Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Medizinische Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH
Förderkennzeichen:	01VSF19042
Akronym:	ImpPeer-Psy5
Projekttitel:	Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung - Implementierungsbedingungen im SGB V
Autoren:	Prof. Dr. Sebastian von Peter, Dr. Candelaria Mahlke, Lena Nugent, Dr. Imke Heuer, Jenny Ziegenhagen, Ute Krämer
Förderzeitraum:	1. Juli 2020 – 31. Dezember 2023

Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis ... 3
II. Abbildungsverzeichnis ... 3
III. Tabellenverzeichnis ... 3
1. Zusammenfassung ... 4
2. Beteiligte Projektpartner ... 5
3. Projektziele ... 5
4. Projektdurchführung ... 6
5. Methodik ... 7
5.1. Forschungsansatz ... 7
5.2. Population ... 8
5.3. Vorgehensweisen in den Teilstudien ... 9
5.3.1. Qualitative Hauptstudie (QUAL1) ... 9
5.3.2. Systematische Übersichtsarbeit (REV) ... 11
5.3.3. Standardisierte Befragung (QUAN) ... 12
5.3.4. Entwicklung einer Theorie of Change (ToC) ... 13
5.3.5. Qualitative Nacherhebung (QUAL2) ... 15
5.4. Datenintegration ... 15
5.5. Dissemination ... 16
5.5.1. Dynamische Kartographie zum Monitoring der PGB-Implementierung ... 16
5.5.2. Abschlussveranstaltungen zur Veröffentlichung zentraler Ergebnisse ... 16
5.5.3. Allgemeine verständliche Aufarbeitung der Ergebnisse für eine Broschüre ... 17

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

6. Projektergebnisse 17
6.1. Systematisches Review 18
6.2. Qualitative Erhebungen 22
6.3. Theory of Change 27
6.4. Standardisierte Befragung 30
6.5. Nachbemerkung 40
7. Diskussion der Projektergebnisse 40
8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung 46
9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen 50
10. Literaturverzeichnis 52
11. Anhang 58
12. Anlagen 58

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

I. Abkürzungsverzeichnis

PGB	Peer- und Genesungsbegleitung
PGB*	Peer- und Genesungsbegleiter*innen
MA	Mitarbeitende anderer Berufsgruppen
LTG	Mitarbeitende in Leitungsfunktion
NU	Nutzer*innen psychiatrischer Angebote/ Einrichtungen
„Senior-Peers“	Peer- und Genesungsbegleiter*innen mit langjährigen Berufserfahrungen
EE	Erfahrungsexpertise
SB	Standardisierte Befragung
QUAL oder Q	Qualitative Studienteile
REV	Systematisches Review
ToC	Theory of Change
QUAN	Quantitativer Studienteil
E	Ergebnisse
D	Diskussion
V	Empfehlungen zur weiteren Verwendung (der Ergebnisse)

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufeinander abgestimmte Teilstudien mit unterschiedlichen Datenerhebungs- und Auswertungsmethoden 7

Abbildung 2: Mehrstufiger, kollaborativer Codierungsprozess der QUAL1-Phase Mehrstufiger, kollaborativer Codierungsprozess der QUAL1-Phase 11

Abbildung 3: Prisma Flow Diagramm für die Systematische Review 12

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner 5

Tabelle 2: Teilstudien übergreifenden Forschungsfragen 9

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1. Zusammenfassung

Hintergrund: Seit mehr als 30 Jahren bringen sich Menschen mit eigenen Erfahrungen psychischer Krisen als Genesungs- bzw. Peerbegleiter*innen (=PGB*) in die psychosoziale und psychiatrische Gesundheitsversorgung ein. Gleichzeitig diskutieren zahlreiche Publikationen die Herausforderungen bei der Implementierung von PGB in psychiatrischen und anderen Versorgungskontexten In Deutschland gibt es erhebliche regionale und institutionelle Unterschiede bei der Umsetzung der PGB, oft als Spiegel von lokalen und regionalen Regelungen und Rahmenbedingungen. De Frage ihrer Implementierung im krankenkassenfinanzierten Bereich ist durch die im Jahr 2016 verabschiedete PPP-RL-Verordnung in den Fokus gerückt. Kernaufgaben für diese neue Berufsgruppe müssen definiert und Vergütungsregeln gefunden werden. In diesem Zusammenhang zielte die ImpPeer-Psy5-Studie erstens darauf, den aktuellen Stand der Implementierung der PGB in der krankenkassenfinanzierten, psychiatrischen Versorgung in Deutschland zu erheben. Zweitens wurden die unterschiedlichen Bedarfe der an dieser Implementierung beteiligten Stakeholder*innengruppen (PGB*, andere Mitarbeitende (=MA), und NU) ermittelt, um aus Bestand und Bedarf konkrete Strategien ableiten zu können.

Methodik: Die Studie nutzte grundlegend ein methodengemischtes QUAL-QUAN-QUAL-Design, um die Implementierungsstrategien in Ergebnissen unterschiedlicher methodologischer Ansätze und divergierende Perspektiven zu verankern. Zwei qualitative Untersuchungsphasen (QUAL1 und QUAL2) flankierten eine standardisierte Befragung (QUAN) zur Untersuchung des Bestands und Bedarfs der PGB* in der bundesweiten psychiatrischen Versorgung, ergänzt durch eine systematische Übersichtsarbeit (REV) zum Thema sowie eine Reihe von sogen. Theory-of-Change Workshops (ToC), um Strategien für die erfolgreiche Implementierung im deutschen Gesundheitswesen zu entwickeln. Das Forschungskonsortium bestand aus drei Unterteams, einem Team an der Medizinischen Hochschule Brandenburg, das beide QUAL-Teile durchführte, einem Team am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, das für die QUAN-Befragung sowie die ToC- und REV-Studienteile verantwortlich war, und einem Team beim gemeinnützigen Ausbildungsträger EX-IN Deutschland, der als Praxispartner fungierte. Darüber hinaus verwendete die Studie einen kollaborativen Forschungsansatz in Kombination mit partizipativen Methoden und Strategien, um verschiedene Interessengruppen in verschiedenen Phasen des Forschungsprozesses zu beteiligen.

Ergebnisse: Auf der Grundlage der triangulierten Ergebnisse aller Studienteile werden insgesamt 40 Empfehlungen zur Implementierung von PGB, die unter 11 Themenbereiche gefasst sind, ausgesprochen: Empfehlungen zur Anerkennung der PGB* als eigenständige Berufsgruppe, zur Anstellung und Entlohnung von PGB*, zur Fragen ihrer Qualifizierung, zur Vorbereitung der anstellenden Institutionen und den Einstellungs- und Einarbeitungsprozessen von PGB*, zur Arbeitsplatzgestaltung und zu ihrem spezifischen Tätigkeitsspektrum, zur Zusammenarbeit zwischen PGB* und MA anderer Berufsgruppen, zur Mitbestimmung, Supervision und Austausch von und zwischen PGB*, zur Weiterbildung und Karriere, und zur Stärkung der PGB. Die Projektteil-übergreifenden Ergebnisse und Empfehlungen werden in Hinblick auf die derzeitige Implementierungssituation und anstehende gesundheitspolitische Entscheidungen in Bezug auf die Implementierung der PGB* diskutiert, woraus sich konkrete Hinweise und Vorgehensweisen für zukünftige Implementierungsprozesse ableiten lassen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

2. Beteiligte Projektpartner

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner

Institution	Verantwortlichkeit/Rolle
Medizinische Hochschule Brandenburg	Konsortialführung, qualitative Befragungen und Analysen
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf	Standardisierte Befragungen, systematisches Review, quantitative Analysen/ Biometrie, Theory of Change
EX-IN Deutschland e.V.	Koordination partizipativer Zusammenarbeit auf Bundes- und Landesebene

3. Projektziele

Seit mehr als 30 Jahren bringen sich Menschen mit eigenen Erfahrungen psychischer Krisen als Genesungs- bzw. Peerbegleiter*innen (=PGB*) in die psychosoziale und psychiatrische Gesundheitsversorgung ein. PGB* wurden in der klinischen Versorgung zunächst nur in den USA eingesetzt, später in Großbritannien, Australien, Kanada, und viel später auch in europäischen Ländern. Diese Entwicklung wurde und wird durch Forschung zur Wirksamkeit von Peer- und Genesungsbegleitung (=PGB) unterstützt, die zeigt, dass der Einsatz von PGB* die psychosoziale Gesundheit von Nutzer*innen (=NU) signifikant verbessert und sich auf ihre Genesung positiv auswirkt (White et al., 2020, Smit et al., 2023, Høgh Egmose et al., 2023, Mahlke et al., 2017). Inzwischen wird der Einsatz der PGB* in einer Reihe von nationalen und internationalen Leitlinien empfohlen (Lloyd-Evans et al., 2014, Repper et al., 2013, Proctor et al., 2019).

Gleichzeitig diskutieren zahlreiche Publikationen die Herausforderungen bei der Implementierung von PGB in psychiatrischen und anderen Versorgungskontexten (Byrne et al., 2022, Mutschler et al., 2022, Gates et al., 2010, Kent, 2019, Otte et al., 2020, Hamilton et al., 2015, Vandewalle et al., 2016, Zeng et al., 2020, Lyons et al., 2021, Gillard et al., 2015a, Walker & Bryant, 2013, Utschakowski, 2015, Hurley et al., 2018). Hintergrund für diese Diskussionen ist unter anderem, dass die PGB ursprünglich im Rahmen der Selbsthilfe und -vertretung und unabhängig vom Versorgungssystem entstanden ist (Clay, 2005). Ihre grundlegenden Prinzipien und Arbeitsweisen, wie Gegenseitigkeit, Würde, Empowerment, oder Wiedererlangung von Selbstbestimmung lassen sind nicht unbedingt in den Grundprinzipien psychiatrischer oder psychosozialer Versorgung vertreten, was die Frage aufwirft, wie sich die PGB möglichst prinzipiengetreu im Rahmen dieser Versorgungskontexte umsetzen lässt (Clay, 2005, Penney & Stastny, 2019, Penney & Prescott, 2016).

In Deutschland gibt es eine Reihe von Trainingsprogrammen für die Ausbildung von PGB* (UPSIDES, DBT Peer Coach, Ausbildung der Initiative Selbstbestimmt Leben (ISL) etc.), von denen das Programm EX-IN (Experienced Involvement) sicher das bekannteste und im Bereich psychiatrische Versorgung deutlich dominierende Beispiel ist (Isl-ev.de. 2023, UPSIDES, n.d., Link & Scharf, n.d.). Außerdem gibt es im deutschen Versorgungskontext erhebliche regionale und institutionelle Unterschiede bei der Umsetzung der PGB, oft als Spiegel von lokalen Entwicklungen hinsichtlich regionaler Regelungen und Rahmenbedingungen. Obgleich die Mehrheit der PGB* im komplementären Bereich der psychosozialen Versorgung arbeitet, ist die Frage ihrer Implementierung im krankenkassenfinanzierten Bereich durch das im Jahr

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

2016 verabschiedete PPP-RL-Gesetz, das Personalplanung und Vergütungssystem des psychiatrischen Krankenhaussektors restrukturieren soll, in den Fokus gerückt. Die Entscheidung, die PGB als neue Berufsgruppe und im §9 als Qualitätsempfehlung aufzunehmen, müssen Implementierungs- und Vergütungsregelungen gefunden werden.

Diese Entwicklungen bringen sowohl Chancen als auch Herausforderungen für die PGB mit sich. Es gibt einen hohen Bedarf an geeigneten Implementierungsstrategien, um diese neue Mitarbeitenden-Gruppe in den unterschiedlichen Bereichen der psychiatrischen Versorgung einzuführen und eine ihren Prinzipien und Zielen gemäße Begleitung von NU zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang zielte die ImpPeer-Psy5-Studie erstens darauf, den aktuellen Stand der Implementierung der PGB in der krankenkassenfinanzierten, psychiatrischen Versorgung in Deutschland zu erheben, sowie mehr über spezifische Anforderungen und Barrieren für die Implementierung in diesem speziellen Bereich zu verstehen. Zweitens wurden die unterschiedlichen Bedarfe der an dieser Implementierung beteiligten Stakeholdergruppen (PGB*, andere Mitarbeitende (=MA), und NU) ermittelt, um aus Bestand und Bedarf konkrete Strategien ableiten zu können.

4. Projektdurchführung

Die Studie nutzte grundlegend ein methodengemischtes QUAL-QUAN-QUAL-Design (zur Verschränkung der Studienteile siehe **Abbildung 1**), um die Implementierungsstrategien in Ergebnissen unterschiedlicher methodologischer Ansätze und divergierende Perspektiven zu verankern (Creswell & Clark, 2017). Zwei qualitative Untersuchungsphasen (QUAL1 und QUAL2) flankierten eine standardisierte Befragung (QUAN) zur Untersuchung des Bestands und Bedarfs der PGB in der bundesweiten psychiatrischen Versorgung, ergänzt durch eine systematische Übersichtsarbeit zum Thema (REV) sowie eine Reihe von sogen. Theory-of-Change Workshops (ToC), um Strategien für die erfolgreiche Implementierung im deutschen Gesundheitswesen zu entwickeln.

Die verschiedenen Studienteile standen in einem kontinuierlichen Dialog: Die Ergebnisse 1) der QUAL1-Phase, 2) der ersten ToC-Workshops und 3) des REV-Prozesses flossen in die Entwicklung des QUAN-Erhebungsinstruments ein. Die Forschungsfragen der QUAL2-Phase leiteten sich aus Inkonsistenzen ab, die während der QUAL1- und QUAN-Studienphasen aufgetreten waren. Dabei explorierten die qualitativen Daten tendenziell stärker lokale Praktiken, während der quantitative Studienteil eher darauf zielte, verallgemeinerbare Ergebnisse für Deutschland insgesamt zu liefern. Drittens wurden die Hauptergebnisse der REV-, QUAN- und beiden QUAL-Studienteile in den letzten ToC-Workshops diskutiert und darauf in einem mehrstufigen Prozess zu Hauptergebnissen integriert.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

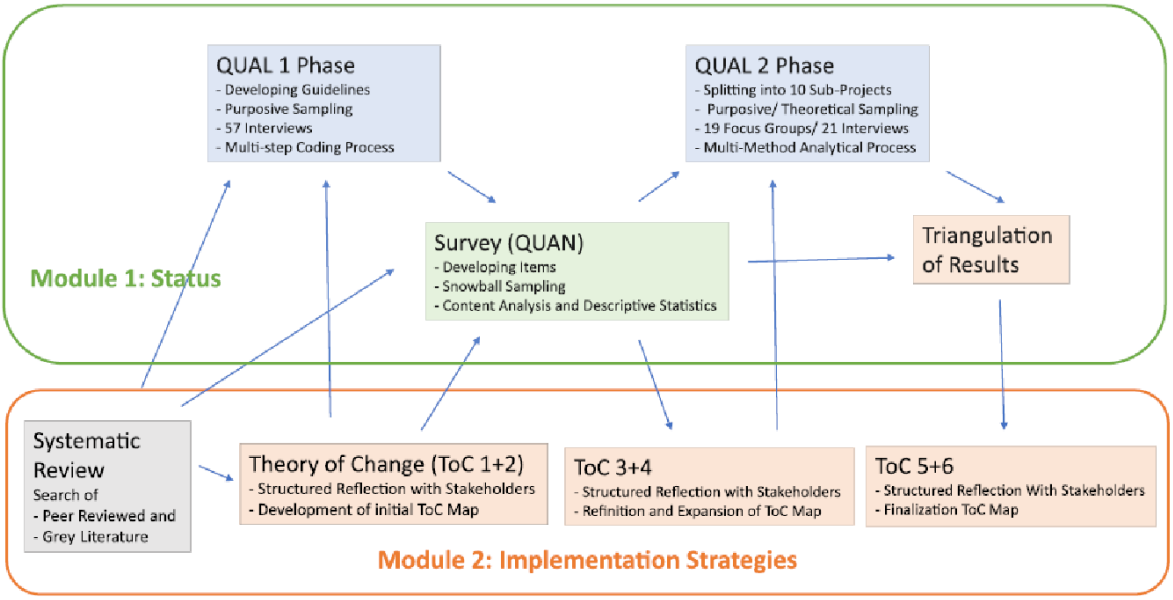


Abbildung 1: Aufeinander abgestimmte Teilstudien mit unterschiedlichen Datenerhebungs- und Auswertungsmethoden

5. Methodik

Wie unter 2. aufgeführt, bestand das Forschungskonsortium aus drei Unterteams: 1) einem Team an der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB), das beide QUAL-Studienteile durchführte, 2) einem Team am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), das für die QUAN-Befragung sowie die ToC- und REV-Studienteile verantwortlich war, und 3) einem Team beim gemeinnützigen Ausbildungsträger EX-IN Deutschland, der als Praxispartner in verschiedenen Schritten des Forschungsprozesses fungierte (siehe unten). Darüber hinaus verwendete die ImpPeer-Psy5-Studie 1) einen kollaborativen Forschungsansatz in Kombination mit 2) partizipativen Methoden und Strategien, um verschiedene Interessengruppen in verschiedenen Phasen des Forschungsprozesses zu beteiligen.

5.1. Forschungsansatz

Kollaborative Forschungsansätze im Bereich der psychischen Gesundheit werden manchmal auch als ko-produktiv bezeichnet (Wallcraft et al., 2009). Sie unterscheiden sich von der NU-geleiteten oder auch betroffenenkontrollierten Forschung, können sich aber, wie in unserem Fall, auf diese Traditionen stützen, indem sie verwandten Prinzipien und Werten folgen, wie z. B. denen einer gleichwertigen Forschungspartnerschaft. Im Rahmen der ImpPeer-Psy5-Studie arbeiteten Forschende mit und ohne eigene psychische Krisenerfahrungen und Erfahrungen der Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen in allen Phasen der Studie eng zusammen: zur Entwicklung des Antrags und der Forschungsfragen, während der Erhebung, Auswertung, und Interpretation der Daten, und während der Veröffentlichung der Ergebnisse. Alle Teammitglieder waren als wissenschaftliche Mitarbeitende angestellt und verfügten über unterschiedliche berufliche, akademische und erfahrungsbezogene Hintergründe. Sie nahmen unterschiedliche Positionen gegenüber dem psychiatrischen Versorgungssystem ein, weil sie diese entweder selbst in Anspruch genommen bzw. „überlebt“ hatten oder dort beschäftigt waren/ sind, oder bereits als PGB* in diesen gearbeitet und/ oder sich damit verbundener

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Selbstvertretung oder politischen Arbeit beteiligt hatten. Entscheidend ist außerdem, dass die MA der Forschungsteams disziplinär unterschiedlich geprägt waren. Ihre wissenschaftlichen Qualifikationen lagen in der Gesundheitsforschung, der Medizin, der Anthropologie, den Gender Studies, der Pflege, den Kulturwissenschaften, der Sprach- und Literaturwissenschaft, der Religionswissenschaft, der Philosophie, der Geschichte, der Kunstgeschichte oder der Psychologie, was die ImpPeer-Psy5-Studie auch zu einem ausgesprochen interdisziplinären Projekt machte. Um sich in dieser Komplexität zurechtzufinden, werden nachfolgend die Bezeichnungen "Forschende mit und ohne Erfahrungsexpertise (= EE)" verwendet, da diese Differenz in Bezug auf das Forschungsthema zentral war.

Neben diesem kollaborativen Forschungsansatz wurden in verschiedenen Studienabschnitten und Forschungsphasen partizipative Workshops eingesetzt. Angesichts der Tatsache, dass ein Großteil der Literatur zur PGB-Implementierung aus den USA, Australien, Großbritannien und Kanada stammt (Byrne et al., 2022, Mutschler et al., 2022, Gates et al., 2010, Kent, 2019, Otte et al., 2020, Hamilton et al., 2015, Vandewalle et al., 2016, Zeng et al., 2020, Lyons et al., 2021, Åkerblom & Ness, 2023), war festzustellen, dass in diesen Arbeiten wichtige Faktoren im deutschen Gesundheitskontext entweder nicht angesprochen (wie z.B. Ausbildungsdauer und Curricula, institutionelle oder personelle Vorbereitung usw.) oder zu vage formuliert worden waren, um auf den Kontext hierzulande übertragbar zu sein. Daher wurde im Review auf europäische Literatur fokussiert und eine Vielzahl von Akteur*innen beteiligt, die mit der Implementierung der PGB in Deutschland erfahren sind, wie: PGB*, die innerhalb oder außerhalb des Gesundheitssystems arbeiten, NU psychiatrischer Versorgungsangebote, Personen der politischen Selbstvertretung, und NU der Selbsthilfe), um die Forschungsfragen zu verfeinern und zu validieren und gemeinsam Implementierungsstrategien zu entwickeln (weitere Details siehe unten).

5.2. Population

Die Teilnehmenden für den QUAN- und QUAL-Studienteil stammten aus drei Stakeholder*innengruppen: 1) PGB*, die in der psychiatrischen Versorgung tätig sind oder waren, z. B. in psychiatrischen Krankenhausabteilungen oder Teams der Integrierten Versorgung, 2) (ehemalige) NU von PGB aus diesen Sektoren, und 3) MA aus anderen Berufsgruppen, die mit PGB* zusammenarbeiten, bspw. ausgebildet in Psychologie, Sozialarbeit oder Pflege, sowie Führungskräfte. Dieser Ansatz sollte einen multiperspektivischen Wissensschatz über die Anforderungen und Herausforderungen der Implementierung der PGB in der psychiatrischen Versorgung zusichern.

Die Rekrutierung fand in den Studienmonaten 6 bis 30 statt, die sich über die Jahre 2021-2023 erstreckten, und nutzte verschiedene Strategien, die unten im Detail beschrieben werden. Das Ausbildungsnetzwerk EX-IN Deutschland und kleinere Ausbildungsorganisationen (EUTB, Lebensart Münster, UPSIDES etc.) fungierten als Multiplikatoren. Darüber hinaus wurden Informationen über die Studie auf PGB-spezifischen Social-Media-Plattformen geteilt, um die Rekrutierung von Studienteilnehmenden zu erleichtern.

Die Teilnehmenden wurden aus allen 16 Bundesländern rekrutiert. Um den institutionellen und regionalen Unterschieden der PGB-Angeboten Rechnung zu tragen, wurde Teilnehmende aller drei Gruppen gezielt aus sowohl ländlichen als auch (groß-)städtischen Gebieten sowie aus Nord-, Süd-, Ost- und Westdeutschland rekrutiert; außerdem wurde darauf geachtet, Teilnehmende aus verschiedenen Behandlungssettings zu rekrutieren (stationär, teilstationär,

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ambulant, Zuhause-Behandlung). Details zu unseren konkreten Rekrutierungsstrategien der einzelnen Teilstudien werden in den folgenden Abschnitten beschrieben.

5.3. Vorgehensweisen in den Teilstudien

Aufgrund der Covid-19-Pandemie wurden alle qualitativen und quantitativen Erhebungen online durchgeführt.

5.3.1. Qualitative Hauptstudie (QUAL1)

Da die QUAL1-Phase den Forschungsprozess initiierte, wurden zunächst die für alle Teilstudien übergreifenden Forschungsfragen in Zusammenarbeit aller drei Sub-Teams entwickelt. Die entwickelten Fragen wurden in einem partizipativen Workshop mit 11 Expert*innen unterschiedlicher Erfahrungs- und beruflicher Hintergründe diskutiert und entsprechend angepasst. Nachfolgend werden in **Tabelle 2** unterschiedliche thematische Felder auf die drei Module Bestandsaufnahme, Bedarfsanalyse und Implementierungsbedingungen angewendet, wodurch sich die dargestellten übergreifenden Forschungsfragen ergeben.

Tabelle 2: Teilstudien übergreifenden Forschungsfragen

Themat. Felder/ Antragsmodule	Individuelle Voraussetzungen (A)	Erwartungen an die PB (B)	Strukturelle Voraussetzungen (C)	Aufgaben und Rollen (D)	Wahrgenommene Veränderungen (E)	Erhalt der Spezifika (F)
Bestand – Wie wird PB in Deutschland derzeit umgesetzt?	Welche Kompetenzen (Erfahrungen, Ausbildung, Fähigkeiten) bringen die PGB* in ihre Arbeit ein?	Welche Erwartungen haben verschiedene Beteiligte an den Einsatz der PGB*?	Welche Vorkehrungen wurden für die Implementierung und Weiterentwicklung der PGB getroffen?	Welche Aufgaben werden von den PGB* ausgeübt, welche Rollen eingenommen?	Wie wirkt sich die Implementierung und die weitere Mitarbeit von PGB* auf ihre Einrichtung und NU aus?	Was wird in den Einrichtungen dafür getan, damit das Besondere der PGB deutlich wird, erhalten bleibt und sich entwickelt?
Bedarf – Was wünschen sich die PB* und die anderen Stakeholder?	Welche Kompetenzen (Erfahrungen, Ausbildung, Fähigkeiten) sollten die PGB* mitbringen?	Welche Erwartungen sollten die Beteiligten an den Einsatz der PGB haben? Was wird von PGB* gewünscht?	Welche Voraussetzungen bräuchte es für die Implementierung und Weiterentwicklung der PGB?	Welche Aufgaben und Rollen sollten von PGB* ausgeübt und welche Rollen eingenommen werden?	Was sollten PB* in den Einrichtungen verändern/ bewirken?	Was braucht es in den Einrichtungen, damit das Besondere der PGB deutlich wird, erhalten bleibt und sich entwickeln kann?
Rapid Review						
Standardisierte Umfrage						
ToC Workshops						
Implementierung – welche Modelle der PGB sind für die Versorgung in Deutschland geeignet, bzw. förderlich?	Welche Kompetenzen (Erfahrungen, Ausbildung, Fähigkeiten) der PGB* sind notwendig, bzw. förderlich für ihre Arbeit im kranken-kassenfinanzierten Bereich?	Welche Erwartungen der Beteiligten an den Einsatz von PGB in krankenkassenfinanzierten Bereichen sind förderlich?	Welche Voraussetzungen sind für die Implementierung und Weiterentwicklung der PGB in der krankenkassenfinanzierten Versorgung notwendig/ förderlich?	Welche Rollen und Aufgaben eignen sich für den Einsatz der PGB in krankenkassenfinanzierten Bereichen?	Welche Veränderungen können die PGB* in Einrichtungen der krankenkassenfinanzierten Versorgung bewirken?	Was ist in den krankenkassenfinanzierten Einrichtungen notwendig/ förderlich, damit das Besondere der PGB deutlich wird, erhalten bleibt und sich entwickeln kann?

Zur Entwicklung der Interviewleitfäden für die QUAL1-Phase, teilte sich das MHB-Team in kleinere Gruppen auf, die auf der Grundlage ihrer unterschiedlichen Expertisen und Erfahrungshintergründe im Ganzen rund 280 potenzielle Fragen generierten. Diese Fragen wurden systematisch in mehreren Schritten sortiert und in Bezug auf zentrale Fragedomänen aus der Literatur bewertet. Dieser Prozess war zeitaufwändig und erforderte eine enge Abstimmung zwischen allen Forschenden. Die Dialoge waren aufgrund der oben skizzierten unterschiedlichen Hintergründe und Positionierungen intensiv.

Aus diesem Prozess ergaben sich insgesamt 76 Interviewfragen, die Themen wie die Ausbildung und Kompetenzen der PGB, institutionelle Anforderungen vor ihrer Implementierung und Onboarding-Prozesse, Aufgaben- und Rollenprofile von PGB*, Fragen der interprofessionellen Zusammenarbeit und zu Strategie- und Leitbildern sowie zu Möglichkeiten der Beteiligung von PGB* auf institutioneller Ebene usw. umfassten. Diese

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Fragen wurden auf sechs Interviewleitfäden aufgeteilt (drei für PGB*, zwei für andere MA, und einer für die Befragung von NU, wobei auf jeden Leitfaden die Befragung von zehn Teilnehmenden entfiel = 30 PGB*, 20 MA, 10 NU). Diese Leitfäden wurden im Rahmen von drei partizipativen Fokusgruppen mit insgesamt 29 Teilnehmenden unterschiedlicher Hintergründe diskutiert, was dazu führte, dass einige Fragen oder Gruppen von Fragen modifiziert wurden (siehe **Anhang 1)**.

Insgesamt 57 Teilnehmende (32 PGB*, 19 MA und 6 NU) wurden für die QUAL1-Phase über die oben beschriebenen Institutionen und Netzwerke rekrutiert, wobei eine Kombination aus einer Schneeballstichprobe und einer gezielten Fallauswahl zum Einsatz kam, um eine möglichst ausgewogene Stichprobe aus allen Zielgruppen, soziodemografischen Hintergründen, Regionen und Gesundheitssektoren zu erzielen. Die soziodemographische Zusammensetzung der Teilnehmenden findet sich in **Anhang 2**. Um eine dialogische Interviewsituation zu ermöglichen, wurden die Interviews zu zweit geführt, idealerweise bestehend aus zwei Teammitgliedern mit bzw. ohne EE. Die Interviews wurden aufgezeichnet und während der Transkription anonymisiert.

Nach der Transkription wurde durch das kollaborative MHB-Team ein mehrstufiger Kodierungsprozess vorgenommen (siehe **Abbildung 2**): Nach Prozess der Probekodierung, um im Team den Umfang und die Tiefe eines Kodierungsabschnitts zu verhandeln, wurde jedes Interview von zwei Teammitgliedern, jeweils mit und ohne EE kodiert. In Anlehnung an die Kodierungsansätze vergleichbarer Projekte (Sweeney et al., 2013, Gillard et al., 2012), wurde eine Variante der thematischen Analyse verwendet, die an ein kollaboratives Forschungsdesigns angepasst ist. Die daraus resultierenden Einzelcodes wurden in mehreren Schritten systematisch zusammengeführt: zunächst bildete das MHB-Team zwei Gruppen, in denen die Forschenden mit und ohne EE die entwickelten Codes jeweils untereinander integrierten, um später einen systematischen Vergleich der potenziell divergierenden Perspektiven und Wissenssysteme zu ermöglichen. Währenddessen war eine intensive Zusammenarbeit zwischen den Gruppenmitgliedern notwendig, um die Codes und Themen iterativ zu identifizieren, zu strukturieren, zu validieren, zu erweitern und schrittweise in zwei übergeordnete Codesysteme zu integrieren. In einem mehrschrittigen Prozess wurden diese Codesysteme dann zu einem einzigen System zusammengeführt. Auch dies war ein zeitaufwändiger Prozess, der eine umfassende Reflexion der Wortwahl und Diskussionen geteilter Bedeutungen erforderte, auch um hierarchische Entscheidungsprozesse zwischen den Gruppen zu vermeiden. Das nach und nach integrierte Coding-System wurde mit Code-Definitionen und Ankerzitaten ergänzt, um die deduktive Re-Kodierung der Transkripte durch zwei Teammitglieder zu ermöglichen, die bei Unsicherheiten oder Fragen miteinander und mit dem Gesamtteam im Gespräch blieben.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1	Recurrent reading of the transcripts by the full research team
2	Coding-as-trial in the full research team to negotiate the scope and depth of coding sections
3	Inductive coding of each transcript by two team members, with and without LE
4	Structuring of the codes into two, overarching code systems, one for the codes of the team members with and one for those of the team members without LE
5	Approval of these code systems within these groups on the basis of the inductive codes of step 3
6	Gradual merging of the two code systems by comparing and adapting their overarching themes, or structuring and integrating new ones
7	Approval of this system with the full research group on the basis of the inductive codes of step 3
8	Explication of the code definitions and anchor citations and recoding by two team members

Abbreviation: LE, lived experience.

Abbildung 2: Mehrstufiger, kollaborativer Codierungsprozess der QUAL1-Phase Mehrstufiger, kollaborativer Codierungsprozess der QUAL1-Phase

5.3.2. Systematische Übersichtsarbeit (REV)

Um den aktuellen Stand der Forschung zur Implementierung von PGB in europäischen Ländern zu erfassen, wurde ein systematisches Review durchgeführt. Ziel war es, bestehende Evidenz zusammenzufassen, Forschungslücken zu identifizieren und eine Grundlage für die Vorbereitung weiterer Projektschritte zu schaffen. Dieses Review wurde von zwei Teammitgliedern des UKE mit und ohne psychische Krisenerfahrung durchgeführt.

Die Literatursuche erfolgte am 31.01.2024 in fünf wissenschaftlichen Datenbanken (PubMed, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Library, Campbell Collaboration) unter Verwendung eines definierten Suchstrings (**s. Anhang 3**). Der Suchstring wurde im Rahmen einer Beratung durch einen Bibliothekar geschärft und finalisiert. Die zentralen Suchbegriffe umfassten 1) Peer-Unterstützung und Synonyme, 2) psychische Gesundheit und 3) Europa. Es wurden Veröffentlichungen in deutscher, englischer, französischer, spanischer und italienischer Sprache aus dem Zeitraum 2010–2023 berücksichtigt, um eine breite und aktuelle Datenbasis zu gewährleisten. Die Ergebnisse der Suche wurden in EndNote X8 exportiert. Die Literatursuche wurde in Prospero registriert (ID: CRD42021247820).

Um die Ergebnisse zu ergänzen, wurde auch nach grauer Literatur gesucht, einschließlich Materialien von PGB-/Nutzenden-Organisationen, politischen Entscheidungsträger*innen, Berufsverbänden, Fachgesellschaften sowie BA- und MA-Arbeiten. Diese Suche umfasste professionelle Websites, Bibliothekskataloge und Google Scholar (Seite 1-10). Alle inkludierten Artikel wurden in das Literaturverwaltungssystem Rayyan importiert.

Das Screening der Artikel erfolgte nach vorher festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien, die sich auf Relevanz, Sprache, Studienart und Region bezogen. Nach dem Ausschluss von Duplikaten wurden die Studien zunächst anhand von Titel und Abstract und anschließend anhand des Volltextes geprüft. Zwei unabhängige Forschende führten den Screening-Prozess

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

durch, und Unstimmigkeiten wurden durch eine Supervisorin geklärt. Dieses Vorgehen orientiert sich an den PRISMA-Leitlinien (Moher et al., 2009).
Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien wurde anhand der Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Checklist (JBI, n.d.) bewertet. Aufgrund der Heterogenität der eingeschlossenen Studien (hinsichtlich Design, Methoden und Ergebnissen) wurden die Daten in einer narrativen Synthese nach Popay et al. (2006) zusammengefasst. Dieses Vorgehen ermöglicht die Integration verschiedener Studiendesigns und Ergebnisarten.

Insgesamt wurden 29 wissenschaftliche Artikel sowie 85 Publikationen aus der grauen Literatur eingeschlossen (s. PRISMA-Flow-Diagramm in **Abbildung 3** und Ergebnistabelle im **Anhang 4**). Die Ergebnisse lieferten eine umfassende Synthese unterschiedlicher Evidenzquellen, die in die Planung der ToC-Workshops und der qualitativen und quantitativen Befragungen einflossen.

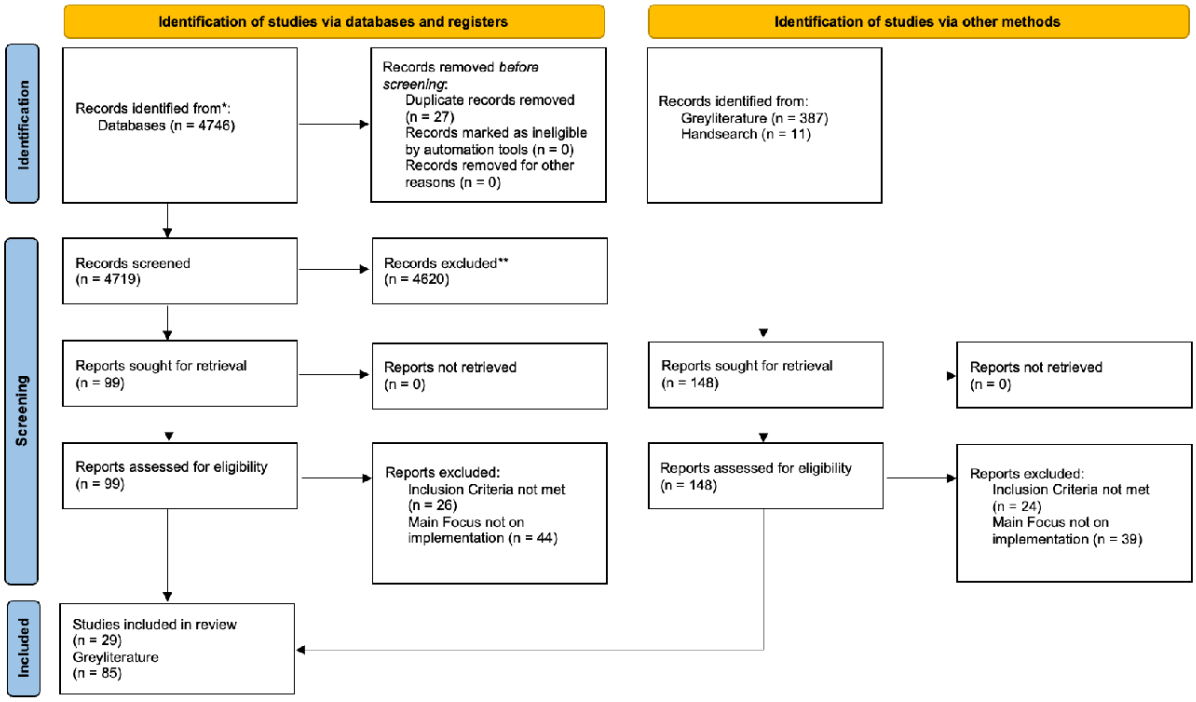


Abbildung 3: Prisma Flow Diagramm für die Systematische Review

5.3.3. Standardisierte Befragung (QUAN)

Um die Perspektiven verschiedener Stakeholder:*innen in Deutschland umfassend zu analysieren, wurde eine standardisierte Befragung entwickelt. Ziel war es, zentrale Themenbereiche [z.b. Anstellung, Entlohnung, Zusammenarbeit, Implementierung, etc.] quantitativ zu erfassen und Unterschiede zwischen den Gruppen (PGB**, NU, MA, LTG) statistisch zu analysieren. Die Items des Fragebogens wurden auf Basis der Ergebnisse aus QUAL 1, den ToC-Workshops und der Literaturrecherche in Zusammenarbeit mit dem partizipativen Gremium EmPeeRie NoW entwickelt. Dieses Gremium, bestehend aus NU, PGB*, Angehörigen und Forschenden, unterstützte bei verständlicher Sprache, Studiendesign, Itemformulierung und testete den Fragebogen im Rahmen eines Pretests. Im iterativen Entwicklungsprozess wurden die Items auf quantifizierbare (z. B. Likert-Skalen) oder Freitextantworten reduziert. Die Befragung wurde in vier Versionen für die spezifischen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zielgruppen (1) PGB*, (2) NU, (3) MA und (4) LTG erstellt und als Onlineversion auf Limesurvey via Link und QR-Code, sowie als Stift- und Papierversion angeboten (**s. Fragebögen Anhang 5**).

Rekrutierung

Die Rekrutierung erfolgte zielgruppenspezifisch: PGB* und NU wurden über ein Schneeballsystem rekrutiert, während für MA und LTG alle 434 psychiatrischen Krankenhausabteilungen in Deutschland systematisch kontaktiert wurden. Die psychiatrischen Krankenhausabteilungen wurden aus dem deutschen Krankenhaus Verzeichnis extrahiert, das auf den jährlichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser basiert. Für jede dieser Stakeholder*innen-Gruppen wurde eine Zielgröße von mindestens 200 Personen festgelegt. Darüber hinaus wurde die Umfrage, wie oben beschrieben, über verschiedene Peer- und Selbstvertretungsorganisationen, einschlägige gemeinnützige Dienste, Beratungsstellen und Berufsverbände in Deutschland sowie in den eigenen Netzwerken der Teammitglieder verbreitet. Insgesamt schrieben wir hierfür 39 Peer-Organisationen, 16 Organisationen, die sowohl im Bereich PBG wie NU aktiv sind, sowie 1289 Selbsthilfeorganisationen, gemeinnützige Dienste, Beratungsstellen, relevante Stiftungen und Vereine an. Trotz der umfangreichen Streuung war es nicht möglich, den genauen Rücklauf zu überprüfen. Es wurden 208 PGB*, 204 NU und 278 Klinikmitarbeitende (Mit und ohne Leitungsfunktion) befragt (s. soziodemographische Daten **Anhang 6**, Tabelle 67).

Datenanalyse

Die Analyse erfolgte explorativ: Es wurden Zusammenhänge und Unterschiede dargestellt, für die sich signifikante Effekte abgezeichnet haben. Wenn nicht anders angegeben, wurde auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0.05$ getestet.

Die quantitativen Daten wurden mit SPSS (Version 28) analysiert. Deskriptive Statistiken lieferten eine Übersicht über die Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte und Standardabweichungen der Befragungsergebnisse. Gruppenvergleiche wurden mittels ANOVA, dem Kruskal-Wallis-Test und Post-hoc-Analysen mit Bonferroni-Korrektur durchgeführt (Eid et al, 2017; Levene, 1960; Ratcliffe, 1968; Shapiro & Wilk, 1965), um signifikante Unterschiede zwischen den Stakeholder*innen-Gruppen zu identifizieren. Die Wahl dieser Tests basierte auf der Art der Daten und den zugrundeliegenden Annahmen (z. B. Normalverteilung, Homogenität der Varianzen). Annahmeverletzungen wurden durch entsprechende Anpassungen (z. B. non-parametrische Verfahren) berücksichtigt. Zur Prüfung auf Varianzhomogenität wird der Levene-Test durchgeführt (Levene, 1960). Die Normalverteilungsannahme gilt ab einem Stichprobenumfang von $n > 25$ in allen Subpopulationen als unkritisch.

Es wurden für die Auswertung zusätzlich Konstrukte aus den Variablen gebildet. Zur Bildung der Konstrukte wurden mehrere inhaltlich verwandte Variablen zusammengefasst, um zugrundeliegende theoretische Dimensionen abzubilden (siehe **Anhang 12**, Tabelle 66). Die Auswahl der Variablen erfolgte basierend auf theoretischen Überlegungen und Expert:innen Einschätzungen. Hierzu werden die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) sowie die Trennschärfe der Items (ITC = Item Total Correlation) bestimmt (siehe **Anhang 12**, Tabelle 65).

5.3.4. Entwicklung einer Theorie of Change (ToC)

Ein Theory of Change-Workshop (ToC) zielt darauf ab, die Entwicklung und Umsetzung einer Intervention zu unterstützen, indem er die wichtigsten Akteur*innen zu einem strukturierten Prozess des Austauschs von Erfahrungen, Perspektiven und Ideen zusammenbringt, um

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

verschiedene Ansätze und Annahmen in Bezug auf die Auswirkungen der Intervention zu verstehen und zu untersuchen (Silva et al., 2014). Dabei bedient sich ein ToC-Workshop einer umgekehrten Chronologie: Er geht von einer zuvor definierten gewünschten Wirkung aus (im Falle unserer Studie war dies "PGB* sind 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.

Insgesamt wurden sechs digitale ToC-Workshops durchgeführt, an denen 62 Personen aus drei Statusgruppen teilnahmen: (1) Peer-gestützte Begleiter*innen (PGB*), (2) Nutzer*innen von PGB*und (3) Fachpersonen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. Dabei wurden die unterschiedlichen Stakeholder*innen gezielt stufenweise einbezogen. Für den ersten Workshop wurden PGB* rekrutiert, für den zweiten MA mit und ohne Leitungsfunktion sowie Personen aus Forschung und Politik/Policy. Workshop 3 und 4 wurden mit Angehörigen aller Statusgruppen durchgeführt. An Workshop 5 nahmen erneut ausschließlich NU und PGB* teil. Für den abschließenden Workshop 6 waren wieder Vertreter*innen aller Statusgruppen eingeladen.

Bewusst wurden die Teilnehmenden mit unterschiedlichen Strategien rekrutiert. So wurden Menschen aus den relevanten Statusgruppen über die Netzwerke der ImpPeer-Mitarbeitenden und der AG sowie kooperierende Organisationen (z. B. Anti-Stigma-Verein Irre menschlich Hamburg e.V.; trialogisches Forschungsberatungsgremium EmPeeRie NoW) direkt kontaktiert. Gleichzeitig wurden Aufrufe über Mailverteiler von Peer-und Selbstvertretungsorganisaitionen gepostet. Auch über die Teilnehmenden selbst wurden weitere Teilnehmende rekrutiert (Schneeballstichprobe). Da einige Teilnehmende bei mehreren Workshops dabei waren, zugleich aber bei jedem Termin wieder neue Teilnehmende hinzukam, gab es jeweils eine Mischung aus Kontinuität und neuen Perspektiven.

Die Workshops fanden im digitalen Raum statt und wurden jeweils von drei Projektmitarbeiter:innen gemeinsam moderiert und protokolliert. Alle Workshops behandelten das gleiche zentrale Thema. Ein zuvor definiertes Ziel („Peer Support ist im SGB5 nachhaltig implementiert. Patient:innen im SGB5 haben immer die Möglichkeit, Peer Support zu erhalten“) wurde jeweils als Ausgangspunkt genommen. Nach den Regeln von Theory of Change Workshops (De Silva et al. 2014) wurde dieses Ziel dann in Bezug auf die dafür nötigen Vorbedingungen, Intervention etc. diskutiert.

Nach jedem Workshop wurde von den Moderierenden in mehreren Feedbackschleifen eine Mitschrift angefertigt, die die diskutierten Themen analytisch den Kategorien der Theory of Change zuordnete. Sie wurde auch an die Teilnehmenden geschickt, die sie ebenfalls überarbeiten und ergänzen konnten. Am Ende erhielten die Teilnehmenden jeweils die finale Fassung. Für den jeweils folgenden Workshop wurde die Mitschrift aufgearbeitet und ein kurzer Input gegeben, so dass die Ergebnisse früherer Workshops jeweils in den aktuellen Workshop eingingen und das Bild so im Verlauf der Workshops zunehmend differenzierter wurde.

Die Ergebnisse wurden mit Hilfe einer ToC-Map (Map im **Anhang 7** und Soziodemographie im **Anhang 8**, Tabelle 68) visualisiert, einem nichtlinearen Ansatz, der die Interaktion

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

verschiedener für die Implementierung von PGB*relevanten Komponenten und Faktoren darstellt und aufzeigt, welche Veränderungen notwendig sind, welche Barrieren bestehen und wie diese gemeinsam evaluiert werden können, um langfristige Ziele zu erreichen.

5.3.5. Qualitative Nacherhebung (QUAL2)

Dem Antrag entlang zielte die QUAL2-Phase darauf ab, Fragen und Inkonsistenzen, die sich aus den vorherigen Studienteilen ergeben hatten, vertieft zu untersuchen. Um mehr Flexibilität bei der Wahl der Methodik und der Forschungsfragen zu ermöglichen, wurde das MHB-Team in mehrere Unterteams aufgeteilt, um 10 Teilprojekte (= TP) zu ermöglichen, die eine Vielzahl neuer Fragestellungen aufgriffen (Inputs und Leitfäden im **Anhang 9**): Ein Sub-Team führte eine eingehende Untersuchung zu Finanzierungsmodellen von PGB durch, da das vorherige Material nicht genügend Informationen zu diesem Thema geliefert hatte (TP 1). Eine Forscherin mit EE führte partizipative Workshops zur Frage des kollektiven Wissens (TP2) und den spezifischen Charakteristika von PGB-Erfahrungswissen (TP3) durch, da einzelne Dimensionen in den Untersuchungen zuvor unerwähnt geblieben waren. Eine andere Forscherin mit Hintergrund in der psychiatrischen Krankenpflege hatte erkannt, dass die Anliegen von MA mit eigenen Krisenerfahrungen (und ohne Ausbildung als PGB*) fehlten, was zu Interviews und einer Fokusgruppe zu diesem Thema führte (TP 4). Ein psychiatrischer Forscher beschäftigte sich mit der Frage nach dem Einfluss des medizinischen Modells auf die Implementierung der PGB (TP 5). Eine andere Forscherin mit EE analysierte das kodierte Material in Hinblick auf die Verwendung von Metaphern in Bezug auf die PGB-Implementierung (TP 6). Ein Teilprojekt widmete sich Fragen des Standings und Ansehens von PGB* in institutionellen Kontexten (TP 7). Zwei weitere TP arbeiteten Fragen der individuellen Gelingens- und Erfolgsfaktoren für die PGB* auf (TP 8 und 9). Und schließlich widmete sich ein TP methodischen Fragen von qualitativ-partizipativen Kodierungsprozessen in kollaborativen Forschungsteams (TP 10)

In Abhängigkeit von den verwendeten Methoden und Forschungsfragen rekrutierten einige dieser Projekte Teilnehmende aus der ersten QUAL1-Phase erneut, während andere Teilnehmende mit Hilfe eines gezielten (Patton, 2023) oder theoretischen (Mey & Mruck, 2011) Samplings neu ausgewählt wurden. Insgesamt wurden 15 Fokusgruppen (1 x TP1, 1x TP4, 1x TP5, 4 x TP6, jeweils 1 FG für TP8 und TP9, 4 x TP10), 21 Expert*inneninterviews (5 x TP1, 5 x TP4, 5x TP5, 6xTP6), und vier partizipative Workshops (jeweils zwei für TP2 und TP3) mit 76 Teilnehmenden, darunter 42 PGB und 34 MA, durchgeführt, auch hier findet sich die Soziodemographie (Tabelle 3). TP 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 und 10 nutzten dabei ein gezieltes Sampling und zur Auswertung die thematische Analyse. TP 6 nutzte ebenfalls ein gezieltes Sampling und zur Auswertung eine Metaphernanalyse.

5.4. Datenintegration

Beginnend im letzten Studienjahr wurden die Ergebnisse aus den unterschiedlichen Studienteilen und über die drei Forschungsteams hinweg integriert. Das erforderte viel Koordinations- und Abstimmungsaufwand und einen mehrschrittigen Prozess. Im ersten Schritt wurden die zentralen Ergebnisse für alle Studienteile (QUAN, QUAL1 und 2, REV, ToC) von den MHB- und UKE-Sub-Teams narrativ zusammengefasst und im Fall der QUAN-Ergebnisse mit Zahlen, im Fall der QUAL- und ToC-Ergebnisse mit Zitaten, und im Fall der REV-Ergebnisse mit Quellen hinterlegt. Aus diesen Zusammenfassungen wurden in auf beiden Seiten zentrale Themen und Kategorien entwickelt, um diese Ergebnisse zu überschreiben.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Letztere wurden in zwei Forschungstreffen unter allen drei Forschungspartnern abgestimmt. Integriert wurden Daten und Ergebnisse, wenn sie sich über mindestens drei Teilprojekte triangulieren ließen. Dieser Prozess war angesichts der Vielzahl an Daten und Datentypen einerseits komplex, wurde aber andererseits durch die Integrationsarbeit zum Zeitpunkt der unterschiedlichen Erhebungen (s. Punkt 4) erleichtert, die bereits zu einem gewissen Grad der Passung der Studienteile zueinander gesorgt hatte. Die Ergebnisse aus den Teilstudien wurden vond en Mitarbeiter*innen der MHB- und UKE-Teams den Themen und Kategorien, wie unter 6-8 beschrieben, zugeordnet. In insgesamt acht gemeinsamen Online-Workshops zwischen allen drei Projektpartnern wurden daraus die zentralen 1) Ergebnisse, 2) Diskussionspunkte und 3) Empfehlungen herausgearbeitet.

5.5. Dissemination

Um dem kollaborativ-partizipativen Studiendesign und dem Streben nach praxisrelevanten Ergebnissen gerecht zu werden, wurden die Studienergebnisse neben Publikationen mit Peer Review auch für eine nicht-akademische Leser*innenschaft – für politische Entscheidungsträger*innen, Praktiker*innen verschiedener Berufsgruppen, PGB* und NU – aufbereitet und unter diesen Gruppen verteilt. Neben diesem Ergebnisbericht sind dazu die drei folgenden Instrumente zum Einsatz gekommen.

5.5.1. Dynamische Kartographie zum Monitoring der PGB-Implementierung

Im Projektverlauf ist die Idee entstanden, den bundesweiten Stand der PGB-Implementierung in Form einer dynamischen Kartographie aufzubereiten. Diese Visualisierung macht deutlich, an welchen Einrichtungen in Deutschland PGB angeboten wird, so dass eine Übersicht über das Implementierungsgeschehen entsteht und sich Interessierte untereinander vernetzen können. Die Kartographie ist als ein dynamisches Instrument geplant worden, damit sie den immer wieder zu aktualisierenden Stand der PGB-Implementierung abbildet. Zu diesem Zweck ist im Rahmen des ImpPeer-Psy-Projektes eine Zusammenarbeit zwischen dem Konsortialpartner EX-IN Deutschland e.V. und anderen Organisationen, die Trainings in Peer Support/ Counseling und Genesungsbegleitung anbieten, koordiniert und aufgebaut worden. Mehrere Treffen haben stattgefunden und ein Instrument zum Monitoring der PGB in Deutschland wurde entwickelt. Eine erste Erhebung ist erfolgt, deren Pilotergebnisse im **Anhang 10** einzusehen sind. Die im Projektverlauf etablierte Zusammenarbeit wird auch nach Projektabschluss fortgeführt, mit fortlaufenden Erhebungen, um den Implementierungsstand in Deutschland geplant jährlich updaten zu können.

5.5.2. Abschlussveranstaltungen zur Veröffentlichung zentraler Ergebnisse

Zur Verbreitung der Hauptergebnisse (Teilprojekt-übergreifend, wie unten im Ergebnisteil dargestellt) an eine breitere Öffentlichkeit wurden drei Online-Veranstaltungen durchgeführt, die sich mit wissenschaftlichen Fragen (Veranstaltung 1), gesundheitspolitischen Anliegen (Veranstaltung 2) und Alltags-/Praxisbezogenen Diskussionen zur Implementierung der PGB befassten. Nationale und internationale Vertreter*innen aus Politik, Wissenschaft und Praxis wurden zur Kommentierung der Studienergebnisse eingeladen und die Einladung der Veranstaltung über diverse Verteiler der Psychiatriepolitik und -versorgung sowie der Selbsthilfe und -vertretung breit gestreut. Alle Termine wurden online angeboten, so dass eine möglichst barrierearme, deutschlandweite Teilnahme möglich war. Die Teilnahme war

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

kostenfrei und ohne vorherige Anmeldung möglich. Die Veranstaltungen wurden aufgezeichnet und sind inzwischen Online frei zugänglich hochgeladen.

5.5.3. Allgemeine verständliche Aufarbeitung der Ergebnisse für eine Broschüre

Auch durch die Menge an erhobenem Material bedingt ist die Entscheidung im Projekt getroffen worden, neben den wissenschaftlichen Publikationen auch eine praxisorientierte deutschsprachige Veröffentlichung zum Thema Implementierung von PGB zu veröffentlichen. In den Erhebungen ist wiederkehrend deutlich geworden, dass es sehr unterschiedliche Umgangsweisen, Finanzierungsweisen und Implementierungsstrategien in der SGB V-Versorgung in Deutschland gibt. Demgegenüber steht eine Menge greifbarer und gut umsetzbarer Hinweise und Empfehlungen, die eine Implementierung erleichtern können und deshalb einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

6. Projektergebnisse

Wie unter 3 beschrieben, lag der Auftrag des vorliegenden Projekts darin, aus dem mit Hilfe diverser Methoden erhobenen Bedarf und Bestand schrittweise Implementierungsempfehlungen zu entwickeln. Dazu wurde ein Mixed Methods Ansatz beantragt, der sie dazu eignet, durch die Integration unterschiedlicher Datensätze den Forschungsgegenstand vollständiger zu erfassen und die Validität der Ergebnisse sicherzustellen.

Diese monatelange Integrationsarbeit der Daten der fünf Studienteile (QUAL1, QUAL2, QUANT, ToC, REV), wie unter 5.4 beschrieben, führte zu insgesamt 40 übergreifenden Themenbereichen, die in Kapitel 8 in jeweils einer zugeordneten Implementierungsempfehlung münden. Diese Themenbereiche wurden in den Kapitel 7 und 8 außerdem zur Verbesserung der Übersichtlichkeit unter 11 Oberkategorien subsumiert: PGB* als Berufsgruppe, Anstellung und Entlohnung, Qualifizierung, Vorbereitung der Institution, Einstellung/Einarbeitung, Tätigkeiten/Arbeitsplatz, Zusammenarbeit, Mitbestimmung, Supervision und Austausch, Weiterbildung und Karriere, und Stärkung der PGB*.

In allen Studienteilen wurden auch über diese übergreifenden Themenbereiche hinaus reichende Ergebnisse erarbeitet. Gleichwohl wurde vor dem Hintergrund des beantragten Mixed Methods Designs und zur besseren Lesbarkeit des Berichtes auf eine umfassende Darstellung aller dieser Ergebnisse an dieser Stelle verzichtet. Denn der Bericht richtet sich entsprechend dem Auftrag des GBA und des vorliegenden Projektes nicht nur an die Wissenschaft, sondern auch an Menschen aus der Praxis und hier auch an nicht forschungserfahrene Menschen, wie Mitarbeitende aus Versorgungseinrichtungen, und hier v.a. auch PGB*, Menschen aus der Selbsthilfe und -vertretung etc. Eine Übersicht über alle Ergebnisse findet sich für jedes Teilprojekt im Anhang (**Anhang 4** für alle Ergrebnisse des Systematischen Review, **Anhang 7** für die Ergebnisse der Theory of Change-Workshops, **Anhang 12** für die standardisierte Befragung und **Anhänge 9 und 11** für die Ergebnisse beider qualitativen Befragungen).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

6.1. Systematisches Review

Während ursprünglich ein Rapid Review geplant war, führte die Fülle und Substanz der vorhandenen Literatur zu der Entscheidung, ein Systematic Review zu erstellen, das neben den qualitativen und quantitativen Erhebungen zu einer substanziellen Quelle der Implementierungsempfehlungen wurde. Insgesamt 5144 Dokumente gescreent, davon wurden 29 Paper und 85 Publikationen aus der „grauen Literatur“ eingeschlossen und ausgewertet (für den Prozess siehe 5.3.2; die Publikationen und die Data Extraction sind in **Anhang 4** zu finden). Dadurch konnten gleichermaßen wissenschaftliche Literatur wie Publikationen aus Erfahrungsperspektive sowie Qualifikationsarbeiten zu der Thematik berücksichtigt werden.

Die Situation von PGB* als ***Berufsgruppe*** ist in den Quellen ein zentrales Thema.

So sind die Entwicklung der PGB-Identität und die fehlende Anerkennung des Berufs auch ein internationales Problem (Moran & Russinova, 2013, Vandevalle & Debyser, 2017, Simpson & Oster, 2018). Um Wirkungsmacht entfalten zu können, muss PGB* in genügender Stärke implementiert sein, d.h., PGB* müssen in einem angemessenen Verhältnis zu anderen Berufsgruppen eingestellt werden (Repper et al., 2013).

Auch die ***Anstellung und Entlohnung*** sind internationale Themen. Dort, wo sie thematisiert wird, ist die Entlohnung in der Literatur durchgängig als zu niedrig beschrieben (Otte et al., 2020, Jossen, 2014, Bredthauer, 2017, Burke, 2017, Gardien & Laval, 2019).

Die Frage nach einer angemessenen Eingruppierung wird ebenfalls international diskutiert; Gehaltsstufen und Aufstiegsmöglichkeiten zur Mitarbeitendenbindung werden empfohlen (Taylor, 2020, Gillard et al., 2015b) Kritisiert wird die Schaffung von PGB-Stellen als "Sparmodell" sowie die Praxis, Niedriglohn-Beschäftigung zu etablieren, um Mittel einzusparen (Repper et al., 2013).

Eine geeignete ***Qualifizierung*** und entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen werden als wichtig für die Implementierung beschrieben (Simpson & Quigley, 2014; Christie, 2016; Lawton-Smith, 2013) und erhöhen die Effektivität der PGB (Gillard et al., 2015b). Basisstandards für die Vermittlung notwendiger Fähig- und Fertigkeiten (Gardien & Laval, 2019) sowie eine fortlaufende Weiterbildung während der Berufsausübung (Milton et al., 2017, Vandewalle et al., 2018) werden empfohlen. Die Qualifikation der PGB* zum Thema Sicherheit in akutpsychiatrischer Behandlung wird teilweise als unzureichend beschrieben (Stone et al. 2010).

Eine angemessene, gründliche ***Vorbereitung der Institution*** wird in der Literatur als Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung beschrieben. Dazu gehört unter anderem eine unterstützende Haltung der PGB gegenüber (Repper et al., 2013a; Side by Side Research Consortium, 2017). Ein notwendiger Baustein ist hier eine Recovery-Orientierung, die sich unter anderem in einer institutionelle Selbstverpflichtung, Erfahrungsexpertise wertzuschätzen und Recovery-Prinzipien umzusetzen, zeigt. (Skipper & Page, 2015; Repper et al., 2013a; Burke, 2017; Sanchez-Moscona & Eiroa-Orosa, 2021). Der LTG kommt die Aufgabe zu, für ein inklusives Arbeitsumfeld und den Abbau von Stigma zu sorgen (Repper et al., 2013b).

Die Vorbereitung sollte partizipativ erfolgen (Think Local Act Personal, 2019); Aretz & Jungbauer, 2019). Nötig ist hier ein Implementierungskonzept, an dem Personalabteilung und alle an der Vorbereitung Beteiligten beteiligt werden (Repper et al, 2013a). Zudem sollte die

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

LTG hinter der PGB stehen und mit ihren spezifischen Prinzipien sowie der Peer-Rolle in der Behandlung vertraut sein (Repper et al., 2013b; Utschakowski, 2013).

Gefordert werden zudem mindestens eintägige Schulungen der MA vor der Implementierung (Repper et al, 2013a). Teams sind meist nicht informiert über die Qualifikationen der PGB* (van Erp et al., 2010). Teilweise wird über anfängliche Probleme der MA berichtet, die neue PGB*-Rolle zu verstehen und zu akzeptieren (Stone et al., 2010). Auch daher sollte eine Destigmatisierung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen insgesamt erfolgen, damit PGB* nicht als zusätzliche Patient*innen gesehen werden (Taylor, 2020).

Gefordert wird außerdem ein sorgfältiges Vorgehen bei der ***Einstellung und Einarbeitung*** der PGB*. An Entscheidungsprozessen rund um die Einstellung von PGB* sollen neben den Team-MA auch PGB* und NU beteiligt werden. Die Vielfalt von PGB* sollte berücksichtigt, deren Bedürfnisse an die Arbeitsbedingungen besprochen, und Möglichkeiten der betreffenden Institution geklärt werden. Wichtig ist außerdem eine Unterstützung der Bewerber*innen während des Einstellungsprozesses (Berry et al., 2010; Stamou, 2014).

PGB* sollten eine Einarbeitung wie andere MA der betreffenden Institution erhalten. Zugleich sollten jedoch auch spezifische Fortbildungen und Trainings angeboten werden, um die neue Rolle der PGB* im Team zu festigen. Außerdem wird der Zugang zu invidualisierter Unterstützung, insbesondere durch Ansprechpartner*innen angeraten. Wichtig ist dabei auch die Einplanung der dafür nötigen Ressourcen (Gillard et al., 2015b).

Wichtig sind zudem feste Ansprechpartner*innen für PGB* (Repper et al, 2013a). Ausführungen zu den Anforderungen an den ***Arbeitsplatz*** sowie zu den ausgeübten ***Tätigkeiten*** von PGB* bilden in der Literatur einen weiteren Schwerpunkt. Eine Formalisierung von PGB*wird als positiv bewertet, da sie die Glaubwürdigkeit und Klarheit der Rolle stärken kann (Mental Health Foundation, 2013). Eine solche Klarheit wird als notwendig gesehen, gleichzeitig sollte vermieden werden, die Rolle übermäßig zu formalisieren (Lawton-Smith, 2013). Ein Mangel an klaren Erwartungen, Rollen und Aufgaben kann die Tätigkeit als PGB* erschweren (Berry et al., 2011) I.

Auch die Literatur berichtet, dass häufig falsche Erwartungen an PGB* bestehen oder sie instrumentalisiert wird So werden PGB* für fachfremde Tätigkeiten eingestellt, um Mittel zu sparen (Gillard, 2015) Sie werden oft dazu angehalten, Aufgaben zu übernehmen, die Mitglieder anderer Berufsgruppen nicht übernehmen wollen (Repper et al, 2013a). In diesen Fällen funktioniert PGB oft als Aushängeschild, bspw. um eine personenzentrierte Versorgung zu reklamieren (Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, 2018).

Ein weiterer Fokus liegt auf der Arbeitsplatzgestaltung sowie den Arbeitsbedingungen. So sollen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, damit die PGB* ihr Wohlbefinden im Arbeitskontext erhalten (Gillard et al., 2015a; Whitmore, 2017; Milton et al., 2017) Der Arbeitsplatz muss entsprechend der PGB*-Bedürfnisse gestaltet sein (Stone et al., 2010; Repper, 2013). Tendenziell werden Krankmeldungen von PGB* häufig vermieden, weil sie Stigmatisierung befürchten (Watson, 2016), zudem nehmen sie oft Ungleichbehandlung am Arbeitsplatz wahr (Debyser et al., 2018). Damit PGB* sich am Arbeitsplatz wohl fühlen und entfalten können, sollten arbeitsbezogene Beratung und Unterstützung PGB*, ebenso wie anderen MA, zur Verfügung stehen (Milton et al., 2017; Repper et al, 2013a). Auch Zeitdruck wird als kontraproduktiv benannt (Ref Watson, 2015; Watson, 2016) und sollte daher möglichst vermieden werden.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

PGB* sind oft in geringer Stundenzahl beschäftigt, was die Kommunikation innerhalb des Teams behindern kann (Hiller, 2015). Flexible, an die Bedürfnisse der PGB* angepasste Arbeitszeiten fördern die Implementierung (Bezirk Oberbayern (2015)).

Dem Thema ***Zusammenarbeit*** wird in den Quellen viel Raum gegeben. In der deutschsprachigen Literatur wird dabei das Implementierungsmodell der Integration von PGB* in Behandlungsteams empfohlen (Aretz & Jungbauer, 2019). Es wird davon ausgegangen, dass sie hierfür die nötigen spezifischen Kenntnisse mitbringe (Kieser & Kieser, 2015).

Die PGB*-Rolle sollte klar von den Rollen anderer Berufsgruppen abgegrenzt sein. Sie sollte vor der Implementierung von PHB gemeinsam definiert und klar kommuniziert werden, um die Vereinnahmung der PGB*zu verringern (Repper et al, 2013a). Die Rolle der PGB*integriert verschiedene Identitäten (Dyble et al., 2014); die Komplexitäten und Ambiguitäten, sowie Konflikte, die sich daraus ergeben, werden in Teams oft zu wenig verstanden oder berücksichtigt (Inclusion Barnet, 2018). Bei der Definition der PGB*-Rolle ist zudem der Rollenwechsel von NU zu PGB* zu beachten und als eigene Herausforderung zu berücksichtigtigen (van Erp et al., 2010).

Für eine gute Zusammenarbeit muss auch Kommunikation im Team wertschätzend, transparent und unterstützend sein (White et al. 2017; Skipper & Page, 2015; Utschakowski, 2013). Wichtig ist hierzu auch eine gute Passung zwischen PGB* und Team (Repper et al., 2013a). Generell sollten sich PGB* im Team willkommen und anerkannt fühlen (Christie, 2016). Dazu kann der Abbau von stigmatisierender Sprache einen Beitrag leisten, der zur Wertschätzung beiträgt (Watson, 2015b; Irwin, 2017).

Es wird auch von ablehnendem Verhalten durch MA gegenüber PGB* berichtet. Diese werden manchmal eher wie NU behandelt und nicht wie Kolleg*innen, sie erfahren Stigma, Exklusion, Diskriminierung und erleben, dass sie von Kolleg*innen anders behandelt werden als andere (Repper et al., 2013b; Otte et al., 2020). PGB* empfinden sich teilweise als Aushängeschild für NU-Orientierung der jeweiligen Institution (Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (2018). Hier sind Räume zur Reflexion von Vorurteilen für alle Beteiligten zentral.

Es ist teilweise zudem schwierig für PGB*, kritische Ansichten im Team zu äußern (van Erp et al., 2010). Während der Implementierung sollte daher von vornherein eine Kritikkultur auf allen Ebenen etabliert werden. Unterstützung für die PGB* sollte zur Verfügung gestellt und ihnen dadurch ermöglicht werden, problematische Vorgänge zum Thema machen zu können (Repper et al., 2013b).

Insgesamt muss die Organisationskultur die Bedürfnisse der PGB* berücksichtigen (Side by Side Research Consortium, 2017). Selbstfürsorge und Abgrenzung sollten dabei auch von den PGB* selbst priorisiert und aktiv umgesetzt werden (Repper et al., 2013a).

Auch das Erfahrungswissen der PGB* sollte stärker wertgeschätzt werden und dieselbe Anerkennung erhalten wie das Wissen anderer Berufsgruppen (Watson, 2014). Insgesamt ist für eine erfolgreiche Implementierung wichtig, dass die Kenntnisse und Fertigkeiten der PGB* sich entfalten können (Think local act personal, 2019).

Wichtig ist zudem eine Möglichkeit zur ***Mitbestimmung*** bei Behandlungsentscheidungen. PGB* sollten bei Teamentscheidungen beteiligt sein (Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, 2018; Side by Side Research Consortium, 2017).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zudem benötigen sie ein gleichberechtigtes betriebliches Mitspracherecht (Kieser & Kieser, 2015). Der gesamte Prozess der Implementierung sollte von Menschen mit eigener Erfahrungsexpertise geformt und geleitet werden (Gillard et al., 2017; Inclusion Barnet, 2018).

Supervision ist in der Literatur ein weiteres zentrales Thema. Spezifische Supervisionen für PGB* und sofortiges Debriefing nach schwierigen Vorkommnissen sind einzurichten (Milton et al., 2017). Rollenkonflikte werden dabei häufig adressiert. Diese Supervisionen sollen durch PGB* (bspw. Senior-Peers) umgesetzt werden (Inclusion Barnet, 2018; Gillard et al., 2017; Burke, 2017). Regelmäßige Teamsupervisionen parallel zu peer-spezifischen Supervisionen sind hierzu ebenfalls wichtig. Für beide Supervisionsformen ist die Bereitstellung notwendiger Ressourcen unabdingbar (Campos et al., 2016; Gillard et al., 2017).

Zudem muss es regulär die Möglichkeit geben, dass PGB* untereinander Intervision gestalten, um voneinander weiter zu lernen und sich zu unterstützen. Der Austausch und die Zusammenarbeit über verschiedene Institution hinweg werden angeraten, um einer Vereinzelung von PGB* entgegenzuwirken (Gillard, 2015).

Die Frage nach ***Weiterbildung und Karriere*** wird auch in der Literatur diskutiert. Es sollte kontinuierlich die Möglichkeit der Fortbildung für PGB* geben, sowohl nur für PGB* allein, als auch gemeinsam mit MA anderer Berufsgruppen (Repper et al., 2013a, Kieser & Kieser, 2015; Utschakowski, 2013).

PGB* sollen zudem Möglichkeiten haben, sich beruflich weiterzuentwickeln, und diese Entwicklung sollte finanziert und von Seiten der Institution unterstützt werden (Griffiths & Hancock-Johnson, 2017; Campos et al., 2016; Repper et al., 2013). Ein Mentoring-Programm wird hier empfohlen (Repper et al., 2013a).

Auch international wird konstatiert, dass Erfahrungsexpertise auch für Leitungsaufgaben relevant ist. Versorgungsstrukturen und -konzepte sollten von Senior-Peers mitgestaltet werden. Senior-Peers sollen als Leitungspersonen, etwa als Koordinator*innen, Ansprechpartner*innen und Führungskräfte arbeiten können (Inclusion Barnet, 2018; Gillard et al., 2017).*:* Verschiedene Maßnahmen zur ***Stärkung der PGB*** werden in der Literatur diskutiert. So wird empfohlen, eine Mindestzahl von zwei PGB* pro Behandlungsteam einzustellen, die überlappende Arbeitszeit(-anteile) haben sollten, so dass problemlos ein Austausch untereinander möglich ist (Repper et al., 2013a).

Nach Einschätzung der gesichteten Literatur unterstützen Peer-geleitete Behandlungs- und Versorgungsangebote die NU gut (Irwin, 2017), die Nachhaltigkeit und Finanzierbarkeit ist jedoch auch international selten gegeben (Russo & von Peter, 2021).

Auch eine Balance zwischen Autonomie und Integration der PGB*wird benötigt (Taylor, 2020). Andernfalls besteht die Gefahr, dass PGB*innerhalb der institutionellen Strukturen vereinnahmt wird. Die spezifische Kompetenz kann dann nicht zum Tragen kommen und PGB*wird verwässert (Stamou, 2014; Gillard et al., 2017). Einstellungsverfahren, Trainings und Unterstützung müssen daher darauf ausgerichtet sein, dass die PGB* ihre Eigenständigkeit behalten (Christie, 2016).

Für die nachhaltige Einführung von PGB*ist zudem eine breit aufgestellte Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit notwendig. Stakeholder*innen und Entscheider*innen müssen auf das Thema aufmerksam gemacht und dazu gebracht werden, sich für PGB*einzusetzen. Eine Kooperation lokaler Akteur*innen ist unverzichtbar (Repper et al., 2013a).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

6.2. Qualitative Erhebungen

Die Inhaltsanalytische Auswertung der 57 Interviews aus der QUAL1-Phase ergab 18 Oberkategorien (s. **Anhang 11**): 1) Berufseinstieg und Motivation, 2) Expertise PGB*, 3) PGB-Trainings, 4) vorbereitende Maßnahmen in die Institution, 5) Einarbeitung, 6) notwendige Infrastrukturen, 7) Arbeitsplanung, 8) Angebote, Aufgaben, Aktivitäten, 9) Potenziale und Fähigkeiten PGB*, 10) Umgang mit Erfahrungswissen, 11) Erwartungen, 12) Befürchtungen, 13) Zusammenarbeit, 14) Zusammenarbeit als Prozess, 15) Belastungen und Umgang damit aus Sicht der PGB*, 16) förderliche Bedingungen für die PGB, 17) erlebte Effekte der PGB, und 18) Aussagen, die die Position der PGB* in der Institution anklingen lassen. Mit insgesamt 91 Unter-kategorien, 432 Ober-Codes und 612 Codes auf der vierten und fünften Ebene ist eine narrative Darstellung an dieser Stelle nicht möglich. Stattdessen findet sich das ausführliche Code-System der QUAL1-Phase im **Anhang 11**.

Dasselbe trifft ebenfalls für die Ergebnisse der 10 Teilprojekte zu: insgesamt wurden hier 8 Code-Systeme entwickelt mit unzähligen Codes und Kategorien zu einer Bandbreite von Fragestellungen. Die Übersicht im **Anhang 9** verschafft einen Überblick darüber, welche Fragen jeweils leitend waren und welche Codes und Kategorien aus dem Material herausgearbeitet wurden. Dabei orientieren sich die Erhebungen und Auswertungen der QUAL2-Phase stärker an Veröffentlichungen und Publikationen. Die meisten Code-Systeme und Publikationen der Teilprojekte umschließen dabei auch Ergebnisse, bzw. Material aus der QUAL1-Phase, was untenstehend entsprechend markiert ist.

Anstatt einer detaillierten Darstellung aller Einzelergebnisse der QUAL1- und 2-Phase an dieser Stelle und im Sinne des beschriebenen Mixed Methods-Designs und der Zielstellung der vorliegenden Studie, werden die zentralen qualitative Ergebnisse also nachfolgend entlang der oben genannten 40 Themenbereiche und zugeordnet zu den 11 Oberkategorien dargestellt. In diese Studienteil-übergreifenden Analysen sind vor allem Codes und Kategorien aus den Oberkategorien 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, und 16 der QUAL1-Erhebungen und aus den TP1, 5, und 7-9 der QUAL2-Erhebungen eingeflossen.

PGB*als Berufsgruppe

Anerkennung als Berufsgruppe: Die Anerkennung der PGB* als Berufsgruppe wurde von vielen TN befürwortet, aber es wurde häufig auch die Sorge vor Verlust von Flexibilität und Vielfalt der PGB geäußert. Eine kritische Masse an PGB* ist notwendig, wenn institutionelle Veränderungen erwünscht sind; derzeitig haben PGB* zu wenig strukturelle Macht, um substanzielle Veränderungen bewirken zu können.

Finanzierung: Gesetzliche Finanzierung war nicht Thema der Befragung. Es wurde häufig die Sorge vor Konkurrenz und Wettbewerb um Ressourcen mit anderen Berufsgruppen geäußert.

Verpflichtender Einsatz: Der verpflichtende Einsatz wurde kontrovers diskutiert aus der Sorge, dass ein verpflichtender Einsatz ohne Bereitschaft zur kritischen Reflektion zur "Klinifizierung" (= Verlust der spezifischen PGB-Ansätze) führen kann.

Anstellung und Entlohnung

Sozialversicherungsrechtliche Anstellung: Sorge vor Verlust der Vielfalt an Anstellungsmöglichkeiten, die auch der Vielfalt an Lebensbedingungen entsprechen kann.

Angemessene Entlohnung: In beiden QUAL-Teilen wird starke Unzufriedenheit mit der Entlohnung deutlich.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Angemessene Eingruppierung: Q1: Eingruppierung sollte sich an diesen Aspekten orientieren: 1) tatsächlich ausgeübte Tätigkeiten, 2) Erfahrungsexpertise, 3) Training, 4) Sonstige Qualifikationen; ad 1) die meisten Tätigkeiten sind anspruchsvoll (sowohl NU-bezogene Arbeit als auch Institutions-bezogener Veränderungsauftrag) und erfordern entsprechende Vergütung; ad 2) kritische Diskussion, wie Erfahrungsexpertise vergütet/ angerechnet werden kann; quantifizierender Ansatz (Anzahl an Jahren, Psychiatrieaufenthalten etc.) greift zu kurz; kollektive Wissensbildung (Einsatz in Selbsthilfe/-vertretung) wichtig; ad 3) PGB-spezifische Trainings sollten angerechnet werden; ad 4) (Q2): Erfahrungsexpertise umgreift nicht nur Erfahrungen mit Krisen/ Genesung/ Versorgung, sondern bezieht sich auch auf Expertise aus nicht-beruflichen Tätigkeiten, Vorberufen, Qualifikationen, Bewältigung von Lebensereignissen etc. Deutliche Unzufriedenheit mit Entlohnungsbedingungen; sogar minimale oder gänzlich fehlende Vergütung. Ausnahmslos alle PGB* der Q1 und Q2 Phase arbeiteten in Teilzeit (selten bis zu 30 Stunden).

Qualifizierung

Qualifizierungsmaßnahmen: Auf der einen Seite Wünsche nach mehr Einheitlichkeit der Qualifizierung, auf der anderen Seite Wertschätzung der Vielfalt der Wege in den Beruf; auch hier Sorge vor Vereinheitlichung und zu starker Formalisierung und Verlust dieser Vielfalt. Auch andere Expertise (z.B. Selbsthilfe/-vertretung) können qualifizieren.

Praktika: Bedeutung von Praktika als Weg der Anbahnung von Arbeitsverhältnissen wird unterstrichen.

Vorbereitung der Institution

Recovery-Orientierung: Dieses Thema war Gegenstand vieler Diskussionen: Ein "Veränderungsweg" der Institution ist vor Implementierung von PGB notwendig. Die Bedingungen für PGB* sind in Teams, die Zuhausebehandlung und Offenen Dialog praktizieren, oft besser. In der Praxis wird oft erst durch die Mitarbeit von PGB* deutlich, was Recovery-Orientierung meint; hier fehlen oft geeignete Vorbereitungsstrategien.

Vorbereitung Institution und Implementierungskonzept: Die meisten Einrichtungen entwickeln ein Implementierungskonzept erst, wenn die PB* eingestellt sind. Oft existiert auch keines.

Schulungen der MA: In Schulungen sollten Erwartungen und Wünsche an die PGB* seitens aller Beteiligten transparent gemacht und reflektiert werden.

Einstellung und Einarbeitung

Arbeitsplätze schaffen: Es wird deutlich, dass es in vielen Regionen zu wenig PGB-Stellen gibt, vor allem in ländlichen Regionen. Dadurch haben arbeitssuchende PGB* oft keine Wahl, wo sie arbeiten wollen.

Spezielle Ressourcen: Die meisten Narrative haben das erste Jahr der Implementierung von PGB als besonders schwierig beschrieben. Dies berichteten sowohl neue PGB* als auch andere MA. Ressourcen müssen im ersten und zweiten Jahr der Implementierung sehr gut vorausgeplant werden.

Angemessene Einstellungsprozesse: Die Vielfalt von Erfahrungen sollte bei den Einstellungsprozessen berücksichtigt werden (PGB* nicht auf Krisen-/Behandlungserfahrung reduzieren). Die Personalabteilungen müssen sich auf die Einstellung und Beschäftigung von PBG*, die aus Krisen- & Erfahrungsexpertise arbeiten, ausrichten.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Einarbeitung: Für die Entwicklung des Einarbeitungskonzepts braucht es verantwortliche Menschen und Ressourcen. Ansprechpartner*inne für PGB* fördern den Erfolg der Implementierung.

*Ansprechpartner*innen*: Für Umgang mit Konflikten im Team gibt es oft keine Ansprechpartner*innen, so dass PGB* suchen müssen, wer Anliegen mit ihnen klärt oder sie unterstützt. Oft fehlen Abstimmung und Feedback, sowie Möglichkeiten zur Anpassung ihrer Aufgabenbereiche. Menschen, die "doppelt qualifiziert" sind oder Senior-Peers, könnten sich dafür besonders eignen.

Tätigkeiten/ Arbeitsplatz

Tätigkeitsbeschreibungen: Zu stark festgelegte Tätigkeitsbeschreibungen sind nicht sinnvoll; PGB* gestalten ihre Stellen oft selbst. Dies führt oft zu Ambivalenzen zwischen Flexibilität in der Tätigkeitsgestaltung und fehlender Struktur. Q2: Große Heterogenität des Tätigkeitsspektrums, was nach Aussagen den meisten Teilnehmenden auch so gewollt oder notwendig ist, weil dieses eine Stärke/ ein Charakteristikum von PGB ist. Gleichzeitig bringt diese Heterogenität Unklarheiten der Rolle mit sich.

Keine Fachfremde Hilfstätigkeiten: Viele Beschreibungen von nicht PGB-spezifische Tätigkeiten: bspw. spontanes Einspringen für MA anderer Berufsgruppen, Transporttätigkeiten, täglich wechselnde Aufgabe („Mädchen für alles“). Das passiert vor allem dann, wenn die PGB-Rolle für alle unklar ist. PGB folgt ihren eigenen Prinzipien, Werten und Vorgehensweisen, und sollte darum nicht für die Durchsetzung von etablierten Behandlungslogiken funktionalisiert werden.

Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitsbedingungen: Das Thema fehlender Barrierefreiheit von PGB-Arbeitsplätzen ist in vielen Interviews angesprochen worden, bspw. zu wenig Flexibilisierung von Arbeitszeiten, fehlende Rückzugsräume etc. Oft fehlt es an gleichberechtigten Zugängen zur Infrastruktur, bspw. zum Krankenhausinformationssystem, zu Arbeitsmaterialien und -räumen.

Flexibilität Arbeitszeiten: Geringe Stellenanteile können Chancen und Belastungen für die PGB* mit sich bringen: PGB* beschreiben, dass ihre Perspektiven bei wenig Arbeitszeit weniger gehört werden/unsichtbarer sind, sie erhalten dadurch weniger Informationen vom Team und den NU, eine Teilnahme an Supervision und Fortbildungen während der Arbeitszeit erschweren sich dadurch. Andererseits ermöglichen geringe Stellenanteile die Kombination mit anderen Tätigkeiten und eine flexiblere Nutzung der Arbeitszeit. Einige befragte PGB* berichten über hohen Einsatz weit über die vergüteten oder vereinbarten Stunden hinaus.

Zusammenarbeit

Integration Behandlungsteams: Die Aussagen waren kritischer: etwa 1/3 der Befragten haben vor einer solchen Integration (ohne Berücksichtigung einer Mindestzahl) gewarnt, aus Angst vor Vereinnahmung des Wissens und der Ansätze der PGB, bzw. deren Anpassung sowie aufgrund der hohen Belastungen, die mit einem "Alleinkämpfertum" verbunden sind. Eine sorgsame Prüfung der Bedingungen für eine solche Integration wird angeraten. Außerdem wurde auf "Satelliten"-Modelle (PGB arbeiten in einer für sich stehenden Einheit) verwiesen, die schon strukturell mehr Unabhängigkeit und Vernetzung der PGB* untereinander ermöglichen.

Klarheit der Rolle: Die Problematik des Rollenwechsels (von NU zu MA) kommt v.a. bei Aufnahme der Tätigkeit zum Tragen, insbesondere, wenn diese in der Institution erfolgt, in

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

der eine PGB* selbst als NU behandelt wurde. Eine Rollenunklarheit ist der PGB-Rolle auch inhärent, was sich in den unterschiedlichen Funktionen der PGB schon ausdrückt (Übersetzer*in, Vermittler*in, Fürsprecher*in, Brückenbau etc.). Oft sollen PGB* Veränderungen sowohl für NU als auch in Bezug auf die Institutionen und die Haltungen der MA schaffen, mit daraus erwachsenden Rollenkonflikten (Ängste zu „Erfüllungsgehilfen“ der Psychiatrie zu werden, v.a. auch in Zwangssituationen). Es gab kritische Diskussionen rund um die Fragen der "Klinifizierung" der PGB, und dem nicht-spezifischen Einsatz von PGB.

Wertschätzung im Team: Die befragten PGB* haben unterschiedliche Erfahrungen gemacht: zum Teil wird die Expertise und Rolle der PGB stark wertgeschätzt. Zum Teil erfahren PGB* Abwertung ihrer Kompetenzen (s.u.). Für MA war oft eine von ihnen als angenehm wahrgenommene Persönlichkeit wichtig, wenn sie die Passung der PGB* innerhalb eines Teams bewerteten.

Reflexion Vorurteile: Exklusion, Distanz, Diskriminierung, Mobbing, Stigmatisierung, Neid, Missgunst, Othering, fehlende Offenheit und Akzeptanz, Desinteresse, Ignoranz seitens der MA werden beschrieben und können Hindernisse für eine gleichberechtigte Zusammenarbeit und Ausdruck von Vorurteilen sein. Ängste und Vorbehalte der MA sowie stigmatisierende Verhaltensweisen gegenüber PGB* werden meistens im Laufe der Zusammenarbeit abgebaut. Bei MA ohne Erfahrung mit PGB gibt es teilweise große Skepsis hinsichtlich der Belastbarkeit. MA sind oft unsicher im Umgang mit PGB*, manche trauen sich nicht, PGB* zu kritisieren; umgekehrt scheuen PGB* manchmal auch die Konfrontation mit den MA.

Kritikkultur: Es wird deutlich, wie wichtig die Bereitschaft zur Veränderung und eine Kritikkultur bei allen Beteiligten und auf allen Hierarchieebenen sind. Zurückhaltung bei den PGB* und MA v.a. zu Beginn der Implementierung erschwert einen offenen Austausch untereinander. PGB* halten sich mit Kritik teilweise zurück, aus Sorge, dass diese ihnen nicht zugestanden wird. Umgekehrt wagen MA sich nicht, PGB* zu kritisieren auch aus der Befürchtung/ dem Vorurteil heraus, diese zu stark zu belasten.

Selbstfürsorge: Es werden von den PGB* zahlreiche Strategien beschrieben, die ihnen dabei helfen, die eigene Belastbarkeit im Alltag aufrechtzuerhalten. Für einige PGB* ist es wichtig, sich fortlaufend um die eigene, insbesondere psychische Gesundheit zu kümmern. Für die eigene Zufriedenheit zu sorgen, kontinuierlich Selbstfürsorge zu betreiben und klare Grenzen zu setzen werden als wichtige Strategien und Kompetenzen genannt.

Einholung Expertise: Es finden sich Beispiele dafür, wie mühsam es für die PGB* ist, Erfahrungsexpertise und Veränderungsimpulse immer wieder von sich aus einbringen zu müssen, weil sie von anderen MA nicht aktiv eingeholt werden. Einige MA betonen den Wert der Erfahrungsexpertise der PGB für ihre eigene Arbeit und holen diese Expertise regelhaft ein. Außerdem führt die Implementierung von PGB nicht selten dazu, dass MA anderer Berufsgruppen eigenes Erfahrungswissen stärker wahrnehmen und im Alltag einbringen.

Mitbestimmung

Mitbestimmung bei Behandlungsentscheidungen: Von NU wird beobachtet/ beschrieben, dass PGB* im Behandlungsalltag weniger Entscheidungsmacht haben als die MA anderer Berufsgruppen. PGB* beschreiben diese Situation ebenfalls. Die Mitbestimmung im Team wird oft durch eine zu geringe Stundenzahl erschwert.

Betriebliche Mitbestimmung: Auch hier ist die Mitbestimmung der PGB* auf institutioneller Ebene ein wiederkehrendes Thema. Ihre Beteiligung in Gremien und Arbeitsgruppen scheitert oft an zu kleinen Stellenanteilen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Supervision und Austausch

Supervision: Wichtigkeit der Supervision wird betont. Bisher ist für PGB*, die in Teilzeit arbeiten, regelhafte Teilnahme an Supervisionen nicht gut möglich. Es gibt zu wenig Möglichkeiten auch der institutionsübergreifenden Vernetzung der PGB* untereinander. Eine Supervision unter Leitung von (Senior-) PGB* wird nur in Einzelfällen umgesetzt.

Intervision und Institutionsübergreifender Austausch: Die Vereinzelung von PGB* (= geringe Anzahl an einer Institution) ist hoch. Die Vernetzung der PGB* untereinander ist regelhaft Thema in den Interviews und Fokusgruppen, zur Stärkung der Berufsgruppe (s.u. dazu), als Vereinnahmungsschutz, zur Selbstverortung und zum Informationsaustausch.

Berufsständische Organisation: 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 der Ansätze strukturell Rechnung getragen werden?

Weiterbildung und Karriere

Teilnahme an Fortbildungen: Berufsgruppenübergreifende Fortbildungen sind für PGB* aufgrund ihrer geringen Anstellungsverhältnisse oft auch zeitlich bedingt nicht zugänglich, weil die PGB* bspw. nur Teilzeitstellen mit wenigen Stunden haben.

PGB als Leitungspersonen (Senior-Peers):* Das qualitative Material macht deutlich, dass es zu wenig Aufstiegschancen und Leitungspositionen für PGB* gibt. PGB* müssen gezielt auch für Leitungspositionen angesprochen und gefördert werden.

Stärkung der PGB

Mindestzahl PGB:* Eine kritische Masse an Einstellungen von PGB* wird in vielen Interviews betont, auch damit Veränderungen auch auf der institutionellen Ebene (Organisationskultur, Entwicklung zu mehr Recovery-Orientierung) möglich werden. Die Implementierung von PGB wird als „doppelte Pionierleistung“ beschrieben: die PGB wird als neue Berufsgruppe eingeführt mit noch unbekannten Ansätzen und Wissensformen, und einzelne PGB* treten als neue Mitarbeitende in die Institution ein, was nicht selten zu einer Doppelbelastung führt. Einige Teilnehmenden meinten, dass mindestens ein Drittel aller klinischen MA PGB* sein müssen, damit sich die Arbeitskultur wirklich ändert.

Eigenständigkeit der PGB-Arbeit: Das Material macht deutlich, dass PGB* oft nur durch Vermittlung von anderen MA in Kontakt mit NU kommen, bspw. davon abhängig sind, ob die anderen MA ihre Werbe- und Informationsmaterialien verteilen, auf die PGB-Sprechstunde aufmerksam machen, oder einen Hausbesuch durch eine PGB* „zulassen“/ vermitteln. Im Sinne einer Gatekeeper Funktion wird der Zugang zur PGB also oft durch andere MA reguliert.

Peer-geleitete Behandlungs- und Versorgungsangebote: Als Peer-geleitete Angebote werden eine Reihe von Beispielen angeführt: Peer-geleitete Gruppenangebote, Sprechstunden, selbstorganisierte Peer-Beratung etc.

Gefahren der Vereinnahmung und Maßnahmen zum Erhalt des Spezifischen: Der Verlust des Spezifischen und die Vereinnahmung der PGB ist in den Interviews ein häufig angesprochenes Thema. Konkrete Maßnahmen, um das Spezifische der PGB zu erhalten, wurden selten

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

diskutiert. Vernetzung zwischen den PGB*, aktivistisches Engagement, Räume für Feedback zwischen PGB* und MA sind notwendig, um der Vereinnahmung entgegenzuwirken.

6.3. Theory of Change

Insgesamt wurden sechs aufeinander aufbauende Theory of Change-Workshops mit unterschiedlichen Stakeholder*innen und einer Teilnehmendenzahl von N=62 durchgeführt (zur Erläuterung der Methode Theory of Change und zum Sample siehe oben unter 5.3.4). Die dabei entstandene Theory of Change Map findet sich in **Anhang 7**.

Das zentrale Thema war die Situation von ***PGB* als Berufsgruppe***. Hierzu gehörte die Anerkennung von PGB* als Berufsgruppe, auch vor dem Hintergrund, dass aktuell Stellen für PGB* häufig nicht besetzt werden können. Dabei wurde eine entsprechende Bereitstellung von Ressourcen dafür als unverzichtbar angesehen.

Die Teilnehmenden wiesen auf die Bedeutung der PGB als Teil der Regelversorgung auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Forensik, Gerontopsychiatrie und im Suchtbereich hin, ebenso wie auf den Bedarf an PGB auch außerhalb von Kliniken. Eine Finanzierung wurde empfohlen, auch zur klaren Abgrenzung der Tätigkeiten der PGB, und um Konkurrenz besonders zur Berufsgruppe der Pflege zu vermeiden. Während PGB bereits Teil von Leitlinien ist, hielten die Teilnehmenden auch einen verpflichtenden Einsatz und eine gesetzliche Festschreibung der Beschäftigung für wünschenswert.

Auch im Bereich ***Anstellung und Entlohnung*** wurde die aktuelle Situation als unbefriedigend angesehen. Die teilnehmenden Stakeholder*innen befürworteten mehrheitlich eine sozialversicherungsrechtliche Anstellung, die die Vielfalt an Bedarfen und Anstellungsmodellen berücksichtigt (bspw. Erwerbsminderungsrente oder geringfügige Beschäftigung). Dabei wurden sowohl eine angemessene Entlohnung, die finanzielle Unabhängigkeit ermöglicht, wie eine angemessene Eingruppierung gefordert. Einzelne Teilnehmende merkten jedoch kritisch an, dass eine festgeschriebene Eingruppierung im Einzelfall zur Reduktion des Gehalts führen kann. Auch deshalb wurde eine dynamische Anpassung der Entlohnung entsprechend der beruflichen Weiterentwicklung bzw. Qualifizierung als wichtig angesehen.

Im Bereich Qualifizierung gab es einen Konsens, Standards für die Qualifikation zu schaffen. Die Teilnehmenden legten Wert darauf, dass die Weiterbildung auch berufsbegleitend absolviert und für Interessierte finanziell zugänglich sein sollte. Qualifikationsmaßnahmen sollten modularisiert und zertifiziert sowie vorherige Qualifikationen anerkannt werden. Befürwortet wurde auch eine Vernetzung mehrerer, unabhängiger Ausbildungsträger. So kann eine Konkurrenz vermieden, die Sichtbarkeit von PGB erhöht und der gemeinsame politische Einsatz für bessere Bedingungen für PGB erleichtert werden. In diesem Zusammenhang wurden auch Möglichkeiten der Professionalisierung der PGB eruiert.

Praktika wurden in den ToC Workshops nicht vertiefend diskutiert, aber die Notwendigkeit erwähnt, den Berufseinstieg niederschwellig zu gestalten.

Im Zentrum des Austauschs in den ToC Workshops stand die ***Vorbereitung der Institution*** als zentrale Implementierungsbedingung. Die Implementierung von PGB wurde hier nur als Teil einer größeren Reform der Versorgung verstanden. Dazu ist es nötig, die Recovery-Orientierung der Organisationen zu fördern. Hierbei sollten PGB* selbst als zentrale Akteur*innen diesen Prozess mitorganisieren und leiten.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wichtige Elemente sind eine frühzeitige Vorbereitung auf die Zusammenarbeit mit PGB* unter Einbezug von PGB-Trainier*innen, ein partizipatives Implementierungskonzept sowie eine unterstützende und empowernde Haltung seitens der LTG.

Auch Schulungen für Mitarbeitende sollten regelhaft unter Leitung und Mitarbeit von NU/PGB* durchgeführt werden. Als wichtige Themen nannten die Teilnehmenden unter anderem den Abbau stigmatisierender Sprache, die Normalisierung von psychischem Krisengeschehen, sowie Informationen zu Teilhabeeinschränkungen und Diskriminierungserfahrungen bei NU und PGB*.

Weitere wichtige Aspekte waren die ***Einstellung und Einarbeitung*** der PGB. Nach einhelliger Ansicht der Teilnehmenden gibt es aktuell viel zu wenige PGB-Stellen. Daher müssen ausreichend Stellen für PGB* sowie finanzielle und strukturelle Anreize dafür geschaffen werden, PGB* zu beschäftigen. In den Workshops wurden Möglichkeiten einer Stellenbörse, bspw. beim Arbeitsamt für PGB*diskutiert.

Ausschreibungen für PGB sollten verstärkt lanciert werden. Zumal wurde befürwortet, Krankenhäuser zu verpflichten, regelhaft Auskunft über die Anzahl der beschäftigten PGB* zu geben.

Das Berufsprofil für PGB sollte offen gestaltet sein, um eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung für Stellenausschreibungen und für einzustellende PGB* selbst zu ermöglichen.

Die Teilnehmenden betonten die Bedeutung eines Einarbeitungskonzeptes, das partizipativ gemeinsam mit PGB* erstellt werden sollte. Eine gute Zusammenarbeit, so wurde auch im ToC deutlich, bleibt ein "work in progress". Ein wichtiges Element dabei sind feste Ansprechpartner*innen, die dabei helfen können, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zu klären.

Auch in den Diskussionen zu ***Tätigkeiten und Arbeitsplatz*** wurde deutlich, wie wichtig ein partizipatives Vorgehen ist. So wurde eine partizipative Erstellung von Tätigkeitsprofilen empfohlen, ebenso wie die Schärfung von Rollenprofilen. PGB* sollten nicht gleichzeitig für Angehörige zuständig sein. Auch hier wurden Möglichkeiten des Verlusts der beruflichen Vielfalt durch zu starke Formalisierung diskutiert. Wichtig fanden die Teilnehmenden die Erstellung eines Berufsprofils mit Möglichkeiten unterschiedlicher Schwerpunktsetzung, analog beispielsweise zu den beruflichen Möglichkeiten in der Sozialen Arbeit.

Wie die Toc Workshops ergaben, sollten PGB* klar umgrenzte, von Standards begleitete Tätigkeiten erfüllen, mit klar definierten „Schnittstellen“ zu anderen Berufen. Sie sollten in ihren Tätigkeiten keine Lücken für andere Berufsgruppen füllen, sondern als eigenständige, vollwertig qualifizierte Berufsgruppe mit Entwicklungschancen anerkannt werden.

Gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen wurden als notwendig erachtet, um das Wohlbefinden aller MA zu erhalten. Als Voraussetzung dafür wurde unter anderem eine Bereitstellung angemessener räumlicher und materieller Ressourcen für die Arbeit der PGB angesehen. Dazu gehören unter anderem flexible Arbeitszeitmodelle von Vollzeit über Teilzeit bis Minijob.

Intensiv diskutierten die Workshop-Teilnehmenden die ***Zusammenarbeit*** zwischen PGB* und anderen Berufsgruppen. Hier wurde die Integration der PGB in Behandlungsteams einerseits vorausgesetzt und andererseits hinterfragt. So argumentierten Teilnehmende, dass die

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zufriedenheit der PGB* kann durch Integration in multiprofessionellen Teams steigen kann. Andererseits wurde auch auf die Bedeutung eigener, PGB-geleiteter Projekte hingewiesen.

In allen Workshops wurde auf die Schärfung des Rollenprofils hingewiesen; Unklarheiten in der Rollenbeschreibung führe nach Einschätzung der Teilnehmenden zu Nachteilen vor allem bei den PGB*. Als zentral angesehen wurde eine Wertschätzung des Erfahrungswissens im Team. ,, die nach Einschätzung der Teilnehmenden durch Aufklärungsarbeit, Workshops und direkte Begegnungen gefördert werden kann.

Nach Einschätzung der Stakeholder*innen werden PGB* häufig von anderen MA als nicht belastbar wahrgenommen - aus diesem Grund werden Informationen oft nicht an sie weitergegeben. Hier wurden zur Verringerung von Vorurteilen gemeinsame Team-Sitzungen empfohlen, in denen Sorgen und Zweifel der MA besprochen werden.

Es wurde dabei als wichtig benannt, Strukturen für die Vernetzung der PGB* zu schaffen und sowohl klinikintern wie über Institutionen hinweg strukturelles Mitspracherecht zu etablieren. Dazu gehören Aufklärungsarbeit zur Stigma-Reduktion und Normalisierung der Thematik, inklusive schwieriger Themen wie z.B. unsichtbaren Barrieren, Genesungszwang und pathologisierender Sprache.

Die professionelle Wertschätzung emotionaler Arbeit und Erfahrungsexpertise der PGB wurden – auch für die Selbstfürsorge der PGB* und der Mitarbeitenden - als besonders wichtig benannt.

Die Anwesenheit der PGB* in Teams vergrößert die Chance, dass auch die Erfahrungen von MA anderer Berufsgruppen Anerkennung erfahren und die Erfahrungsexpertise aller anerkannt und genutzt werden kann. Dafür können gemeinsame Gesprächsformate dienlich sein.

Die Teilnehmenden betonten außerdem die Bedeutung von ***Mitbestimmung***. So müssten PGB* in Behandlungsentscheidungen als vollwertiger, gleichberechtigter Teil des Teams anerkannt und beteiligt werden. Dazu gehören die Anerkennung der Peer-Perspektive als gleichberechtigte Fachexpertise sowie Partizipation und Gleichberechtigung auf allen Ebenen der Behandlung.

Die Vertretung von PGB* in institutionsbezogenen und -übergreifenden Gremien und Konferenzen sollte etabliert werden, mit Stimmrecht und gleichberechtigter betrieblicher Mitbestimmung auch für PGB*. Die Mitbestimmung auch durch NU in Gremien sollte ebenfalls ermöglicht werden.

Supervision und Fortbildungen wurden als weitere Bausteine für eine erfolgreiche Implementierung und Qualitätssicherung identifiziert. Supervision für die PGB* sollte dabei regelmäßig und PGB-spezifisch und außerdem Teil der Arbeitszeit sein. Auch Fortbildungen wurden als Element zur Qualitätssicherung genannt.

Zudem hielten die Teilnehmenden eine institutionsübergreifende Intervision wird für wichtig, nicht nur, wenn es zu wenig PGB* in einer Institution für eine Intervision auf Institutionsebene gibt, sondern auch in anderen Fällen. Austausch und Vernetzung von PGB-Initiativen wurden angeraten, ebenso gemeinsame Arbeit zwischen Organisationen, einschließlich PGB*-geleiteten Vereinen und Initiativen. Weiterhin wurden Vernetzung zur Selbsthilfe und Selbstvertretung und die internationale Vernetzung von Projekten und Anbietenden empfohlen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Eine die verschiedenen Träger übergreifende Interessenvertretung im Sinne eines Berufsverbands wurde als wichtig empfunden, um die Berufsgruppe zu stärken und die Qualität der PGB zu sichern. Die Teilnehmenden gingen davon aus, dass die Anbieter von Qualifizierungsmaßnahmen zumeist regional gut vernetzt sind und ihre Kontakte beim Aufbau übergreifender Strukturen sinnvoll eingesetzt werden können.

Gewünscht wurden außerdem Fortbildungsangebote für PGB* und MA separat und gemeinsam, auch zur Qualitätssicherung. Senior-PGB* wurden als geeignete Moderierende und Koordinator*innen genannt und empfohlen. Fortbildungen könnten im „Baukastenprinzip“ zu modularisieren.

Sehr intensiv war auch der Austausch zu Maßnahmen zur ***Stärkung der PGB***. Als wichtiger Aspekt wurden hier Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung und Schwerpunktsetzung diskutiert. So sollten PGB* etwa auch für Steuerungs- und Leitungsaufgaben qualifiziert werden.

Zentral war in diesem Kontext die Forderung, PGB* nicht allein anzustellen. Zugleich planten die Teilnehmenden aber auch die Notwendigkeit von PGB sowohl innerhalb von Institutionen als auch die verstärkte Etablierung alternativer, ergänzender Angebote. Der Bedarf wurde auch außerhalb von Kliniken gesehen und eine größere Vielfalt von Angeboten für notwendig gehalten. Genannt wurden Peer-geleitete Initiativen, Soteria-Angebote, Weglaufhäuser etc. Eigenständige PGB-Angebote sollten sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich niedrigschwellig zugänglich sein und aktiv beworben werden. Hier wurde auch die Förderung der Zusammenarbeit zwischen PGB*und Peer-geleiteten Vereinen und Initiativen als zentrales Element genannt.

Zudem diskutierten die Teilnehmenden die Bedeutung von Maßnahmen zur Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit. Workshops und direkte Begegnungen zur Förderung von Offenheit gegenüber PGB wurden hier als hilfreich genannt. Konkret wurde auf Videos und Podcasts über Genesungswege und den Zugang zur Behandlung eingegangen, die geeignet sein könnten, Nutzende zu erreichen und PGB bekannter zu machen. Als weitere Maßnahmen, um die Bekanntheit der PGB*und das Verständnis für ihre Rolle zu fördern, wurden diskutiert: 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. Dabei betonten die Teilnehmenden die Bedeutung einer menschenrechtlichen Perspektive unter Bezug auf die UN-BRK sowie die direkte Ansprache der Politik mit Hilfe von Petitionen.

6.4. Standardisierte Befragung

Im folgenden Abschnitt wird nur auf die Hauptergebnisse Bezug genommen, die vollständigen Ergebnisse der standardisierten Befragung befinden sich in **Anhang 12.** Alle Tabellen, auf die in diesem Abschnitt verwiesen wird, befinden sich in **Anhang 12**.

Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden N=690 vollständig ausgefüllte Fragebögen in die Auswertung eingeschlossen. Die Stichprobe setzt sich aus vier Gruppen zusammen: Die Gruppe der PGB* umfasste N=208 Personen (29,4 % männlich, 70,1 % weiblich, durchschnittliches Alter

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

M=50,2), die Gruppe der Nutzenden N=204 (28,4 % männlich, 68,6 % weiblich, M=45,8), die Gruppe der Mitarbeitenden N=128 (26,8 % männlich, 72,4 % weiblich, M=43,4) und die Gruppe der Leitung N=150 Personen (35,7 % männlich, 64,3 % weiblich, M=51,8). Für weitere soziodemografische Daten siehe **(Tabelle 67)**.

Item Analyse

Im Vorfeld der Auswertung wird eine Itemanalyse durchgeführt. Hierzu werden die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) sowie die Trennschärfe der Items (ITC = Item Total Correlation) bestimmt (**Tabelle 65**).

Deskriptive Statistik

Im Folgenden werden die für die Fragestellung relevanten Daten beschrieben. Für die betrachteten metrischen Variablen ergeben sich keine Hinweise auf eine extreme Verteilung im Sinne von Boden- oder Deckeneffekten. Hinsichtlich der nicht metrischen Variablen finden sich keine auffällig gering ausgeprägten Häufigkeiten einzelner Level.

PGB*als Berufsgruppe

Die deskriptiven Statistiken zeigen eine hohe Zustimmung zur Bedeutung der Peer-/Genesungsbegleitung in allen Gruppen. Die offizielle Anerkennung als Beruf wurde von allen Gruppen als wichtig eingeschätzt (PGB: M = 9.27, SD = 1.77; Nutzende: M = 8.67, SD = 1.64; Mitarbeitende: M = 8.33, SD = 2.09; Leitung: M = 8.22, SD = 2.36) (**Tabelle 64**). Auch die verpflichtende Bereitstellung von Peer-/Genesungsbegleiter:innen in Krankenhäusern und ambulanten sozialpsychiatrischen Diensten erhielt hohe Zustimmung (PGB: M = 9.24, SD = 1.54; Mitarbeitende: M = 8.10, SD = 2.01; Leitung: M = 8.05, SD = 2.23)(**Tabelle 64**). Zudem bewerteten alle Gruppen die Integration der Peer-/Genesungsbegleitung in die Regelversorgung als sehr wichtig (PGB: M = 9.50, SD = 1.31; Nutzende: M = 8.93, SD = 1.78; Mitarbeitende: M = 8.40, SD = 2.03; Leitung: M = 8.35, SD = 2.11) (**Tabelle 64**). Alle Einschätzungen wurden auf einer Skala von „unwichtig“ (1 Punkt) bis „sehr wichtig“ (10 Punkte) erfasst.

Anstellung und Entlohnung

Die deskriptiven Statistiken zeigen, dass 78,8 % der PGB*(*N* = 133) eine tarifvertragliche bzw. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung befürworten (**Tabelle 5**). Die Wichtigkeit einheitlicher Bezahlungsregelungen wurde von allen Gruppen hoch eingeschätzt (PGB: *M* = 7.86, *SD* = 2.28; Mitarbeitende: *M* = 8.46, *SD* = 2.05; Leitung: *M* = 8.50, *SD* = 2.12) (**Tabelle 64**). Die Angemessenheit der Bezahlung bewerteten die Peer-/Genesungsbegleiter:innen im Durchschnitt mit *M* = 5.26 (*SD* = 2.52), was auf eine moderate bis geringe Zufriedenheit hinweist (**Tabelle 64**).

Implementierung

Für die Implementierung der Peer-/Genesungsbegleitung wurden insbesondere einige Faktoren als förderlich empfunden. Zu den Faktoren die als besonders förderlich empfunden werden gehören: Eine wertschätzende Umgebung (PGB: 91,1 % (n = 184) Mitarbeitende: 79,7 % (n = 102), Leitung: 84,0 % (n = 21)), eine explizite Unterstützung durch die Leitung (PGB: 92,6 % (n = 187), Mitarbeitende: 74,2 % (n = 95), Leitung: 88,0 % (n = 22)), Vernetzung der Peer-/Genesungsbegleiter:innen untereinander (PGB: 85,1 % (n = 172), Mitarbeitende: 64,8% (n= 83), Leitung: 92,0 % (n = 23)), Angemessene Vergütung (PGB: 93,1 % (n = 188) Mitarbeitende: 82.8% (n=106), Leitung: 76% (n=19)), Zugang zu Fort-/Weiterbildungen (PGB: 88,6 % (n = 179), Mitarbeitende: 79,7 % (n = 102), Leitung: 80% (n=20)), Integration der Peer-

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

/Genesungsbegleiter:innen ins Behandlungsteam (PGB: 88,1 % (n = 178), Mitarbeitende: 78% (n=100), Leitung: 92,0 % (n = 23)), Teilnahme an Behandlungsteam-Meetings (PGB: 78,2 % (n = 158), Mitarbeitende: 79,7% (n=102), Leitung: 80,0 % (n = 20)), partizipativ gestaltetes Konzept für die Peer-/Genesungsbegleitung (PGB: 75,7 % (n = 153), Mitarbeitende: 75,8% (n= 97), Leitung: 84,0 % (n = 21)),Direkte Vorgesetzte sprechen sich explizit für Peer-/ Genesungsbegleitung aus (PGB: 88,6% % (n = 179), Mitarbeitende: 62,5% (n= 80), Leitung: 72,0 % (n = 18)), Kolleg:innen sprechen sich explizit für Peer-/ Genesungsbegleitung aus (PGB: 80,2% (n = 162), Mitarbeitende: 60,2% (n= 77), Leitung: 48,0 % (n = 12)), Zugang zu nötigen Arbeitsmaterialien sowie zur technischen Ausstattung (PGB: 80,2% (n = 162), Mitarbeitende: 70,3% (n= 90), Leitung: 64,0% (n = 16)), Praktikum als Möglichkeit sich auszuprobieren (PGB: 76,2% (n = 154), Mitarbeitende: 64,1% (n= 82), Leitung: 84% (n = 21)) (**Tabelle 30**).

Qualifizierung

Die deskriptiven Statistiken zeigen, dass alle vier Gruppen (PGB, Nutzende, Mitarbeitende und Leitung) es sehr wichtig finden, dass die Tätigkeit als Peer-/Genesungsbegleiter:in nur nach vorheriger Qualifikation möglich ist (PGB: *M* = 8.58, *SD* = 2.19; Nutzende: *M* = 8.87, *SD* = 1.88; Mitarbeitende: *M* = 8.81, *SD* = 1.99; Leitung: *M* = 8.96, *SD* = 1.88) (**Tabelle 64**). Zudem bewerten PGB, Mitarbeitende und Leitung die Vereinheitlichung der Qualifikationsmaßnahmen auf deutschlandweiter Ebene als wichtig (PGB: *M* = 7.95, *SD* = 2.52; Mitarbeitende: *M* = 8.27, *SD* = 2.08; Leitung: *M* = 8.13, *SD* = 2.07) (**Tabelle 64**).

Vorbereitung der Institution

Die deskriptiven Statistiken zeigen, dass die Bedeutung der Vorbereitung von Mitarbeitenden anderer Berufsgruppen auf die Zusammenarbeit mit Peer-/Genesungsbegleiter:innen (PGB) in allen Gruppen hoch bewertet wurde (PGB: *M* = 8.90, *SD* = 2.01; Mitarbeitende: *M* = 8.17, *SD* = 2.18; Leitung: *M* = 8.72, *SD* = 1.67) (**Tabelle 64**). 37,7 % der Mitarbeitenden (*N* = 26) und 72 % der Leitung (*N* = 18) berichten, dass eine Vorbereitung stattgefunden hat (**Tabelle 52**). Die Zufriedenheit mit der Vorbereitung wurde von Mitarbeitenden (*M* = 6.76, *SD* = 2.26) und der Leitung (*M* = 6.94, *SD* = 2.67) als moderat eingeschätzt (**Tabelle 64**).

Einstellung und Einarbeitung

Die deskriptiven Statistiken zeigen, dass 51,1 % der PGB*(n = 89) zu Beginn ihrer Tätigkeit eine Einarbeitung erhielten. Von den Mitarbeitenden berichteten 82,5 % (n = 33) von einer Einarbeitung der PGB, bei der Leitung waren es 78,9 % (n = 15) (**Tabelle 11**). Ein Bewerbungsgespräch führten 88,4 % der PGB*(n = 160). Die Mitarbeitenden berichten, dass in allen Fällen (100 %, n = 51) ein Bewerbungsgespräch mit den PGB*geführt wurde, bei der Leitung gaben 95,8 % (n = 23) an, dass ein solches stattgefunden hat (**Tabelle 12**). Die Zufriedenheit mit der Einarbeitung der PGB*war in allen Gruppen ähnlich hoch: Peer-/Genesungsbegleiter:innen (M = 7.87, SD = 2.24), Mitarbeitende (M = 7.83, SD = 1.11) und Leitung (M = 8.07, SD = 1.27) (**Tabelle 64**).

Tätigkeiten/ Arbeitsplatz

Die deskriptiven Statistiken zeigen, dass die Bedeutung einer klaren Tätigkeitsbeschreibung für Peer-/Genesungsbegleiter:innen (PGB) von den PGB*selbst mit einem Mittelwert von M = 7.95 (SD = 2.37) bewertet wurde. Mitarbeitende hielten sie für wichtiger (M = 8.41, SD = 2.09), während die Leitung den höchsten Wert angab (M = 8.90, SD = 1.71) (**Tabelle 64**). Die Möglichkeit, unterstützende Angebote und Interventionen selbst zu gestalten, wurde von den PGB*mit M = 8.85 (SD = 1.78) als sehr wichtig eingeschätzt (**Tabelle 64**). Eigene Schwerpunkte im Arbeitsalltag setzen zu können bejahten 54,6 % der PGB*vollständig (n = 101) und 36,8 %

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

(n = 68) eher. Neutral blieben 4,9 % (n = 9), während 2,2 % (n = 4) eher und 0,5 % (n = 1) vollständig ablehnten. 1,1 % (n = 2) waren unsicher (**Tabelle 18**). Die Klarheit der Abgrenzung der Aufgaben von anderen Mitarbeitenden bewerteten 27,2 % der PGB*(n = 47) als vollständig gegeben und 32,4 % (n = 56) stimmten eher zu. Neutral standen 18,5 % (n = 32) der Aussage gegenüber, während 16,8 % (n = 29) eher und 4,6 % (n = 8) vollständig ablehnten. 0,6 % (n = 1) gaben an, es nicht zu wissen (**Tabelle 19**). Zu den meistgenannten beruflichen Zielen der PGB*zählten: „Das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit der Nutzer:innen zu verbessern“ (94,2 %, n = 180), „Den Nutzer:innen Mut/Hoffnung machen zu können“ (93,2 %, n = 178) und „Den Nutzer:innen hilfreiche Strategien zum Umgang mit ihrer Situation zu vermitteln“ (90,6 %, n = 173) (**Tabelle 38**).

Die Gesamtzufriedenheit mit der Tätigkeit als PGB*wurde mit einem Mittelwert von M = 8.01 (SD = 1.88) bewertet (**Tabelle 64**).

Zusammenarbeit

In der Zusammenarbeit im Behandlungsteam wurden insbesondere einige Aspekte als positiv hervorgehoben, dazu gehören die Offenheit seitens der Mitarbeitenden (PSW: 76.2%, N=131; Mitarbeitende: 58.5%, N=38; Leitung: 70.8%, N=17), Vertrauen in Peer-/Genesungsbegleiter:innen seitens der anderen Mitarbeitenden (PSW: 72.7%, N=125; Mitarbeitende: 61.5%, N=40; Leitung: 54.2%, N=13), Kollegiale Zusammenarbeit (PSW: 73.3%, N=126; Mitarbeitende: 78.5%, N=51; Leitung: 87.5%, N=21), Wertschätzender Umgang miteinander im Behandlungsteam (PSW: 62.2%, N=107; Mitarbeitende: 66.2%, N=43; Leitung: 62.5%, N=15), Peer-/Genesungsbegleiter:innen sind gut im Behandlungsteam integriert (PSW: 62.2%, N=107; Mitarbeitende: 69.2%, N=45; Leitung: 58.3%, N=14) (**Tabelle 36**).

Negative Erfahrungen im Team, wie diskriminierende Kommentare, berichteten 26,9 % der PGB*(*n* = 47), während 68,6 % (*n* = 120) keine Erfahrungen dieser Art machten und 4,6 % (*n* = 8) hierzu keine Angaben machten. Unter den Mitarbeitenden berichteten 18,8 % (*n* = 12) von negativen Erfahrungen, 78,1 % (*n* = 50) nicht, und 3,1 % (*n* = 2) machten keine Angabe. Bei der Leitung äußerten 45,5 % (*n* = 10) negative Erfahrungen, 50,0 % (*n* = 11) keine, und 4,5 % (*n* = 1) äußerten sich nicht (**Tabelle 26**).

Die Nutzung der Erfahrungsexpertise der PGB*wurde von den PGB*selbst mit *M* = 6.82 (*SD* = 2.44) eingeschätzt. Mitarbeitende (*M* = 8.06, SD = 2.15*) und Leitung (*M* = 7.94, SD = 2.09*) bewerteten dies etwas positiver (**Tabelle 64**). Die Wichtigkeit der Teilnahme an teamübergreifenden Meetings lag bei den PGB*bei *M* = 8.06 (*SD* = 2.26). Zudem fühlten sich die PGB*in ihrer Arbeit durch andere Mitarbeitende gut unterstützt (*M* = 7.65, SD = 2.19*) (**Tabelle 64**).

Für eine gelungene Zusammenarbeit mit PGB*wünschten sich Mitarbeitende und Leitung: angemessene Entlohnung (Mitarbeitende: 84,6 %, n = 55; Leitung: 65,2 %, n = 15), ein gutes, partizipativ gestaltetes Konzept (Mitarbeitende: 80,0 %, n = 52; Leitung: 73,9 %, n = 17), Vernetzung der PGB*untereinander (Mitarbeitende: 66,2 %, n = 43; Leitung: 73,9 %, n = 17), Rückhalt durch die Institution (Mitarbeitende: 78,5 %, n = 51; Leitung: 60,9 %, n = 14) sowie Zugang zu Fort- und Weiterbildungen (Mitarbeitende: 69,2 %, n = 45; Leitung: 65,2 %, n = 15 (**Tabelle 55**)).

Bezüglich eines festen Ansprechpartners gaben 74,2 % der PGB*(*n* = 135) an, eine Ansprechperson zu haben. Von den Mitarbeitenden bestätigten 90,2 % (*n* = 46) und von der Leitung 95,5 % (*n* = 21) das Vorhandensein einer Ansprechperson (**Tabelle 8**). Die Wichtigkeit eines festen Ansprechpartners wurde von den PGB*mit *M* = 8.48 (*SD* = 2.15), den

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Mitarbeitenden mit *M* = 8.50 (*SD* = 2.02) und der Leitung mit *M* = 9.28 (*SD* = 0.98) bewertet (**Tabelle 64**).

Die Aussage „In meinem Behandlungsteam gibt es Verständnis für psychische Krisen aller Mitarbeitenden“ wurde von 34,3% der PGB*(n = 60) vollständig bejaht und von 40,6% (n = 71) eher bejaht. 12,6% (n = 22) verhielten sich neutral, während 5,1% (n = 9) eher und 0,6% (n = 1) vollständig ablehnten. Innerhalb der Leitung stimmten 48,0% (n = 12) vollständig und 32,0% (n = 8) eher zu. Von den Mitarbeitenden bestätigten 38,0% (n = 46) diese Aussage vollständig und 47,1% (n = 57) eher (**Tabelle 46**).

Hürden

Zu den Herausforderungen und Hürden in der Arbeit der PGB*berichteten 69,7 % der PGB*(n = 122), 54,7 % der Mitarbeitenden (n = 29) und 77,3 % der Leitung (n = 17*) von solchen Erfahrungen (**Tabelle 24**).

Zu den häufigsten Hürden, die genannt wurden, zählen: unzureichende Vergütung der PGB*(PGB: 50 %, n = 58; Mitarbeitende: 46,4 %, n = 13), Unklarheit im Behandlungsteam über die Rolle der PGB*(PGB: 44,8 %, n = 52; Mitarbeitende: 57,1 %, n = 16; Leitung: 61,5 %, n = 8), die Integration als neue Berufsgruppe ins bestehende Team (PGB: 45,7 %, n = 53; Mitarbeitende: 35,7 %, n = 10; Leitung: 61,5 %, n = 8), zu wenig PGB*(PGB: 45,7 %, n = 53; Mitarbeitende: 25 %, n = 7; Leitung: 53,8 %, n = 7) und fehlende Karrieremöglichkeiten/Aufstiegschancen (PGB: 41,4 %, n = 48; Mitarbeitende: 28,6 %, n = 8; Leitung: 23,1 %, n = 3) (**Tabelle 25**).

Mitbestimmung

Die Bedeutung des Mitbestimmungsrechts der Peer-/Genesungsbegleiter:innen (PGB) im Behandlungsteam wurde von den PGB*mit einem Mittelwert von 8,83 (SD = 1,93) als sehr wichtig eingeschätzt. Die Mitarbeitenden bewerteten das Mitbestimmungsrecht mit 7,72 (SD = 2,32) und die Leitung mit 8,38 (SD = 2,02)(**Tabelle 64**).

Zur Einbindung in Behandlungsentscheidungen fühlten sich 27,3 % der PGB*(n = 44) vollständig und 34,8 % (n = 56) eher eingebunden. 12,4 % (n = 20) bewerteten die Frage neutral, während 16,8 % (n = 27) sich eher und 4,3 % (n = 7) vollständig ausgeschlossen fühlten. Weitere 4,3 % (n = 7) gaben an, es nicht zu wissen (**Tabelle 17**).

Supervision und Austausch

Von den 208 Befragten PGB*gaben 145 (78,4%) an, die Möglichkeit zu haben, an Supervisionen teilzunehmen (**Tabelle 69**). Die Wichtigkeit der Supervision für die Zufriedenheit in der Tätigkeit als Peer-/Genesungsbegleiter:in wurde von den PGB*mit einem Mittelwert von 7,93 (SD = 2,15) bewertet (**Tabelle 64**). Ihre Zufriedenheit mit der Supervision wurde mit M = 7,78 (SD = 2,18) eingeschätzt (**Tabelle 64**). Die Häufigkeit der Supervision wurde von den PGB*wie folgt angegeben: 0,9 % (*n* = 1) hatten nie Supervision, 34,2 % (*n* = 40) berichteten von Supervision seltener als einmal pro Monat, 54,7 % (*n* = 64) nahmen einmal pro Monat an Supervision teil, 6,0 % (*n* = 7) alle zwei Wochen und 4,3 % (*n* = 5) jede Woche. Die Mitarbeitenden gaben an, dass PGB* 26,5 % (*n* = 13) seltener als einmal pro Monat, 55,1 % (*n* = 27) einmal pro Monat, 6,1 % (*n* = 3) alle zwei Wochen und 2,0 % (*n* = 1) jede Woche Supervision erhielten. 10,2 % (*n* = 5) waren sich unsicher (**Tabelle 6**). Der Wunsch nach fachlichem Austausch zwischen PGB*wurde mit einem Mittelwert von M = 8,84 (SD = 1,78) als sehr hoch eingeschätzt (**Tabelle 64**). Die Vernetzung erfolgte hauptsächlich durch regelmäßige Treffen (36,9 %, *n* = 58) oder auf eigene Initiative (36,9 %, *n* = 58) (**Tabelle 43**). Weitere Formen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

des fachlichen Austauschs wurden durch Intervision (54,4 %, *n* = 87), Gespräche mit Ansprechpartner:innen oder Mentoring (53,1 %, *n* = 85) sowie durch Behandlungsteam-Sitzungen (66,3 %, *n* = 106) genutzt. Bei den Mitarbeitenden waren Team-Sitzungen (75,0 %, *n* = 51) und Mentoring (50,0 %, *n* = 34) besonders häufig. Bei der Leitung wurden diese Möglichkeiten zu 78,9 % (*n* = 71) durch Team-Sitzungen und 76,7 % (*n* = 69) durch Gespräche mit Ansprechpartner:innen genutzt (**Tabelle 31**). Der Wunsch nach anderen Formen des fachlichen Austauschs richtete sich vor allem auf institutionsübergreifenden Austausch (77,2 %, *n* = 139) und Intervision unter PGB(51,7 %, *n* = 93). Gespräche mit Ansprechpartner:innen (43,3 %, *n* = 78) und Mentoring (35,6 %, *n* = 64) wurden ebenfalls häufig genannt (**Tabelle 32**).

Weiterbildung und Karriere

Die Zufriedenheit mit den angebotenen Weiterbildungsmöglichkeiten wurde von den PGB*mit einem Mittelwert von M = 7,03 (SD = 2,38) bewertet, während die Mitarbeitenden mit M = 6,79 (SD = 2,60) leicht darunter lagen (**Tabelle 64**). Die Bedeutung gemeinsamer Weiterbildungen mit anderen Berufsgruppen wurde von allen Gruppen hoch eingeschätzt: PGB*(M = 8,55, SD = 2,09), Mitarbeitende (M = 8,64, SD = 1,56) und Leitung (M = 8,61, SD = 1,77) (**Tabelle 64**). Die Einbeziehung in die Entwicklung von Weiterbildungsformaten wurde sowohl von den PGB*(M = 8,77, SD = 1,74) als auch von den Nutzenden (M = 8,74, SD = 1,99) als sehr wichtig angesehen. Die Zufriedenheit mit den Karrieremöglichkeiten wurde von den PGB*als eher niedrig eingeschätzt (M = 5,63, SD = 2,79) (**Tabelle 64**). Dennoch wurde die Wichtigkeit beruflicher Weiterentwicklung mit M = 8,96 (SD = 1,76) hoch bewertet (**Tabelle 64**).

Stärkung der PGB

Die Wichtigkeit, PGB*in der Organisation zu haben, wurde von den Mitarbeitenden (M = 8,30, SD = 2,38) und der Leitung (M = 8,78, SD = 1,86) hoch bewertet (**Tabelle 64**). In der Befragung gaben insgesamt 201 PGB*an, wie wichtig sie es finden, dass Peer-/Genesungsbegleiter:innen ihr Erfahrungswissen einsetzen können. Der Mittelwert lag bei 9,27 (SD = 1,61) auf einer Skala von 1 bis 10 (**Tabelle 64**). Des Weiteren bewerteten 198 Nutzende die Wichtigkeit des Einsatzes des Erfahrungswissens von Peer-/Genesungsbegleiter:innen. Der Mittelwert lag bei 9,30 (SD = 1,63) auf der gleichen Skala (**Tabelle 64**).

Inferenzstatistik

Im folgenden Abschnitt wird nur auf die Hauptergebnisse Bezug genommen, die Vollständigen Ergebnisse der standardisierten Befragung befinden sich in **Anhang 12.** Alle Tabellen auf die in diesem Abschnitt verwiesen wird, befinden sich in **Anhang 12**.

Datenbereinigung

Eine separate Bereinigung des Datenmaterials ist aufgrund der Qualität der Daten zur Durchführung der inferenzstatistischen Betrachtung nicht notwendig.

Varianzanalyse

Die Testung erfolgt mittels Varianzanalyse (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2017, S. 391ff.) - ANOVA (engl. analysis of variance). Voraussetzung zur Durchführung einer ANOVA sind Unabhängigkeit der Stichproben, Normalverteilung und Homogenität der Varianzen. Zur Prüfung auf Varianzhomogenität wird der Levene-Test durchgeführt (Levene, 1960). Die Normalverteilungsannahme gilt ab einem Stichprobenumfang von $n > 25$ in allen Subpopulationen als unkritisch. Die Varianzanalyse zeigte signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, definiert durch die Variable „Gruppen“, hinsichtlich mehrerer Variablen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Analyse der Messwerte der Variable „Strukturelle Unterstützung und Ressourcen“ zwischen den definierten Gruppen ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($F (2, 358) = 11.859$, $p = 0.001$, $\eta^2 = 0.062$). Post-hoc-Tests zeigten signifikante Unterschiede zwischen PBG und Leitung ($p = 0.001$) sowie PBG und Mitarbeiter:innen ($p < 0.001$).

Die Gruppe Peerbegleitung erreichte den höchsten Mittelwert (M = 0.699, Median = 0.8) und den größten Interquartilsabstand (IQA = 0.4; Q1 = 0.6, Q3 = 1). Mitarbeiter:innen hatten einen niedrigeren Mittelwert (M = 0.58, Median = 0.6, IQA = 0.4), und die Leitung erzielte die niedrigsten Werte (M = 0.496, Median = 0.6, IQA = 0.2).

Die Gruppe Peerbegleitung zeigte somit signifikant höhere Werte für „Strukturelle Unterstützung und Ressourcen“ als die Gruppen Mitarbeiter:innen und Leitung, was sich in Mittelwerten, Medians und Verteilungen widerspiegelt (**Analyse 1**).

Ebenfalls ergab die Analyse einen signifikanten Unterschied in den Werten der Variable „Fortbildung, Supervision und Vernetzung“ zwischen den Gruppen ($F(2, 358) = 13.173$, $p = 0.001$, $\eta^2 = 0.069$). Post-hoc-Tests zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen PGB*und Mitarbeiter:innen ($p < 0.001$).

Die Gruppe Peerbegleitung erzielte mit einem Mittelwert von 0.733 und einem Median von 0.714 die höchsten Werte. Die Quartilswerte lagen bei 0.571 (Q1) und 1 (Q3), was zu einem Interquartilsabstand (IQA) von 0.429 führte. Mitarbeiter:innen hatten niedrigere Werte (M = 0.581, Median = 0.571, IQA = 0.286; Q1 = 0.429, Q3 = 0.714), was den signifikanten Unterschied erklärt. Die Leitung lag mit einem Mittelwert von 0.646 und einem Median von 0.714 zwischen den anderen Gruppen, ohne signifikante Unterschiede zu zeigen (Q1 = 0.571, Q3 = 0.857, IQA = 0.286).

Zusammenfassend zeigt die Gruppe Peerbegleitung signifikant höhere Werte als die Gruppe Mitarbeiter. Die Leitung weist Werte zwischen den beiden anderen Gruppen auf, ohne signifikante Abweichungen (**Analyse 4**).

<u>Kruskal- Wallis-Test</u>

Die Variablen, bei denen die Voraussetzungen zur Durchführung einer parametrischen ANOVA nicht erfüllt sind, wurden mit einem Kruskal-Walis-Test analysiert. Der Kruskal-Wallis-Test zeigte signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, definiert durch die Variable „Gruppen“, hinsichtlich mehrerer Variablen.

Die Analyse zeigte signifikante Unterschiede in den Medianwerten der Variable „Konzeptentwicklung und organisatorische Unterstützung“ zwischen den Gruppen ($\chi^2(2) = 20.089$, $p < 0.001$). Post-hoc-Tests ergaben signifikante Unterschiede zwischen Peerbegleitung und Leitung ($p = 0.036$) sowie zwischen Peerbegleitung und Mitarbeiter:innen ($p < 0.001$).

Die Gruppe Peerbegleitung erzielte mit einem Median von 1 die höchsten Werte (Q1 = 0.75, Q3 = 1, IQA = 0.25). Leitung und Mitarbeiter:innen wiesen jeweils einen Median von 0.75 auf, mit gleichen Quartilswerten (Q1 = 0.5, Q3 = 1, IQA = 0.5). Im Vergleich zur Peerbegleitung waren ihre Werte jedoch signifikant niedriger.

Zusammenfassend erzielte die Gruppe Peerbegleitung signifikant höhere Werte als die Gruppen Leitung und Mitarbeiter. Zwischen Leitung und Mitarbeiter:innen traten keine signifikanten Unterschiede auf (**Analyse 2**).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Auch die Analyse der Variable „Integration und Zusammenarbeit im Team“ zwischen drei Gruppen ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($\chi^2(2) = 13.782$, $p = 0.001$). Post-hoc-Tests zeigten signifikante Unterschiede zwischen Peerbegleitung und Mitarbeiter:innen ($p = 0.001$).

Die Gruppe Peerbegleitung erzielte mit einem Median von 0.8 die höchsten Werte (Q1 = 0.6, Q3 = 1, IQA = 0.4) und wies signifikant höhere Werte als die Gruppe Mitarbeiter:innen auf. Die Gruppe Leitung erreichte ebenfalls einen Median von 0.8 (Q1 = 0.6, Q3 = 0.8, IQA = 0.2), ohne signifikante Unterschiede zu den anderen Gruppen. Die Gruppe Mitarbeiter:innen hatte mit einem Median von 0.6 die niedrigsten Werte (Q1 = 0.6, Q3 = 0.8, IQA = 0.2) und zeigte signifikant niedrigere Werte im Vergleich zur Gruppe Peerbegleitung.

Zusammenfassend erzielte die Gruppe Peerbegleitung signifikant höhere Werte als die Gruppe Mitarbeiter, während die Gruppen Leitung und Mitarbeiter:innen keine signifikanten Unterschiede zeigten. Die Werte der Gruppe Leitung liegen jedoch nahe an denen der Gruppe Peerbegleitung (**Analyse 3**).

Die Analyse der Variable „Integration und Zusammenarbeit im Team“ ergab signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2(2) = 6.665$, $p = 0.036$). Post-hoc-Tests zeigten signifikante Unterschiede zwischen Peerbegleitung und Leitung ($p = 0.04$).

Die Gruppe Peerbegleitung erzielte mit einem Median von 0.1 die höchsten Werte (Q1 = 0, Q3 = 0.2, IQA = 0.2) und zeigte signifikant höhere Werte als die Gruppe Leitung. Die Gruppe Leitung hatte mit einem Median von 0.1 die niedrigsten Werte (Q1 = 0, Q3 = 0.1, IQA = 0.1) und lag signifikant niedriger als Peerbegleitung. Die Gruppe Mitarbeiter:innen erreichte ebenfalls einen Median von 0.1 (Q1 = 0, Q3 = 0.2, IQA = 0.2), jedoch ohne signifikante Unterschiede zu den anderen Gruppen.

Zusammenfassend zeigt die Gruppe Peerbegleitung signifikant höhere Werte im Vergleich zur Gruppe Leitung. Zwischen den Gruppen Leitung und Mitarbeiter:innen sowie zwischen Mitarbeiter:innen und Peerbegleitung konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden (**Analyse 5**).

Die Analyse der Variable „Anstellungsverhältnisse und Karrieremöglichkeiten“ mittels Kruskal-Wallis-Test ergab signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2(2) = 8.383$, $p = 0.015$). Post-hoc-Tests zeigten signifikante Unterschiede zwischen Peerbegleitung und Leitung ($p = 0.019$).

Die Gruppe Peerbegleitung erreichte mit einem Median von 0.25 die höchsten Werte (Q1 = 0.25, Q3 = 0.5, IQA = 0.25) und zeigte signifikant höhere Werte als die Gruppe Leitung. Die Gruppe Leitung erzielte mit einem Median von 0 die niedrigsten Werte (Q1 = 0, Q3 = 0.25, IQA = 0.25) und lag signifikant niedriger als Peerbegleitung. Die Gruppe Mitarbeiter:innen hatte einen Median von 0.25 (Q1 = 0, Q3 = 0.5, IQA = 0.5), zeigte jedoch keine signifikanten Unterschiede zu den anderen Gruppen.

Zusammenfassend weist die Gruppe Peerbegleitung signifikant höhere Werte im Vergleich zur Gruppe Leitung auf. Zwischen den Gruppen Leitung und Mitarbeiter:innen sowie zwischen Mitarbeiter:innen und Peerbegleitung wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt (**Analyse 6**).

Die Analyse der Variable „Rolle“ ergab signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2(2) = 13.16$, $p = 0.001$). Post-hoc-Tests zeigten signifikante Unterschiede zwischen Leitung und Mitarbeiter:innen ($p = 0.032$) sowie zwischen Leitung und Peerbegleitung ($p = 0.001$).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Gruppe Leitung erreichte mit einem Median von 10 die höchsten Werte (Q1 = 8, Q3 = 10, IQA = 2) und zeigte signifikant höhere Werte als die Gruppen Peerbegleitung (p = 0.001) und Mitarbeiter:innen (p = 0.032). Die Gruppe Mitarbeiter:innen hatte einen Median von 9 (Q1 = 8, Q3 = 10, IQA = 2) und lag signifikant niedriger als die Gruppe Leitung (p = 0.032), jedoch nicht signifikant unterschiedlich zur Gruppe Peerbegleitung (p = 0.207). Die Gruppe Peerbegleitung wies mit einem Median von 9 die niedrigsten Werte auf (Q1 = 6, Q3 = 10, IQA = 4) und lag signifikant niedriger als die Gruppe Leitung (p = 0.001), jedoch ohne signifikanten Unterschied zur Gruppe Mitarbeiter:innen (p = 0.207).

Zusammenfassend zeigt die Gruppe Leitung im Vergleich zu Peerbegleitung und Mitarbeiter:innen die höchsten Werte für die Variable „Rolle“. Die Gruppe Mitarbeiter:innen liegt dazwischen und unterscheidet sich signifikant von der Gruppe Leitung, jedoch nicht von der Gruppe Peerbegleitung (**Analyse 7**).

Die Analyse der Variable „Zusammenarbeit“ ergab signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi2(2)=14.769, p=0.001$). Post-hoc-Tests zeigten signifikante Unterschiede zwischen Leitung und Mitarbeiter:innen ($p=0.003$) sowie zwischen Mitarbeiter:innen und Peerbegleitung ($p=0.001$).

Die Gruppe Leitung erreichte mit einem Median von 9 die höchsten Werte (Q1=8, Q3=10, IQA=2) und zeigte signifikant höhere Werte als die Gruppe Mitarbeiter:innen ($p=0.003$). Die Gruppe Mitarbeiter:innen wies einen Median von 8.417 auf (Q1=7.5, Q3=9.25, IQA=1.75) und lag signifikant niedriger als die Gruppe Leitung, jedoch ohne signifikanten Unterschied zur Gruppe Peerbegleitung. Die Gruppe Peerbegleitung erreichte mit einem Median von 9 (Q1=8, Q3=9.75, IQA=1.75) ähnlich hohe Werte wie die Gruppe Leitung, wobei auch hier signifikante Unterschiede zu den Mitarbeiter:innen bestanden ($p=0.001$).

Zusammenfassend zeigt die Gruppe Leitung im Vergleich zu den Gruppen Mitarbeiter:innen und Peerbegleitung die höchsten Werte für die Variable „Zusammenarbeit“. Die Gruppe Mitarbeiter:innen unterscheidet sich signifikant von der Gruppe Leitung, jedoch nicht von der Gruppe Peerbegleitung (**Analyse 8**).

Die Analyse der Variable „Verpflichtung“ mittels Kruskal-Wallis-Test ergab signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2(2) = 59.921$, $p < 0.001$). Post-hoc-Tests zeigten signifikante Unterschiede zwischen Peerbegleitung und Leitung ($p < 0.001$) sowie zwischen Peerbegleitung und Mitarbeiter:innen ($p < 0.001$).

Die Gruppe Peerbegleitung erreichte mit einem Median von 10 die höchsten Werte (Q1 = 9, Q3 = 10, IQA = 1) und lag signifikant höher als die Gruppen Leitung und Mitarbeiter:innen (jeweils $p < 0.001$). Die Gruppe Mitarbeiter:innen wies einen Median von 9 auf (Q1 = 7.25, Q3 = 10, IQA = 2.75) und zeigte signifikant niedrigere Werte als Peerbegleitung ($p < 0.001$), jedoch keine Unterschiede zur Gruppe Leitung ($p = 0.918$). Die Gruppe Leitung erzielte mit einem Median von 8.75 die niedrigsten Werte (Q1 = 7.375, Q3 = 10, IQA = 2.625). Die Werte der Gruppe Leitung lagen signifikant niedriger als die der Gruppe Peerbegleitung ($p < 0.001$), jedoch nicht signifikant verschieden von der Gruppe Mitarbeiter:innen ($p = 0.918$).

Zusammenfassend weist die Gruppe Peerbegleitung die höchsten Werte für die Variable „Verpflichtung“ auf und unterscheidet sich signifikant von den Gruppen Leitung und Mitarbeiter. Zwischen den Gruppen Leitung und Mitarbeiter:innen bestehen hingegen keine signifikanten Unterschiede (**Analyse 9**).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Spearman's rank correlation Rho

Aufgrund der Verletzung der Voraussetzungen für parametrische Verfahren wurde für die folgenden Variablen eine Spearman's Rangkorrelation berechnet. Die Klassifikation der Zusammenhänge wurde nach Eid, Gollwitzer & Schmitt (2017) festgelegt.

Zwischen den Variablen „Fortbildung Supervision und Vernetzung" und „Strukturelle Unterstützung und Ressourcen" konnte ein starker, signifikant positiver Zusammenhang festgestellt werden ($\rho = 0.677$, $S = 2529643.108$, $p < 0.001$) (**Analyse 10**). Ein ähnlich starker positiver Zusammenhang wurde zwischen „Rollenklarheit" und „Anerkennung und Zusammenarbeit" gefunden ($\rho = 0.655$, $S = 272606.218$, $p < 0.001$) (**Analyse 11**). Auch zwischen „Integration und Zusammenarbeit im Behandlungsteam" und „Umgang mit Kritik und Feedback" zeigte sich ein signifikanter starker positiver Zusammenhang ($\rho = 0.685$, $S = 1444346.965$, $p < 0.001$) (**Analyse 12**). Zwischen „Integration und Zusammenarbeit im Behandlungsteam" und „Offenheit und Wertschätzung" konnte ein besonders starker positiver Zusammenhang ermittelt werden ($\rho = 0.779$, $S = 1015311.416$, $p < 0.001$) (**Analyse 13**). Ebenso wurde zwischen „Umgang mit Kritik und Feedback" und „Offenheit und Wertschätzung" ein starker positiver Zusammenhang festgestellt ($\rho = 0.699$, $S = 1383693.425$, $p < 0.001$) (**Analyse 14**).

T-Test

Ein t-Test für zwei unabhängige Stichproben zeigte signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, definiert durch die Variable „Zufriedenheit insgesamt", hinsichtlich mehrerer Variablen. Es gab einen signifikanten Unterschied in der „Unterstützung Begleitung der Patient:innen" ($t(0.95, 176) = -3.601$, $p < 0.001$), mit arithmetischen Mittelwerten von 0.479 und 0.65 sowie einer mittleren Effektstärke ($d = 0.59$) (**Analyse 15**). Ebenso zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der „Vernetzung und Brückenbauen" ($t(0.95, 178) = -3.181$, $p = 0.002$), mit Mittelwerten von 0.406 und 0.566 sowie einer mittleren Effektstärke ($d = 0.52$) (**Analyse 16**). Ein weiterer signifikanter Unterschied wurde in der „Rollenklarheit" festgestellt ($t(0.95, 118) = 4.451$, $p < 0.001$), mit Mittelwerten von 0.457 und 0.225 sowie einer starken Effektstärke ($d = 0.85$) (**Analyse 18**). Es gab auch signifikante Unterschiede bei „Anstellungsverhältnissen und Karrieremöglichkeiten" ($t(0.95, 118) = 2.831$, $p = 0.005$) mit Mittelwerten von 0.494 und 0.332 sowie einer mittleren Effektstärke ($d = 0.541$) (**Analyse 20**). In der „Integration und Zusammenarbeit im Behandlungsteam" ergab sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied ($t(0.95, 184) = -3.935$, $p < 0.001$), mit Mittelwerten von 0.414 und 0.626 sowie einer mittleren Effektstärke ($d = 0.625$) (**Analyse 21**). Zudem gab es signifikante Unterschiede im „Umgang mit Kritik und Feedback" ($t(0.95, 184) = -2.282$, $p = 0.024$), mit Mittelwerten von 0.32 und 0.446 sowie einer kleinen Effektstärke ($d = 0.363$) (**Analyse 22**), sowie in der „Offenheit und Wertschätzung" ($t(0.95, 184) = -2.236$, $p = 0.027$), mit Mittelwerten von 0.439 und 0.569 und einer kleinen Effektstärke ($d = 0.355$) (**Analyse 23**).

Welch Test

Bei fehlender Varianzhomogenität bietet der Welch-Test eine an diese Bedingungen angepasste Alternative (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2017, S. 336). Ein Welch-Test zeigte signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, definiert durch die Variable „Zufriedenheit insgesamt", hinsichtlich der Variablen „Arbeitsbedingungen und Ressourcen" ($t(0.95, 61) = 2.626$, $p = 0.011$) mit arithmetischen Mittelwerten von 0.238 und 0.138 sowie einer mittleren Effektstärke ($d = 0.528$) (**Analyse 17**). Ebenso wurde ein signifikanter Unterschied in der

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

„Anerkennung und Zusammenarbeit“ festgestellt (t(0.95, 54) = 3.144, p = 0.003), mit Mittelwerten von 0.277 und 0.116 und einer mittleren Effektstärke (d = 0.646) (**Analyse 19**).

6.5. Nachbemerkung

In den qualitativen Studienteilen, in der standardisierten Befragung und in den ToC-Workshops wurden immer wieder auch die Arbeitsbedingungen und strukturellen Vorgaben für MA psychiatrischer Arbeitsfelder besprochen, die sowohl eine gesundheitsberufliche Qualifikation erworben (Pflegefachkraft, Ergotherapie, Psychologie etc.) als auch eine PGB-spezifische Qualifikationsmaßnahme durchlaufen haben. Im ImpPeer-Psy5 Projekt geht es um die Implementierung der PGB, so dass wir die Ergebnisse zu dieser „doppelt qualifizierten“ MA-Gruppe in diesem Bericht nicht aufgeführt bzw. diskutiert haben. Auch Empfehlungen zur Erfüllung ihrer spezifischen Bedarfe und für sie notwendigen Arbeitsbedingungen lassen sich aufgrund des im Rahmen dieser Studie generierten Datenmaterials nicht generalisieren. Stattdessen ist eine eigene Publikation zu dieser Thematik geplant.

7. Diskussion der Projektergebnisse

Wie oben beschrieben, werden die im Ergebnisteil entlang der Teilprojekte getrennt aufgeführten Ergebnisse und Themen nachfolgend zusammenfassend diskutiert. Im Kapitel 6 werden daraus die Schlussfolgerungen in Form von Empfehlungen gezogen.

PGB*als Berufsgruppe

Anerkennung als Berufsgruppe: Über die Studienteile und die Stakeholder*innen-Gruppen hinweg gab es eine Übereinstimmung, die PGB* als eigene Berufsgruppe anzuerkennen. In den qualitativen Erhebungen – sowohl den Interviews wie der ToC - wurden einige Hoffnungen mit der Anerkennung der PGB als eigenständige Berufsgruppe verbunden: eine Zunahme an Einstellungen von PGB*, eine größere Zugänglichkeit von PGB für NU, weniger Befristung von Arbeitsverträgen, mehr Sichtbarkeit für die Arbeit der PGB, mehr Klarheiten ihrer Rolle, mehr Karriere- und Aufstiegschancen für PGB*, mehr Möglichkeiten zur Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen durch die PGB selbst und mehr berufspolitische Rechte.

Finanzierung: Die Entwicklungen und Regelungen der Finanzierung sind unterschiedlich in den Bundesländern. Für zukünftige Forschung sollte strenger zwischen Finanzierung und Entlohnung getrennt werden. Aktuell ist die Finanzierung der PGB im Rahmen der PPP-RL nur über Maßnahmen der Qualitätssicherung (§9) möglich.

Verpflichtender Einsatz: Zur Umsetzung der Leitlinien ist ein verpflichtender Einsatz der PGB empfohlen. Die quantitative Erhebung und die ToC Workshops ergaben eindeutig, dass ein verpflichtender Einsatz sinnvoll wäre und die Position der PGB stärken würde. Er wurde als geeignet angesehen, die Etablierung der notwendigen Implementierungsstrukturen abzusichern, ebenso wie die Entwicklung einer berufsständischen Interessenvertretung. Auch könnte ein verpflichtender Einsatz voraussichtlich dazu führen, dass Qualifizierungen für PGB* verstärkt angeboten und von Institutionen wie etwa Kliniken finanziert werden. So könnte die Weiterbildung für Interessierte zugänglicher gemacht und die Anzahl der PGB* erhöht werden.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zugleich befürchteten Stimmen in der qualitativen Erhebung, dass ein verpflichtender Einsatz in zu geringer Anzahl und ohne Akzeptanz der PGB-Ansätze durch andere Berufsgruppen zu ihrer Vereinnahmung führen könnte.

Anstellung und Entlohnung

Sozialversicherungsrechtliche Anstellung: Fragen der sozialversicherungsrechtlichen Anstellung sind v.a. von nationaler Bedeutung. Zu klären ist, wie verbindliche Regelungen verankert werden können, ohne die Vielfalt von Anstellungsmöglichkeiten zu gefährden.

Angemessene Entlohnung: Die Möglichkeit, den eigenen Lebensunterhalt aus der PGB-Entlohnung zu bestreiten, sollte gegeben sein. Für einen Teil der PGB* ist die Kombinierbarkeit mit anderen Einkommen wichtig. „Senior-Peers“ auf der Leitungsebene und eine berufsständische Vertretung können für die Durchsetzung angemessener Entlohnung förderlich sein.

Angemessene Eingruppierung: In den Diskussionen wird klar, dass die tatsächlich durchgeführten Tätigkeiten, im Sinne der Verantwortungsübernahme und eingesetzten Kompetenzen der PGB*, primär für die Einstufung berücksichtigt werden sollten, so wie dies für andere Berufsgruppen bereits erfolgt ist. Ist hier auch ein tätigkeitsbezogenes Nachvergütungsmodell denkbar? Fachliche Qualifikationen jenseits der PGB-Trainings sollten berücksichtigt werden, soweit sie für die Tätigkeit relevant sind. PGB ist mit viel Verantwortung und emotionaler Arbeit verbunden, die auch auf Ebene der Entlohnung berücksichtigt werden sollte. Weitere Forschung dazu, wie Erfahrungsexpertise angemessen erfasst und angerechnet werden kann, ist angeraten.

Qualifizierung

Qualifizierungsmaßnahmen: Alle Akteur*innen sind sich einig, dass Qualifikationsmaßnahmen für die PGB wichtig sind. Mehrheitlich wurden einheitliche Qualitätsstandards über verschiedenen Qualifizierungsmaßnahmen hinweg befürwortet. Das spezifische Professionalisierungsprofil von PGB sollte weiterentwickelt werden. Wichtig ist eine empowernde Qualifizierung der PGB* (bspw. menschenrechtliche Aspekte, Behandlungsentscheidungen).

Praktika: Praktika sind ein wichtiger Weg, sich im Berufsfeld zu orientieren, und können ggf. ein Arbeitsverhältnis anbahnen. Praktika sollten v.a. - aber keineswegs ausschließlich - in Einrichtungen ermöglicht werden, die bereits PGB* beschäftigen.

Vorbereitung der Institution

Recovery-Orientierung: Die psychiatrische Versorgung muss sich in Richtung Recovery-Orientierung verändern, damit die PGB dort nachhaltig implementiert werden kann. Die Recovery-Orientierung einer Einrichtung ist nicht allein durch die Implementierung von PGB erreichbar. Vorbereitungsstrategien unter direktem Einbezug von PGB* sind notwendig, damit die Einrichtung insgesamt sich in Richtung einer Recovery-Orientierung entwickeln kann. Die Daten aus den QUAL-Untersuchungen legen nahe, dass Teams, die in der Zuhause-Behandlung und im Offenen Dialog tätig sind, stärker Recovery- orientiert arbeiten, und damit die Voraussetzungen für die Zusammenarbeit mit PGB* eher erfüllen.

Vorbereitung Institution: Die derzeit gängige Praxis entspricht meistens nicht der Forderung nach einem partizipativ erstellten Implementierungskonzept. Oft gibt es kein Konzept oder es wird erst nach Anstellung der PGB* erstellt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Schulung der MA: Die PGB ist vielerorts immer noch unbekannt oder wird mit Skepsis betrachtet. Unwissen über mögliche Rollen und Aufgaben von PGB* sollte reduziert werden. Zugleich sollte deutlich werden, dass PGB ein wichtiger Bestandteil einer ganzheitlichen, nutzer*innenorientierten Versorgung ist und eine notwendige Expertise einbringen. Wichtig ist dabei, die Schulungen partizipativ oder unter der Leitung von PGB* zu gestalten. Dabei sollte es auch einen Raum für die Diskussion von Sorgen und Befürchtungen geben, zugleich aber Vorurteilen entgegengewirkt, die Potentiale von PGB deutlich gemacht und zu einer gleichberechtigten Zusammenarbeit ermutigt werden.

Einstellung und Einarbeitung

Arbeitsplätze schaffen: Diese Forderungen spiegeln die aktuelle Situation wider: Es gibt nicht genug Arbeitsplätze für PGB. Nur in wenigen, vor allem Metropolregionen existieren so viele Stellenangebote, dass viele PGB* in Bezug auf ihren Arbeitsplatz zumindest theoretisch eine Wahl haben.

Einplanung spezieller Ressourcen zu Beginn Implementierung: Vorbereitende Schulungen für PGB* und MA allein können die vielen Herausforderungen, die bei der neuen Implementierung von PGB entstehen, nicht lösen. Eine Neu-Implementierung stellt doppelte Anforderungen: Sowohl die PGB ist vielerorts noch immer neu, mitsamt der individuellen Rollen- und Aufgabengestaltung. Zugleich treffen die PGB* als neue Mitarbeitende auf ein für sie neues, aber schon etabliertes Team. Für das PGB in den meisten Fällen ebenfalls neu ist. Nach dem ersten Jahr wird von den Beteiligten meistens etwas mehr Gewöhnung und Kenntnis an- und voneinander berichtet.

Angemessene Einstellungsprozesse: Die Institution muss sich vorbereiten, um sich auf die Vielfalt an Erfahrungen und Fähigkeiten von Bewerber*innen einzustellen. Auf Barrierefreiheit sollte im gesamten Einstellungsprozess bereits schon in der Ausschreibungsphase geachtet werden. Stellenausschreibungen sollten unterschiedliche Schwerpunktsetzungen für jede*n PGB* ermöglichen.

Einarbeitung: Sollten bereits PGB* in der Institution arbeiten, sind diese vorrangig an Einarbeitungsprozessen für neu eingestellte PGB* zu beteiligen, ansonsten müsste PGB-Expertise von außen beteiligt werden. Für alle PGB* sollte eine strukturierte, standardisierte Einarbeitung durchgeführt werden.

*Ansprechpartner*innen:* Ein Mentoringkonzept ist für die Einarbeitungsphase wichtig. Gerade bei Beginn der Implementierung von PGB stehen oft nur MA anderer Berufsgruppen dafür zur Verfügung. Im Verlauf sollten PGB* diese Rolle übernehmen.

Tätigkeiten/ Arbeitsplatz

Tätigkeitsbeschreibungen: Die PGB* bewegen sich in einem Spannungsfeld zwischen selbst-organisierten Tätigkeiten und festgelegten Arbeitsbereichen. Das ermöglicht zwar eine flexible Anpassung von Tätigkeiten an ihre Kompetenzen und Vorerfahrungen, kann aber auch zu Orientierungslosigkeit in Hinblick auf die Funktion der PGB führen.

Keine fachfremde Hilfstätigkeiten: Das Ausmaß der Umsetzung an Fachfremden und Hilfstätigkeiten wurde vor allem in den Interviews deutlich. Unklarheiten in der Rolle als auch Personalmangelsituationen in der Versorgung können diese Tendenz verstärken. Eine deutliche Ausweisung von PGB-spezifischen Tätigkeiten ist hier notwendig. Zum Berufsbild der PGB gehört es, herkömmliche Behandlungslogiken kritisch zu reflektieren und auch bei anderen MA entsprechende Reflexionsprozesse zu fördern.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitsbedingungen: Die Arbeitsausstattung muss für alle Berufsgruppen gleichermaßen zur Verfügung stehen. Dies betrifft Räumlichkeiten und Materialien ebenso wie den gleichberechtigten Zugang zu Dokumentation. In Bezug auf die für die PGB notwendigen Maßnahmen zur Barrierefreiheit ist weitere Forschung notwendig.

Flexibilität Arbeitszeiten: Einerseits birgt die Möglichkeit von Teilzeitbeschäftigung eine Anpassung an die Bedürfnisse der PGB*. Andererseits erschwert sie die Kommunikation im Team. Von Seiten der LTG sollte auf die Einhaltung der Arbeitszeiten geachtet werden.

Zusammenarbeit

Die Zufriedenheit in der Zusammenarbeit in der Quantitativen Befragung wurde sowohl von PGB* als auch MA und LTG als sehr positiv bewertet. Der Einsatz von PGB* und ihre umfassende Beteiligung an der Behandlung wurde als sehr wichtig auch von MA und LTG bewertet. Sowohl MA wie LTG nahmen den Einfluss der PGB* auf die Behandlung als sehr positiv wahr. Dies ist ein zentrales Ergebnis der Befragung. Es zeigt, dass PGB in der Behandlung einen wichtigen Beitrag leistet und zugleich die Zusammenarbeit im Kolleg*innen im Team insgesamt gut funktioniert.

Integration in Behandlungsteams: Deutlich wurde, dass einerseits eine Integration in Behandlungsteams befürwortet wurde, andererseits aber auch die Etablierung eigener, peer-geleiteter Angebote notwendig ist. Die Eigenständigkeit der PGB-Rolle und -Ansätze sollte trotz einer Integration von PGB* in Behandlungsteams erhalten bleiben. Die Integration ins Behandlungsteam wurde in der quantitativen Befragung als wichtiger förderlicher Faktor für die Implementierung genannt.

Klarheit der Rolle: Der Umgang mit und das Aushalten von Rollenunklarheiten und -spannungen kostet alle Beteiligte Zeit und Kraft und bringt „unsichtbare Arbeit“ mit sich, die für das Stundenkontingent der PGB* und der anderen MA während der Implementierung berücksichtigt werden muss. Die Unklarheiten, Ambivalenzen, Spannungen der PGB-Rolle und daraus resultierende Konflikte im Team nahmen viel Raum in den qualitativen Erhebungen ein. In der ToC wurde die Bedeutung von klaren Berufsprofilen/Stellenbeschreibungen mit der Möglichkeit zu unterschiedlicher Schwerpunktsetzung betont.

Wertschätzung im Team: Machtungleichgewichte und Hierarchien können eine wertschätzende Kommunikation beeinträchtigen. Der Fokus auf eine angenehme Persönlichkeit von PGB* sollte nicht dazu führen, den fachlichen Wert des Erfahrungswissen und die Expertise der PGB* aus dem Blick zu verlieren. Wichtig ist hier zudem die Anerkennung der Peer-Expertise als gleichberechtigter Fachexpertise, die auch von den übrigen MA eingeholt wird. Besonders eine wertschätzende Neugier gegenüber der Erfahrungsexpertise wurde als positiv in der Zusammenarbeit benannt.

Reflexion Vorurteile: Vorurteile und diskriminierende Einstellungen können insbesondere vor Implementierung bei den MA vorhanden sein. Teilweise werden PGB* eher als NU gesehen und behandelt. PGB* werden teilweise als Aushängeschild für eine NU-orientierte Behandlung instrumentalisiert und in dieser Funktion überhöht, während sie zugleich in Bezug auf ihre eigene, peer-spezifische Expertise nicht ausreichend wertgeschätzt und in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden. Hier ist Aufklärungsarbeit notwendig, insbesondere durch peer-geleitete Weiterbildungen für MA.

Kritikkultur: Während Austausch in großem Umfang notwendig wäre, wenn Vorurteile, Befürchtungen und Ängste auftreten, sind die Strukturen, um dies umzusetzen, aktuell unzureichend vorhanden. Gleichzeitig begegnen sich PGB* und MA aus Vorsicht und

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Unsicherheit mit Zurückhaltung. Um dies aufzubrechen, sind gemeinsame Anstrengungen nötig. Hierzu müssen die nötigen Infrastrukturen bereitgestellt und etabliert werden, etwa regelmäßige gemeinsame Termine für PGB* und MA, die Gelegenheit zu gegenseitigem Feedback und Reflexion der gemeinsamen Arbeit bieten.

Selbstfürsorge: Selbstfürsorge ist in einer Recovery-orientierten Einrichtung für alle MA notwendig. Selbstfürsorge sollte nicht als Ersatzstrategie für unzureichende Arbeitsbedingungen funktionalisiert werden.

Einholung Expertise: Ein Interesse am Wissen der PGB* sollte im Team vorhanden sein und dieses Wissen sollte von allen MA abgerufen werden. Auch hierzu sind entsprechende peer-geleitete Fortbildungen und Aufklärungsarbeit nötig.

Mitbestimmung

Mitbestimmung bei Behandlungsentscheidungen: Insbesondere die NU erleben ein fehlendes Mitspracherecht der PGB* im institutionellen Alltag. Eine gleichberechtigte Mitsprache von PGB* bei Behandlungsentscheidungen ist notwendig, damit sich ihre spezifischen Wissensansätze entfalten können. In der quantitativen Befragung wurde die Wichtigkeit von PGB*, Mitarbeitenden und Leitung betont.

Betriebliche Mitbestimmung: Die Mitbestimmung und Übernahme von Positionen in Gremien sind notwendig, damit PGB* formalisierte institutionelle Gestaltungsmacht erhalten. Dies ist vor allem auch deshalb wichtig, damit PGB* die Recovery-Orientierung einer Versorgungseinrichtung stärken und befördern können. Dieses Engagement muss in der Arbeitszeit erfolgen.

Supervision und Austausch

Supervision: Es müssen neue Konzepte entwickelt werden, wie PGB*, besonders wenn sie eine geringere Stundenzahl arbeiten, PGB-spezifische Supervision erhalten und ebenso an Team-Supervision teilnehmen können. Bisher wird oft keine spezifisch auf die PGB* ausgerichtete Supervision mangels Kenntnissen zu dieser neuen Tätigkeit angeboten. In der quantitativen Befragung wurde deutlich, dass Supervision für die PGB besonders wichtig ist um ihre Tätigkeit zufriedenstellend ausüben zu können.

Intervision und Institutionsübergreifender Austausch: Eine institutionsübergreifende Intervision ist auch zur Stärkung dieser Berufsgruppe und zum Erhalt ihrer spezifischen Ansätze und Vorgehensweisen angeraten. In der quantitativen Befragung wurden Intervision und institutionsübergreifender Austausch von den PGB* gewünscht.

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

Weiterbildung und Karriere

Teilnahme an Fortbildungen: Peer-spezifische Fortbildungen, de sich ausschließlich an PGB* richten, sind wichtig, damit das Wissen dieser Berufsgruppe sich in einem sicheren Rahmen weiterentwickeln und weitergetragen werden kann. Ebenso unverzichtbar sind jedoch auch Fortbildungen über die verschiedenen Berufsgruppen hinweg, auch umgesetzt durch PGB* selbst.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Berufliche Weiterentwicklung: Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung und Karriere sind für PGB* Selbst sehr wichtig, einzelnen Stimmen aus der qualitativen Erhebung zufolge sogar wichtiger als MA in Leitungsfunktion. Zentral ist in jedem Fall die Notwendigkeit zur Schaffung von Möglichkeiten beruflicher Weiterentwicklung, mit und ohne Führungsverantwortung/Leitungsfunktion. Wenn die Berufsgruppe der PGB* nachhaltig implementiert, als gleichwertig anerkannt und wirksam sein soll, sind Weiterentwicklungangebote, die vergleichbar zu den Möglichkeiten anderer Berufsgruppen (bspw. psychiatrische Fachpflege und andere fachspezifische Weiterbildungen für andere Berufsgruppen) sind, unverzichtbar.

PGB als Leitungspersonen (Senior-Peers):* Verschiedene Karrierewege sollten partizipativ erarbeitet werden. Auch im SGB V sollte die Möglichkeit entwickelt werden, dass Senior-Peers Leitungspositionen einnehmen. Dabei kann von Erfahrungen im SGB IX-Bereich gelernt werden, wo Senior-Peers bereits in Leitungsfunktionen eingesetzt sind. Die Machtverhältnisse in psychiatrischen Institutionen sind oft stark hierarchisch. Eine nachhaltige Implementierung von PGB, die Teil eines Veränderungsprozesses in Hinsicht auf eine Recovery-Orientierung ist, PGB ist demnach auf Vertreter*innen dieser Berufsgruppe auch in Leitungspositionen angewiesen. Zudem ist dies für eine Anerkennung als gleichberechtigte Berufsgruppe unabdingbar. Eine berufliche Weiterentwicklung zu Senior-Peers kann innerhalb einer Position oder durch Wechsel der Funktionen erfolgen. Auch hierzu müssen Angebote und Strukturen entwickelt und bereitgestellt werden.

Stärkung der PGB

Mindestzahl PGB:* International aus verschiedenen Studien wird wiederholt gefordert, dass unbedingt mindestens zwei PGB* pro Team/ Behandlungseinheit eingestellt werden müssen. Einerseits, weil Erfahrungswissen in der Versorgung bisher fehlt, andererseits, um Veränderungen auf allen Ebenen der Institution anstoßen zu können. Zudem wird dadurch auch PGB-spezifischer Austausch innerhalb des Teams und der Institution möglich gemacht. Um einen Austausch mit anderen PGB* am Arbeitsplatz zu ermöglichen und um Erfahrungswissen zu festigen, braucht es mehr als nur eine*n Vertreter*in dieser Berufsgruppe. Die Referenzgröße für die genannte Mindestzahl an Einstellungen wurde im Team lange diskutiert. „Behandlungsteam“ bedeutet ein unmittelbarer Arbeitszusammenhang, bspw. ein und dasselbe Arbeitsteam einer Tagesklinik oder Station. Die Mindestzahl ist also nicht über mehrere Teams hinweg gemeint.

Eigenständigkeit der PGB-Arbeit: Es gibt eine Übermacht von MA anderer Berufsgruppen in SGB-V Institutionen. PGB* sind oft in Anzahl und Handlungsmacht unterlegen. Umso mehr muss die Eigenständigkeit ihrer Arbeit gesichert werden.

Peer-geleitete Behandlungs- und Versorgungsangebote: Es gibt einen Bedarf an Peer-geleiteten Angeboten, die sich unterschiedlich ausgestalten können. Strukturen und Finanzierungsmodelle für diese Angebote müssen noch entwickelt werden. Auch hierzu besteht weiterer Forschungsbedarf.

Gefahren der Vereinnahmung und Maßnahmen zum Erhalte des Spezifischen: Die spezifischen Werte, Prinzipien und Vorgehensweisen der PGB dürfen nicht vereinnahmt und PGB* nicht instrumentalisiert werden (beispielsweise zur Verbesserung der Compliance von NU). Dazu ist eine Gleichberechtigung mit anderen Berufsgruppen wichtig. Weitere Forschung zu konkreten Maßnahmen zum Schutz vor Vereinnahmung und zum Erhalt des Spezifischen der PGB wird empfohlen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Maßnahmen zur Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit: Eine erfolgreiche Implementierung der PGB muss durch Öffentlichkeitsarbeit auf allen Ebenen erstritten und begleitet werden. Dies könnte als Nebeneffekt auch zur Normalisierung der Thematik und zum Abbau von Stigmatisierung beitragen.

Methodische Stärken und Limitationen der Studie

Da unsere Studie einer transdisziplinärer, multiperspektivistischer Teamarbeit aufbaute, wurde das Wissen über oft fließende Disziplin- und Erfahrungshintergründe und nicht selten divergierende, ambivalente Positionierungen hinweg zur Frage der PGB produziert. Der mixed methods Ansatz und die partizipativen Formate trugen dazu bei, diverse Konzepte und Rahmungen, Haltungen und politischen Debatten in Bezug auf die lokale PGB-Umsetzungspraktiken zu erfassen. Dabei blieb unsere Forschung auf die Analyse von PGB-Implementierung *innerhalb* des SGB V-Versorgungssystems beschränkt und ließ, vor allem aufgrund der Art der Fördermittel, fast keinen Raum für die Untersuchung von PGB-Umsetzungsvarianten entweder im SGB IX/ XII-Bereich oder alternativer Praxen des wechselseitigen Peer Supports und -Counselings außerhalb des Versorgungssystems insgesamt. Auch hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

Die Erwähnung dieser Limitation ist besonders deshalb wichtig, weil die internationale Forschung hervorhebt, dass sich Praktiken der PGB in klinischen Kontexten gegenüber ihren ursprünglicheren, emanzipatorischen Formen des Peer Supports verändern können. Die Ableitung von Standards für die Implementierung von PGB aus genau dem Versorgungssystem, gegen das emanzipatorische Formen der Peer-Unterstützung ursprünglich gegründet wurden, birgt also das Risiko, dass Erkenntnisse aus Studien wie unserer dazu verwendet werden können, andere Ansätze der Peer-Unterstützung auch im nicht-klinischen Kontext zu definieren und zu regulieren.

In diesem Zusammenhang war die Entscheidung, einen kollaborativen und partizipativen Forschungsrahmen zu verwenden, hilfreich: die Besetzung aller Sub-Teams mit Forscher*innen unterschiedlicher disziplinärer, beruflicher und erfahrungsbezogener Hintergründe war zwar immer wieder eine Herausforderung, ermöglichte aber, divergente und neuartige Fragestellungen zu generieren. So führte die Interdisziplinarität und Multiperspektivität unserer Teamzusammensetzungen dazu, das analytische und interpretatorische Spektrum zu erweitern und Raum für voneinander abweichenden Sichtweisen und Positionen zu eröffnen. Hier ist auf die eingeschränkten Möglichkeiten einer engen Zusammenarbeit zwischen den Sub-Teams MHB und UKE, aber auch ExIn hinzuweisen, die im Rahmen der gegebenen Ressourcen vor allem auf das letzte Studienjahr beschränkt blieben.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Nachfolgend finden sich die Implementierungsempfehlungen wieder, die sich aus den Ergebnissen im Kapitel 6 und den Diskussionspunkten im Kapitel 7 ableiten. Zur Verbesserung der Übersichtlichkeit sind die Empfehlungen thematisch gruppiert und durchnummeriert.

PGB*als Berufsgruppe

E1 – Anerkennung als Berufsgruppe: PGB sollte als eigene Berufsgruppe anerkannt werden. Es ist notwendig, für diese Berufsgruppe Ressourcen bereit zu stellen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

E2 – Finanzierung der PGB: PGB soll als Teil der Regelversorgung finanziert werden. PGB sind in allen Behandlungssettings zu finanzieren. Ressourcen anderer Berufsgruppen sollten dafür nicht gekürzt werden.

E3 – Verpflichtender Einsatz: PGB sollte als Teil der PPP-RL im krankenkassenfinanzierten Bereich in einer ausreichenden Anzahl (s. Empfehlung 56) verpflichtend eingesetzt werden.

Anstellung und Entlohnung

E4-Sozialversicherungsrechtliche Anstellung: Eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung wird empfohlen.

E5-Angemessene Entlohnung: Eine Unterzahlung von PGB ist verbreitet. Eine angemessene Entlohnung muss zukünftig sichergestellt werden.

E6-Angemessene Eingruppierung: Die Eingruppierung sollte sich an diesen Aspekten orientieren: 1) tatsächlich ausgeübte Tätigkeiten, 2) Erfahrungsexpertise, 3) PGB-Training, 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.

Qualifizierung

E7-Qualifizierungsmaßnahmen: Es werden Mindeststandards für PGB-Qualifikationsmaßnahmen empfohlen und die Berufsausübung nach abgeschlossener Qualifikation. Im Einzelfall sollten auch alternative Wege in den Beruf möglich sein.

E8-Praktika: Praktika sollen (auch in Hinblick auf eine angestrebte Zertifizierung) Teil der Ausbildung sein; Praktika im gewünschten Arbeitsbereich sind zu empfehlen.

Vorbereitung der Institution

E9-Recovery-Orientierung Einrichtung: 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 PGB. Die Beschäftigung von PGB* kann nur ein Element von vielen bei der Umsetzung einer Recovery-orientierten Versorgung sein.

E10 – Vorbereitung der Institution und Implementierungskonzept: Die Vorbereitung der Institution ist substanzieller Teil der Implementierung und sollte mit Ressourcen unterlegt werden. Die partizipative Erstellung eines Implementierungskonzepts ist dringend notwendig (unter Beteiligung der MA der betreffenden Teams und von PGB*, zum Beispiel unter Beteiligung von Senior-Peers).

E11 – Schulung der MA: Im Vorfeld oder spätestens Vollzug der Implementierung müssen die MA geschult werden. Schulungen sollen von NU/PGB* (mit) geleitet werden.

Einstellung/Einarbeitung

E12-Arbeitsplätze schaffen: Es müssen ausreichend PGB-Stellen geschaffen werden. Es braucht Ressourcen für die Vermittlung und Bewerbung von Arbeitsplätzen.

E13 – Einplanung spezieller Ressourcen zu Beginn Implementierung: Spezielle Ressourcen zur mittelfristigen Prozessbegleitung zu Beginn der Implementierung von PGB sind vorzusehen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

E14 – Angemessene Einstellungsprozesse: Während der Einstellungsprozesse sollte die Vielfalt der PGB berücksichtigt werden. An allen Einstellungsprozessen sollten Peers (PGB* oder NU) beteiligt werden.

E15-Einarbeitung: Es muss ein Einarbeitungskonzept für die PGB 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.

*E16-Ansprechpartner*innen*: Feste Ansprechpartner*innen sind vor allem bei Beginn der Implementierung wichtig. Bei Verstetigung der PGB sollte ein*e Senior-Peer diese Rolle erfüllen.

Tätigkeiten/Arbeitsplatz

E17-Tätigkeitsbeschreibungen: Es sollten Tätigkeitsbeschreibungen unter Einbeziehung von PGB* erstellt werden. Klare Tätigkeitsbeschreibungen sollten 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.

E18 – Keine fachfremden Hilfstätigkeiten: PGB* sollten gemäß ihrer Qualifikation, Kompetenzen und Erfahrungen und nicht als „fachfremde Hilfskräfte“ eingesetzt werden. Standards für PGB-spezifische Tätigkeiten sollten beachtet werden.

E19 – 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.

E20 – Flexibilität Arbeitszeiten: Flexible Arbeitszeitmodelle von Vollzeit über Teilzeit bis Minijob werden empfohlen. Auch bei niedriger Stundenzahl sollten PGB* an Team-Sitzungen teilnehmen können.

Zusammenarbeit

E21 – Integration in Behandlungsteams: Die meisten Befragten befürworten die Integration von PGB* in Behandlungsteams.

E22-Klarheit der Rolle: Die Rolle der PGB sollte gemeinsam und klar verstanden und definiert werden. Es braucht Zeit, damit sich die PGB etablieren kann. Für diesen Prozess müssen allen Beteiligten ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

E23 – Wertschätzung im Team: Eine offene Teamkultur, in der das Erfahrungsexpertise der PGB* wertgeschätzt wird, ist unabdingbar für eine gelingende Zusammenarbeit.

E24 – Reflexion Vorurteile: 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.

E25-Kritikkultur: 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.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

E26-Selbstfürsorge: Die notwendigen Ressourcen für die Selbstfürsorge der PGB* und die MA der anderen Berufsgruppen sollten zur Verfügung gestellt werden.

E27 – Einholung Expertise: Die Expertise der PGB*sollte von den anderen Team-Mitgliedern aktiv eingeholt und gleichwertig zur Expertise anderer MA gewertet werden.

Mitbestimmung

E28 – Mitbestimmung bei Behandlungsentscheidungen: PGB* sollten an gemeinsamen Behandlungsentscheidungen beteiligt werden.

E29 – Betriebliche Mitbestimmung: PGB* sollten gleichberechtigt bei der betrieblichen Mitbestimmung mitwirken können.

Supervision und Austausch

E30-Supervision: Regelmäßige und spezifisch auf die PGB* ausgerichtete Supervision als Teil der Arbeitszeit ist einzurichten. Die Teilnahme von PGB* an Team-Supervisionen soll ebenfalls regelmäßig und in der Arbeitszeit stattfinden können. PGB* sollten Peer-spezifische Supervisionen (nur PGB* als TN, wenn möglich mit Peer-Leitung) erhalten.

E31 – Intervision und Institutionsübergreifender Austausch: Intervisionen unter PGB* sind wichtig. Eine Institutionsübergreifende Intervision ist ratsam, wenn es zu wenig PGB* in einer Einrichtung gibt, bspw. über Online-Formate. Der Institutionsübergreifende Austausch zur Vernetzung der PGB* untereinander wird angeraten. Förderkonzepte dafür müssen partizipativ entwickelt werden, damit Intervision, Austausch und diese Vernetzung ermöglicht werden können.

E32 – Berufsständische Organisation: Die Gründung einer berufsständischen Organisation ist zu empfehlen.

Weiterbildung und Karriere

E33 – Teilnahme an Fortbildungen: PGB* sollten an berufsgruppenübergreifenden Fortbildungen teilnehmen können. Es sollten Fortbildungen zum Thema PGB*angeboten werden. Für PGB* sollten Fortbildungen zur Weiterentwickelung der Peer-Rolle angeboten werden. PGB* sollten Fortbildungen eigenständig oder gemeinsam mit anderen MA umsetzen können.

E34 – Berufliche Weiterentwicklung: Für PGB* müssen (neue) Wege zur beruflichen Weiterentwicklung und Entwicklung der eigenen Karriere gefunden werden.

E35 – PGB als Leitungspersonen (Senior-Peers):* Auch PGB* sollten für Leitungspositionen berücksichtigt werden. Es sollten Stellen für Senior-Peers als Ansprechpartner*innen, Führungskräfte oder zur Koordination geschaffen werden.

Stärkung der PGB

E36 – Mindestzahl PGB:* Pro Behandlungsteam sollten mindestens zwei PGB* eingestellt werden. Geeignete PPP-RL Messgrößen müssen hierfür geprüft werden.

E37 – Eigenständigkeit der PGB-Arbeit: PGB* sollten nicht mehr als andere MA auch in der eigenständigen Umsetzung ihrer Tätigkeiten von anderen MA abhängig sein.

E38 – Peer-geleitete Behandlungs- und Versorgungsangebote: V-Peer-geleitet Angebote: Peer-geleitete Behandlungs- und Versorgungsangebote sollten im Rahmen des SGB V entwickelt und finanziert werden.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

E39 – Gefahren der Vereinnahmung und Maßnahmen zum Erhalte des Spezifischen: Maßnahmen zum Erhalt des Spezifischen der PGB werden empfohlen, bspw. Intervision, Vernetzung, Supervision oder Fortbildungen.

E40 – Maßnahmen zur Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit: Maßnahmen zur Bekanntmachung von PGB* innerhalb und außerhalb der psychiatrischen Institutionen sollten erfolgen.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Veröffentlichte Originalarbeiten:

- 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. Implementing peer support work in mental health care in Germany: the methodological framework of the collaborative, participatory, mixed-methods study (ImpPeer-Psy5). Health Expectations 2023; 27; e:13938; https://doi.org/10.111/hex.12938
- Ruiz-Pérez G, Küsel M, von Peter S. Berufsbild und Finanzierung der Peer- und Genesungsbegleitung in der krankenkassenfinanzierten Versorgung in Deutschland – Status Quo und Möglichkeiten. Angenommen bei: Gesundheitswesen
- Ruiz-Pérez G, Küsel M, von Peter S (2025) Changes in attitudes of mental health care staff surrounding the implementation of peer support work: A qualitative study. PLoS ONE 20(4): e0319830. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319830
- Ruiz-Pérez, G., von Peter, S. Attitudes of Peer Support Workers towards the Medical Model: A Qualitative Study from the Viewpoints of Peer Support Workers and Mental Health Staff. *Community Ment Health J* (2025). https://doi.org/10.1007/s10597-025-01454-z
- Schmidt D, Heuer I, Küsel M, Ruiz-Pérez G, von Peter S. Übersehene Professionalität – persönliche Gelingensfaktoren für die Peer- und Genesungsbegleitung aus eigener Sicht und der Sicht anderer Mitarbeiter*innen und das SGB V-Setting. Angenommen bei: Nervenarzt
- von Peter S, Küsel M, Ziegenhagen J, Fehler G, Schmidt D, Ruiz-Pérez G. „Change Agents“ oder „Peer Washing“: inwiefern können Peer- und Genesungsbegleiter*innen zur Veränderung von psychiatrischen Einrichtungen beitragen? Angenommen bei: Psychiatrische Praxis

Originalarbeiten im Review-Verfahren:

- Ruiz-Pérez G. Disability Model as Attitude: Conceptual framework and the challenge of Peer Support Work in Mental Health. Im Review bei: Journal of Medicine & Philosophy
- von Peter S, Ziegenhagen J, Schmidt D, Krämer U M, Ruiz-Pérez G. Who knows what? On the differentiation of qualitative code formation in the collaborative project ImpPeer-Psy5. Eingereicht bei: Research Engagement and Involvement.

Originalarbeiten in Vorbereitung:

- Fehler G. Vom Wir-Wissen zum Wir-Werden – Bedingungen und Möglichkeiten gelingender Implementierung von Peer- und Genesungsbegleitung im SGB-V-Bereich. Einreichung geplant bei: Sozialpsychiatrischen Informationen
- Krämer U, von Peter S. Die Rolle des Wir-Wissens zur Qualifizierung von Peer- und Genesungsbegleiter*innen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- Nugent, L., Heuer, I., Mahlke, C. „The Implementation of Mental Health Peer Support in Germany – A Survey of Peer Support Workers, Service Users and Mental Health Professionals."
- Nugent, L., Heuer, I., Danger, O., Schmidt, D., Bolte, A., Schmidt, A., Vedernikov, N., Mahlke, C. Models of Peer Support – The Implementation of Mental Health Peer Support in Europe – A Systematic Review
- Nugent, L., Heuer, I., Mahlke, C. Implementation Mental Health Peer Support in Germany – A Theory of Change Map
- Ruiz-Pérez, G. (2025). *El modelo biomédico en Psiquiatría. El papel del apoyo entre iguales*. In: Humanidad en vilo ¿animales? ¿máquinas? ¿dioses?. Ed. Domingo Moratalla, T., Expósito Ropero, N. Editorial Dykinson.

Geplante Originalarbeiten

- Schmidt D. Brückenbau der Peer- und Genesungsbegleitung: Architekt oder Tagelöhner? Eine metaphernanalytische Untersuchung sprachlicher Konstruktionen von Mitarbeitenden psychiatrischer Einrichtungen. Einreichung geplant bei: Forum Qualitative Sozialforschung.
- Fehler G. Therapeutische Distanz versus professionelle Nähe – welche Rolle kann persönliche Krisen-, Krankheits-, und Behandlungserfahrungen von Profis im klinischen Alltag der Psychiatrie spielen? Noch kein Journal avisiert.
- Nugent, L., Heuer, I., Mahlke, C. „Was wollen Peers?" - Arbeitszufriedenheit von Peer-/ Genesungsbegleiter:innen
- Nugent, L., Heuer, I., Mahlke, C. Peer- und Genesungsbegleitung im SGB5 - ein Implementierungsleitfaden.

Andere Arbeiten:

- Peers in die Praxis – Erfahrungen und Empfehlungen zur Implementierung von Genesungsbegleitung in der psychiatrischen Versorgung. In der Erstellung
- Kartographie; Piloterhebung erfolgt.
- 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: Freigabe von allen Referent*innen steht noch aus

Erfolgte Kongressbeiträge:

- *Nugent, L., Krämer, U.,* Mahlke, C., Heuer I, von Peter S, Krämer U M, Fehler G, Ruiz-Pérez G, Schmidt D, Ziegenhagen J, Küsel M, Ackers S *(2022).* ImpPeer-Psy5- Die Implementierung von Peer- und Genesungsbegleitung in der psychiatrischen Versorgung - Design und erste Ergebnisse aus einer bundesweiten, partizipativ-kollaborativen Studie. DGPPN. Berlin.
- Nugent, L., Heuer, I., Mahlke, C., von Peter S, Krämer U M, Fehler G, Ruiz-Pérez G, Schmidt D, Ziegenhagen J, Küsel M, Ackers S (2023). ImpPeer Psych-5 – Reflexion eines kollaborativen Forschungsteams an zwei Standorten zum gemeinsamen Arbeitsprozess. DGPPN. Berlin.
- Mahlke, C., Nugent L, Heuer I, von Peter S, Krämer U M, Fehler G, Ruiz-Pérez G, Schmidt D, Ziegenhagen J, Küsel M, Ackers S (2023) Implementierung von Peer Support in der

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

psychiatrischen Versorgung im SGB 5 (ImpPeer-Psy5) - Design und erste Ergebnisse aus einer bundesweiten, partizipativ kollaborativen Studie. 27. Sozialpsychiatrie-Treffen. Weimar -

- Heuer, I., Mahlke, C., Nugent L, von Peter S, Krämer U M, Fehler G, Ruiz-Pérez G, Schmidt D, Ziegenhagen J, Küsel M, Ackers S (2022)Partizipation leben?! TEB-Symposium vom Zentrum für Gesundheitswirtschaft. Lüneburg.-
- Heuer, I., Mahlke, C., Nugent L, von Peter S, Krämer U M, Fehler G, Ruiz-Pérez G, Schmidt D, Ziegenhagen J, Küsel M, Ackers S (2023)Implementierung von Peer-/ Genesungsbegleitung in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland (ImpPeer) - Design und erste Ergebnisse aus einer bundesweiten, partizipativ kollaborativen Studie. Mitgliederversammlung der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. Mönchengladbach.
- Heuer, I., Mahlke, C., Nugent L, von Peter S, Krämer U M, Fehler G, Ruiz-Pérez G, Schmidt D, Ziegenhagen J, Küsel M, Ackers S (2024). Peers als Kolleg:innen in der sozialpsychiatrischen Versorgung. DGS-Tagung. Hildesheim.
- Die Implementierung von Peer- und Genesungsbegleitung in der psychiatrischen Versorgung –Design der bundesweiten, partizipativ-kollaborativen Studie ImpPeerPsy5 . Sebastian von Peter, Ute Krämer, Daniela Schmidt, Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 25.09. bis 27.09.2024 in Potsdam

10. Literaturverzeichnis

Åkerblom, K. B., & Ness, O. (2023). *Peer Workers in Co-Production and Co-Creation in Mental Health and Substance Use Services: A Scoping Review. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*.

Aretz, T., & Jungbauer, J. (2019). Wie bewerten Führungskräfte den Einsatz von psychiatrieerfahrenen Genesungsbegleitern?: Ergebnisse einer explorativen Interviewstudie. *Psychiatrische Praxis*, *46*(08), 432–438. https://doi.org/10.1055/a-1004-7093

Association of Mental Health Providers (2019). Making it real. For personalisation in mental health.

Berry, C., Hayward, M. I., & Chandler, R. (2011). Another rather than other: experiences of peer support specialist workers and their managers working in mental health services. *Journal of Public Mental Health*, *10*(4), 238–249. https://doi.org/10.1108/17465721111188269

Bredthauer, R. (2017). *Erfahrungen von Genesungsbegleitern - PDF Kostenfreier Download (docplayer.org)*.

Burke, E. M. (2017). *Providing formal mental health peer support: what does that mean for peer supporters?*

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*, *49*(2), 283–297. https://doi.org/10.1007/s10488-021-01162-2

Campos, F., Sousa, A., Rodrigues, V., Marques, A., Queirós, C., & Dores, A. (2016). Directrices prácticas para programas de apoyo entre personas con enfermedad mental. Revista de psiquiatria y salud mental, 9(2), 97–110. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.06.002

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Clay, S. (2005). *On Our Own, Together: Peer Programs for People with Mental Illness*. Vanderbilt University Press.

Christie, L. (2016, May 27). Peer support roles in mental health services. Iriss. https://www.iriss.org.uk/resources/insights/peer-support-roles-mental-health-services

Cramer, M., Hiller S., Noltkämper, W., Reisch, L., Wagner, E. (2015). EX-IN im Bezirk Oberbayern. Endbericht zum Modellprojekt.

Creswell, J. W., & Clark, P. (2017). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE Publications.

Debyser, B., Berben, K., Beeckman, D., Deproost, E., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2019). The transition from patient to mental health peer worker: A grounded theory approach.

International Journal of Mental Health Nursing,

28(2), 560–571. https://doi.org/10.1111/inm.12561

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (2018). Stellungnahme Peer Involvement. https://www.netzg-rlp.de/fileadmin/downloads/lvpe_-_Downloads_Denkanstoesse_SN_Peer_Involvement_2018.pdf

Dyble, G., Tickle, A., & Collinson, C. (2014). From end user to provider: making sense of becoming a peer support worker using interpretative phenomenological analysis. Journal of Public Mental Health, 13(2), 83–92. https://doi.org/10.1108/jpmh-03-2013-0016

Eid, M., Gollwitzer, M., & Schmitt, M. (2017). Statistik und Forschungsmethoden. Basel: Beltz Verlag.

Empowering Peers. (2020, November 12). Mental Health Translation Reseach Network Hamburg. https://www.mentalhealth-hamburg.com/empowering-peers/

Gardien, E., & Laval, C. (2019). The institutionalisation of peer support in France: Development of a social role and roll out of public policies. *Alter*, *13*(2), 69–82. https://doi.org/10.1016/j.alter.2018.09.002

Gates, L. B., Mandiberg, J. M., & Akabas, S. H. (2010). Building capacity in social service agencies to employ peer providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *34*(2), 145–152. https://doi.org/10.2975/34.2.2010.145.152

Gillard, S., Borschmann, R., Turner, K., Goodrich-Purnell, N., Lovell, K., & Chambers, M. (2012). Producing different analytical narratives, coproducing integrated analytical narrative: a qualitative study of UK detained mental health patient experience involving service user researchers. *International Journal of Social Research Methodology*, *15*(3), 239–254. https://doi.org/10.1080/13645579.2011.572673

Gillard, S., Gibson, S., Holley, J., & Lucock, M. (2015a). Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: a qualitative research study. *Epidemiology And Psychiatric Sciences*.

Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., Rinaldi, M., & Stamou, E. (2015b). Introducing new peer worker roles into mental health services in England: Comparative case study research across a range of organisational contexts. *Administration and Policy in Mental Health*, *42*(6), 682–694. https://doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z

Gillard, S. (2015). Introducing peer workers into mental health services: An organisational toolkit. *Comparative Study*, *42*, 1-25.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Gillard, S., Foster, R., Gibson, S., Goldsmith, L., Marks, J., & White, S. (2017). Describing a principles-based approach to developing and evaluating peer worker roles as peer support moves into mainstream mental health services. Mental Health and Social Inclusion, 21(3), 133–143. https://doi.org/10.1108/mhsi-03-2017-0016

Griffiths, C. A., & Hancock-Johnson, E. (2017). The experiences of paid formal lived experience workers within a secure mental health service. The Journal of Mental Health Training Education and Practice, 12(5), 313–322. https://doi.org/10.1108/jmhtep-09-2016-0046

Hamilton, A. B., Chinman, M., Cohen, A. N., Oberman, R. S., & Young, A. S. (2015). Implementation of consumer providers into mental health intensive case management teams. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, *42*(1), 100–108. https://doi.org/10.1007/s11414-013-9365-8

Hiller, S., & Cramer, M. (2015). Genesungsbegleitung (EX-IN) in Bayern: Ein Zwischenbericht. Nervenheilkunde, 34(04), 268–270. https://doi.org/10.1055/s-0038-1627584

Høgh Egmose, C., Heinsvig Poulsen, C., Hjorthøj, C., Skriver Mundy, S., Hellström, L., Nørgaard Nielsen, M., Korsbek, L., Serup Rasmussen, K., & Falgaard Eplov, L. (2023). The effectiveness of peer support in personal and clinical recovery: Systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *74*(8), 847–858. https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100138

Hurley, J., Cashin, A., Mills, J., Hutchinson, M., Kozlowski, D., & Graham, I. (2018). Qualitative study of peer workers within the 'Partners in Recovery' programme in regional Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(1), 187–195. https://doi.org/10.1111/inm.12308

Inclusion Barnet (2018). Peer Support in Practice.

A Research Report with Recommendations for Practice. https://www.drilluk.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/Peer-Support-in-Practice-Final-Inclusion-Barnet-2018.pdf

Irwin, S. (2017). Why I chose to leave mainstream psychiatric services: a peer supporter's personal perspective. Mental Health and Social Inclusion, 21(3), 153–160. https://doi.org/10.1108/mhsi-03-2017-0012

JBI. (n.d.). Critical appraisal tools. JBI. https://jbi.global/critical-appraisal-tools

Jody, S. A. Q., Henry, S. J., & Hall, C. (2014). Evaluating the selection, training, and support of peer support workers in the United Kingdom. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *52*(1), 31–40. https://doi.org/10.3928/02793695-20131126-03

Jossen, J. (2014). *Die Weiterbildung Experienced Involvement: Eine gute Sache!* [Berner Fachhochschule]. https://exinpeererfahrung.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/11/jossen-jasmin-diplomarbeit.pdf

Kent, M. (2019). Developing a strategy to embed peer support into mental health systems. *Administration and Policy in Mental Health*, *46*(3), 271–276. https://doi.org/10.1007/s10488-018-0912-8

Kieser, L., & Kieser, C. (2015). Genesungsbegleiter in der psychiatrischen Versorgung. PiD - Psychotherapie im Dialog, 16(03), 81–84. https://doi.org/10.1055/s-0041-102242

Lawton-Smith, S. (2013). Peer support in mental health: where are we today? The Journal of Mental Health Training Education and Practice, 8(3), 152–158. https://doi.org/10.1108/jmhtep-03-2013-0009

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Levene, H. (1960). Robust tests for equality of variances. In I. Olkin (Ed.), Contributions to probability and statistics (pp. 278-292). Stanford, CA: Stanford University Press.

Link, A., & Scharf, Y. (n.d.). *DBT Peer Coaching*. Dachverband-dbt.de. Retrieved June 28, 2024, from https://dachverband-dbt.de/dbt_peer_coaching

Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S., & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, *14*(1). https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-39

Lyons, N., Cooper, C., & Lloyd-Evans, B. (2021). A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. *BMC Psychiatry*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-021-03321-z

Mahlke, C. I., Priebe, S., Heumann, K., Daubmann, A., Wegscheider, K., & Bock, T. (2017). Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *42*, 103–110. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.12.007

Mayring, P. (1991). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. v. Kardoff, H. Keupp, L. v. Rosenstiel, & S. Wolff (Eds.), Handbuch qualitative Forschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen (pp. 209-213). München: Beltz - Psychologie Verl. Union. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-37278

Mental Health Foundation (2013). Peer Support in Long Term Conditions: The Basics.https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/2022-09/MHF-peer-support-the-basics.pdf

Mey, G., & Mruck, K. (Eds.). (2011). *Grounded theory reader* (2nd ed.). Vs Verlag Fur Sozialwissenschaften.

Milton, A., Lloyd-Evans, B., Fullarton, K., Morant, N., Paterson, B., Hindle, D., Kelly, K., Mason, O., Lambert, M., & Johnson, S. (2017). Development of a peer-supported, self-management intervention for people following mental health crisis. BMC Research Notes, 10(1). https://doi.org/10.1186/s13104-017-2900-6

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & for the PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ, 339(jul21 1), b2535–b2535. https://doi.org/10.1136/bmj.b2535

Moran, G., & Russinova, Z. (2013). doi Challenges Experienced by Paid Peer Providers in Mental Health Recovery: A Qualitative Study | Community Mental Health Journal. *Community Mental Health Journal*.

Mutschler, C., Bellamy, C., Davidson, L., Lichtenstein, S., & Kidd, S. (2022). Implementation of peer support in mental health services: A systematic review of the literature. *Psychological Services*, *19*(2), 360–374. https://doi.org/10.1037/ser0000531

Otte, I., Werning, A., Nossek, A., Vollmann, J., Juckel, G., & Gather, J. (2020). Challenges faced by peer support workers during the integration into hospital-based mental health-care teams: Results from a qualitative interview study. The International Journal of Social Psychiatry, 66(3), 263–269. https://doi.org/10.1177/0020764020904764

Patton, M. Q. (2023). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Prac-tice*. SAGE Publications.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Penney, D., & Prescott, L. (2016). The co-optation of survivor knowledge: the danger of substituted values and voice. In A. R. Sweeney (Ed.), *Searching for a Rose Garden: Challenging Psychiatry, Fostering Mad Studies*.

Penney, D., & Stastny, P. (2019). Peer Specialists in the Mental Health Workforce: A Critical Reas-sessment. *Mad in America*.

Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., Britten, N., Roen, K., & Duffy, S. (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC Methods Programme. Lancaster University.

Proctor, K., Wood, R., & Newman-Taylor, K. (2019). Welcoming peer workers in NHS settings: facilitating readiness with an Early Intervention in Psychosis team. *Mental Health and Social Inclusion*, *23*(1), 30–35. https://doi.org/10.1108/mhsi-08-2018-0028

Ratcliffe, J. F. (1968). The effect on the t distribution of non-normality in the sampled population. Journal of the Royal Statistical Society: Series C (Applied Statistics), 17(1), 42-48.

Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R., Rennison, J. (2013a). *7. Peer Support Workers: a practical guide to implementation*. Imroc.org. https://imroc.org/wp-content/uploads/2022/04/7-Peer-Support-Workers-a-practical-guide-to-implementation.pdf

Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R., Rennison, J. (2013b). 5. Peer Support Workers: Theory and Practice. Imroc.org. https://imroc.org/resource/5-peer-support-workers-theory-and-practice/

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

Sanchez-Moscona, C., & Eiroa-Orosa, F. J. (2021). Training mental health peer support training facilitators: a qualitative, participatory evaluation. International Journal of Mental Health Nursing, 30(1), 261–273. https://doi.org/10.1111/inm.12781

Shapiro, S. S., & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). Biometrika, 52(3-4), 591-611. https://doi.org/10.2307/2333709

Side by Side Research Consortium (2017) Developing peer support in the community: a toolkit. London: Mind.

Silva, D., Breuer, M. J., & Lee, E. (2014). Theory of Change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials*, *15*.

Simpson, A., & Oster, C. (2018). Liminality in the occupational identity of mental health peer support workers: A qualitative study - Simpson - 2018. *International Journal of Mental Health Nursing*.

Simpson, A., Quigley, J., Henry, S. J., & Hall, C. (2014). Evaluating the selection, training, and support of peer support workers in the United Kingdom. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *52*(1), 31–40. https://doi.org/10.3928/02793695-20131126-03

Simpson, Alan, Oster, C., & Muir-Cochrane, E. (2018). Liminality in the occupational identity of mental health peer support workers: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(2), 662–671. https://doi.org/10.1111/inm.12351

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Skipper, L., & Page, K. (2015). Our recovery journey: two stories of change within Norfolk and Suffolk NHS Foundation Trust. Mental Health and Social Inclusion, 19(1), 38–44. https://doi.org/10.1108/mhsi-12-2014-0040

Smit, D., Miguel, C., Vrijsen, J. N., Groeneweg, B., Spijker, J., & Cuijpers, P. (2023). The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *53*(11), 5332–5341. https://doi.org/10.1017/s0033291722002422

Stamou, E. (2014). Reclaiming user leadership in peer support practice. The Journal of Mental Health Training Education and Practice, 9(3), 167–176. https://doi.org/10.1108/jmhtep-02-2014-0003

Stone, N., Warren, F., & Napier, C. (2010). Peer support workers' experience of an intentional peer support scheme on an acute psychiatric ward. Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice, 7(1), 93–102. https://doi.org/10.5920/mhldrp.2010.7193

Sweeney, A., Greenwood, K. E., Williams, S., Wykes, T., & Rose, D. S. (2013). Hearing the voices of service user researchers in collaborative qualitative data analysis: the case for multiple coding. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, *16*(4). https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00810.x

Taylor, L. (2020). *Exploring the experiences of mental health peer support workers: inter-actions with colleagues and managing wellbeing*.

UPSIDES. (n.d.). Upsides.org. Retrieved September 25, 2023, from https://www.upsides.org/.

Utschakowski, J. (2015). Mit Peers Arbeiten: Leitfaden Für Die Beschäftigung von Experten Aus Erfahrung. *Imprint BALANCE Buch + Medien Verlag*.

Utschakowski, J. (2013). EX-IN Projekte. In Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß, Andreas Heinz (Hrsg.), Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe (s. 226-231). Psychiatrie Verlag, Köln.

Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Deproost, E., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2018). Constructing a positive identity: A qualitative study of the driving forces of peer workers in mental health-care systems. International Journal of Mental Health Nursing, 27(1), 378–389. https://doi.org/10.1111/inm.12332

Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *60*, 234–250. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.018

van Erp, N. H. J., Hendriksen-Favier, A. I., & Boer, M. (2010). Training and employment of consumer provider employees in Dutch mental health care. Psychiatric Rehabilitation Journal, 34(1), 65–67. https://doi.org/10.2975/34.1.2010.65.67

Walker, G., & Bryant, W. (2013). Peer support in adult mental health services: A metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *36*(1), 28–34. https://doi.org/10.1037/h0094744

Wallcraft, J., Schrank, B., & Amering, M. (2009). *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research*. John Wiley & Sons.

Watson, E. (2014). A day in the life of a Peer Support Worker: training day. Mental Health and Social Inclusion, 18(3), 116–119. https://doi.org/10.1108/mhsi-06-2014-0018

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Watson, E. (2015a). A day in the life of a peer support worker: beginnings. Mental Health and Social Inclusion, 19(4), 169–173. https://doi.org/10.1108/mhsi-08-2015-0031

Watson, E. (2015b). A day in the life of a peer support worker: the ward reviews. Mental Health and Social Inclusion, 19(2), 68–72. https://doi.org/10.1108/mhsi-02-2015-0004

Watson, E. (2016). A day in the life of a peer support worker: re-entry. Mental Health and Social Inclusion, 20(3), 149–152. https://doi.org/10.1108/mhsi-05-2016-0014

White, H., Price, L., & Barker, T. (2017). Exploring the impact of peer support in early intervention in psychosis. Mental Health and Social Inclusion, 21(2), 102–109. https://doi.org/10.1108/mhsi-12-2016-0036

White, S., Foster, R., Marks, J., Morshead, R., Goldsmith, L., Barlow, S., Sin, J., & Gillard, S. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-020-02923-3

Whitmore, C. M. (2017). Just a peer finding my way in a crisis house. Mental Health and Social Inclusion, 21(3), 191–194. https://doi.org/10.1108/mhsi-03-2017-0009

Zeng, G., Chung, D., & McNamara, B. (2020). Organisational contexts and practice developments in mental health peer provision in Western Australia. *Journal of Health Organization and Management*, *34*(5), 569–585. https://doi.org/10.1108/jhom-09-2019-0281

(N.d.). Isl-ev.de. Retrieved September 25, 2023, from https://www.isl-ev.de/index.php/themen/peer-counseling

11. Anhang

Anhang 1: Leitfäden QUAL1

Anhang 2: Soziodemographie QUAL1+2

Anhang 3: Suchstrategie REV **(gesperrt bis 30.06.2025)**

Anhang 4: Ergebnistabelle REV **(gesperrt bis 30.06.2025)**

Anhang 5: Fragebogen QUAN

Anhang 6: Soziodemographie QUAN

Anhang 7: ToC Map **(gesperrt bis 30.06.2025)**

Anhang 8: Soziodemographie ToC

Anhang 9: Inputs/ Leitfäden und Code-Systeme QUAL2

Anhang 10: Kartographie

Anhang 11: Code-System QUAL1

Anlage 12: Ergebnistabelle QUAN **(gesperrt bis 30.06.2025)**

12. Anlagen

Nicht zutreffend.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anhang 1: Leitfäden QUAL1

<u>Entwurf Leitfaden für Interviews mit „Nutzenden“</u> **Abkürzungen: PB steht für Peerbegleitung PB* steht für Peerbegleiter*innen** **Diskutieren: ev. PB* durch Peer-Arbeit oder Genesungsbegleitung ersetzen**			
Thema	**Erste Frage**	**Konkretisierende Fragen**	**Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen**
Begegnungserfahrung	Was sind Ihre Erfahrungen mit PB?	Wie sind Sie mit der PB in Kontakt gekommen? Können Sie sich erinnern, wann das war? Welche Vorerfahrungen hatten Sie mit PB? Welche Art von Kontakt haben Sie mit PB*? Was hat Ihnen dabei gefallen, was fanden Sie weniger gut? (Wie unterscheidet sich der Kontakt zu den PB* gegenüber dem zu anderen Mitarbeiter*innen?) Was ist das Besondere an der Peerarbeit (auch im Vergleich zu dem, was sonst passiert)? Konnten Sie als Nutzende mitbestimmen, was die PB* mit Ihnen gemacht haben? Wie viel Zeit haben die PB* für Sie? Was hat geholfen oder unterstützt?	**An welcher Stelle in Ihrem Behandlungsverlauf/ auf welche Weise wurde das deutlich?** **In welcher Situation wurde das für Sie deutlich?** **Wie erleben Sie das?** Können Sie dazu noch mehr erzählen? Und dann? Wie war das für Sie? Wie sehen Sie das? Können Sie darauf bitte näher eingehen? Könnten Sie dazu bitte ein Beispiel nennen? Könnten Sie das konkretisieren? Wodurch ist das eingetreten? Erzählen Sie doch einmal, wie das war?
Fähigkeiten/ Erfahrungen/ Aufgaben	Was wünschen Sie sich von der PB?	Was haben Sie und die PB* zusammen gemacht? Was davon war hilfreich, was nicht? Welche Aufgaben sollten PB* Ihrer Meinung nach ausüben? Welche nicht? Waren PB* speziell für Sie zuständig, beispielsweise in Visiten oder anderen Treffen? Die PB* arbeiten auf der Grundlage von eigenen Krisen- und Genesungserfahrungen. Wie haben sie diese Erfahrungen in die Arbeit mit Ihnen eingebracht? Haben auch andere Mitarbeitende eigene Krisenerfahrungen eingebracht? Welche Fähigkeiten finden Sie für PB* wichtig?	

		Viele der PB* haben vor ihrer Arbeit eine Ausbildung für die PB durchlaufen. Was wissen Sie darüber? Inwiefern haben die PB* mit Ihnen darüber gesprochen, was in die Dokumentation hineinkommt?	
Beobachtung von Zusammenarbeit und Rollengestaltung	Im Folgenden möchten wir uns nach Ihren Beobachtungen erkundigen. Es geht darum, herauszufinden, wie sie die Zusammenarbeit von PB* und anderen Mitarbeitenden erlebt haben oder erleben.	In welchen Bereichen arbeiten die PB*? Ggf. in welchen Teams? In welchen sollten sie es? Welche Aufgaben werden ausschließlich von PB* ausgeführt? Wird mit den PB* innerhalb des Teams anders umgegangen als mit den anderen Mitarbeitenden? Inwiefern wurden Vorschläge der PB* während Ihres Aufenthaltes gehört und diskutiert? Wie haben Sie es erlebt: Wie wird mit Meinungsverschiedenheiten und Konflikten zwischen Peers und anderen Mitarbeitenden umgegangen? Welche Chancen sehen Sie im Einsatz von PB*? Welche Probleme und Risiken? Ist es durch die PB in der Einrichtung zu Veränderungen gekommen?	
Jokerfrage Besonderheit von Peers		Was denken Sie, was wollen PB* durch ihre Arbeit erreichen? Können Sie sich vorstellen, als PB* zu arbeiten? Haben Sie von den PB* Unterstützung in für Sie belastenden und sich zuspitzenden Situationen erlebt? Wie wurden Sie konkret unterstützt?	

Entwurf 1 Leitfaden für Interviews mit zukünftigen „Peerbegleiter*innen“ **Abkürzungen: PB steht für Peerbegleitung PB* steht für Peerbegleiter*innen**			
Thema	**Erste Frage**	**Konkretisierende Fragen**	**Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen**
Erwartungen an die Zukunft	Welche Hoffnungen und Erwartungen haben Sie in Bezug auf Ihre zukünftige Arbeit?	Was wollen Sie durch ihre Arbeit erreichen? Welche Rolle(n) wollen Sie einnehmen? Was erwarten Sie von den anderen Mitarbeitenden? Wie kann aus Ihrer Sicht eine gute/konstruktive Zusammenarbeit gelingen? Was könnte aus Ihrer Sicht einer solchen Zusammenarbeit im Weg stehen? Was bräuchte es von Ihnen, von den anderen Mitarbeitenden und von der Leitungsebene?	**An welcher Stelle in Ihrem Behandlungsverlauf/ auf welche Weise wurde das deutlich?** **In welcher Situation wurde das für Sie deutlich?** **Wie erleben Sie das?** Können Sie dazu noch mehr erzählen? Und dann? Wie war das für Sie? Wie sehen Sie das? Können Sie darauf bitte näher eingehen? Könnten Sie dazu bitte ein Beispiel nennen? Könnten Sie das konkretisieren? Wodurch ist das eingetreten? Erzählen Sie doch einmal, wie das war?
Rollengestaltung	In welcher Rolle sehen Sie sich zukünftig?	Welches Rollenbild von PB haben sie im Laufe Ihrer Ausbildung entwickelt? Worin sehen Sie das Besondere der Rollen der PB*? Mit welchen Erwartungen an Ihre Rolle werden Sie während Ihrer Arbeit konfrontiert werden?	
Aufgabenverteilung	Welche Aufgaben sollten PB* übernehmen, und welche nicht?	Welche Aufgaben möchten Sie gerne übernehmen? Welche Aufgaben sind geeignet für PB*?	
Arbeitsbedingungen	Welche Bedingungen stellen Sie an Ihre zukünftige Arbeit?	Wie müssten Ihre Arbeitsbedingungen gestaltet sein, damit Sie optimal arbeiten können? Wie sieht Ihr idealer Arbeitsplatz aus? Welche Erwartung haben Sie an die Vergütung Ihrer zukünftigen Arbeit (bspw. Entgeltgruppe, Anstellung, andere Vertragsformen, Netto-Gehalt?) Welche Erwartungen haben Sie an die Institution im Hinblick auf ihre Beteiligung und Mitbestimmung? Benötigen oder wünschen Sie Maßnahmen der Barrierefreiheit oder angemessene Vorkehrungen durch Ihren zukünftigen Arbeitgeber? Wenn ja, welche?	

Aus- und Vorbildung	Inwiefern fühlen sie sich auf die Tätigkeit als PB* gut vorbereitet?	Was hat ihnen dazu verholfen? Was fehlt Ihnen? Was bräuchten Sie?	
Erfahrungen Praktika	Ggf. welche Erfahrungen haben Sie in Praktika gemacht?	Was haben Sie an Aufgaben übernommen? Wie haben Sie die Zusammenarbeit erlebt? Welche Vorstellungen haben Sie von den Anforderungen an PB* entwickeln können?	
Auswirkung auf die Person	Ggf. wie hat sich die Ausbildung auf Sie persönlich ausgewirkt?	Inwiefern haben Sie sich durch die Ausbildung verändert?	
Nächste Schritte	Wie geht es für Sie nun weiter?	In welchem Bereich wollen Sie arbeiten? Wo finden Sie Stellenausschreibungen für PB*? Nach welchen Kriterien treffen Sie eine Auswahl?	

<u>Entwurf 2 Leitfaden für Interviews mit ehemaligen „Peerbegleiter*innen“</u> Abkürzungen: PB steht für Peerbegleitung PB* steht für Peerbegleiter*innen			
Thema	**Erste Frage**	**Konkretisierende Fragen**	**Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen**
Aktueller Stand	Wie kommt es, dass Sie Ihre Tätigkeit als PB* nicht mehr ausüben?	Wie lange haben Sie wo als PB* gearbeitet? Was wollten Sie durch ihre Arbeit erreichen? Mit welchen Gefühlen blicken Sie auf Ihre Zeit als PB* zurück?	**An welcher Stelle in Ihrem Behandlungsverlauf/ auf welche Weise wurde das deutlich?** **In welcher Situation wurde das für Sie deutlich?** **Wie erleben Sie das?** Können Sie dazu noch mehr erzählen? Und dann? Wie war das für Sie?
Tätigkeit	Konnten Sie PB nach Ihren Vorstellungen umsetzen?	Welche Aufgaben haben Sie ausgeübt? Wer hat die Aufgaben festgelegt? Welche Aufgaben durften Sie nicht durchführen? Auf welche Weise konnten Sie Ihr Erfahrungswissen einsetzen? Gab es Missverständnisse in der Rollenaufteilung und wenn ja, wie wurde damit umgegangen?	

Zusammenarbeit	Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit den anderen Mitarbeitenden erlebt?	Was wurde von Ihnen erwartet? Wie wurden diese Erwartungen kommuniziert? Was haben Sie von den anderen Mitarbeitenden erwartet? Wie wurde mit Meinungsverschiedenheiten und Konflikten umgegangen? Wie wurde mit dem Thema Überlastung umgegangen? Mit welcher Haltung wurde Ihnen im Alltag begegnet? Was braucht es, um konstruktiv zusammenzuarbeiten?	Wie sehen Sie das? Können Sie darauf bitte näher eingehen? Könnten Sie dazu bitte ein Beispiel nennen? Könnten Sie das konkretisieren? Wodurch ist das eingetreten? Erzählen Sie doch einmal, wie das war?
Arbeitsbedingungen	Wie waren Ihre Arbeitsbedingungen?	Wie wurden Sie eingearbeitet? Hatten Sie den Eindruck, Ihre Institution/ Ihr Team war auf die Zusammenarbeit mit Ihnen als PB* gut vorbereitet? Welche Möglichkeiten hatten Sie, sich innerhalb der Institution weiterzuentwickeln? Wo innerhalb der Institution haben Sie gearbeitet, wer war Ihnen weisungsbefugt? Hatten Sie Ansprechpartner/ Mentor*innen? Gabe es Möglichkeiten zum Austausch unter PB*? Gabe es eine Supervision Ihrer Arbeit? Welche Möglichkeiten der Mitbestimmung und Beteiligung für PB* gab es in Ihrer Institution? Wie sind Sie vergütet/ eingruppiert worden?	
Abschlussfragen	Was hätte anders sein müssen, damit Sie noch weiter als PB* arbeiten? Was würden Sie selbst rückblickend anders machen? Welche Chancen haben sich durch Ihren Einsatz als PB* für die Institution ergeben? Würden Sie die Tätigkeit als PB* weiterempfehlen? Glauben Sie, dass die PB die Psychiatrie verändern kann? Inwiefern sind aus Ihrer Sicht weitere politische oder gesetzliche Regelungen für PB notwendig?		

Entwurf 3 Leitfäden für Interviews mit „Peerbegleiter*innen“ **Abkürzungen: PB steht für Peerbegleitung PB* steht für Peerbegleiter*innen** **LEITFADEN I - Ausbildung + Kompetenzen/Erfahrungen + Einarbeitung/ Vorbereitung + Mitarbeiterentwicklung/ Weiterbildung**			
Themen	**Offene Einstiegsfrage**	**Konkretisierende Nachfragen**	**Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen**
Ausbildung	An welchen Qualifizierungsmaßnahmen haben Sie in Vorbereitung auf Ihre PB teilgenommen?	Inwieweit bereitet Sie die Ausbildung auf die praktischen Anforderungen Ihrer Arbeit vor? Welche zusätzlichen Qualifikationen und Arbeitserfahrungen bringen Sie mit? Können Sie davon etwas in die PB einbringen? Haben Ihre vorhandenen oder nicht vorhandenen Berufserfahrungen oder Bildungsabschlüsse eine Rolle für Ihre Anstellung gespielt? Wie hat die Qualifizierung Sie auf Ihre Rolle als PB* vorbereitet? Was sollte Bestandteil der Ausbildung sein? Ggf. welche Erfahrung haben sie im Praktikum gemacht?	**An welcher Stelle in Ihrem Behandlungsverlauf/ auf welche Weise wurde das deutlich?** **In welcher Situation wurde das für Sie deutlich?** **Wie erleben Sie das?** Können Sie dazu noch mehr erzählen? Und dann? Wie war das für Sie? Wie sehen Sie das? Können Sie darauf bitte näher eingehen? Könnten Sie dazu bitte ein Beispiel nennen? Könnten Sie das konkretisieren? Wodurch ist das eingetreten? Erzählen Sie doch einmal, wie das war?
Fähigkeiten/ Erfahrungen	Welche Fähigkeiten und Erfahrungen bringen Sie in Ihre Arbeit ein?	Welche Krisen- und Genesungserfahrungen bringen Sie in Ihre Arbeit ein? Und auf welche Weise tun Sie das? Welche anderen bisher erworbenen Fähigkeiten und Lebenserfahrungen nutzen Sie in der PB (z. B. Hobbies, Interessen, soziales Engagement, berufliche Erfahrungen ...)? Im Umgang mit Nutzenden, im Umgang mit anderen Mitarbeitenden? Ggf.: Wird von Ihnen erwartet, dass Sie Ihre zuvor erworbenen beruflichen Kompetenzen mit in die PB einbringen? Was tun Sie, damit es Ihnen im Arbeitsalltag gut geht? Welche Fähigkeiten darüber hinaus wären hilfreich für Ihre	

		Arbeit? Welche Unterstützung oder Fortbildungen bräuchte es dazu?	
Einarbeitung/ Vorbereitung der Einrichtung	Wie wurden Sie eingearbeitet?	Wer hat Ihre Einarbeitung begleitet und wieviel Zeit wurde dafür veranschlagt? Welche Art der Einarbeitung hätten Sie sich gewünscht? Wie wurde die Institution und andere Mitarbeitende auf Sie und die Zusammenarbeit mit Ihnen vorbereitet (bspw. Materialien, Schulungen Infoveranstaltungen)? Waren Sie (oder die anderen PB*) an dieser Vorbereitung beteiligt?	
Mitarbeiterentwicklung/ Weiterbildung	Welche Möglichkeiten haben Sie, sich innerhalb der Institution weiterzuentwickeln?	Welche Maßnahmen zur Mitarbeiterentwicklung der PB* gibt es in dieser Institution? An welchen Fort- und Weiterbildungen können PB* teilnehmen? Nehmen PB* und andere Mitarbeitende an Weiterbildungen speziell zur PB und deren Weiterentwicklung teil? Welche Maßnahmen wären für die Weiterentwicklung und den Erhalt der Peer-Perspektiven und -Ansätze sinnvoll? Welche beruflichen Perspektiven sehen Sie für sich in dieser Institution?	

Entwurf 4 Leitfäden für Interviews mit „Peerbegleiter*innen“ **Abkürzungen: PB steht für Peerbegleitung PB* steht für Peerbegleiter*innen** **LEITFADEN I Ausbildung/ Kompetenzen/ Erfahrungen + Einarbeitung/ Vorbereitung/ Entwicklung + Arbeitsbedingungen + Leitbild und Erwartungen**			
Themen	**Offene Einstiegsfrage**	**Konkretisierende Nachfragen**	**Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen**
Fähigkeiten/ Erfahrungen	Was verstehen Sie unter PB?	Was ist das Besondere an der PB? Welche Fähigkeiten der PB* finden Sie wichtig?	**An welcher Stelle in Ihrem Behandlungsverlauf/ auf welche Weise wurde das**

		Welche Kompetenzen der PB* sind hilfreich für Ihre eigene Arbeit? Sind die PB* durch ihre Ausbildung gut auf die Anforderungen in Ihrer Institution vorbereitet? Gibt es etwas, was den PB* für die praktische Arbeit fehlt?	**deutlich?** **In welcher Situation wurde das für Sie deutlich?** **Wie erleben Sie das?**

Einarbeitung/ Vorbereitung der Einrichtung/ Weiterentwicklung	Wie wurden Sie und Ihre Institution auf die PB vorbereitet?	(Waren die PB* an dieser Vorbereitung beteiligt?) Wie haben diese Maßnahmen Sie auf die das Besondere der PB vorbereitet? Wie kam es zur Entscheidung, eine*n oder mehrerer PB* einzustellen? Welche Erfahrungen gibt es in dieser Einrichtung mit Praktika von PB*? Was ist notwendig, damit Sie gut mit den PBs* zusammenarbeiten können? (Welche Unterstützung oder Fortbildungen bräuchte es dazu?) Gibt es Weiterbildungen speziell zur PB und deren Weiterentwicklung? Wer nimmt daran teil? Können andere Weiter- und Fortbildungen von allen Berufsgruppen besucht werden? Welche Maßnahmen wären förderlich für den Erhalt des Besonderen der PB? Wie werden PB* in dieser Einrichtung eingearbeitet? Welche beruflichen Perspektiven sehen Sie für die PB* in Ihrer Institution? (Wer in der Hierarchie ist zuständig für die berufliche Entwicklung von PB*?) Wie gehen Sie damit um, wenn ehemalige Patient*innen als Peer-Begleiter*innen hier arbeiten?	Können Sie dazu noch mehr erzählen? Und dann? Wie war das für Sie? Wie sehen Sie das? Können Sie darauf bitte näher eingehen? Könnten Sie dazu bitte ein Beispiel nennen? Könnten Sie das konkretisieren? Wodurch ist das eingetreten? Erzählen Sie doch einmal, wie das war?
Arbeitsbedingungen	Im Folgenden geht es uns um die strukturelle Vorortung von PB in der	In welchen Bereichen arbeiten die PB*? Ggf. in welchen Teams?	

	Institution. Wie sehen Sie die Arbeitssituation der PB*?	Wie ist die PB in dieser Einrichtung strukturell verortet? Ermöglicht diese Verortung das Besondere der PB auszuüben? (Haben PB* Leitungs- oder Stabsfunktionen?) Wie ist die Arbeitsplatzgestaltung für PB* (bspw. Zugang zum IT-System, eigener Raum, eigenes Telefon, persönliche E-Mail-Adresse etc.)? Gibt es einen Mentor oder festen Ansprechpartner für PB*? Falls bereits vorgekommen, was hat zu Entlassungen von PB* geführt? (Wie werden PB* vergütet (bspw. Entgeltgruppe, Anstellung, andere Vertragsformen)? Entspricht die Vergütung der PB* ihren praktischen und konzeptuellen Aufgaben (z.B. Entwicklung der PB, Beratungen, Schulungen)? Steht bezahlte AZ für PB* zur Verfügung, um mit anderen Berufsgruppen über Themen aus der PB und Bedingungen in der Institution zu sprechen?) Wissen Sie, wie die PB* bezahlt werden? Ggf. was macht es mit Ihnen, dass die PB* schlechter bezahlt werden? Auf welche Weise wird dafür gesorgt, dass PB* mit seelischen Krisenerfahrungen gut arbeiten können? Wie müssten die Arbeitsbedingungen von PB* gestaltet sein, damit sie optimal arbeiten können? Wie wird mit dem Thema ‘‘Überlastung‘‘ von PB* umgegangen? Gibt es festgelegte Vorgehensweisen für den Umgang mit „Überlastung“ von PB*? Wie wird mit seelischen Krisen von PB* umgegangen? Haben sich Ihre eigenen Arbeitsbedingungen seit der Einführung von PB* verändert?	
Erwartungen/ Leitbild/ Strategie	Was erwarten Sie vom Einsatz der PB?	Wie werden Erwartungen an die PB* kommuniziert? Inwiefern passen diese Erwartungen zu den Möglichkeiten	

		der PB*? Gibt es ein festgelegtes Vorgehen, wie mit Erwartungen in der Praxis umgegangen wird? Nehmen Sie Unterschiede zwischen den Zielen der PB* und den Zielen Ihrer Berufsgruppe wahr? Wie gehen Sie damit um? (Welche Berufsgruppen haben die Strategie zur PB in der Institution entwickelt?) (Wie wird die Strategie zur PB dokumentiert und kommuniziert? Gibt es ein Leitbild für die PB in der Institution? Wie wird das Leitbild nach innen und außen kommuniziert?) Was wird in der Institution unternommen, damit die Besonderheit der PB in die Praxis wirksam wird? Inwiefern wird das Thema Vereinnahmung der PB in Ihrer Institution behandelt, also bspw. die Anpassung der PB an herkömmliche Arbeitsweisen? Wie verändert sich die Bedeutung von PB in Ihrer Institution im Laufe der Zeit?	

Entwurf 5 Leitfäden für Interviews mit „Peerbegleiter*innen“ **Abkürzungen: PB steht für Peerbegleitung PB* steht für Peerbegleiter*innen** **LEITFADEN II – Aufgaben / Zusammenarbeit / Rollengestaltung**			
Themen	**Offene Einstiegsfrage**	**Konkretisierende Nachfragen**	**Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen**
Aufgaben	Welche Aufgaben üben PB* in Ihrer Institution aus?	Was wird von Ihrem Einsatz konkret erwartet? Haben Sie oder andere PB* die Möglichkeit, selbständig Arbeitskonzepte zu entwickeln und umzusetzen? Wie wurden Ihre Aufgaben festgelegt? Welche Personengruppen sind dabei beteiligt gewesen? Welche Aufgaben werden ausschließlich von Ihnen/ PB* ausgeführt? Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit anderen MA bei	**An welcher Stelle in Ihrem Behandlungsverlauf/ auf welche Weise wurde das deutlich?** **In welcher Situation wurde das für Sie deutlich?** **Wie erleben Sie das?** Können Sie dazu noch mehr

		überlappenden Aufgabenbereichen? Welche Aufgaben übernehmen Sie, die nicht spezifisch für die PB sind? Welche Aufgaben dürfen Sie oder die anderen PB* nicht ausführen? Welche Aufgaben sollten PB* ausüben? Sind Sie mit der Aufgabenverteilung einverstanden? Welche Dokumentations- und Berichtspflichten haben Sie? Unterscheiden sich diese von denen der anderen Mitarbeitenden? Auf welche Weise können Sie ihr spezifisches Wissen mit anderen Mitarbeitenden teilen? In welchen Situationen wird es abgefragt? Wie setzen Sie und die anderen PB* ihr Erfahrungswissen ein? Wie viel Zeit bleibt Ihnen für die Zusammenarbeit mit den Nutzer*innen und wie gestalten Sie diese? Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den anderen PB*?	erzählen? Und dann? Wie war das für Sie? Wie sehen Sie das? Können Sie darauf bitte näher eingehen? Könnten Sie dazu bitte ein Beispiel nennen? Könnten Sie das konkretisieren? Wodurch ist das eingetreten? Erzählen Sie doch einmal, wie das war?
Zusammenarbeit	Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den anderen Mitarbeitenden?	Was erwarten Sie von den anderen Mitarbeitenden, damit Sie Ihre Arbeit gut ausüben können? Was erwarten die anderen Mitarbeitenden von Ihnen? Welchen Einfluss haben die Erwartungen der anderen Mitarbeitenden auf die Zusammenarbeit/ Ihre Arbeit? Wie kann aus Ihrer Sicht eine gute/konstruktive Zusammenarbeit gelingen? Was braucht es von Ihnen, von anderen Mitarbeitenden, von der Leitungsebene, um gut zusammen zu arbeiten? Steht aus Ihrer Sicht einer solchen Zusammenarbeit etwas im Weg? Inwiefern ist Kritik durch die PB* möglich und wie wird sie aufgenommen?	

		Inwiefern werden Vorschläge von Ihnen oder anderen PB* in der Behandlungssituation gehört und diskutiert? Wie wird mit Meinungsverschiedenheiten und Konflikten umgegangen? Gibt es definierte Vorgehensweisen dafür? Fühlen Sie sich voll in das Team integriert? Ist das Ihr Ziel (z. B. anwesend bei allen Arbeitsgesprächen oder informellen Zusammenkünften)? Mit welcher Haltung wird Ihnen im Alltag begegnet? Gibt es Unterschiede bei bestimmten Berufsgruppen? Werden Sie anders behandelt als andere Mitarbeitende? Begegnen Sie Vorurteilen? Wenn ja, welchen? Wissen Sie von Mitgliedern anderer Berufsgruppen mit eigener Krisen oder psychiatrischer Behandlungserfahrung? Falls ja, wie wirkt sich das auf die Zusammenarbeit aus?	
Rollengestaltung	Welche Rollen haben PB* in Ihrer Institution? (…im Sinne von Funktionen, „Hut oder Brille, die man aufhat“, Selbst-, bzw. Arbeitsverständnis…)	Wie werden die Rolle der PB bestimmt? Welche Berufsgruppen sind daran beteiligt? Gelten die Rollen für alle PB* oder werden diese personenbezogen festgelegt? Werden Rollendefinitionen/ Rollenübernahmen offen kommuniziert? Stimmen Sie den Ihnen zugeschriebenen Rollen zu? Gibt es Missverständnisse in Bezug auf die Rollenausübung der PB*? Wie wird mit unterschiedlichen Vorstellungen von den Rollen der PB* in dieser Institution umgegangen? Worin sehen Sie das Besondere der Rollen der PB*? Wie wird dafür gesorgt, dass die Rollen der PB* erhalten bleiben? Inwiefern können Grundwerte der PB – wie Wechselseitigkeit, Hoffnung, Offenheit, Verbundenheit, Genesung, Empowerment – umgesetzt werden?	

		Was erwarten die Nutzenden von Ihnen? In welcher Rolle sehen die Nutzenden Sie? Wird von PB* erwartet, dass sie die Institution verändern? Wenn ja, inwiefern?	

Entwurf 6 Leitfäden für Interviews mit „Peerbegleiter*innen“ **Abkürzungen: PB steht für Peerbegleitung PB* steht für Peerbegleiter*innen** **LEITFADEN II – Aufgaben + Zusammenarbeit + Rollengestaltung + Mitbestimmung**			
Thema	**Erste Frage**	**Konkretisierende Fragen**	**Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen**
Aufgaben und Rollengestaltung	Welche Aufgaben/Rollen haben PB* in Ihrer Institution?	Was erwarten Sie von den PB*? Was erwarten die PB* von Ihnen? Sind die wechselseitigen Erwartungen ein Hindernis in der gemeinsamen Arbeit? Welche Aufgaben werden ausschließlich von PB* ausgeführt? Wie erleben Sie PB* bei Aufgaben, die sie gemeinsam ausüben? Welche Aufgaben sollten PB* ausüben? Welche Rollen sollten PB* einnehmen? Wie werden die Aufgaben und Rollen der PB festgelegt? Welche Personengruppen sind dabei beteiligt? Gelten die Rollen für alle PB* oder werden sie personenbezogen festgelegt? Inwieweit spielen individuelle Faktoren (Persönlichkeit, Stärken, vorherige Ausbildungen und Berufspraxis) dabei eine Rolle? Wer definiert, was PB* nicht machen sollen? Wie werden Rollendefinitionen und Rollenübernahmen kommuniziert? Wie wird mit unterschiedlichen Vorstellungen zu den Rollen der PB* in dieser Institution umgegangen? Wie setzen die PB* ihr Erfahrungswissen ein? Inwiefern treten PB* parteilich für die Nutzer ein?	**An welcher Stelle in Ihrem Behandlungsverlauf/ auf welche Weise wurde das deutlich?** **In welcher Situation wurde das für Sie deutlich?** **Wie erleben Sie das?** Können Sie dazu noch mehr erzählen? Und dann? Wie war das für Sie? Wie sehen Sie das? Können Sie darauf bitte näher eingehen? Könnten Sie dazu bitte ein Beispiel nennen? Könnten Sie das konkretisieren? Wodurch ist das eingetreten? Erzählen Sie doch einmal, wie das war?
Zusammenarbeit	Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit den PB*?	Was wird in der Institution für eine gelingende Zusammenarbeit getan? Wie kann aus Ihrer Sicht eine konstruktive Zusammenarbeit gelingen? Werden Ressourcen dafür bereitgestellt? (Was steht aus Ihrer Sicht einer solchen Zusammenarbeit im Weg?	

		Was braucht es von Ihnen, von den anderen Mitarbeitenden und von der Leitungsebene?) Inwiefern ist im Arbeitsalltag Kritik durch die PB* möglich und wie wird sie aufgenommen? Wie wird mit Meinungsverschiedenheiten und Konflikten umgegangen? Gibt es definierte Vorgehensweisen dafür? Wie sind die PB* in das Team integriert? Sind PB* zum Beispiel anwesend bei Arbeitsgesprächen oder informellen Zusammenkünften? Wird mit den PB* innerhalb des Teams anders umgegangen als mit den anderen Mitarbeitenden? Gibt es die Möglichkeit, dass Mitglieder anderer Berufsgruppen ihre eigene Krisen- oder psychiatrische Behandlungserfahrung offenlegen? Falls ja, wie wirkt sich das auf die Zusammenarbeit aus?	
Mitbestimmung / Beteiligung	Welche Möglichkeiten für Mitbestimmung und Beteiligung gibt es für PB* in der Institution?	An welchen typischen Entscheidungen im Arbeitsalltag werden PB* beteiligt? Inwiefern werden PB* an Umstrukturierungsprozessen beteiligt? Inwiefern werden Vorschläge von PB* in der Behandlungssituation gehört und diskutiert, bspw. in Bezug auf den Umgang mit Nutzenden oder die Arbeitsweisen? Gibt es Regelungen für gemeinsame Entscheidungen von PB* und anderen Mitarbeitenden? Falls ja, wie lauten sie und welche Berufsgruppen haben sie entwickelt? Wie stark fallen Vorschläge von PB* bei strittigen Fragen ins Gewicht? Inwiefern werden abweichende Meinungen festgehalten? Wenn PB* beteiligt werden (bspw. in Beiräten oder anderen Gremien), haben sie ein Stimmrecht? Welche Erwartungen haben Sie an die Institution im Hinblick auf die Beteiligung und Mitbestimmung von PB*?	

		Werden Ideen oder Vorschläge von PB* berücksichtigt? Falls ja, in welcher Weise? Welche Verantwortlichkeiten gibt es dafür?	
Einfluss auf die Praxis		Inwieweit beeinflusst die Anwesenheit von PB die Arbeitspraxis? In welcher Art und Weise beeinflusst ein*e PB* das Team? Ist es durch die PB in der Einrichtung zu Veränderungen gekommen? Wie geht es Ihnen persönlich mit PB* als Kollegen in Ihrem Team? Hat sich an Ihrem eigenen Rollenverständnis etwas durch die Zusammenarbeit mit PB verändert? Wie wirkt sich dies auf Ihren Arbeitsalltag aus? Fühlen Sie sich im Wettbewerb mit den PB*? Inwiefern profitieren Sie von dem spezifischen Wissen der PB*? Wie fließt das Erfahrungswissen in das Team ein?	
Schlussfragen und Fragen für ExpertInneninterviews (Leitung?)			
Abschlussfragen zum Schluss eines jeden ExpertInneninterviews	Wie kam es zur Implementierung von PB in ihrer Institution? Inwiefern sind weitere politische oder gesetzliche Regelungen für PB notwendig? Welchen Weg haben sie gewählt, um die neue Berufsgruppe der PB in das bestehende Gefüge zu integrieren? Welche Regelungen in der Gesundheitsversorgung können Sie nutzen, um die PB zu ermöglichen? Finden sich die Tätigkeitsmerkmale aus Stellenbeschreibung für PB* in der Personalausstattungsrichtlinie wieder? Welche berufsverbandliche Organisation ist förderlich für PB? Welche Abrechnungsmöglichkeiten für PB durch Krankenkassen oder andere Finanzierungsmodelle sind denkbar? Wie lassen sich Tätigkeiten der PB in Begriffe der Gesundheitsfinanzierung übersetzen?		
Schlussfragen an die Mitarbeitenden jeweils zum Schluss eines jeden Interviews	Wie geht es Ihnen mit Ihrer Zusammenarbeit mit den PB*? Was hat sich bei Ihnen durch die Zusammenarbeit mit PB* verändert? Was haben Sie dadurch gelernt?		

Anhang 2: Soziodemographie QUAL1+2

Tabelle 2: Soziodemographie der QUAL1-Phase

	PGB*	MA	NU	Gesamt
Geschlecht				
m	26	5	4	
w	5	10	1	
divers	0	0	1	
Gesamt	32	19	6	57
Alter				
< 20:	0	0	0	
20-30:	0	2	1	
31-40:	9	4	2	
41-50:	8	4	0	
51-60:	13	7	2	
61-70:	2	2	1	
>71:	0	0	0	
Gesamt	32	19	6	57
Region				
Baden-Württemberg	3	1	0	
Bayern	1	1	0	
Berlin	4	1	3	
Brandenburg	2	2	0	
Bremen	3	2	0	
Hamburg	1	2	1	
Hessen	3	0	1	
Mecklenburg-Vorpommern	1	0	0	
Niedersachsen	5	1	0	
Nordrhein-Westfalen	4	4	1	
Rheinland-Pfalz	1	3	0	
Saarland	0	0	0	
Sachsen	0	1	0	
Sachsen-Anhalt	0	0	0	
Schleswig-Holstein	1	0	0	
Thüringen	1	1	0	
Bundesweit	1	0	0	
Ausland	1	0	0	
Gesamt	32	19	6	57
Dauer Ausübung (aktuell tätige PGB*)				
>1 Jahr	2			
1-3 Jahre	14			
3-5 Jahre	3			
5-7 Jahre	2			
7-9 Jahre	2			
> 9 Jahre	2			
Gesamt	25			25
Dauer Ausübung (ehemalige PGB*)				
>1 Jahr	0			
1-3 Jahre	3			
3-5 Jahre	4			
5-7 Jahre	0			

7-9 Jahre	0			
> 9 Jahre	0			
Gesamt	7			7

Erster Kontakt zu PGB (MA und NU)				
1-5 Jahre		5	4	
5-10 Jahre		10	1	
> 10 Jahre		4	1	
Nicht mehr				
Gesamt		19	6	25

Qualifikationen (PGB*)				
EXIN	27			
Andere	5			
Gesamt	32			32

Tätigkeit (aktuell, ehemalige, zukünftige PGB*)				
ehemalige	5			
aktuell	25			
zukünftig	2			
Gesamt	32			32

Tabelle 3: Soziodemographie der QUAL2-Phase

	PGB*	**MA**	**Gesamt**
Geschlecht			
m	32	14	
w	10	20	
Gesamt	42	34	76

Alter			
< 20:	0	0	
20-30:	0	0	
31-40:	0	5	
41-50:	3	10	
51-60:	17	19	
61-70:	14	0	
>71:	8	0	
Gesamt	42	34	76

Region			
Baden-Württemberg	8	7	
Bayern	1	2	
Berlin	3	2	
Brandenburg	1	1	
Bremen	4	4	
Hamburg	6	2	
Hessen	3	1	
Mecklenburg-Vorpommern	2	1	
Nordrhein-Westfalen	11	7	
Rheinland-Pfalz	1	2	
Saarland	0	0	
Sachsen	1	1	

Sachsen-Anhalt	0	0	
Schleswig-Holstein	0	0	
Thüringen	1	1	
Bundesweit	0	1	
Ausland	0	1	
Gesamt	42	34	76

Dauer Ausübung (aktuell tätige PGB*)		
>1 Jahr	2	
1-3 Jahre	9	
3-5 Jahre	9	
5-7 Jahre	13	
7-9 Jahre	3	
> 9 Jahre	0	
Gesamt	36	36

Dauer Ausübung (ehemalige PGB*)		
>1 Jahr	1	
1-3 Jahre	2	
3-5 Jahre	2	
5-7 Jahre	1	
7-9 Jahre	0	
> 9 Jahre	0	
Gesamt	6	6

Kontakt zu PB (MA und NU)		
1-5 Jahre	6	
5-10 Jahre	11	
> 10 Jahre	11	
Nicht mehr	6	
Gesamt	34	34

Qualifikationen (PGB*)		
EXIN	42	
Andere	0	
Gesamt	42	42

Tätigkeit (aktuelle, ehemalige, zukünftige PGB*)		
ehemalige	6	
aktuell	36	
zukünftig	0	
Gesamt	42	42

Peer-/ Genesungsbegleitung in Deutschland - Peer-/Genesungsbegleiter:innen

Liebe Peer- bzw. Genesungsbegleiter:innen,

vielen Dank, dass Sie an unserer Befragung „Peer-/Genesungsbegleitung im Ausbildungskontext(en) in Deutschland" in Kürze(n) meine Studie begleiten.

Was ist der Anlass der Umfrage?

Wir wissen wenig/-e Umfrage darüber in wie fern Ihre aktuelle Arbeitssituation mit der Breite und Wirkung der Peer-/Genesungsbegleitung zusammenhängt (Anm.a.d. Interviewerin: Ausbildung, Rolle, Aufgaben, Qualifizierung).

Die Ergebnisse sollen dazu dienen, die psychiatrische Versorgung in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Sie als Peer-/Genesungsbegleiter:innen betreiben so indirekt und als Schnittstellenvertreter:innen von Peer-/Genesungsbegleitung Gesundheitsförderung.

Was ist der Inhalt der Umfrage?

- Die Befragung ist unterzogen über Ihren (sozio-) ökonomischen Hintergrund, Ihrer Arbeitszeit und Ihre Person und auch möglich).
- Wir sind an Ihre persönliche Meinung interessiert. Es gibt keine „richtigen" oder „falschen" Antworten.
- Bitte versuchen Sie (wenn möglich) alle Fragen vollständig zu beantworten.
- Die Befragung dauert ca. 10 Minuten (Anm.a.d. Interviewerin: ca. 45 Minuten).
- Es handelt sich vollständig um eine freiwillige Befragung, demnach darf sie unterzogen Sie über alle notwendigen Informationen und Hintergründe zu Ihrer Zustimmung der Befragung informiert werden (siehe Seite 2 der Einverständniserklärung).
- Diese Umfrage ist in zwei Teil (I. BEV und II. PSY).
- Es ist denkbare Informationen zur Studie, wenn diese Datenschutz- & Informierte Abläufen Sie bitte hier:

Was haben Sie davon, an der Befragung teilzunehmen?

- Sie haben dabei, wichtige Peer-/ Ihre Berufsgruppen zu unterstützen. Auf Ihnen dieser Ihrer Ihnen Expertlösungen zu/sicher/ werden. Um die Informationen Ihre Genesungsbegleitung einen zukünftig Ihrer Ihnen Ihrer Ihnen Ihrer Ihnen

Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwort aus:
Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwort aus:

- A: Auch gemeinsame Spaß- Situationen
- B: Ich mache gemeinsame Ausflüge
- C: Ich mache gelegentlich gemeinsame Freizeitaktivitäten
- D: Ich bin selten mit ihm
- E: Ich gehe Extreme meiden Aktivitäten
- F: Ich bin selten mit ihm
- Freitext:

Einarbeitung

Gab es zu Beginn Ihrer jetzigen Tätigkeit eine Einarbeitung?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Falls ja in welcher Form? (z wirklichen Umfang?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingung erfüllt sind:
Antwort zur Frage "[F] [F] Gab es zu Beginn Ihrer jetzigen Tätigkeit eine Einarbeitung" = 1

Bitte wählen Sie Ihre Antwort hier aus:

Wie zufrieden waren Sie mit der Einarbeitung?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingung erfüllt sind:
Antwort zur Frage "[F] [F] Gab es zu Beginn Ihrer jetzigen Tätigkeit eine Einarbeitung" = 1

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jedes Item aus:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig (1 Punkte)" und "sehr wichtig" (10 Punkte):										

Wie wichtig finden Sie es, dass Mitarbeitende aus anderen Fachrichtungen mit den Zusammenarbeit mit Post-Corona?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jedes Item aus:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig (1 Punkte)" und "sehr wichtig" (10 Punkte):										

Falls Sie in der wichtig halten, in welchem Rahmen sollten sie zusammen treffen?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Arbeitsalltag

Wie sieht Ihr Arbeitsplatz aus?

Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwortaus aus:
Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwortaus aus:

- A: Ich habe keinen festen Arbeitsschwerpunkt sondern Platz im Büro
- B: Ich habe einen Schreibtisch an einem Büro mit anderen Mitarbeiter innen
- C: Ich habe einen Schreibtisch in einem Großraumbüro mit vielen Arbeitsplätzen innen
- D: Ich arbeite im Homeoffice
- E: Ich arbeite im Außendienst
- F: Ich arbeite in einer Werkstatt
- Freitext:

Haben Sie Zugang zu den Materialien der betrieblichen Ansteckung, die Sie Ihre Arbeit benötigen (Computer, Internet, Büromaterialien, etc.)? Welche der folgenden Materialien/der technischen Ausstattung benötigen Sie für Ihre Arbeit?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jedes Item aus:

	Verfügbar	Nötig
Computer		
Arbeitsunterlagen		
Büromaterialien		
Telefon		
Arbeitsmittel		
Internetzugang		
Tablet		
Zugang zu Informationsmaterialien		
Handbuch Mail Adress		

Wie gestaltet sich Ihre Arbeitsplanung?

Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwortaus aus:
Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwortaus aus:

- A: Ich arbeite meine Arbeitsplanung über Planungstabellen (meist mit meiner Abteilungsleitung)
- B: Ich arbeite meine eigene Planung zusammen mit meinem Post-Coronapsychologen/in meinen
- C: Ich arbeite meine eigene Planung zusammen mit meinen Kollegen
- D: Anderes:

Haben Sie ausgeprochene Akzess- und Diskussionsmaterialien?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein
- Weiß ich nicht

Zugangsbedingungen

Wie haben Sie es zum Beruf der Post-Coronapsychologin in erfahren?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie haben Sie von Ihrer aktuellen Stelle als Post-Coronapsychologin/in erfahren?

Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwort aus:

- A: Ich habe mich initiativ beworben
- B: Ich wurde angesprochen
- C: Anderes:

Strukturelle Voraussetzungen

Welche Voraussetzungen gab es für diese Stelle?

Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwortaus aus:
Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwortaus aus:

- Keine
- Psychische Erkrankung
- Abschlussbildung als Lehrer/in Beamte
- Abschlussbildung als Lehrer/in
- Training Bei Post Coronapsychologie/ung
- Psychologische Diagnose
- Anderes:

Gab es ein Bewerbungsgespräch?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein
- Anderes

Strukturelle Voraussetzungen

Ich würde gerne mehr Informationen zu den Möglichkeiten, Ihre Karriere als Post-Coronapsychologin/in innerhalb Ihrer Arbeitsstelle weiterzuentwickeln?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jedes Item aus:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig (1 Punkte)" und "sehr wichtig" (10 Punkte):										

Wie wichtig halten Sie Möglichkeiten, um Ihre Weiterentwicklung bei Post-Coronapsychologie/in(nen) hinaus?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jedes Item aus:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig (1 Punkte)" und "sehr wichtig" (10 Punkte):										

Weiterbildung

Gibt es Post-Coronapsychologie/innen spezifische Weiterbildungen, an denen Sie teilnehmen können?

Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwortaus aus:
Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwortaus aus:

- A: Ich nehme an keinen Weiterbildungen teil
- B: Ich nehme an keinen Weiterbildungen teil
- C: Anderes:

Wenn ja, wie schätzen sind Sie mit der angebotenen Weiterbildungsmöglichkeiten für Post-Coronapsychologie/innen?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingung erfüllt sind:
Antwort zur Frage "[F] [F] Gibt es Post-Coronapsychologie/innen spezifische Weiterbildungen, an denen Sie teilnehmen können?" = 1

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jedes Item aus:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "sehr unzufrieden (1 Punkte)" und "sehr zufrieden" (10 Punkte):										

Wie zufrieden sind Sie mit der Möglichkeiten, Ihre Karriere als Post-Coronapsychologie/in innerhalb Ihrer Arbeitsstelle weiterzuentwickeln?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jedes Item aus:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig (1 Punkte)" und "sehr wichtig" (10 Punkte):										

Wie wichtig halten Sie Möglichkeiten, um Ihre Weiterentwicklung bei Post-Coronapsychologie/innen hinaus?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jedes Item aus:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig (1 Punkte)" und "sehr wichtig" (10 Punkte):										

Wie wichtig finden Sie es, dass Post-Coronapsychologie/innen in der Ausrede oder Entwicklung von Weiterbildungsformate miteinbezogen werden?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jedes Item aus:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig (1 Punkte)" und "sehr wichtig" (10 Punkte):										

Peer-Rolle

Als Peer-Coronapsychologie/in habe ich die Sorgfalt, Zeit.

Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwortaus aus:
Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwortaus aus:

- A: Ich habe keine Ausbildung als Peer-Coronapsychologie/in
- B: Ich habe eine Ausbildung als Peer-Coronapsychologie/in absolviert
- C: Ich Reflektiere die Notwendigkeit einer Ausbildung als Peer-Coronapsychologie/in
- D: Ich Reflektiere die Notwendigkeit einer Ausbildung als Peer-Coronapsychologie/in
- E: Ich Reflektiere meine Rolle als Peer-Coronapsychologie/in in meinem Arbeitsalltag
- F: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- G: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- H: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- I: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- J: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- K: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- L: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- M: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- N: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- O: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- P: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- Q: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- R: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- S: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- T: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- U: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- V: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- W: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- X: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- Y: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- Z: Ich habe mich eigeninitiativ Spezielle Sorgfalt
- Freitext:

Welche Belastende Erfahrungen haben Sie als Post-Coronapsychologie/in gemacht? Welche Belastungen sind Ihnen bekannt?

Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwortaus aus:
Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwortaus aus:

- Keine
- Ich habe keine Belastungen
- Anderes:

Wie gehen Sie mit belastenden Erfahrungen um?

Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwortaus aus:
Bitte wählen Sie die zutreffendste Antwortaus aus:

- A: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- B: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- C: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- D: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- E: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- F: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- G: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- H: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- I: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- J: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- K: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- L: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- M: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- N: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- O: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- P: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- Q: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- R: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- S: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- T: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- U: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- V: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- W: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- X: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- Y: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- Z: Ich habe keine belastenden Erfahrungen
- Freitext:

Wenn ja, wie schwer sind diese Erfahrungen?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingung erfüllt sind:
Antwort zur Frage "[F] [F] Welche Belastende Erfahrungen haben Sie als Post-Coronapsychologie/in gemacht?" = 1

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jedes Item aus:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig (1 Punkte)" und "sehr wichtig" (10 Punkte):										

Wie wichtig finden Sie es, dass Sie Training zur Post-Coronapsychologie deutschlandweit vereinheitlicht wird?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jedes Item aus:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig (1 Punkte)" und "sehr wichtig" (10 Punkte):										

Wie wichtig finden Sie es, dass Post-Coronapsychologie/innen offiziell als Berufe anerkannt wird?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jedes Item aus:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig (1 Punkte)" und "sehr wichtig" (10 Punkte):										

Wie lang würden Sie sich das Training für Post-Coronapsychologie/innen wünschen?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwortaus aus:
Bitte wählen Sie die zutreffende Antwortaus aus:

- 3 Jahre
- 4 Jahre
- Weniger lang
- Anderes:

Zufriedenheit

Wenn Sie an Ihre Arbeit: wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Tätigkeit als Post-Coronapsychologie/in an Ihrer Arbeitsstelle?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jedes Item aus:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "sehr unzufrieden (1 Punkte)" und "sehr zufrieden" (10 Punkte):										

Wie gut fühlen Sie sich in Ihrer Arbeit als Post-Coronapsychologie/in in von anderen Mitarbeitenden an Ihrem Arbeitsplatz unterstützt?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jedes Item aus:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "sehr unzufrieden (1 Punkte)" und "sehr zufrieden" (10 Punkte):										

Erleben Sie besondere Herausforderungen oder Hürden in Ihrer Arbeit als Post-Coronapsychologie/in?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwortaus aus:
Bitte wählen Sie die zutreffende Antwortaus aus:

- Ja
- Nein

Welche besonders Hürden?

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingung erfüllt sind:
Antwort zur Frage "[F] [F] Erleben Sie besondere Herausforderungen oder Hürden in Ihrer Arbeit als Post-Coronapsychologie/in?" = 1

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwortaus aus:

- Strukturierung in geringe
- Keine Supervision Möglichkeiten
- Keine gute Abgrenzung
- Keine Supervision Möglichkeiten
- Keine Supervision Möglichkeiten
- Keine Supervision Möglichkeiten
- Keine Supervision Möglichkeiten
- Schwierigkeiten in der Abgrenzung zu den Klient:innen
- Schwierigkeiten in der Abgrenzung zu den Klient:innen
- Ich Vermisse an einer neuen Beziehungen in der betrieblichen Betreuungsstruktur zu Grupp

Arbeitsfelder

In welchen Institutionen sollte Peer-/Genesungsbegleitung noch angeboten werden, wo dies bisher noch nicht üblich ist?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Gibt es an Ihrer Arbeitsstelle Stationsäquivalente Behandlung (StäB), Home Treatment, Aufsuchende Behandlung oder ähnliches?

Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:
Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Ja
- Nein
- Sonstiges:

Falls Sie mehrere Stellen haben, beziehen Sie die Frage bitte auf das Krankenhaus-Setting.

Öffentlichkeitsarbeit

Haben Sie Anregungen, wie man Peer-/Genesungsbegleitung bekannter machen könnte? Fallen Ihnen spontan Ideen bezüglich möglicher medialer Präsenz oder anderer Kommunikationskanäle ein?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Soziodemografische Daten

Einige der hier gestellten Fragen betreffen die persönliche Lebenssituation. Dabei werden Themen angesprochen, die manche Menschen, vielleicht gerade Menschen mit Krisenerfahrungen, als belastend empfinden. Die Beantwortung aller Fragen ist freiwillig. Mit Ihren Antworten helfen Sie uns aber dabei, die soziale Lage von Peer-/Genesungsbegleitung besser zu verstehen. Dadurch können wir auch unsere Empfehlungen zur weiteren Implementierung von Peer-/Genesungsbegleitung bedarfsgerechter gestalten. Insofern bitten wir Sie, diese Fragen, wenn es Ihnen möglich ist, zu beantworten.

Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Männlich
- Weiblich
- Divers
- Sonstiges

Wie alt sind Sie?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie viele Person/en, inklusive Ihnen selbst, wohnen aktuell in Ihrem Haushalt?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.
Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

-

Bildungsniveau

Welchen höchsten allgemeinen Schulabschluss haben Sie?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Noch keinen Abschluss, ich gehe noch zur Schule
- Keinen Schulabschluss
- Grundschul- bzw. Primarabschluss
- Volks-/Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss/Mittlere Reife
- Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)
- Abitur/Hochschulreife
- Sonstiges

Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie?

Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:
Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Noch keinen Abschluss, da noch in beruflicher Ausbildung (z.B. Studierende, Auszubildende, etc.)
- Keinen Abschluss und nicht in Ausbildung
- Abgeschlossene Ausbildung
- Hochschulabschluss (Bachelor)
- Hochschulabschluss (Master, Diplom, Magister)
- Promotion/Ph.D
- Habilitation
- Ausbildung zur Peer-/Genesungsbegleiter:in
- Sonstiges:

Haben Sie eine Ausbildung im sozialen Bereich?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja, und zwar:
- Nein

Bitte schreiben Sie einen Kommentar zu Ihrer Auswahl

Einkommen

Welche der folgenden Einkünfte beziehen Sie persönlich derzeit?

Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:
Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Gehalt für Peer-/Genesungsbegleitung
- Gehalt für andere Tätigkeiten
- Eigene Rente, Pension
- Arbeitslosengeld (auch bei Fortbildung / Umschulung oder Übergangsgeld)
- Arbeitslosengeld II, Sozialgeld
- Elterngeld, Mutterschutzgeld während des Mutterschutzes
- BAföG, Stipendium, Berufsausbildungsbeihilfe
- Unterhalt
- Nichts davon
- Sonstiges:

Persönliche Erfahrung

Wann haben Sie erstmalig persönliche Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wann waren Sie zum ersten Mal mit dem Gesundheitssystem wegen Ihrer psychischen Gesundheit in Kontakt?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Haben Sie selbst Peer-/Genesungsbegleitung erhalten?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein
- Sonstiges

Wenn ja, wie lange haben Sie selbst Peer-/Genesungsbegleitung erhalten?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Falls Sie aktuell nicht als Peer-/Genesungsbegleiter:in arbeiten, weshalb hat Ihre Beschäftigung geendet?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wir freuen uns sehr, dass Sie an der Befragung teilgenommen haben, und danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung.

Der Verein „EX-IN Deutschland" arbeitet als Kooperationspartner im Rahmen des Evaluierungsprojekts "ImpPeer" an einer Visualisierung der Verbreitung von Peer-Angeboten in Deutschland. Sie sind herzlich dazu eingeladen, "EX-IN Deutschland " Ihre Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen, damit eine solche, von vielen Seiten gewünschte Kartographie der Peer-Angebote in Deutschland entstehen kann. Wir möchten darauf hinweisen, dass diese Daten unabhängig von der Teilnahme an unserer quantitativen Umfrage verarbeitet werden. Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Zur Bereitstellung Ihrer Kontaktdaten, oder für Rückfragen wenden Sie sich bitte an: kartosraphie@ex-in.de.

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

Peer-/ Genesungsbegleitung in Deutschland - Mitarbeitende (ohne Leitungsfunktion)

Sehr geehrte Teilnehmer:innen,

vielen Dank, dass Sie an unserer Erhebung „Peer-/Genesungsbegleitung im Ausnahmezustandssystem Bereich in Deutschland" in Kürze unsere Studie begleiten.

Was ist das Ziel dieser Umfrage?

Ziel ist es, eine Bestandsaufnahme über unsere Kernausrichtung, die Menschen mit psychischen Diagnosen psychosoziale Beeinträchtigungen, Sucht und entwicklungs- Mit seinen Umfragen werden wir Daten erheben, die uns helfen, Peer-/Genesungsbegleitung in Deutschland weiterzuentwickeln, zu verbessern und zu professionalisieren.

Die Ergebnisse sollen uns dienen, die psychiatrische Versorgung in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Peer-Genesungsbegleiter:innen befindet in stärker und die Krankenhausbehandlung von Peer-Genesungsbegleiter:innen.

Wer ist der Inhalt der Umfrage?

- Die Befragung ist anonym (Ihre Daten werden vertraulich behandelt. Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich).
- Wir sind an Ihrer persönlichen Meinung, Lösungen" ist, gefragt, „anonym" oder „Freiheit".
- Bitte versuchen Sie einen möglichst alle Fragen vollständig zu beantworten.
- Die Beantwortung der Fragen dauert ca. 20-30 Minuten.
- Je handeln sind wir für unsere Befragung, dennoch sind wir realistisch. Sie über alle notwendigen Informationen und datenschutzrelevanten Bestimmungen zu Ihren Gesundheits-Sie haben das Recht, die Teilnahme an der Befragung jederzeit ohne Angabe von Gründen abzubrechen.

Wer kennen uns, uns hier an der Befragung teilnehmen, und warum kann man sich für Sie Unterstützung.

Unser Betreuung, zum Datenschutz

Unsere Kontaktdaten finden Sie im Impressum.

Sollten Sie Fragen haben, oder Sie sich Unterstützung benötigen, können Sie gerne per E-mail an unser Team wenden. Wenn Sie die Ihnen Gründe einen Ansprechpartnerin benennt haben, in unserer Kontaktdaten finden Sie unter Impressum. Sie können gerne per E-mail an unser Team wenden. Wenn Sie die Ihnen Gründe einen Ansprechpartnerin benennt haben, in unserer Kontaktdaten finden Sie unter Impressum. Sie können gerne per E-mail an unser Team wenden.

In dieser Umfrage sind Sie Experte/-in.

Einwilligung

Einwilligung zur Teilnahme

- **Ehrenamt erhalten wir, dass ich über die Zeit, dem Anfang und über die Dauer und den Nutzen der Online-Studie aufgeklärt bin.**
- **Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit und ohne jede Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich gebe meine Einwilligung für die anonymisierte Auswertung meiner Angaben zu Kulturen dieser Studie.**
- **Ich habe zustimmend und bestätige, dass meine Entscheidung zur Studienteilnahme an Abwägen und bei mir freiwillig.**

Bitte wählen Sie aus der folgenden Antwortmöglichkeiten aus.

- Ja
- Nein

Bitte wählen Sie aus der folgenden Antwortmöglichkeiten aus.

Schriftenbezeichnungen

Erklärung von Peer-/Genesungsbegleitung

**Peer-/Genesungsbegleitung ist eine Tätigkeit, die konventionelle medizinisch-therapeutische Unterstützungsangebote nicht können ist difficult. Peer-/ Genesungsbegleitung, besonders mit als regionales, professionelles Angebot für Menschen mit psychischen Problemen, Krisen und Krankheiten. Peer-/Genesungsbegleiter:innen sind Menschen mit eigenen Erfahrungen in psychischen Krisen und psychischen Erkrankungen, die diese Erfahrungen für sich selbst und für andere nutzbringend einsetzen

Erläuternder Freitext erwünscht

Was würden Sie sich für die Zusammenarbeit mit Peer-/Genesungsbegleiter:innen wünschen?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Hospitation der Peer-/Genesungsbegleiter:innen während Tätigkeiten
- Ein gutes Konzept für Peer-/Genesungsbegleitung, das partizipativ gestaltet wurde
- Einzelne Mitarbeiter:innen (Schlüsselpersonen/ allies) als Bindeglied zwischen Peer-/Genesungsbegleiter:innen und Behandlungsteam
- Barrierefreiheit
- Rückhalt durch die Institution
- Mentor:innensystem
- Vernetzung der Peer-/Genesungsbegleiter:innen untereinander
- Angemessene Entlohnung
- Zugang zu nötigen Arbeitsmaterialien sowie zur technischen Ausstattung
- Konkrete Stellenbeschreibung
- Zugang zu Fort-/Weiterbildungen
- Vielfalt der Tätigkeit
- Sonstiges:

Wie wichtig finden Sie es, Peer-/Genesungsbegleiter:innen in Ihrer Organisation zu haben?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig" (1 Punkt) und "sehr wichtig" (10 Punkte)										

Akzeptanz

Inwieweit nutzen Sie die Erfahrungsexpertise der Peer-/Genesungsbegleiter:innen in Ihrem Arbeitsalltag?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "Wird gar nicht genutzt (1 Punkt)" und "Wird regelmäßig genutzt" (10 Punkte)										

Gab es in Ihrem Behandlungsteam negative Erfahrungen in Bezug auf den Einsatz von Peer-/Genesungsbegleiter:innen? (z.B. negative/ diskriminierende Kommentare über die Rolle oder auch Peer-/ Genesungsbegleitung an sich)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein
- Würde ich lieber nicht sagen

Bitte schreiben Sie einen Kommentar zu Ihrer Auswahl

Erläuternder Freitext erwünscht

Welche Aspekte erleben Sie als positiv in der Zusammenarbeit mit Peer-/ Genesungsbegleiter:innen im Behandlungsteam?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Konstruktiver Umgang mit Kritik seitens der Mitarbeitenden
- Offenheit seitens der Mitarbeitenden
- Peer-/Genesungsbegleiter:innen sind gut im Behandlungsteam integriert
- Vertrauen in Peer-/Genesungsbegleiter:innen seitens der anderen Mitarbeitenden
- Es gibt einen geregelten Umgang mit Differenzen im Behandlungsteam
- Wertschätzender Umgang mit Krisen im Behandlungsteam
- Wertschätzender Umgang miteinander im Behandlungsteam
- Feedback zur eigenen Arbeit zu erhalten und geben zu können
- (Kritische) Haltung gegenüber dem System darf geäußert werden
- Kollegiale Zusammenarbeit
- Wertschätzende Neugier der Mitarbeitenden in Bezug auf Erfahrungsexpertise
- Ermutigung durch Kolleg:innen, sich auch fachlich weiterzuentwickeln
- Sonstiges:

Inwieweit trifft die folgende Aussage auf Sie zu:

"In meinem Behandlungsteam gibt es Verständnis für psychische Krisen aller Mitarbeitenden."

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Lehne vollständig ab
- Lehne eher ab
- Lehne weder ab, noch stimme zu
- Stimme eher zu
- Stimme vollständig zu
- Weiß ich nicht

Arbeitsfelder

In welchen Institutionen sollte Peer-/Genesungsbegleitung noch angeboten werden, wo dies bisher noch nicht üblich ist?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Welche Aufgabe/Aufgaben gehören in Ihrer Institution zur Arbeit von Peer-/ Genesungsbegleiter:innen?

Welche Aufgabe/Aufgaben sollten zur Arbeit von Peer-/ Genesungsbegleiter:innen in Ihrer Institution gehören können?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Diese Aufgaben gehören zur Arbeit von Peer-/Genesungsbegleiter:innen	Diese Aufgaben sollten zur Arbeit von Peer-/Genesungsbegleiter:innen gehören können
Genesungsförderende Atmosphäre schaffen (Raumgestaltung, Umgang miteinander, gemeinsame Rückzugsorte schaffen, etc.)		
Beteiligungsmöglichkeiten für Nutzer:innen auf Station schaffen		
Mitwirkung an der strukturellen Entwicklung von Versorgungsangeboten		
Mitwirkung bei der psychosozialen Anamnese und Befunderhebung durch Einbringung der Patient:innenperspektive		
Stärkung der Patient:innenperspektive bei der Therapieplanung		
Teilnahme an Visiten		
Teilnahme an Teambesprechungen (Stationsbesprechungen, Verlaufsbesprechungen, Behandlungskonferenzen, etc.)		
Dokumentation der Tätigkeit unter besonderer Berücksichtigung des Recovery- und Ressourcenaspekts		
Dokumentation der Tätigkeit nach klinischen Richtlinien		
Mitwirkung an der Behandlungsplanung durch Stärkung der Patient:innenbeteiligung		
Begleitung bei der Erstellung von Versorgeinstrumenten (Behandlungsvereinbarung, Patientenverfügung, etc.)		
Einzelgespräche in Person		
Einzelgespräche digital (Telefon, Skype, Zoom etc.)		
Unterstützung bei Alltagsplanung/ im Alltagsleben		
Mitwirkung bei Stationsäquivalenter Behandlung (Home Treatment, aufsuchende Behandlung)		
Einzelkontakte bei Stationsäquivalenter Behandlung (Home Treatment, aufsuchende Behandlung)		
Familien- und Bezugspersonengespräche, Netzwerkgespräche in Abstimmung mit dem/ der Patient:in und dem therapeutischen Team		
„Dolmetschen" und Informationsvermittlung, z.B. im privaten oder beruflichen Umfeld der Nutzer:innen		
Brückenbau/ Vermittlung zwischen Nutzer:innen, Mitarbeitenden und Angehörigen		
Begleitung bei externen Angelegenheiten (wie Behördenterminen und Vernetzung in den öffentlichen Raum)		
Unterstützung und Begleitung in Krisensituationen		
Mitwirkung beim Übergangs- und Entlassmanagement		
(Ko-) Moderation von Begegnungsgruppen (z.B. offener Treff) und trialogischem Austausch (z.B. Psychose-Seminar)		
Teilnahme an Supervisions- und Balintgruppen		
(Ko-) Moderation therapeutischer themenspezifischer Gruppen (z.B. Psychoedukation)		
Vermittlung der Nutzenden an passende Stellen des Hilfesystems (z.B. Suchthilfe, Selbsthilfegruppen)		
Teilnahme an internen und externen Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen		
Durchführung von internen und externen Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen		
Kontakt zu externen Selbsthilfe- und Angehörigengruppen		
Teilnahme beim Ethikrat		
Tätigkeit als Trainer:in für Peer-/Genesungsbegleiter:innen		
Neue Peer-/ Genesungsbegleiter:innen anwerben		
Offene Sprechstunde		
Öffentlichkeitsarbeit (Aufklärungsarbeit, Antistigma-Arbeit, etc.)		
Angehörigenbegleitung		

Öffentlichkeitsarbeit

Wussten Sie vor dem Ausfüllen dieses Fragebogens, was Peer-/ Genesungsbegleitung bedeutet?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Ist der Begriff der Peer-/ Genesungsbegleitung an Ihrem Arbeitsplatz bekannt?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Haben Sie Anregungen, wie man Peer-/Genesungsbegleitung bekannter machen könnte?/ Fallen Ihnen spontan Ideen bezüglich möglicher medialer Präsenz oder anderer Kommunikationskanäle ein?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Soziodemografische Daten

Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Männlich
- Weiblich
- Divers
- Sonstiges

Wie alt sind Sie?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie viele Personen, inklusive Ihnen selbst, wohnen aktuell in Ihrem Haushalt?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

-

Beruf

Wie sind Sie derzeit hauptsächlich beschäftigt?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Vollzeit (wöchentliche Arbeitszeit von ≥ 35 Stunden)
- Teilzeit (wöchentliche Arbeitszeit von 15 - 34 Stunden)
- Geringfügig beschäftigt (wöchentliche Arbeitszeit von ≤ 15 Stunden pro Woche)
- Nicht erwerbstätig und arbeitssuchend
- Nicht erwerbstätig und nicht arbeitssuchend
- Selbstständig
- Berenter/ Pensioniert
- Arbeitsunfähig
- Sonstiges

Wie viel beträgt Ihre wöchentliche Arbeitszeit in Stunden?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

-

Wir freuen uns sehr, dass Sie an der Befragung teilgenommen haben, und danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung. Der Verein „EX-IN Deutschland" arbeitet als Kooperationspartner im Rahmen des Evaluierungsprojekts "InspPeer" an einer Visualisierung der Verbreitung von Peer-Angeboten in Deutschland. Sie sind herzlich dazu eingeladen, "EX-IN Deutschland " Ihre Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen, damit eine solche, von vielen Seiten gewünschte Kartographie der Peer-Angebote in Deutschland entstehen kann. Wir möchten darauf hinweisen, dass diese Daten unabhängig von der Teilnahme an unserer quantitativen Umfrage verarbeitet werden. Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Zur Bereitstellung Ihrer Kontaktdaten, oder für Rückfragen wenden Sie sich bitte an: kartographie@ex-in.de.

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

Peer-/ Gesamtumgebeglitzig in Deutschland - Mitarbeitende mit Leitungsfunktion

Sehr geehrte Teilnehmer:innen,

vielen Dank, dass Sie an unserer Befragung „Peer-/Gesamtumgebeglitzig im Arztkonsiliarsystem(en) in Deutschland" in Kürze unserer Studie Sepflux 7 teilnehmen.

Was ist das Ziel dieser Umfrage?

- Die Befragung ist unserer über Ihnen (wenn vorhanden) bekannt. Rückmeldung auf Ihre Person sind nicht möglich).
- Wir setzen uns für persönliche Meinung ein (wenn Sie es gelesen, antworten" oder „Ankreuz" ausreichen.
- Bitte versuchen Sie einen möglichst alle Fragen vollständig zu beantworten.
- Die Beantwortung dauert ca. 20 Minuten.
- Es handelt sich um eine anonyme Befragung, dennoch auch von möglichen Rückschlüssen auf Ihre Person sind nicht möglich).
- Bitte beachten Sie, dass Sie nur die Befragung teilnehmen, auch wenn Sie Ihre Fragen nicht.

- Diese Umfrage ist in vier DSGVO gefüllt.

Was haben Sie davon, an der Befragung teilzunehmen?

Sie haben dann vorliegt Ihre eigene Peer-/Gesamtumgebeglitzig in Deutschland im einzelnen. Auf Basis dieser Daten können Empfehlungen ausgesprochen werden, wie die Arbeitsumstände von Peer-/Gesamtumgebeglitzig in Deutschland verbessert werden können. Ihre Angaben sind daher sehr wichtig.

Hinweis zu dieser Befragung wurde der Begriff "Peer-/Gesamtumgebeglitzig" gewählt. Damit hat man die gleiche Bedeutung wie die Begriffe "Kreis/innen", "Peer/innen" oder ähnliches.

Wie können wir sicher sein, dass wir die Befragung teilnehmen, und meinen Daten bei nicht für Ihre Untersuchung.

Ihre Beantwortung wird anonym gespeichert.
Ihre Angaben werden nicht mit Ihrer Person verknüpft.
Es können keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden.

Ihre Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen die Befragung abbrechen. Wenn Sie die letzte Frage eine Zugangsschlüssel benutzt haben, ist keine Zuordnung Ihrer Antworten möglich. Sie können Ihre Antworten nicht mehr löschen lassen, da wir nicht wissen, welche Antworten Ihnen gehören.

Sie können Fragen auch einfach überspringen, wenn Sie sie nicht beantworten möchten. Sie können die Befragung auch jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen.

Ihr Ansprechpartner für diese Befragung ist:
Dr. med. Tobias Schmidt
Tel.: 0176 / 24 68 10 12
E-Mail: tobias.schmidt@ukmuenster.de

Einwilligung

Einwilligung zur Teilnahme

- **Hiermit erkläre ich, dass ich über die Ziele, den Ablauf und über die Dauer und den Nutzen der Online-Studie aufgeklärt bin.**
- **Ich habe die Möglichkeit gehabt, Fragen zu stellen, die mir zufriedenstellend beantwortet wurden. Ich habe genug Zeit gehabt, mich zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte oder nicht. Meine Einwilligung für die wissenschaftliche Auswertung meiner Angaben im Rahmen dieser Studie.**
- **Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Auswertungen und Veröffentlichungen verwendet werden können. Mir ist bekannt, dass meine Daten nicht gelöscht werden können, wenn ich meine Einwilligung zurückziehe.**
- **Ich habe genügend Zeit, um meine Entscheidung zur Studienteilnahme zu überdenken und bin so freiwillig.**

Bitte tippen Sie mit der Maus in die folgenden Antwortfelder.

- Ich bin mit der Nutzung meiner Daten gemäß Ihrer Einwilligung einverstanden. Alles ohne genannten Punkten können ich so.

Arbeitsbedingungen

Erklärung zur Peer-/Gesamtumgebeglitzig

Unter Peer-/Gesamtumgebeglitzig in Deutschland werden alle Personen, die in einem Peer-/Gesamtumgebeglitzig arbeiten, verstanden. Dies umfasst sowohl Personen, die in einem Peer-/Gesamtumgebeglitzig angestellt sind, als auch Personen, die in einem Peer-/Gesamtumgebeglitzig selbständig tätig sind. Dies umfasst sowohl Personen, die in einem Peer-/Gesamtumgebeglitzig in Vollzeit als auch Personen, die in einem Peer-/Gesamtumgebeglitzig in Teilzeit arbeiten. Dies umfasst sowohl Personen, die in einem Peer-/Gesamtumgebeglitzig in Deutschland als auch Personen, die in einem Peer-/Gesamtumgebeglitzig im Ausland arbeiten.

Wie lange arbeiten Sie bereits in dieser Position?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

In welchem Bundesland arbeiten Sie?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie wichtig sind folgende Aspekte für Ihre Arbeitszufriedenheit?

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten aus:

- Langeweile (1 = 100 Einwohner:innen)
- Langeweile (1 = 1.000 Einwohner:innen)
- Langeweile (1 = 10.000 Einwohner:innen)
- Langeweile (1 = 100.000 Einwohner:innen)
- Langeweile (1 = 1.000.000 Einwohner:innen)

Arbeiten Peer-/Gesamtumgebeglitzer:innen in Ihrer Organisation? *

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten aus:

- Ja
- Nein
- Weiß ich nicht

Wenn ja, wie viele Peer-/Gesamtumgebeglitzer:innen arbeiten in Ihrer Organisation?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wenn ja, wie viele Peer-/Gesamtumgebeglitzer:innen arbeiten in Ihrem Team?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie lange arbeiten bei Ihnen bereits Peer-/ Gesamtumgebeglitzer:innen?

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten aus:

- Weniger als 1 Jahr
- 1-2 Jahre
- 3-5 Jahre
- Mehr als 5 Jahre
- Weiß ich nicht / Sonstiges

Gab es eine Vorbereitung für die Mitarbeitenden auf die Zusammenarbeit mit den Peer-/Gesamtumgebeglitzer:innen? *

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten aus:

- Ja
- Nein
- Weiß ich nicht

Wenn ja, in welcher Form fand diese statt?

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten aus:

- Schulung über Peer-/Gesamtumgebeglitzer:innen
- Schulung über Genesungsbegleiter:innen
- Keine
- Weiß ich nicht
- Sonstiges/Anmerkungen

Wie wichtig sind folgende Aspekte für Ihre Arbeitszufriedenheit?

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten aus:

- Langeweile
- Sonstiges

Wie wichtig sind folgende Aspekte für Ihre Arbeitszufriedenheit?

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten aus:

- 1 Tätigkeit
- 2 Tätigkeit
- 3 Tätigkeit
- 4 Tätigkeit
- 5 Tätigkeit
- 6 Tätigkeit
- 7 Tätigkeit
- 8 Tätigkeit
- 9 Tätigkeit
- 10 Tätigkeit

Wie wichtig sind folgende Aspekte für Ihre Arbeitszufriedenheit?

Bitte wählen Sie aus den folgenden Antwortmöglichkeiten aus:

- Langeweile
- Sonstiges

Gibt es besondere Herausforderungen oder Hürden in der Zusammenarbeit mit Peer-/Genesungsbegleiter:innen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Worin bestehen Hürden?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Stundenumfang der Peer-/Genesungsbegleiter:innen zu gering
- Stundenumfang Peer-/Genesungsbegleiter:innen zu hoch
- Nicht genügend Peer-/Genesungsbegleiter:innen
- Strukturelle Abhängigkeiten
- Keine Barrierefreiheit
- Peer-/Genesungsbegleiter:innen haben keinen Zugang zum Dokumentationssystem
- Unklarheit der Rolle als Peer-/Genesungsbegleiter:in
- Unklarheit im Behandlungsteam in Bezug auf die Rolle der Peer-/Genesungsbegleiter:innen
- Unzureichender Austausch mit Peer-/Genesungsbegleiter:innen
- Als Vertreter:in einer neuen Berufsgruppe (Peer-/Genesungsbegleiter:in) in ein bestehendes Behandlungsteam zu kommen
- Unsicherheiten im Anstellungsverhältnis der Peer-/Genesungsbegleiter:innen (bspw. befristeter Arbeitsvertrag)
- Aufgaben der Peer-/Genesungsbegleiter:innen dürfen nicht eigenständig geplant werden
- Kein bzw. mangelnder Zugang zu Informationen für Peer-/Genesungsbegleiter:innen
- Peer-/Genesungsbegleiter:innen machen regelmäßige Überstunden
- Peer-/Genesungsbegleiter:innen werden nicht angemessen Vergütet
- Keine KarrieremöglichkeitenAufstiegschancen
- Keine feste Platzierung der Peer-/Genesungsbegleiter:innen in den Behandlungsabläufen
- Peer-/Genesungsbegleiter:innen haben keinen Zugang zu nötigen Materialien/ zu notwendiger technischer Ausstattung (Computer, Internet, etc.)
- Peer/Genesungsbegleiter:innen müssen sich selbst Unterstützung/Support suchen
- Kritik an den Strukturen ist nicht gewünschtkein Raum für Kritik
- Kampf um Deutungshoheit im Behandlungsteam
- Fehlende Integration der Peer-/Genesungsbegleiter:innen ins Behandlungsteam
- Peer-/Genesungsbegleiter:innen werden vom Behandlungsteam nicht gehört
- Fehlende Anerkennung der Peer-/Genesungsbegleiter:innen durch das Behandlungsteam
- Eigenes Erfahrungswissen ist nicht erwünscht/kann nicht eingebracht werden
- Die Peer-/Genesungsbegleiter:innen und ihre Arbeit werden nicht wertgeschätzt
- Fehlende Offenheit seitens der Mitarbeitenden gegenüber Peer-/Genesungsbegleitung
- Neue Ideen sind nicht erwünscht
- Konkurrenzerleben der anderen Mitarbeitenden
- Fehlende:r Ansprechpartner:in für Peer-/Genesungsbegleiter:innen
- Sonstiges:

Erläuternder Freitext erwünscht

Was würden Sie sich für die Zusammenarbeit mit Peer-/Genesungsbegleiter:innen wünschen?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Hospitation der Peer-/Genesungsbegleiter:innen während Tätigkeiten
- Ein gutes Konzept für Peer-/Genesungsbegleitung, das partizipativ gestaltet wurde
- Einzelne Mitarbeiter:innen (Schlüsselpersonen/ allies) als Bindeglied zwischen Peer-/Genesungsbegleiter:innen und Behandlungsteam
- Barrierefreiheit
- Rückhalt durch die Institution
- Mentor:innensystem
- Vernetzung der Peer-/Genesungsbegleiter:innen untereinander
- Angemessene Entlohnung
- Zugang zu nötigen Arbeitsmaterialien sowie zur technischen Ausstattung
- Konkrete Stellenbeschreibung
- Zugang zu Fort-/Weiterbildungen
- Vielfalt der Tätigkeit
- Sonstiges:

Wie wichtig finden Sie es, Peer-/Genesungsbegleiter:innen in Ihrer Organisation zu haben?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig" (1 Punkt) und "sehr wichtig" (10 Punkte)										

Akzeptanz

Inwieweit nutzen Sie die Erfahrungsexpertise der Peer-/Genesungsbegleiter:innen in Ihrem Arbeitsalltag?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "Wird gar nicht genutzt (1 Punkt)" und "Wird regelmäßig genutzt" (10 Punkte)										

Gab es in Ihrem Behandlungsteam negative Erfahrungen in Bezug auf den Einsatz von Peer-/Genesungsbegleiter:innen? (z.B. negative/ diskriminierende Kommentare über die Rolle oder auch Peer-/ Genesungsbegleitung an sich)

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein
- Würde ich lieber nicht sagen

Bitte schreiben Sie einen Kommentar zu Ihrer Auswahl

Erläuternder Freitext erwünscht

Welche Aspekte erleben Sie als positiv in der Zusammenarbeit mit Peer-/ Genesungsbegleiter:innen im Behandlungsteam?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Konstruktiver Umgang mit Kritik seitens der Mitarbeitenden
- Offenheit seitens der Mitarbeitenden
- Peer-/Genesungsbegleiter:innen sind gut im Behandlungsteam integriert
- Vertrauen in Peer-/Genesungsbegleiter:innen seitens der anderen Mitarbeitenden
- Es gibt einen geregelten Umgang mit Differenzen im Behandlungsteam
- Wertschätzender Umgang mit Krisen im Behandlungsteam
- Wertschätzender Umgang miteinander im Behandlungsteam
- Feedback zur eigenen Arbeit zu erhalten und geben zu können
- (Kritische) Haltung gegenüber dem System darf geäußert werden
- Kollegiale Zusammenarbeit
- Wertschätzende Neugier der Mitarbeitenden in Bezug auf Erfahrungsexpertise
- Ermutigung durch Kolleg:innen, sich auch fachlich weiterzuentwickeln
- Sonstiges:

Inwieweit trifft die folgende Aussage auf Sie zu:

"In meinem Behandlungsteam gibt es Verständnis für psychische Krisen aller Mitarbeitenden."

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Lehne vollständig ab
- Lehne eher ab
- Lehne weder ab, noch stimme zu
- Stimme eher zu
- Stimme vollständig zu
- Weiß ich nicht

Arbeitsfelder

In welchen Institutionen sollte Peer-/Genesungsbegleitung noch angeboten werden, wo dies bisher noch nicht üblich ist?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Welche Aufgabe/Aufgaben gehören in Ihrer Institution zur Arbeit von Peer-/ Genesungsbegleiter:innen?

Welche Aufgabe/Aufgaben sollten zur Arbeit von Peer-/ Genesungsbegleiter:innen in Ihrer Institution gehören können?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Diese Aufgaben gehören zur Arbeit von Peer-/Genesungsbegleiter:innen	**Diese Aufgaben sollten zur Arbeit von Peer-/Genesungsbegleiter:innen gehören können**
Genesungsfördernde Atmosphäre schaffen (Raumgestaltung, Umgang miteinander, gemeinsame Rückzugsorte schaffen, etc.)		
Beteiligungsmöglichkeiten für Nutzer:innen auf Station schaffen		
Mitwirkung an der strukturellen Entwicklung von Versorgungsangeboten		
Mitwirkung bei der psychosozialen Anamnese und Befunderhebung durch Einbringung der Patient:innenperspektive		
Stärkung der Patient:innenperspektive bei der Therapieplanung		
Teilnahme an Visiten		
Teilnahme an Teambesprechungen (Stationsbesprechungen, Verlaufsbesprechungen, Behandlungskonferenzen, etc.)		
Dokumentation der Tätigkeit unter besonderer Berücksichtigung des Recovery- und Ressourcenaspekts		
Dokumentation der Tätigkeit nach klinischen Richtlinien		
Mitwirkung an der Behandlungsplanung durch Stärkung der Patient:innenbeteiligung		
Begleitung bei der Erstellung von Vorsorgeinstrumenten (Behandlungsvereinbarung, Patientenverfügung, etc.)		
Einzelgespräche in Person		
Einzelgespräche digital (Telefon, Skype, Zoom etc.)		
Unterstützung bei Alltagsplanung/ im Alltagsleben		
Mitwirkung bei Stationsäquivalenter Behandlung (Home Treatment, aufsuchende Behandlung)		
Einzelkontakte bei Stationsäquivalenter Behandlung (Home Treatment, aufsuchende Behandlung)		
Familien- und Bezugspersonengespräche, Netzwerkgespräche in Abstimmung mit dem/ der Patient:in und dem therapeutischen Team		
„Dolmetschen" und Informationsvermittlung, z.B. im privaten oder beruflichen Umfeld der Nutzer:innen		
Brückenbau/ Vermittlung zwischen Nutzer:innen, Mitarbeitenden und Angehörigen		
Begleitung bei externen Angelegenheiten (wie Behördenterminen und Vernetzung in den öffentlichen Raum)		
Unterstützung und Begleitung in Krisensituationen		
Mitwirkung beim Übergangs- und Entlassmanagement		
(Ko-) Moderation von Begegnungsgruppen (z.B. offener Treff) und trialogischem Austausch (z.B. Psychose-Seminar)		
Teilnahme an Supervisions- und Balintgruppen		
(Ko-) Moderation therapeutischer themenspezifischer Gruppen (z.B. Psychoedukation)		
Vermittlung der Nutzenden an passende Stellen des Hilfesystems (z.B. Suchthilfe, Selbsthilfegruppen)		
Teilnahme an internen und externen Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen		
Durchführung von internen und externen Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen		
Kontakt zu externen Selbsthilfe- und Angehörigengruppen		
Teilnahme beim Ethikrat		
Tätigkeit als Trainer:in für Peer-/Genesungsbegleiter:innen		
Neue Peer-/ Genesungsbegleiter:innen anwerben		
Offene Sprechstunde		
Öffentlichkeitsarbeit (Aufklärungsarbeit, Antistigma-Arbeit, etc.)		
Angehörigenbegleitung		

Öffentlichkeitsarbeit

Ist der Begriff der Peer-/ Genesungsbegleitung in Ihrer Institution bekannt?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Haben Sie Anregungen, wie man Peer-/Genesungsbegleitung bekannter machen könnte?/ Fallen Ihnen spontan Ideen bezüglich möglicher medialer Präsenz oder anderer Kommunikationskanäle ein?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Soziodemografische Daten

Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Männlich
- Weiblich
- Divers
- Sonstiges

Wie alt sind Sie?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wir freuen uns sehr, dass Sie an der Befragung teilgenommen haben, und danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung. Der Verein „EX-IN Deutschland" arbeitet als Kooperationspartner im Rahmen des Evaluierungsprojekts "ImPeer" an einer Visualisierung der Verbreitung von Peer-Angeboten in Deutschland. Sie sind herzlich dazu eingeladen, "EX-IN Deutschland " Ihre Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen, damit eine solche, von vielen Seiten gewünschte Kartographie der Peer-Angebote in Deutschland entstehen kann. Wir möchten darauf hinweisen, dass diese Daten unabhängig von der Teilnahme an unserer quantitativen Umfrage verarbeitet werden. Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Zur Bereitstellung Ihrer Kontaktdaten, oder für Rückfragen wenden Sie sich bitte an: kartographie@ex-in.de.

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

Peer-/ Genesungsbegleitung in Deutschland - Nutzende

Sehr geehrte Teilnehmer:innen,

vielen Dank, dass Sie an unserer Umfrage „Peer-/Genesungsbegleitung im krankenhausinternationen Bereich in Deutschland" zur Bildung unserer Studie StepPeer 3 teilnehmen.

Was ist Ziel dieser Umfrage?

Peer-/Genesungsbegleiter:innen sind Menschen mit eigenen Krisenerfahrung, die Menschen mit psychischen Diagnosen/ psychischen Belastungen begleiten, beraten und unterstützen. Mit unserer Umfrage wollen wir Ihre Meinung zu dem aktuellen Arbeitsumfeld, der Haltung und Wünsche von Peer-/Genesungsbegleiter:innen sowie zur Erfahrungen und Zufriedenheit mit Peer-/Genesungsbegleitung erfassen.

Wie ist der Ablauf der Umfrage?

Der Fragebogen ist in 3 Teile unterteilt. Zum Schluss können Sie noch Anmerkungen machen.

Wie ist der Aufwand der Umfrage?

Die Bearbeitung der Fragen dieses Teiles vermutlich schnell. Bitte nehmen Sie sich trotz Zeitdruck 5 Minuten Zeit, um die Fragen sorgfältig zu beantworten.

Es besteht keine Möglichkeit, Ihre Angaben nachträglich zu ändern. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben, da Sie diese nicht mehr ändern können.

Wie ist der Datenschutz?

Ihre Angaben werden anonym und vertraulich behandelt. Es werden keine Daten gespeichert, die einen Rückschluss auf Ihre Person zulassen. Es werden keine Daten gespeichert, die einen Rückschluss auf Ihre Person zulassen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der Umfrage abbrechen. Bereits übermittelte Daten können nicht gelöscht werden, da sie anonym sind. Mehr dazu finden Sie in unserer Datenschutzerklärung.

Wie ist der Nutzen?

Ihre Teilnahme kann dazu beitragen, dass Peer-/Genesungsbegleitung in Deutschland in Zukunft noch besser gestaltet werden kann. Sie können mit Ihrer Teilnahme dazu beitragen, dass Peer-/Genesungsbegleitung in Deutschland in Zukunft noch besser gestaltet werden kann.

Wie ist der Kontakt?

Bei Fragen zu dieser Umfrage können Sie sich gerne an die Studienleitung wenden: Dr. Ruth Fricke, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Tel.: 040 7410-58243, E-Mail: r.fricke@uke.de

Hinweis: In dieser Befragung wird das Begriff "Nutzer:innen" verwendet. Damit sind alle Personen gemeint, die Peer-/Genesungsbegleitung in Anspruch nehmen.

Wir freuen uns sehr, dass Sie an der Befragung teilnehmen, und danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung.

Einwilligung

Einwilligung zur Teilnahme

- **Hiermit erklären Ich, dass ich über die Ziele, den Ablauf und über die Dauer und den Nutzen der Online-Studie aufgeklärt bin.**
- **Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu wissenschaftlichen Zwecken anonymisiert gespeichert und ausgewertet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass meine Daten, sofern sie nicht mehr identifizierbar sind, nicht gelöscht werden können.**
- **Ich habe genügend Zeit, um meine Entscheidung zur Studienteilnahme zu überdenken und frei zu treffen.**

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:
Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:

- Ich bin einverstanden
- Ich möchte nicht teilnehmen

Einzelfragen & Arbeitsbedingungen

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:
Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Wann ja, wo war die Begleitung angesiedelt?

Basierend auf Ihre Frage war, seine folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort von Ja bei Frage '(A21) Wurden Sie schon einmal durch eine Peer-/Genesungsbegleiter:in begleitet?)

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:
Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Krankenhaus Stationär
- Krankenhaus Ambulant (Tagesklinik)
- Krankenhaus Ambulant (Akutaus Behandlung, Home Treatment)
- Krankenhaus Ambulant
- Psychiatrische Institutsambulanz Dienst oder Spezialisiert (ASP, SPZ, SPZ)
- Aufsuchung (z. B. über psychiatrischen Beruf)
- Integrierte Versorgung
- Sonstiges (z. B. Gemeindepsychiatrischen Betreiber:in (B. EUTB, Eingliederungshilfe, ambulant betreutes Wohnen, Pflegedienst, Werkstatt für Menschen mit Behinderung, Behindertenpolitik etc.)
- Sonstiges

Wann ja, wie lange hat die Begleitung Ihrer Einschätzung nach gedauert?

Basierend auf Ihre Frage war, seine folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort von Ja bei Frage '(A21) Wurden Sie schon einmal durch eine Peer-/Genesungsbegleiter:in begleitet?)

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:
Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:

- Bis zu einem Monat
- Zwei Monate
- Drei Monate
- Bis zu einem halben Jahr
- Ein Jahr lang
- Über ein Jahr
- Sonstiges

Wenn ja, welche Aufgaben hat Ihre Peer-/Genesungsbegleiter:in übernommen?

Basierend auf Ihre Frage war, seine folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort von Ja bei Frage '(A21) Wurden Sie schon einmal durch eine Peer-/Genesungsbegleiter:in begleitet?)

Und welche Aufgaben sollte Ihre Peer-/Genesungsbegleiter:in übernehmen können?

Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:
Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Genesungsförderndes Atmosphäre schaffen (Ressourcenblick, Umgang mit Krisen, gemeinsame Entwicklung von Zielen)	**Ihren aufgaben gehörten zu der Arbeit meiner Peer-/Genesungsbegleiter:innen**	**Diese Aufgaben sollten zur Arbeit von Peer-/Genesungsbegleiter:innen gehören können**
Beteiligungsmöglichkeiten für Nutzer:innen auf Stationsebene ermöglichen		
Mitwirkung an der strukturellen Entwicklung von Versorgungsangeboten		
Mitwirkung bei Qualitätsmanagement, Prozesse und Behandlungspfade durch Erfahrungen für Patient:innenperspektive)		
Stärkung der Selbstwirksamkeit von Nutzer:innen bei der Therapieplanung		
Teilnahme an Visiten		
Teilnahme an Teambesprechungen (Stationsübergaben, Teilhabekonferenzen, Behandlungsbesprechungen, etc.)		
Unterstützung bei der Entlassung und Nachsorgung, die Recovery- und Ressourcenorientiert		
Dokumentation der Arbeit nach klinischen Richtlinien		
Mitwirkung an der Behandlungsplanung durch Erfahrungswissen und Perspektive		
Begleitung bei der Erstellung von Versorgungsdokumenten (Behandlungsvereinbarung, Krisenplan, Genesungsplan)		
Einzelgespräche in Person		
Einzelgespräche digital (Telefon, Skype, Zoom etc.)		
Gruppenangebote (Genesungsgruppen, Psychoedukation)		
Mitwirkung bei Stationsspezifischen Behandlung (Home Treatment, ambulanten Behandlung)		
Mitwirkung bei Stationsspezifischen Behandlung (Home Treatment, ambulanten Behandlung)		
Familien- und Bezugspersonenangebote, Angehörigenarbeit, Psychoedukation, Peer-Arbeit, Patient:in und den therapeutischen Team		
Vermittlung zwischen Nutzer:innen und dem privaten oder beruflichen Umfeld der Nutzer:innen		
Vermittlung von Kontakten zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen		
Begleitung bei externen Angelegenheiten (z.B. im Behördenkontakt und Sozialen Netzwerken)		
Unterstützung und Begleitung in Krisensituationen		
Unterstützung bei der Wiedereingliederung (z.B. Arbeitsplatz- und Begleitung in Arbeitsplatz, offenen Treff- und Anlaufstellen, Sozialraum) z.B. Arbeitsplatz		
Teilnahme an Supervisions- und Reflexionsgruppen (Kes) Moderierende therapeutischen (kommunikativer Prozesse, Gruppenprozesse)		
Vermittlung der Nutzer:in an passende Stellen im Hilfesystems (z.B. Sozialhilfe, Schuldhilfegruppen)		
Unterstützung bei Selbsthilfe-Aktivitäten und Weiterbildungsmaßnahmen		
Durchführung von internen und externen Schulungsmaßnahmen (Psychoedukation)		
Kontakt zu externen Selbsthilfe- und Angehörigengruppen		
Begleitung bei Arztbesuchen		
Tätigkeit als Trainer:in für Peer-/Genesungsbegleiter:innen		
Neue Peer-/Genesungsbegleiter:innen anwerben		
Öffentlichkeitsarbeit (Aufklärungsarbeit, Antistigma-Arbeit, Aufgeklärtgestaltung		

Wie haben Sie von dem Angebot der Peer-/Genesungsbegleitung erfahren?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wurde Ihnen/Ihr/ihm haben Hürden bei Zugang zur Peer-/Genesungsbegleitung bestanden?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

In welchem Bundesland haben Sie Peer-/Genesungsbegleitung erhalten?

Basierend auf Ihre Frage war, seine folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort von Ja bei Frage '(A21) Wurden Sie schon einmal durch eine Peer-/Genesungsbegleiter:in begleitet?)

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie würden Sie die Region, in der Sie Peer-/Genesungsbegleitung erhalten haben, beschreiben?

Basierend auf Ihre Frage war, seine folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort von Ja bei Frage '(A21) Wurden Sie schon einmal durch eine Peer-/Genesungsbegleiter:in begleitet?)

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:
Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:

- Landgemeinden (ca. < 5000 Einwohner)
- Kleinstadt (5000 - 20.000 Einwohner)
- Mittelstadt (20.000 - 100.000 Einwohner)
- Großstadt (> 100.000 Einwohner)
- Metropole (> 1.000.000 Einwohner)

Wie wichtig finden Sie es, dass Peer-/Genesungsbegleitung frei der Regelversorgung wird?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig" (1 Punkt) und "sehr wichtig" (10 Punkte)

Wie wichtig finden Sie es, dass Peer-/Genesungsbegleitung offiziell als Beruf anerkannt wird?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig" (1 Punkt) und "sehr wichtig" (10 Punkte)

Good Practice/Implementierungsempfehlungen

Haben Sie konkrete Ideen oder Anregungen zur erfolgreichen Implementierung und Integration von Peer-/Genesungsbegleitung in bestehende Versorgungsangebote?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Sprache

Sind Sie der Meinung, dass Peer-/Genesungsbegleiter:innen zur Enteignungsstörung der Sprache in klinischen Arbeitskontext beitragen?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:
Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein
- Sonstiges

Weiterbildung

Wie wichtig finden Sie es, dass Peer-/Genesungsbegleiter:innen in die Entwicklung von Ausbildungs-/ Weiterbildungsformaten für andere Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Pflegende, etc.) miteinbezogen werden?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig" (1 Punkt) und "sehr wichtig" (10 Punkte)

Peer-Rolle

Wie wichtig finden Sie es, dass Peer-/Genesungsbegleiter:innen ihr Erfahrungswissen einsetzen können?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig" (1 Punkt) und "sehr wichtig" (10 Punkte)

Wie wichtig finden Sie es, dass es besondere Regelungen für Peer-/Genesungsbegleiter:innen gibt?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig" (1 Punkt) und "sehr wichtig" (10 Punkte)

Wenn Sie es für wichtig halten, welche Regelungen sollte es geben?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Training

Wir benutzen hier das Wort „Training". Damit sind alle Arten von Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen für Peer-/Genesungsbegleitung gemeint.

Wie wichtig finden Sie es, dass Peer-/Genesungsbegleiter:innen nur nach vorheriges Training zum/zur Peer-/Genesungsbegleiter:in möglich ist?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bewerten Sie auf einer Skala zwischen "unwichtig" (1 Punkt) und "sehr wichtig" (10 Punkte)

Arbeitsfelder

In welchen Institutionen sollte Peer-/Genesungsbegleitung noch angeboten werden, wo dies bisher noch nicht üblich ist?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Öffentlichkeitsarbeit

Haben Sie Anregungen, wie man Peer-/Genesungsbegleitung bekannter machen kann, um Menschen mit Krisenerfahrung bezüglich möglicher weiterer Peer-/Genesungsbegleiter:innen oder Kommunikationsstudie etc?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Sozialen/demografischen Daten

Fragen Sie bei gewissen Fragen betreffen die persönliche Lebenssituation. Dabei werden Themen angesprochen, die manche Menschen, vielleicht gerade Menschen mit Krisenerfahrung, belasten können. Bitte beachten Sie, dass Sie jederzeit die Befragung beenden können. Mit Ihren Antworten helfen Sie uns jedoch dabei, die wichtige Lage von Peer-/Genesungsbegleitung besser zu verstehen. Dadurch können wir auch unsere Empfehlungen zur weiteren Implementierung von Peer-/Genesungsbegleitung bedarfsgerechter gestalten. Insofern bitten wir Sie, diese Fragen, wenn es Ihnen möglich ist, zu beantworten.

Welchen Geschlecht ordnen Sie sich zu?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:
Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:

- Männlich
- Weiblich
- Divers
- Sonstiges

Wie alt sind Sie?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie viele Personen, inklusive Ihnen selbst, wohnen aktuell in Ihrem Haushalt?

In diesen Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.
Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Bildungsniveau

Welchen höchsten allgemeinen Schulabschluss haben Sie?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:
Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten aus:

- Noch keinen Abschluss, ich gehe noch zur Schule
- Keinen Schulabschluss
- Haupt-/Volksschulabschluss oder Mittlere Reife
- Volks-/Hauptschulabschluss
- Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachschule)
- Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachschule/Schule)
- Abitur/Hochschulreife
- Sonstiges

Welchen höchsten beruflichen Abschluss haben Sie?

Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:
Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

- Noch keinen Abschluss, ich mach in beruflicher Ausbildung (z.B. Studierende, Auszubildende, etc.)
- Keinen beruflichen Abschluss
- Anlern-/Ausbildung ohne Abschluss
- Fachschulabschluss (Meister, Diplom, Magister)
- Bachelor/BA
- Abiturient
- Ausbildung zur Peer-/Genesungsbegleiter:in
- Sonstiges

Einkommen

Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:
Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

- Gehalt
- Lohn, Rente, Pension
- Arbeitslosengeld (auch bei Fortbildung / Umschulung oder Übergangsgeld)
- Krankengeld, Mutterschaftsgeld
- Elterngeld, Mutterschaftsgeld während des Mutterschutzfrist
- BAföG, Berufsausbildungsbeihilfe, Berufsausbildungsbeihilfe
- Einnahmen
- Nichts davon
- Sonstiges

Persönliche Erfahrung

Wann haben Sie erstmalig persönliche Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wann waren Sie zum ersten Mal mit dem Gesundheitssystem wegen Ihrer psychischen Gesundheit in Kontakt?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

**Wie lange haben Sie die Erfahrungen schon

Anhang 6: Soziodemographie QUAN

Tabelle 67

Gruppe	PSW		Nutzende		Mitarbeitende		Leitung	
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Geschlecht								
Männlich	55	29.4	55	28.4	33	26.8	50	35.7
Weiblich	131	70.1	133	68.6	89	72.4	90	64.3
Divers	1	0.5	6	3.1	1	0.8		
Höchster allgemeiner Schulabschluss								
Noch keinen Abschluss, ich gehe noch zur Schule			1	0.5				
Keinen Schulabschluss	1	0.6	2	1.0				
Grundschul- bzw. Primarabschluss			2	1.0				
Volks-/Hauptschulabschluss	11	6.1	7	3.5				
Realschulabschluss/Mittlere Reife	51	28.5	41	20.7				
Fachhochschulreife	30	16.8	29	14.6				
Abitur/Hochschulreife	86	48.0	116	58.6				
Ausbildung im sozialen Bereich								
Ja	46	25.6						
Nein	134	74.4						
Genesungsbegleitung erhalten								
Ja	25	13.7						
Nein	158	86.3						
Höchster beruflicher Abschluss								
Kein Abschluss, in Ausbildung	2	1.1	19	9.9				
Kein Abschluss, nicht in Ausbildung	2	1.1	5	2.6				
Abgeschlossene Ausbildung	104	56.8	93	48.4				

Hochschulabschluss (Bachelor)	20	10.9	25	13.0				
Hochschulabschluss (Master, Diplom, Magister)	50	27.3	55	28.6				
Promotion/Ph.D.	3	1.6	3	1.6				
Ausbildung zur Genesungsbegleiter:in	99	54.1						
Einkünfte								
Gehalt für Peerbegleitung	144	79.1						
Gehalt für andere Tätigkeiten	47	25.8	107	58.2				
Eigene Rente, Pension	66	36.3	44	23.9				
Arbeitslosengeld (auch bei Fortbildung / Umschulung oder Übergangsgeld)	5	2.7	5	2.7				
Arbeitslosengeld II, Sozialgeld	21	11.5	19	10.3				
Elterngeld, Mutterschaftsgeld während des Mutterschutzes			5	2.7				
BAföG, Stipendium, Berufsausbildungsbeihilfe	1	0.5	10	5.4				
Unterhalt	5	2.7	15	8.2				
Nichts davon	2	1.1	9	4.9				
Hauptsächliche Beschäftigung								
Vollzeit (wöchentliche Arbeitszeit von ≥ 35 Stunden)					63	52.5		
Teilzeit (wöchentliche Arbeitszeit von 15 - 34 Stunden)					55	45.8		
Selbstständig					1	0.8		
Berentet/ Pensioniert					1	0.8		
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
Alter	50.2	9.3	45.1	13.7	43.4	12.4	51.8	9.4
Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden					33.7	65.1		
Haushaltsgröße	1.8	1.1	2.3	1.3	2.4	1.1		

Anm.: Deskriptive Statistik soziodemografische Daten, PGB, Nutzende, Mitarbeitende, Leitung*

Tabelle 68: Soziodemographie der ToC Workshops

ToC Workshop	ToC 1		ToC 2		ToC 3		ToC 4		ToC 5		ToC 6	
	30.03.2021		*31.05.2021*		*31.05.2022*		*07.06.2022*		*04.09.2023*		*23.10.2023*	
Teilnehmendenanzahl	8		12		10		13		9		10	
							Geschlecht					
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
Gruppenzugehörigkeit												
PSW	2	4	3	2	2	5	1	3	1	8	2	4
Nutzer:innen	1	1	3		1		1	1			2	
Profis			2	2	2		3	4			1	1

<u>Anhang 9</u>: Inputs und Code-Systeme QUAL2-Phase

Im Folgenden finden sich die Inputs und Code-Systeme der QUAL2-Phase. Diese Übersicht soll einen Überblick darüber verschaffen, welche Fragen leitend waren und welche Codes und Kategorien aus dem Material herausgearbeitet wurden. Wie beschrieben, orientieren sich die Erhebungen und Auswertungen der QUAL2-Phase stärker an Veröffentlichungen und Publikationen. Für jedes Teilprojekt ist also mindestens eine Publikation geplant, erstellt oder in der Erstellung. Die meisten Code-Systeme und Publikationen der Teilprojekte umschließen dabei auch Ergebnisse, bzw. Material aus der QUAL1-Phase, was untenstehend entsprechend markiert ist.

TP 1: Finanzierungsmodelle

<u>Input für Fokusgruppe und die Interviews</u>:

- Bestandsaufnahme
    - Wie werden PB* in Ihrer Institution finanziert?
        - Bzw. wo kommt das Geld her, wie wird es finanziert?
        - Wie kam dieses Modell zustande? Wer war in dem Prozess beteiligt bzw. wer war dafür zuständig?
        - Hat sich die Finanzierung im Laufe der Zeit geändert?
        - Welche Vorteile / Nachteile hat dieses Finanzierungsmodell?
        - Wird es als Kassenleistung abgerechnet*?*
    - In welcher Form sind die PB* beschäftigt/angestellt?
        - Wie werden die PB* eingruppiert (wenn Tarifvertrag)?
        - Wie und von wem wurde dieser verhandelt?
        - Warum wurde diese Art der Entlohnung ausgewählt
- Herausforderungen
    - (1.) Wie beeinflusst die Finanzierung (inkl. etwaiger Hürden) die Implementierung/Einstellung von PB*?
        - Entstehen Konflikte dadurch? (z.B. wenn ein/eine PB* eine Pflegestelle besetzt) *(nur einbringen, wenn oben dies als Punkt genannt wurde und auch erst nach der 1. Frage zu Herausforderungen)*
    - Wie beeinflusst dieses Modell der Finanzierung/Entlohnung der PB* die Praxis/Arbeit in der Institution?
        - Verhindert die Finanzierung die Einbringung des Mehrwerts der PB* in ihrer Arbeit?
    - Ergeben sich Schwierigkeiten aufgrund der Entlohnung der PB*?
- Wünsche
    - Welche konkreten Verbesserungsvorschläge und notwendige nächste Schritte aus der aktuellen Situation heraus hätten Sie (vorzuschlagen)?
    - Wie sollte Ihrer Meinung nach eine ideale Finanzierung(smodell) aussehen?
    - Welche tarifliche Eingruppierung wäre für PB angemessen?
- Berufsbild/Berufsmachung Peerbegleitung

- Sind die PB eine eigene Berufsgruppe in Ihrer Institution?
    - Nein: welcher anderen Berufsgruppe sind sie untergeordnet?
        - Sollte PB als eigene(r) Beruf(sgruppe) (staatlich) anerkannt werden? (Warum?) Wäre es notwendig/wichtig, dass sie eine eigene BG konstituieren?
        - Was braucht es dafür? Welche Hürden gibt es?
    - Ja: Wenn Ja, inwieweit lässt sich dieser Beruf von anderen BG abgrenzen?
        - Wird es ausschließlich durch die Aufgabenverteilung abgegrenzt?
        - Wie wird es gehandhabt? Ist die Aufgabenverteilung klar oder gibt es Grenzzonen?
        - Entstehen dadurch Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit?
        - Welcher Leitung ist die BG der PB untergeordnet?
        - Ist das vertraglich relevant? *(inwiefern könnte es überhaupt relevant sein, verstehe die Frage nicht ganz? eventuell streichen?)*
- Wer ist am ehesten *"zuständig"* das Profil der PB zu schärfen bzw. sollte es sein?"

Code System:

Codesystem
Wünsche und Empfehlungen
Was bringen PB* mit?
Behandlungserfahrungen als NU
Lebenserfahrungen
Berufs-/ Ausbildungserfahrungen im Vorfeld
Zusätzliche Qualifikationen
Vorerfahrung/ Wissensressourcen aus anderen Berufen/ Arbeitserf
(Keine) vorbereitende Maßnahmen in der Institution
Wie kam PB in die Institution?
PB als Teil eines Gesamtkonzeptes
Nachfrage nach PB
Vorerfahrungen mit PB* im Team
(Keine) Vorbereitung von PB als Angebot
(Keine) Vorbereitung von Seiten der Institution
(Kein) Wissen der MA zur Implementierung
Hilfreiche Ausbildungen/ Voraussetzungen im Team
(Keine) Vorbereitung auf Zusammenarbeit mit PB*

- (Kein) geeignetes Einstellungsverfahren
- (Keine) Stellenbeschreibung
- (Kein) Vorstellungsgespräch
- Schwierigkeiten und Bedenken in Bezug auf die Einstellungsproze
- Konkrete Implementierungsmodelle
  - Satellitenmodell (PB* arbeiten in einer eigenständigen Einheit)
  - „Peer Akademie“ (Begriff wurde genannt)
  - Einsatzort
- (Keine) Einarbeitung
  - Erfahrungen mit (keiner) Einarbeitung
    - Zeit und Raum haben anzukommen
    - Einarbeitungsplan/ Leitfaden für Einarbeitung
    - (Unkoordinierter) Verlauf der Einarbeitung
    - (Nicht) vorgestellt werden im Team
    - (Keine) verantwortliche Person/ feste Zuständigkeit auf (Leitun
    - Begleitung der Einarbeitung der PB*
    - „Keine Einarbeitung notwendig, weil PB* die Einrichtung kennt“
  - Verbesserungspotenziale für die Einarbeitung
- (Fehlende) Infrastrukturen
  - Arbeitsbedingungen
    - (Keine) Barrierefreiheit
    - Allg. Personalmangel
    - Räumlich (Un)möglichkeiten
    - (Kein) Zugang zum Dokumentationssystem
    - Arbeitsplatzgestaltung
  - Möglichkeiten zur Mitbestimmung in Gremien
  - (Keine) Anerkennung PB als Berufsgruppe
    - Wer sollte "zuständig" sein für Profilschärfung PB?
    - Unklarheiten in der Rolle
    - PB existiert nicht als Rubrik in der Planung
    - Angebote sind nicht für alle NU zugänglich
    - Folgen fehlender Anerkennung als Berufsgruppe
    - Berufsgruppe kann sich nicht konstituieren
  - (Nicht angemessene) Entlohnung
    - Fehlen einer Entlohnungsgruppe/ fehlende Abrechnungsmöglichkeit

- Alternative/ kreative Finanzierungsmodelle/ Möglichkeiten der F
- Keine/ unzureichende Entlohnung Aufwände im Zusammenhang mit Ar
- Unterschiedliche Vergütung für dieselbe Arbeit
- Nicht mehr un(ter)bezahlt arbeiten (wollen)
- Eingruppierung bisher (inkl. Entscheidungsprozess)
- Ideen/ Vorschläge zur Eingruppierung
- Zufriedenheit mit Bezahlung/Eingruppierung
- Folgen eines geringen Stellenanteils
  - Belastungen
    - Nicht gehört werden/ unsichtbar
    - Eigene Informationen kommen nicht an
    - Nichts vom Team oder Patient*innen mitbekommen
    - Teilnahme an Supervision und Fobi nicht möglich
    - Nachteil durch geringe Arbeitszeit (?)
  - Chancen
    - Schutz vor Vereinnahmung
    - Kombination verschiedener Tätigkeiten möglich
    - Flexibilität hinsichtlich der Arbeitszeitregelung möglich
    - PB als Möglichkeit für Geringverdienende
- (Umgang mit) Erfahrungswissen
  - Was zählt als EW?
    - PB mit Angehörigenexpertise
    - Erfahrungen sind eine Ressource und Perspektive
  - Eigene (Erfahrungs-) Perspektive (nicht) einbringen können
    - Gesprächsführung mit Erfahrungsexpertise
  - Umgang mit EW innerhalb des Teams
    - (Kein) dezidiertes Abrufen von EW durch andere MA
    - Homogenisierung von EW im Team (Unterschiede werden nicht geseh
    - Grad der Transparenz/Offenheit mit eigenen Erfahrungen der Peer
    - Umgang mit EW von anderen BG
  - Wie bringen PB* EW ein?
  - Mit welchem Ziel wird EW eingebracht?
    - In Hinblick auf NU
    - In Hinblick auf andere MA
    - In Hinblick auf sich selbst

- Was kann EW? (erweitert auch die Kategorie „Was bringen PB* mit
  - Andere Sichtweisen auf Grund eigener Erfahrungen
  - Die gleiche Sprache sprechen wie NU/ stellt die richtigen Frage
  - Vertrauensvorschuss bei NU
  - EW führt zu mehr Verstehen von NU
  - EW kann NU und MA entängstigen
  - Eisbrecherfunktion
  - Die Ruhe bewahren/ darum wissen, dass Veränderung Zeit braucht
  - EW verhilft dazu Diagnosen zu hinterfragen
  - Wissen wie sich etwas anfühlt
  - Wissen, wie man „da raus“ kommt
- Voraussetzungen für gute Arbeit der PB*/ Förderliches für die P
  - Strukturelle Bedingungen/ Vorbereitung
    - Kulturwandel ist entscheidend für Implementierung
    - Gutes Konzept für PB, partizipativ gestaltet
    - Rahmenkonzept für die Implementierung der PB
      - Vorbereitung der Implementierung
    - Mentorensystem
    - Einzelne MA als Bindeglied zwischen PB* und Team
    - Eigener Raum
    - Eigener KIS Zugang
    - Rückhalt durch die Institution
    - Arbeitgeberfürsorge/ Umgang mit Krisen
    - Klare Leitungsstrukturen
    - Stellenbeschreibung
    - Zugänglichkeit Fortbildung/ Weiterbildung
    - Arbeitsplatzwechsel ermöglichen
    - Praktika anbieten
      - als Möglichkeit sich auszuprobieren
    - Vernetzung der PB* untereinander
    - Barrieren anschauen
    - Geregelter Umgang mit Differenzen
      - Prozedere für Kommunikation bei Schwierigkeiten
    - Über das PB Angebot informieren
  - Zwischenmenschliche, personengebundene Voraussetzungen

Vertrauen der MA in PB*
Zeit, um Vertrauen zu entwickeln
Offenheit bei den anderen BG/ Neugier in Team
Offenheit in der Aushandlung Aufgaben/ Rolle
Individuelle Voraussetzungen der PB
PB* setzt sich durch/ handelt emanzipiert
Stationsleitung und OberärztIn müssen im Boot sein
Friedliche Koexistenz
Konflikte ansprechen können
(Kritische) Haltung gegenüber dem System darf sein
Feedback kriegen zur eigenen Arbeit und geben dürfen
Feedbackgespräche mit Leitung
Feedback von anderen MA
Was verstanden sein muss, um Menschen erreichen zu können
Strategische Weiterentwicklung
Maßnahmen, um PB als Berufsgruppe zu etablieren
Braucht es eine PB* Quote?
Sich als Arbeitgeber attraktiv machen (müssen)
Selbstvertretung der PB in der Einrichtung
Mehr partizipative Forschung
Ausblick/ Blick in die Zukunft/Vision

Veröffentlichung: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39557047/

TP 2 und 3: Kollektives Wissen und Erfahrungswissen

Input für partizipative Workshops:

1. offene Einstiegsfrage - Was versteht ihr unter 'Wir Wissen'?
2. Wie lebt ihr Wir Wissen in der Arbeitspraxis?
3. Wie unterscheidet sich Wi- Wissen von PGB* vom Praxiswissen anderer Berufsgruppen?

Code System:

WIR Wissen mit Nutzenden (NU) leben
- Wir Wissen in der Beziehungsgestaltung
- WIR Wissen durch Lernen von begleiteten NU
- Perspektivenwechsel durch PGB* als Teil von Wir Wissen
- Ausbildung von großer Sensibilität für NU als Qualität von Wir Wissen
- Gesten der Nähe mit NU als Teil von Wir Wissen

Prozessorientierung anstelle Lösungsorientierung als Aspekt von Wir Wissen

Unterschiedliche Perspektiven auf Wir Wissen mit formal qualifizierten MA

Wir Wissen als Multiprofessionelles Wir Wissen

Gelebtes WIR Wissen in einem selbstorganisierten Peer Team

Das Erwerben von gelebtem WIR Wissen als Kompetenzerweiterung von PGB*

Austausch von Wir Wissen unter PGB* erhält Rollenidentität als PGB*

Hilflosigkeits- und Ohnmachtserfahrungen als Anteile von Wir Wissen

Veröffentlichung: In der Erstellung

TP 4: MA mit eigenen Krisenerfahrungen

Inputs:

<table>
<tr><td colspan="4">LEITFADEN zur Ermittlung des Umgangs mit eigenen Krisen- und Behandlungs-erfahrungen im- Arbeitsumfeld + Arbeitsbedingungen, Haltung, Erfahrungen</td></tr>
<tr><td>Themen</td><td>Offene Einstiegsfrage</td><td>Konkretisierende Nachfragen</td><td>Mögliche Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</td></tr>
<tr><td>Aktuelle Situation
Diese Fragen dienen dem Verständnis zur persönlichen Positionierung</td><td>Wie definieren Sie für sich den Begriff der „Erfahrung“, insbesondere im Zusammenhang mit EKB und im Arbeitskontext?</td><td>Welche Begriffe halten Sie für angemessen um Fachkräfte mit EKB/ und ihre Kompetenzen zu benennen?

Welche Begriffe nutzen Sie zur Selbstbezeichnung? (z.B. Peer?/ Doppelt Qualifiziert?/ Erfahrene:r? Andere?)</td><td>Können Sie dazu noch mehr erzählen?

An welcher Stelle in Ihrem Leben / auf welche Weise wurde das für Sie klar?</td></tr>
<tr><td>Arbeitsumfeld
Die folgenden Fragen widmen sich Ihren persönlichen Motivationen, Ansichten und Erfahrungen im psychiatrischen Berufsfeld.</td><td>Inwiefern halten Sie es für wichtig eigene Erfahrung(en) in die psychiatrische Arbeit einzubringen?</td><td>Welche Fähigkeiten und Qualifikationen halten Sie für Ihre Arbeit generell für wichtig?
Welche Erfahrung(en) bringen Sie in Ihre Arbeit ein?
Inwiefern unterscheidet sich Ihre Arbeitsweise von</td><td>In welcher Situation wurde das für Sie deutlich?
Wie erleben Sie das?

Könnten Sie vielleicht ein Beispiel nennen?</td></tr>
</table>

		der Ihrer Kolleg:innen? (Bringen Sie z.B. andere Kompetenzen als Ihre Kolleg*innen mit ein? Welche?)	Erzählen Sie doch einmal, wie das war? Und dann? Wie war das für Sie? Wie sehen Sie das? Wodurch ist das eingetreten?
		Inwiefern wünschen/ sehen Sie die Notwendigkeit einer klaren Abgrenzung zwischen PB* und MA ohne EKB? Und wie verorten Sie sich dabei?	
		Haben Sie mit Ihren Kolleg*innen/ Arbeitgebern offen über Ihre EKB sprechen können/ wollen?	
		Wäre es Ihnen wichtig zu wissen, ob ein*e Kolleg*in EKB hat? Aus welchem Grund (nicht)?	
Arbeitsbedingungen/ Strukturen Im Folgenden geht es um die *strukturellen* Bedingungen für eine gute Arbeitsatmosphäre.	Auf welche Weise wird an Ihrem Arbeitsplatz dafür gesorgt, dass Menschen mit EKB gut arbeiten können?	Wie wird in Ihrem Arbeitsumfeld generell mit dem Thema Krisen-/ Behandlungserfahrungen bei Mitarbeitenden umgegangen? Welche Ansätze/ Maßnahmen würden Sie für sinnvoll halten?	
		Inwiefern könnte das Offenlegen von EKB Ihr Arbeitsumfeld und die psychiatrische Arbeit verändern?	
		Was denken Sie, ist die Motivation Ihrer Institution, PB* einzustellen? Was denken Sie hält andere Institutionen davon ab?	

Unterschiede/ Gemeinsamkeiten EKB und ohne/ Vergleich zu PB* In diesen Fragen gehen wir noch mal mehr auf mögliche Unterschiede/ Gemeinsamkeiten der Berufsgruppen ein:	Gibt es aus Ihrer Sicht einen Unterschied zwischen (ehemaligen) Patient*innen, PB* und Mitarbeitenden mit Krisen-/ Behandlungserfahrungen?	Welche Unterschiede sehen Sie zwischen MA mit EKB und PB*? Welche Unterschiede sehen Sie zwischen den beiden Berufsgruppen und Patient*innen --- Welche Vor-/Nachteile sehen oder erleben Sie in der Zusammenarbeit mit PB*? Mit MA mit und denen ohne EKB? --- Wie nehmen Sie die Arbeitssituation für MA mit EKB in Ihrer Institution wahr? Worin unterscheidet sich diese von der Ihrer PB*-Kolleg*innen? Worin unterscheidet sich Ihre Arbeit von der, die von den PB erwartet/ den PB zugetragen bzw. von den PB* tatsächlich geleistet wird?	Können Sie dazu noch mehr erzählen? Könnten Sie vielleicht ein Beispiel nennen?
		Welche Erfahrungen gibt es mit Kolleg*innen an Ihrem Arbeitsplatz, die ihre EKB offen kommunizieren? Welchen Effekt hat das auf Sie und Ihre Sicht auf Ihre Arbeitsweisen?	
		Wenn MA mit EKB-geouteten Kolleg*innen arbeitet:	

		Welche Vor-/Nachteile sehen oder erleben Sie in der Zusammenarbeit mit Ihren EKB-geouteten Kolleg*innen (die keine PB* sind)?	
EKB/ Rückfall-Prävention	Inwiefern werden PB* durch Ihre Institution/ Leitung Möglichkeiten angeboten, um sich vor Krisen/ Rückfällen zu schützen? Gäbe es hiervon etwas, was Sie sich auch für Ihre Berufsgruppe/ für sich persönlich wünschen?	Wie schätzen Sie Ihr eigenes Risiko eines Rückfalls/ Neuauftreten einer Krise ein? ---------- Welche Möglichkeiten sehen Sie in einem offenen Umgang mit EKB um sich vor Rückfällen/ neueren EKB zu schützen?	
Abschlussfrage	Was meinen Sie: wenn alle MA mit EKB geoutet wären, bräuchte es dann noch PB*? Warum/ inwiefern?	Wie denken Sie, sollte die Psychiatrie von morgen aussehen? Was ist Ihr Wunsch/ Ihre Vision, insbesondere in Bezug auf das Thema EKB??	

Leitfaden Fokusgruppe Teilprojekt „Betroffene Profis“

Thema	Zitate	Frage	Konkret. Nachfragen
Ich habe sehr viele Kliniken angefragt für eine Teilnahme, mit der Prämisse, dass ich nur Profis interviewen möchte, die für sich beanspruchen keine eigene Krisen- und oder Behandlungserfahrungen zu haben. 3 Personen haben sich gemeldet. Das hat natürlich die grundsätzliche Frage aufgeworfen: Wie kommt das? Was kann uns das sagen? Wie kommt es, dass Sie für sich sagen können, dass Sie keine EKB haben? (Wie definieren Sie EKB?) Wie hoch schätzen Sie die Zahl der Profis die EKB haben?			
Rollenbilder	Mögliches Zitat aus Einzelinterview	Frage an die FG	Mögliche Nachfragen

	Es hat viel damit zu tun, wie viel Verantwortung man im System trägt (…) und ich glaube es gibt Rollen, die klar sein müssen, und Rollen, die Orientierung geben.	In welcher Rolle sollten und könnten sich Peerbegleitenden und betroffene Profis einfinden? Bzw. Sehen Sie/ Inwiefern braucht es einen Unterschied in der Rollengestaltung durch PB* und Profis mit EKB?	Welche Gemeinsamkeiten und/ oder welche Unterschiede sehen Sie in der Rollengestaltung von PB und betr. Profis, bzw. auch nicht betroffenen Profis Sowohl auf individueller, als auch struktureller Ebene?
	Diese Rolle, hier die Gesunden, da die Kranken, ist natürlich in der Psychiatrie ganz besonders stark ausgeprägt, weil eben dort auch die Schwerkranken sind und auch die Stigmatisierung ist unter Psychiatern nochmal stärker als unter anderen Ärzten	Wie erleben Sie das?	
Schnittmengen/ Reibungsflächen/ Spannungsfelder PB und andere Profis?	*Wenn man das selber erlebt hat, hat man ein fundiertes Erfahrungswissen, und wenn man das - jetzt kommt Psychologenjargon - erfolgreich verarbeiten konnte, (…) ist es eben auch eine Expertise, die in jedem Team eine Bereicherung sein kann. Ich kann es noch ein bisschen kritischer sagen: Wenn das Team dafür offen ist. Also da kommen dann ja andere*	Was meinen Sie, warum der aktive Einsatz von Erfahrungswissen bei Ma mit und ohne EKB z.B. zu Konkurrenzgefühlen führen kann?	Wie schätzen Sie die Arbeitsbedingungen für PB ein, in diesem Spannungsfeld unklarer Rollen und auch Emotionen in Bezug auf PB tätig sein zu müssen?

	Konkurrenzgefühle rein.		
Kategorisierungen mit Blick auf Stigmatisierung	*Ja, ich merke halt wirklich diese Haltung auch dahinter und dass sie (die Profis) den Leuten zum Teil nichts mehr zutrauen. (…) Bei Schizophrenen ist es ähnlich, die haben auch nur eine geringe Lobby. Aber die Depressiven haben es dann noch am leichtesten.*	Welche Herausforderungen sehen Sie in der kollegialen Zusammenarbeit mit Menschen, die unterschiedlich schwer und unterschiedlich gelabelte EKB einbringen? In Bezug auf Personen mit und ohne EKB?	Inwieweit kann oder sollte Lebenserfahrung in das Arbeitsleben Eingang finden? Welche Maßnahmen braucht es auf institutioneller Seite, damit die dort tätigen Personen sich mit all ihren Erfahrungen einbringen können?
		PB sagen, sie können sich anders als Berufsprofis nicht hinter einer Fachlichkeit zurückziehen, sie bringen sich immer ganz ein, mit all ihren Erfahrungen – sei es Lebens, Krisen-Berufserfahrungen. Was denken Sie über dieses Statement?	Was spricht aus Ihrer Sicht dagegen/ dafür, dass das alle BG umsetzen? Welche Bedeutung hat der Aspekt der Erfahrung für Ihre Arbeit?

Code System:

Liste der Codes	Memo	Häufigkeit
Codesystem		697
Nachträge		1
GELB		26
Beobachtungen		9
Veränderungen der Psychiatrie		20
Doppelquali		15
PB		15
Institutionelle Bedingungen		12
Risiken von PB		3
Neid und Wut		2
Nutzen der PB-Ausbildung		8
Notwendige Inhalte der PB Ausbildung		1
Perspektiven durch PB-Einsatz		6
(keine) Integration von PB		3
Diskurs im System		18
Professionalität	Verständnis von Professionalität in der Psychiatrie	12
Funktionalität		6
(Keine) Weitere Kolleg*innen mit EKB		14
Metaphern		15
Learnings	Was hat die Person aus der Krankheitserfahrung gelernt	9
Welche Veränderung durch EKB-Outing		15
Perspektiven/ Fazit		18
Rückfallquote	Schützt offener Umgang mit EKB vor Rückfällen?	5
Umgang mit der Erkrankung im Beruf		32
(keine) Einbindung in die Pat.versorgung		9
Rollen		24

Therapeutische Distanz und professionelle Nähe		10
Selbstschutz		8
Reaktionen von Patient*innen		9
Engagement		5
Kollegiale Netzwerkbildung		5
Zusammenarbeit	Zusammenarbeit/ Veränderungen in der Arbeitsorganisation?	21
(Kein) Outing		23
POtenzialeinbußen		7
Augenhöhe		2
Vorreiterrolle		5
Risiken		12
Ablehnung/ Verlust der Position		6
(Keine) Stigmatisierung		30
Diskriminierung		6
Eigenstigma als Förderer der Erkrankung		6
Krankheitserleben/ Prozess		9
Reaktionen des außerberuflichen Umfelds		4
Zeitpung der Erkrankung/ Bedingungen	Trat die Erkrankung vor oder durch die Arbeit auf?	9
"Genetische Veranlagung"		2
Zunehmender institutioneller Stress		6
Schuld und Versagen		2
Abgrenzungen in den Diagnosen	Die EKB offen zu legen im Zusammenhang mit der Diagnose	3
Borderline		1
Burnout		1
Schizophrenie		2
Bipolare Störung		6
Depression		3
Besseres Verständnis vom Fassadenbau		3
Selbst-und Fremdwahrnehmung	Wie nehmen einen die anderen und wie nimmt man sich selbst in den unterschiedlichen Erfahrungen wahr?	17

Machtpositionen/ Hierarchien		11
(Juristische) Auseinandersetzung		1
Haltung	Haltung zu psychischen Erkrankungen	25
Die fachliche Expertise für sich nutzen		5
Selbstbezeichnung	Welche Bezeichnung nutzen betroffene Profis, wenn sie über sich sprechen?	6
Abhängig vom Tätigkeitsfeld		1
Bipolar vs. Bipolar-erfahren		1
selbstbetroffener Profi		1
(keine) Abgrenzung zum PB-Begriff		10
Depressiv vs Depressionserfahren		1
Reaktion/ Umgang des Arbeitsumfelds	Wie haben Kolleg*innen die Person wahrgenommen	12
Selbsteinschätzung trotz Expertise		6
Definition des Begriffs "Erfahrung"	Wie definieren die Befragten den Erfahrungsbegriff	9
Personliches Erleben/ Biographie als Erfahrung		2
Zwangserfahrungen		5
Erfahrung als Expertise		11
vs. Leistung als Expertise		4
Krankheitsverständnis		6
Krank bedeutet...		7
Gesundheit vs Krankheit		14
Ausbildung/ aktueller Stand der Beschäftigung	Erfassung des beruflichen Werdegangs und aktueller Status	8
Weitere Berufsbilder Psych		2
Pflege		2
Berufliche Situation		3
Ärztlicher Dienst		5
Was gute Profis ausmacht		8
Empathie		9
vs. "zu starke Identifikation"		1

Veröffentlichung: In der Erstellung

TP 5: Einfluss des medizinischen Modells auf die Implementierung

Input für Fokusgruppe und Interviews:

1. Was bedeutet der Einsatz der PB in der Psychiatrie für die MA?
    - 1.1. Welche Haltung/Einstellung zeigen der MA zu Beginn des Einsatzes der PB?
    - 1.2. Welche Sorgen/Ängste/Unsicherheiten entstehen?
    - 1.3. Gibt es unterschiedliche Haltungen dem Einsatz der PB gegenüber seitens der MA?
        - 1.3.1. Womit hängt die Unterschiedlichkeit der Haltungen der MA zusammen?
    - 1.4. Wie ändert sich die Haltung der MA im Laufe der Zusammenarbeit?
    - 1.5. Wie entwickelt sich das Verhalten der MA durch die Anwesenheit der PB?
2. Was tragen die PB zu dem Verständnis der Psychiatrie bei?

3. Welches Verständnis der Psychiatrie und der psychischen Erkrankungen haben die PB?
    - 3.1. Inwiefern hängen die PB an Diagnosen? Was bedeuten sie für die PB?
    - 3.2. Welche Haltung zeigen die PB bezüglich der Medikamenteneinnahme?
    - 3.3. Zeigen die PB unterschiedliche Einstellungen in Bezug auf die Medikamenteneinnahme?
    - 3.4. Wie erscheinen die Haltungsunterchiedlichkeiten innerhalb der MA durch den Einsatz der PB?
    - 3.5. Wie ändert sich die Haltungen der MA bezüglich der psychiatrischen Medikation durch die PB?
    - 3.6. Welche Rolle spielen die PB in den Absichten der MA bezüglich der Medikamenteneinnahme?

4. Welche Haltung haben die PB gegenüber dem medizinischen Model?
    - 4.1. Welche Einstellung gegenüber Diagnosen? Wie wird die Haltung der MA diesbezüglich durch den Einsatz von PB beeinflusst?
    - 4.2. Gibt es paradoxe Haltungen der PB in Bezug auf Diagnosen?
    - 4.3. Wie wichtig sind/waren die Diagnosen für die PB in ihren Krisen?
    - 4.4. Was bedeutet für das Verständnis/Konzept der Psychiatrie, die Betroffenenperspektive in Behandlungsteams zu integrieren?
    - 4.5. Wie ändert sich das Verständnis der Psychiatrie und der psychiatrischen Erkrankungen auf theoretischer Ebene dadurch?
    - 4.6. Ergänzen/Erweitern die PB die Psychiatrie mit ihrer Perspektive?

      Inwiefern ist diese Perspektive notwendig/wesentlich für die Psychiatrie?
    - 4.7. Ist die professionelle Sicht in der Psychiatrie eingeschränkt? Was tragen die PB dazu bei?
    - 4.8. Fördern die PB ein besseres Verständnis der psychischen Krisen?

4.9. Spielen die PB eine Korrekturrolle den MA gegenüber?
4.10. Wie verstärken die PB zur Normalität der Krisenerfahrung?
4.11. Wird es dadurch weniger defizitär gedacht?
4.12. Findet durch en Einsatz der PB eine Veränderung der Psychiatrie statt?
4.13. Inwiefern hängt das Medizinische Modell mit der Finanzierung des Gesundheitssystems zusammen?
4.13.1. Ist dieser Zusammenhang ein Nachteil für eine Kritik des Medical Modells?

5. Wie wird das Paradigma der Psychiatrie verändert durch die PB?
5.1. Fördert der Einsatz der PB ein gemeinsames Wissensverständnis?
5.2. Fördert der Einsatz der PB eine andere Mentalität der MA?
5.3. Sind die PB zusätzliche Akteure einer bereits anlaufenden Veränderung der Psychiatrie?
5.4. Fördern die PB einen Kulturwandel in der Psychiatrie? Setzen die PB einen Kulturwandel in der Psychiatrie voraus?
5.5. Wird das Bild der Psychiatrie als "Reparaturbetrieb" durch die PB dekonstruiert?
5.6. Entwickelt sich das Denken der MA eher ins Biologische?
5.7. Haben die MA ein defizitorientiertes Verständnis der psychischen Krisen?
5.8. Ist die aktuelle Psychiatrie zu technisch?
5.9. Ist die aktuelle Psychiatrie zu mendikamentenzentriert?

6. Wie verändern die PB die Neigung der MA, in Krankheitsbildern zu denken?
6.1. Gelingt es besser, die Person hinter der Diagnose wahrzunehmen?

7. Welchen Einfluss hat der Einsatz der PB auf den Compliancebegriff?

8. Wie verändern die PB unausgesprochene Selbstverständlichkeiten in der Psychiatrie?

9. Führt die PB zu einer Demokratisierung der Psychiatrie?
9.1. Welche Rolle spielt das Soziale/die Gesellschaft in der Konzeption der Psychiatrie?

Code System: Auch hier wurden Codes aus der QUAL1-Phase mit neuen Codes aus der QUAL-2 Phase zu einem übergreifenden Code-System integriert.

CODES
1 Influence of Medical Model on psychiatric practices
1.1 MM determines power relations
1.2.2 Problem of responsibility

1.2.2.1 Some PSWs take responsibility
1.2.2.2 Some PSWs relinquish responsibility
1.2.3 Knowledge is power (power relations and roles)
1.2.3.1 Violence/exercise of power by diagnoses and drugs
1.2.3.2 MHWs are in a different position of power
1.2.3.3 Professionals know that PSWs is subjective (epistemic injustice)
1.2.4 Psychiatry separates healthy and sick people
1.2.4.1 Biological model predominance vs. bio-psycho-social model
1.2.4.2 Psychiatry as a repair shop
1.2 Need for change
1.2.1 Need for a critical/differentiated attitude
1.2.2 Psychiatry must be more humane
1.2.2.1 This would unsettle the system
1.2.2.2 Classic roles need to be defused
2 Significance of the diagnoses for PSWs and the togetherness with non-peer-staff
2.1 Criticism of diagnoses in psychiatry
2.1.1 Critical attitude is independent of profession
2.1.2 Psychiatry jargon leads to diagnoses
2.1.3 Dx are (not) something solid
2.2 Differing attitudes at the PSWs
2.2.1 Reluctant attitude
2.2.1.1 Psychiatry should focus less on diagnoses and more on the context of life
2.2.1.2 Some reject diagnoses
2.2.2 Open attitude
2.2.2.1 This is seen as paradoxical by the MHWs
2.2.2.1.1 Diagnoses-centered understanding on the part of PSWs
2.2.2.1.2 Line is more critical of diagnosis than PSWs
2.2.2.2 Diagnoses can be helpful
2.2.2.2.1 Being able to name/comprehend/classify things
2.2.2.2.2 Acceptance/dismissal of responsibility ("it can happen to anyone")
2.2.2.2.3 Diagnoses help with acceptance
2.2.2.2.4 (biological) explanation of one's own suffering
2.2.2.3 Belonging/Location/Community Sense
2.2.2.4 Diagnoses as something identity-giving
2.2.3 PSWs don't care much about diagnoses
3 Attitudes towards psychotropic drugs
3.1 Attitude of MHWs
3.1.1 No critical attitude

3.1.2 Critical attitude
3.1.3 Differing opinions depending on the drug group
3.1.4 Users should decide freely
3.2 Attitude of the PSWs
3.2.1 Reluctant attitude
3.2.2. Role in working with users
3.2.3. Role within the institution
3.2.2 No intervention in this field
3.2.2.1 PSWs refer to doctors
3.2.2.2 Drugs are not their competence
3.2.3 Open attitude
3.2.3.1 PSWs must justify themselves
3.2.3.2 Good experience with drugs
3.3 Psychotropic drugs as a reductionist tool
3.3.1 Medication is easier as other options
3.3.2 Medications hide the real problem
3.4 Need for psychotropic drugs
3.4.1 Duty to provide information is usually not fulfilled
3.4.2 Need for a critical attitude
3.4.3 Polyphony
4 Structural dependencies on diagnoses and psychotropic drugs
4.1 Diagnoses justifies coercive measures
4.2 Financing of care
4.2.1 Economically Oriented Care
4.2.2 (No) freedom within the system
4.2.3 Deficit-oriented understanding of disease/treatment
5 MHWs‘ Attitude change
5.1 Undesirable developments of coworking with PSWs
5.1.1 Unrealistic expectations of PSWs
5.1.2 Trend of Participatory Psychiatry
5.1.2.1 Danger of implementing PSWs without changing the institution
5.1.3 PSWs feel gaps in the system
5.1.3.1 Financing and structural problems (e.g. understaffing)
5.1.4 Danger of adaptation of PSWs to the traditional structures
5.1.4.1 Using PSWs for your own strategy
5.1.4.2 Strengthening the balance of power
5.1.4.3 Loss of critical attitude
5.2 Postural change prior to implementation

5.2.1 Some teams already had a pre-culture
5.2.2 Necessity of preparing the MHWs
5.2.3 Fears/insecurities
5.2.3.1 Change comes/should come from above
5.2.3.2 due to lack of preparation/participation (in the process)
5.2.3.3 Shyness of one's own experience/concern
5.2.3.4 Fear of PSWs posture
5.3 Development by coworking with PSWs
5.3.1 Change of attitude due to implementation
5.3.1.1 More Understanding for users life contexts
5.3.1.1.1 Replacing Distance with Proximity
5.3.1.1.2 Criticism of the concept of compliance
5.3.1.1.3 more critical handling of / less coercive measures
5.3.1.1.4 MA learn through PB* the personal experience of NU
5.3.1.1.5 Life contexts more important / Seeing people behind the diagnosis
5.3.1.1.6 More attention to drug use (side effects, dosage...)
5.3.1.2 Less separation between sick and healthy
5.3.1.2.1 Separation MA/NU is no longer correct
5.3.1.3 More critical to one’s own attitude
5.3.1.3.1 Reinforcing the normality of the crisis experience
5.3.1.3.2 More openness with regard to one's own concern
5.3.1.3.3 Criticism of one's own role
5.3.2 Less change as expected
5.3.2.1 Still very much paid attention to diagnoses
5.3.2.2 Some MHWs envy PSWs
5.3.2.3 Fundamentals remain unchanged
5.3.2.4 pessimistic outlook on the future
5.3.2.5 Some MHWs block PSWs
5.3.3 Positive development
5.3.3.1 Other teams get to know PB*/want PB* too
5.3.3.2 Employees want more PB*
5.4 Changes in communication between actors
5.4.1 Between NU and MA
5.4.1.1 More shared decision making
5.4.1.2 less technically speaking
5.4.2 Within the team
5.4.2.1 more respectful language about NU

Veröffentlichung: Zwei Manuskripte im Review

TP 6: PGB-Metaphern

<u>Input für Fokusgruppen:</u>

Fokusgruppe I

Oberfragen

- Welche Metaphern sind Ihnen aus der Rede über PB vertraut, gehören also zum „Fundus“ des Sprechens über PB?
- Inwiefern verschleiern oder verdeutlichen Metaphern die berufliche Rolle und prekäre Situation?

Konnten Sie mit diesen Fragen etwas anfangen?

Teilfragen

1. Was fiel Ihnen bei der Lektüre auf? erstmal allgemein
2. Sind die Beispiele in Ihrem Verständnis metaphorische Rede?
3. Welche Metaphern sind Ihnen aus der Rede über PB vertraut, gehören also zum „Fundus“ des Sprechens über PB?
4. Was fällt Ihnen zu den sogenannten Quellbereichen ein/auf?
5. Hat die Benennung der Quellbereiche etwas im Verstehen verändert?
6. Welches Zitat hat Sie besonders angesprochen, berührt und warum?
    a. Können Sie die Metapher in ein Comic übersetzen und uns dies beschreiben?
    b. Wie hätte dieses Zitat ohne metaphorische Rede gelautet?
7. Gibt es aus Ihrer Sicht spezielle Metapherngruppen, die im Zusammenhang mit Peerbegleitung und dem Sprechen darüber etabliert sind?
    a. Inwiefern sind metaphorische Ausdrücke, in denen mit den Worten „Grenze“ oder „Perspektive“ operiert wird, in Ihrer Sicht besonders im Falle von Peerberatung Thema?
8. Was denken Sie, welche Funktion erfüllt metaphorische Rede?
    a. in einem Interview
    b. im alltäglichen Gebrauch
9. Inwiefern verschleiern oder verdeutlichen Metaphern die berufliche Rolle und prekäre Situation?

Wie fühlt es sich an, wenn so über PB gesprochen wird?

Fokusgruppe II

Die mir einfachste Erklärung ist die, dass eine Metapher ein verkürzter Vergleich ist, dem nur das „ist wie“ fehlt.

Was eine Metapher ist, ist alles andere als unumstritten. Max Black, der die metapherntheoretische Debatte seit den 60ern mitbestimmte, vermeidet beispielsweise nicht

nur eine operationalisierbare Definition, sondern rät sogar explizit von ihr ab: Metapher ist bestenfalls ein unscharfer Begriff, und wir müssen uns davor hüten, ihn strengeren Verwendungsregeln zu unterwerfen als in der Praxis tatsächlich zu finden sind (Black 1983, S. 59). Der Linguist George Lakoff und der Sprachphilosoph Mark Johnson gehen den entgegengesetzten Weg und bieten eine explizite und hierbei gleichzeitig radikal einfache Definition an: „The essence of metaphor is understanding and experiencing one kind of thing in terms of another" (Schmitt et al.: *Systematische Metaphernanalyse. Eine Einführung*, Wiesbaden 2019: 1).

Ich bin dem gefolgt. Deshalb verstehe ich auch Worte wie „Grenze" als metaphorischen Ausdruck, weil sie eine konkrete örtlich politische Grundbedeutung haben und – selbst wenn das verbreitet ist – übertragen verwendet werden. Schmitt wertet z. B. auch Worte wie „oben" als metaphorischen Ausdruck.

Bei der Metaphernanalyse ist nach Schmitt in Quell- und Zielbereich zu unterscheiden. Also aus welchem konkreten unübertragenen Kontext stammt eine Metapher und im nächsten Schritt zu schauen, für welchen Zielbereich wird sie eingesetzt. Sind Quell- und Zielbereich bei mehreren Ausdrücken identisch, also stammen sie aus dem gleichen Feld und werden für den gleichen Zielbereich eingesetzt, handelt es sich um metaphorische Konzepte. (Schmitt et al. 2019: 6)
Beispiele wären

- *PB öffnet MA Augen/ PB holt MA vom hohen Ross/ rüttelt wach:* Quellbereich – Körperliche Veränderungen durch Einwirken einer anderen Person, Zielbereich – MA verändern sich, metaphorisches Konzept: PB verändern die Haltung von MA
- *welches Feld sie betreten dürfen/ Gratwanderung/ wie weit darf ich als PB gehen,* Quellbereich – Bewegung von einem Ort zum anderen, Weg – metaphorisches Konzept – Es ist schwierig, als PB den erlaubten/richtigen Weg zu finden

Im Anhang habe ich zwei Dokumente. Das eine enthält Zitatbeispiele nach Quellbereichen sortiert. Dieses bitte ich Sie zu lesen und dabei folgende Fragen im Hinterkopf zu haben:

- Welche Metaphern sind Ihnen aus der Rede über PB vertraut, gehören also zum „Fundus" des Sprechens über PB?
- Inwiefern verschleiern oder verdeutlichen Metaphern die berufliche Rolle und prekäre Situation?

Das zweite Dokument umfasst die fast wörtliche Codierung der Textstellen, also das eingedampfte Zitat, nach Quellbereichen sortiert. Hier bitte einen Überblick verschaffen, was es so an Metaphern gibt in meinem Material. Wer Metaphernkonzepte findet und zur Diskussion stellt, ist ein Held!

Code System:

Liste der Codes
Codesystem

Aussagen über NU	0
Aussagen über NU\Krisenbegleitung vor allem Reizabschirmung	1
Aussagen über NU\Zollstock: Pat. einen Meter krank und 2 mm auf Station	1
Aussagen über NU\jmd der so krank ist braucht Wattebausch in den er fällt	1
Aussagen über NU\Was NU MA erzählen ist löchriges Netz	1
Aussagen über NU\furchtbarer Stempel Perspektive Diagnose	1
Aussagen über NU\Medikamente: ich fühle mich wie niedergeschlagen	1
Aussagen über NU\Medikamente: Ich fühle mich wie an den Sessel gefesslt	1
Aussagen über NU\Medikamente: chemische Fessel, die einem angelegt wird	1
Aussagen über NU\auf einen Patienten stürzen	1
Aussagen über NU\ehemalige Patienten helfen brutal	1
Aussagen über NU\NU haben Zugriff auf Profis und PB	1
Aussagen über NU\Medikamente: Menschen fühlen sich fremdgesteuert	1
Aussagen über NU\Medikamente: damit sie zur Ruhe kommen	1
Aussagen über NU\Psychose Schrei eines Babys in der Nacht	1
Aussagen über NU\Klienten umgeben sich mit "ist alles in Ordnung" -Mantel	1
Systemaussagen	0
Systemaussagen\Klinik Reparaturbetrieb	1
Systemaussagen\ganze Maschine kommt in Gang nach Zwangsbehandlung	1
Systemaussagen\KLinik riesengroßer Tanker von Organisation ist Hemmschwelle	1
Systemaussagen\wir arbeiten in soner Matrixorganisation	1
Systemaussagen\anderer Ton in der Psyciatrie	1
Systemaussagen\Oberarztvisites gefühltes Tribunal	1
Systemaussagen\Modellprojekt PB: als das poilitisch aufs Trapez kam	1
Systemaussagen\RENTE SPIELT AG IN DIE KARTEN	1
Systemaussagen\Sonderrolle Klinik Patient kein Symptomträger, der befreit werd	1
Systemaussagen\Milieu der Klinik muss wie Wattebausch Personen auffangen	1
Systemaussagen\Die Kiste ist verfahren (Psych allg)	1
Systemaussagen\Schuss ins Knie wenn PB voll mitgezählt (Finanzierung)	1
Systemaussagen\Bekämpfung von Stigmatisierung unglaublich wichtig	1
Systemaussagen\zugleich im System arbeiten und das System bekämpfen	1
Systemaussagen\jemand der im System arbeitet damit Unterdrücker	1
Systemaussagen\PB leiden unter den Zwängen des Systems	1
Systemaussagen\verkrustete Klinikstrukturen schwierig zu bekämpfen	1
Systemaussagen\Leiter: Ich möchte starke MA haben	1
Systemaussagen\es klingt rosig	1

Systemaussagen\wir leben Hierarchie flach	1
Systemaussagen\man darf nicht denken mit PB wirds billiger	1
Systemaussagen\Psychiatrie frauenlastig	1
Systemaussagen\niedrigschwelliger Ansatz im Team	1
Systemaussagen\flache Hierarchie	3
Systemaussagen\PB: Profibild in der Psychiatrie aufgeknackst	1
Systemaussagen\Gesundheitssystem stützt sich auf Arztleistung	1
Systemaussagen\mit Krankheitsausfällen umgehen und Krisen die belasten	1
Systemaussagen\Umgebung ist leergefegt, kaum EXinler mehr da	1
Systemaussagen\mit der Psychiatrie ringen	1
Systemaussagen\PB sollen System Psychiatrie dekonstruieren	1
Systemaussagen\Psychiatrie neigt dazu, Dinge technisch zu machen	1
Systemaussagen\etwas fehlt, das durch PB gefüllt wird	1
Systemaussagen\spezifische Fähigkleiten der PB gingen verloren	1
Systemaussagen\PB kann nicht den ganzen Laden umkrempeln	1
Systemaussagen\PB lassen verkrustete Strukturen brüchig werden	1
Systemaussagen\(nicht) ausgebremst werden	2
Systemaussagen\es läuft (nicht) rund	1
Systemaussagen\PB darf nicht verlängerter Arm der Psych sein	1
Systemaussagen\Arbeit im Team und Politik zwei Paar STIEFEL	1
Erfahrungswissen	0
Erfahrungswissen\PB kann sagen: hab die Scheiße auch durch	1
Erfahrungswissen\Eigenes und NU-Erfahrung darf nicht zu einem Brei werden	1
Erfahrungswissen\nicht jeder PB hat einschlägige Erfahrung	1
Erfahrungswissen\mit Erfahrung nicht plakatieren gehen	1
Erfahrungswissen\Erfahrung transferieren	1
Erfahrungswissen\Erfahrung gesammelt	1
Erfahrungswissen\Input einbringen können	1
Erfahrungswissen\WIssen einbringen	3
Erfahrungswissen\PB verkörpert Erfahrungswissen	1
Erfahrungswissen\Effekte Erfahrungswissen im Team	0
Erfahrungswissen\Effekte Erfahrungswissen im Team\durch PB wird Abstraktes zu Greibarem Spürbarem	1
Erfahrungswissen\Effekte Erfahrungswissen im Team\Zähne ausbeißen an theoretischen Fortbildungen	1
Erfahrungswissen\Erfahrung im Rücken haben	1
Erfahrungswissen\wir gewinnen dadurch	1

Erfahrungswissen\Riesenerfahrungsschatz	1
Erfahrungswissen\Erfahrungswissen großer Schatz	1
Erfahrungswissen\Krankheit ist Gewinn	1
Erfahrungswissen\erfahrungswissen mit gewinn nutzen	1
Interaktion PB MA	0
Interaktion PB MA\wir sind alle Zahnräder	1
Interaktion PB MA\konstante Unterscheidung PB/MA: dann bleiben wir in der Spaltun	1
Interaktion PB MA\als Fragestellung eingebunden sein	1
Interaktion PB MA\Wettbewerbssituation	1
Interaktion PB MA\Beziehungsaufbau nur von PB?	1
Interaktion PB MA\Rückmeldung	10
Interaktion PB MA\Standpauke bekommen	1
Interaktion PB MA\nichts auf die lange Bank schieben	1
Interaktion PB MA\Team	0
Interaktion PB MA\Team\schätzen uns enorm	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU	0
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB sehr geschätzt	2
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB normalisiert Wahrnehmung	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\tragen Verantwortung	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB gewinnt Fürsprecher für PB	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Anwaltschaft	3
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\(Ver)Mittlerrolle	4
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Fürsprecher sein	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB nicht als Advokat erlebt	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB haben diplomatisches Geschick	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB können als eine Art Dolmetscher tätig werden	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB in beide Richtungen übersetzen	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Übersetzerfunktion	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB treten für NU ein	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB im Team: für uns wird eine Brücke geschlagen	1

	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB schlägt Brücke zum Menschen	1
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\MA sprechen nun andere Sprache	1
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB übersetzt	1
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Dolmetscherfunktion	1
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Übersetzungsfunktion	2
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Brückenbauer	2
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Funktion des PB im Team	0
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Brückenfunktion	3
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\da findet Brückenschlag statt	1
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Klientenohr	1
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Patientenohr	1
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Klientenohr	4
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Stimme findet Gehör	3
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB öffnet bei MA Perspektive	5
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Team entwickelt Bereitschaft Dinge aus anderer Perspektive sehe	1
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\MA: wir sind treilweise betriebsblind	1
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Perspektive hat sich gewandelt durch Zusammenarbeit mit PB	1
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Perspektive reinbringen	4
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB gibt MA anderen Blickwinkel	3
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Zusammenarbeit Blick hat sich geändert	1
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Augenhöhe PB - Team - NU	10
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB können MASicht auf die Dinge ändern	1
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB bringt andere Perspektive ein wo MA denken sie gucken breit	1
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\ZUsammenarbeit: ohne große Worte ein Blick genügt	1
	Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB öffnet MA Augen	2

Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB hat Augen geöffnet	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Störungsbild kriegt Wertschätzung durch den Menschen	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB macht MA wachsamer	2
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\Teamvisite statt OAvisite für alle ein Gewinn	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB lässt MA mehr in die Schuhe der Pat. reindenken	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\ma ziehen gewinn aus arbeit mit pb	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB verursachen Wachrütteln	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB hilft, dass alle wieder die Ärmel hochkrempeln	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\PB Werben um Verständnis für NU	1
Interaktion PB MA\Team\Effekte im Team in Hinblick auf NU\MA profitieren von PB	1
Interaktion PB MA\Team\Team muss unglaublich viel rausreißen bei Krise von PB	1
Interaktion PB MA\Team\PB sind permanentes Regularium im Team	2
Interaktion PB MA\Team\Team: wir können alle unser Scheitern hinlegen	1
Interaktion PB MA\Team\unterschiede im Team nivellieren sich	1
Interaktion PB MA\Team\PB als Resignationsprophylaxe im Team	1
Interaktion PB MA\Team\PB möchte bei einem Team andocken	1
Interaktion PB MA\Team\hat PB bei uns andocken können	1
Interaktion PB MA\Team\Team es war ruckelig	1
Interaktion PB MA\Team\Team kriegt Konflikte gewuppt	1
Interaktion PB MA\Team\PB wichtig für Mauern im Team	1
Interaktion PB MA\Team\Team hat wenig Barrieren miteinander	1
Interaktion PB MA\Wenn PB krank fehlt er an allen Ecken und Enden	1
Interaktion PB MA\große Mauer empfunden durch Perspektive der PB	1
Interaktion PB MA\PB können als Bindeglied zwischen MA und NU tätig werden	1
Interaktion PB MA\durch PB Einladung vulnerabel zu sein	1
Interaktion PB MA\es gibt Gerangel	1
Interaktion PB MA\MA stachelt PB an mit Kritik nicht hinterm Berg zu halten	1
Interaktion PB MA\PB kann MA verletzen	1
Interaktion PB MA\Ärztin Gefühl, gegen zwei Pat. zu sprechen	1
Interaktion PB MA\PB springt MA bei	1

Interaktion PB MA\PB sollte bei Fallsteuerung größeres Gewicht kriegen	1
Interaktion PB MA\Krise-Offenheit_Antwort mit großzügiger Wohlwollenheit	1
Interaktion PB MA\MA sprechen wertschätzender durch PB	1
Interaktion PB MA\Wissen der MA wird greifbarer durch PB	1
Interaktion PB MA\normaler MA versus PB	1
Interaktion PB MA\was MA lernen:niedrigschwellig zu reagieren, Dom. hinterfragen	1
Interaktion PB MA\Tätigkeiten am Anfang: da hat sich die Pflege gut weggekugelt	1
Interaktion PB MA\Pflegeaufgabe rutscht nicht auomatisch zu PB rüber	1
Interaktion PB MA\Durch PB wird weniger technisch gesprochen	2
Interaktion PB MA\PB gut, um sich nicht in verklausulierter Sprache zu verlieren	1
Interaktion PB MA\PB sollen mehr Eigendynamik entwickeln	1
Interaktion PB MA\PB sollen sich selber sichtbar machen	1
Interaktion PB MA\an PB sind Erwartungen geknüpft	1
Interaktion PB MA\bei Kritikpunkten: PB nehmen sich zurück	1
Interaktion PB MA\PB sind eingebunden	4
Interaktion PB MA\an den Medikamenten drehen wollen	1
Interaktion PB MA\Pb können eingebunden werden	1
Interaktion PB MA\angegliedert sein	1
Interaktion PB MA\nicht eingebunden sein	1
Interaktion PB MA\wie Einbindung stattfindet	2
Interaktion PB MA\tragen dieselben Belastungen	1
Interaktion PB MA\an die PB ertwas herantragen	1
Interaktion PB MA\Gehör finden	1
Interaktion PB MA\MA hatten offenes Ohr für PB-Einwände	1
Interaktion PB MA\gehört werden	1
Interaktion PB MA\PB wird in Augen des MA benutzt	2
Interaktion PB MA\Ängste etc	0
Interaktion PB MA\Ängste etc\Grundhaltung, Arzt-Patient-Gespräch wird schwerer, ausgemerzt	1
Interaktion PB MA\Ängste etc\Wenn PB Mode macht bald keine Pflege mehr	1
Interaktion PB MA\Ängste etc\müssen wir euch mit Samthandschuhen anfassen	1
Interaktion PB MA\Ängste etc\Konkurrenz	1
Interaktion PB MA\MA: Proivivleg mit PB zu arbeiten	1
Interaktion PB MA\MA zieht den Hut	1
Interaktion MA NU	0
Interaktion MA NU\von MA hält keiner mehr die Fahne hoch für bestimmte NU	1
Interaktion MA NU\Profis können bei bestimmten NU einpacken	1

Interaktion MA NU\Kollegen laufen Gefahr zu verallgemeinern	1
Interaktion MA NU\Ma redet sich den Mund fusslig	1
Interaktion MA NU\Mehrwert Veränderung der Beziehung zwischen NU und MA	1
Interaktion PB NU	0
Interaktion PB NU\Gruppenangebot der PB Anker für die NU	1
Interaktion PB NU\wie ich mich verteidige	1
Interaktion PB NU\NU öffnet ggü PB Büchse der Pandora	1
Interaktion PB NU\PB macht Pat. Mut: die beißen nicht (MA)	1
Interaktion PB NU\Angebot von PB: wer zuerst kommt, mahlt zuerst	1
Interaktion PB NU\Befeuern ungesunder Denke	1
Interaktion PB NU\Verrtrauen aufbauen	1
Interaktion PB NU\Kontakt, Beziehung aufbauen	1
Interaktion PB NU\Pat bekommen Stimme durch PB	1
Interaktion PB NU\TN fühlen sich durch PB auf den schlips getreten	1
Interaktion PB NU\Patient profitiert	2
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...	0
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB verstärken Hierarchiegefälle	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB sind Add-on	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\Hardware ist gut, PB haben Möglichkeiten	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB sind nicht umsonst auf Schiene PB (Sind noch krank)	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB wünscht sich mehr Anker	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB haben methodisch das gleiche Handwerkszeug	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB haben andere Richtwerte für Tempo	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB wichtiges Zahnrad	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB zierht nicht rechtzeitig Reißleine (Grenzen/Krise)	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\nicht immer über eigene Krisenerfahrung spr als Eintrittsticket	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB machen eigene Erfahrung zum Maß aller Dinge	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\müssen Teamplayer sein	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB ein weiteres Puzzleteil im Gesamtbild	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB als Puzzlestein	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB nicht schmückendes Beiwerk	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB nicht nur nettes Mosaikstückchen	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB haben Berufserfahrung, sind keine unbeschriebenen Blätter	1

	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB haben andere Bücher	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\pb ist vorbild	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB ist Korrekturfaktor	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\gelebte Hoffnung	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\gelebte Zuversicht	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB ist Glücksgriff (individuell)	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\es gibt Ecken und Kanten	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\vernetzt sein	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\Ausbildung ist guter Sockel	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB lebendige Fortbildungsquelle	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB soll keinen Exotenstatus haben	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\Weil wir sie für so wertvoll halten	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\Prinzip Hoffnung vertreten	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB implementieren Baustein, der gefehlt hat, wird jetzt eingefü	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB gehören zum Spezialtherapeutenpool	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB tragen ein gewisses Päckchen	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB gehören nicht zum Pflegepool	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB kein Schuss in den Ofen	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB als Aushängeschilder	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB kennen Kanäle um Stimme zu verleihen, wenn Zwang	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\MA. PB hat sich durchgeboxt/rausgeboxt (Leben)	2
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB brauchen Kampfgeist für eigene Krisenerfahrung	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\hat sich durchgeboxt	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB sollen poltern	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB hat sich Platz erkämpft/Respekt verschafft	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB müssen geschubst werden	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\rebellisch bleiben	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB kämpft	2
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB bringen den emanzipatorischen Aspekt nach vorn	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\frisch von der Ausbildung kommen	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB nicht nur gleichwertig sondern auch notwendig	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\Arbeit des PB sehr wertvoll	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\bis im System verstanden ist: gleichwertige Mitarbeiter	1

	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\gleichwertig	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\gleichwertig	2
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB wird wie vollwertige MA behandelt	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB sind normale MA	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\vollwertige Teammitglieder	4
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\wertvolle Beobachtungen	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB interpretiert treffsicherer	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB erreichen Pat. niedrigschwellig	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB ist angenehm langsam	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB beeinträchtigter Mitarbeiterkreis	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB sind mehr im Moment in der Begleitung	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB haben mehr Fokus auf Gefühle	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB krachend gescheitert	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB ist Entlastung	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB tun sich schwer damit Zwänge einzusehen	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB sind praktischer ausgerichtet	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB haben Expertengespräch installiert (Gruppe)	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\aus den Visiten rausfallen	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\nicht so belastbar	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\leisten gleichviel	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\bunt	2
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\knackig kurz	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\parteilich	3
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\offen sein/Offenheit	10
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB beleuchten anders	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB haben sich selber gestärkt und gestützt	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB muss Sachen wissen, in die er sonst als purer Laie tappen wü	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB bauen auf beiden Seiten Vorurteile ab	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB haben Sensibilität hinter die Fassade zu gucken	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB hört nicht plötzlich keine Stimmen mehr, nur weil Geld	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\man möchte nicht mit jedem PB ein Bier trinken gehen	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB spiegeln wieder	1
	PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB hielt an Diagnosen fest	1

PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB kann gut andocken	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB sollen sich einmischen/mitmischen	2
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB gelingt anderen Kontakt, den MA nicht knüpfen können	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\MECKERN ÜBER UNÄNDERBARES: ZEIT GEHT FLÖTEN	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB bringen zur Sprache	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB kann in Krise nicht mehr loslassen	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB mutet sich zuviel zu	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\rutscht in psychotisches Erleben	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB weniger verführbar von Empirie u. Zeitdruck	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB kann hinstehen	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB ist jungfräulich (hat wenig Behandlungserfahrung)	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\einen guten Stand haben	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\arbeiten	0
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\arbeiten\zupackend	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\arbeiten\PB handeln aus Blickwinkel der Klienten	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\arbeiten\sich reinhängen	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\arbeiten\PB konnte sich in ihre Arbeit richtig gut reinlegen	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\andere Sichtweise	4
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\erfrischende/zusätzliche/andere Perspektive	6
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB haben Perspektive der Klienten	7
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB sind in ihren Wünschen blauäugig, illusorisch	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\anderer Blick	9
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB halten Blick offen, dass Krisen zum Menschsein gehören	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB haben anderen Blick	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB hat anderen Blick auf Gesundheit	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB hat warme und verständnisvolle Perspektive	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\Pb sollten stärkere Stimme kriegen	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB hat starke Stimme	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\Stimme der PB stark gewichtet	2
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\Freiheit haben, nicht nach dem Mund zu reden	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\ein Händchen und Gespür haben	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB legen Finger in die Wunde	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB hat besonderes Händchen	1

PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\Vorschläge von PB haben Hand und Fuß	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\bekanntes Gesicht (ehemaliger Patient	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB sind nicht kerngesund	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB sind fit im Ich-Du-Wir-Wissen	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\gleichzeitig eine Aussage für alle/besondere MA	0
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\gleichzeitig eine Aussage für alle/besondere MA\Andere fühlen sich nur auf Kopfebene ein, MA hat Empathie	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\gleichzeitig eine Aussage für alle/besondere MA\alle brauchen Fingerspitzengefühl	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB sehr dünnhäutig und nah an Krisen	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB haben Gespür, dass Gespräche gerade nicht angezeigt	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB haben alle Feingefühl	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB hat besonderes Gespür für Dinge	2
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB ist Bereicherung	23
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB hält sich bedeckt	1
PB sind.../haben.../brauchen.../sollen...\PB hat viel gewinnendes	1
Mitarbeiter	0
Mitarbeiter\MA ist Triebfeder	1
Mitarbeiter\MA kann nur Profisein in die Waagschale werfen, Menschsein nich	1
Mitarbeiter\MA hat auf dem Schirm, dass es PB gibt	1
Mitarbeiter\MA immer auf Schiene zwischen institut./individ. Entscheidung	1
Mitarbeiter\MA IST AUSHÄNGESCHILD FÜR ORGANISATION	1
Mitarbeiter\Wir tragen das Schild der Profession nicht vor uns her	1
Mitarbeiter\trauma, vertrauen dass psychologin nicht leid zufügt	1
Mitarbeiter\Profession als Schutzschild	1
Mitarbeiter\Versuch Pat wertungsfrei gegenüberzutreten	1
Mitarbeiter\MA hält Ausmerzen von Stigma für unmöglich	1
Mitarbeiter\PB bedeutet nicht Arbeit loswerden für Pflege	1
Mitarbeiter\die Weisheit mit Löffeln gefressen haben	1
Mitarbeiter\MA geht mit Angehörigenperspektive nicht hausieren	1
Mitarbeiter\MA hat zu nah am Wasser gebaut	1
Mitarbeiter\Profis verstecken sich hinter verklausulierter Sprache	2
Mitarbeiter\da ist was verrutscht	1
Mitarbeiter\MA wünscht sich pat zu erlösen	1
Mitarbeiter\MA Lästern um sich Luft zu machen	1
Mitarbeiter\MA kommt nie mit leeren Händen in das Gespräch Auftrag dabei	1

Mitarbeiter\allg. Personalmangel	0
Mitarbeiter\allg. Personalmangel\Köpfe zählen	1
Mitarbeiter\outing schwächt	1
Mitarbeiter\MA mit psych. Problemen nicht outsorcen	1
inakzeptable Bezahlung von PB	0
inakzeptable Bezahlung von PB\im Bereich Finanzierung wurde hart gerungen und gekämpft	1
inakzeptable Bezahlung von PB\es gab reibereien wegen Bezahlung	1
inakzeptable Bezahlung von PB\ungleiche Bezahlung bringt Unfrieden	1
inakzeptable Bezahlung von PB\Entgeltgruppe unten angesiedelt	1
inakzeptable Bezahlung von PB\unterschiedliche Finanzierung am gravierendsten	1
inakzeptable Bezahlung von PB\Bezahlung ist schweißtreibendes ThemA	1
inakzeptable Bezahlung von PB\Pflegedirektor sieht Dollarzeichen, weil PB billiger	1
inakzeptable Bezahlung von PB\schlechte Vergütung konstante Entwertung	1
inakzeptable Bezahlung von PB\was auf dem Konto landet unabhängig von all den Zusatzqualis	1
Implementierung	0
Implementierung\Einarbeitung: auf Signale achten, auf die man achten muss	1
Implementierung\Rahmen stecken für PB	1
Implementierung\drum (Supervision) kämpfen müssen	1
Implementierung\Partner halten Fahnen hoch	1
Implementierung\Absegnung von oben wichtig	1
Implementierung\PB implementieren keine Kehrtwendung	1
Implementierung\PB implementieren keine 180GradKurve	1
Implementierung\Stationsleiter Thema auf die Fahne geschrieben	1
Implementierung\nicht eigenes Süppchen kochen	1
Implementierung\Salami-Taktik	2
Implementierung\Salamitaktik ist Schlüssel	1
Implementierung\PB ist Lieblingsbaby der Stabsstelle	1
Implementierung\Teams können Idee blockieren und totmachen	1
Implementierung\"Vorurteile" ausräumen	1
Implementierung\Teams engmaschig begleiten bei Einarbeitung	1
Implementierung\Konzept muss von Einzelpersonen getragen werden	1
Implementierung\MA sofort aufgeschlossen für Implementierung	1
Implementierung\Einarbeitung hätter mehr Sanftes mitnehmen erfordert	1
Implementierung\Berufsgruppensprecher installieren	1
Implementierung\Teamteaching mit PB macht Schule	1

Implementierung\kannst du jetzt schon schwimmen?	1
Implementierung\MA wischt mit Präsenz Bedenken über PB weg	1
Implementierung\PB in den Praktika angeguckt	1
Implementierung\schauen, was eine Person mitbringt	1
Implementierung\von der Leitung im Stich gelassen	1
Implementierung\PB steuern	1
Implementierung\man kann den Leuten nur vor den Kopf gucken (Einstellung)	1
Implementierung\das Ganze im Kopf behalten	1
Implementierung\Praktika zum gegenseitigen Beschnuppern	1
Implementierung\Zähne ausbeißen in Stabsstelle	1
Implementierung\Implementierung wir können nur gewinnen	1
Implementierung\jemand der sich den Schuh anzieht	1
Implementierung\Team	0
Implementierung\Team\Haltung des Teams	3
Implementierung\Team\Riegel im Kopf	1
Implementierung\Team\das ganze Team unter einen Hut kriegen	1
Implementierung\Team\MA investiert gg Misstrauen im Team	1
Implementierung\Team\Werben	1
Implementierung\ohne Vorbereitungund Begleitung gehts in die Hose	1
Implementierung\die Prokura an der Rolle haben	1
Implementierung\Markt bestimmt das Geschäft	1
Implementierung\einen PB einkaufen	1
Implementierung\was der Markt an PB hergibt	1
Rolle	0
Rolle\sich nicht instrumentalisieren/vor den Karren spannen lassen	1
Rolle\PB müssen beschützt werden	1
Rolle\erhalt des besonderen nicht bedroht	1
Rolle\ohne Unterstützung sind PB verloren	1
Rolle\Zugriff haben auf Patientenakte	1
Rolle\Einzelkämpferin	1
Rolle\Tätigkeitsbeschreibung breit gefächert und schwammig formuliert	1
Rolle\PB sollen nicht verwurstet werden	1
Rolle\PB ist auf dualer Ebene eingebettet	1
Rolle\PB als ehemaliger Patient muss sich reinfriemeln	1
Rolle\Rollenaufteilung verschwimmt	1
Rolle\Neues installieren	1

Rolle\PB sollen nicht mitschwimmen mit Erwartungen der MA	1
Rolle\PB prägen alle	1
Rolle\PB müssen rütteln	1
Rolle\sich freischwimmen	1
Rolle\wurde vereinnahmt	1
Rolle\Raum gestalten	0
Rolle\Raum gestalten\gestalten	4
Rolle\Raum gestalten\sich eine Aufgabe erschließen	1
Rolle\Raum gestalten\Gestaltungsspielraum birgt Gefahr, sich zu übernehmen	1
Rolle\Rollen brechen	0
Rolle\Rollen brechen\PB emanzipeirt sich von der PB Rolle (Studium)	1
Rolle\Rollen brechen\Andershalten von PB ist wie Frauenquote	1
Rolle\Rollen brechen\Aufg.rollen zwischen professionellen und nutzenden aufzubrechen	1
Rolle\Rollen brechen\PB versuchen Profirolle einzunehmen, schlau zu sein	1
Rolle\Rollen brechen\MA möchte nicht nur in der Rolle Profi gesehen werden	2
Rolle\Rollen brechen\Neue Methoden: Ma rutschen in der Rolle des PB mit	1
Rolle\Rollen brechen\MA lernen: Begegnung in der Lebenswelt ist Professionalisierung	1
Rolle\Rolle Profis?	0
Rolle\Rolle Profis?\als Psychologin eine Bibliothek im Rücken haben	1
Rolle\Rolle Profis?\MA sucht Verbrüderung mit PB	1
Rolle\Rolle Profis?\wenn neue MA kommen, sind die ganz menschlich	1
Rolle\Rolle Profis?\MA zieht sich auf professionelle Rolle zurück	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?	0
Rolle\Rolle Laie, Experte?\Positiv-Bestärker	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\den Profis den Rang ablaufen	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\PB geht auf in der Peerrolle	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\PB stellt keine Autorität dar	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\Rolle verpufft wenn PB nicht nur für eine Station zuständig	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\sobald man sich einarbeitet ist man nicht purer Laie	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\Konkurrenz zu Pflege	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\PB EXperte aus der Erfahrung	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\woher soll ein Laie das wissen	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\PB fühlt sich als Exotin weil nicht psychoseerfahren wie andere	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\PB sind keine freiwilligen Helfer/Pfortendamen	1

Rolle\Rolle Laie, Experte?\aus Erfahrenensicht in Rolle schlüpfen	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\PB ist Korrekturrolle für MA	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\Berufserfahrene	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\schwere Rolle	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\pb durch bezahlung degradiert	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\Hilfsrolle	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\PB bringt Rolle der TN ein	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\Will ich Pionier sein?	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\PB als Sprachspieler/Dichter	1
Rolle\Rolle Laie, Experte?\zu sehr in Therapeutenrolle gerutscht	1
Rolle\Rollenfindung/Rüstzeug	1
Rolle\Rollenfindung/Rüstzeug\bei Einarbeitung wurde PB über die Schulter geguckt	1
Rolle\Rollenfindung/Rüstzeug\aus Vernetzung Kraft ziehen	1
Rolle\Rollenfindung/Rüstzeug\PB brauchen Gespür	1
Rolle\Rollenfindung/Rüstzeug\PB vermutete am An´fang Ideen hinter ihrem Rücken	1
Rolle\Rollenfindung/Rüstzeug\PB brauchen Rückgrat	1
Rolle\Rollenfindung/Rüstzeug\PB war aus Sicht des MA noch nicht so gefußt	1
Rolle\Rollenfindung/Rüstzeug\Fuß fassen	2
Rolle\Rollenfindung/Rüstzeug\PB hat keine Berufsrolle in die er reinschlüpfen kann	1
Rolle\Rollenfindung/Rüstzeug\PB haben sich gefunden zur Rollenfindung	1
Rolle\Rollenfindung/Rüstzeug\PB die haben ihre eigene Rolle gefunden	1
Rolle\Rollenfindung/Rüstzeug\Schwierigkeiten in der Rolle	1
Rolle\Rollenfindung/Rüstzeug\Rolle der PB keine besondere	1
Rolle\Rollenfindung/Rüstzeug\PB nimmt anderen PB in die Lehre	1
Rolle\Frauenquote	1
Kraftanstrengung	1
es macht Sinn	1
PB zeitl. Freiheit: Unmittelbar auf Abruf	1
Man muss auf der Hut sein wegen Anpassung	1
Buntheit behalten	2
beschützer Rahmen	1
Rahmen haben	1
Wechselspiel	1
wichtige Impulse	1
mit der Lupe auf das System zeigen	1
PB nimmt Druck und Dampf in der Geschlossenen	1

einen guten Draht haben	1
Ag muss feinere Antenne haben	1
Zusammenarbeit als Achse	1
auf dem Schirm haben	1
Rückkopplung	1
Kollege kommt fürn Appel und n Ei zu uns	1
dann kann man diskutieren, bis die Kühe nach Hause kommen	1
PB holt MA vom hohen Ross	1
MA ist Teil vom System und damit in der Höhle des Löwen	1
PB sehr geerdeter Mensch	1
PB sollen nicht hinterm Berg halten mit Kritik	1
Zusammenarbeit: Kluften relativ gering	1
Sand im Getriebe weil nicht dokumentieren dürfen	1
Hoffnung vermitteln man kommt aus dem Loch	1
unterirdische Vergütung	1
trotz Belastung : Team fühlt sich auf der Insel der Glückseligk	1
PB kämpfen auf einer Insel	1
Klinik wird nicht von PB Bewerbungen überflutet	1
Psychiatriereform Riesenwelle	1
Man muss passende Welle erwischen (Einstellung)	1
personell Land unter	1
Gehalt der PB Tropfen auf den heißen Stein der Millionen	1
Idee ist abgeebbt	1
Feuer und Flamme für Implementierung	1
PB vermitteln Licht am Ende des Tunnels	1
PB bringt ans Tageslicht	1
PB auf kleiner Flamme angefangen (Stunden)	1
Politik Berufsgruppe, Luft nach oben	1
Gegenwind auf Station	1
PB großer Anteil am Klima, Milieu, was herrscht	1
Parteilichkeit verursacht Gegenwind	1
Turbulenzen im Team durch Krise von PB	1
PB-Arbeit eine andere Welt wo man gelandet ist	1
PB mit ihrer Lebensgeschichte in einer anderen Dimension offen	1
Welten zwischen Wünschen PB und Wirklichkeit der FInanzierung	1
als wären wir auf zwei unterschiedlichen Planeten (Stress/Langs	1

Aufgaben kristallisieren sich heraus	1
Zusammenarbeit wird als befruchtend erlebt	2
Offenheit der MA mit eigenen Krisen zartes Pflänzchen	1
in Begleitung keimt eigenes auf	1
wachsen an psychischer Krise	1
Man muss innerlich wachsen (Berufsbild)	1
trägt Früchte	1
gewachsene Dinge	6
PB sind ins Team reingewachsen	1
PB öffnet die geschlossene Tür	1
Türöffner	3
PB sind Türöffner für Offenheitmit eigenen Krisen	1
PB rennt offene Türen ein (Implementierung)	1
nur PB kann bei bestimmten NU Tür eintreten	1
PB auswählen ist Schlüssel	1
Schlüsselerlebnis was tun wir den Menschen an	1
PB öffnet viele Türen	2
PB bereitet Boden für Öffnung dr Pat. ggü MA	1
PB im Team: Öffner in eine andere Welt	1
andere Art des Zugangs	1 2
emotionaler Zugang zum Menschen	1
PB Türöffner	1
Verstehen Tor zum Verständnis	1
welches Patientenboot angeguckt wird	1
PB: Sonderposition in Anführungszeichen	1
PB Verständnis für und auf Behandlerseite hinkriegen	1
PB jetzt auf der anderen Seite	1
sich eher in der menschlichen Position zu zeigen	1
Teams haben sich nicht immer um 180 Grad gedreht	1
PB Fähigkeit Position des Pat. einzunehmen	1
PB sollen an der Seite der Klienten sitzen	1
sich auf der Seite der Patienten fühlen	1
der hat die Seite gewechselt	2
PB ENAGIERT SICH AN DER FALSCHEN STELLE	1
PB verstärken Gefühl, auf unterschiedlichen Seiten zu sein	1
im System stecken	1

PB erst nach zwei Jahren sagen: fühle mich hier zu Hause	1
PB in Teams ansiedeln	1
PB holen wieder auf den Boden	1
PB muss nahe am Pat. sein	1
PB sitzen zwischen den Stühlen	1
MA schaut nicht mehr von oben herab	1
Umsetzung PB bleibt an den Stationen hängen	1
PB wird rausgehalten	1
PB lehnt sich aus dem Fenster	1
Kontakt zu NU steht im Zentrum	1
Psychiatrie: hinter verschlossenen Mauern	1
PB nennt Eckpunkte, die ihm wichtig sind	1
neuer PB konnte sein Feld erweitern bzw. verschieben	1
Ausgestaltung des Tätigkeitsfeldes	2
welches Feld sie betreten dürfen	1
PB neues Berufsfeld	1
Begegnungen im Vorfeld der Implementierung	1
PB brauchen mehr Sicherung als MA die routiniert durch ihr Feld	1
tolles Feld	1
Feld	1
Freiraum	1
PB/MA bekommen Freiraum	3
Raum beim Chef haben	2
PB erwartet Räume	1
Gestaltungsspielraum kreieren können	1
für PB müsste Raum, Freiraum freigehalten werden	1
PB können in allen Feldern arbeiten auch Forensik	1
PB: nicht im Kindergarten	2
PB füllen den Raum mit sich	1
PB haben mehr Freiräume	1
Institution entwickelt Spielräume für die Krisen von PB	1
Platz haben	1
Stimme der PB Raum geben	1
bekommen Raum	3
menschliche Ebene entscheidender als Hintergrund	4
PB auf Selbsthilfeebene	1

PB auf der Ebene Mitarbeitende/Mitentscheider	1
PB vermittelt Inhalte auf emotionaler Ebene	1
MA revolutioniert nicht auf mittlerer Ebene	1
auf anderer Ebene in Kontakt kommen	6
mit PB auf praktische Ebene bringen	1
Psychiatrie nur auf Gesprächsebene	1
praktische Ebene	1
gemeinsame Ebene mit PB	1
Austausch auf Chefebene	1
Grenze wenn PB als ehemalige Ergotherapeutin therapieren will	1
es braucht Grenzen fixierte ehemalige Pat. als PB	1
an Grenzen stoßen: als MA oder Pat. einbinden?	1
Es gibt tatsächlich Grenzen: PB schüchtern	1
Aufgabenfeld und Grenzen der PB (keine Medikamente verteilen)	1
eigene Grenzen respektieren	1
MA achtsam: Kommt PB an ihre Grenzen?	1
Thema Grenzen auch der Verantwortlichkeit wichtig für alle	1
Verständnis von den eigenen Grenzen was will/kann ich/trau ich	1
Grenzen der Belastbarkeit erkennen (Ausbildung)	1
Grenzen zur Pflege hin	1
individuelle Grenzen der Haltungsänderung bei MA	2
für alle: nicht über eigene Grenzen gehen	2
Gefahr Grenzenlosigkeit	1
Fluch und Segen absolute Freiheit, wo keine Grenzen	1
PB wünscht sich, dass man Grenzen achtet	1
abgrenzen können	1
grenzen überschreiten	3
Gespür für eigene Grenzen haben	3
System schafft Grenzen	1
Grenzen schützen	1
PB verstärken Grenze	1
schwammige Grenzen	1
Qualifizierung durchlaufen	2
symbolischer Schritt PB in Teams zu haben	1
einziger Weg Empathie	1
weiter Weg das (Adhärenz) in die Köpfe zu kriegen	1

PB sagt: Das war mein Weg und muss nicht der Ihre sein	1
Weg ist schon da, PB sind etabliert	1
Einarbeitung: sich gemeinsam auf den Weg machen	2
keine lange Wegstrecke mit PB- Kündigung	1
es gibt Lücken, wo man Schritte machen kann, keinen Weg	1
PB: jmdn auf den Weg der Heilung bringen	1
seinen Weg finden	1
Mit Implementierung der PB einen Weg gehen	1
Mit Implementierung der PB einen Weg gehen\der falsche Weg	1
bevor du auf die rennbahn gehst läufst du mit anderem PB	1
Riesenwechsel, PB kommen und gehen	1
PB kontaktiert Mentor wenn was schiefläuft	1
großer schritt zu sagen, auf der anderen Seite gewesen	1
Oberarzt mit ins Boot holen	1
es geht darum Patienten zu erreichen	1
Arbeitslast: egal wie wir am Limit rennen	1
man kommt nicht daran vorbei (Arztleistung)	1
wir sind bis zum äußersten geschritten (miteinander sprechen)	1
lief auch mal schief	1
alles laufen lassen	1
PB ständig in Bewegung (Sudium, Weiterbildung)	1
Klient bewegt sich immer an der gleichen Stelle	1
PB wollen Führung übernehmen	1
wie weit darf ich als PB gehen	1
Gratwanderung	3
PB nicht erwarten an jeder Stelle abgeholt zu werden	1
PB muss gebremst werden	1
profi von Angst begleitet	1
lief nicht immer reibungslos	1
Meilen entfernt sein	1
meilenweit davon entfernt, dass PB Leitungsebene	1
Balanceakt für das Team	1
da rein gehen (in die Begegnung)	1
PB brauchen Lust sich in Organisation reinzubegeben	1
PB haben Haltung in die Begegnung reinzugehen	1
PB geht in den Konflikt	1

Gottanrufung	13

Veröffentlichung: In der Erstellung

TP 7: Standing und Ansehen

Input für die Fokusgruppen:

- Inwiefern spielt persönliche Sympathie für die Akzeptanz / Implementierung der Genesungsbegleiter*innen eine Rolle?
- Welche Rolle spielen die bisherigen Qualifikationen, Berufswege, Hobbies der Genesungsbegleiter*innen in der Ausübung der Tätigkeiten? Welche Rolle spielt die Qualifizierung durch EX-IN oder vergleichbare Träger?
- Welche individuellen Fähigkeiten halten Sie für wesentlich für die Tätigkeiten und das Ankommen im Team?
- Welche verallgemeinerbaren Skills brauchen Genesungsbegleiter*innen?
- Kann Genesungsbegleitung ohne die jeweilige Persönlichkeit gedacht werden, so wie in der Pflege, der Medizin?

Code System:
Der Großteil des ausgewerteten Materials für dieses Teilprojekt entstammte der QUAL1-Erhebung (hier ab Oberkategorie 3); die Codes, die für das in der QUAL2-Phase erhobene Material stehen, sind in Rot hinzugefügt.

3. PB Training (bspw. ExIn) (incl. Praktika)
Inhalt, Ausrichtung und Einfluss des PB-Praktikums/Trainings, Bewertung und Verbesserungspotenzial
- 3b. Training/ „Theorieteil“
  - *Theoretische Orientierung des Trainings*
    - Inhalte der Trainings
    - Erfahrungen im Training
      - Positive/ hilfreiche Aspekte
      - Nicht hilfreiche Aspekte
    - Methodische Aspekte Training (wie läuft Training ab?)
      - Vermittlung von Kompetenzen
    - Diagnoseorientierung im Training
    - Veränderungsauftrag wird durch ExIn (nicht) gepusht
    - Mängel/Anpassungsvorschläge/ Verbesserungsvorschläge Training
- 3c. Funktion/ Wert der Ausbildung (incl. Training und Praktika)
  - *Konkrete Effekte von Training und Praktika*
    - Begleitungsformen kennenlernen und mitnehmen
    - Perspektivwechsel lernen
    - Praktikum für Selbst- und Fremderfahrung
    - Gewappnet/ gestärkt sein durch das Training/ Vorbereitung auf Praxis
    - Lernen, dass man NU etwas zumuten kann

Verfolgte Absicht mit/ eigene Ziele der Peerausbildung
Bedeutung für das eigene (privatpersönliche) Leben

6. (Fehlende) Infrastrukturen

Auswirkungen der rechtlichen und strukturellen Voraussetzungen auf PB:*

6e. Strukturelle/institutionelle Abhängigkeiten der PB*

Wie PB begrenzt werden durch die strukturellen Bedingungen*

Es gibt nicht genug Stellen für PB/ angewiesen auf Arbeitsplatz
Regionale Unterschiede in den Möglichkeiten PB* einzustellen
PB* hängen in ihrer Tätigkeit von Zuweisungen der anderen MA ab
Werbung für sich machen (müssen)
Vorgesetzter/ Mentor berät auch in Gesundheitsfragen (Rollenkonfusion)
(Nicht-) Passung PB Angebote zum Konzept der Klinik

6f. (Keine) Anerkennung PB als Berufsgruppe

Nebenwirkungen der (fehlenden) professionellen Organisation

Unklarheiten in der Rolle
PB existiert nicht als Rubrik in der Planung
Angebote sind nicht für alle NU zugänglich
Folgen fehlender Anerkennung als Berufsgruppe
Berufsgruppe kann sich nicht konstituieren
Wenige PB* im Team
Anstellungslogik bestimmt Arbeitsinhalte
Befristete/ prekäre Verträge
Unsichtbarkeit von PB
Keine Fobi für PB speziell
Keine Karriere/Aufstiegschancen PBs
Eingeschränkte Wertschätzung

6g. (Nicht angemessene) Entlohnung

Wie und warum die PB Entlohnung (nicht) angemessen ist/sein kann*

Fehlen einer Entlohnungsgruppe/ fehlende Abrechnungsmöglichkeit
(Folgen) fehlender Abrechnungsmöglichkeiten
Alternative/ kreative Finanzierungsmodelle/ Möglichkeiten der Finanzierung
Keine/ unzureichende Entlohnung Aufwände im Zusammenhang mit Arbeitstätigkeit
„Niedrige Entlohnung entspricht dem Qualifikationsgrad der PB*“
Unterschiedliche Vergütung für dieselbe Arbeit
Nicht mehr un(ter)bezahlt arbeiten (wollen)
Weiterqualifikation angestrebt/ umgesetzt aufgrund geringer Bezahlung
Ideen/ Vorschläge zur Eingruppierung
Zufriedenheit mit Bezahlung/Eingruppierung

6h. Folgen eines geringen Stellenanteils

Belastungen und Chancen von geringen Stellenanteilen

- Belastungen
  - Nicht gehört werden/ unsichtbar
  - Eigene Informationen kommen nicht an
  - Nichts vom Team oder Patient*innen mitbekommen
  - Teilnahme an Supervision und Fobi nicht möglich
  - Nachteil durch geringe Arbeitszeit (?)
- Chancen
  - Schutz vor Vereinnahmung
  - Kombination verschiedener Tätigkeiten möglich
  - Flexibilität hinsichtlich der Arbeitszeitregelung möglich
  - PB als Möglichkeit für Geringverdienende

7. Arbeitsplanung

Identifizierung, Zuweisung und Koordinierung der PB-Aufgaben in der täglichen Arbeit und wer das verantwortet*

- 7b. Keine oder wenig eigene Planung möglich seitens PB*

  PB haben niedrige Entscheidungsmacht in der Arbeitsplanung*
  - Fremdbestimmung/ keine Wahl durch Anstellungslogik
    - MA fordern, dass PB bestimmte Aufgaben (mehr) wahrnehmen
- 7c. PB* planen weitgehend selbst

  *Belastungen und Chancen der selbständigen Arbeitsplanung von PB**
  - Möglichkeiten selbstständiger Arbeitsgestaltung/ „eigene Stelle basteln“
  - Gestaltungsfreiheit für eigene Konzepte
  - Zwei Seiten einer Medaille (Freiraum und fehlende Struktur)
- 7d. Wie kommen NU zu PB*?

  Wie ist der Kontakt zwischen NU und PB moderiert*
  - Zum Gespräch mit PB* in eine Liste eintragen/ bei PB* melden
  - Informiert/ einander vorgestellt werden durch andere MA
  - PB* zuständig für bestimmte NU
    - (Keine) diagnostische Einschränkung in der Zuordnung
  - Kontakt bahnt sich an durch Präsenz der PB* bspw. auf Station
  - Erster Kontakt erfolgt (nicht) zusammen mit anderen BG

9. Was zeichnet PB* aus? (erlebt oder (sich selbst) zugeschrieben)

Potenziale und Fähigkeiten der PB, Haltungen, Kommunikationsart, Rollen und Rollenkonflikte, genutzte Methoden, Unterschied zu anderen MA - Ebene des Definitorischen, Beschreibenden v.a. aus Sicht der PB**

- 9d. Haltung/Ansätze

  Die Haltung der PB und ihre Wirkung auf den Umgang mit NU und System
  - Authentizität/ Menschlichkeit
  - psychiatriekritische Haltung
  - Bedarfsorientierung
  - Weniger Vorurteile auf Grund eigener Erfahrungen
  - Mit Tabus brechen

Wertschätzung im Umgang mit NU
PB* bewahren Ruhe
Mutig(er)/ angstfrei sein
keine klinische Einengung

9e. Beschriebene Rollen/Funktionen

Eingenommene und beschriebene Rollen und Funktionen der PB für alle Akteure*

Fürsprecher/ Unterstützer der NU
Übersetzer/ Vermittler/ „Brückenbau“
zwischen MA und NU
zwischen NU und ANG und KLINIK
zwischen MA und MA
Sensibilisierung von MA
Ansprechbar sein/ Zeit haben/ quatschen
PB sind die einzigen die Zeit für Gespräche haben
Zeit für Einzelgespräche
Zeit Ausgänge zu begleiten
Zeit für gemeinsame Aktivitäten
Zeit für NU etwas zu erledigen
Hoffnungsträgerin
Hoffnung auf positiven Verlauf entwickeln
PB* als Ansprechpartner für spezielle Themen
PB* als Geheimnisträger
PB ist keine therapeutische/ärztliche Arbeit
NU erlebt Kontinuität/kontinuierlichen Ansprechpartner

9f. Spannung/ Spaltung in der Rolle/ Rollenkonflikte

Wo die Rolle zum Problem wird

Mehrfachrollen aus der Perspektive der NU
Spaltung im Team durch/ anhand PB
Spannung in der Rolle als Teil des Jobs/ als Schutz vor Vereinnahmung
Zwischen den Stühlen sitzen
Rolle der PB* während Zwangsmaßnahmen

9g. PB* im Vergleich zu anderen MA*

Andere MA als Vergleichsfolie für das Besondere der PB

Andere MA haben weniger Empathie
Andere MA haben weniger Geduld
Andere MA haben keine Krisenerfahrungen
PB* bleiben gelassener als die MA
Professionelle Nähe (versus Distanz)
PB* kommen leichter in Kontakt

9h. Was ist nicht PB?

Wofür sollen und wollen PB nicht eingesetzt werden.*

11. Erwartungen

Formulierte (auch implizite) wechselseitige Erwartungen

11a. Erwartungen an die PB seitens der MA und NU

Erwartungen an die PB hinsichtlich ihrer Arbeit, Rollen und Selbstfürsorge*

Erwartungen an die Aufgaben der PB*

Erwartungen an die Kompetenzen der PB*

Auf eigene Grenzen aufpassen/ für eigene Stabilität sorgen/

Selbstverantwortung für das eigene Befinden

EW einbringen/ Lebensgeschichte werden geteilt

Vertretung der Betroffenenperspektive auch in Abwesenheit der NU

Nicht nur therapeutische, sondern mit den NU auch alltagspraktische Tätigkeiten umsetzen

Sich auf die Organisation einlassen wollen

Fingerspitzengefühl

Reflexivität, um nicht eigene Erfahrungen auf das Gegenüber zu projizieren

„Brückenbau“/ Vermittlung zwischen NU und MA

Gemeinsam Lösungen finden

Verständnis für NU haben

PB* sollen erreichbar sein

PB* sollen Veränderungen schaffen

Auftrag wird personenabhängig aufgegriffen

Unerfüllbare Erwartungen an die PB*

„Psychiatrie retten“

Funktionalisierung von PB

„Ziehen die Karre aus dem Dreck "

12. Befürchtungen

Befürchtungen der einzelnen Akteure (PB, MA, NU). Wird hier eingeordnet, wenn von Akteur konkret als Sorge, Zweifel oder eben Befürchtung geäußert wurde.*

12a. Befürchtungen der PB*

*Befürchtungen seitens der PB**

Keine Mitsprache

Vorurteilen begegnen müssen

Outing als PB* erhöht Stigmatisierung

Befürchtung kritisch beobachtet zu werden

(Angst vor)/ (Gefahr/ Risiko der) Vereinnahmung/ Assimilation

Profi-Konzepte umsetzen (müssen)

In der Rolle verwechselt werden

Keine erkennbare, selbstständige Einheit

PB* als Erfüllungsgehilfe der Psychiatrie

Verlust des Besonderen

Anpassung der Peers

„Gegenmaßnahmen“

Erhalt des Spezifischen der PB

Vereinnahmung entgegenwirken

12b. Befürchtungen der MA

Befürchtungen seitens der anderen BG

Befürchtete Auswirkungen auf die eigene Arbeit

Sorge, dass die Arbeit mit PB* aufwändiger ist

Befürchtung vor zu viel Differenz/ abweichenden Positionen der PB*

Sorge des Teams um (emotionale) Belastbarkeit der Peers/ MA erwarten das Widerauftreten von Krisen bei PB*

PB* sprechen zu viel von sich/ merken nicht, wenn es zu viel wird

PB* machen sich zu stark zum Anwalt der NU

PB* sind unrealistisch in ihren Veränderungserwartungen

13. Zusammenarbeit

Erlebte Zusammenarbeit aus den einzelnen Perspektiven, auch gegenseitige Akzeptanz, Herausforderungen und Umgang mit Krisen

13a. Erlebte Zusammenarbeit im Team

Erlebte (gute oder schwierige) Zusammenarbeit aus Sicht aller Teammitglieder, Aspekte, die sie prägen

Unsicherheiten aus Sicht aller Teammitglieder

Unsicherheiten der anderen MA im Umgang mit PB

Hilflosigkeit der anderen MA im Umgang mit PB

Vorsichtig sein (müssen) (beidseitig)

Vorsicht seitens der PB*, keine Kompetenzen zu überschreiten

PB* scheuen Konfrontation (um Verunsicherung der MA zu vermeiden)

MA trauen sich nicht, PB* zu kritisieren

Kritikkultur

(keine) Anerkennung/ Wertschätzung/ Feedback durch MA

Kritik (nicht) gewünscht/ kein Raum für Kritik

Kritik nicht wirksam

(Kein) konstruktiver Umgang mit Kritik seitens der MA

Essentialisierung als PB*

Verunsicherung und Abwehr

Sich angegriffen fühlen

Kritik als Quelle der Weiterentwicklung

Heiligsprechen von PB und dann nicht zuhören

Fehlende Kritikkultur in Krankenhaus und/ oder Gesellschaft

Kritik der Psychiatrie ist der Figur/Rolle der PB eingeschrieben

Wie kann Kritik gut geäußert werden?

Selbstreflexivität

Der Ton macht die Musik

Erhobener Zeigefinger

Konstruktive Kritik

(Nicht) in den Fight gehen
Dosierte/ gezielte Kritik
Nicht Schuldige suchen
Bewusstsein darüber, dass Psychiatrie bestimmten Menschen auch hilft

Herausforderungen
PB* müssen sich selbst Unterstützung/ Support suchen
PB* müssen sich durchboxen
(Gefühlte) Konkurrenz unter PB*
PB* erkennen Vorurteile der MA gegenüber NU
Rolle von Diagnosen für die Zusammenarbeit (PB*/Team)
Konfrontation wegen unterschiedlicher Positionen (PB*/Team)
Kampf um Deutungshoheit
Exklusion/ Distanz/ Othering/ Diskriminierung/ Mobbing/ Stigmatisierung *(später genauer sortieren)*
Nicht ernstgenommen werden/ Zuschreibung fehlender Kompetenz
Misstrauen durch andere MA
Andere BG fühlen sich bedroht
Neid/ Missgunst durch andere Teammitglieder/ Konkurrenzerleben der anderen MA
PB* haben mehr Freiräume und Flexibilität in ihrer Arbeit (Neid)

(Fehlende) Akzeptanz
(Fehlende) Offenheit/ Neugier seitens der MA
Neue Ideen/ Strategien sind nicht erwünscht
Sich (nicht) auf Neues einlassen
Desinteresse/ Gleichgültigkeit/ Ignoranz
„Die haben nicht auf mich gewartet“
Unterschiedliche Akzeptanz von PB
Unterschiedliche Haltungen Leitung – Team
Kritische Stimmen gegen PB

Teamwork
PB* wird von MA* in Behandlungsprozesse einbezogen
(Kein) vollwertiger/ fester Bestandteil des Teams
Angekommen sein/ gut integriert sein
(Fehlender) Ansprechpartner/ Mentor
(Nicht) informiert werden
Gute Beziehungen
MA kriegen intuitiv mit, wie es den PB* geht
Kollegiale Zusammenarbeit/ guter Austausch
(Starker) Einsatz für PB seitens der anderen MA

Umgang mit seelischen Krisen im Team

Kultur des Umgangs mit Betroffenheit
Umgang mit Krisen der PB im Team
MA erleben Krisenerfahrung der PB als „heißes Eisen“
Umgang mit Krisen von anderen MA
Umgang mit Krisen der PB* untereinander
Umgang mit AU aufgrund seelischer Krisen im Team
Präventionsmaßnahmen von Krisen im Team

13b. Zusammenarbeit zwischen PB* und MA (aus Sicht der NU)

Erlebte (gute oder schwierige) Zusammenarbeit aus Sicht der Nutzer, Aspekte, die sie prägen

Umgang mit Krisenerfahrungen im Team (hier nur, wenn aus Sicht der NU)
Erleben von PB als nachgeordnetes Angebot
(Keine) gemeinsame Dokumentation von PB und MA
(Keine) Entscheidungsmacht der PB*
Ausleben von Hierarchien
Eingeschränkte Entscheidungsmacht der PB*
Bezahlung/ Anerkennung der PB ist zu gering
PB* widersetzt sich

14. Zusammenarbeit als Prozess (Ankommen im System)

Erste Erfahrungen und Veränderungen in der Zusammenarbeit, Auswirkungen von PB auf Klinik und MA und auf die eigenen Rollen

14a. Erste Erfahrungen

Erfahrungen der PB und MA in der Anfangszeit (erste Monate, erstes Jahr) des PB Einsatzes*

Anfangsschwierigkeiten der PB*
PB* müssen sich am Anfang beweisen
Anfangsschwierigkeiten mit Erfahrungswissen umzugehen
Unsicherheiten der PB* am Anfang der Tätigkeit
Anfangsschwierigkeiten der MA
Anfangsschwierigkeiten mit Erfahrungswissen umzugehen

14b. Interesse der anderen MA an PB (wächst mit der Zeit)

Interesse an Besonderheiten/Expertise der PB verändert sich bei den MA

Nachfrage nach PB aus dem Team
Arbeit wird einfacher
Teil eines Teams werden

14c. Klima in der Klinik/beim Arbeitgeber

Arbeitsklima in der Klinik und dessen Veränderung

Veränderungen der Atmosphäre
Rückenwind von oben hilft nur begrenzt

14d. MA verändern ihre Einstellung im Laufe der Zeit

Wirkung des gegenseitigen Kennenlernens auf die MA

Kompetenz der Peers erkennen
Andere Sichtweisen führen zu mehr Respekt der MA ggü NU
MA bauen ihre Vorurteile ggü PB ab
Perspektivwechsel bei MA durch Anwesenheit von PB

14e. Entwicklung der PB Rolle

Entwicklung (und Anpassungen) der PB-Rolle im Laufe der Zeit

15. Belastungen und Umgang damit aus Sicht der PB* (nur PB)

Belastungen für die PB durch die Arbeit und Lösungskonzepte*

15a. Belastungen durch die institutionellen Bedingungen

Belastende Wirkungen der strukturellen Bedingungen

Durchhalten/ Überforderung
Überstunden machen
Hohe Arbeitsbelastung
Hohes Maß an Eigeninitiative notwendig
In der Minderzahl sein/ auf alleinigem Posten im Team

15c. Als Vertreter*in einer neuen BG in ein bestehendes Team kommen

Überforderungserfahrungen und -ängste in Bezug auf das Team

Druck gesund sein zu müssen
(Noch) kein fester Platz in den Abläufen

15.x Ambivalente Rolle in der Institution (s. 9f)

15d. Wohlbefinden/Belastbarkeit (der PB*) im Alltag erhalten

Strategien zum Umgang mit Belastungen und Überforderung

Supervision für die/ Austausch unter PB
Selbstfürsorge als Strategie zum Durchhalten
Für persönliche Zufriedenheit sorgen
Psychohygiene
Abgrenzungen
PB* muss eigene Grenzen kennen
Abgrenzung gegen Zuschreibungen der MA
Abgrenzung hinsichtlich der Erwartungen der MA
Abgrenzung hinsichtlich der Erwartungen der Nutzenden
Umgang mit Sehnsucht, vollwertiges Teil des Teams zu sein/ endlich dazu zu gehören
So arbeiten, wie man/frau es für richtig hält
Vorleben als Haltung
Bewusstsein über die „Rattenschwänze“ der eigenen Arbeit
Umgang mit enttäuschten Veränderungswünschen
Kontextualisierung: was ist überhaupt möglich?

15.e. Maßnahmen auf Seiten der Institution, um Belastungen PB* zu verringern

Schulungen/ Wissen vermitteln
Offenheit und Toleranz füreinander/ Wertschätzung von Eigenarten

Supervision für alle
Arbeit an einer Kritikkultur
Erwartungsmanagement
Spannungen nicht individualisieren/personalisieren/ strukturelle Seite sehen
Differenzierer Blick: was ist Einarbeitung, was ist PB?
Veränderungsbereitschaft
Schritte auf dem Weg zur Recovery-Orientierung
PB CIRS System
Räume für Anregungen/ Kritik schaffen/ aktiv auf PB zugehen
PB in ausreichender Menge
MA machen sich kenntlich/ sichtbar

17. Erlebte/ wahrgenommene Effekte der PB

Erlebte, zugeschriebene und wahrgenommene Effekte und Wirkungen der PB für die Institution, MA und NU - Ebene des Prozesshaften

17a. PB als Motor der Veränderung

Möglichkeiten, die PB können die Institution und das System weicher machen und Perspektivwechsel bei MA und NU einleiten*

Für wen sind PB zuständig, für Institution, MA oder NU
Arbeit für NU unumstritten
Keine Wahl (immer auf allen Ebenen)
Veränderung für Institution durch Arbeit mit Nu
Oft wird nur Arbeit für Nu erwartet/ kommuniziert

Für die Institution/ das System
PB* stoßen neue Arbeitsweisen an
Reduktion von Zwang
Aufweichung fest gefahrener Strukturen
Vorschläge von PB* werden umgesetzt

Für die anderen MA
PB* als Kritiker der Behandlungsmethoden
Vorschläge von PB* werden umgesetzt
Veränderungen der Haltungen (ggü. PB und NU)
Perspektivwechsel bei MA durch Anwesenheit von PB
Andere Sichtweisen führen zu mehr Respekt der MA gegenüber NU

Für die NU
Veränderungen der Haltungen (ggü. MA und PB*)
PB* als Unterstützung der NU in zugespitzten Situationen
PB ermöglicht, was sonst nicht denkbar war

17b. PB fördern Destigmatisierung

Reduzierung der Stigmatisierung von NU in System und Institution

17c. Effekte auf andere MA (hier nur aus Sicht von MA!)

Welche Veränderungen für die MA bringt/brachte die Zusammenarbeit mit PB mit sich*

- Anerkennung der PB/PB*
  - Hochachtung vor Lebensgeschichte der PB*
  - PB* sind gut ausgebildet/ Respekt vor Ausbildung
  - PB* als unverzichtbarer Teil des Teams
  - Bedeutung von Sympathie für Anerkennung von PB
- PB als Zugewinn
  - PB als zusätzlicher Joker im Team und auf Station
- Über eigene Grenzen des Verstehens bewusst werden
- Durch PB* mehr über NU verstehen
- Perspektiverweiterung zu neuen Begleitungswegen für NU
- Resignationsprophylaxe
- Kontakt mit PB* führt zu selbstkritischer Reflexion der eigenen Rolle
  - PB führt zu einem Minderwertigkeitsgefühl (eigene Rolle/ Arbeit)
- MA reflektieren eigene Arbeitsbedingungen/-belastungen kritisch
  - PB führt zur Verbesserung der Selbstfürsorge aller MA
- Besser, genauer zuhören durch den Einfluss der PB*
- Aufzeigen, wenn MA zu viel an Interessen der Institution denken
- Katalysator von Coming-Out Prozessen anderer MA
  - Offenheit in Hinblick auf Krisenerfahrung aller MA
  - Eigene Krisenerfahrung kann einbezogen werden
- Wissenszuwachs der MA durch Peers

18. Aussagen, die die Position der PB in der Institution anklingen lassen („zwischen den Zeilen“)/ Haltung ggü. PB*

In-Vivo-Codes, „Zwischen-den-Zeilen“-Aussagen und Metaphern der Bewertung und Beschreibung von PB

- „Der Bespaßer“
- Status eines Schülers/ Praktikanten
- „Hol und Bringedienst“
- Die/ der mit den „schrägen Ideen“
- Sich mit der eigenen Perspektive aufdrängen müssen
- „Satellit“
- Werbung machen für sich, für Arbeit sorgen müssen
- PB* haben das Wundermittel/ ziehen Karren aus dem Dreck
- Psycho-Betreuung durch Kolleg*innen
- „Kleines Licht“/ „letztes Glied in der Kette“
- Abhängige Position
- „Befehlsempfänger“
- Patientenstatus/ um die muss ich mich kümmern/ sind nicht belastbar
- Unterwerfung? Keine Kritik erlaubt?

Andere Formulierungen, die PB* herabsetzen
A-Politisierte PB
Feind versus Freund
Zusätzliches Angebot/ keine Konkurrenz
Darf ich auch mal was sagen?
Wir haben schon so viel von Ihnen gehört
Heiligsprechen

Veröffentlichung: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39159660/

TP 8 und 9: Individuelle Gelingensfaktoren

Input für die Fokusgruppen:

Code System:
Die Ergebnisse der Auszählung der relevanten Codes zum Thema individuelle Gelingsfaktoren. Die grau hinterlegten Zeilen markieren Kategorien, in denen sich Anzahl der Aussagen ähneln.

Kategorien	Definitionen	MA	PGB	NU
Selbstbewusstsein	Selbstbewusstsein als Voraussetzung für die Tätigkeit Peer-/ Genesungsbegleitung	3	5	1
Sympathie	Sympathie als Voraussetzung für die gute Zusammenarbeit/ Akzeptanz im Team	8	0	1
Persönlichkeit	Empathie, „menschliche Qualitäten“, Individualität, Charaktereigenschaften	40	6	0
Berufliche Vorerfahrungen	Berufsausbildungen, Studien, Praktika, bisher ausgeübte Tätigkeiten	7	16	0
Professionalität	Zitate, die sich zur Professionalität der PGB äußern, Professionalisierte Erfahrung, um in Kontakt zu kommen oder zu unterstützen in der Sicht der PGB	19	25	1
Qualifikationen, Praktika etc.	Spezielle Qualifizierungsmaßnahmen zur Vorbereitung der Tätigkeit als PGB	5	6	0
Belastbarkeit und Krisennähe	Geringe Belastbarkeit und Krisennähe als Barriere für ein gutes Gelingen	6	0	0

Veröffentlichung: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39503912/

TP 10: Methodische Fragen qualitativ-partizipativer Kodierungsprozesse

Input für die Fokusgruppen:

Code-System:
Drei Fokusgruppen wurden durchgeführt zur Frage der Unterschiede zwischen den Code-Systemen beider Sub-Teams der MHB-Forschungsgruppe (s. Abbildung 2, Schritt 4). Die Codes in im oberen Teil bezeichnen die wahrgenommenen Unterschiede. Die Codes im

unteren Teil (ab „effects of integration“) erläutern die wahrgenommenen Effekte der Integration beider Code-Systeme (Schritt 6/ Abbildung 2).

Total number of codes	510
Formal differences	
Definitions	6
Sequence	5
Length	9
Language	33
Understandability	15
Redundancy	3
Comprehensiveness	4
Level of concreteness	4
Grade of neutrality	19
Closeness to citations	10
Perspectivism	32
Political dimension	32
Differences in contents	
Interaction logic	21
Closeness to experiences	8
Getting to the point	16
Emotionally laden	24
Closeness to life	18
Structures and human beings cannot be separated	9
Oriented at basic needs	9

Institution logic	8
Criticism of PSW	19
Talking about other	2
Distance	7
Legal and technical framework	40
Commodification	11
Reproduction clinical othering	1
Processes from people	3
Impression on the readers	
Structure/ Sequence	2
Readability	11
Being able to empathise	9
Rousing	6
Effects of integration	
More organization	3
Neutralization of emotions	8
Loss of clarity	3
Complementarity/ completion	9
Shifts and Changes	27
Shifts in contents	12
Loss of focus on relationships	5
Gain of focus on structures and processes	5
Loss of peer perspectives	13
Imagined processes of integration	

Assumed social processes	20
Possible alternatives	4
Basic science-theoretical concerns	**10**

Veröffentlichung: Eingereicht bei Research Involvement and Engagement/ Manuskript im Anhang

Anhang 10: Kartographie

Teilnehmende: 249 Personen

Umfragezeitpunkt: Quartal II 2023

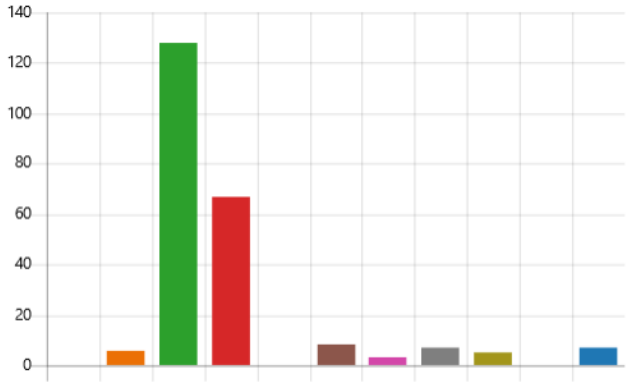
1. Haben Sie eine Qualifizierung als "Peer" abgeschlossen?

   Definition "Peer": Wir verstehen darunter einen Menschen, der auf der Basis eigener Krisenerfahrung sowie einem Recovery-Prozess für sich die Entscheidung getroffen hat, dieses subjektiv erworbene Erfahrungswissen zu reflektieren, um es anderen Menschen zur Verfügung zu stellen.

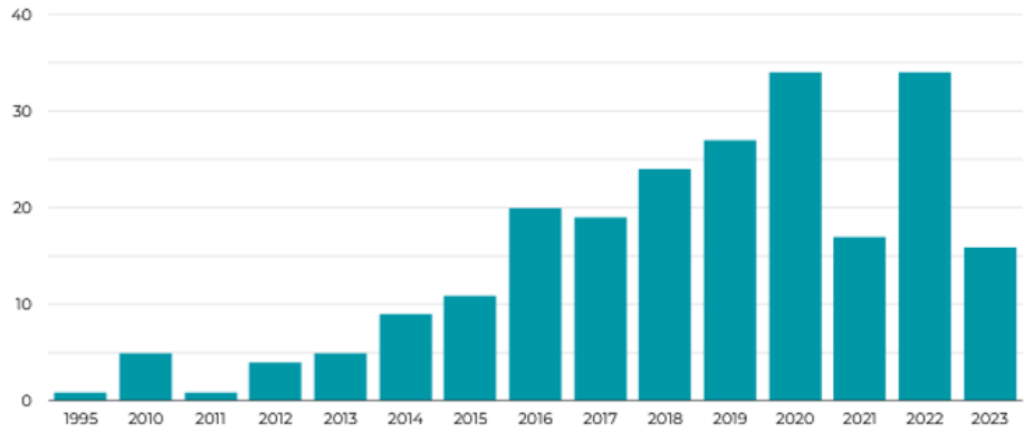
Ja	231
Nein	18

4. Bei welcher Organisation haben Sie Ihre Qualifizierung als Peer abgeschlossen?

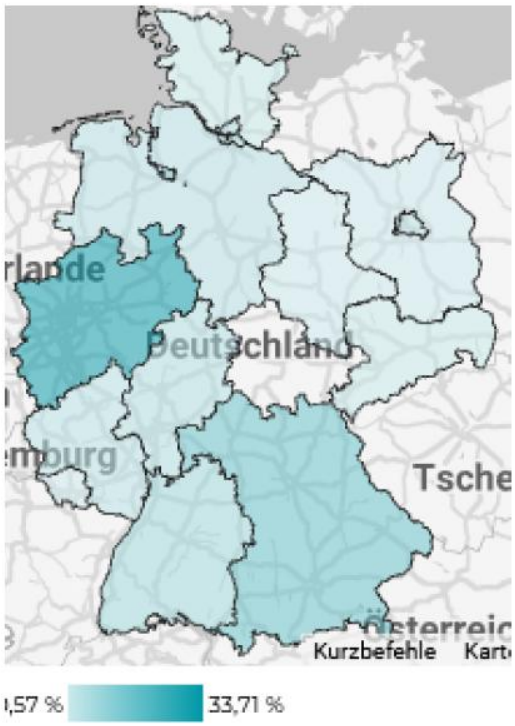
Peer-Berater*in AGpR	0
DBT Peer Coaching	6
EX-IN Deutschland	128
EX-IN LebensArt	67
HelpEx	0
Peer Counseling ISL/bifos	8
Peer Counseling Dr. Pfeiffer	3
Resilienz-Trainingsprogramm ...	7
UPSIDES	5
Windhorse	0
Sonstiges	7



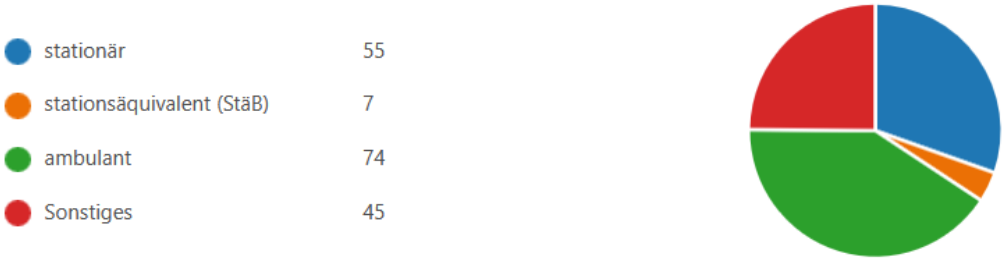
7. In welchem Jahr haben Sie Ihre Qualifizierung als Peer abgeschlossen?



8. Wo haben Sie Ihre Qualifizierung erworben? Bitte geben Sie die Postleitzahl an.



15. In welchem Setting wird die Peer-Begleitung angeboten?



19. Wie wird Ihre Einrichtung finanziert?

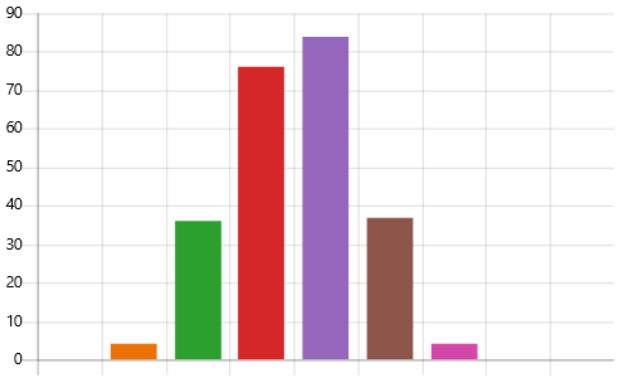
SGB V (Sozialgesetzbuch Fünf:...	47
SGB IX (Sozialgesetzbuch Neu...	45
Sonstiges	89

26. Geschlecht

w	159
m	78
d	4

27. Altersgruppe

10 - 19	0
20 - 29	4
30 - 39	36
40 - 49	76
50 - 59	84
60 - 69	37
70 - 79	4
80 - 89	0
90 - 99	0



<u>Anhang 11:</u> Code-System QUAL-1 Phase

1. Berufseinstieg und Motivation der PB*

Definition (jeweils kursiv): Wege in die PB, Motivationen, PB zu sein und zu bleiben und Ziele der Arbeit*

1a. Wege hinein

Wie PB die Position gefunden hat, unter welchen Bedingungen/Umständen*

Schon als Patient in der Einrichtung gewesen

Praktikum als Einstieg

Kriterien, die für die Auswahl des Arbeitsortes eine Rolle gespielt haben

Erfahrungswissen als Einstellungsvoraussetzung

Einstieg über Bewerbung

Initiativbewerbung durch PB*/ Anfrage seitens der PB*

Bewerbung auf eine Ausschreibung hin

Aktive Anwerbung durch Arbeitgeber

1b. Motivation, PB* zu sein

Warum ist PB PB* geworden*

Nutzen aus schweren Zeiten ziehen

Gesund bleiben durch Tätigkeit als PB*

Persönliche Zufriedenheit

1c. Gewinne für die PB*/ Warum Arbeit gut tut…

*Mehrwert der PB für die PB**

PB als Zwischenstufe (Wege hinaus)

Qualifizierung als Weg aus Peer-Funktion zu Jobwechsel

Motive für Jobwechsel

PB als Beruf, weil nichts anderes möglich ist

1d. Ziele der eigenen Arbeit

Ziele, als PB zu arbeiten*

Veränderung der Psychiatrie

Humanisierung der Behandlung

Vorbild für NU sein

Selbsterfahrung bei MA zu stärken

Persönliche Ziele

Selbststärkung

2. Expertise PB*

Frühere Lebenserfahrungen der PB, sowohl persönlich als auch beruflich*

2a. Behandlungserfahrungen als NU

Frühere Erfahrungen mit Behandlung

2b. Lebenserfahrungen

Frühere Erfahrungen im Alltag

Trotz unterschiedlicher Symptome, ähnliche Probleme bewältigt

Kompetenzen und Wissensressourcen aus anderen Lebensbereichen

Bedeutung bisheriger Hobbies

2c. Berufs-/ Ausbildungserfahrungen im Vorfeld

Andere Arten von Ausbildung

Zusätzliche Qualifikationen

Therapieausbildung

Vorerfahrung/ Wissensressourcen aus anderen Berufen/ Arbeitserfahrung

Studium nicht hilfreich in der Praxis

3. PB Training (bspw. ExIn) (incl. Praktika)

Inhalt, Ausrichtung und Einfluss des PB Praktikums/Trainings, Bewertung und Verbesserungspotenzial

3a. Praktika

Erfahrungen mit Praktika und ihre Bedingungen

Erfahrungen der PB* in Praktika

Erfahrungen der MA mit PB Praktika

Ansprechpartner im Praktikum

Unterstützung durch andere MA im Praktikum

Fürsprecher im Praktikum

Anleitung im Praktikum

Mängel/Anpassungsvorschläge/ Verbesserungsvorschläge Praktikum

3b. Training/ „Theorieteil“

Theoretische Orientierung des Trainings

Inhalte der Trainings

Erfahrungen im Training

Positive/ hilfreiche Aspekte

Nicht hilfreiche Aspekte

Methodische Aspekte Training (wie läuft Training ab?)

Vermittlung von Kompetenzen

Diagnoseorientierung im Training

Mängel/Anpassungsvorschläge/ Verbesserungsvorschläge Training

3c. Funktion/ Wert der Ausbildung (incl. Training und Praktika)

Konkrete Effekte von Training und Praktika

Begleitungsformen kennenlernen und mitnehmen

Perspektivwechsel lernen

Praktikum für Selbst- und Fremderfahrung

Gewappnet/ gestärkt sein durch das Training/ Vorbereitung auf Praxis

Lernen, dass man NU etwas zumuten kann

Verfolgte Absicht mit/ eigene Ziele der Peerausbildung

Bedeutung für das eigene (privatpersönliche) Leben

3d. ExIn Ausbildung (spezifische Aussagen dazu)

Spezifische Erfahrung mit ExIn

ExIn Ausbildung kritisch betrachtet

3e. Wissen der NU über Ausbildung/ Training der PB*

Was NU wissen über den Trainingsprozess

3f. Finanzierungsmöglichkeiten von PB Trainings

Wie die Trainings finanziert werden

3g. Implementierung eines In House Trainings zur PB

Verfügbarkeit von Trainings am Ort der Arbeitsstelle

4. (Keine) vorbereitende Maßnahmen in der Institution

Motivation und Vorbereitungsmaßnahmen der Institutionen, PB einzubeziehen*

4a. Wie kam PB in die Institution?

Was war der Anlass, PB zu etablieren

PB als Teil eines Gesamtkonzeptes

Nachfrage nach PB

durch Belegschaft/ Institution

„Rückenwind“ durch CA/ CÄ

durch Nutzer*innen

Vorerfahrungen mit PB* im Team

4b. (Keine) Vorbereitung von PB als Angebot

Wie die Institution und das Personal auf PB vorbereitet wurden (oder nicht)

(Keine) Vorbereitung von Seiten der Institution

Es gab eine Vorbereitung, die war aber nicht hilfreich

(Kein) Wissen der MA zur Implementierung

Hilfreiche Ausbildungen/ Voraussetzungen im Team

Open Dialogue Schulungen

(Keine) Vorbereitung auf Zusammenarbeit mit PB*

Teambildende Maßnahmen im Vorfeld Arbeitsaufnahme

(Kein) geeignetes Einstellungsverfahren

Kriterien und Qualifikationen, die für die Einstellung relevant waren

Weitere Voraussetzungen für die Einstellung einer PB*

(Keine) Stellenbeschreibung

(Kein) Vorstellungsgespräch

Schwierigkeiten und Bedenken in Bezug auf die Einstellungsprozesse

Vor- und Nachteile einer "top-down" Steuerung des Einstellungsverfahrens

4c. Konkrete Implementierungsmodelle

Wie/Wo wird PB implementiert

Satellitenmodell (PB* arbeiten in einer eigenständigen Einheit)

„Peer Akademie“ (Begrim wurde genannt)

Einsatzort

Setting-übergreifend

Spezielles Setting

Kein Einsatz von PB auf Akutstation mit schweren Fällen

5. (Keine) Einarbeitung

Einarbeitung von PB in der Einrichtung, Verlauf und Bewertung*

5a. Erfahrungen mit (keiner) Einarbeitung

Wie die PB eingearbeitet werden*

Zeit und Raum haben anzukommen

Einarbeitungsplan/ Leitfaden für Einarbeitung

(Unkoordinierter) Verlauf der Einarbeitung

(Nicht) vorgestellt werden im Team

(Keine) verantwortliche Person/ feste Zuständigkeit auf (Leitungsebene)

Begleitung der Einarbeitung der PB*

durch MA außerhalb des Teams

durch MA innerhalb des Teams

regelmäßigem Austausch

durch andere PB*

„Keine Einarbeitung notwendig, weil PB* die Einrichtung kennt“

5b. Verbesserungspotenziale für die Einarbeitung

Wie dieser Prozess verbessert werden könnte

6. Notwendige Infrastrukturen

Auswirkungen der rechtlichen und strukturellen Voraussetzungen auf PB:*

Arbeitsbedingungen, Abhängigkeiten, Interaktionsformate (z. B. Supervision), Vernetzung, keine Anerkennung als Berufsgruppe, Bezahlung, geringe Stellenanteile

6a. Arbeitsbedingungen

Konkrete Arbeitsstrukturen

(Keine) Barrierefreiheit

Allg. Personalmangel

Räumlich (Un)möglichkeiten

(Kein) Zugang zum Dokumentationssystem

Arbeitsplatzgestaltung

Arbeitsplatzwechsel (nicht) möglich

6b. Möglichkeiten zur Mitbestimmung in Gremien

Inwiefern können PB sich in polit. Entscheidungen (o.a. die Institution betreQend) einbringen*

6c. Strukturelle Interaktionsformate

Wie PB und andere MA sich austauschen können*

(Keine)/ (Un)geeignte Austauschformate

Entlastung für alle durch Austausch im Team

Supervision, Intervision etc.

Gemeinsame Supervision mit Professionellen

Supervision unter PB*

Wenig/ kaum/ kein Kontakt mit anderen MA, um sich auszutauschen

Informeller/ spontaner Austausch

6d. (Keine) Vernetzung PB* untereinander

*(Keine) Koordination und Kommunikation zwischen PB**

Vernetzung der PB* innerhalb der Institution

Vernetzung der PB* über Institutionen hinweg

Selbstorganisierte Vernetzung der PB*

Funktion der Vernetzung von PB*

Vernetzung als Vereinnahmungsschutz

Vernetzung zur Selbstverortung

Vernetzung zum Informationsaustausch

6e. Strukturelle/institutionelle Abhängigkeiten der PB*

Wie PB begrenzt werden durch die strukturellen Bedingungen*

Es gibt nicht genug Stellen für PB/ angewiesen auf Arbeitsplatz

Regionale Unterschiede in den Möglichkeiten PB* einzustellen

PB* hängen in ihrer Tätigkeit von Zuweisungen der anderen MA ab

Werbung für sich machen (müssen)

Vorgesetzter/ Mentor berät auch in Gesundheitsfragen (Rollenkonfusion)

(Nicht-) Passung PB Angebote zum Konzept der Klinik

6f. (Keine) Anerkennung PB als Berufsgruppe

Nebenwirkungen der (fehlenden) professionellen Organisation

Unklarheiten in der Rolle

PB existiert nicht als Rubrik in der Planung

Angebote sind nicht für alle NU zugänglich

Folgen fehlender Anerkennung als Berufsgruppe

Berufsgruppe kann sich nicht konstituieren

Wenige PB* im Team

Anstellungslogik bestimmt Arbeitsinhalte

Befristete/ prekäre Verträge

Unsichtbarkeit von PB

Keine Fobi für PB speziell

Keine Karriere/Aufstiegschancen PBs

Eingeschränkte Wertschätzung

6g. (Nicht angemessene) Entlohnung

Wie und warum die PB Entlohnung (nicht) angemessen ist/sein kann*

Fehlen einer Entlohnungsgruppe/ fehlende Abrechnungsmöglichkeit

(Folgen) fehlender Abrechnungsmöglichkeiten

Alternative/ kreative Finanzierungsmodelle/ Möglichkeiten der Finanzierung

Keine/ unzureichende Entlohnung Aufwände im Zusammenhang mit Arbeits-tätigkeit

„Niedrige Entlohnung entspricht dem Qualifikationsgrad der PB*“

Unterschiedliche Vergütung für dieselbe Arbeit

Nicht mehr un(ter)bezahlt arbeiten (wollen)

Weiterqualifikation angestrebt/ umgesetzt aufgrund geringer Bezahlung

Ideen/ Vorschläge zur Eingruppierung

Zufriedenheit mit Bezahlung/Eingruppierung

6h. Folgen eines geringen Stellenanteils

Belastungen und Chancen von geringen Stellenanteilen

Belastungen

Nicht gehört werden/ unsichtbar

Eigene Informationen kommen nicht an

Nichts vom Team oder Patient*innen mitbekommen

Teilnahme an Supervision und Fobi nicht möglich

Nachteil durch geringe Arbeitszeit (?)

Chancen

Schutz vor Vereinnahmung

Kombination verschiedener Tätigkeiten möglich

Flexibilität hinsichtlich der Arbeitszeitregelung möglich

PB als Möglichkeit für Geringverdienende

7. Arbeitsplanung

Identifizierung, Zuweisung und Koordinierung der PB-Aufgaben in der täglichen Arbeit und wer das verantwortet*

7a. Gemeinsam Arbeitsaufgaben planen (PB* und andere MA)

Die Möglichkeiten, die Arbeit zusammen zu planen

7b. Keine oder wenig eigene Planung möglich seitens PB*

PB haben niedrige Entscheidungsmacht in der Arbeitsplanung*

Fremdbestimmung/ keine Wahl durch Anstellungslogik

MA fordern, dass PB bestimmte Aufgaben (mehr) wahrnehmen

7c. PB* planen weitgehend selbst

*Belastungen und Chancen der selbständigen Arbeitsplanung von PB**

Möglichkeiten selbstständiger Arbeitsgestaltung/ „eigene Stelle basteln“

Gestaltungsfreiheit für eigene Konzepte

Zwei Seiten einer Medaille (Freiraum und fehlende Struktur)

7d. Wie kommen NU zu PB*?

Wie ist der Kontakt zwischen NU und PB moderiert*

Zum Gespräch mit PB* in eine Liste eintragen/ bei PB* melden

Informiert/ einander vorgestellt werden durch andere MA

PB* zuständig für bestimmte NU

(Keine) diagnostische Einschränkung in der Zuordnung

Kontakt bahnt sich an durch Präsenz der PB* bspw. auf Station

Erster Kontakt erfolgt (nicht) zusammen mit anderen BG

8. Angebote, Aufgaben und Aktivitäten

Verschiedene Aufgaben, die PB wahrnehmen, auch Aufgaben, die nicht PB*-Aufgaben sind oder die PB* nicht ausführen dürfen*

8a. Aktivitäten nach individuellen Stärken und Ressourcen individuell gestalten

Personalisierte Aktivitäten

8b. Unterschiedliche Aufgaben in unterschiedlichen Settings

Aufgaben sind kontextabhängig

8c. Neue PB* anwerben/ Menschen für PB interessieren

Informationen für die ÖQffntlichkeit anbieten

Öffentlichkeitsarbeit für PB/ ExIn

8d. Offene Sprechstunde/ Beratung/ Einzelgespräche

Offene Möglichkeiten für Gespräche

Sprechstunden Einzelgespräche

Telefonische Begleitung/ Sprechstunde

8e. Teilnahme/ Präsenz Klinikalltag

Dabeisein im Alltag der NU

Bei Übergabegesprächen

Bei Morgenrunden

Bei Visiten

8f. Spaziergänge

Mit NU spazieren gehen

Begleitung bei Ausgang aus der Geschlossenen

8g. Mobilisierung/ Aktivierung

NU aus der Reserve locken

8h. Empowerment/ Aufklärung über Rechte

Ermutigung und Information über Rechte und Kompetenzen

8i. Information über und Vermittlung von anderen Angeboten

Hilfe beim Zugang zu anderen Dienstleistungen

8j. Erarbeitung Krisenplan

Entwicklung und Zusammenarbeit an einem Krisenplan

Individueller Krisenplan

Vom Patienten mitbestimmt

Hausaufgaben zum individuellen Weiterarbeiten

8k. Netzwerkarbeit

Verbindung mit Mitgliedern des NU Netzwerks

Angehörigenbegleitung

8L. Vortragstätigkeiten/ Lehrtätigkeit/ Schulungen

Andere MA über PB unterrichten

PB als Ausbilder in Fortbildungen für andere Mitarbeitenden

Hospitanz von Mitarbeitenden in peergeleiteten Gruppen

8m. Zeit mit Patient*innen verbringen

Gemeinsame Zeit im Alltag

8n. Mit NU Ziele erarbeiten

Gemeinsam Ziele entwickeln

8o. Ressourcensuche

Gemeinsam nach zusätzlichen Ressourcen suchen

8p. Gruppenleitung

Arbeit als Gruppenleiter

Spielegruppe

Empowermentgruppe

8q. Therapiekonzepte modifizieren und anwenden

Anpassung von Therapiekonzepten

Aromatherapie

8r. Recovery Arbeit

Arbeit mit Recovery-Konzepten und -Praktiken

8s. Erfahrungsbasierte Inhalte und Themen der Begleitung

Begleitung und eigenen Erfahrungshintergrund bei schwierigen Situationen anbieten

Zwangsmaßnahmen

Suizidalität

Medikamente

Sucht

8t. Dokumentationsaufgaben

(Keine) Verantwortung für die Dokumentation

Nicht dokumentieren dürfen

Dokumentationsanforderungen unklar/ keine Erwartungen

Dokumentationspflicht

Gespräche über Dokumentation

Dokumentation gemeinsam mit NU machen/ Mitsprache NU

Dokumentationsfreiräume nutzen

Keine Dokumentation über Kommunikation mit NU machen müssen

Doku für den eigenen Bedarf

8u. Nicht erlaubte Aufgaben

Für PB verbotene Tätigkeiten*

8v. Nicht PB spezifische Tätigkeiten

Tätigkeiten, die PB ausführen, die nicht zu ihrer Rolle gehören*

Spontanes Einspringen für andere BG

(Keine) Abgrenzung zwischen Aufgaben PB* und andere MA

PB* übernehmen Aufgaben anderer MA

Beteiligung an Dokumentation der Pflege

Transporttätigkeiten

Gleiche Aufgaben wie andere Berufsgruppen

Teilweise überlappende Aufgabenbereiche

9. Potenziale und Fähigkeiten PB* (erlebt oder (sich selbst) zugeschrieben)

Potenziale und Fähigkeiten der PB, Haltungen, Kommunikationsart, Rollen und Rollenkonflikte, genutzte Methoden, Unterschied zu anderen MA - Ebene des Definitorischen, Beschreibenden v.a. aus Sicht der PB**

9a. Individuelle Potenziale:

Individuelle Persönlichkeit und Engagement von PB auch über PB hinaus

Bedeutung der Persönlichkeit der PB*

Persönliches Engagement über PB* hinaus

9b. Kommunikation/ Verständnis:

*Art des Verstehens, der Empathie und der Kommunikationsweise von PB**

Sachverhalte auf das Wesentliche reduzieren

Gespräch auf Augenhöhe

PB* sind glaubwürdig

Anders Verstehen

Fingerspitzengefühl/ feine Wahrnehmung

Empathie

Nachfühlen können/ NU wissen, dass PB* erkennt, was los ist

Mitfühlen können, ohne selbst belastet zu sein

Mitleiden

Gut zuhören können/ „lauschen“

Bessere Kommunikation

Andere Gesprächssituationen als mit anderen MA

Gespräch einfacher als mit Ärzten

Direktere Kommunikation/omener Austausch/Klartext reden

PB* hat Dinge verstanden, die NU noch verstehen wollen

Bedürfnisse der NU besser verstehen

Offenheit

Offene Fragen stellen

Die richtigen Fragen stellen

Den richtigen Ton finden

Sich ernst genommen fühlen (als NU)

Sich akzeptiert fühlen (als NU)

9c. „Methoden“:

Das Handwerkszeug der PB: Genutzte (kreative) Methoden, Techniken, Wissen, Netzwerken

Andere/ neue/ kreative Techniken und Hilfsmittel

Keine festgelegten Methoden/Leitlinien

Neue/ eigene Perspektiven/Ideen einbringen in Teams und bei NU

Vernetzung NU untereinander fördern

Erfahrungswissen einbringen *(wenn nicht als Methode, dann siehe Block Erfahrungswissen)*

Aktivierung/ Ermutigung/ Empowerment

Emanzipatorisches Wissen einbringen

Austausch existentieller Gefühle

Ressourcenorientierung im Umgang mit NU

Weniger lösungsorientiert arbeiten (müssen)

Neue Wege/ Beispiele aufzeigen (durch EW)

(beides:) Erfahrungs- und Fachwissen vorhanden

Neue Anstöße geben/ Möglichkeiten aufzeigen

9d. Haltung/Ansätze

Die Haltung der PB und ihre Wirkung auf den Umgang mit NU und System

Authentizität/ Menschlichkeit

psychiatriekritische Haltung

Bedarfsorientierung

Weniger Vorurteile auf Grund eigener Erfahrungen

Mit Tabus brechen

Wertschätzung im Umgang mit NU

PB* bewahren Ruhe

Mutig(er)/ angstfrei sein

keine klinische Einengung

9e. Beschriebene Rollen/Funktionen

Eingenommene und beschriebene Rollen und Funktionen der PB für alle Akteure*

Fürsprecher/ Unterstützer der NU

Übersetzer/ Vermittler/ „Brückenbau“

zwischen MA und NU

zwischen NU und ANG und KLINIK

zwischen MA und MA

Sensibilisierung von MA

Ansprechbar sein/ Zeit haben/ quatschen

PB sind die einzigen die Zeit für Gespräche haben

Zeit für Einzelgespräche

Zeit Ausgänge zu begleiten

Zeit für gemeinsame Aktivitäten

Zeit für NU etwas zu erledigen

Hoffnungsträgerin

Hoffnung auf positiven Verlauf entwickeln

PB* als Ansprechpartner für spezielle Themen

PB* als Geheimnisträger

PB ist keine therapeutische/ärztliche Arbeit

NU erlebt Kontinuität/kontinuierlichen Ansprechpartner

9f. Spannung/ Spaltung in der Rolle/ Rollenkonflikte

Wo die Rolle zum Problem wird

Mehrfachrollen aus der Perspektive der NU

Spaltung im Team durch/ anhand PB

Spannung in der Rolle als Teil des Jobs/ als Schutz vor Vereinnahmung

Zwischen den Stühlen sitzen

Rolle der PB* während Zwangsmaßnahmen

9g. PB* im Vergleich zu anderen MA*

Andere MA als Vergleichsfolie für das Besondere der PB

Andere MA haben weniger Empathie

Andere MA haben weniger Geduld

Andere MA haben keine Krisenerfahrungen

PB* bleiben gelassener als die MA

Professionelle Nähe (versus Distanz)

PB* kommen leichter in Kontakt

9h. Was ist nicht PB?

Wofür sollen und wollen PB nicht eingesetzt werden.*

10. (Umgang mit) Erfahrungswissen

Beschreibung, Einsatz, Nutzen und Ziele von PB-Erfahrungswissen in der täglichen Praxis, sowohl im Umgang mit NU als auch mit anderen MA, aber auch im Generellen. Dieser Block soll auch dazu dienen, den großen Begriff greifbarer machen zu können.*

10a. Was zählt als EW?

Was verstehen die Akteure unter EW, wer hat EW und was ist EW?

PB mit Angehörigenexpertise

Erfahrungen sind eine Ressource und Perspektive

10b. Eigene (Erfahrungs-) Perspektive (nicht) einbringen können

Gelegenheiten EW einzubringen oder deren Fehlen

Gesprächsführung mit Erfahrungsexpertise

10c. Umgang mit EW innerhalb des Teams

Wie geht das Team/die PB mit dem Potenzial EW im Team um?*

(Kein) dezidiertes Abrufen von EW durch andere MA

Homogenisierung von EW im Team (Unterschiede werden nicht gesehen)

Grad der Transparenz/Omenheit mit eigenen Erfahrungen der Peers im Team

Umgang mit EW von anderen BG

10d. Wie bringen PB* EW ein?

Art und Weise des Einbringens von EW

10e. Mit welchem Ziel wird EW eingebracht?

Ziele des Einbringens von EW für sich selbst und im Umgang mit MA und NU

In Hinblick auf NU

In Hinblick auf andere MA

In Hinblick auf sich selbst

10f. Was kann EW? *(erweitert auch die Kategorie „Was bringen PB* mit?")*

Potenziale von EW in der Praxis

Andere Sichtweisen auf Grund eigener Erfahrungen

Die gleiche Sprache sprechen wie NU/ stellt die richtigen Fragen

Vertrauensvorschuss bei NU

EW führt zu mehr Verstehen von NU

EW kann NU und MA entängstigen

Eisbrecherfunktion

Die Ruhe bewahren/ darum wissen, dass Veränderung Zeit braucht

EW verhilft dazu Diagnosen zu hinterfragen

Wissen wie sich etwas anfühlt

Wissen, wie man „da raus" kommt

11. Erwartungen

Formulierte (auch implizite) wechselseitige Erwartungen

11a. Erwartungen an die PB seitens der MA und NU

Erwartungen an die PB hinsichtlich ihrer Arbeit, Rollen und Selbstfürsorge*

Erwartungen an die Aufgaben der PB*

Erwartungen an die Kompetenzen der PB*

Auf eigene Grenzen aufpassen/ für eigene Stabilität sorgen/ Selbstverantwortung für das eigene Befinden

EW einbringen/ Lebensgeschichte werden geteilt

Vertretung der Betromenenperspektive auch in Abwesenheit der NU

Nicht nur therapeutische, sondern mit den NU auch alltagspraktische Tätigkeiten umsetzen

Sich auf die Organisation einlassen wollen

Fingerspitzengefühl

Reflexivität, um nicht eigene Erfahrungen auf das Gegenüber zu projizieren

„Brückenbau"/ Vermittlung zwischen NU und MA

Gemeinsam Lösungen finden

Verständnis für NU haben

PB* sollen erreichbar sein

Unerfüllbare Erwartungen an die PB*

„Psychiatrie retten“

Funktionalisierung von PB

„Ziehen die Karre aus dem Dreck "

11b. Erwartungen an die MA seitens der PB*

Erwartungen der PB an andere MA, um gut arbeiten zu können*

Unterstützung zur Ermöglichung der Arbeit

Maßnahmen der Fürsorge für die eigene Arbeitsfähigkeit

Die Grenzen der PB* respektieren

PB* auf „Augenhöhe“ behandeln

„Fachliche Kompetenz“

Mitbestimmung in der Arbeitsgestaltung

11c. Implizite Erwartungen

Erwartungen, die ich zwischen den Zeilen wahrnehme (interpretatorisch) – betrifft alle Akteure

12. Befürchtungen

Befürchtungen der einzelnen Akteure (PB, MA, NU). Wird hier eingeordnet, wenn von Akteur konkret als Sorge, Zweifel oder eben Befürchtung geäußert wurde.*

12a. Befürchtungen der PB*

*Befürchtungen seitens der PB**

Keine Mitsprache

Vorurteilen begegnen müssen

Outing als PB* erhöht Stigmatisierung

Befürchtung kritisch beobachtet zu werden

(Angst vor)/ (Gefahr/ Risiko der) Vereinnahmung/ Assimilation

Profi-Konzepte umsetzen (müssen)

In der Rolle verwechselt werden

Keine erkennbare, selbstständige Einheit

PB* als Erfüllungsgehilfe der Psychiatrie

Verlust des Besonderen

Anpassung der Peers

„Gegenmaßnahmen“

Erhalt des Spezifischen der PB

Vereinnahmung entgegenwirken

12b. Befürchtungen der MA

Befürchtungen seitens der anderen BG

Befürchtete Auswirkungen auf die eigene Arbeit

Sorge, dass die Arbeit mit PB* aufwändiger ist

Befürchtung vor zu viel Dimerenz/ abweichenden Positionen der PB*

Sorge des Teams um (emotionale) Belastbarkeit der Peers/ MA erwarten das Widerauftreten von Krisen bei PB*

PB* sprechen zu viel von sich/ merken nicht, wenn es zu viel wird

PB* machen sich zu stark zum Anwalt der NU

PB* sind unrealistisch in ihren Veränderungserwartungen

12c. Befürchtungen der NU

Befürchtungen seitens der NU

Sind PB* in Zeiten einer Krise von NU „stabil“ genug?

PB* könnte zukünftig nicht mehr zur Verfügung stehen, weil Stelle prekär ist

Unklarheit der Rolle/ Misstrauen durch NU

(Angst vor) Vereinnahmung der PB durch die Institution

Institutioneller Druck verringert Qualität der Arbeit

13. Zusammenarbeit

Erlebte Zusammenarbeit aus den einzelnen Perspektiven, auch gegenseitige Akzeptanz, Herausforderungen und Umgang mit Krisen

13a. Erlebte Zusammenarbeit im Team

Erlebte (gute oder schwierige) Zusammenarbeit aus Sicht aller Teammitglieder, Aspekte, die sie prägen

Unsicherheiten aus Sicht aller Teammitglieder

Unsicherheiten der anderen MA im Umgang mit PB

Hilflosigkeit der anderen MA im Umgang mit PB

Vorsichtig sein (müssen) (beidseitig)

Vorsicht seitens der PB*, keine Kompetenzen zu überschreiten

PB* scheuen Konfrontation, um Verunsicherung der MA zu vermeiden

MA trauen sich nicht, PB* zu kritisieren

Kritikkultur

(keine) Anerkennung/ Wertschätzung/ Feedback durch MA

Kritik an den Strukturen ist (nicht) gewünscht/ kein Raum für Kritik

(Kein) konstruktiver Umgang mit Kritik seitens der MA

Herausforderungen

PB* müssen sich selbst Unterstützung/ Support suchen

PB* müssen sich durchboxen

(Gefühlte) Konkurrenz unter PB*

PB* erkennen Vorurteile der MA gegenüber NU

Rolle von Diagnosen für die Zusammenarbeit (PB*/Team)

Konfrontation wegen unterschiedlicher Positionen (PB*/Team)

Kampf um Deutungshoheit

Exklusion/ Distanz/ Othering/ Diskriminierung/ Mobbing/ Stigmatisierung *(später genauer sortieren)*

Nicht ernstgenommen werden/ Zuschreibung fehlender Kompetenz

Misstrauen durch andere MA

Andere BG fühlen sich bedroht

Neid/ Missgunst durch andere Teammitglieder/ Konkurrenzerleben der anderen MA

PB* haben mehr Freiräume und Flexibilität in ihrer Arbeit (Neid)

(Fehlende) Akzeptanz

(Fehlende) Omenheit/ Neugier seitens der MA

Neue Ideen/ Strategien sind nicht erwünscht

Sich (nicht) auf Neues einlassen

Desinteresse/ Gleichgültigkeit/ Ignoranz

„Die haben nicht auf mich gewartet“

Unterschiedliche Akzeptanz von PB

Unterschiedliche Haltungen Leitung – Team

Kritische Stimmen gegen PB

Teamwork

PB* wird von MA* in Behandlungsprozesse einbezogen

(Kein) vollwertiger/ fester Bestandteil des Teams

Angekommen sein/ gut integriert sein

(Fehlender) Ansprechpartner/ Mentor

(Nicht) informiert werden

Gute Beziehungen

MA kriegen intuitiv mit, wie es den PB* geht

Kollegiale Zusammenarbeit/ guter Austausch

(Starker) Einsatz für PB seitens der anderen MA

Umgang mit seelischen Krisen im Team

Kultur des Umgangs mit Betromenheit

Umgang mit Krisen der PB im Team

MA erleben Krisenerfahrung der PB als „heißes Eisen“

Umgang mit Krisen von anderen MA

Umgang mit Krisen der PB* untereinander

Umgang mit AU aufgrund seelischer Krisen im Team

Präventionsmaßnahmen von Krisen im Team

13b. Zusammenarbeit zwischen PB* und MA (aus Sicht der NU)

Erlebte (gute oder schwierige) Zusammenarbeit aus Sicht der Nutzer, Aspekte, die sie prägen

Umgang mit Krisenerfahrungen im Team (Hier nur, wenn aus Sicht der NU)

Erleben von PB als nachgeordnetes Angebot

(Keine) gemeinsame Dokumentation von PB und MA

(Keine) Entscheidungsmacht der PB*

Ausleben von Hierarchien

Eingeschränkte Entscheidungsmacht der PB*

Bezahlung/ Anerkennung der PB ist zu gering

PB* widersetzt sich

13c. Erlebte Zusammenarbeit der PB* mit NU

Erlebte (gute oder schwierige) Zusammenarbeit der PB mit den NU, Aspekte, die sie prägen*

Rolle von Diagnosen für die Zusammenarbeit (PB*/NU)

Aus Sicht der PB*

Ablehnung von PB

Nutzer*innen reagieren negativ auf "Seitenwechsel" der PB*

Schwierigkeiten Erwartungen der NU zu erfüllen

Feedback durch NU

als Gewinn für PB* wahrgenommen

Aus Sicht der NU (siehe auch Emekte der PB)

Persönliche/Intensive Begleitung/ Intimität

Transparenz und Authentizität

Sich auf Augenhöhe begegnen

Immer ein omenes Ohr/ da und ansprechbar sein

Flexibilität/ Aushandlung möglich/ bedarfsorientiert

PB* nehmen sich Zeit

PB* bringen sich engagiert ein

Langfristige Begleitung

Ablehnung/ schlechte Erfahrungen mit PB

Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Beziehung zu PB* und Beziehung zu Freunden

Sich mit Du ansprechen

Chancen einer Tandemarbeit von PB* und anderer MA

14. Zusammenarbeit als Prozess (Ankommen im System)

Erste Erfahrungen und Veränderungen in der Zusammenarbeit, Auswirkungen von PB auf Klinik und MA und auf die eigenen Rollen

14a. Erste Erfahrungen

Erfahrungen der PB und MA in der Anfangszeit (erste Monate, erstes Jahr) des PB Einsatzes*

Anfangsschwierigkeiten der PB*

PB* müssen sich am Anfang beweisen

Anfangsschwierigkeiten mit Erfahrungswissen umzugehen

Unsicherheiten der PB* am Anfang der Tätigkeit

Anfangsschwierigkeiten der MA

Anfangsschwierigkeiten mit Erfahrungswissen umzugehen

14b. Interesse der anderen MA an PB (wächst mit der Zeit)

Interesse an Besonderheiten/Expertise der PB verändert sich bei den MA

Nachfrage nach PB aus dem Team

Arbeit wird einfacher

Teil eines Teams werden

14c. Klima in der Klinik/beim Arbeitgeber

Arbeitsklima in der Klinik und dessen Veränderung

Veränderungen der Atmosphäre

Rückenwind von oben hilft nur begrenzt

14d. MA verändern ihre Einstellung im Laufe der Zeit

Wirkung des gegenseitigen Kennenlernens auf die MA

Kompetenz der Peers erkennen

Andere Sichtweisen führen zu mehr Respekt der MA ggü NU

MA bauen ihre Vorurteile ggü PB ab

Perspektivwechsel bei MA durch Anwesenheit von PB

14e. Entwicklung der PB Rolle

Entwicklung (und Anpassungen) der PB-Rolle im Laufe der Zeit

15. Belastungen und Umgang damit aus Sicht der PB* (nur PB) *(s.a. OK „Herausforderungen der Zusammenarbeit")*

Belastungen für die PB durch die Arbeit und Lösungskonzepte*

15a. Belastungen durch die institutionellen Bedingungen

Belastende Wirkungen der strukturellen Bedingungen

Durchhalten/ Überforderung

Überstunden machen

Hohe Arbeitsbelastung

Hohes Maß an Eigeninitiative notwendig

In der Minderzahl sein/ auf alleinigem Posten im Team

15b. Überforderung im Umgang mit NU

Überforderungserfahrungen und -ängste in Bezug auf NU

Zweifel, sich ausreichend für die NU einsetzen zu können

Wenig Vertrauen in die eigene Kompetenz aus EW

Mitfühlen und dies als Belastung erleben

Trigger durch „schwere Fälle"

Emotionale Verfügbarkeit

15c. Als Vertreter*in einer neuen BG in ein bestehendes Team kommen

Überforderungserfahrungen und -ängste in Bezug auf das Team

Druck gesund sein zu müssen

(Noch) kein fester Platz in den Abläufen

15d. Wohlbefinden/Belastbarkeit im Alltag erhalten (der PB*)

Strategien zum Umgang mit Belastungen und Überforderung

Selbstfürsorge als Strategie zum Durchhalten

für persönliche Zufriedenheit sorgen

Psychohygiene

Abgrenzungen

PB* muss eigene Grenzen kennen

Abgrenzung gegen Zuschreibungen der MA

Abgrenzung hinsichtlich der Erwartungen der MA

Abgrenzung hinsichtlich der Erwartungen der Nutzenden

16. Voraussetzungen für gute Arbeit der PB*/ Förderliches für die PB *(auch unter anderen Ok stehen Empfehlungen)*

Best practice der Voraussetzungen, Bedingungen und zwischenmenschlichen Interaktion für PB

16a. Strukturelle Bedingungen/ Vorbereitung

Hilfreiches in den strukturellen Voraussetzungen

Kulturwandel ist entscheidend für Implementierung

Gutes Konzept für PB, partizipativ gestaltet

Rahmenkonzept für die Implementierung der PB

Vorbereitung der Implementierung

Mentorensystem

Einzelne MA als Bindeglied zwischen PB* und Team

Eigener Raum

Eigener KIS Zugang

Rückhalt durch die Institution

Arbeitgeberfürsorge/ Umgang mit Krisen

Klare Leitungsstrukturen

Stellenbeschreibung

Zugänglichkeit Fortbildung/ Weiterbildung

Arbeitsplatzwechsel ermöglichen

Praktika anbieten

als Möglichkeit sich auszuprobieren

Vernetzung der PB* untereinander

Barrieren anschauen

Geregelter Umgang mit Dimerenzen

Prozedere für Kommunikation bei Schwierigkeiten

Über das PB Angebot informieren

16b. Zwischenmenschliche, personengebundene Voraussetzungen

Hilfreiches im Miteinander

Vertrauen der MA in PB*

Zeit, um Vertrauen zu entwickeln

Offenheit bei den anderen BG/ Neugier in Team

Offenheit in der Aushandlung Aufgaben/ Rolle

Individuelle Voraussetzungen der PB

PB* setzt sich durch/ handelt emanzipiert

Stationsleitung und OberärztIn müssen im Boot sein

Friedliche Koexistenz

Konflikte ansprechen können

(Kritische) Haltung gegenüber dem System darf sein

Feedback kriegen zur eigenen Arbeit und geben dürfen

Feedbackgespräche mit Leitung

Feedback von anderen MA

Was verstanden sein muss, um Menschen erreichen zu können

16c. Strategische Weiterentwicklung

Hilfreiches, um zu bleiben (in Bezug auf strukturelle Voraussetzungen)

Maßnahmen, um PB als Berufsgruppe zu etablieren

Braucht es eine PB* Quote?

Sich als Arbeitgeber attraktiv machen (müssen)

Selbstvertretung der PB in der Einrichtung

Mehr partizipative Forschung

17. Erlebte/ wahrgenommene Effekte der PB

Erlebte, zugeschriebene und wahrgenommene EQekte und Wirkungen der PB für die Institution, MA und NU - Ebene des Prozesshaften

17a. PB als Motor der Veränderung

Möglichkeiten, die PB können die Institution und das System weicher machen und Perspektivwechsel bei MA und NU einleiten*

Für die Institution/ das System

PB* stoßen neue Arbeitsweisen an

Reduktion von Zwang

Aufweichung fest gefahrener Strukturen

Vorschläge von PB* werden umgesetzt

Für die anderen MA

PB* als Kritiker der Behandlungsmethoden

Vorschläge von PB* werden umgesetzt

Veränderungen der Haltungen (ggü. PB und NU)

Perspektivwechsel bei MA durch Anwesenheit von PB

Andere Sichtweisen führen zu mehr Respekt der MA gegenüber NU

Für die NU

Veränderungen der Haltungen (ggü. MA und PB*)

PB* als Unterstützung der NU in zugespitzten Situationen

PB ermöglicht, was sonst nicht denkbar war

17b. PB fördern Destigmatisierung

Reduzierung der Stigmatisierung von NU in System und Institution

17c. Effekte auf andere MA (hier nur aus Sicht von MA!)

Welche Veränderungen für die MA bringt/brachte die Zusammenarbeit mit PB mit sich*

Anerkennung der PB/PB*

Hochachtung vor Lebensgeschichte der PB*

PB* sind gut ausgebildet/ Respekt vor Ausbildung

PB* als unverzichtbarer Teil des Teams

Bedeutung von Sympathie für Anerkennung von PB

PB als Zugewinn

PB als zusätzlicher Joker im Team und auf Station

Über eigene Grenzen des Verstehens bewusst werden

Durch PB* mehr über NU verstehen

Perspektiverweiterung zu neuen Begleitungswegen für NU

Resignationsprophylaxe

Kontakt mit PB* führt zu selbstkritischer Reflexion der eigenen Rolle

PB führt zu einem Minderwertigkeitsgefühl (eigene Rolle/ Arbeit)

MA reflektieren eigene Arbeitsbedingungen/-belastungen kritisch

PB führt zur Verbesserung der Selbstfürsorge aller MA

Besser, genauer zuhören durch den Einfluss der PB*

Aufzeigen, wenn MA zu viel an Interessen der Institution denken

Katalysator von Coming-Out Prozessen anderer MA

Offenheit in Hinblick auf Krisenerfahrung aller MA

Eigene Krisenerfahrung kann einbezogen werden

Wissenszuwachs der MA durch Peers

17d. spezifische Effekte der PB auf NU (hier nur aus Sicht der NU! Vgl. auch Code EW und Code erlebte Zusammenarbeit aus Sicht der NU)

Welche Veränderungen für die NU bringt/brachte die Einbeziehung von PB mit sich

PB* sind auf Seiten der NU/ stärken NU

NU kann weiter selbst bestimmen

PB* bringen NU zum Sprechen

Gespräche/ Verstehen anstatt Meds

Nachhaltige(re) Erkenntnisse/ Unterstützung

Regen zum Nachdenken an

Helfen beim Runterfahren

NU können Ärger loswerden

NU empfinden PB als wertvoller als therapeutische/Ärztliche Arbeit

Bedeutung der Persönlichkeit des PB*

18. Aussagen, die die Position der PB in der Institution anklingen lassen („zwischen den Zeilen")/ Haltung ggü. PB*

In-Vivo-Codes, „Zwischen-den-Zeilen"-Aussagen und Metaphern der Bewertung und Beschreibung von PB

„Der Bespaßer"

Status eines Schülers/ Praktikanten

„Hol und Bringedienst"

Die/ der mit den „schrägen Ideen"

Sich mit der eigenen Perspektive aufdrängen müssen

„Satellit"

Werbung machen für sich, für Arbeit sorgen müssen

PB* haben das Wundermittel/ ziehen Karren aus dem Dreck

Psycho-Betreuung durch Kolleg*innen

„Kleines Licht"/ „letztes Glied in der Kette"

Abhängige Position

„Befehlsempfänger"

Patientenstatus/ um die muss ich mich kümmern/ sind nicht belastbar

Unterwerfung? Keine Kritik erlaubt?

Andere Formulierungen, die PB* herabsetzen

A-Politisierte PB