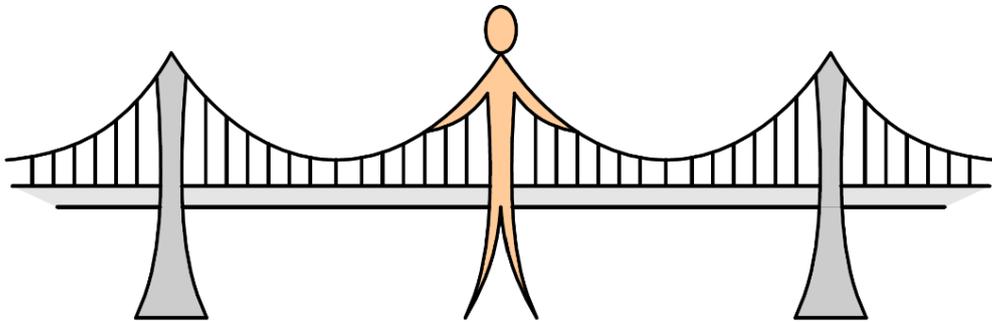


Der Einsatz von Peers in der Sozialen Arbeit – Chancen und Herausforderungen



Forschungsarbeit im Rahmen des Bachelorstudiengangs

Luana Berwert

luana.berwert@stud.hslu.ch

Hochschule Luzern - Soziale Arbeit

15. August 2022

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**
Kurs **VZ 2019-2022**

Luana Berwert

**Der Einsatz von Peers in der Sozialen Arbeit -
Chancen und Herausforderungen**

Diese Arbeit wurde am **15. August 2022** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2022

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Leitung Bachelor

Abstract

Psychische Erkrankungen sind bio-psycho-sozial bedingt. Die Gesundheit von Menschen ist daher geprägt durch die Lebensbedingungen, in welche sie hineingeboren werden. In Organisationen im Kontext der Sozialen Arbeit kommen in der Schweiz vermehrt Peer-Fachpersonen zum Einsatz. Die Peer-Arbeit ist als eine Ergänzung zur herkömmlichen Begleitung und Behandlung durch Fachpersonen zu verstehen. Aus der Fachliteratur und den Befragungen resultiert durch die Zusammenarbeit mit Peers eine Vielzahl positiver Effekte für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Peer-Fachpersonen zeichnen sich in der Begleitung von Betroffenen durch ihre Erfahrungsexpertise von psychischen Krisen aus, womit sie sich von Fachpersonen unterscheiden und gleichzeitig mit ihrer Tätigkeit in Organisationen eine grosse Bereicherung schaffen. Eine grössere Herausforderung scheint eine gelingende Implementierung der Peers darzustellen, da sich die Erfahrungen für eine optimale interprofessionelle Kooperation mit Fachpersonen im deutschsprachigen Raum noch geringhalten. Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit sind die Chancen und Herausforderungen der Peer-Arbeit aus der Fachliteratur herauszuarbeiten. Das Forschungskapitel beinhaltet vier Befragungen von Peers mithilfe von leitfadengestützten Expert*inneninterviews. Die Auswertung erfolgte nach der Methode von Mühlfeld et al. Daraus resultieren im Schlusskapitel Empfehlungen für die Profession der Sozialen Arbeit, welche eine erfolgreiche Implementierung von Peers in Organisationen im Kontext der Sozialen Arbeit beschreibt und dadurch eine gelingende Zusammenarbeit mit Professionellen ermöglicht.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Abbildungsverzeichnis.....	IV
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Fragestellungen	3
1.3 Aufbau der Bachelorarbeit	4
2 Theoretische Grundlagen der Peer-Arbeit.....	5
2.1 Begriffserklärung Peer.....	5
2.2 Psychische Erkrankungen.....	6
2.3 Erklärungsansätze für psychische Erkrankungen.....	7
2.4 Psychische Gesundheit.....	8
2.4.1 Krankheit und Gesundheit aus systemischer Sicht	9
2.4.2 Gesundheit als Kontinuum.....	10
2.5 Bezug zur Sozialen Arbeit.....	12
3 Verbreitung, Erfahrungen und Rahmenbedingungen des Peer-Ansatzes.....	14
3.1 Verbreitung des Peer-Ansatzes	14
3.2 Anerkannte Peer-Weiterbildung	15
3.3 Arbeits- und Aufgabenbereiche	17
3.4 Recovery-Konzept	18
3.5 Chancen und Herausforderungen des Recovery-Ansatzes.....	21
3.6 Erfahrungen mit der Peer-Arbeit.....	22
3.6.1 Chancen	22
3.6.2 Risiken.....	24
4 Methodisches Vorgehen	28
4.1 Wahl der Forschungsmethode	28
4.2 Sampling.....	29
4.3 Datenerhebung.....	30
4.4 Datenauswertung.....	30

5	Darstellung der Forschungsergebnisse	32
5.1	Chancen der Peer-Arbeit.....	33
5.2	Rollen der Peers in Organisationen.....	35
5.3	Risiken der Peer-Arbeit.....	37
5.4	Recovery	40
5.5	Kooperation mit Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit.....	43
6	Diskussion der Ergebnisse.....	45
6.1	Gelingende Implementierung von Peer-Arbeit	45
6.2	Abschliessende Überlegungen.....	49
7	Schlussfolgerungen von den Empfehlungen.....	50
7.1	Beantwortung der Fragestellung.....	50
7.2	Empfehlungen für die Soziale Arbeit	51
7.3	Rückblick und Ausblick.....	53
8	Literatur- und Quellenverzeichnis	54
9	Anhang.....	57
9.1	Anhang A: Gesprächsleitfaden Expert*inneninterviews.....	57
9.2	Anhang B: Interviewpartner*innen für den empirischen Teil Bachelorarbeit	59
9.3	Anhang C: Auszug aus den Auswertungsergebnissen – Mühlfeld Claus (2. Stufe)	60

Abbildungsverzeichnis

Titelbild: (eigenen Darstellung)

Abbildung 1: Das bio-psycho-soziales Modell.....	7
Abbildung 2: Das salutogenetische Modell.....	11
Abbildung 3: Chancen und Risiken der interprofessionellen Zusammenarbeit.....	27
Abbildung 4: Methodisches Vorgehen.....	29
Abbildung 5: Die sechs Stufen des Auswertungsverfahren.....	31

1 Einleitung

In diesem ersten Kapitel der vorliegenden Bachelorarbeit wird zunächst die Ausgangslage des gewählten Themas aufgezeigt. Daraus leiten sich die Fragestellungen für Theorie, Forschung und die Praxis der Sozialen Arbeit ab. Der Aufbau wird im letzten Unterkapitel der Einleitung näher beschrieben.

1.1 Ausgangslage

Von mittleren oder hohen psychischen Belastungen waren im Jahr 2017 insgesamt 15 Prozent der Schweizer Bevölkerung betroffen. Diese Belastungen führten bei 6 Prozent der Betroffenen dazu, im selben Jahr Behandlungen in Anspruch zu nehmen (Bundesamt für Statistik, 2017). Wie Lampert et al. (2014) ausführen, besteht ein enger Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit. Menschen mit einem tiefen sozioökonomischen Status sind häufiger von affektiven, somatoformen oder Angststörungen betroffen als Personen mit höherem sozialem Status. Weiter stellt Arbeitslosigkeit einen zusätzlichen Risikofaktor dar, an psychischen Störungen zu erkranken (S. 6).

Es zeigt sich in der Praxis von Sozialarbeitenden, dass ihre Klientel überwiegend einen tiefen sozioökonomischen Status haben oder arbeitslos sind. Folglich kann daraus abgeleitet werden: Klient*innen der Sozialen Arbeit sind häufiger als die Gesamtbevölkerung von psychischen Störungen betroffen. Es besteht Handlungsbedarf, um Betroffene von psychischen Erkrankungen ihren Bedürfnissen entsprechend optimal zu beraten und begleiten. Seit 2010 sind in der Schweiz vermehrt Genesungsbegleiter*innen im Einsatz, die sogenannten Peers. Peer-Fachpersonen oder Expert*innen durch Erfahrung sind Menschen, die Erfahrungen in psychischen Krisen und Genesung durchlebt sowie die in der Schweiz anerkannte Weiterbildung von Experienced Involvement (EX-IN) abgeschlossen haben (Verein PRIKOP et al., 2020, S. 3). Die EX-IN Absolvent*innen stellen ihr Erfahrungswissen, die individuellen Strategien zu Bewältigung von Krisen und dem Erhalt ihrer Lebensqualität, ergänzend zum theoretisch erlernten Fachwissen anderen Betroffenen, Angehörigen oder Fachpersonen zur Verfügung (EX-IN Schweiz, ohne Datum). Ein zentraler Bestandteil dieser Weiterbildung ist der Recovery-Ansatz, welcher nicht eine völlige Symptommfreiheit in den Mittelpunkt stellt, sondern ein zufriedenes und aktives Leben auch mit den psychischen Problemen ermöglicht (Pro Mente Sana, ohne Datum).

Utschakowski (2016) hat aufgezeigt sich, dass in der Psychiatrie eine Neuorientierung notwendig sei. Gemäss seinen Ausführungen ist es erforderlich, die Erfahrungen psychischer Erschütterungen von psychisch erkrankten Personen nicht als krankhaft abzuwerten, sondern als Lösungsversuch wertzuschätzen und hilfreiche Unterstützung anzubieten. Die

Neuorientierung besteht in der Erkenntnis, dass Peer-Fachpersonen im Rahmen dieser Unterstützung sinnvoll eingesetzt werden können, womit der Ansatz des Peer-Supports seine Aufgabe erhält (S. 18). Nicht nur in der Psychiatrie findet der Einsatz von Peer-Fachpersonen statt, auch Klient*innen der Sozialen Arbeit sind von psychischen Problemen betroffen. Daher sind die Peers vermehrt auch im Kontext der Sozialen Arbeit anzutreffen.

Im Berufskodex der Sozialen Arbeit wird die Relevanz des Peer-Supports mit mehreren zutreffenden Ausführungen begründet. Ein Grundwert der Sozialen Arbeit ist die Zuständigkeit für die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben (Avenir Social, 2010, S. 9). In dieser Erläuterung wird insbesondere die Wichtigkeit des Einsatzes von Peer-Fachpersonen in Organisationen im Kontext der Sozialen Arbeit hervorgehoben.

Gemäss Burr et al. (2021) stellt der Kernaspekt der Tätigkeit von Peer-Fachpersonen das *Brücken bauen* dar, indem sie das Bindeglied zwischen Fachpersonen und Betroffenen bilden. Ebenfalls zentrale Elemente ihrer Arbeit sind das Vermitteln von Zuversicht, Empowerment sowie Unterstützung beim Symptom- und Krankheitsmanagement (S. 135). In englischsprachigen Ländern ist der Einsatz von Peer-Fachpersonen weit verbreitet und zudem gesetzlich verankert. Im deutschsprachigen Raum hingegen, erfolgt die Etablierung der Peer-Arbeit und des Recovery-Ansatzes mit Verzögerung (Burr et al., 2021, S. 136).

Es scheint eine Herausforderung zu sein, diese neue Berufsgruppe¹ erfolgreich in Organisationen im Kontext der Sozialen Arbeit zu integrieren, die sich mit der Behandlung von psychischen Erkrankungen auseinandersetzen. Die Rollen und Aufgabenbereiche der Peer-Fachpersonen sind oftmals nicht klar definiert, wodurch Unsicherheiten im Alltag entstehen können (ebd.). Daher befasst sich folgende Bachelorarbeit mit dem Thema, wie sich die Zusammenarbeit zwischen den Professionellen der Sozialen Arbeit und Peer-Fachpersonen aus Sicht der Peers in Organisationen im Kontext der Sozialen Arbeit der Schweiz optimal gestalten lässt.

¹ Das SBFJ Berufsverzeichnis (BVZ) führt in der Übersicht, angelehnt an das Berufsbildungsgesetz BBG, die Peer-Fachpersonen nicht als neue Berufsgruppe auf (Der Bundesrat, ohne Datum). Die von EX-IN durchgeführte Weiterbildung befähigt Genesungsbegleiter*innen zum Einsatz in Organisationen im Kontext der Sozialen Arbeit. Für die Entstehung einer neuen Berufsgruppe wird gemäss dem SBFJ jedoch eine Berufsausbildung vorausgesetzt. In der Fachliteratur zu Peer-Arbeit ist es üblich, Peer-Fachpersonen als neue Berufsgruppe zu bezeichnen, folglich wird in der vorliegenden Arbeit diese Bezeichnung auch verwendet.

1.2 Fragestellungen

Aufbauend auf der Ausgangslage wird für diese Bachelorarbeit folgendes Leitthema festgelegt: *Wie kann der Einsatz von Peers in der Sozialen Arbeit optimal gestaltet werden.*

Daraus leitet sich die nachstehende Unterfrage für die ersten zwei Theoriekapitel ab:

Welche Chancen und Risiken zum Peer-Ansatz in der professionellen Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung werden in der Fachliteratur aufgeführt?

Ausgehend von der Theoriefrage definiert sich die Forschungsfrage dieser Arbeit:

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit von Professionellen und Peer-Fachpersonen in der Praxis der Sozialen Arbeit aus Sicht der Peers?

Im empirischen Teil der Arbeit wird der Fokus auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Peers und Fachpersonen gelegt, womit die Erkenntnisse mit dem Theorieteil in Verbindung gesetzt werden können. Daraus werden Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit abgeleitet. Die Praxisfrage der vorliegenden Bachelorarbeit lautet:

Welche Empfehlungen lassen sich aus den Erkenntnissen aus der Fachliteratur und der Befragung von Peers für die Nutzen des Peer-Ansatzes in der Sozialen Arbeit ableiten?

1.3 Aufbau der Bachelorarbeit

Die vorliegende Arbeit ist analog zu den dargestellten Fragestellungen gegliedert. Zunächst wird im zweiten und dritten Kapitel auf die theoretischen Grundlagen eingegangen, mit dem Prinzip vom Allgemeinen zum Spezifischen. Im Kapitel zwei wird der Fokus auf die Begrifflichkeit *psychische Erkrankung*, *psychische Gesundheit*, mögliche Erklärungsansätze und weitere relevante Gesundheitskonzepte gelegt. Im darauffolgenden Kapitel wird der Peer-Ansatz näher beleuchtet. Dabei wird auf die Verbreitung des Peer-Ansatzes, die anerkannte Peer-Weiterbildung von EX-IN sowie die Arbeits- und Aufgabenbereiche bei einer Festanstellung als Peer-Fachperson eingegangen. Das Recovery-Konzept ist ebenfalls Bestandteil dieses Kapitels. Relevant sind zudem Erfahrungen mit der Peer-Arbeit sowie die damit verbundenen Chancen und Risiken, welche den Forschungsteil der Bachelorarbeit einleiten. Das Kapitel vier beinhaltet den empirischen Teil der Bachelorarbeit, welcher aus einer qualitativen Forschung mit leitfadengestützten Expert*inneninterviews besteht. Die Auswertung der Interviews erfolgte mit der Methode nach Mühlfeld et al. Anschliessend stellt das fünfte Kapitel die Forschungsergebnisse dar, welche in fünf Kategorien unterteilt werden, angelehnt an den Gesprächsleitfaden der qualitativen Interviews. Die empirischen Ergebnisse aus den Leitfadeninterviews werden im sechsten Kapitel im Hinblick auf die theoretischen Grundlagen analysiert und diskutiert. Daraus resultieren Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit, die im siebten Kapitel vorzufinden sind. Mit einem Rückblick und Ausblick wird die Bachelorarbeit vollendet, indem auf vorhandene Forschungslücken aufmerksam gemacht wird.

2 Theoretische Grundlagen der Peer-Arbeit

Zur Herleitung des theoretischen Zugangs zum Thema der vorliegenden Bachelorarbeit wird im nächsten Absatz ausgeführt, was konkret unter Peer-Arbeit zu verstehen ist. Anschliessend verschafft dieses Kapitel einen breiten Überblick über die theoretischen Grundlagen zur Thematik und vermittelt Wissen, welches zum Verständnis dieser Arbeit beiträgt.

2.1 Begriffserklärung Peer

Der Begriff *peer* hat seinen Ursprung im englischen Sprachgebrauch und bedeutet so viel wie gleichgestellt oder gleichwertig. Daher werden als Peers Menschen bezeichnet, die gemeinsame Erfahrungen miteinander teilen. Diese Erfahrungen prägen jeden betroffenen Menschen individuell und sind daher nicht als etwas Einheitliches zu verstehen. In Organisationen im Kontext der Sozialen Arbeit und im Feld der Psychiatrie sind darunter meist Erfahrungen von psychischen Krisen und Genesung gemeint (Verein PRIKOP et al., 2020, S. 6).

Aus diesen Erläuterungen geht hervor: die neue Berufsgruppe der Peers zeichnet sich durch die gemeinsame Erfahrungsexpertise aus. In einer Weiterbildung haben sie gelernt, ihre Erfahrungen zu reflektieren und als Ressourcen zu verwenden. Ihr eigenes Erfahrungswissen haben sie zudem mit Erfahrungen von weiteren Weiterbildungsteilnehmer*innen angereichert. Aus der Sicht vieler Fachpersonen sind die Peers ein Bindeglied zu den betroffenen Klient*innen, das bisher gefehlt hat. Durch die Komponente der eigenen Erfahrung von psychischen Erkrankungen haben Peers die Möglichkeit, mit Klient*innen Gespräche auf Augenhöhe zu führen. Folglich ist eine Kernkompetenz der Peer-Fachpersonen das *Brücken bauen* zwischen den Fachpersonen und Betroffenen (ebd.).

2.2 Psychische Erkrankungen

Peers zeichnen sich durch ihre Erfahrungsexpertise aus, welche in diesem Kontext das Erleben von psychischen Erkrankungen beinhaltet. Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (2015) wird im psychiatrischen Kontext häufig die Begrifflichkeit der *psychischen Störung* verwendet, wodurch die Dysfunktion betont wird. Von *psychischen Erkrankungen* hingegen wird gesprochen, um auf den Krankheitswert und den Krankheitsverlauf hinzuweisen. Darunter wird die Beeinträchtigung des menschlichen Erlebens und Verhaltens verstanden, welches in den meisten Fällen auf mehrere Ursachen zurückzuführen ist (S. 15). In der folgenden Bachelorarbeit werden diese Begriffe synonym verwendet, da jeweils beide Ausdrücke in der Fachliteratur Anwendung finden.

Eine Person, die an einer psychischen Erkrankung leidet, ist in ihrem Alltag eingeschränkt. Es können dabei Auswirkungen auf emotionaler, kognitiver, interpersonaler, körperlicher oder auf der Verhaltensebene vorkommen. Generell führt dies dazu, dass die Lebensqualität der betroffenen Menschen sinkt (ebd.). Die Folgen zeigen sich bei der Person selbst und in ihrem Umfeld (Bundesamt für Gesundheit, 2011, S. 18).

Das offizielle Klassifikationssystem von ausschliesslich psychischen und körperlichen Erkrankungen nennt sich *International Classification of Diseases* (ICD) und umfasst folgende Gruppierungen von psychischen Störungsbildern (Bundesamt für Gesundheit, 2011, S. 15):

- Affektive Störungen
- Psychosen
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Aus den Ausführungen von Hafén (2014) wird ersichtlich, dass psychische Krankheiten in unserer Gesellschaft sozial konstruiert sind. Das heisst, wir Menschen oder konkret die WHO als Herausgeberin des ICD entscheidet, welche Konstruktionen von Krankheiten existieren oder nicht existieren (S. 18). Die neuste Version, der ICD-11, ist seit dem 1. Januar 2022 in Kraft (WHO, ohne Datum). Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird jedoch nicht näher auf die oben aufgeführten Gruppen und deren Krankheitsbilder eingegangen.

2.3 Erklärungsansätze für psychische Erkrankungen

Hell et al. (2011) erläutern die Wichtigkeit des bio-psycho-sozialen Modells als Erklärungsansatz von psychischen Erkrankungen. Man geht davon aus, dass die meisten psychischen Störungen in ihrer Entstehung sowie im Erscheinungsbild bio-psycho-soziale Aspekte beinhalten. Daher versucht dieses Erklärungsmodell (siehe Abbildung 1) die drei Dimensionen einer psychischen Erkrankung miteinzubeziehen und weist darauf hin, dass Krankheitsbilder mehrere Ebenen tangieren können (S. 17).

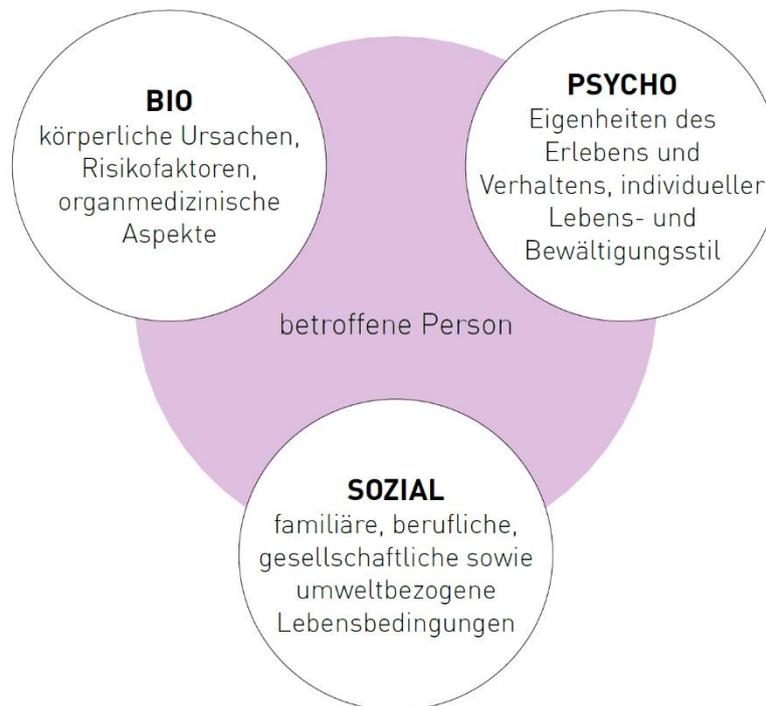


Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell
(eigene Darstellung auf der Basis von Psychiatrie-Dienste Süd, ohne Datum)

In den folgenden Ausführungen wird insbesondere auf die soziale Ebene eingegangen. Wie Liel (2019) beschreibt, ist ein Grossteil der sozialen Ebene des bio-psycho-sozialen Modells auf gesellschaftlicher Makroebene vorzufinden. Darunter sind die Bedingungen zu verstehen, in welche Menschen hineingeboren werden, aufwachsen, arbeiten, leben und altern. Diese gesellschaftlichen Bedingungen zeigen einen grossen Einfluss auf die individuelle Morbidität und Mortalität. Daraus lässt sich schliessen, dass Genetik und individuelles Gesundheitsverhalten nicht massgebend sind, um die Ursachen der Ungleichverteilung von Gesundheit und Krankheit in der Gesellschaft zu erklären (S. 70).

Hafen (2014) ergänzt, es gerät oftmals in Vergessenheit, dass gesundheitliche Fortschritte, die zu einer höheren Lebenserwartung führen, einer Verbesserung der gesellschaftlichen Lebensumstände zu verdanken sind. Und nicht durch die Errungenschaften der medizinischen

Wissenschaft. Daraus resultiert, dass Menschen heutzutage gesamthaft betrachtet gesünder sind, da sie durch das Leben in einer gesünderen Umwelt gar nicht erst krank werden (S. 17).

Aus den Ausführungen des WHO-Regionalbüros für Europa (2004) ist ebenfalls ersichtlich, dass Lebenserwartung und Anfälligkeit für Krankheiten in einem direkten Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status eines Menschen stehen (S. 10). Je weiter unten sich jemand in der sozialen Schicht befindet, desto häufiger ist diese Person mit belastenden Lebensumständen konfrontiert, die langfristig Stress hervorrufen können. Diese Unsicherheiten, fehlende Selbstbestimmung und soziale Vereinsamung wirken sich negativ auf die physische und psychische Gesundheit eines Menschen aus, was zu einer vorzeitigen Mortalität führt (WHO-Regionalbüro für Europa, 2004, S. 13).

Gemäss Richter et al. (2009) lässt sich gesamtgesellschaftlich eine positive Entwicklung der Gesundheit festhalten, indem eine höhere Lebenserwartung festgestellt wird. Demgegenüber konnte eine gesundheitliche Ungleichheit festgestellt werden: Bei der Bevölkerung mit einem tieferen sozioökonomischen Status verbessert sich die gesundheitliche Situation gebremster. Daher zeigt sich, die Verteilung von Gesundheit und Krankheit folgt einem gesellschaftlichen Muster, welches durch soziale, wirtschaftliche und kulturelle Faktoren beeinflusst wird (S. 13).

Nach Liel (2019) zeichnet sich die Mikroebene durch individuelle Aspekte aus, welche ebenfalls einen Teil der sozialen Ebene darstellen. Dabei bezieht sie sich in ihrer Fachliteratur auf Forschungsergebnisse seit den 1960er-Jahren, welche besagen, dass Menschen, die soziale Unterstützung erfahren, ein respektvolles Miteinander erleben und in zufriedenstellende Netzwerke eingebunden sind, gesünder sind und länger leben. Es zeigt sich, dass soziale Unterstützung positive Auswirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem, das Stress-Hormonsystem und das Immunsystem hat. Daher führt soziale Unterstützung längerfristig zu mehr Wohlbefinden und Gesundheit (S. 72).

2.4 Psychische Gesundheit

Nach der Auseinandersetzung mit der Begrifflichkeit der *psychischen Erkrankung* wird im folgenden Abschnitt der Fokus auf die *psychische Gesundheit* gerichtet und in welchem Verhältnis Krankheit und Gesundheit zueinanderstehen.

Gemäss der WHO (2019) lautet die Definition von psychischer Gesundheit wie folgt: «Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann» (S. 1).

Oder wie Hafen (2014) Gesundheit beschreibt: «Ein hochkomplexes Phänomen, kaum zu erfassen und beeinflusst durch zahllose physische, psychische und soziale Faktoren» (S. 19).

Daher wird psychische Gesundheit nicht bloss als Abwesenheit psychischer Erkrankung beschrieben, sondern ebenso wichtig sind ein stabiles Selbstwertgefühl, eine gefestigte Identität, das Gefühl von Selbstwirksamkeit und Handlungskontrolle (Bundesamt für Gesundheit, 2015, S. 12). Insgesamt schätzen laut der schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2017 ein Grossteil der Bevölkerung, 90 Prozent, ihre Lebensqualität als gut oder sehr gut ein. Zudem fühlt sich die Schweizer Bevölkerung mehrheitlich psychisch und physisch gesund (Bundesamt für Gesundheit, ohne Datum).

Nicht nur Krankheit ist sozial konstruiert, sondern auch Gesundheit (Hafen, 2014, S. 19). Durch die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, SR 0.810.1, wurde am 22. Juli 1946 das Verständnis von Gesundheit weitreichend durch die Formulierung: «Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen», geprägt. In dieser Definition ist nach Hafen (2007) gut ersichtlich, dass die Gesundheit nicht nur rein körperlich verstanden wird, sondern auch die psychische (geistige) und soziale Komponente miteinbezieht. Als Kritik an der Ausführung der WHO wird angemerkt, dass die Gesundheit als statischer Zustand bezeichnet wird, der Begriff Krankheit mit einer ausschliesslich negativen Bewertung einhergeht und die Betonung auf das *vollständige Wohlergehen* einer Person gerichtet wird. Aus der letzten Erläuterung wird angenommen, ein kranker Mensch und der Begriff *Wohlergehen* passt nicht zusammen und es stellt sich die Frage, ob eine Person in Phasen des Unwohlseins plötzlich krank ist (S. 33).

2.4.1 Krankheit und Gesundheit aus systemischer Sicht

Nach Hafen (2005) werden die Begriffe *Gesundheit* und *Krankheit* als zwei Seiten einer Unterscheidung verstanden, die sich gegenseitig ergänzen und im Laufe des Lebens verändern. Diese beiden Aspekte bilden ein Kontinuum, was dazu führt, dass es keine Krankheit ohne Gesundheit (absolute Krankheit) oder umgekehrt gibt. Daraus kann abgeleitet werden, Gesundheit ist nur zu definieren, wenn bekannt ist, was *Nicht-Gesundheit* ausmacht. Deshalb würden wir gar nicht erkennen, was Gesundheit auszeichnet, wenn es nichts gibt, von dem es unterschieden werden kann. Beim Versuch, *Nicht-Gesundheit* zu bezeichnen, ergeben sich viele passende Begriffe wie psychische oder körperliche Krankheiten, *Ungesundheit*, körperliche Verletzungen oder ökologische Probleme. Die Schwierigkeit ergibt sich auf der anderen Seite der Unterscheidung, da für das Wort Gesundheit selbst keine positive Bezeichnung existiert, wodurch von der WHO-Definition von Gesundheit aus dem Jahr 1946 abgewichen wird (S. 6-8). Gemäss Hafen (2007) ist die Bezeichnung von Gesundheit als Wohlbefinden

unzureichend, denn Wohlbefinden wäre nicht zu erkennen, ohne den Begriff des *Unwohlseins*. Dazu kommt, auch kranke Menschen können sich wohl fühlen. Letztlich könnte Wohlbefinden zur Gesundheit selbst gehören oder nur als Symptom von Gesundheit vorhanden sein (S. 33).

2.4.2 Gesundheit als Kontinuum

Ein Modell, welches das Verhältnis zwischen Gesundheit und Krankheit gut beschreibt, ist das salutogenetische Modell nach Aaron Antonovsky. Aus den Ausführungen von Blättner (2007) geht hervor, Antonovsky interessierte sich insbesondere für gesellschaftliche Zusammenhänge und für das Handeln von Menschen in sozialen Kontexten sowie deren Auswirkungen auf Gesundheits- und Krankheitsprozesse. Die Konzeption von Gesundheit ist für den Medizinsoziologen ein Kontinuum. Für ihn ist weder Gesundheit noch Krankheit ein absoluter Zustand, sondern sich gegenseitig bedingend. Im salutogenetischen Modell ist Gesundheit kein homöostatischer Normalzustand, welcher durch das Zuführen von störenden Reizen oder falschem Lebenswandel aus der Balance kommen kann. In seinem Modell liegt der Fokus nicht auf den Faktoren, die einen Menschen krank machen. Antonovsky stellt sich vielmehr die Frage, wie es für Menschen umgeben von hohen Stressoren möglich ist, gesund zu bleiben. Stressoren können ihre Wirkung in krank machender, neutraler oder gesundheitsfördernder Richtung zeigen. Dies hängt davon ab, welche Copingstrategien eines Menschen Anwendung finden. Das steht wiederum im Zusammenhang der generalisierten Widerstandsressourcen, die zur Verfügung stehen (S. 67-69). Das Empfinden von Kohärenz, was im Englischen *sense of coherence* (SOC) bedeutet, entscheidet, ob ein Mensch die vorhandenen Ressourcen für Bewältigungsstrategien nutzbar machen kann. Der sogenannte SOC ist eine grundlegende Lebensorientierung, welche die Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit beinhaltet. Ein stark ausgeprägter SOC ist erlernbar und kein Persönlichkeitsmerkmal, das einen Menschen definiert. Es ist bewiesen, dass Menschen mit einem starken SOC besser in der Lage sind, generalisierte Widerstandsressourcen zur Bewältigung unterschiedlichster Stresssituationen für sich zu nutzen. Daher entfalten die Stressoren ihre Wirkung eher in die gesundheitsfördernde Richtung. Der SOC zeichnet sich nicht durch bestimmte Bewältigungsstrategien aus, sondern durch eine hohe Flexibilität in der Wahl der Strategien in Anbetracht der situativen Bedingungen. Antonovsky geht also davon aus, dass die gesellschaftlichen Lebensbedingungen darüber bestimmen, wie sich ein Mensch auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum bewegt (ebd.). Damit unterstützt Blättner die These, welche im Kapitel 2.3 ausgeführt wird, dass die Lebensbedingungen eines Menschen grosse Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit haben, wodurch die individuelle Morbidität und Mortalität bestimmt werden. Gemäss Blättner (2007) sind die Lebenserfahrungen entscheidend über die Art der Stressoren sowie Bewältigungsstrategien, die zur Verfügung stehen. Dadurch scheint

der SOC einen wichtigen Einfluss auf die Entwicklung von Gesundheit zu haben, ohne Gesundheit zu erklären (S. 69). Die folgende Abbildung 2 veranschaulicht prozesshaft, wie die individuellen Lebenserfahrungen von Menschen in einem Zusammenhang mit der Verfügung von Ressourcen stehen. Dies zeigt wiederum einen Einfluss auf die drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, als Bestandteile des SOC.

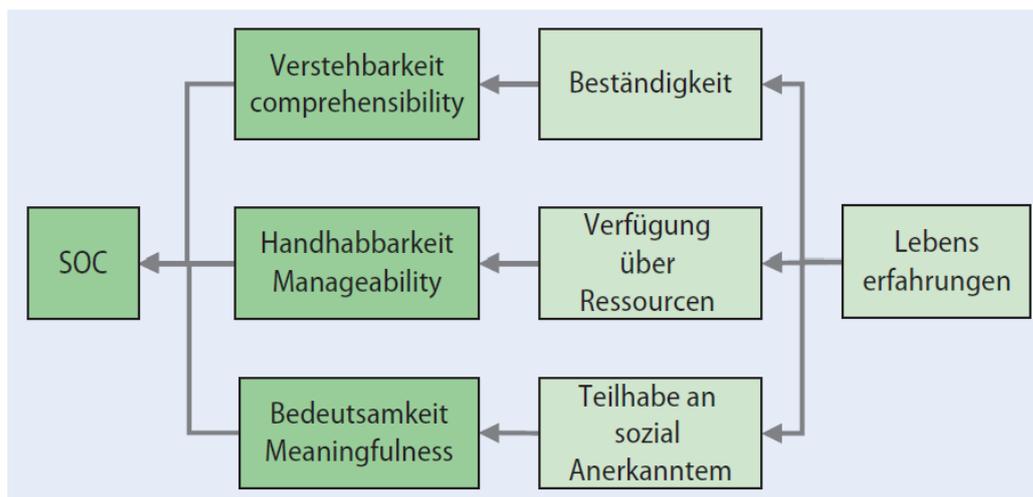


Abbildung 2: Das salutogenetische Modell
(Blättner, 2007, S.70)

Laut Hafén (2007) besteht kein Grund, die Konzepte Pathogenese² und Salutogenese als sich differenzierend zu betrachten. Insofern davon ausgegangen wird, dass sich Gesundheit und Krankheit wechselseitig beeinflussen. Womit ein sich unterscheidender Zugang zur Beeinflussung der Gesundheit durch die beiden Gesundheitskonzepte ausgeschlossen werden kann (S. 35).

Prävention, wie beispielsweise die Förderung des SOC, ist immer eine Ursachenbehandlung. Die Herausforderung ist, dass viele Einflussfaktoren zur Entstehung eines Problems führen, wodurch sich die Komplexität der Prävention ergibt. Zudem ist es eine Aufgabe, die auf einen längeren Zeitraum betrachtet kaum gemessen werden kann, da die Wirkung aus der Verhinderung eines Problems besteht und dadurch unsichtbar bleibt (Hafén, 2005, S. 6).

² Die Pathogenese setzt sich mit der Entstehung sowie Entwicklung von körperlichen und psychischen Erkrankungen auseinander. In Gesundheitswissenschaften wird der Fokus auf die Entstehung von Krankheiten und deren mögliche Verhinderung gesetzt. Damit erhält die Bekämpfung von Krankheitsauslösern und Gesundheitsrisiken ihre Relevanz (infodrog, ohne Datum).

2.5 Bezug zur Sozialen Arbeit

Das folgende Unterkapitel stellt die ausgeführten theoretischen Grundlagen, insbesondere zu den Themen Gesundheit und Krankheit in Verbindung mit der Sozialen Arbeit dar. Dadurch wird ein Verständnis für das spezifische Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen geschaffen und dient als Überleitung in das dritte Kapitel, in welchem der Peer-Ansatz näher beleuchtet wird.

Das Berufsbild der Sozialen Arbeit Schweiz stützt sich auf die Definition des internationalen Verbandes für Soziale Arbeit (2022), die folgendermassen lautet:

Soziale Arbeit fördert als Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen, den sozialen Zusammenhalt und die Ermächtigung und Befreiung von Menschen. Dabei sind die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der gemeinschaftlichen Verantwortung und die Anerkennung der Verschiedenheit richtungweisend. Soziale Arbeit wirkt auf Sozialstrukturen und befähigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens angehen und Wohlbefinden erreichen können. Dabei stützt sie sich auf Theorien der eigenen Disziplin, der Human- und Sozialwissenschaften sowie auf wissenschaftlich reflektiertes indigenes Wissen.

Gemäss Liel (2019) wird in dieser Definition beschrieben, dass die Verbesserung des Wohlergehens von Menschen eine zentrale Zielsetzung von Sozialer Arbeit ist. Darin eingeschlossen ist das Thema Gesundheit mit Prävention, Beratung und Behandlung von Klientel, wofür sich die Profession zuständig fühlt. In den letzten Jahrzehnten hat eine Professionalisierung der Sozialen Arbeit stattgefunden, die neuerdings die Verantwortlichkeiten und Aufgabenfelder der Berufsdisziplin auf unterschiedlichen sozialen Ebenen sieht. Eine Aufgabe, die sich die Profession der Sozialen Arbeit zuschreibt, ist der Versuch, die sozial bedingte Ungleichheit zu verringern (S. 69-70).

Aus den Ausführungen von Hafén (2013) wird die Schnittstelle der Funktionssysteme *Soziale Hilfe* und *Gesundheit* näher beschrieben. Organisationen, die sich das Helfen zur Aufgabe machen, wurden zunehmend ab dem 19. Jahrhundert gegründet. Solche Hilfsorganisationen reagieren als soziale Systeme auf Veränderungen in der Umwelt. Was bedeutet, dass die gesellschaftliche Nachfrage das Angebot der Hilfeleistungen bestimmt. Bei den beiden Funktionssystemen *Soziale Hilfe* und *Gesundheit* ist ersichtlich, dass die Zuordnung von Problemen zu den beiden Funktionssystemen variieren kann (S. 43-45). Als Beispiel ist hier die Alkoholabhängigkeit aufzuführen, welche erst seit der 10. Revision des ICD von 1990 offiziell ein eigenes Unterkapitel *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* im Klassifikationssystem erhielt. Dadurch wurde geklärt, dass Sucht eine eigene Krankheit ist und nicht mehr wie früher als *soziales Problem* betrachtet werden sollte. Hierbei zeigt sich auch, dass

die Anwendung des Strafrechts nicht die passende Behandlungsstrategie ist (Hämmig, 2014, S. 8).

Die Bezugsprobleme der Sozialen Arbeit, wozu Armut, Arbeitslosigkeit, soziale Isolation und weitere zählen, indizieren eine Häufung von Risikofaktoren für verschiedenste Krankheiten, was wiederum auf die Lebensbedingungen zurückzuführen ist. Bei gelungener Unterstützung des Systems *sozialer Hilfe*, wobei das soziale Problem gelöst wird, leistet das Sozialhilfesystem einen Beitrag zur Erfüllung der Funktion des Gesundheitssystems. Die professionelle Soziale Arbeit wird ständig für Bezugsprobleme des Gesundheitssystems, insbesondere bei psychischen Erkrankungen, in Anspruch genommen. Dies zeigt sich in der Beratungstätigkeit in allen Kontexten der Sozialen Arbeit und nicht nur in der *klinischen Sozialarbeit*. Die Zusammenarbeit mit psychisch belasteten Klient*innen verlangt von den Professionellen der Sozialen Arbeit ein fundiertes psychopathologisches Wissen der Krankheitsbilder. Für eine gelingende Kooperation, unter anderem mit den Berufsdisziplinen Medizin und Psychologie, ist ein offener und gleichwertiger Diskurs zwischen den Fachleuten hilfreich, der sich am Wohl der Klient*innen und Patient*innen orientiert (Hafen, 2013, S. 45-46). Bedauerlicherweise wird die soziale Dimension von Gesundheit oftmals strukturell vernachlässigt und die Soziale Arbeit bleibt daher häufig unberücksichtigt. Demgegenüber steht in der Praxis oft eine Überbewertung der medizinischen und psychotherapeutischen Hilfeleistungen anstatt der Betrachtung von psychosozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Die Ausführungen signalisieren, Soziale Arbeit ist viel mehr als die Reduktion auf die direkte Arbeit mit Klient*innen. Hinzu kommt, dass in unserer Gesellschaft vor allem die psychische Gesundheit stark individualisiert und der eigene Beitrag am Krank- und Gesundwerden betont wird. Die Vorstellung, dass psychische Erkrankungen nicht nur ein individuelles Problem sind, sondern ein Ausdruck davon, wie wir in unserer Gesellschaft funktionieren und zusammenleben, könnte in Zukunft mehr Bedeutung zugemessen werden (Liel, 2019, S. 75-76).

3 Verbreitung, Erfahrungen und Rahmenbedingungen des Peer-Ansatzes

Im dritten Kapitel wird der Peer-Ansatz mitunter seiner Verbreitung, die anerkannte Peer-Weiterbildung, die verschiedenen Arbeits- und Aufgabenbereiche sowie das Recovery-Konzept näher untersucht. In einem weiteren Schritt geht es darum, die Erfahrungen mit der Peer-Arbeit zu erläutern und aufzuzeigen, welche Chancen und Risiken die Anstellung von Peers in einer Organisation im Kontext der Sozialen Arbeit mit sich bringen könnten.

3.1 Verbreitung des Peer-Ansatzes

Die Unterstützung von Betroffenen für Betroffene ist nach Utschakowski (2016) bereits in unterschiedlichsten Arbeitskontexten bekannt und findet Anwendung. Unter *Peer-Support* wird konkret das Hilfsangebot von Menschen mit der Erfahrung einer besonderen Lebenslage verstanden, die sie durchlebt, durchlitten und bewältigt haben und anderen in ähnlichen Situationen Unterstützung anbieten können. Wird dieses Konzept auf die psychiatrische Versorgung übertragen, beinhaltet die Komponente der Erfahrung insbesondere psychische Krisen. Diese Form von Unterstützung zeichnet sich durch den gemeinsamen Erfahrungshintergrund von Hilfesuchenden und Unterstützenden aus. Der Hauptgrund, weshalb Peer-Support aufgesucht wird, ist der Austausch mit anderen Menschen, die ähnliche Herausforderungen, Krankheiten oder Beeinträchtigungen erlebt haben oder bewältigen müssen (S. 16). Insbesondere im Bereich der stationären Psychiatrie, in welchem Themen wie Stigmatisierung, Diskriminierung und Entmutigung mitschwingen können, erhält das Gefühl von Zusammengehörigkeit sowie die Erfahrung von Solidarität und Verständnis eine besondere Bedeutung. In diesem Kontext sind die Peers oftmals als *Expert*innen durch Erfahrung* bekannt (Utschakowski, 2016, S. 17).

Utschakowski (2016) erachtet es als notwendig, mithilfe von Peer-Fachpersonen in der Psychiatrie eine Neuorientierung herbeizuführen (S. 18). Hell et al. (2011) definieren die Psychiatrie als Teil der Medizin, die sich mit der Diagnostik, Therapie und Prävention von psychischen Erkrankungen sowie der damit verbundenen Forschung und Lehre befasst (S. 15). Die Neuausrichtung beinhaltet eine weniger starke Orientierung an Krankheiten und die damit verbundene krankhafte Abwertung von psychischen Erschütterungen. Stattdessen ist das Ziel, die individuellen Lösungsversuche von Betroffenen mehr wertzuschätzen. An dieser Stelle ist das Expert*innenwissen der Peers eine wertvolle Ressource, welches sie durch die Erfahrung mit Krisen und deren Bewältigung erworben haben und im Austausch mit aktuell Betroffenen weitervermitteln können. Damit bringt der Peer-Support eine andere Qualität von Unterstützung mit sich, die lebensnah, lösungsorientiert und nicht stigmatisierend ist (Utschakowski, 2016, S. 18-19).

Die Zusammenarbeit mit Peer-Fachpersonen ist im deutschsprachigen Raum im Vergleich zu den Niederlanden, den USA, Grossbritannien, Australien und Neuseeland noch relativ neu. Daher existieren bisher im deutschsprachigen Raum auch nur wenige gesicherte Erkenntnisse betreffend der Kooperation mit Peers (Utschakowski, 2016, S. 18-19).

Der Ursprung des Peer-Supports ist auf das sogenannte *Mental Health Consumer Movement* der 1970er-Jahre zurückzuführen. Die soziale Bewegung forderte in der damaligen Situation einen positiveren Diskurs zum Thema psychische Erkrankungen, der im Allgemeinen mit einer sehr pathologisierenden und defizitorientierten Sprache behaftet war. In Organisationen führte die Bewegung zu verbesserten Praktiken in der psychischen Gesundheitsfürsorge, zu einer Aufstockung der Mittel für technische Unterstützung sowie zu einem Boom des Peer-Supports. Ehemalige Nutzer*innen von psychosozialen Diensten wurden dazu befähigt, sich gegenseitig zu helfen und für sich selbst einzustehen. Peer-Fachpersonen mit der Erfahrungsexpertise von psychischen Krisen gehörten zu den Ersten, die Anerkennung erhielten und offiziell in Organisationen eingesetzt wurden (Peers for Progress, 2013).

Mahlke et al. (2015a) ergänzen, dass besonders in englischsprachigen Ländern das Konzept der Zusammenarbeit mit Peer-Fachpersonen erfolgreich in unterschiedlichsten Settings der psychiatrischen Versorgung implementiert und zudem von der Gesundheitspolitik gestützt wird. Der Ansatz verfolgt einen wichtigen und zeitgemässen Bestandteil einer personenzentrierten und Recovery orientierten Behandlung. In Organisationen im Kontext der Sozialen Arbeit in deutschsprachigen Gebieten bestehen lediglich Empfehlungen in den Leitlinien zu Peer-Support. Trotz rasch zunehmendem Interesse für Peers, steht eine erfolgreiche Implementierung im Vergleich mit anderen Ländern noch am Anfang (S. 25).

3.2 Anerkannte Peer-Weiterbildung

Die berufliche Weiterbildung für Menschen mit Erfahrung von psychischen Krisen und Genesung ist unter dem Namen *EX-IN* bekannt. Dieser Begriff ist die Abkürzung von *Experienced Involvement*, was den Einbezug der Erfahrenen oder des Erfahrungswissens meint. Die Entwicklung der Weiterbildung ist auf das europäische Leonardo-Da-Vinci-Pilotprojekt zurückzuführen, in welchem in der Zeitspanne von 2005 – 2007 die EX-IN Weiterbildung entstanden ist. Psychiatrie-Erfahrene, psychiatrische Fachkräfte und Ausbilder*innen haben in gemeinsamer Zusammenarbeit EX-IN entwickelt. Der Inhalt der Weiterbildung umfasst insgesamt zwölf Module à drei Tage. Ebenfalls Teil davon sind ca. 300 Stunden Selbststudium, Lerngruppen, 190 Stunden Praktika, Super- und Intervision während der Praktika, schriftliche Arbeiten, Portfolio und Präsentationen (Brändli, 2020, S. 180-181). Diese umfassende Weiterbildung befähigt Menschen mit Erfahrung in psychischen Krisen und Genesung dazu, ihr Erfahrungswissen in

Psychiatrien und Organisationen im Kontext der Sozialen Arbeit und deren Weiterentwicklung einbringen zu können. Der erste Teil der Ausbildung beinhaltet die Reflexion und Validierung der eigenen Erfahrungen, um darauf aufbauend ein Expert*innenwissen erarbeiten zu können. Der Schwerpunkt im zweiten Teil liegt auf der Kompetenzerweiterung für die zukünftige Peer-Arbeit. Jährlich schliessen in der Schweiz seit 2010 ungefähr 18 Personen erfolgreich die EX-IN Weiterbildung ab (Verein PRIKOP et al., 2020, S. 11-12). Ein Anliegen des Vereins EX-IN ist, die Weiterbildungsplätze so zu vergeben, dass die Zusammensetzung der Menschen so divers wie möglich ist. Die Idee ist, je unterschiedlicher die Menschen sind, die zusammenkommen, desto lehrreicher und intensiver der Austausch. Die individuellen Erfahrungen und Ansichten sind eine Bereicherung für das gemeinsame *Wir-Wissen*, welches im Laufe der Ausbildung zusammenkommt. Voraussetzung für die Teilnahme an der EX-IN Weiterbildung ist einerseits Erfahrungswissen von psychischen Belastungen und andererseits Genesungserfahrung. Die Teilnehmer*innen sollten sich bereits Gedanken gemacht haben, was ihnen hilft im Umgang mit ihrer Erkrankung. Über mögliche Strategien Bescheid wissen und daher auf dem individuellen Recovery-Weg sein (Brändli, 2020, S. 181). Das sogenannte *Wir-Wissen* ist gemäss Van Haaster (2016) eine kollektive Erfahrung und beruht auf dem Austausch von Ansichten. Vom *Ich-Wissen* wird gesprochen, wenn eine Person ihre Erfahrungen selbst reflektiert. In einer Unterhaltung mit einer weiteren Person wird dieses Ich-Wissen durch die Validierung in der zweiten Person als *Ich-Du-Wissen* angereichert. Das *Wir-Wissen* entsteht aus der Wissensanreicherung, die in einer Gruppe oder Organisation stattfindet. Dadurch können Betroffene durch Peers begleitet werden, unabhängig von den Diagnosen der Genesungsbegleiter*innen (S. 56-58). Utschakowski (2016) erachtet die Zusammenarbeit zwischen ausgebildeten Peer-Fachpersonen und den Fachpersonen in Organisationen als besonders wertvoll, da Menschen mit Psychiatrieerfahrungen ganz spezifisch benennen können, welche Angebote von grossem Nutzen waren, welche Interventionen an den Bedürfnissen vorbeigingen und welche Form von Unterstützung fehlte. Damit ermöglicht der Kontakt mit Peers den Betroffenen einen neuen Blickwinkel, trägt zu einem Verständnis von Zusammenhängen bei und eröffnet neue Handlungsmöglichkeiten (S. 82). Aus den Ausführungen von Brändli (2020) geht hervor, dass Genesungsbegleitung immer noch Pionierarbeit ist. Häufig sind Peer-Fachpersonen in Organisationen allein mit niedrigen Stellenprozenten angestellt. Die Aufgaben beinhalten die Implementierung von Recovery, mit Klient*innen und Patient*innen zu arbeiten, Gespräche zu führen, konstruktiv und kritisch zu sein. Es ist eine Herausforderung, diese Rolle einzunehmen und zu vertreten, da Peers weder zu den Betroffenen noch zu den Fachpersonen gehören (S. 183).

3.3 Arbeits- und Aufgabenbereiche

Die Frage, durch welche Aufgaben und Rollen sich die Peer-Arbeit auszeichnet und ob Peers die gleichen Tätigkeiten in einer Organisation wie Fachpersonen übernehmen, sorgt oft für Unklarheiten. Insbesondere zeichnet sich die Peer-Arbeit dadurch aus, dass ihr Wissen für die Ausübung der Arbeit aus ihren eigenen, reflektierten Krankheits- und Genesungserfahrungen besteht, wodurch sich Peers klar von anderen Berufsgruppen unterscheiden. Wichtig zu betonen, Peer-Fachpersonen sind als Ergänzung für ein Team zu verstehen, und keinesfalls als Konkurrenz. So unterschiedlich sich die Peers als Menschen mit individuellen Biografien und persönlichen Erfahrungen zeigen, sind auch die Arbeitsfelder, in welchen sie sich bewegen (Verein PRIKOP et al., 2020, S. 13):

- In Kliniken, ambulanten und auch aufsuchenden Diensten, Tageszentren, ambulanten Wohn- und Arbeitsangeboten, Beratungsstellen, IV-Stellen
- Beratungsgespräche mit Klient*innen
- Begleitung und Unterstützung der Klient*innen bei der Alltagsbewältigung, bei externen Terminen, z. B. Behördenbesuchen
- Unterstützung und Vernetzung mit Nachsorge-Angeboten, z. B. Selbsthilfegruppen
- Aufbau und Leitung von Recovery-Gruppen, Trialog-Veranstaltungen
- Anleitung von Peer-Praktikantinnen und -Praktikanten
- Mitarbeit bei internen Weiterbildungen
- Mitarbeit bei der Angebots- und Organisationsentwicklung sowie Qualitätssicherung
- Beratung von Angehörigen (ebd.)

Verein PRIKOP et al. (2020) ergänzen weitere Tätigkeitsgebiete, wie Öffentlichkeitsarbeit, Projekte, selbständige Erwerbstätigkeit, Begleitung, Coaching, Bildung, Forschung sowie auch Politik. Dauernd kommen neue Arbeitsgebiete dazu, deshalb ist die Auflistung nicht als abschliessend zu betrachten (S. 13).

Gemäss Burr et al. (2021) geht aus einer Schweizer Studie hervor, dass die meisten Peer-Fachpersonen in Bereichen arbeiten, wo die Behandlung von Menschen mit Psychosen und affektiven Störungen im Zentrum steht. Zudem sind Peers häufig in direktem Kontakt mit den Betroffenen tätig. Das *Brücken bauen* zwischen den Betroffenen und Fachpersonen wird als Kernaspekt der Tätigkeit benannt. Wozu das Vermitteln von Zuversicht, Empowerment sowie die Unterstützung beim Symptom- und Krankheitsmanagement einen Grossteil des Arbeitsinhalts von Peers ausmacht. Die Stellenbeschreibungen und deren Inhalt der Tätigkeiten stimmen mit den Aufgaben von 90 Prozent der Befragten überein (S. 135-139).

3.4 Recovery-Konzept

Aus den Ausführungen von Zuaboni et al. (2019) wird ersichtlich, wie Menschen, die von psychischen Störungen betroffen sind, oftmals den Wunsch äussern, ihre Lebensqualität vor der Erkrankung zurückzuerlangen. Psychische Beeinträchtigung geht nicht spurlos an einem Menschen vorbei. Auch die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen schwingt in unserer Gesellschaft mit, was die betroffene Person und ihr Umfeld prägen kann. Der Genesungsprozess eines Menschen nach einer psychischen Erschütterung ist mit enormen Anstrengungen verbunden und in der Gesellschaft wird der Anerkennung dafür wenig Bedeutung beigemessen. Die fehlende Würdigung kann damit erklärt werden, dass es für Menschen ohne eigene Krankheitserfahrung schwerfällt, das Erleben von psychischen Krisen nachvollziehen zu können (S. 8-9).

Laut Knuf (2013) kann Recovery auf Deutsch mit *Genesung* oder *Wiedererlangung der Gesundheit* übersetzt werden. Darunter wird ein Ansatz verstanden, der meint, dass auch Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, gesund werden können. Dabei wird Gesundheit und Krankheit als Kontinuum verstanden und nicht als das jeweilige Gegenteil. Hierbei erhalten auch langjährig Erkrankte eine Perspektive für ein erfülltes und hoffnungsvolles Leben. Für einige Betroffene kann es eine komplette Symptomfreiheit bedeuten und für andere ein zufriedenes Leben mit den psychischen Einschränkungen. Recovery-Vertreter*innen sehen die klassischen Behandlungsziele in Psychiatrien als unzureichend, da Unzufriedenheit oder sogar neue Krisen gefördert werden können. Hingegen empfindet die traditionelle Psychiatrie die Förderung von Wohlbefinden, Lebensqualität und die positive Auseinandersetzung mit der Krankheitserfahrung nicht als passende Therapieziele (S. 125-126). Recovery-Befürworter*innen sehen Handlungsbedarf, die Grundausrichtung der Psychiatrie zu verändern. In diesem Sinne sollte der Fokus auf die Gesamtsituation eines Menschen gerichtet werden mit Einbezug seines sozialen Umfelds. Dadurch kann eine betroffene Person so gut wie möglich in ihrem gewohnten Lebensumfeld auf ihrem Genesungsweg unterstützt werden. Hierbei dürfen Peer-Fachpersonen als Co-Referent*innen von professionellen Interventionen zur Förderung von Recovery mitwirken. (Prestin, 2019, S. 10-11).

Deegan (2019) beschreibt von ihren persönlichen Erfahrungen als Betroffene mit der Diagnose Schizophrenie, die sie in jungen Jahren erhielt. Sie wurde gepackt und aus dem Leben gerissen, von etwas Kraftvollem und Grösserem als sie. Diagnosen können dazu führen, ohne Hoffnung auf eine bessere Zukunft, Stress vermeidend, überdosiert und gleichgültig durchs Leben zu gehen. Ein Wendepunkt in ihrem Leben war die Erkenntnis, etwas gegen die Krankheit tun zu können und dadurch die Handlungsfähigkeit zurückzuerlangen. In ihrem Fall war dies die Erkenntnis, dass die akustischen Halluzinationen, welche auf ihre Schizophrenie

zurückzuführen sind, durch Musik hören weniger laut sind. Fertigkeiten und Strategien zu entwickeln, geben Betroffenen eine gewisse Macht, Symptome erträglicher zu machen (S. 16-17).

Für Deegan (2019) hat Recovery folgende persönliche Bedeutung: «Recovery bedeutet, die richtige Balance zu finden zwischen den Medikamenten, die wir nehmen, und den Dingen, die wir tun, damit es uns langfristig gut geht» (S. 18). Deshalb ist es so wichtig, dass Fachpersonen in Zusammenarbeit mit den Betroffenen herauszufinden, was ihnen persönlich hilft, und sie unterstützen, das einzusetzen. Recovery zielt nicht auf eine völlige Symptombefreiheit ab, sondern das Ziel ist, das Leben so zu gestalten und diejenigen Dinge zu machen, die einem persönlich wichtig sind (ebd.).

Knuf (2013) beschreibt, wie viele Betroffene zuerst als unheilbar psychisch krank abgestempelt wurden und trotz negativer Prognose gesunden. In Studien und Erfahrungsberichten geht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Empowerment-Prozessen und Gesundungsweegen hervor. Menschen, die wieder mehr Einfluss auf ihr Leben gewinnen, sich weniger ausgeliefert fühlen, haben grössere Chancen zu genesen. Es zeigt sich, die Ergebnisse aus der Recovery-Forschung stimmen überein mit dem salutogenetischen Modell von Aaron Antonovsky. Wie bereits im Kapitel 2.4.2 detaillierter ausgeführt, haben Menschen eine grössere Chance, gesund zu werden, wenn sie Situationen durchblicken, ihre Lebenssituation beeinflussen können und zudem ihr Handeln als sinnvoll erleben (S. 126).

Folgende Faktoren sind nach Knuf (2013) wichtig für die Gesundheit eines Menschen (S. 128):

- Hoffnung
- eine positive Identität gewinnen
- sich von den psychiatrischen Labeln loslösen
- Symptome beeinflussen
- ein Unterstützungssystem aufbauen
- Sinn und Bedeutung im Leben gewinnen

Ein erfolgreicher Gesundungsprozess hängt daher oft damit zusammen, ob Betroffene ihre Selbsthilfemöglichkeiten anwenden können, Selbstbestimmung möglich ist und die betroffene Person in ihrem Umfeld und auch sich selbst nicht stigmatisiert (ebd.).

Nachfolgend wird ein Vergleich des Recovery-Ansatzes mit der klassischen Psychiatrie veranschaulicht (siehe Tabelle 1).

	RECOVERY-ANSATZ	KLASSISCHE PSYCHIATRIE
Ziele	Ein zufriedenes und erfülltes Leben; gesellschaftliche Integration (Inklusion); Genesung	Symptomreduktion, Rückfallprophylaxe, berufliche Wiedereingliederung
Perspektive	Zufriedenes Leben ist für alle Betroffenen möglich, manchmal gelingt auch eine völlige Genesung von der Erkrankung und den Folgen	Keine falschen Hoffnungen machen; wer keine Symptome hat kann froh sein
Hilfen	Alle Hilfen, die das Wohlbefinden, die individuelle Bewältigung der Erkrankung und die Auseinandersetzung damit fördern; Peer-Support erhält hohe Bedeutung	Klassisches psychiatrisches Angebot; Fokus auf Medikation
Hoffnung / Zuversicht	Wird als Voraussetzung und wichtiger Entwicklungsschritt für Recovery verstanden; ihre Förderung ist Auftrag für professionelle Arbeit	Bezieht sich lediglich auf die Wirkung der Medikamente und der übrigen Behandlung, ansonsten keine besondere Bedeutung
Selbsthilfe	Selbsthilfe ist zentral für den Recovery-Prozess, ohne Selbsthilfe ist Recovery nicht möglich; Selbsthilfeförderung ist selbstverständliches Element jedes Behandlungsangebots	Selbsthilfe trägt zur Symptomreduktion wenig bei und wird von professioneller Seite kaum gefördert
Selbstverantwortung	Übernahme von Selbstverantwortung ist ein wichtiger Entwicklungsschritt für Betroffene; ihre Förderung ist Auftrag für die professionelle Arbeit; Selbstverantwortung bedeutet auch, den eigenen Anteil an der Aufrechterhaltung der Erkrankung anzuerkennen	Hilfe erfolgt durch Medikation und Behandlung; Selbstverantwortung wird teilweise durch einseitige biologische Erklärungsmodelle behindert

*Tabelle 1: Recovery-Ansatz und klassische Psychiatrie
(leicht modifiziert nach Knuf, 2016, S. 46)*

3.5 Chancen und Herausforderungen des Recovery-Ansatzes

Nach Dammann (2014) erlangte der Recovery-Ansatz in Psychiatrien in den letzten 20 Jahren immer mehr an Gewicht und ist in einigen Ländern unter Fachpersonen stark verbreitet. Der Ansatz trägt die Chance in sich einen multiprofessionellen Rahmen zu schaffen, der die Person mit einer psychischen Erkrankung gesamtheitlich betrachtet und ins Zentrum stellt. In der Zusammenarbeit wird eine beziehungsorientierte Haltung gefördert. Fachpersonen werden dazu aufgefordert, ihre eigene Identität, Rolle in der Organisation und persönlichen Haltungen mehr zu reflektieren. Der Recovery-Ansatz übt Kritik an der einseitigen Fixierung der beiden Risiken Gewalt und Suizid in der Psychiatrie aus. Was Patient*innen stabilisiert, ist die Beziehung zu Fachpersonen und anderen Betroffenen und nicht die Kontrolle (S. 1156-1158).

Viele Patient*innen entwickeln mit der Zeit eine eher passive, konsumtive Haltung. Ein wichtiger Bestandteil von Recovery ist die Zusammenarbeit, wodurch die Autonomie und Aktivität von Betroffenen gefördert wird. Dabei besteht jedoch das Risiko, das Gegenüber zu überfordern. Ein erfreulicher Effekt des Recovery-Ansatzes zeigt sich an vielfachen günstigen Verläufen von psychischen Erkrankungen, insbesondere Personen mit dem Krankheitsbild Schizophrenie zeigen vermehrt günstigere Verläufe als erwartet. Verhindert werden sollte eine Spaltung der klassischen Psychiatrie und des Recovery-Ansatzes. Wünschenswert wäre eine Integration der unterschiedlichen Perspektiven und Ansätze. Eine Problematik von Recovery liegt an der diffusen Begrifflichkeit, die den Ansatz nicht klar umreisst und jede Person die Bestandteile des persönlichen Recovery-Prozesses selbst definieren kann. Zudem hat der Rückzug von Menschen mit einer psychischen Erkrankung nicht nur mit Diskriminierungserfahrungen zu tun, sondern kann auch einfach Ausdruck der Erkrankung sein (Dammann, 2014, S. 1159-1161).

Es zeigen sich einige Unklarheiten und Diskussionspunkte in Bezug auf das Recovery-Konzept, welche in Zukunft eine Klärung benötigen: Zwischen Fachpersonen und Betroffenen sind gemäss dem Konzept die Grenzen in der Freundschaftlichkeit der Arbeitsbeziehung diffus. Wie weit ist eine direkte Teilnahme von Patient*innen bei Entscheidungsprozessen sinnvoll? In welchem Ausmass sollten Kontrollen wie beispielsweise Drogentests, durchgeführt werden? Wie gestaltet sich die Nähe und Distanz bei Patient*innen mit einer Persönlichkeitsstörung, welche eine andere professionelle Beziehung benötigen als andere psychische Krankheitsbilder? Es zeigt sich, Erklärungen für solche Bedenken gehen bisher nicht aus der Recovery-Literatur hervor. Jedoch ist bekannt, dass durch Recovery die Behandlung für viele Patient*innen aufgrund der geförderten Eigenverantwortung anstrengender wurde, dafür resultiert aus der Behandlung ein grösserer Nutzen (Dammann, 2014, 1162-1163).

3.6 Erfahrungen mit der Peer-Arbeit

Im Kapitel drei wurden die wichtigsten Grundlagen zum Thema Peer-Arbeit aufgeführt. Nun befasst sich das folgende Unterkapitel mit den Chancen und Risiken der Peer-Arbeit. In diesem Kapitel wird folgende Theoriefrage beantwortet:

Welche Chancen und Risiken zum Peer-Ansatz in der professionellen Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung werden in der Fachliteratur aufgeführt?

Wie aus den Ausführungen von Burr et al. (2021) hervorgeht, besteht die Peer-Arbeit im deutschsprachigen Raum und insbesondere in der Schweiz erst seit wenigen Jahren, wodurch die Arbeitserfahrung der Peers noch eher klein sind. Das bedeutet, positive sowie negative Erfahrungen, die längerfristig aus der Arbeit resultieren, haben sich womöglich noch nicht gezeigt (S. 140).

3.6.1 Chancen

Es geht aus Studien und Erfahrungsberichten hervor, dass Peer-Arbeit eine breite Palette an Chancen mit sich bringt. Nachfolgend werden einige wichtige Punkte der Zusammenarbeit mit Peers aufgeführt, die aus der Fachliteratur ersichtlich sind.

Evidenz der Wirksamkeit:

Die bestätigte Wirksamkeit der Peer-Arbeit ist zentral und betont, wie wichtig es ist, die Zusammenarbeit mit Peers weiterhin zu fördern. Laut Heumann et al. (2015) gibt es international eine wachsende Evidenz der Wirksamkeit von Peer-Angeboten. Für Klient*innen oder Patient*innen entstehen neue Behandlungsperspektiven durch den Zugang, den die Peers zu den Betroffenen finden. Vorausgesetzt, es gelingt, die Peer-Fachpersonen erfolgreich in eine Organisation zu integrieren (S. 275). Nach Knuf (2016) geht aus Studien hervor, dass die Begleitung durch Peers ähnlich hilfreich ist, wie die durch Fachpersonen und unter gewissen Bedingungen sogar hilfreicher sein kann (S. 46). Daher ist es erfreulich, zu beobachten, dass die Resonanz für Peer-Support in der psychiatrischen Versorgung auch in deutschsprachigen Ländern in den letzten Jahren zugenommen hat (Mahlke et al., 2015a, S. 25).

Rasches Vertrauensverhältnis:

Gemäss Mahlke et al. (2015a) geht aus Studien hervor, dass sich der Peer-Support durch einen besonders schnellen und tiefen Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung auszeichnet (S. 25).

Förderung der Selbstwirksamkeit:

Burr et al. (2021) machen auf eine Studie aus Deutschland aufmerksam, die eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit bei den Studienteilnehmer*innen durch den Peer-Support zeigt (S. 136). Die Zuversicht von Betroffenen wird gestärkt, indem ihnen gezeigt wird, dass ein sinnerfülltes und selbstbestimmtes Leben auch mit der psychischen Erkrankung möglich ist und sich folglich positiv auf die Selbstwirksamkeit auswirkt (Verein PRIKOP et al., 2020, S. 9).

Erfahrungsexpertise:

Knuf (2016) bezeichnet die Zusammenarbeit mit Peers als hilfreich, da sie sich nicht hinter einer professionellen Rolle verstecken. Peer-Fachpersonen bringen ihr ganz persönliches Erfahrungswissen, von Genesung sowie auch Krisenerfahrungen ein und sind als Personen spürbar. Hingegen ist das Thema *Nähe und Distanz* ein Bestandteil der Ausbildung von Professionellen der Sozialen Arbeit und daher wird eine professionelle Distanz bewusst beibehalten und eigene Erfahrungen werden nur in Ausnahmen eingebracht. Studien zeigen jedoch, dass diejenigen Fachpersonen als unterstützend erlebt werden, die als Personen spürbar sind und auch zu unüblichem Verhalten mit weniger professionellen Distanz bereit sind (S. 46). Zudem stärken die Peers die Gesundheit einer betroffenen Person und fördern deren Fähigkeiten, indem die Peer-Fachpersonen auf deren Stärken aufmerksam machen (Verein PRIKOP et al., 2020, S. 9).

Brücken bauen:

Eine zentrale Aufgabe der Peers ist das Brücken bauen zwischen Fachpersonen und Klient*innen oder Patient*innen. Durch die eigene Krankheitserfahrung haben Genesungsbegleiter*innen ein grosses Verständnis für das Erleben der Betroffenen und können eine Betroffenenperspektive einnehmen. Dadurch wird das Vertrauen gefördert und ein Austausch auf Augenhöhe wird möglich (Verein PRIKOP et al., 2020, S. 9).

Koproduktion:

Die stark an Recovery orientierte Zusammenarbeit mit Peers zeichnet sich durch den Begriff der *Koproduktion* aus. Dies bedeutet, dass betroffene Menschen nicht nur passiv Hilfsangebote und Dienstleistungen empfangen sollten, sondern sich aktiv an ihrem persönlichen Gesundungsprozess beteiligen. Ein zentraler Bestandteil der Koproduktion ist die Neuauslegung von bereits vorhandenen Machtverhältnissen. In der Sozialen Arbeit werden darunter im Spezifischen wechselseitige Beziehungen beschrieben, die Vertrauen, gegenseitige Unterstützung und soziale Aktivitäten in Gemeinschaften schaffen (Zuaboni et al., 2019, S. 102-108).

Kosteneffiziente Bereicherung:

Moran et al. (2020) verweisen auf Studien, die zeigen, dass Peer-Fachpersonen in der Zusammenarbeit mit Betroffenen vergleichbare Ergebnisse erzielen können, wie Fachpersonen und sind daher eine kosteneffiziente Ergänzung zu den herkömmlichen Organisationsstrukturen. Peer-Unterstützung zeigt einen positiven Effekt auf die Genesungsergebnisse, die durch professionelle Interventionen allein nicht erreicht werden können (S. 2).

Bestandteil des sozialen Netzwerks:

Es ist bekannt, dass das soziale Netzwerk, in welches eine Person eingebunden ist, einen grossen Einfluss auf die psychische Gesundheit hat. Aus Recovery-Biografien von Betroffenen geht hervor, dass das Mitwirken von Dritten einen bedeutenden Effekt auf den Gesundungsprozess einer Person hat und nicht allein auf die persönlichen Anstrengungen im Umgang mit der eigenen psychischen Krankheit zurückzuführen sind. Peer-Fachpersonen können ein Teil des sozialen Netzes sein, welche Betroffene auf ihrem persönlichen Weg bei Krisen sowie der Gesundung begleiten (Zuaboni et al., 2019, S. 102).

Organisationsentwicklung:

Innerhalb einer Organisation wird durch den neuen Blickwinkel der Peers ein Diskurs über Haltungen, Wertvorstellungen und Vorurteile initiiert. Der Austausch kann dazu beitragen, dass ein neues Verständnis von Themen wie Gesundheit und Krankheit entsteht. Was wiederum einen offeneren Umgang in der Organisation fördert, wodurch sich die Haltung der professionellen Distanz in Richtung professioneller Nähe entwickelt. Die Auseinandersetzung mit solchen Themen verkleinert Hemmschwellen und führt dazu, dass sich die Organisation und deren Angebote weiterentwickeln kann (Verein PRIKOP et al., 2020, S. 9).

3.6.2 Risiken

Die Anstellung von Peers in ein Team bringt auch Risiken und Herausforderungen mit sich. Einige Erfahrungen und Bedenken werden in diesem Unterkapitel aufgeführt.

Widerstände von Fachpersonen:

Aus Erfahrungsberichten ist bekannt, dass Fachpersonen teilweise nicht damit einverstanden sind, Peer-Fachpersonen in einer Organisation einzustellen. Oftmals basiert der geäusserte Widerstand auf Vorurteilen und Stigmatisierungen. Es werden Bedenken zur Belastbarkeit und Vertrauenswürdigkeit der Expert*innen durch Erfahrung geäussert. Empfehlenswert ist daher, die Anstellung von Peers als Prozess zu verstehen und Konflikte so rasch wie möglich offen anzusprechen (Heumann et al., 2015, S. 276). Oder wie der Verein PRIKOP (2020) eine erfolgreiche Zusammenarbeit beschreibt: «Für Fachpersonen braucht es ein Umdenken, dass

sie nicht mit einer ehemaligen Patientin oder einem Patienten zusammenarbeiten, der weiterhin auf ihre Begleitung angewiesen ist, sondern dass sie es mit einer selbstverantwortlichen Teamkollegin oder einem Teamkollegen zu tun haben» (S. 13).

Stigmatisierung psychischer Erkrankungen:

Peers werden stigmatisiert, indem ihnen Eigenschaften der Unterscheidung von Dritten zugeschrieben werden. Aus Studien geht hervor, dass über die Hälfte der Bevölkerung sowie auch Fachpersonen Vorbehalte haben gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen. Diese Stigmata können dazu führen, dass eine Person gemobbt, ausgegrenzt, persönlich angegriffen oder auch entmündigt wird (Bundesamt für Gesundheit, 2015, S.18). Zudem zeigt sich aufgrund von Vorurteilen auf Seite unterschiedlichster Akteure ein vermindertes Interesse, Massnahmen zur Thematik der psychischen Gesundheit umzusetzen, womit das Potenzial von solchen Programmen nicht ausgeschöpft wird. Präventions- und Früherkennungsprogramme im Bereich psychische Erkrankungen werden dadurch in ihrer Umsetzung gehemmt. Die Sensibilisierung und Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen zeigen sich als hilfreiche Massnahmen um mehr Akzeptanz für solche Programme zu generieren (Bundesamt für Gesundheit, 2015, S. 37-38).

Loyalität von Peers:

Wenn Peer-Fachpersonen die Bedürfnisse und Interessen der Klient*innen oder Patient*innen vertreten, wird oftmals die Loyalität dem Betrieb gegenüber zum Thema. Es ist wichtig zu verstehen, dass es im Sinne der Organisation ist, die Interessen der Betroffenen klar zu benennen und zu thematisieren. Auch wenn sich ein solches Gespräch mit unterschiedlichen Standpunkten als herausfordernd herausstellen kann, hat dies nichts mit Illoyalität der Organisation gegenüber zu tun (Verein PRIKOP et al., 2020, S. 24).

Belastbarkeit der Peers:

Aus den Erläuterungen des Vereins PRIKOP et al. (2020) geht hervor, dass Fachpersonen vielfach an der Belastbarkeit und Zuverlässigkeit der Peers zweifeln. Untersuchungen zeigen, Peers haben generell weniger Abwesenheiten am Arbeitsplatz als andere Fachpersonen. Menschen, die bereits Erfahrungen in psychischen Krisen und Gesundung gemacht haben, setzen sich bereits intensiv mit ihren Grenzen auseinander und wissen, wie sie sich Sorge tragen müssen (S. 23). Trotzdem ist es gemäss Heumann et al. (2015) wichtig mitzudenken, dass Peers eine Krankheitsgeschichte mit sich bringen, wodurch auch erneut Rückfälle entstehen könnten (S. 277-278).

Rollendiffusität:

Nach Burr et al. (2021) kann der Arbeitsalltag von Peers aus vielen Unklarheiten bestehen, da die Rollen und Arbeitsinhalte oftmals zu wenig klar beschrieben sind (S. 136). Heumann et al. (2015) sehen darin den Vorteil, dass die Peers ihre Arbeit sehr individuell gestalten können. Dadurch bleibt jedoch ihre Rolle gegenüber den Betroffenen sowie auch den Fachpersonen nicht klar definiert. Bei unklaren Rollen kann ein Rollenkonflikt resultieren, womit eine erfolgreiche Integration der Peer-Fachpersonen in eine Organisation untergraben werden kann. Die gleiche Erkenntnis zeigt sich auch bei der Anstellung von neuen Personen mit unklaren Rollen in anderen Tätigkeitsgebieten. Folglich ist es von Bedeutung, dass sich die verantwortliche Fachperson bei der Einstellung von Peers im Klaren darüber ist, welche Rolle die Peer-Fachpersonen in Zukunft einnehmen sollen und dies auch so kommuniziert. Es ist von Vorteil, klar festzuhalten, was vom Peer erwartet wird und was nicht. Die Aufgaben sollten ebenfalls nicht zu hohe und nicht zu niedrige Anforderungen beinhalten. Peers sollten weder nur für Betroffene zuständig sein, zu welchen die Fachpersonen keinen Zugang finden, noch ausschliesslich Aufgaben übernehmen, welche die Fachpersonen aus zeitlichen Gründen delegieren möchten (S. 276). Zudem kommt es auch zu einer Verschiebung im Kontinuum von gesund und krank. In einer Organisation sind diese Grenzen gewöhnlicherweise klar, da die Fachpersonen als gesund gelten und die Betroffenen als krank. Die Kernaufgabe der Fachpersonen ist hiermit eine angemessene Begleitung oder Behandlung der Krankheit. Die Berufsgruppe der Peers ist auf dem Kontinuum einerseits schwieriger einzuordnen, da die Aspekte gesund und krank zutreffen könnten. Darüber hinaus unterstützen Peers die Betroffenen auf ihrem Genesungsweg mit dem Recovery-Konzept, was wiederum in Konkurrenz zum Aufgabenbereich der Fachpersonen steht, woraus Konflikte entstehen könnten. Bei einer erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen Peers und Professionellen sollte das Aufeinandertreffen dieser beiden Konzepte nicht als Konflikt, sondern als Bereicherung verstanden werden (Verein PRI-KOP et al., 2020, S. 23).

Professionalisierung der Peers als Chance und Hindernis:

Es wird dafür und dagegen argumentiert, ob die EX-IN Weiterbildung von einer stärkeren Formalisierung und Professionalisierung geprägt sein soll. Betroffene stehen kritisch demgegenüber, weil dadurch die Nähe zu den Klient*innen und Patient*innen droht, verloren zu gehen (Burr et al., 2021, S. 140). Nach Heumann et al. (2015) scheint es unvorteilhaft zu sein, wenn sich Peers mit ihrer Tätigkeit in Organisationen an Fachpersonen orientieren und dadurch traditionelle Rollen und Vorgehensweisen übernehmen würden. Die Komponente der eigenen Erfahrung gehört zur Qualifikation der Peer-Fachpersonen, womit durch eine Orientierung an den Fachpersonen der Peer-Effekt verloren ginge. Die Beziehung von Peers und Betroffenen

unterscheidet sich von derjenigen der Fachpersonen durch den gemeinsamen Erfahrungshintergrund und die dadurch stärkere Tendenz zur Gegenseitigkeit. Die interprofessionelle Zusammenarbeit der Peers und Professionellen zeichnet sich dadurch aus, die unterschiedlichen Vorgehensweisen zu akzeptieren und als Chance zu sehen (S. 276).

Die unterhalb aufgeführte Abbildung 3 gibt einen Überblick zu den erwähnten Chancen und Risiken der Peer-Arbeit.

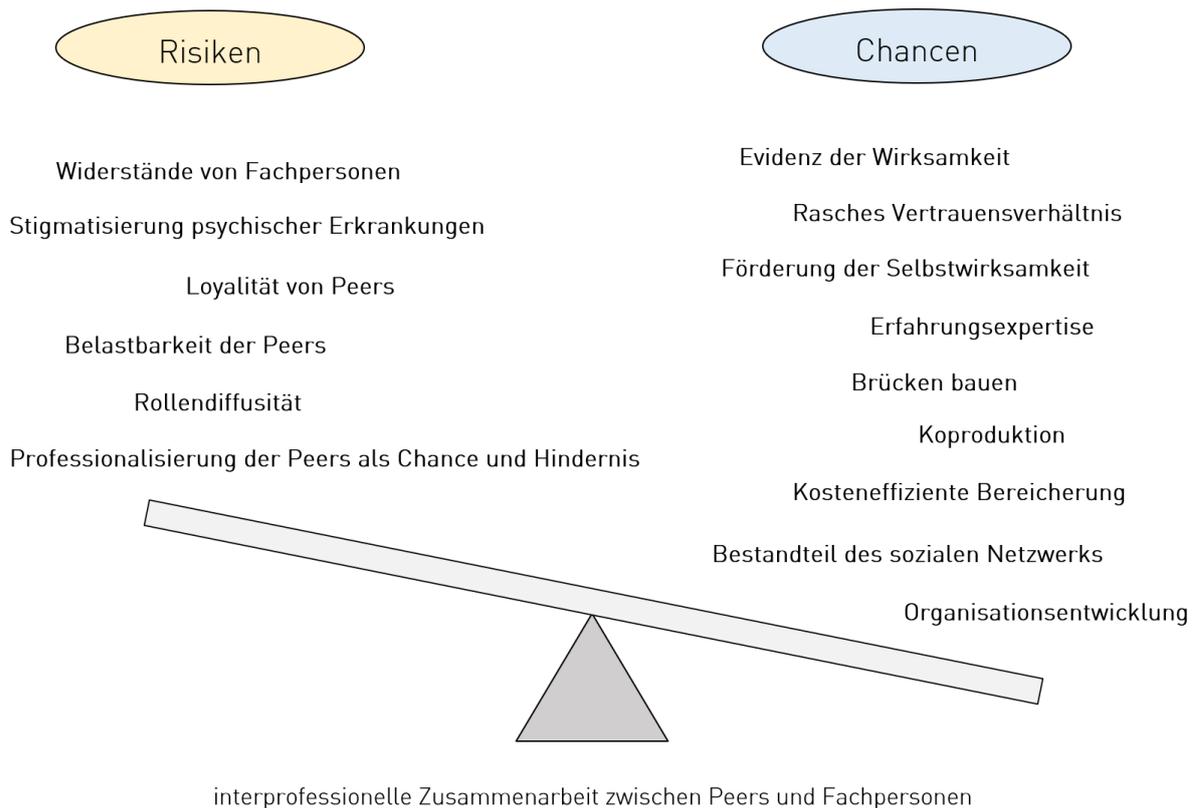


Abbildung 3: Chancen und Risiken der interprofessionellen Zusammenarbeit
(eigene Darstellung)

4 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel folgen Überlegungen zur Methodenwahl, um die Forschungsfrage zu beantworten. Zudem wird die Auswahl der Interviewpersonen, die Datenerhebung sowie die Auswertung der Interviews erläutert.

Der Fokus der qualitativen Forschung wird insbesondere auf die Zusammenarbeit zwischen den Peers und Fachpersonen in Organisationen im Kontext der Sozialen Arbeit gelegt. Im Rahmen der kleinen Forschung wird folgende Frage beantwortet:

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit von Professionellen und Peer-Fachpersonen in der Praxis der Sozialen Arbeit aus Sicht der Peers?

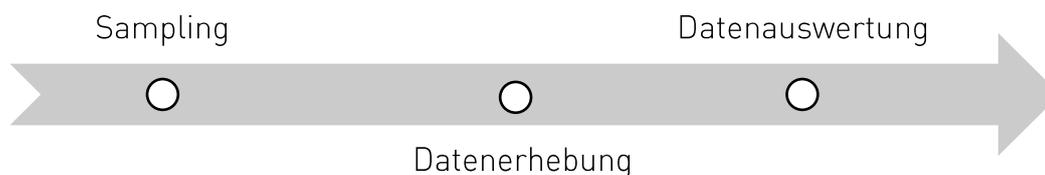
Es existieren bisher nur wenige qualitative Daten, welche die Chancen und Risiken der Zusammenarbeit von Peers und den Professionellen aus der Sozialen Arbeit analysieren. Dabei wird insbesondere die Perspektive der Peer-Fachpersonen ausser Acht gelassen, weshalb sich die vorliegende Arbeit der oben aufgeführten Frage widmet.

4.1 Wahl der Forschungsmethode

Das Ziel der Arbeit ist, die Zusammenarbeit von Professionellen und Peer-Fachpersonen in der Praxis aus Sicht der Peers zu analysieren. Als Methode für den Forschungsteil habe ich mich für das Leitfadenterview entschieden, welches im Anhang Teil A der vorliegenden Arbeit angefügt ist. Nach Mayer (2013) werden in der qualitativen Forschung verbale Daten gewonnen. Als Grundlage für die Interviews wird ein Leitfaden mit offen formulierten Fragen erarbeitet. Die Vergleichbarkeit der Daten der interviewten Personen wird durch den konsequenten Einsatz des Leitfadens gewährleistet. In der qualitativen Forschung ist die inhaltliche Repräsentation von Bedeutung, welche mittels der Befragung von Peer-Fachpersonen erreicht wird (S. 37-39).

Die Leitfaden-gestützten Expert*inneninterviews gelten als besondere Form der Leitfadenterviews. Damit gelingt es, durch eine stärkere Strukturierung der Befragung Wissen zu gewinnen, welches aus der Fachliteratur nur beschränkt hervorgeht. Der Interviewleitfaden soll helfen, gezielt Wissen der Expert*innen zu ermitteln, welches für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant ist (Kaiser, 2014, S. 35). Damit der Gesprächsleitfaden in einer nachvollziehbaren Argumentationslogik aufgebaut ist, sollten die Fragen und Themenkomplexe von allgemeineren auf speziellere Aspekte aufeinander abgestimmt sein (Kaiser, 2014, S. 53). Die ausgewählten Peer-Fachpersonen sind insofern Expert*innen, da sie Auskunft über ihre Erfahrungen zur Peer-Arbeit und der Zusammenarbeit mit Fachpersonen geben können.

Die folgende Abbildung 4 dient zur Veranschaulichung des methodischen Vorgehens.



*Abbildung 4: Methodisches Vorgehen
(eigene Darstellung)*

4.2 Sampling

In der qualitativen Forschung werden sogenannte Stichproben durchgeführt, da nicht ganze Gruppen befragt und erfasst werden können. Dabei werden in der vorab-Festlegung der Samplestruktur bestimmte Kriterien festgelegt (Mayer, 2013, S. 38-39). Gemäss Metzger (2009) beinhaltet eine Stichprobe, auf Englisch Sample, alle tatsächlich untersuchten Personen, welche aus einer grösseren Menge ausgesucht werden. In der qualitativen Sozialforschung folgt das Ziehen von Stichproben bestimmten Regeln und sollte möglichst heterogen sein, um einen differenzierten Blick in soziale Phänomene zu erhalten. Bei der deduktiven Stichprobenziehung werden bestimmte Kriterien vor Beginn der qualitativen Forschung aufgrund von theoretischen Überlegungen festgelegt (S. 1). Für die vorliegende Bachelorarbeit wurden bei der Auswahl der Expert*innen folgende Kriterien miteinbezogen:

- Weiterbildung von EX-IN absolviert
- aktuelle Anstellung als Peer-Fachperson in einer Organisation
- Können Chancen und Risiken in der interprofessionellen Zusammenarbeit durch eigene Erfahrungen im Anstellungsverhältnis beschreiben

Die Kontaktaufnahme der Personen in der ausgewählten Zielgruppe hat über die Internetseite von EX-IN Schweiz stattgefunden. Der *Peerpool* ist eine Vermittlungsplattform von Peer-Fachpersonen, welche die Weiterbildung von EX-IN absolviert haben. Auf diesem Portal können sich Peers registrieren und gleichzeitig wird Organisationen oder Dritten ermöglicht, geeignete Peers zu finden. Jede registrierte Peer-Fachperson hat ergänzend eine kurze Beschreibung zur Person auf dem Portal, wodurch die ersten zwei der festgelegten Kriterien bereits vor einer Anfrage überprüft werden konnten. Die Erfüllung des dritten Kriteriums wurde anschliessend per E-Mail geklärt. Zudem wurde die Suche nach entsprechenden Interviewpersonen aufgrund von sprachlichen Überlegungen auf die Deutschschweiz beschränkt.

4.3 Datenerhebung

Die Interviewfragen (siehe Anhang A) wurden basierend auf den bereits verfassten ersten beiden Theoriekapiteln erstellt. Dadurch wurde sichergestellt, dass Theorie- und Forschungskapitel aufeinander abgestimmt sind.

Die vier durchgeführten Leitfadeninterviews fanden mehrheitlich direkt in den Organisationen, in welchen die Expert*innen angestellt sind, statt. Dadurch konnte die Autorin, zusätzlich zum Interview, einen Einblick in die Institution erhalten. Der Gesprächsleitfaden mit den jeweiligen Leitfragen wurde den Interviewpartner*innen vor dem Termin nicht zugestellt. Dadurch kann ein möglichst offener und natürlicher Gesprächsfluss gewährleistet werden.

Zu Beginn der Leitfadeninterviews wurden die Interviewteilnehmer*innen über das Ziel der Bachelorarbeit orientiert. Zudem folgten Informationen zur Interviewdauer, eine Anfrage für die Erlaubnis einer Tonbandaufnahme sowie, dass alle besprochenen Daten in anonymisierter Form wiedergegeben werden. Mittels den offen formulierten Leitfragen sollen die Befragten so frei wie möglich zu Wort kommen. Punktuell wurde bei Unklarheiten durch die interviewführende Person nachgefragt.

4.4 Datenauswertung

Damit eine Auswertung der Interviewdaten möglich ist, war als Zwischenschritt eine Aufbereitung der Daten notwendig. Dafür wurden die Tonaufnahmen mithilfe des Programms *MAXQDA* transkribiert. Dabei wurde vom Dialekt in die deutsche Sprache übersetzt, wodurch unvermeidlich gewisse Sätze nicht wortwörtlich übernommen werden konnten.

Die Auswertung der Interviews folgt nach der Methode von Mühlfeld et al. Dabei werden Problembereiche der Interviews identifiziert, welche sich einzelnen Fragen des Leitfadens zuordnen lassen. Der Fokus liegt auf offenkundigen, unverdeckten Kommunikationsinhalten (Mayer, 2013, S. 48).

Mühlfeld et al. schlagen für die Auswertung ein sechsstufiges Verfahren vor:

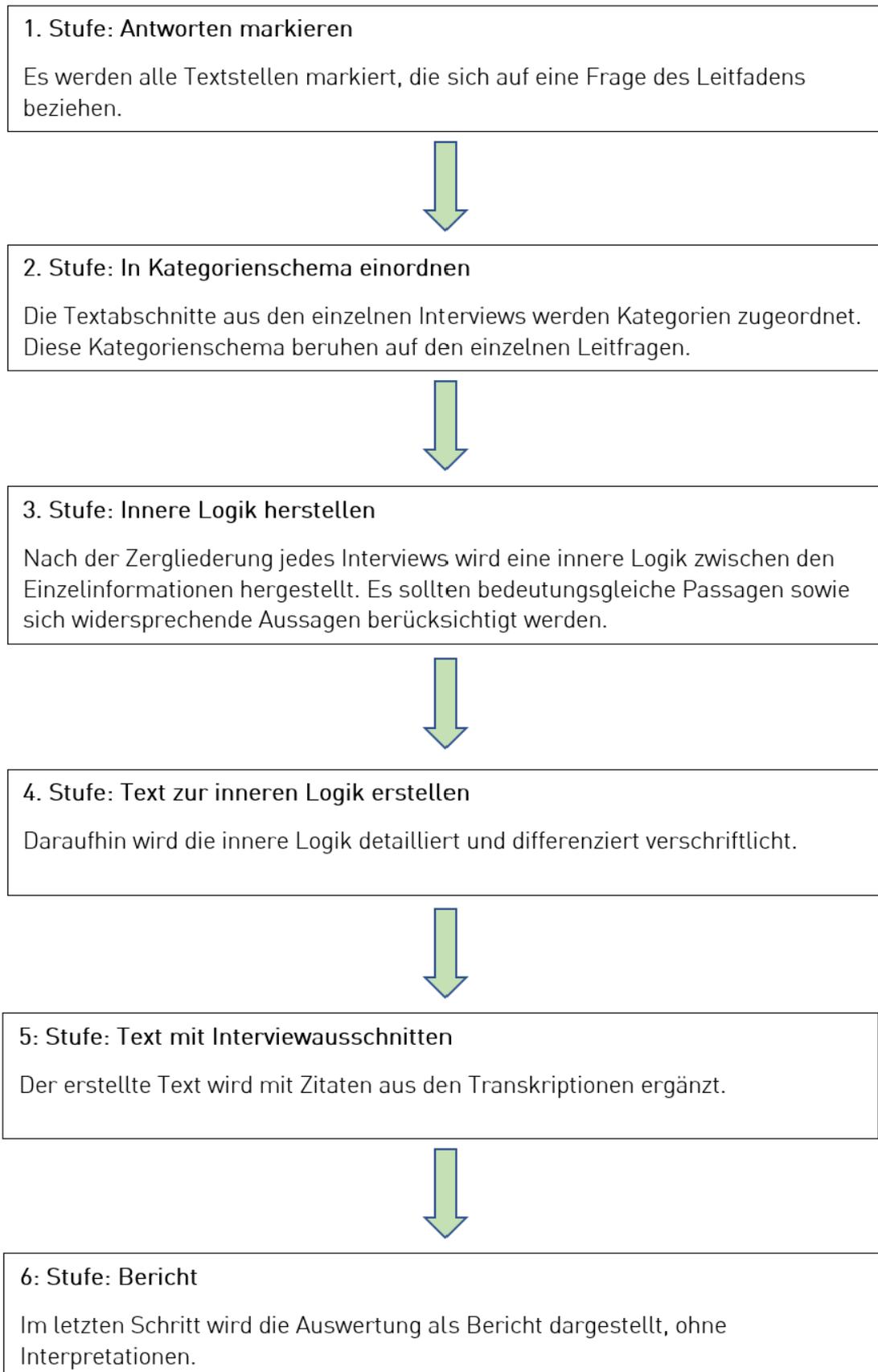


Abbildung 5: Die sechs Stufen des Auswertungsverfahrens
(angelehnt an Mayer, 2008, S. 48-50)

5 Darstellung der Forschungsergebnisse

Im nachfolgenden Kapitel werden die Resultate aus den vier durchgeführten Expert*inneninterviews abgebildet. Die vier Peer-Fachpersonen, mit denen ein Leitfadeninterview geführt wurde, sind in unterschiedlichen Organisationen in der Schweiz tätig. Nachfolgend werden die Organisationen aufgeführt und die Aufgaben der darin angestellten Peers kurz beschrieben:

1. **Psychiatrische Poliklinik Zürich;** Die Peers werden im multiprofessionellen Team von Fachpersonen aus der Psychiatrie und Psychologie für diverse Tätigkeiten miteinbezogen. Die Hauptaufgabe der Poliklinik ist die Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in schwierigen Lebenssituationen.
2. **Traversa in Luzern;** Seit Mai 2018 leiten Peers die Info- und Beratungsstelle *PEERLE*. Dieses Angebot kann kostenlos von Menschen mit psychischer Erkrankung und ihren Angehörigen genutzt werden.
3. **Privatklinik Hohenegg in Meilen;** Zu den Tätigkeiten der Peers gehören aufsuchende Gespräche in der Organisation zu führen, insofern der Bedarf seitens der Patient*innen besteht.
4. **Psychiatrie Baselland;** In der Erwachsenenpsychiatrie sind Peers in einem multiprofessionellen Behandlungsteam tätig und ergänzen mit ihrem Angebot die sozialpsychiatrische Behandlung. **Suchtfachklinik Zürich;** Die Tätigkeiten der Peers umfassen Peer-Beratungen, Implementierung einer recoveryorientierten Suchtgruppe sowie Konzeptarbeit und wissenschaftliche Projektbegleitung.

Die jeweiligen Zitate werden einleitend mit einer Nummer versehen, womit die Aussage auf die Institution und die darin tätige Peer-Fachperson zurückführt. Da teilweise ein Peer allein in den Organisationen tätig ist, können durch die Nummern Rückschlüsse auf die interviewte Person gemacht werden, trotz Anonymisierung der Namen. Alle Befragten haben sich damit einverstanden erklärt.

Die Ergebnisse werden angelehnt an die auserwählten fünf Kategorien selektiert, zusammengefasst und mit relevanten Aussagen der Expert*innen ergänzt. Auf folgende Kategorien wird in den Forschungsergebnissen eingegangen:

- Chancen der Peer-Arbeit
- Rollen der Peers in Organisationen
- Risiken der Peer-Arbeit
- Recovery
- Kooperation mit Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit

5.1 Chancen der Peer-Arbeit

Die Kategorie *Chancen* wird gewählt, da die Frage nach den Chancen der Peer-Arbeit aus der Fragestellung des Theoriekapitels resultiert.

Von allen vier befragten Expert*innen werden durchgehend viele positive Aspekte der Peer-Arbeit genannt. Aus den Leitfadeninterviews geht hervor, dass Peers zu den Betroffenen einen ganz anderen Zugang finden als Fachpersonen. Begünstigt wird die professionelle Beziehung insbesondere durch ein rasch entstehendes Vertrauensverhältnis. Eine Interviewpartnerin weist darauf hin, dass viele Klient*innen genügend Erfahrungen mit der Psychiatrie gemacht hätten und häufig nichts mehr davon wissen wollen. Ein Peer im Team schaffe Vertrauen, weil auch ein*e Ehemalige*r die Werte der psychiatrischen Klinik vertrete, wodurch sich die ganze Situation entspanne. Die Peer-Fachperson ergänzt, dass ihr der Gedanke in der Psychiatrie zu arbeiten widerstrebte, bis ihr bewusst wurde, dass sie genau dort etwas verändern könne. Häufig findet in der Organisation der Interviewperson der erste Kontakt zu den Betroffenen auch durch einen Peer statt, womit das Vertrauen zusätzlich gefördert wird. Zudem gelingt durch die ähnlichen, persönlichen Krankheitsgeschichten der Peers ein Austausch auf Augenhöhe. Das folgende Zitat beschreibt, wie es Peers gelingt, glaubhaft Hoffnung zu vermitteln:

1.: «Ich glaube auch, dass Fachpersonen zwischenmenschliche Qualitäten und einen guten Zugang zu den Betroffenen haben können. Aber das Erfahrungswissen haben sie nicht und das ist auch die Eigenschaft, welche nirgends gelernt werden kann.»

Aus einem Gespräch ging hervor, dass sich die Interviewpartnerin während ihrer eigenen Zeit in der Psychiatrie gewünscht hätte, mit Menschen zu sprechen, die ähnliche Krankheitserfahrungen gemacht haben und das Gefühl der Hilflosigkeit und Verzweiflung kennen. Insbesondere eine Person aus der Drogenszene zu kennen, die erfolgreich einen Entzug durchgezogen hat, und dem betroffenen Menschen die Perspektive geben könnte, es auch zu schaffen. Dies wäre eine hilfreiche Stütze gewesen. Eine Person führt im Gespräch aus, dass man als Betroffene unter schwer Abhängigen kaum jemanden kenne, der die Abhängigkeitserkrankung mit Erfolg hinter sich lassen konnte. Und alle, die einen Entzug versuchen, würden dabei scheitern. Daraus entsteht für tätige Peers, insbesondere mit dem Hintergrund einer Abhängigkeitserkrankung, ein gewichtiges Motiv, selbst in der Psychiatrie tätig zu sein.

Eine Person erwähnte dazu explizit, dass die allergrösste Chance der Peer-Arbeit sei, ständig auf die Betroffenen zurückgeworfen zu werden und dadurch der Perspektivenwechsel bei der Begleitung und Behandlung von Menschen garantiert zustande käme. Daraus resultiert durch Peer-Arbeit eine Qualitätssteigerung, die den Betroffenen - Menschen in psychischen Krisen - zugutekäme und deshalb heutzutage und zukünftig nicht weggelassen werden dürfe.

Zudem wird in den Interviews die ehrliche und direkte Kommunikation der Peers mit den Betroffenen als wichtige Ressource angesehen:

1.: «Im Gespräch mit Betroffenen die Drogen konsumieren, bin ich sofort per Du, wenn ich ihnen erzähle, dass ich früher auch auf dem Letten war. Und sie wissen, dass sie mir nichts vormachen können und ehrlich sein dürfen, weil ich genau weiss, wie das ist. Am Schluss des Gespräches haben wir meistens eine gemeinsame Vereinbarung oder Lösung wie die betroffene Person konsumieren kann, aber unter sicheren Umständen, damit sie oder er nicht sofort wieder auf der Intensivstation landet. Die Ärzte melden mir nach solchen Gesprächen vielfach zurück, dass sie auf einer komplett anderen Ebene stattfinden und nichts vorgemacht werden muss, wie bei den Gesprächen, welche die Ärzte mit Betroffenen führen.»

Laut der Erfahrung eines Peers, sei für Betroffene in der Beratung bei Fachpersonen oftmals noch ein Reststück von Scham vorhanden. Mit Peer-Fachpersonen wird schneller identifiziert, wo ein Mensch konkret Unterstützung benötige. Das Schamgefühl werde im Gespräch mit Genesungsbegleiter*innen schneller abgelegt, da auch sie ihre persönliche Geschichte erzählen und die Möglichkeit entstehe, einen tieferen, persönlicheren Zugang als bei der professionellen Beziehung mit Fachpersonen zu erreichen. Der Aspekt der professionellen Nähe wird im folgenden Zitat näher ausgeführt:

4.: «Was aus der Recovery-Bewegung und Peer-Arbeit ganz zentral hervorgeht ist der Begriff der professionellen Nähe, ganz bewusst zur Abgrenzung der professionellen Distanz, welche früher gelebt wurde. Dies hat zur Folge, dass die Asymmetrie in den Beziehungen zu den Betroffenen geringer ist, Augenhöhe eher gewährleistet wird, Identifikation und gegenseitiges Verständnis eher begünstigt wird. Dies ist jedoch nicht als absolut zu verstehen, sondern es sind einfach Chancen und Tendenzen.»

5.2 Rollen der Peers in Organisationen

Aus den Befragungen geht hervor, dass sich die Rollen und Aufgabenbereiche der Peers in den jeweiligen Organisationen stark unterscheiden. Einige Genesungsbegleiter*innen haben einen klaren Auftrag in ihrer Organisation, das Aufgabengebiet ist deutlich abgegrenzt von dem der Fachpersonen und entspricht den Kompetenzen der Peers, sodass sie in einem für sie angemessenen Ausmass gefordert sind und nicht überfordert. Zudem ist klar definiert, welche Aufgaben an Fachpersonen in der Organisation delegiert werden sollten.

Ein Peer berichtete folgendermassen über ihre sehr wertgeschätzte Rolle in der Organisation:

2.: «Ich habe in der Organisation eine sehr wertgeschätzte Rolle, das möchte ich explizit erwähnen. Wir Peers werden so behandelt, wie alle anderen Fachpersonen auch. Das fängt beim gemeinsamen Znüni an, wir haben auch einen Spind, den gleichen Schlüssel und ein Büro. Das war alles zu Beginn nicht so, es musste wachsen.»

Ihre Institution habe sich vor achtzehn Jahren erstmals mit Recovery befasst und vor acht Jahren wurde der erste Peer angestellt. Es herrsche eine grosse Offenheit von allen Fachpersonen gegenüber psychischen Erkrankungen und es werde aktiv thematisiert, wie es den einzelnen Angestellten gehe. Bei der Anstellung von neuen Fachpersonen wird eine Einführung in das Recovery-Konzept durchgeführt, was bedeutet, dass dieser Ansatz von allen Fachpersonen in der Institution getragen wird. Die erfolgreiche Implementierung von Peers sei ein Ausprobieren und ein langer Prozess, denn es sei auch heute noch Pionierarbeit. Zudem führe eine sorgfältige Planung dazu, dass die Peer-Arbeit in ihrer Organisation so gut funktioniere.

Von den interviewten Peer-Fachpersonen arbeiten zwei mit einem weiteren Peer in der Organisation zusammen. Die anderen beiden Peers sind bei ihrer Anstellung als einzige Genesungsbegleiter*innen auf sich allein gestellt. Zwei der Interviewpartner*innen waren früher selbst Patient*innen in der Organisation, in welcher sie heute arbeiten. Zustande gekommen ist die Anstellung durch eine direkte Anfrage des bereits bekannten Klinikleiters sowie durch eine bewusste Bewerbung für die ausgeschriebene Stelle in genau diesem Bereich.

4.: «Für mich ist das wie der Kreis, der sich schliesst, indem ich als Peer in der Organisation arbeite, in welcher ich einmal Patient war.»

Die Peers beschreiben ihre konkrete Rolle als Bindeglied zwischen den Betroffenen und den Fachpersonen, durch ihre eigene Erfahrung von psychischen Krisen und Genesung. Eine Peer-Fachperson erläutert ihre Funktion als Eintrittstor für Betroffene in die Organisation, da viele Menschen mit psychischen Schwierigkeiten Hemmungen haben, den ersten Kontakt zu Fachpersonen aufzubauen. Als wichtige Voraussetzung, um als Peer in der Organisation tätig sein zu wollen, wurde folgender Grund beschrieben:

1.: «Ich kann nur in meiner Organisation arbeiten, weil ich voll hinter dem Team stehen kann. Ansonsten kann das Risiko bestehen, als Peer instrumentalisiert oder zum verlängerten Arm der Fachpersonen zu werden.»

Die konkreten Tätigkeiten in den verschiedenen Institutionen sind sehr vielfältig. Dazu gehört in einem mobilen, multiprofessionellen Krisenteam als Peer dabei zu sein, ambulante Gespräche zu führen, Weiterbildungen und Kurse zu geben, an Supervisionen teilzunehmen, interne Fachberatungen in Teams zu geben, eine Peer geleitete Info- und Beratungsstelle zu führen, Entstigmatisierungsarbeit an Hochschulen oder Öffentlichkeitsarbeit zu leisten, aufsuchende Gespräche im Haus mit Betroffenen zu führen und generell bei Bedarf von allen Fachpersonen für Unterstützung beigezogen zu werden. Ein Peer beschreibt seinen Einsatz in der Organisation als Pionier-Peer, indem er Implementierungs- und Aufklärungsarbeit leistet, Vorbehalte aus dem Weg räumt und Konzeptarbeit macht. Diese sinnstiftenden Aufgaben – die Begleitung von Betroffenen auf dem persönlichen Weg, die zurückgemeldete Wertschätzung von allen Seiten und das Gefühl von Dankbarkeit – seien wertvolle Elemente, weshalb viele Genesungsbegleiter*innen mit Peer-Arbeit ihre Berufung gefunden haben.

3.: «Menschen in Krisen zu begleiten ist eine Win-Win-Situation für mich und das Gegenüber. Einerseits kann ich dadurch einem Menschen etwas auf den persönlichen Genesungsprozess mitgeben und andererseits kann ich mich dadurch ständig auch selbst wieder reflektieren.»

Eine befragte Person macht darauf aufmerksam, dass Peer-Arbeit immer als Miteinander mit den anderen tätigen Fachpersonen in der Organisation verstanden werden sollte. Eine grosse Wirksamkeit in der Peer-Arbeit liege für Betroffene bereits darin, wenn der Peer morgens bei der Arbeit erscheine. Das zeige Menschen mit einer psychischen Krise, dass die Peer-Fachperson, die selbst stationär in einer Klinik gewesen sei, den Ort erfolgreich verlassen habe und jetzt dort arbeite. Betroffenen werde eine Botschaft der Hoffnung vermittelt, da sich auch ihre Situation verändern und verbessern könne.

Für einige befragte Peers besteht Handlungsbedarf in den Psychiatrien, da sie hinter gewissen Haltungen nicht stehen können. Sie haben den Wunsch, das Machtgefälle zwischen Fachpersonen und Betroffenen zu verringern und für Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Kliniken mehr Mitbestimmung zu ermöglichen.

4.: «Mir persönlich ist es wichtig, Einfluss auf die Teams, die Institution und das Behandlungskonzept zu haben. Dort besteht meiner Meinung nach noch viel Luft nach oben und ich werde für meinen Teil niemals damit aufhören darauf aufmerksam zu machen. Das ist meine Rolle in der Institution.»

5.3 Risiken der Peer-Arbeit

Die Kategorie *Risiken* ist ein Bestandteil der Fragestellung des Theoriekapitels. Es werden Aussagen zu Herausforderungen und Schwierigkeiten in Bezug auf Peer-Arbeit aufgeführt.

Aus mehreren Gesprächen geht hervor, dass die Rollendiffusität der Peers in der Organisation eine Gefahr für die gemeinsamen Zusammenarbeit darstellt. In vielen Institutionen sind die Aufgabengebiete nicht klar definiert und es kommt zu Überschneidungen mit den Kompetenzen und Aufgaben anderer Fachpersonen.

2.: «Als Peer sollte man vorsichtig sein, den Garten anderer Fachpersonen nicht zu betreten oder über die eigenen Kompetenzen hinaus zu beraten.»

Eine Interviewpartnerin führt aus, wie wichtig es sei, dass alle Fachpersonen bei der interdisziplinären Zusammenarbeit miteinander reden und Schnittstellen definieren. Für viele Fachpersonen scheint es auch eine Schwierigkeit zu sein, Genesungsbegleiter*innen nun plötzlich als Arbeitskolleg*innen zu akzeptieren und nicht als ehemalige Klient*innen oder Patient*innen. Für eine gute Zusammenarbeit sei es von grosser Bedeutung, Peers als Fachpersonen wahrzunehmen und in ihrer spezifischen Rolle, die sich durch die Erfahrungsexpertise auszeichne, zu bestärken. Diese Problematik hat eine Person aus Sicht von Peers folgendermassen beschrieben:

1.: «Es ist eine Gefahr, dass es Peers ins System reinzieht. Ich sage es jetzt ein wenig überspitzt: viele Peers fühlten sich in ihrem Leben über einen langen Zeitraum wertlos. Man hat keine Arbeit und ist völlig am Rande der Gesellschaft. Dann absolviert man die Peer-Weiterbildung, kann plötzlich wieder arbeiten und gehört in ein Team. Dabei besteht die Gefahr, dass Peers zu fest zu einer Fachperson werden, um dazuzugehören und verlieren dabei das, was Peers ausmacht.»

Ein Peer macht darauf aufmerksam, dass in den Praxisempfehlungen für eine erfolgreiche Implementierung von Peers aufgeführt sei, Genesungsbegleiter*innen nirgends anzustellen, wo bei anderen Fachpersonen Stellenprozent reduziert werden. Dadurch könne innerhalb der Teams mit der Anstellung des Peers das Gefühl von Konkurrenz vermittelt werden.

Es gebe auch Aufgaben in den Organisationen, aus welchen Genesungsbegleiter*innen nach Möglichkeit rausgehalten werden sollten. Ein Peer berichtet dabei von einer Zwangsmassnahme, in der ein Klient mit Gewalt für eine fürsorgerische Unterbringung fixiert wurde. Bei solchen Interventionen scheine es sinnvoll zu sein, Peer-Fachpersonen bewusst rauszuhalten, da sie möglicherweise in ihrer Vergangenheit ähnliche gewaltsame Erfahrungen machen mussten.

Ein weiterer Punkt, der in der Organisation einer Interviewpartnerin zu Diskussionen führte, sei die Verfassung von KESB-Berichten, da diese komplexe Aufgabe klar zu den Kompetenzen

von Sozialarbeitenden gehöre. In den Interviews wurde in diesem Zusammenhang oftmals die Entlohnung der Peers angesprochen, da sie teilweise wie andere Fachpersonen einen tertiären Abschluss absolviert haben und die Richtlinien für den Lohn trotzdem um einiges tiefer liegen. Dazu kommt, dass Peers häufig mit sehr tiefen Stellenprozent in Organisationen angestellt sind. Das macht es wiederum schwieriger, alle Ideen und Projekte mit den knappen Ressourcen umzusetzen. Ein Peer hat zu diesem Thema im Gespräch folgende Worte gefunden:

4.: «Wir bewegen uns in eine Richtung, in welcher es bei der Begleitung und Behandlung von Menschen ein Fakt ist, dass auf die Kosten und das Geld Rücksicht genommen werden muss. Diese Realität ist unangenehm und nicht schön, aber es ist einfach auch Fakt. Und es ist für uns alle gut, wenn wir uns an der Realität orientieren. Daher ist es wichtig, die Realität zuerst so anzunehmen, wie sie ist, bevor wir erneut versuchen etwas zu verändern.»

In der Theorie der EX-IN Weiterbildung spielt es keine Rolle, welche Diagnose ein Peer mit sich bringt. Das Ich-Wissen wird zum Wir-Wissen und man kann Betroffene mit allen Diagnosen begleiten, egal welche persönlichen Erfahrungen gemacht wurden. Das wäre die Theorie der Weiterbildung. Ein Peer aus den Befragungen betont jedoch, dass sie sich ausschliesslich bei Fällen zur Mitarbeit melde, wo sie selbst Erfahrungswissen habe, weil sie nur dort authentisch sein könne. Die Peer-Fachperson möchte niemandem vormachen, dass sie wisse, wie es einer Person gehe oder was sie durchmache, wenn sie nicht die gleichen Erfahrungen erlebt habe. Hingegen nehmen laut ihrer Beobachtung Peers mit der Diagnose Depressionen gerne Wir-Wissen in Anspruch, um auch Klientel mit einer Schizophrenie zu begleiten. Solche Peers decken mit ihren individuellen Erfahrungen einen kleineren Bereich ab, was es wiederum schwieriger mache, Klientel zu finden.

1.: «Das finde ich spannend, dass es in der Theorie heisst, alle Peers mit egal welchem Erfahrungswissen können Betroffene mit allen Diagnosen begleiten. In der Praxis bleiben aber alle Peers, die ich kenne, in ihrem Garten. Das wäre einfach eine glatte Lüge, wenn ich sagen würde, ich weiss, wie es ihnen geht.»

Ein weiteres Risiko, das mehrfach zur Sprache kam, ist das Fehlen von Peers am Arbeitsplatz aufgrund von erneuten psychischen Krisen:

2.: «Dieses Risiko liegt möglicherweise in der Natur der Sache, es kann immer wieder passieren, dass ein Peer krankheitsbedingt ausfällt.»

Gemäss einem Peer könne eine Gefahr zusätzlich darin bestehen, dass Peer-Arbeit noch in der Pionierphase sei und vieles zuerst ausprobiert und entwickelt werden müsse, wobei Projekte auch scheitern können. Zudem könne die eigene Rolle als Peer in der Organisation eine Herausforderung darstellen, indem die Bedürfnisse von Klient*innen vertreten werden und Peers sich dadurch in eine Position im Schussfeld begeben.

Eine weitere Hürde sieht ein befragter Peer auf struktureller Ebene. Seiner Meinung nach liege ein grosses Problem an den individuellen Herausforderungen, insbesondere während der Covid-19 Pandemie, in denen man selbst mehr belastet sei. Dadurch seien Peers und Fachpersonen mehr mit sich selbst beschäftigt und weniger bei den Betroffenen, was wiederum komplett menschlich sei. Daraus folge, dass in der interdisziplinären Zusammenarbeit intuitiv weniger gelebt werde. Jede*r ziehe sich in seinen eigenen Bereich zurück, was zur Folge habe, dass weniger Austausch stattfinde, sowie auch die Illusion, mehr Zeit für die eigene Arbeit zu haben. Für den Peer scheint dies eine Abwärtsspirale zu sein, die zu noch mehr Unzufriedenheit führe durch intuitiv falsches Reagieren.

Ein Genesungsbegleiter äussert sich im Gespräch zum Anbringen von Kritik und erklärt, wie wichtig eine direkte, klare Kommunikation sei, um Bedenken und Unklarheiten zu klären. Für ihn lohne es sich, im Vorhinein folgende Fragen zu überlegen:

- *Wann ist der richtige Zeitpunkt Kritik anzubringen?*
- *Bei wem scheint es mir am sinnvollsten?*
- *Wie formuliere ich meine Kritik am besten?*
- *Wen hole ich zur Unterstützung?*
- *Wenn ich Kritik anbringe, ist es konstruktiv und bringt es uns der Lösung näher oder ist es dann beziehungsschädigend, löst Widerstand aus und bewirkt gar nichts?*

Seine Überlegung ist, Kritik nur dann anzubringen, wenn es die Organisation aus seiner Sicht weiterbringe. Manchmal gebe es auch kein gutes Konzept, um konstruktiv weiterzukommen und am Ende des Tages drücke er seine Kritik trotzdem aus. Im Wissen darüber, dass es auch eskalativ sein könne und die Emotionen Bewegung innerhalb der Organisation auslösen.

4.: «Manchmal kommt mir Peer-Arbeit vor wie ein Schach-Spiel: man muss wirklich gut überlegen, wie man tatsächlich weiterkommt. Dazu braucht es auch viel Geduld, Beharrlichkeit, Toleranz und Menschenverständnis. Für die Fachpersonen in der Organisation bin ich genauso Peer, wie ich das für die Betroffenen bin. Am Ende des Tages sind wir alle einfach Menschen. Für mich ist die Grundhaltung wichtig, dass ich ein Repräsentant für Menschlichkeit bin, bei Betroffenen, Angehörigen sowie auch Fachpersonen.»

5.4 Recovery

Für jede befragte Peer-Fachperson hat der Recovery-Ansatz auf dem persönlichen Genesungsweg zu einer Verbesserung der eigenen psychischen Gesundheit auf eine unterschiedliche Art und Weise beigetragen. Im folgenden Kapitel werden relevante Interviewergebnisse zum individuellen Recovery-Prozess hervorgehoben und gezeigt, wie Recovery bei der Arbeit als Peer angewendet werden kann.

Eine Interviewperson beschreibt, wie zentral die Erkenntnis war, dass sich das eigene Denken, Fühlen und Handeln gegenseitig beeinflusse. Das Denken wirke sich auf das Handeln oder nicht Handeln aus, was wiederum einen Einfluss auf das ganze Leben habe. Wenn es gelinge, den eigenen Glaubenssätzen auf die Spur zu kommen, dann werde das Leben anders verlaufen. Der interviewte Peer nimmt das Beispiel der Selbststigmatisierung, womit ihm durch eine andere Betrachtung ein besserer Umgang gelinge. Zudem beschreibt das folgende Zitat, was für ihn relevant sei, um längerfristig gesund zu bleiben:

4.: «Ich selbst muss ganz viel innere Arbeit leisten, um mittel- und langfristig stabil zu werden. Wenn zudem in meinem Leben viel läuft, mache ich parallel umso mehr Recovery und Psychohygiene in meinem Leben. Das bedeutet, je mehr ich zu tun habe, desto mehr innere Arbeit habe ich auch zu leisten. Und nicht, dass ich meine innere Arbeit vernachlässige, damit ich mehr Kapazitäten für anderes habe, dann geht es nach hinten los. Das sind alles Lernprozesse, ich bin immer noch am lernen und masse mir keinesfalls an, genug zu wissen.»

In weiteren Befragungen werden folgende Punkte erwähnt, die sich für Peers bei ihrem persönlichen Recovery als wichtig erweisen:

- Frühwarnzeichen wahrzunehmen
- gut auf seinen eigenen Körper zu hören
- Hilfe annehmen zu können
- Fähigkeiten für den Umgang mit der eigenen Erkrankung zu entwickeln

Hilfreich seien insbesondere Menschen im näheren Umfeld, die für die Peers da waren, ohne zu fordern oder Druck auszuüben. Zudem erwähnt ein anderer Befragter, wie seine Tätigkeit als Peer auch heute noch zu seinem niemals abgeschlossenen Recovery-Prozess beitrage, indem er die Chance erhalte, sich ständig bei der Arbeit selbst zu reflektieren. Denn Recovery heiße nicht, keine Symptome mehr zu haben, sondern selbstbestimmt sein Leben gestalten zu können.

3.: «Das Zentrale ist für mich die Situation akzeptieren, wie sie ist und das Beste daraus zu machen.»

Für eine Befragte war der Recovery-Prozess, alles in der Schweiz hinter sich zu lassen und ein Flugticket nach Bali zu kaufen, wo ihr ein Neuanfang geglückt sei. Mit diesem Schritt sei ein Weg aus der Abhängigkeit möglich gewesen, indem sie den Drogenkonsum und die negativ behafteten Erinnerungen aus der Schweiz hinter sich lassen konnte. Nach dieser Auszeit und einem gelungenen Genesungsprozess, der auch heute noch nicht abgeschlossen sei, war für den Peer die EX-IN Weiterbildung das Eintrittsticket in die Berufswelt der Schweiz.

1.: «Nach zwanzig Jahren mit einer IV-Rente und dreizehn Jahren im Ausland hat in der Schweiz niemand auf mich gewartet. Als ich zum ersten Mal von der Weiterbildung zur Peer-Fachperson hörte, wusste ich, das ist meine einzige Perspektive im Berufsleben wieder Fuss fassen zu können.»

In ihrem Berufsalltag mache sich nun bemerkbar, dass es nicht allen Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen wie ihr selbst gelinge, erfolgreich davon loszukommen.

1.: «Ich bin ein wenig davon weggekommen, dass es jede Person schafft zu gesunden. Im Alltag habe ich ein wenig den Glauben daran verloren, da die Realität um mich herum anders aussieht und es nur die wenigsten Personen schaffen, wieder eigenständig ein gutes Leben zu führen.»

Sie erwähnte dazu explizit, dass mit der Unterstützung, welche die Betroffenen erhalten, etwas nicht stimmen müsse oder Menschen in psychischen Krisen nicht das erhalten haben, was sie gebraucht hätten. In einem anderen Gespräch wird diese Aussage mit einer persönlichen Erfahrung eines Peers weiter ausgeführt: Fachpersonen verhalten sich oftmals so, als ob sie wissen, was gut für die betroffene Person sei und die Behandlung funktioniere nur, wenn Betroffene mitmachen. Seiner Meinung nach führe immer nur Ja zu sagen nicht zum Erfolg, sondern jede*r müsse das finden, was für sich selbst funktioniere. In diesem Prozess könne Begleitung, Unterstützung und Bestärkung durch ein Gegenüber sehr wirksam sein, den eigenen Selbstwert zu stärken und den Empowerment-Prozess anzuregen. Betroffene erfahren in diesen Situationen, dass sie selbst für ihren eigenen Erfolg verantwortlich seien und überwinden das Gefühl von Hilf- und Machtlosigkeit. Ein erfolgreiches Behandlungskonzept beinhalte für den befragten Peer Augenhöhe, Symmetrie und eine Begleitung von Menschen mit geteilter Entscheidungsfindung zwischen Professionellen und Betroffenen.

Für andere Befragte scheint jedoch genau dieses Loslassen und Abgeben von Verantwortung, das bei einem stationären Aufenthalt in der Psychiatrie möglich sei, der Weg zur Genesung zu sein. Recovery könne auch bedeuten, Betroffenen dort Unterstützung zu geben, wo es eine Person allein nicht schaffe. Das würde beinhalten, mit Patient*innen zu reden, zuzuhören und zur Selbstermächtigung beizutragen.

2.: *«Ich kann die Psychiatrie jedem empfehlen, weil ich glaube es gibt Momente im Leben, wo es die Seele auch braucht, loszulassen. Und einem gesagt wird es ist Zeit für Medikamente oder Zeit zum Essen. Und sobald das anfängt zu nerven, dann ist die Zeit zu gehen.»*

Eine interviewte Person beschreibt es als grosses Geschenk, sich in der Tätigkeit als Peer mit den Betroffenen gemeinsam ihren Problemen zu stellen:

4.: *«Ich glaube, die Menschen, die ich begleite, wissen sehr genau, was ihre Seele benötigt, um wieder zu gesunden. Ich muss ihnen nur dabei helfen, dies herauszufinden und sie darin zu bestärken, das umzusetzen. Das Herausfinden ist in meinem Verständnis mein Job als Peer und das beinhaltet oftmals einfach die richtigen Fragen zu stellen.»*

Durch das Stellen von Fragen entstehe laut dem Peer Bewegung und es werden für sich selbst die besten Antworten gefunden. Solche Fragen könnten sein:

- *Kennst du solche Krisen von früher?*
- *Was hat dir dann damals geholfen?*
- *Wie lange brauchte es damals bis zu einer Veränderung?*
- *Welche Faktoren haben dazu geführt?*

Ein Interviewpartner ist überzeugt, dass sich die psychische Situation eines Menschen immer verbessern könne. Die Frage sei nur, wo der dysfunktionale Anteil liege, der die Krankheit weiterhin aufrechterhalte. Für ihn sei jede Begegnung eine Bereicherung. Ihn als Peer unterstützend zu erfahren und zu sehen, wie andere Menschen hilfreiche Tipps für sich mitnehmen, eine Beziehung entstehen könne und Teil ihres persönlichen Prozesses sein zu dürfen, darin liege für ihn der bereichernde Anteil.

4.: *«Ich glaube nach wie vor, dass die medizinische Seite in der Behandlung überbetont wird und das stellt ein grosses Problem dar. Wir haben verlernt, das Salutogenese-Prinzip ganz konsequent anzuwenden. Das ganze psychopathologische Wissen ist wertvoll, jedoch höchstens ein Teil der Lösung, weil man sich dadurch zu stark auf die Krankheit und Symptome fokussiert und ausser Acht lässt was die Seele wirklich braucht, um heilen zu können. Wenn man es schafft, auf gute Art und Weise eine Synergie herzustellen, dann wirken diese beiden Konzepte ergänzend und daraus entsteht eine komplette Behandlung.»*

5.5 Kooperation mit Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit

In diesem Kapitel wird auf Widerstände aufmerksam gemacht, welche Peer-Fachpersonen bei ihrer Tätigkeit in Organisationen erfahren. Aus den Befragungen geht hervor, Widerstände entstehen häufig aufgrund vorhandener Risiken, die im Kapitel 5.3 erläutert werden. Anschliessend wird beschrieben, wie die interdisziplinäre Kooperation besser gestaltet werden kann.

Ein Peer macht darauf aufmerksam, dass es eine grosse Rolle spiele, welcher Berufsgruppe die Genesungsbegleiter*innen in einer Organisation unterstellt seien. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit scheine besser mit denjenigen Fachpersonen zu funktionieren, denen die Peers direkt unterstellt seien. Deshalb sei dieser strukturelle Aufbau in der Hierarchie für eine gute Zusammenarbeit von Bedeutung. Zudem könne das Gefühl von Konkurrenz und Widerstand laut einem Expert*inneninterview vermindert werden, je klarer sich die Rollen und Aufgabengebiete der Peers von anderen Fachpersonen unterscheiden und keine Schnittstellen entstehen.

*1.: «Vielleicht liegt die schwierige Zusammenarbeit auch daran, dass ich in meiner Organisation sehr viele Arbeiten mache, die auch Sozialarbeiter*innen machen. Ich bin mir jedoch sehr bewusst über meine Kompetenzen und bin auch sehr kooperativ. Ich übernehme keine Aufgaben, bei welchen andere Fachpersonen im Haus über mehr Kompetenzen verfügen, dann verweise ich weiter. Ich möchte niemandem in den Garten treten und möchte auch gleichzeitig, dass mir niemand in den Garten steht.»*

Zum Kernauftrag der Expert*innen durch Erfahrung gehört das kritische Hinterfragen. Laut einem Interview werde dies bei der Tätigkeit als Peer oftmals vernachlässigt. Diese Aussage werde damit begründet, keine weiteren Widerstände und Konflikte mit den Arbeitskolleg*innen provozieren zu wollen. Auch bei Themen rund um Recovery werde im Gespräch eine Zurückhaltung geäussert:

2.: «Ich muss aufpassen, nicht zu fest den Recovery-Polizist zu spielen oder zu fest zu motzen. Es ist ein Loyalitätskonflikt.»

Die Rolle der Peers wird als herausfordernd beschrieben, niemanden vor den Kopf zu stossen. Aus allen Befragungen ging jedoch hervor, dass sich lediglich ein kleiner Bruchteil von Fachpersonen skeptisch gegenüber der Peer-Arbeit zeige. Je grösser die Offenheit in einer Organisation betreffend des Recovery-Ansatzes sei, Fachpersonen rund um Recovery Themen Bescheid wissen, in ihrer Arbeit als Professionelle vertreten sowie das Erfahrungswissen der Peer-Fachpersonen als wertvoll anerkennen, desto besser sehe die Prognose für eine gute Zusammenarbeit aus. Eine befragte Person fügt an, dass Fachpersonen in leitenden Funktionen viel bewirken können. Wenn leitenden Fachpersonen signalisieren, dass der Peer in der Organisation geschützt gehalten werde, dann tragen alle dort tätigen Personen diese Haltung.

2.: *«Bei uns durchlaufen alle neuen Fachpersonen eine Einführung in Recovery und so konnte diese Haltung in unserer Organisation gemeinsam wachsen, da jede einzelne Person dahinterstehen kann.»*

Diese Schulung des Personals bewirke, dass die Recovery-orientierte Haltung von der gesamten Organisation getragen werde. Neue Fachpersonen, die sich bereits beim Vorstellungsgespräch skeptisch zeigen, werden gar nicht erst von der Organisation angestellt. Für den interviewten Peer sei diese Einführung eine enorme Chance und verhindere Widerstände gegenüber dem Ansatz, weil es nicht dazu kommen könne.

Peer-Arbeit ist als eine Bereicherung zur alleinigen Begleitung durch Fachpersonen auf unterschiedlichen Ebenen zu verstehen. Auf Basis der Gespräche kann gedeutet werden, dass Peer-Arbeit in Organisationen eine Ressource ist, solange sie nicht in Konkurrenz zu den Fachpersonen stattfindet. Es braucht beides, Fachpersonen mit einer Ausbildung sowie auch Fachpersonen durch Erfahrung.

Alle Befragten sind sich darüber einig, dass sich Fachpersonen und Peers sehr gut bei der gemeinsamen Zusammenarbeit in einer Organisation ergänzen, wichtig sei einfach, dass die Aufgaben gut geklärt und voneinander abgegrenzt sind.

2.: *«Schlussendlich haben alle Parteien das gleiche Ziel: die Klientel weiterzubringen, und es ist ganz egal, ob Peers oder Fachpersonen mehr zum Wohlergehen der Betroffenen beitragen. Und wenn das gelingt, kann es sehr heilsam sein.»*

Gemäss einem Peer könne jeder Mensch einen Beitrag zu einer gelingenden Kooperation leisten. Das beinhalte, wie sich ein*e Angestellte*r in einer Organisation bewege, wie transparent die Person sei und wie mit Arbeitskolleg*innen in der Pause gesprochen werde. Ganz unabhängig davon, ob Peer oder Fachperson, können diese menschlichen Faktoren in einer Organisation beigetragen werden. Der andere Teil liege bei der Institution und den höheren Vorgesetzten. Nach den persönlichen Erfahrungen eines Befragten müsse die strategische Entwicklung, Peers in einer Organisation einzustellen, gewollt und geplant sein. Der Peer habe lediglich Einfluss in seinem Mikrokosmos.

Dazu gehöre Geduld und Vertrauen zu haben. Des Weiteren seien Rückmeldungen sehr hilfreich für die gemeinsame Zusammenarbeit, welche die Betroffenen aus der Begleitung mit Peers bei ihren Vorgesetzten, Sozialarbeitenden und Ärzten platzieren. Die indirekt zurückgemeldeten Feedbacks seien laut eines Peers eine Ressource mit enormer Wirkung.

4.: *«Für uns Menschen ist jede Form von Veränderung, alles was neu und anders ist, immer schwierig und löst eine emotionale Instabilität aus. Daher kann die Reaktion von Widerstand als etwas ganz Natürliches betrachtet werden.»*

6 Diskussion der Ergebnisse

Im nachfolgenden Kapitel werden die Forschungsergebnisse analysiert und Erkenntnisse abgeleitet. Die empirischen Ergebnisse werden zudem in Verbindung mit den Theoriekapiteln diskutiert.

6.1 Gelingende Implementierung von Peer-Arbeit

Aus den Forschungsergebnissen geht hervor, dass sich vielseitige Chancen und Herausforderungen ergeben können, wenn Peers und Fachpersonen zusammenarbeiten. Da die interprofessionellen Zusammenarbeit Schwierigkeiten mit sich bringen kann, scheint es wertvoll zu sein, einige Aspekte bei der Anstellung von Peers zu beachten, damit die daraus resultierenden positiven Effekte mehr zum Tragen kommen.

Damit der Einsatz von Peer-Fachpersonen in einer Organisation gelingt, ist eine sorgfältige Vorbereitung notwendig. Ein überstürzter Entscheidung einer Anstellung von Peers kann zu vielen Unklarheiten führen, wie zum Beispiel betreffend dem Rollenverständnis oder den Kompetenzen und dadurch können Missverständnisse und Frustration entstehen. Ebenfalls wichtig ist eine transparente Kommunikation innerhalb der Organisation und die Bereitschaft voneinander zu lernen (Verein PRIKOP et al., 2020, S. 20).

Heumann et al. (2015) verweisen darauf, dass sich das Vorgehen bei einer Anstellung von Peers von derjenigen der Fachpersonen in Organisationen im Kontext der Sozialen Arbeit unterscheidet. Der Ursprung der Peer-Arbeit geht aus der Betroffenen- und Selbsthilfebewegung hervor, daher liegt er ausserhalb des Versorgungssystems. Die erfolgreiche Integration von Peers ist deshalb mit der Einführung von neuen Perspektiven innerhalb der Organisation verbunden. Der Zugang in den Bereichen Macht, Mitspracherecht, Einbezug und Rollendefinition kann zu Herausforderungen in der Zusammenarbeit führen, wodurch der Bedarf für die Organisation entsteht, sich auf diesen Ebenen weiterzuentwickeln. Peer-Arbeit stellt heutzutage ein bedeutendes und zeitgemässes Konzept dar, um Organisationen bei der Entwicklung in Richtung Personenzentrierung und Recovery-Orientierung zu unterstützen. Die Zusammenarbeit mit Peers ist als eine Bereicherung und Ergänzung zu den bereits vorhandenen Stellen zu betrachten und es ist wichtig, dass dafür seitens der Fachpersonen Offenheit besteht. Die Implementierung hat nur geringe Erfolgchancen, wenn die Arbeit der Peers als Konkurrenz oder Kritik angesehen wird. Deshalb ist es hilfreich, eine Organisation auf die interprofessionelle Kooperation mit Peers vorzubereiten, um Neugier auf die Veränderungen in der Zusammenarbeit zu wecken (S. 275-276).

Gemäss dem Verein PRIKOP et al. (2020) sind bei den Vorbereitungen für eine Anstellung von Peers folgende wichtige Punkte zu beachten: In der Organisation sollte der Recovery-Ansatz bereits bekannt sein, eine übergeordnete Strategie sowie passende Ziele formuliert sein (S. 20-21). Die Peer-Fachperson, die bei *Traversa* tätig ist, berichtet im Kapitel 5.2 über das Thema Recovery und die gemachten Erfahrungen mit der Anstellung von Peers in ihrer Organisation. Sie beschreibt in den Forschungsergebnissen ihre Anstellung als sehr positiv. Besonders hervorgehoben wird die gleiche Behandlung von Genesungsbegleiter*innen und Fachpersonen sowie die grosse Offenheit von allen gegenüber Recovery und Peer-Arbeit. Durch eine sorgfältige Planung und acht Jahre Erfahrung mit der Implementierung von Peers, sei ihre wertgeschätzte Rolle in der Organisation zustande gekommen.

Es ist hilfreich, wenn innerhalb der Organisation eine oder mehrere Fachpersonen mit fundiertem Wissen im Bereich Recovery und Peer-Arbeit zuständig sind für die Unterstützung und Begleitung von Peers. Zudem sollte für alle Fachpersonen die Möglichkeit für eine interne Weiterbildung im Bereich Recovery bestehen, dadurch wird das Verständnis für Peer-Arbeit und die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung gefördert. Die Fachpersonen in der Organisation sollten ausreichend zum geplanten Vorhaben informiert werden. Auch mögliche Fragen oder Bedenken zu klären, sollte Platz haben. Hiermit kann eine erfolgreiche Integration ins Team gelingen. Zudem ist ein gleichberechtigter Zugang zu Informationen und Austauschgefässen wichtig, welcher durch regelmässige Teamsitzungen, Inter- oder Supervisionen gewährleistet werden kann. Die neue Rolle, welche die Peers in Organisationen einnehmen und zudem eine häufig niederprozentige Anstellung von 20 bis 40 Stellenprozenten, fordert eine besondere Beachtung (ebd.). Es ist von Vorteil, zwei Peer-Fachpersonen in einer Organisation miteinander einzustellen. Falls nur ein Peer in einer Institution arbeitet, ist die Person für alle Fragen und Anliegen allein zuständig. Durch zwei Peers hingegen entsteht mehr Vielfalt, die Verantwortung kann geteilt werden und es besteht die Möglichkeit, dass die Peers sich gegenseitig austauschen können (Heumann et al., 2015, S. 277).

Ein aufgeschlossenes Unternehmen und die Bereitschaft, gemeinsam mit den Peers einen Lernprozess zu starten, stellt die Grundlage für eine erfolgreiche Implementierung von Peer-Arbeit dar. Auch wenn eine Anstellung von Peers sorgfältig geplant ist, können Rollenkonflikte entstehen. Wichtiger scheint es an dieser Stelle, ein Setting zu schaffen, in welchem solchen Schwierigkeiten begegnet werden kann und die Peers unterstützt werden, sich in ihrer neuen Rolle einzufinden (ebd.). Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass viele in der Forschungsliteratur aufgeführte Faktoren für eine gelungene Implementierung von Peer-Arbeit bereits in den Organisationen der Peers umgesetzt wurden. Insbesondere die Offenheit für Peer-Arbeit, Recovery, Anerkennung und Wertschätzung von dieser Form der Arbeit sind in den

Institutionen der befragten Personen vorhanden. Ausschliesslich von einer Interviewpartnerin wird viel Widerstand gegenüber der Peer-Arbeit geäussert, insbesondere von Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit. Gemäss ihren Aussagen ist dieses Konkurrenzempfinden und die Abwertung der Peer-Arbeit auf die sich überschneidenden Aufgabengebiete zurückzuführen sowie eine unklare Rolle der Peers in der Organisation. Ansonsten sind die Organisationen der befragten Peers geprägt von Offenheit und Interesse gegenüber der Peer-Arbeit.

Aus der Literatur von Ewers (2012) ist bekannt, dass gleichwertige, interprofessionelle Kooperation, insbesondere im Gesundheitswesen, als Schlüssel zum Erfolg gilt. Diese Schlussfolgerung beruht auf der Erkenntnis, dass keine Berufsgruppe allein komplexe Probleme auf mehrdimensionaler Ebene lösen kann. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit verbindet verschiedene Sichtweisen, Wissensgrundlagen und Interventionen. Als Schlüssel zum Erfolg gilt, einem gemeinsamen Ziel nachzugehen, was bei der Peer-Arbeit sowie Fachpersonen die Begleitung und Behandlung von Menschen mit psychischen Schwierigkeiten beinhaltet (S. 10-11).

In allen vier Expert*inneninterviews werden ausschliesslich positive Effekte der Peer-Arbeit für die Betroffenen erwähnt. Die Peers beschreiben sich selbst als Hoffnungsträger. Durch ein rasch entstehendes Vertrauensverhältnis und die eigene Erfahrungsgeschichte wird den befragten Genesungsbegleiter*innen ermöglicht, massgeblich zum Recovery-Prozess der Betroffenen beizutragen. Diese Erkenntnisse decken sich mit unterschiedlichsten Studien, welche aus der Meta-Analyse der Fachliteratur von Mahlke (2015b) hervorgehen. Aus den Ergebnissen ist ersichtlich, dass für Betroffene keine negativen Erlebnisse resultieren durch die Zusammenarbeit mit Peers. Mahlke empfiehlt, den vielversprechenden Ansatz von Peer-Arbeit in Zukunft vermehrt in Organisationen zu implementieren (S. 236-238). Für Utschakowski et al. (2016), ist zudem der sogenannte *Peer-Effekt* umso grösser, je mehr die Arbeitsplatzbeschreibungen auf die persönlichen Kenntnisse und Kompetenzen der Peer-Fachperson abgestimmt sind (S. 77). Die anekdotischen Erzählungen in einem Interview aus dem Kapitel 5.3 bestätigen die Aussage von Utschakowski et al. Laut eines Peers sei die Begleitung von Betroffenen umso wirksamer, wenn sich die persönliche Erfahrung in psychischen Krisen als ähnlich erweise. Die Genesungsbegleiterin fühle sich kompetenter und wohler, im Bereich zu arbeiten und Menschen in Krisen zu begleiten, in dem sie selbst Erfahrungen gemacht habe. Damit nehme sie das *Wir-Wissen* nicht in Anspruch, um in komplett fremde Aufgabengebiete zu gehen.

Aus den Interviews resultiert zudem auch, dass sich Peers bei ihrer Tätigkeit immer als Bindeglieder sehen. Heumann et al. (2015) bestärkt diese Aussage: Peers gelten als wichtige

Bindeglieder zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen. Ist jedoch die Kluft zu gross, kann auch eine Peer-Fachperson keine Brücke mehr bauen (S. 277). Daher legt Knuf (2016) Wert darauf, dass Fachpersonen sowie Peer-Fachpersonen, und Betroffene sich bei der Integration in Organisationen annähern. Dabei sollten insbesondere auch Ähnlichkeiten thematisiert und nicht lediglich Unterschiede hervorgehoben werden. Vielerorts versuchen Fachpersonen in ihrer Arbeitstätigkeit individuelle Krankheitsgeschichten und Krisenerfahrungen im Gespräch mit Betroffenen zu verbergen. Professionelle, die in ihrer Organisation eine Kultur des offenen Umgangs pflegen, verstehen ihre eigene Verletzlichkeit als Qualifizierung für ihre Arbeit. Zudem zeigt die Nähe zu den Betroffenen mit psychischen Erkrankungen positive Auswirkungen auf die professionellen Arbeitsbeziehung und das Vertrauensverhältnis. Daraus geht hervor, dass die Integration von Peers Fachpersonen ermutigen kann, sich intensiver mit ihren eigenen Erfahrungen auseinanderzusetzen und in der Beziehungsgestaltung mit Klient*innen oder Patient*innen die Gemeinsamkeiten stärker zu gewichten (S. 46-47).

Gemäss den Befragungen geht hervor, dass sich viele Peers in ihrer Organisation unterbezahlt fühlen für die Aufgaben, welche sie übernehmen. Zudem sind viele Genesungsbegleiter*innen zu einem geringen Stundenumfang eingestellt. Knuf (2016) betont, dass ihm eine faire Bezahlung von Peers ein zentrales Anliegen ist. Seiner Meinung nach besteht die Gefahr, Peer-Arbeit aus Spargründen in Organisationen einzusetzen. In Deutschland ist zudem die Entwicklung zu beobachten, dass vermehrt Fachpersonen mit einer hohen Qualifikation ersetzt werden durch weniger teure Fachpersonen. Die Anstellung von Peers könnte unter Umständen als solche Sparmassnahme missbraucht werden, verborgen unter einer fortschrittlichen Recovery-Orientierung (S. 45). Der Verein PRIKOP et al. (2020) empfiehlt in den Praxisempfehlungen für die Anstellung von Peers eine mittlere Lohneinstufung zwischen einer Pflegefachperson HF und einer Person mit einem Eidgenössischen Fähigkeitszeugnis EFZ im Pflegebereich (S. 19).

Es lässt sich festhalten, dass Peer-Arbeit in Organisationen gut funktioniert, in denen die in der Forschungsliteratur genannten Faktoren für eine gelingende Implementierung von Genesungsbegleiter*innen umgesetzt sind. Dadurch fühlen sich die Peers in den Institutionen wertgeschätzt, gut begleitet und eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit kommt zustande, die förderlich ist für das gemeinsame Ziel, positive Effekte bei der Begleitung und Behandlung von Betroffenen zu bewirken. Wichtig ist nach Heumann et al. (2015), dass die Peer-Arbeit nicht nur als etwas angesehen wird, das der Klientel zugutekommen soll, sondern auch als eine Möglichkeit gesehen werden sollte, strukturelle Veränderungen in der Organisation vorzunehmen, die für eine stärkere Orientierung am Recovery-Konzept und an den Bedürfnissen der Klient*innen stehen (S. 275-276).

6.2 Abschliessende Überlegungen

Die Durchführung der Expert*inneninterviews im Juni 2022 konnte mit vier sehr unterschiedlichen Peer-Fachpersonen umgesetzt werden, die sich in ihren Aussagen gut ergänzen. Alle Peers befinden sich in verschiedenen Phasen in ihrem Anstellungsverhältnis. Eine befragte Person erlebt bei seiner Tätigkeit kaum Widerstände und Schwierigkeiten, was unter anderem darauf zurückzuführen ist, dass sich die Aufgaben des Peers ganz klar von anderen Berufsgruppen unterscheiden und keine Schnittstellen entstehen. Bei anderen Peers ist viel Frust in der Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen zu spüren, was sich in ihrem Fall mit überschneidenden Aufgabengebieten erklären lässt. Dies führt zu Spannungen, Konflikten und ein Gefühl von Konkurrenz entsteht. Eine weitere interviewte Peer-Fachperson beschreibt, dass in ihrer Organisation ein langer Prozess stattgefunden hat betreffend Peer-Arbeit und Recovery. Die Haltung von Recovery wird in der ganzen Institution von allen Fachpersonen getragen, es existiert ein detailliertes Konzept mit den Aufgabebereichen der Peers, alle neuen Fachpersonen nehmen an einer Einführung zu Recovery teil und alle Angestellten haben die gleichen Rechte. Diese Vorarbeit von insgesamt achtzehn Jahren habe dazu geführt, dass Peer-Arbeit in dieser Organisation so gut funktioniert. Diese Erfahrung ist erfreulich, da es für andere Organisationen mit weniger Vorlaufzeit von Peer-Arbeit eine positive Perspektive aufzeigt. Das vierte Interview konnte mit einem Peer geführt werden, der bereits sehr viel Berufserfahrungen in unterschiedlichsten Organisationen mitbringt. Er zeigt sich sehr reflektiert in Bezug auf seine Tätigkeit als Peer und berichtet von vielen Erfahrungen. Die Gespräche mit ihm fanden auf der Metaebene statt, im Unterschied zu den anderen Befragungen. Seine Aussagen waren sehr durchdacht, komprimiert und reflektiert. Daher scheinen aus den vier Befragungen sich ergänzende Ergebnisse zu resultieren, die sich gut miteinander vergleichen und analysieren lassen.

7 Schlussfolgerungen von den Empfehlungen

Das folgende Schlusskapitel beinhaltet die wichtigsten Schlussfolgerungen aus der Theorie und Forschung. Zudem werden wesentliche Erkenntnisse für die Soziale Arbeit abgeleitet, welche den Diskurs der Profession beleuchten und die Praxisrelevanz rund um die Thematik der Peer-Arbeit erläutern.

7.1 Beantwortung der Fragestellung

Diese Schlussfolgerungen werden anhand der Praxisfrage aufgezeigt, die wie folgt lautet:

Welche Empfehlungen lassen sich aus den Erkenntnissen aus der Fachliteratur und der Befragung von Peers für die Nutzen des Peer-Ansatzes in der Sozialen Arbeit ableiten?

Im Kapitel 3.5 werden aus der Forschungsliteratur die Chancen sowie Risiken bei der Implementierung von Peer-Fachpersonen in Organisationen theoretisch herausgearbeitet. Die Forschungsergebnisse der vorliegenden Arbeit sind im Kapitel 5 ersichtlich. Aus diesen Erkenntnissen lassen sich Empfehlungen ableiten.

Die befragten Interviewpersonen sind grundsätzlich sehr positiv gestimmt gegenüber der Peer-Arbeit, insbesondere die positiven Effekte für die Betroffenen werden in allen Gesprächen deutlich. Ausschliesslich zur interprofessionellen Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit sowie anderen Berufsgruppen werden auch Bedenken geäussert. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Peer-Arbeit auch heute noch Pionierarbeit ist und keine einheitlichen Implementierungsstandards für die Organisationen, die Peers anstellen, existieren.

Durch die Anstellung von Peers in verschiedensten Institutionen - der Einsatz ist mittlerweile auch ausserhalb der Psychiatrie üblich - entstehen neue Arbeitsbereiche, -inhalte sowie Kompetenzen, welche von Peers bei einer Anstellung erwartet werden.

7.2 Empfehlungen für die Soziale Arbeit

Ausgehend von der aufgezeigten Relevanz der Peer-Arbeit, werden in diesem Abschnitt Empfehlungen aufgezeigt, die aus den Erkenntnissen des Peer-Supports für die Profession der Sozialen Arbeit abgeleitet werden können.

Sensibilisierung für Menschen mit psychischen Erkrankungen stärken

Wie aus der vorliegenden Arbeit hervorgeht, waren im Jahr 2017 insgesamt 15 Prozent der Schweizer Bevölkerung von psychischen Belastungen betroffen (Bundesamt für Statistik, 2017). Nach Lampert et al. (2014) leiden Personen mit einem tieferen sozioökonomischen Status häufiger an psychischen Erkrankungen (S.6), womit insbesondere die Klientel der Sozialen Arbeit betroffen sind. Für die Profession der Sozialen Arbeit ist es daher von grosser Bedeutung, zu sensibilisieren und Betroffenen von psychischen Störungen ihren Bedürfnissen entsprechend zu begleiten. Daraus resultiert, dass Fachpersonen weiterhin Öffentlichkeitsarbeit und Entstigmatisierungsarbeit leisten, Projekte sowie Kampagnen zu psychischen Erkrankungen umsetzen und Wissen in verschiedensten beruflichen Kontexten vermitteln sollen.

Interprofessionelle Kooperation fördern

Aus den Erläuterungen von Ewers (2012) geht die Erkenntnis hervor, dass keine Berufsgruppe allein komplexe Probleme auf mehrdimensionaler Ebene lösen kann. Daher ist die interprofessionelle Kooperation zwischen Fachpersonen und Genesungsbegleiter*innen sehr wertvoll (S. 10-11). Zudem ist die Wichtigkeit des sozialen Netzwerks anzuerkennen, in welches eine betroffene Person eingebunden ist. Dieses hat einen immensen Einfluss auf die psychische Gesundheit eines Menschen. Peers sowie Fachpersonen gelten als Teil dieses Netzwerks, da auch ihr Mitwirken einen bedeutenden Effekt auf den Gesundheitsprozess einer Person zeigt (Zuaboni et al., 2019, S. 102). Es zeigt sich, schliesslich haben alle Beteiligten das gleiche Ziel: die betroffene Person adäquat zu begleiten und das Bestmögliche zum Gesundungsprozess beizutragen. Deshalb ist es für die Profession der Sozialen Arbeit wichtig, die Kooperation mit anderen Berufsgruppen weiterhin zu fördern.

Kenntnisse über Chancen sowie Risiken der Peer-Arbeit haben

Für die Professionellen der Sozialen Arbeit ist es förderlich, über die Chancen und Risiken der Peer-Arbeit Bescheid zu wissen, damit eine erfolgreiche Implementierung gelingen kann. Für ein besseres Verständnis sowie fundierte Kenntnisse über die Thematik wäre es sicherlich von Vorteil, wenn alle Fachpersonen eine Einführung zu Peer-Arbeit in der Organisation erhalten, in welcher sie tätig sind und mit Peers zusammenarbeiten.

Professionelle Nähe fördern

Peers unterscheiden sich von Sozialarbeitenden unter anderem durch die professionelle Beziehung, welche verstärkt als professionelle Nähe gelebt wird. Knuf (2016) beschreibt, dass aus Studien hervorgeht, dass die Begleitung durch Peers aufgrund der professionellen Nähe als sehr hilfreich erlebt wird. Sie verstecken sich hinter keiner professionellen Rolle und sind als Menschen spürbar (S. 46). Die erlernte professionelle Distanz von Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit sollte meiner Meinung nach unter gewissen Umständen hinterfragt werden, um eigene Erfahrungen einbringen zu dürfen und eine hilfreiche Begleitung zu ermöglichen. Dadurch wird das Machtgefälle zwischen Betroffenen und Professionellen verringert, eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe gefördert und der geschaffenen Distanz entgegengewirkt.

Begleitung durch Fachpersonen in der Organisation

In der vorliegenden Arbeit zeigt sich, Peer-Fachpersonen schätzen eine enge Begleitung und persönliche Rückmeldungen durch Fachpersonen, als direkte Ansprechperson innerhalb der Organisation. Der Verein PRIKOP et al. (2020) fügt an, dass Peers dadurch ermöglicht wird, zeitnah und im Vertrauen ihre Fragen zu klären. Vorteilhaft sei eine Ansprechperson, die zudem vertieftes Wissen zu Recovery und Peer-Arbeit hat (S. 17). Da Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit im Studium sowie in ihrer beruflichen Tätigkeit mit den Themen Peer-Support und Recovery möglicherweise in Kontakt treten, scheint es mir sinnvoll zu sein, dass sie als Ansprechpartner*innen Peers begleiten. Dadurch wird innerhalb der Organisation eine unkomplizierte, offene und klare Kommunikation ermöglicht, womit Schwierigkeiten bei der Anstellung, sowohl von Seite der Peers als auch der Fachpersonen, direkt thematisiert werden können. Zudem befindet sich die Peer-Arbeit in stetiger Veränderung, wobei ständig neue Organisationen Peers anstellen sowie neue Arbeitsinhalte dazukommen. Daher wird es in der Begleitung von Peers notwendig sein, die neu auftauchenden Fragen zu thematisieren und den Auftrag der Peer-Fachperson innerhalb der Organisation klar zu definieren.

Handlungsplan erstellen für den krankheitsbedingten Ausfall von Peers

Aus dem Theorie- sowie Praxisteil gehen Befürchtungen vor einer krankheitsbedingten Abwesenheit der Peers bei der Arbeit hervor. Heumann et al (2015) erachten es als wichtig für eine gelungene und verantwortungsvolle Integration, auch Strategien zu entwickeln für mögliche Rückfälle (S. 277-278). Die gemeinsame Erarbeitung von Unterstützungsstrategien könnte für betroffene Genesungsbegleiter*innen entlastend sein, da klar ist, wie im Fall einer Krise reagiert werden sollte. Zudem ist es sinnvoll, wenn die Professionellen der Sozialen Arbeit einen solchen Notfallplan für vulnerable Personen erstellen, bei denen angenommen wird, dass es zu einem Rückfall kommen könnte.

7.3 Rückblick und Ausblick

Zum Abschluss werden für die vorliegende Bachelorarbeit ein Rückblick und Ausblick gemacht, in welchem aufgezeigt wird, welche Bereiche der Peer-Arbeit in Zukunft erforscht werden können.

Die Zusammenarbeit mit Peer-Fachpersonen ist ein Thema, welches in Zukunft vermehrt an Bedeutung gewinnen wird. Die neulich publizierte Fachliteratur der letzten Jahre, generiert bereits mehr Fachwissen zu einer guten Zusammenarbeit mit Genesungsbegleiter*innen, welches vor einigen Jahren bei der Implementierung in Organisationen noch nicht beigezogen werden konnte. Gemäss den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit scheint es wichtig zu sein, die Pionierarbeit mit Peers weiter zu untersuchen und Wissenslücken zu erforschen, insbesondere betreffend einer gelingenden interprofessionellen Kooperation. Die kleine Forschung mit Expert*inneninterviews der vorliegenden Bachelorarbeit ermöglicht einen Einblick in die Thematik, welcher nicht als abschliessend zu betrachten ist. Es zeigen sich diverse offene Punkte, welche in weiteren Projekten und Arbeiten untersucht werden könnten und im Folgenden kurz erläutert werden:

- Die Thematik unterliegt einer ständigen Veränderung, weshalb es lohnenswert erscheint, die Diskussionen rund um die Implementierung von Peer-Arbeit in Organisationen weiterzuführen.
- In zukünftigen empirischen Forschungen soll die Perspektive von Professionellen aus der Sozialen Arbeit sowie weiteren Berufsgruppen, die in ihren Institutionen mit Genesungsbegleiter*innen zusammenarbeiten, untersucht werden.
- Um einen gelungenen Einsatz von Peer-Fachpersonen sicherzustellen, könnten Instrumente wie Checklisten entwickelt und eingeführt werden, um einen professionellen Umgang und faire Rahmenbedingungen zu garantieren.
- Der Diskurs rund um psychische Erkrankungen sollte in Zukunft mehr gefördert werden, aufgrund der steigenden Anzahl Menschen die psychisch erkranken. Daher ist es von zentraler Bedeutung die Peer-Arbeit zu fördern, sowie weitere Studien zur Wirkung der Peer-Arbeit durchzuführen. Somit können die positiven Auswirkungen auch künftig bestätigt werden.

Aus der vorliegenden Bachelorarbeit resultieren demnach praxisrelevante Erkenntnisse, die einen Beitrag zur Weiterentwicklung der professionellen Sozialen Arbeit leisten können.

8 Literatur- und Quellenverzeichnis

- AvenirSocial (Hrsg.). (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis* [Broschüre]. Autor.
- Blättner, Beate (2007). Das Modell der Salutogenese. Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, 67-73. <https://doi.org/10.1007/s11553-007-0063-3>
- Brändli, Helene (2020). EX-IN – Erfahrungswissen in der Psychiatrie. Persönliche Erfahrungen aus Weiterbildung und Arbeit. In Ulrike Borst, Hans Rudi Fischer, Christina Junger-Schoppe & Heiko Kleve (Hrsg.), *Familiendynamik. Systemische Praxis und Forschung* (S. 180–186). Klett-Cotta Verlag.
- Bundesamt für Gesundheit (ohne Datum). *Psychische Erkrankungen und Gesundheit*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/psychische-erkrankungen-und-gesundheit.html#-530898678>
- Bundesamt für Gesundheit (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Handlungsfelder*. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Bericht_Psychische_Gesundheit_in_der_Schweiz_-_Bestandsaufnahme_und_Handlungsfelder.pdf
- Bundesamt für Statistik (2017). *Psychische Gesundheit*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/psychische.html>
- Burr, Christian, Rother, Katja, Elhilali, Laila, Winter, Andréa, Kozel, Bernd, Weidling, Katja & Zuaboni, Gianfranco (2021). *Rollen und Arbeitsinhalte von Peers und Expertinnen und Experten durch Erfahrung in Praxis, Bildung, Entwicklung und Forschung in der Psychiatrie. Ergebnisse einer Umfrage aus der Schweiz*. George Thieme Verlag KG.
- Dammann, Gerhard (2014). Chancen und Probleme des Recovery-Ansatzes aus psychiatrischer Sicht. *Nervenarzt*, 85, 1156-1165. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4007-9>
- Deegan, Patricia E. (2019). Die Eule und ich oder Recovery als ein lebenslanger Prozess. In Gianfranco Zuaboni, Christian Burr, Andréa Winter & Michael Schulz (Hrsg.), *Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte* (S. 14-25). Psychiatrie Verlag.
- Der Bundesrat (ohne Datum). *SBFI Berufsverzeichnis*. <https://www.becc.admin.ch/becc/public/bvz/beruf/showAllActive?max=60&offset=0>
- Ewers, Michael (2012). Interprofessionalität als Schlüssel zum Erfolg. *Public Health Forum*, 77, 10-11. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2012.09.009>
- EX-IN Schweiz (ohne Datum). *Weiterbildung EX-IN Schweiz*. <https://www.ex-in-schweiz.ch/weiterbildung/>
- Hafen, Martin (2005). *Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Prävention und Gesundheitsförderung aus systemischer Sicht*. <http://www.eundc.de/pdf/32002.pdf>
- Hafen, Martin (2007). Was ist Gesundheit und wie kann sie gefördert werden? *Sozial Extra*, 5, 32-36.
- Hafen, Martin (2013). Soziale Arbeit und Gesundheit – Chancen und Herausforderungen an der Schnittstelle zweier Funktionssysteme. In Armin Schneider, Anna Maria

- Rademaker, Albert Lenz & Ingo Müller-Baron (Hrsg.), *Soziale Arbeit - Forschung - Gesundheit* (S. 35–48). Verlag Barbara Budrich.
- Hafen, Martin (2014). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. Carl-Auer Verlag.
- Hämmig, Robert (2014). Doppeldiagnosen: 20 Jahre Suchtdiskurs. *SuchtMagazin*, 40, 8-10
- Hell, Daniel, Endrass, Jérôme, Vontobel, Jürg & Schnyder, Ulrich (2011). *Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie. Das Basiswissen mit Repetitoriumsfragen*. Verlag Hans Huber.
- Heumann, Kolja, Utschakowski, Jörg, Mahlke, Candelaria & Bock Thomas (2015). Implementierung von Peer-Arbeit. *Nervenheilkunde*, 34, 275-278. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1627581>
- Infodrog (ohne Datum). *Präventionslexikon*. Gefunden am 2. August 2022 unter <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/pathogenese.html>
- International Federation of Social Workers (2022). *Globale Definition von Sozialarbeit*. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Jacobi, Frank, Höfler, Michael, Strehle, Josef, Mack, Simon, Gerschler, Anja, Scholl, Lucie, Busch, Markus A., Maske, Ulrike E., Hapke, Ulfert, Gaebel, Wolfgang, Maier, Wolfgang, Wagner, Michael, Zielasek, Jürgen & Wittchen, Hans-Ulrich (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85 (1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Kaiser, Robert (2014). *Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Springer VS.
- Knuf, Andreas (2013). *Basiswissen: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit*. Psychiatrie Verlag.
- Knuf, Andreas (2016). Recovery, Empowerment und Peearbeit. In Jörg Utschakowski, Gyöngyvér Sielaff, Thomas Bock & Andréa Winter (Hrsg.), *Experten aus Erfahrung. Peearbeit in der Psychiatrie* (S. 35-49). Psychiatrie Verlag.
- Lampert, Thomas, Kroll, Lars Eric, Hapke, Ulfert & Jacobi, Frank (2014). Sozioökonomischer Status und psychische Gesundheit. *Public Health Forum*, 22, 6-8. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2013.12.014>
- Liel, Katrin (2019). Theorie und Praxis des biopsychosozialen Modells: Rolle und Beitrag der Sozialen Arbeit. In Christina Rummel & Raphael Gassmann (Hrsg.), *Sucht: bio-psycho-soziale. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin* (S. 69–77). Kohlhammer.
- Mahlke, Candelaria, Heumann, Kolja, Ruppelt, Friederike, Meyer, Hans-Joachim, Rouhiainen, Tuula, Sielaff, Gyöngyver, Lambert, Martin & Bock, Thomas (2015a). Peer-Begleitung für Erfahrene schwerer und langfristiger psychischer Störungen und Angehörige – Hintergrund, Konzept und Baseline-Daten. *Psychiatrische Praxis*, 42, 25–29. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1387668>
- Mahlke, Candelaria, Krämer, Ute Maria, Kilian, Reinhold, Becker, Thomas (2015b). Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. Übersicht

- des internationalen Forschungsstandes. *Nervenheilkunde*, 4, 235-239.
<https://doi.org/10.1055/s-0038-1627580>
- Mayer, Horst Otto (2013). *Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung*. Oldenbourg Verlag.
- Metzger, Marius (2009). *Sampling: Wie kommt man zur Stichprobe?* Unveröffentlichtes Unterrichtsprotokoll. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Moran, Galia S., Kalha, Jasmine, Mueller-Stierlin, Annabel S., Kilian, Reinhold, Krumm, Silvia, Slade, Mike, Charles, Ashleigh, Mahlke, Candelaria, Nixdorf, Rebecca, Basangwa, David, Nakku, Juliet, Mpango, Richard, Ryan, Grace, Shamba, Donat, Ramesh, Mary, Ngakongwa, Fileuka, Grayzman, Alina, Pathare, Soumitra, Mayer, Benjamin & Puschner, Bernd (2020). Peer support for people with severe mental illness versus usual care in high-, middle- and low-income countries: study protocol for a pragmatic, multicentre, randomized controlled trial (UPSIDES-RCT). *Trials*, 21 (371), 1-15.
<https://doi.org/10.1186/s13063-020-4177-7>
- Peers for Progress (2013). *A Brief History of Peer Support: Origins*. http://peersforprogress.org/pfp_blog/a-brief-history-of-peer-support-origins/
- Prestin, Elke (2019). Recoveryorientierung als Prüfstein für die psychiatrische Versorgung. In Gianfranco Zuaboni, Christian Burr, Andréa Winter & Michael Schulz (Hrsg.), *Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte* (S. 10-11). Psychiatrie Verlag.
- Pro Mente Sana (ohne Datum). *Was bedeutet Recovery?* <https://promentesana.ch/selbstbestimmt-genesen/grundlagen-zur-genesung/was-bedeutet-recovery>
- Psychiatrie-Dienste Süd (ohne Datum). *Bio-psycho-soziales Modell*. <https://psych.ch/grund-und-spezialversorgung/behandlungsqualitaet/bio-psycho-soziales-modell>
- Richter, Matthias & Hurrelmann, Klaus (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Utschakowski, Jörg, Sielaff, Gyöngyvér, Bock, Thomas & Winter, Andréa (2016). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Psychiatrie Verlag.
- Van Haaster, Harrie (2016). Der Wert der Erfahrung. In Jörg Utschakowski, Gyöngyvér Sielaff, Thomas Bock & Andréa Winter (Hrsg.), *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie* (S. 50-59). Psychiatrie Verlag.
- Verein PRIKOP, Stiftung Pro Mente Sana, Verein EX-IN Schweiz & Fachverband Peer+ (Hrsg.). (2020). *PRAXISEMPFEHLUNGEN ZUR ANSTELLUNG VON PEERS IN INSTITUTIONEN*. [Broschüre]. Autor.
- WHO (ohne Datum). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- WHO-Regionalbüro für Europa (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384g.pdf
- WHO (2019). *Psychische Gesundheit – Faktenblatt*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf
- Zuaboni, Gianfranco, Burr, Christian, Winter, Andréa & Schulz, Michael (2019). *Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte*. Psychiatrie Verlag.

9 Anhang

9.1 Anhang A: Gesprächsleitfaden Expert*inneninterviews

Info und Orientierung der Interviewteilnehmer*in über die unten aufgeführten Punkte.

Einstieg:

- Dank
 - Thema und Ziel der Befragung
 - Tonbandaufnahme
 - Anonymität, Datenschutz, Einverständnis
 - Inhaltsüberblick über die Interviewblöcke
 - voraussichtliche Dauer (1h) – alles interessiert
-

Grundinformationen:

- Name, Vorname der/des Interviewten
 - Interviewdatum und -ort
 - aktuelles Arbeitsverhältnis (Organisation, Pensum)
-

Interviewpartner*in fragen, ob sie/er soweit ist für das Interview oder ob noch allgemeine Fragen vorhanden sind.

1. Was sind aus deiner Sicht die grössten Chancen, die Peer-Arbeit mit sich bringt und von der professionellen Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und Betroffenen unterscheidet?

erwartete Inhalte (Chancen): Evidenz der Wirksamkeit, rasches Vertrauensverhältnis, Förderung der Selbstwirksamkeit, Erfahrungsexpertise, Brücken bauen, Koproduktion, kosteneffiziente Bereicherung, Bedeutung der Peers für den Gesundungsprozess, Organisationsentwicklung

2. Was ist deine Rolle als Peer in der Organisation und welche Risiken ergeben sich aus der Zusammenarbeit mit Fachpersonen?

erwartete Inhalte: Aufgaben als Peer in der Organisation, eigene Wahrnehmung der Rolle in einer Organisation, Zufriedenheit mit den Arbeitsverhältnissen

(Risiken): Widerstände von Fachpersonen, Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, Loyalität von Peers, Belastbarkeit der Peers, Rollendiffusität, Professionalisierung der Peers als Chance und Hindernis

3. Wie lassen sich die Widerstände von Fachpersonen bei der Anstellung von Peers in einer Organisation aus deiner Sicht erklären?

erwartete Inhalte: Peer-Arbeit als Pionierarbeit, konstruktive und kritische Art als Hindernis, Peers als Brückenbauer*innen zwischen Betroffenen und Professionellen

4. Wie belastend ist es für dich selbst, in Gesprächen ständig mit schwierigen Lebens- und Krankheitsgeschichten konfrontiert zu werden und welche Auswirkungen hat dies auf deine eigene psychische Gesundheit?

erwartete Inhalte: Rat an angehende Peers um sich besser abzugrenzen und zu schützen

5. Was verstehst du konkret unter Recovery und wie implementierst du diesen Ansatz bei deiner Arbeit als Peer?

erwartete Inhalte: persönliche Bedeutung, wie sich Recovery von herkömmlicher Begleitung/Behandlung durch Fachpersonen unterscheidet, Chancen und Risiken

6. Wie lässt sich aus deiner Sicht die interprofessionelle Kooperation mit Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit optimaler gestalten?

erwartete Inhalte: Wünsche an die Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit

7. Wir kommen langsam zum Schluss. Gibt es noch etwas Wichtiges, das Sie bis jetzt noch nicht gesagt haben und das Sie gerne noch ansprechen würden?

9.2 Anhang B: Interviewpartner*innen für den empirischen Teil Bachelorarbeit

Peer-Fachperson	Organisation und Pensum	Interviewdatum und -ort
1	Psychiatrische Poliklinik Zürich (50%) Badenerstrasse 108 8004 Zürich	9. Juni 2022 um 13:00 Uhr, Zürich
2	Traversa Geschäftsstelle (30%) Tribschengasse 8 6005 Luzern	15. Juni 2022 um 10:30 Uhr, Luzern
3	Privatklinik Hohenegg (50 – 60%) Hohenegg 1 8706 Meilen	16. Juni 2022 um 09:30 Uhr, Meilen
4	Psychiatrie Baselland (40%) Bientalstrasse 7 4410 Liestal Suchtfachklinik Zürich (40%) Emil-Klöti-Strasse 18 8037 Zürich	20. Juni 2022 um 11:00 Uhr, Lenzburg

9.3 Anhang C: Auszug aus den Auswertungsergebnissen – Mühlfeld Claus (2. Stufe)

Chancen der Peer-Arbeit (Kategorie 1)	Rollen der Peers in Organisationen (Kategorie 2)	Risiken der Peer-Arbeit (Kategorie 3)
<p>1: «Und häufig ist es aus meiner Erfahrung so, dass Fachpersonen genau das Gleiche sagen wie Peers, aber es wird von den Betroffenen ganz anders angenommen.»</p> <p>1: «Viele unserer Klient*innen sind Leute, die schon ganz viel mit der Psychiatrie zu tun gehabt haben und einfach absolut nichts mehr von ihr wissen wollen. Wenn dann ein Peer im Team dabei ist, schafft dies Vertrauen, weil auch ein Ehemaliger oder eine Ehemalige dabei ist und dann kann das gar nicht so schlimm sein. Dann schafft das so ein Vertrauen. Und häufig mache ich bei Hausbesuchen den ersten Kontakt zu den Betroffenen, dann ist die Poliklinik nebensächlich»</p> <p>1: «Ich glaube auch, dass Fachpersonen zwischenmenschliche Qualitäten und ein guter Zugang zu den Betroffenen haben können. Aber das Erfahrungswissen haben sie nicht und das ist auch die Eigenschaft, welche nirgends gelernt werden kann.»</p> <p>1: «Im Gespräch mit Betroffenen die Drogen konsumieren, bin ich sofort per Du, wenn ich ihnen erzähle, dass ich früher auch auf dem Letten war. Und sie wissen, dass sie mir nichts vormachen können und ehrlich sein dürfen, weil ich genau weiss, wie das ist. Am Schluss des Gespräches haben wir meistens eine gemeinsame Vereinbarung oder Lösung wie die betroffene Person konsumieren kann, aber unter sicheren Umständen, damit sie oder er nicht sofort wieder auf der Intensivstation landet. Die Ärzte melden mir nach solchen Gesprächen vielfach zurück, dass sie auf einer ganz anderen Ebene stattfinden, wie in einer anderen Welt, als die Gespräche, welche die Ärzte mit Betroffenen führen und nichts vorgemacht werden muss.»</p> <p>1: «Der Gedanke als Peer-Fachperson in der Psychiatrie zu arbeiten widerstrebte in mir. Aber dann wurde mir bewusst, dass ich dort etwas verändern kann.»</p>	<p>1: «Ich kann nur in meiner Organisation arbeiten, weil ich voll hinter dem Team stehen kann. Sonst riskiert man auch, dass man als Peer instrumentalisiert wird oder zum verlängerten Arm der anderen Fachpersonen wird.»</p> <p>1: «Bei uns in der Poliklinik sind die Peers den Ärzt*innen unterstellt, und nicht den Sozialarbeiter*innen.»</p> <ul style="list-style-type: none"> - Im mobilen Krisenteam als Peer (multiprofessionelle Zusammensetzung), alle FP dürfen mich nutzen, bin oft bei ambulanten Gesprächen dabei (im Tandem abwechselungsweise zwischen Peers und anderen FP), ich gebe viele Weiterbildung, Supervision - In Poliklinik dürfen Peers keine KESB-Berichte schreiben. Sie dürfen involviert sein, aber nicht selbst mitschreiben. Es hat bei uns in der Organisation eine Entscheidung benötigt. Sehr unangenehm, wenn Arbeitsinhalte nicht wirklich geklärt sind. Bei Peer-Arbeit ist vieles noch unklar, weil es auch Pionierarbeit ist. Es herrschen viele Unklarheiten und Unsicherheiten (betreffend Aufgaben, Kompetenzen, welche Erwartungen in der Organisation an Peers gerichtet sind). - Peers bringen persönliche Krisen und Recovery-Erfahrung mit. Je nachdem wäre es aber gut, wenn Peers noch mehr können (Protokoll schreiben, Excel Kenntnisse, Admin Aufgaben) - Bei Fachpersonen mit einer Ausbildung sind die Probleme generell komplexer <p>1: «Vielfach sind wir Peers der Eintritt in unsere Organisation, da viele Menschen Hemmungen haben den ersten Kontakt zu anderen Fachpersonen aufzubauen.»</p>	<p>1: «Ich melde mich bei Fällen zur Mitarbeit bei welchen Abhängigkeitserkrankungen, Schizophrenien und Psychose ein Thema sind. Sowie bei Kindern, die mit einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen. Bei Depressionen melde ich mich nie. Ich bleibe in meinem Garten, weil dort habe ich Erfahrungswissen und kann ich authentisch sein. Ich möchte nicht einem schwer Depressiven vormachen, dass ich weiss, wie es ihm geht oder was er durchmacht, weil ich kenne das nicht. In der Weiterbildung von EX-IN ist die Theorie, dass es keine Rolle spielt welche Diagnose man selbst hat. Das Ich-Wissen wird zum Wir-Wissen und man kann Betroffene mit allen Diagnosen begleiten, egal welche persönlichen Erfahrungen gemacht wurden. Das wäre die Theorie der Weiterbildung.»</p> <p>1: «Wenn du ein Peer hast, der <i>nur</i> Depressionen als Erfahrung hat, ist es dann schwieriger genug Klientel zu finden. Diese Peers nehmen das Wir-Wissen dann gerne in Anspruch, um auch Klientel mit einer Schizophrenie zu begleiten.»</p> <p>1: «Das finde ich spannend, dass es in der Theorie heisst, alle Peers mit egal welchem Erfahrungswissen können Betroffene mit allen Diagnosen begleiten. In der Praxis bleiben aber alle Peers die ich kenne, bleiben in ihrem Garten. Das wäre einfach eine glatte Lüge, wenn ich sagen würde, ich weiss wie es ihnen geht.»</p> <p>1: «Wenn es dazumal als ich in der Klinik war, Peers gegeben hätte, also jemand der aus der Drogenszene ist und den Entzug erfolgreich gemacht hat. Und mir gesagt hätte, schau ich habe es geschafft, du schaffst es auch, hätte mir das eine Perspektive gegeben. Weil wenn du schwer abhängig bist, kennst du niemanden der erfolgreich aus der Abhängigkeit rauskommt. Und alle die einen Entzug versuchen, scheitern dabei.»</p>