele Fachbegriffe und natürlich quer durcheinander. Die Fachbegriffe sind auch unscharf und damit geht was verloren… dann taucht die Frage auf: Okay, was ist jetzt das Spezielle von dieser Berufsgruppe? (Interview MA*)*

Oft herrscht die Erwartung, dass PGB* Veränderungen sowohl für NU* als auch in Bezug auf die Institutionen, in denen sie arbeiten, bewirken sollen, bspw. der Haltungen der MA*.

Ich habe sie [PGB] ausgenutzt, indem ich sie aufgestachelt habe, nicht hinter dem Berg zu halten mit Kritik. Also, dass sie poltern sollen und einfach laut werden oder so. (Interview MA*)*

Gleichzeitig haben PGB* schon strukturell bedingt nur wenig Handlungsmacht und Einfluss, um diesem Veränderungsauftrag gerecht zu werden:

Von der Berufsgruppe, die am untersten Ende einsteigt, über keine tariflichen Garantien verfügt, meistens befristete Stellen hat, wo die institutionelle Macht die geringste ist, zu erwarten, dass sie ganz große Veränderungen initiieren, finde ich eine Überfrachtung […] das führt dazu, dass Leute mit einer Mission losgehen, die sie überhaupt nicht einlösen können […] (Interview PGB)*

Aus diesen Erwartungen und den Anforderungen des Arbeitsalltags (in dem z.B. mit Zwangssituationen umgegangen werden muss) können Rollenkonflikte für PGB* erwachsen. In diesem Zusammenhang wurden auch Fragen der „Klinifizierung“ der Peer- und Genesungsbegleitung, also klinischen Überformung ihrer spezifischen Ansätze und Prinzipien, und ihres nicht-spezifischen Einsatz thematisiert. Diese Effekte können auch als Folge eines nicht erfolgten oder nicht abgeschlossenen Prozesses der Entwicklung eines klaren Rollenverständnisses der Peer- und Genesungsbegleitung entstehen. Dieser Prozess benötigt Zeit und Aufmerksamkeit aller Beteiligten.

> ***Nur eben, dass die Aufgabe, die ja jetzt, sage ich mal, pflegeseitig oder arztseitig irgendwie schon seit Jahrzehnten klar ist, was da zu tun ist, definiert ist und das bei den Genesungsbegleitern eben nicht war. Die haben ihre eigene Rolle gefunden und das ist auch extern supervisorisch begleitet worden. Das Projekt Genesungsbegleiter ist X-weit eingeführt worden, da haben 18 Genesungsbegleiter in verschiedenen Institutionen angefangen und die haben sich gefunden zur Rollenfindung über drei Jahre. (Interview MA*)***

Die Rolle der Peer- und Genesungsbegleitung sollte klar verstanden und definiert werden. Es braucht Zeit, damit sich die Peer- und Genesungsbegleitung etablieren kann. Für diesen Prozess müssen allen Beteiligten ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Reflexion von Vorurteilen

Vorurteile und diskriminierende Einstellungen sind vor der Implementierung oft bei den MA* vorhanden. Teilweise werden PGB* als NU* gesehen und behandelt.

> *[...] massive Ablehnung oder Ignoranz meiner Person. Richtig krass. Es ging so weit: Alle duzen sich auf der Station, aber die haben darauf bestanden, dass ich sie sieze. (Interview PGB*)*

> *...die Leitung gesagt hat, wir brauchen nicht noch eine psychisch Kranke, wir haben genug. (Interview MA*)*

Oft werden PGB* einerseits hoch gelobt, andererseits dann aber nicht als vollwertige MA* wahrgenommen und behandelt.

> *Heiligsprechung oder das nicht-ernst-nehmen. Dazwischen als normale Kollegin, als jemand, mit der man umgeht, das ist etwas, was viel zu wenig da ist. (Interview PGB*)*

Die Vorbehalte der MA sollten ernst genommen und in gemeinsamen Team-Sitzungen und/oder Supervisionen mit PGB* offen angesprochen werden. Ein transparenter, wertschätzender Umgang mit Unsicherheiten kann dazu beitragen, Vorurteile zu verringern und ist eine Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit.*

Kritikkultur

Kritische Ansichten im Team zu äußern, stellt für PGB* eine Schwierigkeit dar. Ein konstruktiver Umgang mit Kritik seitens der MA* war in unseren Ergebnissen mit der Möglichkeit verbunden, Feedback zur eigenen Arbeit zu erhalten.

> *Man könnte eine kontinuierliche Abfrage in Teamsitzungen einbauen: aus eurer Perspektive, was gäbe es, was ihr uns unbedingt mitteilen wollt? Woran können wir als Team arbeiten? Dazu gehört aber eine fehlerfreundliche Kultur [...] Fehler sind eine Chance. (Interview PGB*)*

Ein geregelter Umgang mit Differenzen im Behandlungsteam war mit einer höheren Arbeitszufriedenheit der PGB* verbunden. Deutlich wurde, wie wichtig die Bereitschaft zur Veränderung und eine Kritikkultur bei allen Beteiligten und auf allen Hierarchieebenen ist.

Zurückhaltung bei den PGB* und MA* v.a. zu Beginn der Implementierung erschwert häufig den offenen Austausch untereinander. Obwohl ein solcher Austausch in großem Umfang notwendig wäre, um Vorurteile, Befürchtungen und Ängste auf allen Seiten abzubauen, sind die Strukturen dafür unzureichend vorhanden. So begegnen sich PGB* und MA* häufig mit Vorsicht und Unsicherheit bis Zurückhaltung.

Ein konstruktiver Umgang mit Differenzen, eine etablierte Feedback-Kultur auf allen Ebenen, ein kritikfreundliches Klima sind Teil einer gelingende Kritikkultur. Gemeinsame Team-Sitzungen und Supervisionen können einen geeigneten Rahmen dafür bieten.

Selbstfürsorge

Von den PGB* wurden zahlreiche Strategien beschrieben, die dabei helfen, die eigene Belastbarkeit im Alltag aufrechtzuerhalten.

> *Aber emotional diese Grenze zu wahren, finde ich total wichtig, also für mich auch selber. Sonst rutsche ich da ruckizucki wieder in einen Zustand, wo ich nicht hinwill. Nein. Und trotzdem bin ich jemand, ich bin nicht unnahbar, ich bin empathisch, ich habe was zu geben, ich bin offen und auch zugewandt. Aber es hat alles so seinen Preis, also seine Grenze, und die muss ich wahren. (Interview PGB*)*

Für die eigene Zufriedenheit zu sorgen, kontinuierlich Selbstfürsorge zu betreiben und klare Grenzen zu setzen, werden als wichtige Strategien und Kompetenzen genannt. Selbstfürsorge ist in einer Recovery-orientierten Einrichtung für alle MA* notwendig. Selbstfürsorge sollte nicht als Ersatzstrategie für unzureichende Arbeitsbedingungen funktionalisiert werden.

Die notwendigen Ressourcen für die Selbstfürsorge der PGB und die MA* der anderen Berufsgruppen sollten zur Verfügung gestellt werden.*

Einholung der Expertise der PGB*

In manchen Teams wird die Erfahrungsexpertise aller MA* anerkannt. Durch die Anwesenheit von PGB* wird die Wahrnehmung und auch das Einbringen von Erfahrungswissen in die praktische Arbeit gefördert. Insgesamt haben PGB* in deutlich geringerem Maße den Eindruck, dass ihre Erfahrungsexpertise von den anderen Kolleg*innen aktiv abgefragt wird, als das bei Kolleg*innen und Leitung der Fall ist.

> *[...] immer wieder zu erleben, dass [m]eine kritische Stimme ohne Echo ist. Das hatte wenig Wirkung im Konkreten. Das hat das Gefühl von Farce wachgerufen, weil ich das Gefühl hatte, dass die Klinik sich ein Stück weit mit mir schmückt [...] war es sehr willkommen, kritisch zu sein, aber es hat nicht zwangsläufig zu Veränderungen geführt. (Interview PGB*)*

Eine niedrige Arbeitszufriedenheit der PGB* ist mit dem Erleben der Geringschätzung von Erfahrungswissen im übrigen Behandlungsteam verbunden. Es führt zu Unzufriedenheit bei den PGB*, wenn ihnen nicht zugehört wird, ihre Kritik unerwünscht ist oder Kämpfe um Deutungshoheit geführt werden.

Die Expertise der PGB* sollte von den anderen Team-Mitgliedern aktiv eingeholt und gleichwertig zur Expertise anderer MA* gewichtet werden.

Mitbestimmung bei Behandlungsentscheidungen

> ***Inwiefern werden Vorschläge in der Behandlungssituation gehört und diskutiert, die Peerbegleiter*innen einbringen bzw. in Bezug auf den Umgang mit Teilnehmer*innen oder die Arbeitsweisen? Interviewte* MA*: Also das ist genauso wie die von uns anderen, also nicht mehr und nicht weniger." (Interview MA*)***

Die Peer-Perspektive soll als gleichberechtigte Fachexpertise anerkannt werden. Sowohl NU* als auch PGB* beschrieben das bei den PGB* weniger Entscheidungsmacht liegt als bei anderen MA*. Geringe Stundenzahlen verringern die Möglichkeiten der Mitbestimmung.

> ***Ich möchte im Moment gar nicht mehr Stunden, aber ich hätte theoretisch auch (gern) die Möglichkeit, da [in den Teamsitzungen] mitzuarbeiten, und will es auch für die Zukunft nicht ausschließen.... (Interview PGB*)***

Die Möglichkeit zu gleichberechtigter Mitsprache bei Behandlungsentscheidungen ist notwendig, damit sich die spezifischen Wissensansätze der PGB* überhaupt entfalten können. In der quantitativen Befragung fühlten sich jedoch nur 27,3 % der PGB* vollständig in Behandlungsentscheidungen eingebunden.

PGB* sollen an gemeinsamen Behandlungsentscheidungen beteiligt werden.

Betriebliche Mitbestimmung

Die Frage der Mitbestimmung der PGB* auf institutioneller Ebene ist ein wiederkehrendes Thema. Auch die Beteiligung an Gremien und Arbeitsgruppen scheitert häufig an geringen Stellenanteilen.

> *So kann ich nur wenig mitgestalten. Hier gibt es inzwischen in allen Bereichen große Einigkeit, dass der Stellenanteil zu gering und auch die Entlohnung zu niedrig ist. Insgesamt besteht der Wunsch nach mehr Vielfalt und Flexibilität, was den Stundenumfang betrifft. (Interview PGB*)*

Die Mitbestimmung und Übernahme von Positionen in Gremien durch PGB* sind notwendig, damit die PGB* institutionellen Einfluss entfalten, z.B. zu einer stärker Recovery-orientierten Arbeit beitragen können. Die Beteiligung muss ein Stimmrecht in Gremien einschließen.

PGB* sollten gleichberechtigt bei der betrieblichen Mitbestimmung mitwirken.

SUPERVISION UND AUSTAUSCH

Supervision

Die Mehrheit der Befragten empfinden eine Teilnahme der PGB* an Team-Supervisionen auch für die Implementierung als förderlich.

Für die PGB* selbst ist Supervision ein zentraler Bestandteil ihrer Tätigkeit: In der quantitativen Befragung bewerteten sie die Bedeutung von Supervision im Durchschnitt mit 7,93 von 10 möglichen Punkten (Standardabweichung: 2,15) – auf einer Skala von 1 („unwichtig“) bis 10 („sehr wichtig“).

Neben den gemeinsamen Supervisionen sind PGB*-spezifische Supervisionen von besonderer Bedeutung. Hier gibt es die Möglichkeit, die Herausforderungen der besonderen Situation und die Rolle der PGB* im Arbeitsalltag gemeinsam zu reflektieren.

> *Irgendwo brauch ich auch Austauschmöglichkeiten, Ventile, um das Erlebte auch mal ein bisschen abzulassen oder abzuladen. (Interview PGB*)*

Die Vereinzelung der PGB* in den Institutionen ist weit verbreitet, in diesen Fällen besteht die Möglichkeit des Fachaustausches unter den PGB* nicht.

> *Ja. Deswegen freue ich mich auch sehr, wenn dann die andere kommt. Die wird vielleicht sogar 50 Prozent arbeiten. Die ist auf einer anderen Station, auch akut, und es gibt mehrere Akutstationen bei uns im Haus. Das wäre dann, dass man eine Verstärkung einfach hat, wo man sich einfach austauschen kann und gemeinsam weiter vorangehen kann. Da freue ich mich richtig darauf. (Interview PGB*)*

PGB* wünschen sich institutionsübergreifende Formate, um sich neben dem Austausch zu beruflichen Fragen z.B. für politische Ziele zu engagieren.

> *Also so eine Umgangsweise damit zu finden … sehen lernst, was für ein System dahintersteckt. Dass du dir Hilfe suchst oder andere Peers suchst, mit denen du dich austauschen kannst, dass du dich schnell vernetzt mit anderen Leuten, die ähnliche Einstellungen haben wie du. Also dieser ganze Solidaritätsgedanke. (Interview PGB*)*

In der quantitativen Befragung wünschten sich 77,2% der PGB* institutionsübergreifenden Austausch. Dies ist in unterschiedlichem Maße bereits Praxis. Bisher ist es für PGB*, die in Teilzeit arbeiten, häufig schwer, eine regelhafte Teilnahme an Supervisionen zu realisieren. Supervisionen unter Leitung von (Senior-) PGB* werden nur in Einzelfällen umgesetzt. Supervision und Fortbildungen für PGB* sollten zur betrieblichen Qualitätssicherung gehören.

Regelmässige und spezifisch auf die PGB ausgerichtete Supervision als Teil der Arbeitszeit ist einzurichten. Die Teilnahme an Team-Supervisionen soll ebenfalls regelmässig und in der Arbeitszeit stattfinden können. PGB* sollten Peer-spezifische Supervisionen (wenn möglich mit Peer-Leitung) erhalten. Diese Möglichkeiten sollten auch für PGB* mit geringer Stundenzahl geschaffen werden.*

Intervision und Institutionsübergreifender Austausch

> *Genau. Wird auch explizit so benannt, so nach dem Motto: „Ihr habt jetzt Berufsgruppentreffen“ oder „Wir laden ein als Berufsgruppentreffen“. Das wird als Berufsgruppe jetzt etabliert und so wie meinetwegen Ergotherapeuten und Sozialtherapeut*innen und so weiter. (Interview PGB*)*

Die Vernetzung der PGB* untereinander wird im Zusammenhang mit der Stärkung der Berufsgruppe, der Verhinderung von Vereinnahmung, der Selbstverortung und des Informationsaustausches thematisiert.

> *Also es gibt einen regelmäßigen Gesprächskreis für EX-IN-ler. Allerdings in relativ großen zeitlichen Abständen. Einmal im Monat oder alle zwei Monate oder so. Das ist definitiv eine Runde, wo halt Reflexion stattfinden kann und soll.*
> *(Interview MA*)*

Die junge Berufsgruppe benötigt Austausch und Reflexion sowohl zur Orientierung einzelner Einsteiger*innen, als Rückversicherung im Berufsalltag und auch als Unterstützung während der Implementierungsphase. Es sollte reguläre Möglichkeiten geben, dass PGB* untereinander Intervision gestalten.

> *Also eine Vernetzung ist da, ist auch möglich. Wir können selbst bestimmen, wie viel wir uns vernetzen wollen. Aber vom leitenden Chefarzt ist vorgesehen, dass schon ein Kontakt unter den verschiedenen Stationen und Kollegen da ist. (Interview PGB*)*

Institutionsübergreifende Intervision wird allgemein für wichtig gehalten, nicht nur, wenn es zu wenig PGB* in einer Institution gibt. Austausch und Vernetzung von Peer-Initiativen wird ebenso angeraten, wie die Zusammenarbeit zwischen Organisationen, einschließlich PGB*-geleiteter Vereine und Initiativen.

Die Vernetzung zur Selbsthilfe und Selbstvertretung sowie die internationale Vernetzung von Projekten und Anbietenden wird empfohlen.

In der quantitativen Befragung wird von 85,1 % der PGB* die Vernetzung als wichtiger Faktor für die Implementierung benannt.

Förderkonzepte für Intervision und Austausch müssen partizipativ entwickelt werden, damit die Vernetzung der PGB* ermöglicht werden kann.

Teilnahme an Fortbildungen

Fortbildungen und eine kontinuierliche berufsbegleitende Weiterbildung sind zentral, um Peer- und Genesungsbegleitung als qualifizierte, anspruchsvolle Tätigkeit zu etablieren. Viele PGB* investieren privat in Weiterbildungen – im Beruf wird ihnen das gerade bei geringer Stundenzahl häufig nicht ermöglicht.

In unserer Befragung hielten PGB* und MA* mit und ohne Leitungsfunktion gemeinsame Fortbildungen für PGB* und andere MA* übereinstimmend für wichtig und halten sie für förderlich für eine erfolgreiche Implementierung und gute Zusammenarbeit. Unabhängig von ihrer Stundenzahl sollten PGB* an Fortbildungen teilnehmen können. Dies sollte auch von der Einrichtung aktiv gefördert werden und auch Teil der Arbeitszeit sein.

Neben gemeinsamen Fortbildungen für alle MA* sind auch Formate speziell für PGB* empfehlenswert. Hier könnten beispielsweise Strategien und Konzepte zur Weiterentwicklung der Peer-Rolle erarbeitet, aber auch andere Peer-spezifische Kompetenzen vermittelt werden. Modularisierte, im Baukastenprinzip aufgebaute Fortbildungen könnten in unterschiedlichem Tempo und vielleicht auch in flexibler Reihenfolge absolviert werden und so Barrieren abbauen.

Zudem sollten PGB* nicht nur Teilnehmende sein, sondern selbst als Dozierende tätig werden und Fortbildungen allein oder gemeinsam mit anderen MA* konzipieren und umsetzen können. Wichtig ist hier ein gleichberechtigter Ansatz.

Sinnvoll sind außerdem Peer-geleitete Fortbildungen zum Thema Peer- und Genesungsbegleitung für MA* anderer Berufsgruppen. Auch dies kann dazu beitragen, die Peer- und Genesungsbegleitung als qualifizierte, anerkannte Tätigkeit mit Entwicklungsmöglichkeiten zu verankern. Empfehlenswert ist ein strukturiertes, qualitativ hochwertiges Fortbildungsprogramm als Teil der Qualitätssicherung der Institution.

PGB sollten an berufsgruppenübergreifenden Fortbildungen teilnehmen können. Es sollten Fortbildungen zum Thema Peer- und Genesungsbegleitung angeboten werden. Für PGB* sollten Fortbildungen zur Weiterentwickelung der Peer-Rolle angeboten werden. PGB* sollten Fortbildungen eigenständig oder gemeinsam mit anderen MA* umsetzen können.*

Berufliche Weiterentwicklung

Neben Fortbildungen sind auch Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung unabdingbar, um die Peer- und Genesungsbegleitung längerfristig als professionelle Tätigkeit attraktiv zu machen.

> ***Das ist ein schwieriger Punkt. Also das fände ich auch wichtig für das Berufsbild Genesungsbegleiter, dass es tatsächlich professionelle und formalisierte Entwicklungsmöglichkeiten gibt. Also ich mache ja jetzt diese Trainerausbildung. Das ist ja eine Möglichkeit sich weiterzuentwickeln. Dann ist eben die Möglichkeit eher in Richtung von Vorträgen zu gehen. (Interview PGB*)***

Die Institution sollte PGB* mit Wunsch nach beruflicher Veränderung unterstützen. Insgesamt sollte ein Klima gefördert werden, in dem eine Zunahme an Kompetenzen und Verantwortung auch für PGB* als denkbar und zugänglich erscheint. Hierfür kann ein Mentoring-Programm hilfreich sein. Auch hier könnten Senior-Peers eine wichtige Rolle spielen.

Bei unserer Befragung äußerten sowohl PGB* wie MA* Unzufriedenheit mit den aktuellen beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten. Über 40% der PGB* sahen in fehlenden Aufstiegschancen eine Implementierungshürde – das war nur bei 23% der Leitung der Fall. Hier zeigt sich, dass die Entwicklung einer eigenen, peer-spezifischen Professionalität die Attraktivität des Berufs erhöhen kann, dies jedoch von Verantwortlichen im klinischen Bereich noch deutlich seltener gesehen wird.

Der Mangel an Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung kann auch dazu führen, dass PGB* sich beruflich anders orientieren.

> ***Aber auf jeden Fall ist sie unglaublich clever und wissbegierig und so klasse, sie auch arbeitet in ihrer Rolle als Genesungsbegleiterin, also kann ich auch gut nachvollziehen, dass sie sagt, ich hätte aber gern irgendwie noch eine akademische Laufbahn für mich (Interview MA*)***

Analog zu den Möglichkeiten anderer Berufsgruppen könnten fachspezifische Weiterbildungen (vergleichbar etwa der psychiatrischen Fachpflege) etabliert werden. Wichtig wäre zugleich, partizipativ eigene, PGB*-spezifische Wege zur Entwicklung der eigenen Karriere zu finden. Auch hier müssen individuelle Schwerpunkte möglich sein, zugleich ist jedoch auch ein institutioneller Rahmen dafür nötig.

Für PGB* müssen (neue) Wege zur beruflichen Weiterentwicklung und Entwicklung der eigenen Karriere gefunden werden.

PGB* als Leitungspersonen (Senior Peers)

Auch international wird diskutiert, dass das Erfahrungswissen von PGB* für Leitungsaufgaben relevant ist. In der größtenteils über die Eingliederungshilfe finanzierten ambulanten Sozialpsychiatrie (SGB IX) arbeiten auch in Deutschland PGB*schon länger in Leitungsfunktionen.

Im sehr hierarchischen klinischen psychiatrischen Bereich dagegen ist dies bisher noch unüblich. Hier ist eine Weiterentwicklung des Berufs notwendig, um diesen Bereich für mehr Menschen mit eigenem Erfahrungshintergrund attraktiv zu machen und das Potenzial der Peer- und Genesungsbegleitung für eine innovative, menschenrechtsorientierte Psychiatrie zu erschließen. Erfahrene PGB* sollten gezielt für Leitungs- und Steuerungsaufgaben

angesprochen und entsprechend gefördert werden. Sogenannte Senior-Peers könnten als Führungskräfte tätig sein, aber auch als Koordinator*innen, Dozent*innen oder Ansprechpartner*innen für andere PGB*. Wichtig ist, neue Karrierewege und Aufstiegsmöglichkeiten partizipativ gemeinsam mit PGB* zu entwickeln.

Auch PGB sollten für Leitungspositionen berücksichtigt werden. Es sollten Stellen für Senior-Peers als Ansprechpartner*innen, Führungskräfte oder zur Koordination geschaffen werden.*

STÄRKUNG DER PEER- UND GENESUNGSBEGLEITUNG

Mindestzahl PGB*

Es braucht mehr als einen Genesungsbegleiter in einer großen Institution. Das ist, glaube ich, wirklich das A und O. Und auch nicht nur zwei, sondern echt ein ganzer Haufen. (...) Ich war wirklich vier Monate komplett alleine und dann kam die komische Kollegin, die gleich geschrien hat, wenn ein Patient die Äpfel mit warmem Wasser abgewaschen hat statt mit kaltem. Und dann wäre es gut gewesen, wenn ich da noch einen Kollegen gehabt hätte. Dann hätte man mal mit der reden können, aber ich alleine habe es nicht hingekriegt. (Interview PGB)*

Studien zur Peer- und Genesungsbegleitung, in Deutschland ebenso wie international, kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass PGB* im klinischen Bereich nicht allein angestellt werden sollten. Auch in unserer Studie bestätigte sich dies über alle Studienteile hinweg. So empfinden immerhin 40% der PGB* und der Leitungskräfte in unserer Befragung eine zu geringe Anzahl an PGB* als Implementierungshürde. Dies ist umso mehr der Fall, wenn PGB*

als neue Kolleg*innen in bereits bestehende Behandlungsteams kommen. Die Implementierung der Peer- und Genesungsbegleitung wird als „doppelte Pionierleistung“ beschrieben: die Peer- und Genesungsbegleitung wird als neue Berufsgruppe eingeführt mit noch unbekannten Ansätzen und Wissensformen. Zugleich treten einzelne PGB* in die Institution ein, was nicht selten zu einer Doppelbelastung führt.

Kolleg*innen auf gleicher Ebene zu haben, kann ein selbstbewusstes Vertreten der eigenen Position auch gegen Widerstände hier deutlich erleichtern. Um einen Austausch mit anderen PGB* am Arbeitsplatz zu ermöglichen und um Erfahrungswissen zu erweitern und Veränderungen anzustoßen, braucht es mehr als nur eine*n Vertreter*in dieser Berufsgruppe. Zudem haben PGB* eine Vielzahl von Aufgaben sowohl in der Versorgung der NU* als auch institutionsbezogen – unabhängig von der Stundenzahl kann dies eine einzelne Person kaum abdecken.

Sinnvoll ist es daher, mindestens zwei PGB* pro Team einzustellen und auf überlappende Arbeitszeiten zu achten. In Interviews betonten die Teilnehmenden die Bedeutung einer „kritischen Masse“. Manche waren der Ansicht, dass mindestens ein Drittel der MA* insgesamt PGB* sein sollten. Dies ist aktuell noch eher ein Fernziel. Umso mehr ist es sinnvoll, einen Ausbau des Anteils an PGB* in der eigenen Institution weiterzuverfolgen und als *work in progress* zu betrachten.

Pro Behandlungsteam sollten mindestens zwei PGB* eingestellt werden. Geeignete Messgrössen in der Personalverordnung müssen hierfür geprüft werden.

Eigenständigkeit der Peer- und Genesungsbegleitung

> *Andererseits müssen Genesungsbegleitende eigenständig diese Angebote entwickeln und vorschlagen. Sowohl die Entwicklung von neuen Angeboten als auch die Implementierung im bestehenden therapeutischen Rahmen sind selbständige, qualifizierte Tätigkeiten und müssen mit entsprechenden Ressourcen ausgestattet sein und im therapeutischen Umfeld entsprechend gewürdigt werden. (Standardisierte Befragung PGB*)*

Aktuell sind PGB* in ihrer Berufstätigkeit vom Wohlwollen und von der Unterstützung anderer MA* abhängig. Oft kommen sie nur durch Vermittlung ihrer Kolleg*innen mit NU* in Kontakt. Sie bekommen Zulauf, wenn andere auf die Peer-Sprechstunde oder überhaupt die Existenz von Peer- und Genesungsbegleitung aufmerksam machen, Werbematerialien verteilen, einen Hausbesuch durch PGB* vermitteln oder „zulassen".

> *Ich muss also auch permanent an der Stellenbeschreibung schrauben, damit dann auch wirklich Patienten geschickt werden auch. Am Anfang war das so, dann fehlten drei Patienten, wo sind die denn, ja die haben einen EKG-Termin. Also normalerweise, wenn die auf Ihren Therapieplan gucken, sehen, die kriegen einen EKG-Termin geliefert für eine Patientin, die da aber gerade in irgendeiner Angst-Gruppe ist oder so, dann wird der verschoben. Aber meine Patienten haben sie einfach zum EKG, EEG was auch immer geschickt, ohne Rücksicht darauf, dass gerade Gruppe ist. Also das war wirklich erstmal mühsam, bis das bei denen ankam, dass ich auch da was mache und dass es auch einen Wert hat und dass die da nicht unbedingt zum EKG müssen. Also wir sind wirklich noch ganz, ganz, ganz unten mit der Arbeit. (Interview PGB*)*

Im Sinne einer Gatekeeping-Funktion wird der Zugang zu PGB* so oft durch Mitglieder anderer Berufsgruppen reguliert und ist ihnen in Zahl und Handlungsmacht unterlegen. Auch hierdurch bleiben PGB* in einer untergeordneten, abhängigen Stellung. Für eine erfolgreiche Implementierung ist es wichtig, hier gezielt gegenzusteuern.

Die Peer- und Genesungsbegleitung sollte eigenständig und in der Umsetzung unabhängig von anderen Berufsgruppen sein. Auch hierzu ist es nötig, Ressourcen und Strukturen bereitzustellen, sowohl innerhalb der Klinik selbst als auch durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit in der Kommunikation nach außen. Partizipative, gemeinsam mit PGB* entwickelte Strategien können hier hilfreich sein.

PGB* sollten nicht mehr als andere MA* auch in der eigenständigen Umsetzung ihrer Tätigkeiten von anderen MA* abhängig sein.

Peer-geleitete Behandlungs- und Versorgungsangebote

Peer-geleitete Angebote werden von NU* oft als hilfreich und unterstützend empfunden. Ihre speziellen Ansätze und Perspektiven lassen sich durch andere Angebote nicht ersetzen. Zugleich sind sie nur selten nachhaltig implementiert und finanziert. Dadurch bleiben PGB* oft in einer abhängigen, nicht selten prekären Situation.

Hier sind strukturelle Änderungen nötig, damit die Peer- und Genesungsbegleitung nachhaltig gestaltet werden kann. Nötig sind sowohl eigenständige Angebote innerhalb von Kliniken als auch eigene, Peer-geleitete Projekte. Hier könnten Soteria-Initiativen, „Weglaufhäuser“, „Krisenzimmer“, oder auch andere Alternativen zur Psychiatrie entstehen, die die Auswahl für NU* vergrößern.

Gleichzeitig könnten sie die klinische Psychiatrie einerseits entlasten. Andererseits wären sie aber auch „belebende Konkurrenz“, die auch die Kliniken in Hinsicht auf eine verstärkte Recovery-Orientierung und menschenrechtliche Ansätze beeinflusst. Eigenständige Angebote der Peer- und Genesungsbegleitung sollten daher sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich niedrigschwellig zugänglich sein und aktiv beworben werden.

Sinnvoll wäre auch eine Kooperation zwischen klinischer Peer- und Genesungsbegleitung und Peer-geleiteten Initiativen. Entsprechende Strukturen und Finanzierungsmodelle, auch über Sektorengrenzen hinweg, sind bisher noch nicht entwickelt worden. Hier besteht noch weiterer Forschungsbedarf.

> *Ja, die Recovery-Gruppe wurde auf jeden Fall von Peers geleitet und initiiert, wobei auch andere Kolleg*innen dort manchmal mitgemacht haben. Die wurde ja auch immer mindestens zu zweit gemacht, manchmal sogar zu dritt, wenn genug Personal da war. Und die Psychose-Gruppe wurde ausschließlich von Peers aber auch nur von Peers mit Psychose-Erfahrung angeleitet. (Interview MA*)*

Peer-geleitete Behandlungs- und Versorgungsangebote sollten im Rahmen des SGB V entwickelt und finanziert werden.

Gefahren der Vereinnahmung und Maßnahmen zum Erhalt des Spezifischen

Es ist also wichtig, eine Balance zwischen autonomer Arbeitsweise und Integration der Peer- und Genesungsbegleitung in die Versorgungsstrukturen zu finden. Innerhalb etablierter institutioneller Strukturen wird die Peer- und Genesungsbegleitung erfahrungsgemäß oft vereinnahmt, d.h., ihre spezifischen Zugänge und Kompetenzen lassen sich nicht anwenden, was zu einer Instrumentalisierung von PGB* und einer „Verwässerung“ ihrer Ansätze führen kann.

> *...ich darf mein Ding machen, ich darf ja mich so ausfantasieren und machen, was ich möchte. Aber trotzdem fühlt man sich irgendwie zu einer Berufsgruppe in dem Moment so reingezogen. Und ich merke, wenn man mit Profis zusammenarbeitet, dass man sich irgendwann dem irgendwie auch so ein bisschen*

anpasst. Und das ist, finde ich persönlich, immer sehr fragwürdig. Deswegen habe ich das auch gesagt. Wenn wir eine selbstständige Peerberatung auf unserem Grundstück hätten, hätten wir das Problem nicht. (Interview PGB)*

Daher ist es notwendig, bereits das Einstellungsverfahren, aber auch Fortbildungen und andere Unterstützungsformen gezielt so zu gestalten, dass PGB* eigenständig und selbstbestimmt agieren können. Auch Peer-spezifische Supervision ist hierzu unverzichtbar.

*Ich würde mir wünschen, dass die Peer-Begleiter*innen auf Dauer überhaupt generell vielleicht noch mal noch mehr eigenständiges Profil entwickeln, als dass sie so verwurstet werden in so einem System wie bei uns und sie machen halt genau das gleiche. Das ist auf dieser Ebene auf Augenhöhe natürlich schön, aber es ist vielleicht, wie wir das vorhin schon hatten. Da gehen wahrscheinlich auch Sachen verloren, die Peer-Begleiter*innen einbringen könnten, wenn sie den Freiraum dafür hätten. (Interview MA)*

Obwohl das Thema für die Teilnehmenden der Studie wichtig war, wurden konkrete Maßnahmen zum Erhalt der Eigenständigkeit und „Peerness“ kaum angesprochen. Hier ist es wichtig, Strategien zu entwickeln, die einer Vereinnahmung gezielt entgegenwirken.

Sinnvoll erscheinen hier beispielsweise Intervision, Vernetzung, Supervision oder Fortbildungen, Räume für Feedback zwischen PGB* und anderen MA*. Auch eine Zusammenarbeit mit Aktivist*innen kann vielversprechend sein, um den emanzipatorischen Ursprüngen des autonomen Peer-Supports gerecht zu werden. Dies kann auch die klinische Versorgung bereichern.

Also Genesungsbegleiter, das fehlt mir sehr, mich mit anderen Genesungsbegleitern auszutauschen, weil ich merke, ich werde eingefahren, und ich merke, dass ich zu sehr dazu neige, manchmal viel zu therapeutisch zu denken und eben nicht den Blickwinkel zu wechseln. (Interview PGB)*

Also bei dem Arbeitgeber, wo ich war, da war die Leitung sehr ambitioniert und sehr hinter EX-IN und die hat die Leute fast zu viel gefordert. Da war dann schon wieder, dass man die dann nachher nicht missbraucht, dass sie auch schön Genesungsbegleiter bleiben und nicht zum Profi mutieren, so ungefähr." (Interview PGB)*

Massnahmen zum Erhalt des Spezifischen der Peer- und Genesungsbegleitung werden empfohlen, bspw. Intervision, Vernetzung, Supervision oder Fortbildungen.

Maßnahmen zur Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit

Plakate an S-Bahnhöfen, Fachveranstaltungen für die Öffentlichkeit, um Psychatrie-Vorurteile abzubauen, Interviews und Reportagen mit Betroffenen. Leider leiden viele daran, nicht mehr anerkannt zu werden in der Gesellschaft. Entstigmatisierung und keine Pflege von Tabus der scheinbar funktionierenden... Wer sich mit sich selber auseinandersetzt ist immer klar im Vorteil! Betroffene dürfen sich selbst nicht als Opfer sehen und brauchen Selbstbewusstsein und Erfolgserlebnisse. Polittalk im Fernsehen, Kampagne, Flyer auf Jobmessen. (Standardisierte Befragung NU)*

Nicht zuletzt ist eine breit aufgestellte Öffentlichkeitsarbeit unverzichtbar für eine nachhaltige Implementierung der Peer- und Genesungsbegleitung. Stakeholder*innen und Entscheider*innen müssen auf das Thema aufmerksam gemacht und dazu gebracht werden, sich für die Peer- und Genesungsbegleitung einzusetzen.

Kliniken, die den Ansatz in ihrer Institution etablieren möchten, sollten daher gezielt mit lokalen Akteur*innen kooperieren. Wenn möglich, sollte eine Vielzahl von Formaten und Medien genutzt werden. Effektiv können Workshops und direkte Begegnungen zur Förderung von Offenheit gegenüber PGB* sein. Aber auch Videos und Podcasts über Genesungswege und den Zugang zur Behandlung können helfen, NU* zu erreichen und den Ansatz bekannter zu machen. Im ToC-Workshop wurden außerdem weitere Strategien genannt:

> *Peer-geleitete öffentliche Veranstaltungen, Präsenz bei wissenschaftlichen Kongressen und Tagungen mit PGB* als Referent*innen, die Dokumentation und Veröffentlichung von Erfolgsgeschichten, die Sammlung und Veröffentlichung von Best-Practice-Beispielen, die Entwicklung von Kinder- und Familienbüchern, die Sensibilisierung in Bildungseinrichtungen wie Schulen und Hochschulen, gezielte Kontaktaufnahme mit politischen Vertreter*innen; direkte Ansprache der Politik mit Hilfe von PPetitionen.*
> *(ToC-Workshop, diverse Teilnehmer*innen)*

Wichtig war den Teilnehmenden dabei die Betonung der menschenrechtlichen Perspektive sowie der UN-Behindertenrechtskonvention. In jedem Fall sollte die Einführung der Peer- und Genesungsbegleitung gezielt von einer strategischen Öffentlichkeitsarbeit innerhalb und außerhalb psychiatrischer Institutionen in Zusammenarbeit mit Peers und Betroffenen/ Selbsthilfe begleitet werden. Dies kann auch gesamtgesellschaftlich einen Beitrag zur Normalisierung der Thematik und zum Abbau von Stigmata leisten.

Massnahmen zur Bekanntmachung der Peer- und Genesungsbegleitung innerhalb und ausserhalb der psychiatrischen Institutionen sollten erfolgen.

CHECKLISTE

PEER- UND GENESUNGSBEGLEITUNG ALS BERUFSGRUPPE

Die Peer- und Genesungsbegleitung sollte als eigene Berufsgruppe anerkannt werden. Es ist notwendig, für diese Berufsgruppe Ressourcen bereit zu stellen.

FINANZIERUNG, ENTLOHNUNG UND VERPFLICHTENDER EINSATZ

Die Peer- und Genesungsbegleitung muss als Teil der Regelversorgung finanziert werden. PGB* sind in allen Behandlungssettings zu finanzieren. Ressourcen anderer Berufsgruppen sollten dafür nicht gekürzt werden.

Die Peer- und Genesungsbegleitung sollte als Teil der Personalverordnung (PPP-RL) im krankenkassenfinanzierten Bereich in einer ausreichenden Anzahl verpflichtend eingesetzt werden.

BERUFSSTÄNDISCHE ORGANISATION

Die Gründung einer berufsständischen Organisation ist zu empfehlen.

QUALIFIZIERUNG VON PGB*

Es werden Mindeststandards für Qualifikationsmaßnahmen zur Peer- und Genesungsbegleitung empfohlen und die Berufsausübung nach abgeschlossener Qualifikation. Im Einzelfall sollten auch alternative Wege in den Beruf möglich sein.

PRAKTIKA

Praktika sollten (auch in Hinblick auf eine angestrebte Zertifizierung) Teil der Ausbildung sein; Praktika im erwünschten Arbeitsbereich sind zu empfehlen.

ANSTELLUNG UND ENTLOHNUNG

Eine Unterzahlung von PGB* ist verbreitet. Eine angemessene Entlohnung muss zukünftig sichergestellt werden.

Eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung wird empfohlen.

Die Eingruppierung sollte sich an diesen Aspekten orientieren:
1) tatsächlich ausgeübte Tätigkeiten,
2) Erfahrungsexpertise,
3) Qualifikation zur Peer- und Genesungsbegleitung,
4) sonstige Qualifikationen und Berufserfahrungen.

In Zusammenschau aller Aspekte: eine Gehaltsstufe von weniger als EG5 ist nicht vertretbar; bei entsprechendem Tätigkeitsprofil ist mindestens EG9 zu empfehlen.

WEGE IN DIE INSTITUTION

Es müssen ausreichend Stellen für die Peer- und Genesungsbegleitung geschaffen werden. Es braucht Ressourcen für die Vermittlung und Bewerbung von Arbeitsplätzen.

EINSTELLUNG UND VORBEREITUNG DER INSTITUTION

Während der Einstellungsprozesse sollte die Vielfalt der PGB* berücksichtigt werden. An allen Einstellungsprozessen sollten Peers (PGB* oder NU*) beteiligt werden.

Die institutionellen Bedingungen sollten so gestaltet werden, dass ein Recovery-orientiertes Arbeiten für alle MA* ermöglicht wird – als notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung der Peer- und Genesungsbegleitung. Die Beschäftigung von PGB* kann nur ein Element von vielen bei der Umsetzung einer Recovery-orientierten Versorgung sein.

Die Vorbereitung der Institution ist ein substanzieller Teil der Implementierung und sollte mit ausreichenden Ressourcen unterlegt werden. Die partizipative Erstellung eines Implementierungskonzepts ist dringend notwendig, unter Beteiligung der MA* der betreffenden Teams und der beteiligten PGB*.

Es muss ein Einarbeitungskonzept für die Peer- und Genesungsbegleitung vorhanden sein. Das Einarbeitungskonzept soll von Vertreter*innen aller Berufsgruppen, die mit PGB* arbeiten, gestaltet werden. Eine strukturierte, standardisierte Einarbeitung muss für alle PGB* durchgeführt werden. PGB* sollten auch die allgemeinen Einarbeitungsprozesse für sonstige MA* durchlaufen.

Im Vorfeld oder spätestens Vollzug der Implementierung müssen die MA* geschult werden. Schulungen sollten von NU* und PGB* (mit) geleitet werden.

Feste Ansprechpartner*innen sind vor allem bei Beginn der Implementierung wichtig. Bei Verstetigung der Peer- und Genesungsbegleitung sollte ein*e Senior-Peer diese Rolle erfüllen.

ALLER ANFANG IST SCHWER

Spezielle Ressourcen zur kurz- und mittelfristigen Prozessbegleitung zu Beginn der Implementierung von Peer- und Genesungsbegleitung sind vorzusehen.

TÄTIGKEITEN/ ARBEITSPLATZ

Es sollten Tätigkeitsbeschreibungen unter Einbeziehung von PGB* erstellt werden. Klare Tätigkeitsbeschreibungen sollen vorhanden sein und gleichzeitig genug Flexibilität besitzen, um Raum für selbstbestimmte Tätigkeitsausübung, auch in Hinblick auf die Bedarfe der NU*, zu ermöglichen. Die Tätigkeitsprofile sollten der Verschiedenartigkeit der jeweiligen PGB* gerecht werden.

PGB* sollten gemäß ihrer Qualifikation, Kompetenzen und Erfahrungen und nicht als „fachfremde Hilfskräfte“ eingesetzt werden. Standards für PGB*-spezifische Tätigkeiten sollten beachtet werden.

ARBEITSPLATZGESTALTUNG UND ARBEITSBEDINGUNGEN

Die Arbeitsbedingungen sollten so gestaltet sein, dass die Gesundheit aller MA* erhalten bleibt. Der Zugang zu Arbeitsmitteln und Barrierefreiheit müssen für PGB* gegeben sein.

Flexible Arbeitszeitmodelle von Vollzeit über Teilzeit bis Minijob werden empfohlen. Auch bei niedriger Stundenzahl sollten PGB* an Team-Sitzungen teilnehmen können.

ZUSAMMENARBEIT

Eine offene Teamkultur, in der die Erfahrungsexpertise der PGB* wertgeschätzt wird, ist unabdingbar für eine gelingende Zusammenarbeit.

Die Integration der Peer- und Genesungsbegleitung in Behandlungsteams wird von den meisten Befragten befürwortet.

Wichtig ist, dass innerhalb von Teams das spezifische Wissen und die besonderen Ansätze der Peer- und Genesungsbegleitung aktiv in die tägliche Praxis integriert werden. So kann auch der Gefahr einer Vereinnahmung und der Anpassung auf Grund der Dominanz anderer Berufsgruppen entgegengewirkt werden. Die Beschäftigung von mehreren PGB* pro Team ist hierfür eine wichtige Voraussetzung.

Die Rolle der Peer- und Genesungsbegleitung sollte gemeinsam und klar verstanden und definiert werden. Es braucht Zeit, damit sich die Peer- und Genesungsbegleitung etablieren kann. Für diesen Prozess müssen allen Beteiligten ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Die Vorbehalte der MA* sollten ernst genommen und in gemeinsamen Team-Sitzungen und/oder Supervisionen mit PGB* offen angesprochen werden. Ein transparenter, wertschätzender Umgang mit Unsicherheiten kann dazu beitragen, Vorurteile zu verringern und ist eine Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit.

Ein konstruktiver Umgang mit Differenzen, eine etablierte Feedback-Kultur auf allen Ebenen, ein kritikfreundliches Klima sind Teil einer gelingende Kritikkultur. Gemeinsame Team-Sitzungen und Supervisionen können einen geeigneten Rahmen dafür bieten.

Die notwendigen Ressourcen für die Selbstfürsorge der PGB* und die MA* der anderen Berufsgruppen sollten zur Verfügung gestellt werden.

Die Expertise der PGB* sollte von den anderen Team-Mitgliedern aktiv eingeholt und gleichwertig zur Expertise anderer MA* gewichtet werden.

MITBESTIMMUNG

PGB* sollen an gemeinsamen Behandlungsentscheidungen beteiligt werden.

PGB* sollten gleichberechtigt bei der betrieblichen Mitbestimmung mitwirken.

SUPERVISION UND AUSTAUSCH

Regelmäßige und spezifisch auf die PGB* ausgerichtete Supervision als Teil der Arbeitszeit ist einzurichten. Die Teilnahme an Team-Supervisionen soll ebenfalls regelmäßig und in der Arbeitszeit stattfinden können. PGB* sollten Peer-spezifische Supervisionen (wenn möglich mit Peer-Leitung) erhalten. Diese Möglichkeiten sollten auch für PGB* mit geringer Stundenzahl geschaffen werden.

Förderkonzepte für Intervision und Austausch müssen partizipativ entwickelt werden, damit die Vernetzung der PGB* ermöglicht werden kann.

WEITERBILDUNG UND KARRIERE

PGB* sollten an berufsgruppenübergreifenden Fortbildungen teilnehmen können. Es sollten Fortbildungen zum Thema Peer- und Genesungsbegleitung angeboten werden. Für PGB* sollten Fortbildungen zur Weiterentwickelung der Peer-Rolle angeboten werden. PGB* sollten Fortbildungen eigenständig oder gemeinsam mit anderen MA* umsetzen können.

Für PGB* müssen (neue) Wege zur beruflichen Weiterentwicklung und Entwicklung der eigenen Karriere gefunden werden.

Auch PGB* sollten für Leitungspositionen berücksichtigt werden. Es sollten Stellen für Senior-Peers als Ansprechpartner*innen, Führungskräfte oder zur Koordination geschaffen werden.

STÄRKUNG DER PEER-BEGLEITUNG

Pro Behandlungsteam sollten mindestens zwei PGB* eingestellt werden. Geeignete Messgrößen in der Personalverordnung müssen hierfür geprüft werden.

PGB* sollten nicht mehr als andere MA* auch in der eigenständigen Umsetzung ihrer Tätigkeiten von anderen MA* abhängig sein.

Peer-geleitete Behandlungs- und Versorgungsangebote sollten im Rahmen des SGB V entwickelt und finanziert werden.

Maßnahmen zum Erhalt des Spezifischen der Peer- und Genesungsbegleitung werden empfohlen, bspw. Intervision, Vernetzung, Supervision oder Fortbildungen.

Maßnahmen zur Bekanntmachung von Peer- und Genesungsbegleitung innerhalb und außerhalb der psychiatrischen Institutionen sollten erfolgen.

Literaturverzeichnis

Wissenschaftliche Arbeiten:
Byrne, L., Roennfeldt, H., Wolf, J., Linfoot, A., Foglesong, D., Davidson, L., & Bellamy, C. (2022). Effective peer employment within multidisciplinary organizations: Model for best practice. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 49(2), 283–297.
https://doi.org/10.1007/s10488-021-01162-2

Charles, A., Thompson, D., Nixdorf, R., Ryan, G., Shamba, D., Kalha, J., Moran, G., Hiltensperger, R., Mahlke, C., Puschner, B., Repper, J., Slade, M., & Mpango, R. (2020). Typology of modifications to peer support work for adults with mental health problems: Systematic review. The British Journal of Psychiatry, 216(6), 301–307.
https://doi.org/10.1192/bjp.2019.264

Charles, A., Nixdorf, R., Ibrahim, N., Meir, L., Mpango, R., Ngakongwa, F., Nudds, H., Pathare, S., Ryan, G., Repper, J., Wharrad, H., Wolf, P., Slade, M., & Mahlke, C. (2021). Initial training for mental health peer support workers: Systematized review and international Delphi consultation. JMIR Mental Health, 8(5).
https://doi.org/10.2196/25528

Cooper, R., Saunders, K., Greenburgh, A., et al. (2024). The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: A systematic umbrella review. BMC Medicine, 22, 72.
https://doi.org/10.1186/s12916-024-03260-y

Fortuna, K. L., Naslund, J. A., LaCroix, J. M., Bianco, C. L., Brooks, J. M., Zisman-Ilani, Y., Muralidharan, A., & Deegan, P. (2020). Digital peer support mental health interventions for people with a lived experience of a serious mental illness: Systematic review. JMIR Mental Health, 7(4), e16460.
https://doi.org/10.2196/16460

Gillard, S. (2019). Peer support in mental health services: Where is the research taking us, and do we want to go there? Journal of Mental Health, 28(4), 341–344.
https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2019.1608935

Haun, M., Bilmayer, S., Heuer, I., Mahlke, C., Puschner, B., Wagner, M., & Nixdorf, R. (2021). UPSIDES. Erfahrungen in Deutschland aus der Sicht von Peer-Begleiter*innen und -Trainer*innen. Sozialpsychiatrische Informationen, 51.
https://doi.org/10.1486/SI-2021-03_15

Haun, M., Nixdorf, R., Heuer, I., Wagner, M., Bilmayer, S., Mahlke, C., & Puschner, B. (2021). UPSIDES, Peer-Begleitung – Gemeinsam Krisen bewältigen. Das Gesundheitswesen, 83(4), 241.
https://doi.org/10.1055/a-1395-1505

Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., Mueller-Stierlin, A., Ryan, G., Mahlke, C., Shamba, D., Puschner, B., Repper, J., & Slade, M. (2020). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 55(3), 285–293.
https://doi.org/10.1007/s00127-019-01739-1

Jones, N., Niu, G., Thomas, M., Riano, N. S., Hinshaw, S., & Mangurian, C. (2019). Peer specialists in community mental health: Ongoing challenges of inclusion. Psychiatric Services, 70(12).
https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800552

Kraemer, U. (2017). Identifying core components and organisational determinants of peer support work in mental health services and consumer/survivor/peer-operated organisations from the perceptions and experiences of stakeholders directly involved with professionalised peer support provision: A systematic review and thematic synthesis (Master's thesis, King's College London).

Mirbahaeddin, E., & Chreim, S. (2022). A narrative review of factors influencing peer support role implementation in mental health systems: Implications for research, policy and practice. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 49(4), 596–612.
https://europepmc.org/article/med/35018509

Nixdorf, R., Kotera, Y., Baillie, D., Garber Epstein, P., Hall, C., Hiltensperger, R., Korde, P., Moran, G., Mpango, R., Nakku, J., Puschner, B., Ramesh, M., Repper, J., Shamba, D., Slade, M., Kalha, J., & Mahlke, C. (2024). Development of the UPSIDES global mental health training programme for peer support workers: Perspectives from stakeholders in low, middle and high-income countries. PLOS One.
https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298315

Oeltjen, K., Schulz, M., Heuer, I., Knigge, G., Nixdorf, R., Briel, D., Hamer, P., Brannath, W., Utschakowski, J., Mahlke, C., & Gerhardus, A. (2024). Effectiveness of a peer-supported crisis intervention to reduce the proportion of compulsory admissions in acute psychiatric crisis interventions in an outreach and outpatient setting: Study protocol for an exploratory cluster randomised trial combined with qualitative methods. BMJ Open, 14.
https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-083385

Penney, D. (2018). Defining "peer support": Implications for policy, practice, and research.
https://mamh-web.files.svdcdn.com/production/files/DPenney_Defining_peer_support_2018_Final.pdf

Piat, M., et al. (2021). Factors influencing the implementation of mental health recovery into services: A systematic mixed studies review. Systematic Reviews, 10(1), 134.
https://doi.org/10.1186/s13643-021-01646-0

Puschner, B., et al. (2025). Effectiveness of peer support for people with severe mental health conditions in high-, middle- and low-income countries: Multicentre randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry.
https://doi.org/10.1192/bjp.2025.10299

Ramesh, M., et al. (2023). Societal and organisational influences on implementation of mental health peer support work in low-income and high-income settings: A qualitative focus group study. BMJ Open, 13(8), e058724.
https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058724

Reuling, J., Cronise, R., & Wolf, J. (2024). Listening to the peer support workforce: Top ten priorities – An action agenda.
https://tucollaborative.org/wp-content/uploads/Action-Agenda_Final-corrected.pdf

Russo, J., & von Peter, S. (2022). Politicising crisis support: Learning from autonomous self-organising in Bochum, Germany. Advances in Mental Health, 20(1), 64–73.
https://doi.org/10.1080/18387357.2021.2000337

Sinclair, A. (2018). Peer supervision: Stumbling blocks and ways forward. In J. Meagher, A. Stratford, F. Jackson, E. Jayakody, & T. Fong (Eds.), Peer work in Australia: A new future for mental health (pp. 280–294). PRA and Mind Australia.
https://insideoutconversations.com.au/wp-content/uploads/2024/07/Sinclair-2018-Peer-Supervision-chapter-in-Peer-Work-in-Australia.pdf

Tinland, A., Loubière, S., Mougeot, F., Jouet, E., Pontier, M., Baumstarck, K., Loundou, A., Franck, N., Lançon, C., Auquier, P., & DAiP Group. (2022). Effect of psychiatric advance directives facilitated by peer workers on compulsory admission among people with mental illness: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 79(8), 752–759.
https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1627

Utschakowski, J., & Van Haaster, H. (2019). Ausbildungsprogramm für Psychiatrie-Erfahrene zur Qualifizierung als Ausbilder und als Genesungsbegleiter.
https://psychiatrie-verlag.de/wp-content/uploads/2019/01/EX-IN-Curriculum_02.pdf

von Peter, S., Göppert, L., Ziegenhagen, J., Beeker, T., Glück, R., Groth, B., Groß, U., Reinholdt, A., Boerma, R., Heißler, M., Habicht, J., & Schwarz, J. (2021). Supported employment, participation at work, and peer support: A qualitative, participatory case study report of the Geesthacht model. Frontiers in Psychiatry, 12, 634080.
https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.634080

White, S., et al. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: A systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry, 20(1), 534.
https://doi.org/10.1186/s12888-020-02923-3

Bücher:
Ackers, S., & Nuißl, K. (Hrsg.). (2021). EX-IN Genesungsbegleitung: Erfahrungsberichte aus der Praxis. Köln.

Ex-In Deutschland. (o. J.). Genesungsbegleitende beschäftigen.
https://ex-in.de/broschuere-implementierung-von-ex-in
Für 7 Euro bei der Geschäftsstelle zu bestellen.

Jahnke, B. (2012). Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen: Mit EX-IN zum Genesungsbegleiter. Neumünster.

Mahlke, C., Schulz, G., Sielaff, G., Nixdorf, R., & Bock, T. (2019). Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung. Bundesgesundheitsblatt, 62(2), 214–221.
https://doi.org/10.1007/s00103-018-2875-z

Mahlke, C., Schulz, G., Wieser, M., & Bock, T. (2019). Unterstützte Entscheidungsfindung und Peerbegleitung. In C. Mahlke (Hrsg.), Selbstbestimmung und Solidarität (S. 124–136). Köln: Psychiatrie-Verlag.

Utschakowski, J., Sielaff, G., & Bock, T. (Hrsg.). (2009). Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Utschakowski, J. (2015). Mit Peers arbeiten. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Utschakowski, J., Sielaff, G., Bock, T., & Winter, A. (Hrsg.). (2015). Experten aus Erfahrung: Peerarbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Zuaboni, G., Burr, C., Winter, A., & Schulz, M. (Hrsg.). (2019). Recovery und psychische Gesundheit: Grundlagen und Praxisprojekte. Köln.

Arbeiten aus dem ImpPeer-Psy5 Projekt:
Ruiz-Pérez, G., & von Peter, S. (2025, February 13). Attitudes of peer support workers towards the medical model: A qualitative study from the viewpoints of peer support workers and mental health staff. Journal of Community Health.
https://doi.org/10.1007/s10597-025-01454-z

Ruiz-Pérez, G., Küsel, M., & von Peter, S. (2025, April 1). Changes of attitudes of mental health care staff surrounding the implementation of peer support work: A qualitative study. PLOS One.
https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0319830

Ruiz-Pérez, G., Küsel, M., & von Peter, S. (2025). Berufsbild und Finanzierung der Peer- und Genesungsbegleitung in der krankenkassenfinanzierten Versorgung in Deutschland – Status quo und Möglichkeiten. Das Gesundheitswesen.
https://doi.org/10.1055/a-2452-4239

Schmidt, D., Heuer, I., Küsel, M., Ruiz-Pérez, G., & von Peter, S. (2025). Übersehene Professionalität – persönliche Gelingensfaktoren für die Peer- und Genesungsbegleitung. Der Nervenarzt, 96, 362–371.
https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-024-01754-x

von Peter, S., Krämer, U. M., Cubellis, L., Fehler, G., Ruiz-Pérez, G., Schmidt, D., Ziegenhagen, J., Küsel, M., Ackers, S., Mahlke, C., Nugent, L., & Heuer, I. (2023). Implementing peer support work in mental health care in Germany: The methodological framework of the collaborative, participatory, mixed-methods study (Imp-Peer-Psy5). Health Expectations, 27, e13938.
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.13938

von Peter, S., Küsel, M., Ziegenhagen, J., Fehler, G., Schmidt, D., & Ruiz-Pérez, G. (2025). „Change Agents“ oder „Peer Washing“: Inwiefern können Peer- und Genesungsbegleiter*innen zur Veränderung von psychiatrischen Einrichtungen beitragen? Psychiatrische Praxis, 51(8), 410–417.
https://doi.org/10.1055/a-2361-4057

Ziegenhagen, J., Kraemer, U., Fehler, G., Ruiz-Pérez, G., Schmidt, D., Cubellis, L., Küsel, M., & von Peter, S. (2025, May 13). Difference and subordination – The epistemic struggles of collaborative knowledge production in the field of mental health. Research Involvement and Engagement, 11, 46.
https://researchinvolvement.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40900-025-00720-4

Videos Abschlussveranstaltungen:

- Veranstaltung/Wissenschaft:
  https://www.youtube.com/watch?v=s3020OXN0EM&t=3693s

- Veranstaltung/Politik:
  https://www.youtube.com/watch?v=zzN-mBWa2EM&t=11s

- Veranstaltung Praxis:
  https://studio.youtube.com/video/kCMOYb7AXEE/edit

IMPRESSUM

ERFAHRUNGEN UND EMPFEHLUNGEN ZUR ARBEIT MIT PEER- UND GENESUNGSBEGLEITENDEN IN DER PSYCHIATRIE

Forschende der Medizinischen Hochschule Brandenburg:
Sebastian von Peter, Jenny Ziegenhagen, Ute Maria Krämer, Daniela Schmidt, Guillermo Ruiz-Perez, Georgia Fehler

Forschende des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf:
Imke Heuer, Lena Nugent, Candelaria Mahlke

Forschende Expertise ExIn:
Madeleine Küsel