



pro mente | oö

Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene

**Evaluierung des Projekts „Psychiatrieerfahrene für
Psychiatriebetroffene“ sowie der Potentiale und
Rahmenbedingungen für die Beschäftigung
psychiatrieerfahrener Personen in Niederösterreich**

für den

Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds

Linz, Juli 2019

(aktualisierte Version: September 2019)

(redaktionelle Bearbeitung: November 2020)

Verfasser: Mag. Dominik Gruber, Bakk. & Mag. Martin Böhm

pro mente OÖ, Team Forschung und Projekte

KONTAKTDATEN:

pro mente OÖ

Abteilung Qualitätsmanagement, Team Forschung & Projekte

Fr. Mag.^a Michaela Kéita-Kornfehl

Lonstorferplatz 1, 4020 Linz

Tel.: +43 732 6996 502

Mobil: 0664 8845 1939

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht beinhaltet die Ergebnisse der Evaluierung des im Jahr 2018 in Niederösterreich initiierten Projektes „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“. Im Rahmen dieses Projektes werden Menschen mit einer psychischen Erkrankung durch psychiatrieerfahrene Menschen – v. a. nach stationärer bzw. ambulanter Behandlung – beraten und unterstützt. Dieses Angebot ist ein zur psychiatrischen sowie sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft komplementäres Angebot. Ziel der Evaluierung war es, das Aufgabenfeld sowie die kompetenzbezogenen Voraussetzungen bzw. Anforderungen für die Tätigkeit in diesem Projekt zu eruieren. Darüber hinaus wurden die allgemeinen Potentiale und Rahmenbedingungen in Bezug auf den Einsatz bzw. die Beschäftigung von psychiatrieerfahrenen Personen in Niederösterreich analysiert und bewertet.

Mit der Evaluierung wurde pro mente OÖ, Abteilung Qualitätsmanagement, Team Forschung & Projekte beauftragt. Die Evaluierung erstreckte sich von Jänner 2019 bis einschließlich Mai 2019 und erfolgte durch die Anwendung qualitativer und diskursiver Methoden (zwölf leitfadengestützte Interviews und ein Workshop). Ein methodisches Anliegen war es, einen perspektiven- sowie detailreichen Blick auf das Projekt „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“ sowie auf die gegenwärtige Situation in Hinblick auf den Einsatz von psychiatrieerfahrenen Personen zu werfen.

Die Ergebnisse und die durchgeführten Analysen lassen den Schluss zu, dass das Angebot „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“ von Betroffenen angenommen wird und somit einen vorhandenen Unterstützungsbedarf deckt. Es zeigt sich, dass für die beratende und begleitende Tätigkeit unterschiedliche erfahrungs- und ausbildungsbezogene Kompetenzen eingesetzt werden. Die Leistung wird vorwiegend mobil und ehrenamtlich erbracht. Die im Bericht für diese Tätigkeit vorgeschlagene Stellenbeschreibung verweist u. a. auf notwendige Voraussetzungen, wie Psychiatrieerfahrung, psychische Stabilität und die Bereitschaft und Offenheit für Austausch, sowie auf spezifische Kompetenzen und Qualifikationen, wie z. B. in den Bereichen Beratung, Kommunikation und die Kenntnis von psychiatrischen Krankheitsbildern.

In Niederösterreich wurde in Sachen Peer-Support schon Vieles geleistet. Demnach gibt es bereits unterschiedliche Tätigkeitsbereiche, in denen psychiatrieerfahrene Personen beratend und begleitend tätig sind. Dennoch ist noch Potential für den Ausbau von Peer-Arbeit vorhanden. Um die Beschäftigung von psychiatrieerfahrenen Personen in größerem Ausmaß etablieren zu können, sollten – so stellen die abschließenden Empfehlungen des Berichts klar – u. a. entsprechende strukturelle Veränderungen, z. B. in Bezug auf die Beschäftigung von Peers, angestrebt werden.

An dieser Stelle sollen die Empfehlungen kurz dargestellt werden. Für einen detaillierten Überblick wird an die abschließenden Empfehlungen des Berichtes verwiesen (siehe Kapitel 8).

Empfehlungen für den allgemeinen Einsatz und die Beschäftigung von Peers und psychiatrienerfahrenen Personen:

Empfehlung 1 – Ausbau von bestehender Peer-Arbeit und Erschließung neuer Tätigkeitsfelder

Empfehlung 2 – Schaffung von weiteren Peer-Arbeitsplätzen

Empfehlung 3 – Ausbau institutioneller und berufsrechtlicher Rahmenbedingungen

Empfehlung 4 – Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz und Standards bei der Implementierung von Peer-Arbeit

Empfehlungen für das Projekt „Psychiatrienerfahrene für Psychiatriebetroffene“:

Empfehlung 5 – Ausbau und Implementierung des Projektes in die psychiatrische Regelversorgung

Empfehlung 6 – Schaffung arbeitsbezogener Voraussetzungen und berufsrechtlicher Rahmenbedingungen

Empfehlung 7 – Diversifizierung entlang psychiatrischer Krankheitsbilder sowie kulturellen und sozialen Kriterien

Empfehlungen für die Aus- und Weiterbildung von Peers und psychiatrienerfahrenen Personen:

Empfehlung 8 – Anerkennung der erfahrungs- und ausbildungsbezogenen Vielfalt

Empfehlung 9 – Definition grundlegender Kompetenzen und Qualifikationen als qualitative Standards

Empfehlung 10 – Versuch der Entwicklung einer bundesweiten Agenda in Bezug auf die Ausbildung von psychiatrienerfahrenen Personen

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | Einleitung | 6 |
| 2. | Zielsetzung, Fragestellung und methodisches Design der Evaluation..... | 8 |
| 2.1. | Zielsetzungen und Fragestellungen..... | 8 |
| 2.2. | Methodisches Design und Vorgehen | 10 |
| 3. | Peer-Support im (sozial-)psychiatrischen Kontext: eine Bestandsaufnahme aus wissenschaftlicher und erfahrungsbezogener Perspektive..... | 13 |
| 3.1. | Recovery als Hintergrundkonzept | 13 |
| 3.2. | Zu den Begriffen „Peer“ und „Peer-Support“ | 14 |
| 3.3. | Vorteile und Effektivität von Peer-Support..... | 16 |
| 3.4. | Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für Peer-Support | 18 |
| 3.4.1. | Individuelle Voraussetzungen und Eigenschaften von Peers | 18 |
| 3.4.2. | Anzahl und Zusammensetzung der Peer-MitarbeiterInnen..... | 20 |
| 3.4.3. | Rahmenbedingungen und Voraussetzungen am Arbeitsplatz | 21 |
| 3.4.4. | Vorbereitung und Implementierung von Peer-Support..... | 24 |
| 3.5. | Tätigkeitsfelder und Einsatzgebiete von Peers | 25 |
| 4. | Peer-Support im deutschsprachigen Raum: Good-practice-Beispiele | 31 |
| 4.1. | Peer-Support in Österreich: ein Überblick | 31 |
| 4.2. | Peer-Beratung in Oberösterreich | 36 |
| 4.2.1. | Aufgaben und zentrale Organisationen | 36 |
| 4.2.2. | Rahmenbedingungen | 40 |
| 4.3. | Peer-Arbeit in Deutschland | 44 |
| 4.3.1. | Aufgaben und zentrale Organisationen | 45 |
| 4.3.2. | Rahmenbedingungen | 47 |
| 4.4. | Peer-Arbeit in der Schweiz | 48 |
| 4.3.3. | Aufgaben und zentrale Organisationen | 48 |
| 4.3.4. | Rahmenbedingungen | 51 |
| 5. | Psychiatrische Versorgung, Peer-Arbeit und Betroffenenbeteiligung in Niederösterreich: Bestandsaufnahme und Potentiale | 53 |
| 5.1. | Psychiatrische und komplementäre Versorgungsleistungen: ein Überblick..... | 53 |
| 5.1.1. | Psychiatrisch-medizinische Leistungen | 54 |
| 5.1.2. | Sozialpsychiatrische Leistungen | 55 |
| 5.1.3. | Peer-Arbeit und Genesungsbegleitung | 64 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 5.1.4. | Selbsthilfe, Betroffenen- und Angehörigenarbeit | 65 |
| 5.2. | Tätigkeitsfelder für Psychiatrieerfahrene: Möglichkeiten der Erweiterung | 69 |
| 5.3. | Potentiale der Betroffenenbeteiligung: eine (Ein-)Schätzung | 72 |
| 6. | „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“: Leistungs- und Stellenbeschreibung | 74 |
| 6.1. | Ziele und Charakter der Beratungsleistung | 74 |
| 6.2. | Bisheriger Umfang der Beratungsleistung | 75 |
| 6.3. | Die Leistung aus Sicht der BeraterInnen | 76 |
| 6.3.1. | Prinzipien der Beratungstätigkeit | 76 |
| 6.3.2. | Beratungsmedium und -umfang | 78 |
| 6.3.3. | Ablauf, Elemente und Inhalte der Beratung..... | 79 |
| 6.3.4. | Erwartungen der Betroffenen | 80 |
| 6.3.5. | Anforderungen an die BeraterInnen | 81 |
| 6.3.6. | Ressourcen und Infrastruktur..... | 82 |
| 6.3.7. | Die Beratungstätigkeit und ihr Verhältnis zu anderen Leistungen..... | 83 |
| 6.3.8. | Beurteilung des Projekts | 83 |
| 6.4. | „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“: Aspekte einer Stellenbeschreibung | 84 |
| 7. | Kompetenzen und Qualifikationen..... | 87 |
| 7.1. | Peer-Ausbildungen in Österreich | 87 |
| 7.2. | Notwendige Kompetenzen und Qualifikationen von Peer-ArbeiterInnen aus Sicht der Beteiligten in Niederösterreich | 89 |
| 7.2.1. | Voraussetzungen und allgemeine Kompetenzen..... | 90 |
| 7.2.2. | Eigene Betroffenheit, Genesung, Empathie und Kommunikationsfähigkeit | 91 |
| 7.2.3. | Vorbildfunktion, Abgrenzung, Motivation und Teamfähigkeit | 91 |
| 7.2.4. | Ausbildung | 93 |
| 8. | Ausblick und Empfehlungen | 95 |
| | Literatur und weitere Quellen..... | 100 |
| | Tabellenverzeichnis | 110 |

1. Einleitung

Peer-Arbeit zählt – weltweit betrachtet – zu den jüngsten, aber am schnellsten wachsenden Berufsfeldern im Bereich der Psychiatrie und Sozialpsychiatrie. Ihre Wirksamkeit wurde bereits in zahlreichen Studien und Überblicksarbeiten nachgewiesen. Dennoch wird Peer-Arbeit in vielen Teilen Österreichs – wenn überhaupt – noch stiefmütterlich behandelt. Etwas anders ist die Lage in Niederösterreich: Seit einigen Jahren gibt es dort einige Stellen und Projekte, im Rahmen derer Peer-Begleitung, Genesungsbegleitung oder Beratung durch psychiatrieerfahrene Personen angeboten werden. Trotz dieser Fortschritte und Erfolge ist zu konstatieren, dass es in Sachen Betroffenenbeteiligung in Niederösterreich noch Möglichkeiten der Optimierung gibt. In Niederösterreich gibt es etwa in Bezug auf den Ausbau von Peer-Arbeit sowie im Bereich der arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen, unter denen Peer-Arbeit angeboten wird, noch Verbesserungspotentiale. Dieser Umstand soll mit einem kurzen Zitat, das aus einem der geführten Interviews in diesem Evaluationsprojekt stammt, verdeutlicht werden:

„Mich wollen sie sofort haben [...], aber es ist kein Posten da.“ (IP2, 202)

Dieses Zitat verdeutlicht, dass die Arbeit und Erfahrung von Betroffenen schon an vielen Orten und in vielen Organisationen wertgeschätzt wird, es aber häufig die schlechten bzw. nicht vorhandenen Rahmenbedingungen sind, die zu einem Hindernis werden. Dieses Evaluationsprojekt tritt daher mit dem Ziel an, die Situation in Niederösterreich in Bezug auf die professionelle Beteiligung und den Einsatz von psychiatriee erfahrenen Personen im psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Regelbetrieb zu durchleuchten und etwaige Potentiale für die Entwicklung dieses zukunftssträchtigen Tätigkeitsfeldes darzulegen und zu diskutieren.

Bevor wir inhaltlich fortfahren, soll hier noch eine begriffliche Verwendungsweise erläutert werden. Die Begriffe „Psychiatriee erfahrene“ bzw. „psychiatriee erfahrene Personen“ bezeichnen im Rahmen dieses Berichts jene Menschen, die von psychischen Problemen oder Erkrankungen betroffen sind und in ihrem Leben bereits eine professionelle Behandlung oder Unterstützungsleistung in Anspruch genommen haben, egal ob diese stationär, teilstationär/ambulant oder außerstationär erfolgte. Das heißt, diese Begriffe beschränken sich nicht auf nur auf jene Personen, die lediglich Erfahrungen mit stationären Behandlungsformen gemacht haben. Dem hier verwendeten Sprachgebrauch wird also ein breites Verständnis von „Psychiatriee erfahrung“ zu Grunde gelegt. Des Weiteren ist zu beachten, dass der Ausdruck „psychiatriee erfahrene Personen“ im Zusammenhang der nachfolgenden Ausführungen als der allgemeinste gilt. Wenn beispielsweise vom „professionellen Einsatz von psychiatriee erfahrenen Personen“ die Rede ist, kann dies auf verschiedene Tätigkeitsbereiche sowie

unterschiedliche ausbildungsbezogene Hintergründe verweisen. Mit dieser Begrifflichkeit können sowohl Peer-BeraterInnen oder GenesungsbegleiterInnen als auch psychiatrieerfahrene Personen mit einem anderen berufs- und ausbildungsbezogenem Hintergrund gemeint und bezeichnet werden. Lediglich der Begriff „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“ verweist auf Personen, die in einem 2018 initiierten Projekt tätig sind, in dem von psychischen Erkrankungen betroffene Menschen in der Regel aufsuchend beraten werden. An entsprechender Stelle wird auf diese begriffliche Differenzierung nochmals hingewiesen werden.

Zu guter Letzt wollen wir uns bei jenen Personen bedanken, die dieses Projekt möglich gemacht haben bzw. dieses tatkräftig unterstützten. Unser Dank gilt den InterviewpartnerInnen sowie den TeilnehmerInnen am Workshop, die ihre Erfahrungen und ihre Expertise bereitwillig mit uns teilten; Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS), im Speziellen Herrn Dr. Andreas Schneider und Frau Daniela Schrefl, BSc, MSc, für die Beauftragung sowie für Unterstützung in organisatorischen Belangen; sowie dem Verein Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit (HSSG), Landesverband Niederösterreich, im Besonderen dem Obmann Herrn Johann Bauer, der dieses Projekt tatkräftig unterstützte. Des Weiteren danken wir strada OÖ, im Speziellen Frau Gerti Niedl, für die kompetente Beratung im Zuge des Projektes.

2. Zielsetzung, Fragestellung und methodisches Design der Evaluation

In diesem Kapitel werden zum einen die Zielsetzungen und Fragestellungen (siehe Kapitel 2.1) und zum anderen das methodische Vorgehen des Evaluationsprojekts (siehe Kapitel 2.2) dargestellt.

2.1. Zielsetzungen und Fragestellungen

Ausgangspunkt der Initiierung des hier vorliegenden Abschlussberichtes war der zwischen dem Verein Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit in Niederösterreich (HSSG) und dem Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) für das Jahr 2018 abgeschlossene Fördervertrag mit dem Ziel einer Beratungs- und Unterstützungsleistung von Psychiatrieerfahrenen für Psychiatriebetroffene in Niederösterreich zu implementieren. (Projektbezeichnung: „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“).

Ziele dieser Evaluierung sind,

- zum einen die Tätigkeit und den Einsatz von Psychiatrieerfahrenen im Rahmen des Projekts „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“ durch die Erstellung einer Stellenbeschreibung zu skizzieren; und
- zum anderen die notwendigen fachlichen Kompetenzen und Qualifikationen sowohl für diese Tätigkeit im Rahmen des Projekts „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“ sowie für andere Tätigkeitsfelder von psychiatrieerfahrenen Personen zu identifizieren.

Neben diesen spezifischen Zielsetzungen wirft die vorliegende Evaluation noch einen etwas „weiteren Blick“ auf den Einsatz von Psychiatrieerfahrenen bzw. das Themengebiet der Peer-Arbeit in Niederösterreich. So wird im Rahmen der Evaluation u. a. danach gefragt, welche potentiellen Arbeitsfelder und Einsatzgebiete für psychiatrieerfahrene Personen in Niederösterreich zusätzlich erschlossen werden könnten. Dies ist v. a. der Tatsache geschuldet, dass in Niederösterreich einige psychiatrieerfahrene Personen, die etwa die EX-IN-Ausbildung absolviert haben, jedoch keinen Arbeitsplatz gefunden haben. Des Weiteren wird darüber nachgedacht, unter welchen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen die Beschäftigung von psychiatrieerfahrenen Menschen sowie die Implementierung etwaiger Projekte gut gelingen können.

Entsprechend den beschriebenen Zielsetzungen ergeben sich folgende **Fragestellungen**:

- Wie kann die Tätigkeit der psychiatrienerfahrenen Personen im Rahmen des Angebots „Psychiatrienerfahrene für Psychatriebetroffene“ charakterisiert werden? Wie könnte eine Stellenbeschreibung für diese Tätigkeit aussehen?
- Welche Kompetenzen und Qualifikationen sollen psychiatrienerfahrene Personen, die beratend, begleitend und unterstützend tätig sind, mitbringen?
- Welche weitere Tätigkeitsfelder und Einsatzgebiete könnte es für psychiatrienerfahrene Personen in Niederösterreich geben?
- Welche Empfehlungen können in Bezug auf die Weiterentwicklung des Berufsfeldes, die notwendigen Kompetenzen und Qualifikationen sowie die berufs- und arbeitsplatzbezogenen Voraussetzungen/Rahmenbedingungen in Niederösterreich gegeben werden?

Um die Situation in Niederösterreich in Bezug auf die angesprochenen Aspekte diskutieren bzw. um fundierte Empfehlungen geben zu können, wurden im Zuge des Evaluationsprojekts Informationen bzw. Erkenntnisse aus verschiedenen Quellen gesammelt und im Rahmen des Berichts dargelegt. Dementsprechend werden in den nachfolgenden Kapiteln Inhalte zu folgenden Aspekten dargestellt:

- **Wissenschaftliche und erfahrungsbezogene Erkenntnisse** aus der Literatur (Kapitel 3):
 - Theoretische Grundlagen der sowie Wirksamkeit von Peer-Arbeit (Kapitel 3.1 bis 3.3);
 - Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für Peer-Arbeit und Ihre Implementierung (Kapitel 3.4);
 - Tätigkeitsfelder und Einsatzgebiete von psychiatrienerfahrenen Personen im nationalen und internationalen Kontext (Kapitel 3.5).
- **Good-practice-Beispiele** aus dem deutschsprachigen Raum (Kapitel 4):
 - Peer-Beratung in Oberösterreich (Kapitel 4.2);
 - Peer-Arbeit in Deutschland (Kapitel 4.3);
 - Peer-Arbeit in der Schweiz (Kapitel 4.4).
- Informationen und **Daten zur Versorgung und zum Einsatz von psychiatrienerfahrenen Personen** in Niederösterreich (Kapitel 5 und 6):
 - Informationen zur psychiatrischen/ sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft in Niederösterreich (Kapitel 5.1 und 5.2);

- Einschätzung des Potentials von Peer-Arbeit in Niederösterreich (Kapitel 5.3);
- Beschreibung des Projekts „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“ auf der Grundlage von qualitativen Interviews und von Workshop-Ergebnissen (Kapitel 6).
- **Erkenntnisse zu notwendigen Kompetenzen und Qualifikationen** von psychiatrieerfahrenen Personen (Kapitel 7):
 - Informationen zu bestehenden Lehrgängen und Ausbildungen in Österreich (Kapitel 7.1);
 - Beurteilung notwendiger Kompetenzen und Qualifikationen auf der Grundlage von qualitativen Interviews und von Workshop-Ergebnissen (Kapitel 7.2).

Durch die im Forschungsprozess berücksichtigten Informations- und Erkenntnisquellen sowie die herangezogenen unterschiedlichen Perspektiven sollen etwa strukturelle Barrieren aufgezeigt und Vorschläge zur Verbesserung erarbeitet werden.

2.2. Methodisches Design und Vorgehen

Im Folgenden soll das methodische Vorgehen bzw. Design dieser Evaluierung dargelegt werden. Grundlage für diese Evaluierung ist ein differenziertes Design, das im Laufe des Evaluationsprozesses drei unterschiedliche Arbeitsphasen durchlief: Folgende **Arbeitsphasen** können genannt werden:

1. Vorbereitungsphase/desk research:

- **Literaturrecherche:** Zusammenfassen von wissenschaftlichem und erfahrungsbezogenem Wissen zum Thema Peer-Arbeit;
- **Recherche von Sekundärdaten:** z. B. Merkmale der GenesungsbegleiterInnen, der Selbsthilfegruppen);
- **Recherche von Good-practice-Beispielen:** z. B. zu Standards und Konzepten im Bereich der Ausbildung von Psychiatrie-Erfahrenen.

2. Erhebungsphase:

- **Feldphase 1:** qualitative Interviews mit Psychiatrieerfahrenen und Professionisten aus unterschiedlichen Organisationen und Bundesländern (u. a. für die Beschreibung der Tätigkeiten der psychiatrieerfahrenen BeraterInnen in Niederösterreich; Befragung zu notwendigen Ressourcen und Kompetenzen);

- **Feldphase 2:** Durchführung eines Workshops mit Psychiatrieerfahrenen und unterschiedlichen Stakeholdern zur Entwicklung von neuen Perspektiven (z. B. in Bezug auf eine adäquate Stellenbeschreibung für das Projekt „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“, Kompetenzen und Qualifikationen von Psychiatrieerfahrenen für Psychiatriebetroffene sowie hinsichtlich deren Ausstattung bzw. Ressourcen).

3. Analyse- und Interpretationsphase:

- Auswahl und Systematisierung der Ergebnisse des desk research;
- Transkription und Analyse der qualitativen und leitfadengestützten Interviews (Erstellung eines Kategoriensystems und Codierung der Transkripte);
- Systematisierung der Workshop-Ergebnisse.

4. Phase des Wissenstransfers und der Ergebnisdarstellung:

- Zusammenschau der Ergebnisse;
- Einschätzung des (mengenmäßigen) Potentials des professionellen Einsatzes von psychiatrieerfahrenen Personen;
- Verfassen einer Stellenbeschreibung für die Leistung „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“;
- Ableitung und Diskussion von Empfehlungen;
- Präsentation der Ergebnisse, Verfassen des Endberichts.

Insgesamt wurden 12 leitfadengestützte qualitative Interviews durchgeführt.

- Bei acht InterviewpartnerInnen handelte es sich um Personen, die im Bereich der Interessenvertretung, Peer-Arbeit bzw. als psychiatrieerfahrene BeraterInnen in Niederösterreich oder auch in anderen Bundesländern tätig sind.
- Im Rahmen der restlichen vier Interviews wurden Personen befragt, die entweder im Bereich der Ausbildung von Peer-ArbeiterInnen oder in Niederösterreich eine Leitungsfunktion im Bereich der psychiatrischen bzw. psychosozialen Versorgung innehaben.

Je nach Funktion und Tätigkeitsbereich wurde ein Interview-Leitfaden entwickelt. Im Rahmen der Interviews in anderen Bundesländern wurde der entsprechende Leitfaden abgeändert bzw. an die dortigen Gegebenheiten angepasst. Die Interviews wurden transkribiert und anhand eines Kategoriensystems analysiert. Um die Anonymisierung der Interviews zu gewährleisten, werden die im Bericht verwendeten Zitate mit dem Kürzel „IP“ (für „InterviewpartnerIn“) und einer laufenden Nummer versehen. Zusätzlich werden bei jedem Zitat die Zeilennummern angeführt, die auf die Stelle im jeweiligen Transkript verweisen.

Am 8. April 2019 fand ein ganztätiger Workshop statt, in dem bestimmte Aspekte rund um das Thema Peer-Arbeit und Betroffenenbeteiligung bearbeitet und diskutiert wurden. Insgesamt nahmen an dem Workshop 14 Personen teil:

- 5 Personen aus den Bereichen Peer-Beratung, Genesungsbegleitung, Selbsthilfe, Interessenvertretung;
- 4 Personen mit Leitungsfunktionen von psychiatrischen bzw. sozialpsychiatrischen Organisationen in Niederösterreich;
- 2 Personen vom Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS);
- 2 Personen aus dem Evaluationsteam (pro mente OÖ);
- 1 Person für die Moderation (pro mente OÖ).

Im Rahmen des Workshops wurden zu bestimmten Themen und Fragestellungen Arbeitsgruppen gebildet. Die Ergebnisse der einzelnen Gruppenphasen wurden jeweils auf Flipcharts festgehalten. Die fotografierten Flipcharts wurden in Form eines Foto-Protokolls an alle TeilnehmerInnen des Workshops per Email ausgeschickt. Diese dienten dem Forschungsteam aber auch als Arbeitsgrundlage. Besonders relevante Aussagen und Diskussionen wurden von den Mitgliedern des Forschungsteam außerdem handschriftlich mitnotiert.

Eine inhaltliche sowie in Teilen methodische Beratung erfolgte durch strada OÖ – Die Interessensvertretung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Durch die Beteiligung von strada OÖ konnte die Perspektive der Betroffenen v. a. in der Konzeption des Projekts sichergestellt werden.

3. Peer-Support im (sozial-)psychiatrischen Kontext: eine Bestandsaufnahme aus wissenschaftlicher und erfahrungsbezogener Perspektive

Die Beteiligung von psychiatriee erfahrenen Personen in verschiedenen Bereichen der psychiatrischen sowie sozialpsychiatrischen Versorgung gewinnt international, aber auch in Österreich, immer mehr an Bedeutung (vgl. z. B. Mahlke et al. 2014). Im englischsprachigen Raum in Europa und in den USA hat die Partizipation von Betroffenen bereits eine lange Tradition. Aber auch im deutschsprachigen Raum, allen voran in Deutschland und in der Schweiz, wurde die Beteiligung von „ExpertInnen durch/aus Erfahrung“ in den letzten Jahren immer weiter ausgebaut. Die Idee der Peer-Begleitung und somit der Einbeziehung von Betroffenen in die Behandlung und Begleitung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung beruht auf den Initiativen der Betroffenen und geht – je nach geographischem Raum – auf die 1980er bzw. 1990er Jahre zurück.¹ International betrachtet, gilt die Gruppe der Psychiatriee erfahrenen als die am schnellsten wachsende Berufsgruppe innerhalb der psychiatrischen Versorgungslandschaft (vgl. Rebeiro Gruhl et al. 2016).²

3.1. Recovery als Hintergrundkonzept

Aus normativer Perspektive entspricht diese Entwicklung dem Trend hin zu mehr Selbstbestimmung von psychiatriee erfahrenen Menschen.³ Betroffenenbeteiligung – in welcher Form auch immer – kann daher als ein Aspekt von Inklusion⁴ und Empowerment⁵ betrachtet werden, also von zwei Konzepten,

¹ Davidson et al. (2012, 123) zufolge sind die Anfänge der Betroffenenbeteiligung und der „Peer-Idee“ – auch wenn sie nicht so genannt wurden – in der Zeit der Aufklärung zu finden, als der Psychiater Pussin in Paris ehemalige PatientInnen in die Klinikarbeit involvierte.

² Eine Studie von Sibitz et al. (2008), die die Einstellung von Personen, die in der psychosozialen Versorgung in der Steiermark und Niederösterreich tätig sind, zur Einbindung von Betroffenen untersuchte, kam u. a. zum Ergebnis, dass rund die Hälfte der befragten MitarbeiterInnen davon ausgeht, dass sich die Einrichtung durch die Anstellung von Betroffenen zum Besseren verändern würde. 24 % meinten hingegen, dass sich dadurch die Einrichtung verschlechtern würde. Auch wenn der zuletzt genannte Anteil auf die Konflikthaftigkeit von Peer-Arbeit hindeutet, stimmt die überwiegend positive oder neutrale Haltung der befragten MitarbeiterInnen grundsätzlich positiv.

³ So kann der Ausbau der Betroffenenbeteiligung auch unter das Motto „nothing about us without us“ gestellt werden.

⁴ Inklusion meint die gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe aller Menschen, also auch von Menschen mit Beeinträchtigungen. Um Partizipation zu gewährleisten, soll sich die Umwelt an das Individuum und nicht das Individuum an die Umwelt anpassen. Der Begriff der Inklusion wurde mittlerweile auch in der deutschen Übersetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (kurz: Die UN-Behindertenkonvention oder UN-BRK) verankert (vgl. BMASGK 2019).

⁵ Der Begriff „Empowerment“ kann verschiedentlich übersetzt werden. Oftmals wird er im Sinne von „Selbstbefähigung“ oder „Selbstermächtigung“ verwendet. Übertragen auf die Praxis psychosozialer Versorgung ist Empowerment mit einem Ansatz verbunden, der (a) Selbstbestimmung fördert; (b) ressourcenorientierte Unterstützungsleistungen forciert; (c) sich für die Enthierarchisierung von Strukturen und Beziehungen einsetzt; und (d) grundsätzlich für Demokratisierung eintritt (vgl. Mahler et al. 2014, 54).

die im Rahmen einer modernen psychiatrischen sowie psychosozialen Versorgung nicht mehr wegzudenken sind. Mit der zunehmenden Implementierung der Peer-Arbeit hält auch die Idee des Recovery bzw. der Genesung vermehrt Einzug in die psychiatrische Versorgung (vgl. Utschakowski 2015, 16; Amering & Schmolke 2012; zusammenfassend Gruber et al. 2018a, 50). Seinen Ursprung hat Recovery in der Betroffenenbewegung in den USA, Australien und Großbritannien. Grundsätzlich gibt es eine Vielzahl von Definitionen und Ansätzen von Recovery (für einen Überblick über verschiedene Definitionen siehe etwa Amering & Schmolke 2012, 25ff.). Dieses Konzept fokussiert weniger auf Symptome (wie dies etwa das „medizinische Modell“ von Behinderung tut) sondern auf die Dimensionen der Lebenszufriedenheit sowie einen individuell adäquaten Umgang mit der Erkrankung (dies entspricht den Kernideen des „sozialen Modells“ von Behinderung) (vgl. Mahlke et al. 2015a, 235; Mahlke et al. 2017, 103). Das heißt, der Recovery-Ansatz soll zu mehr Lebenszufriedenheit führen und sich nicht nur auf die Bekämpfung der Erkrankung beschränken. In diesem Sinne ist mit Genesung nicht zwangsweise die Heilung verbunden, sondern mit Genesung kann u. a. auch die Erschließung bestimmter Ressourcen, um wieder in sozialen Netzwerken und Beziehungen eingebunden zu sein und somit das Wohlbefinden zu steigern, verbunden sein. Wichtig sind hier die Begriffe des Empowerments und des Erfahrungswissens (vgl. Utschakowski 2015, 16); letzteres kann „von niemandem besser vermittelt werden als von Menschen, die schon einmal ‚in den gleichen Schuhen‘ gelaufen sind.“ (ebd.) Als weitere zentrale Elemente von Recovery werden häufig (Vermittlung von) Hoffnung/Optimismus, Aufbau einer positiven Identität, Sinnstiftung und Verbundenheit genannt (siehe z. B. Leamy et al. 2011).

In den englischsprachigen Ländern findet sich die Betroffenenbeteiligung – neben einer gesetzlichen Verankerung zur Recovery-Orientierung – in den Bereichen der Versorgung und Forschung wieder (vgl. Mahlke et al. 2015a, 235; Mahlke et al. 2015b, S25). In den deutschsprachigen Ländern wird diese Entwicklung der informellen Hilfsangebote durch den Dialog gefördert (vgl. Mahlke 2015a, 235) und die Unterstützung von Betroffenen durch Betroffene gilt als zeitgemäßer und wichtiger Bestandteil einer Recovery-orientierten Behandlung und wird auch in Behandlungsleitlinien empfohlen (vgl. DGPPN 2013, 156f.).

3.2. Zu den Begriffen „Peer“ und „Peer-Support“

Für die Beteiligung von Betroffenen bzw. psychiatriee erfahrenen Personen haben sich in der Fachliteratur viele verschiedene Begriffe eingebürgert. Geläufige Begriffe im Rahmen des Einsatzes von Peers sind: „Peer-Support“ („Unterstützung durch Gleiche“), „Peer-Arbeit“, „Peer-Begleitung“, „Einsatz von Menschen mit Psychiatrieerfahrung“, „Unterstützung durch Betroffene“, „Peer-

delivered services“, „Consumer run programs“, „Experienced Involvement“ etc. Oftmals wird hier synonym von „Peer Counselling“ gesprochen, was eine „Beratung durch Gleiche“ bedeutet (vgl. zusammenfassend Heuchemer & Errami 2016, 3). Im Zusammenhang mit dem oben skizzierten Recovery-Konzept wird oftmals von „GenesungsbegleiterInnen“ gesprochen. Im Zentrum der hier dargelegten theoretischen und empirischen Bestandsaufnahme soll der Begriff „Peer“ oder „Peer-Support“ stehen. Mit dem Terminus „Peer“ werden im Kontext des hier beschriebenen Zusammenhangs Personen bezeichnet, die selbst von einer psychische Krise betroffen sind oder waren bzw. auch psychiatrische Dienste genutzt haben (vgl. Mahlke et al. 2015a, 235). Peers sind somit „ExpertInnen durch/aus eigener Erfahrung“.

„Ein Experte durch Erfahrung in der Gesundheitsversorgung ist jemand, der aktive Erfahrung mit Krankheit, Behinderung und/oder psychischen Problemen hat und der spezifische Fähigkeiten erworben hat, damit zu leben und im soziokulturellen oder institutionellen Kontext, in dem die Krankheit, die Behinderung und/oder die psychischen Probleme bedeutsam werden, umzugehen.“ (Haaster & Koster 2005, zit. n. Utschakowski 2016c, 83)

Mead (2003) fasst den Begriff „Peer-Support“ v. a. mit dem Element des „gemeinsamen Erfahrungshintergrundes“ von psychiatrieeerfahrenen Personen zusammen:

„Peersupport ist ein Ansatz des Unterstützunggebens und -empfangens, der auf den Kernprinzipien von Respekt, geteilter Verantwortung und gegenseitiger Verständigung darüber, was hilfreich ist, geprägt ist. Peersupport basiert nicht auf psychiatrischen Denkmodellen und diagnostischen Kriterien. Es geht darum, die Situation des anderen durch den gemeinsamen Erfahrungshintergrund des emotionalen und psychologischen Schmerzes empathisch zu verstehen.“ (Mead 2003, zit. n. Utschakowski 2015, 14).

Die Zusammenarbeit mit einem Peer ermöglicht völlig neue Qualität in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, da sie den Betroffenen weder stigmatisiert und diskriminiert und vielfach lebensnaher bzw. -orientierter ist. Peer-BeraterInnen können durch die eigene Betroffenheit einen leichteren Zugang zur erkrankten Person finden und durch die gemeinsame Sprache „eine von Akzeptanz, Verständnis und Empathie getragene Beziehung“ (Utschakowski 2015, 11) eingehen. Gerade dies erscheint bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung besonders wichtig, da sie im Alltag mit Stigmatisierung, Diskriminierung, Abwertungen und Entmutigung konfrontiert sind und damit zu kämpfen haben (siehe zusammenfassend Gruber et al. 2018b, 194). Gefühle von Verständnis, Solidarität und Zusammengehörigkeit („Wir-Gefühl“) haben gerade in der Psychiatrie eine große Bedeutung (vgl. Utschakowski 2015, 11).

3.3. Vorteile und Effektivität von Peer-Support

Die vorangegangenen Ausführungen deuten bereits einige der zahlreichen Vorteile an, die der Einsatz von ExpertInnen aus eigener Erfahrung mit sich bringen kann. Die nachstehende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Vielzahl von potentiellen Vorteilen von Peer-Support. Dabei wird zwischen Wirkungen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene unterschieden (vgl. die weiter unten angeführten Reviews und Meta-Analysen, wie z. B. Repper & Carter 2011; Davidson et al. 2012; Rogers et al. 2009; für weitere Hinweise vgl. theoretische und erfahrungsbezogene Berichte, wie z. B. Utschakowski 2016a, 15ff.; Bock 2009, 28; Solomon 2004, 396; Spiegelberg 2009, 144).

Die Wirksamkeit von Peer-Support wurde in einer Vielzahl von teilweise qualitativ guten Studien überprüft (z. B. mit RCT-Design). Des Weiteren gibt es auch zahlreiche Übersichtsarbeiten zur Effektivität von Peer-Arbeit (Reviews/Meta-Analysen). Für **NutzerInnen und PatientInnen** wurden von diesen systematischen Arbeiten positive Effekte⁶ u. a. in folgenden Bereichen festgestellt⁷:

- Hospitalisierung, Aufnahmen/Notaufnahmen (vgl. Repper & Carter 2011; Pitt et al. 2013; Lloyd Evans et al. 2014; Chinman et al. 2014; Davidson et al. 2012),
- Psychopathologie, Symptomatik (vgl. Repper & Carter 2011; Lloyd Evans et al. 2014; Chinman et al. 2014; Bassuk et al. 2016),
- Hoffnung (vgl. Repper & Carter 2011; Walker & Bryant 2013; Lloyd Evans et al. 2014; Chinman et al. 2014; Davidson et al. 2012),
- Recovery (vgl. Repper & Carter 2011; Doughty & Tse 2011; Lloyd Evans et al. 2014; Chinman et al. 2014),
- Empowerment (vgl. Repper & Carter 2011; Doughty & Tse 2011; Lloyd Evans et al. 2014),
- Selbstbewusstsein (vgl. Repper & Carter 2011; Doughty & Tse 2011),
- Selbstwirksamkeit (vgl. Repper & Carter 2011; Doughty & Tse 2011),
- Soziales Netzwerk (vgl. Repper & Carter 2011; Doughty & Tse 2011; Walker & Bryant 2013),
- Bedürfnisdeckung (vgl. z. B. Pitt et al. 2013),
- Lebensqualität (vgl. Lloyd Evans et al. 2014),

⁶ In den angeführten Reviews und Metanalysen wurden – neben qualitativen Arbeiten – Studien mit Kontrollgruppendesign inkludiert. Der Ausdruck „positive Effekte“ in diesem Zusammenhang meint, dass die peerbezogene Leistung besser oder zumindest gleich gut als die Vergleichsintervention (z. B. „usual care“) abschneidet. Da die Effekte in den Studien unterschiedlich gemessen wurden, wird die Wirkung in weiterer Folge nur stichwortartig und nicht im Detail angegeben.

⁷ Des Weiteren ist zu beachten, dass einige Übersichtsarbeiten von gar keinen negativen Effekten für KlientInnen bzw. PatientInnen berichten (siehe z. B. Repper & Carter 2011; Doughty & Tse 2011; Pitt et al. 2013).

- Erreichbarkeit von Betroffenen⁸ (vgl. Walker & Bryant 2013; Davidson et al. 2012),
- Therapeutische Beziehung (vgl. Walker & Bryant 2013),
- Adhärenz (vgl. Chinman et al. 2014),
- Rollenvorbild (vgl. Walker & Bryant 2013),
- Behandlungszufriedenheit (vgl. Doughty & Tse 2011).

Für die **Peers** selbst wurden ebenfalls einige positive Effekte in verschiedenen Bereichen wiederholt nachgewiesen:

- Recovery (vgl. Repper & Carter 2011; Walker & Bryant 2013),
- Selbstbewusstsein (vgl. Repper & Carter 2011; Walker & Bryant 2013),
- Soziales Netzwerk (vgl. Repper & Carter 2011; Walker & Bryant 2013),
- Arbeitsmöglichkeiten (vgl. Repper & Carter 2011; Doughty & Tse 2011),
- Zufriedenheit, Wohlbefinden (vgl. Walker & Bryant 2013).

Vereinzelt wird jedoch darauf hingewiesen, dass Peer-BeraterInnen mit Stigmatisierung und Diskriminierung durch ihre KollegInnen konfrontiert sind. Häufig geht die Arbeit von psychiatriee erfahrenen Personen mit einer geringen Bezahlung einher (vgl. Walker & Bryant 2013).

In Bezug auf andere **MitarbeiterInnen** wurde u. a. wiederholt festgestellt, dass der Einsatz von Peers die Empathie sowie die Recovery-Orientierung steigert (vgl. z. B. Walker & Bryant 2013).

Die hier referierten Analysen geben in der Regel in Bezug auf das Thema Peer-Support Empfehlungen ab. So wird auf der Grundlage der Ergebnisse häufig empfohlen Peer-Beratung weiter auszubauen (vgl. Repper & Carter 2011; Doughty & Tse 2011). Auch de Chinman et al. (2014) empfiehlt den Ausbau von Peer-Support, v. a. durch zentrale Träger des Gesundheitssystems. Grundsätzlich sollte hier Kostendeckung angestrebt werden (z. B. durch Versicherungen oder die öffentliche Hand; vgl. z. B. Mahlke et al. 2015a). Der Review von Walker und Bryant (2013) schlussfolgert, dass Peer-BeraterInnen ein entsprechendes Training durchlaufen und die Möglichkeit zur Supervision haben sollen (vgl. ebenso Repper & Carter 2011). Des Weiteren sollen die Rollen des Peer-Support sowohl im Arbeitsfeld als auch in der jeweiligen Organisation klargestellt und spezifiziert werden (vgl. auch Mahlke et al. 2014). Es ist zu vermuten, dass der Einsatz von Peer-Beratung, bei dem die Stärken von psychiatriee erfahrenen Personen gezielt entfaltet werden können, auch am effektivsten ist (vgl. Davidson et al. 2012). Außerdem wird im Rahmen von Übersichtsarbeiten wiederholt darauf

⁸ Die DGPPN (2013) schreibt in ihren S3-Leitlinien „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“: „Peer-Beratung kann die Erreichbarkeit und Compliance von Patienten und Angehörigen verbessern.“ (ebd., 157, Statement 13; vgl. z. B. auch Ruppelt et al. 2015; Kempen 2008, 26f.; Sells et al. 2006)

hingewiesen, dass die Implementierung von Peer-Beratung in den einzelnen Organisationen gut vorbereitet werde sollte (vgl. Pitt et al. 2013; Mahlke et al. 2014).⁹

3.4. Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für Peer-Support

In der Literatur wird immer wieder auf Bedingungen und Voraussetzungen verwiesen, die für die Implementierung und Durchführung von Peer-Support erfüllt sein sollten bzw. grundsätzlich von Vorteil sind. Es ist davon auszugehen, dass sich die positiven Effekte von Peer-Support nur unter angemessenen Rahmenbedingungen und einer entsprechenden Vorbereitungen, z. B. im Rahmen der Implementierung, entfalten können. Hierbei soll sowohl auf individuelle Eigenschaften, also auf Aspekte, die Peers mitbringen sollen, als auch strukturelle Rahmenbedingungen Bedacht genommen werden. An dieser Stelle sollen daher verschiedene förderliche Voraussetzungen und Bedingungen für die Tätigkeit als Peer-BeraterIn dargestellt werden. Die hier dargelegten Informationen basieren auf einer Literaturrecherche. Die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für Peer-Arbeit in Niederösterreich sowie mögliche Verbesserungspotentiale sind den Kapiteln 5 bis 8 zu entnehmen.

3.4.1. Individuelle Voraussetzungen und Eigenschaften von Peers

Um adäquat arbeiten zu können, sollten Peers:

- einen psychisch stabilen Zustand aufweisen¹⁰ (vgl. z. B. Solomon 2004, 398),
- ein gewisses Maß an Reflexionsfähigkeit mitbringen¹¹ (vgl. Bock 2009, 28),
- die Fähigkeit zur Abgrenzung aufweisen (vgl. z. B. Utschakowski 2016, 78; Burr & Winter 2016, 134) sowie
- für das jeweilige Tätigkeitsfeld geeignet und ausgebildet sein (vgl. Nussbaumer 2009, 218; Daszkowski 2012, 202).

⁹ Es gibt auch kritischere Stimmen. Lloyd-Evans et al. (2014) gehen auf der Grundlage ihrer Überblicksarbeit davon aus, dass in Bezug auf Peer-Support noch keine letztgültigen Empfehlungen abgegeben werden können, da die bisherigen Studien sowohl in den Ergebnissen stark variieren, als auch in Hinblick auf die untersuchten Populationen und Interventionen. Des Weiteren beklagen sie u. a. aufgrund methodischer Schwächen ein hohes Risiko an verzerrten Ergebnissen und Ergebnisdarstellungen. Es bedarf laut Lloyd-Evans et al. (2014) noch weiterer und intensiverer Forschung.

¹⁰ Außerdem sollte die psychiatrienerfahrene Person keine akute Suchterkrankung aufweisen, „[because the] abuse of substances is likely to interfere with meeting their job responsibilities and successful social functioning“ (Solomon 2004, 398).

¹¹ Hierzu ein Beispiel: Nach Bock (2009) sollten Peers „um die Besonderheit der eigenen Erfahrung wissen“; „in der Lehre und bei Hilfeangeboten die Perspektive der Angehörigen bedenken und reflektieren können und sich dabei der Unterschiedlichkeit der Angehörigen bewusst sein“; des Weiteren sollten sie auch „um die Subjektivität der Professionellen wissen“ (ebd., 28).

Tabelle 1: Überblick über potentielle Vorteile von Peer-Support auf Mikro-, Meso- und Makroebene

| Mikroebene | Mesoebene | Makroebene |
|--|---|---|
| <p>„Peer an sich“:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung, Sinnstiftung, Steigerung von Wohlbefinden, Lebensqualität und Resilienz • Stärkung des Selbstbewusstseins, des Selbstbildes des einzelnen Peers • Möglichkeit, Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu bekommen <p>„Peer und KlientIn“:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bessere Beratung durch einen gemeinsamen Erfahrungshintergrund • KlientInnen fühlen sich von Peer-BeraterInnen besser verstanden; empathischere Beziehung • Leichtere Kontaktaufnahme • Vermittlung eines positiven Rollenmodells und einer optimistischen Grundhaltung durch die Peers <p>„Peer im Team und für das Team“:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peers als (gleichberechtigte) KollegInnen bieten für „professionelle“ MitarbeiterInnen vermehrt Lerngelegenheiten und erhöhen die Akzeptanz sowie die Empathie | <p>(Träger-)Organisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Einsatz von Peers als Qualitätskriterium für die jeweilige Organisation bzw. Trägerorganisation • Bessere Erreichbarkeit des Klientels durch Peers • Bessere Vertretung von Betroffenen, ihrer Perspektive und ihrer Anliegen durch Peers (Repräsentationsfunktion) • In vielen Fällen und in vielen Dimensionen zumindest gleichwertiger Outcome im Vergleich zur Regelversorgung • Aufdecken von „blinden Flecken“ in der Organisation durch Peers | <p>Gesellschaftliche Teilhabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peer-Support als Mittel zur Umsetzung gesellschaftlicher Forderung nach Empowerment, mehr Autonomie und mehr Teilhabe. • Stärkung des Selbstbildes und Verbesserung der Wahrnehmung von Betroffenen seitens der Gesellschaft. • Förderung eines positiveren Fremdbildes, von Entstigmatisierung und Dialog. <p>Volkswirtschaftliche Kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volkswirtschaftliche Vorteile, z. B. durch Schaffung von Arbeitsplätzen am „ersten Arbeitsmarkt“ und die damit verbundenen Steuern und Sozialversicherungsabgaben. |

Quelle: eigene Tabelle (bereits in etwas anderer Form veröffentlicht in Schöny et al. 2015, 125; sowie in Gruber et al. 2018c, 242)

Neben diesen zentralen Voraussetzungen können – z. B. im Rahmen einer Stellenausschreibung für Peer-Support oder Genesungsbegleitung – weitere persönliche Qualitäten eine Rolle spielen, beispielsweise bestimmte soziale Kompetenzen (z. B. Teamfähigkeit), EDV-Kenntnisse oder Flexibilität (für eine Liste gängiger Kriterien bei der Auswahl von Peer-BegleiterInnen siehe Utschakowski 2015, 58). Es ist zu beachten, dass viele der notwendigen Kompetenzen im Zuge einer Peer-Ausbildung bzw. Ausbildung für Genesungsbegleitung erworben werden. Hier ist zu beachten, dass Ausbildungen in diesem Bereich durchaus anspruchsvoll sind und von den TeilnehmerInnen einiges abverlangen.

3.4.2. Anzahl und Zusammensetzung der Peer-MitarbeiterInnen

Anzahl: Das Ausmaß von Peer-Support fällt von Organisation zu Organisation immer noch sehr unterschiedlich aus. „Peer-delivered services“ bzw. von Peers geleitete Vereine haben in der Regel einen sehr hohen Anteil an MitarbeiterInnen mit Psychiatrieerfahrung. Solche Organisationen gibt es in Österreich nicht viele; in der Regel arbeiten dort die Peer-MitarbeiterInnen unentgeltlich; bzw. werden häufig nur Teile der mit der Beratung verbundenen Kosten abgegolten (vgl. auch Kapitel 4.1). Im stationären Bereich werden pro Krankenhaus bzw. psychiatrischer Station nur wenige Peers eingesetzt. Die Zahlen bewegen sich – zumindest in Österreich – meist im niedrigen einstelligen Bereich (für Niederösterreich siehe hierfür Kapitel 5.1.3). Im Rahmen des „Hamburger Peer-Projekts“, das seit 2011 Peer-Beratung anbietet, kann Peer-Beratung an allen Klinik-Standorten in Anspruch genommen werden. Je Standort sind dort in der Regel zwei Peer-BegleiterInnen und ein bzw. eine Angehörigen-Peer-BegleiterIn tätig¹² (vgl. Ruppelt et al. 2015). Im sozialpsychiatrischen Versorgungsbereich in Österreich ist die Quote jener Organisationen, die Peers einsetzen, wohl als gering zu bezeichnen. Bei pro mente OÖ sind gegenwärtig zwölf Peer-BeraterInnen angestellt (geringfügig oder in Teilzeit), die eine breite Variation von Tätigkeiten verrichten. Dies entspricht einem Anteil von etwas weniger als 1 Prozent aller gegenwärtig angestellten Personen bei pro mente OÖ. Monheimius (2016, 211) beschreibt ein Unternehmen im Rhein-Sieg-Kreis in Deutschland, das stationäre Wohngruppen mit insgesamt 57 Plätzen betreibt. Diese Organisation beschäftigt fünf Peers. Grundsätzlich stellt sich die Frage, wie viele Peers im stationären und außerstationären Bereich insgesamt möglich und zu empfehlen sind. Der potentielle Anteil an Peer-MitarbeiterInnen wird sich von Standort zu Standort wohl stets etwas unterscheiden (vgl. auch Utschakowski 2015, 55). Spiegelberg schätzt in einem Beitrag, der im Jahre 2009 erschienen ist, dass „[e]in Anteil von 3 –

¹² Bei Bedarf können punktuell auch mehr Peers eingesetzt werden. In der Regel sind die Peer-BegleiterInnen dort geringfügig angestellt (vgl. Ruppelt et al. 2015, 260).

5 Prozent Peers als Ziel für die Beschäftigungsquote in den nächsten fünf Jahren [...] bereits bedeutsam“ (2009, 143) und realistisch wäre.

Zusammensetzung: Sofern mehrere Peer-MitarbeiterInnen angestellt werden, ist darauf zu achten, dass die Gruppe der Peers in einer Organisation hinsichtlich bestimmter Eigenschaften nicht zu „homogen“ ist. Das bedeutet, es sollte z. B. unter den Peers eine Vielfalt von Erfahrungshintergründen vorherrschen. So kann – etwa im Rahmen von Peer-Beratung – auch den verschiedenen Erfahrungen der KlientInnen eher entsprochen werden.¹³ Um möglichst viele Bevölkerungsgruppen anzusprechen und zu erreichen, sollte Peer-Beratung außerdem kulturell und auch geschlechtsspezifisch divers gestaltet werden (vgl. Solomon 2004, 399). Utschakowski (2016b, 77, in Bezugnahme auf Mead 2007) empfiehlt außerdem, dass pro Organisation mindestens zwei Peers bzw. GenesungsbegleiterInnen angestellt werden sollten (vgl. auch Peer+ 2016, 10). Dies verteilt die Verantwortung der Peer-Arbeit auf mehreren Schultern und gewährleistet Möglichkeiten des Austauschs, die Präzision der eigenen Rolle sowie mehr Vielfalt im Team (in ähnlicher Weise vgl. auch Afting-Ijeh & Etspüler 2016, 141f). Liegt der Fokus der Peer-Begleitung auf der direkten Unterstützung einzelner Betroffener (z. B. im stationären Setting oder auch in Wohngruppen), empfiehlt Utschakowski (2015, 69) Betreuungsteams zu bilden. In diesem Falle übernehmen sowohl eine Fachkraft als auch ein/e Peer-BegleiterIn die Bezugsbetreuung für eine/n KlientIn.

3.4.3. Rahmenbedingungen und Voraussetzungen am Arbeitsplatz

Ergänzende Leistung: Zunächst ist festzuhalten, dass Peer-Support als eine Ergänzung zu anderen Einrichtungen und Leistungen begriffen werden sollte (vgl. Knuf 2016, 45f.; Utschakowski 2015, 12; Spiegelberg 2009, 141; Solomon 2004, 399). Dementsprechend sollten Peer-MitarbeiterInnen stets zusätzlich zum restlichen Personal – und unter der Bedingung angemessener Bezahlung – angestellt werden.¹⁴

Freiwilligkeit: Der Konsum einer Leistung durch Peer-Support – so Solomon (2004, 398) – sollte freiwillig sein. Äußert eine Person mit psychischen Problemen das Anliegen, nicht von

¹³ Knuf (2016, 48) weist darauf hin, dass die Erfahrungen, z. B. in Bezug auf die stationäre Aufenthalte, zwischen Peer und betroffener Person nicht zu unterschiedlich sein. „Andernfalls werden die Peerbegleiter von den Teilnehmenden nicht als ‚ihresgleichen‘, das heißt letztlich gar nicht als Peers erlebt.“

¹⁴ In Bezug auf diesen Aspekt ist laut Knuf (2016, 45) besondere Vorsicht geboten. So ist darauf zu achten, dass Peer-Support nicht als Mittel zur Kostenreduktion instrumentalisiert oder gar missbraucht wird (vgl. auch Utschakowski 2012). Knuf schreibt hierzu explizit: „Peers und ihre Erfahrungen dürfen nicht von den Institutionen und dem Gesundheitssystem missbraucht werden. Das wäre beispielsweise der Fall, wenn Peers vornehmlich aus Spargründen eingesetzt werden und zukünftig professionell Tätige ersetzen sollen. Diese Gefahr wird meiner Meinung nach in der aktuellen Peerdiskussion unterschätzt und ist in verschiedenen Ländern, die bereits intensiver mit Peerkonzepten arbeiten, zu beobachten.“

psychiatrieerfahrenen Personen beraten zu werden, sollte diesem Wunsch Folge geleistet werden. Diese Voraussetzung ist v. a. bei „klassischen“ Beratungsleistungen zu beachten. Der Aspekt der Freiwilligkeit muss jedoch kontext- bzw. leistungsbezogen betrachtet werden. Hierzu ein Beispiel: Im „Netzwerk integrierte Gesundheitsversorgung“ in Berlin sind Peers fixer Bestandteil der aufsuchend arbeitenden und multiprofessionellen Teams. Die Peer-MitarbeiterInnen werden in der Regel nicht bzw. nur nach Aufforderung als solche benannt; die Peers haben in diesem Kontext keine „Add-on-Rolle“ (vgl. Spangenberg & Majewsky 2016, 145). Das heißt, im Rahmen dieser Versorgungsleistung kommt es häufig zu gar keiner expliziten und freiwilligen Entscheidung in Bezug auf die Unterstützung durch Peer-MitarbeiterInnen. In diesem Zusammenhang scheinen Peer-MitarbeiterInnen bereits Teil einer „gelebten Normalität“ zu sein.

Rollen und Rollenerwartungen: Die Aufgaben, Funktionen sowie Rollen der Peer-MitarbeiterInnen sollten gut ausverhandelt, klar definiert und transparent sein (vgl. Heumann et al. 2019; Utschakowski 2016b, 78; Afting-Ijeh & Etspüler 2016, 139ff.; Mahlke et al. 2014).¹⁵ Sind die Rollen nicht klar definiert, kann dies zu Rollenkonflikten sowie zu Konflikten zwischen den Peer-BegleiterInnen und den anderen MitarbeiterInnen führen. Letzteres ist v. a. dann der Fall, wenn sich „professionelle“ MitarbeiterInnen in ihrer Position bzw. Legitimation gefährdet fühlen. V. a. in der Phase der Einführung von Peer-Support haben „Profis“ aufgrund der notwendigen Unterstützung der Peers häufig mit einem höheren Arbeitsaufwand zu rechnen (vgl. z. B. Amering 2016, 65f.; Höflacher 2009, 153). Außerdem ist zu berücksichtigen, dass Peers manchmal weniger belastbar als ihre KollegInnen sind.¹⁶ Um auch hier Konflikte zu vermeiden, sollte dies entsprechend kommuniziert und der Mehraufwand abgedeckt werden. Hierfür können z. B. Angebote zur gemeinsamen Supervision, Austauschtreffen, Reflexionsrunden oder gemeinsame Fortbildungen hilfreich sein (vgl. Amering 2016, 65f.; Afting-Ijeh & Etspüler 2016, 139f.; Sielaff 2016b, 197f.). Des Weiteren sollten die Anforderungen an die Position und die Rolle des Peer-Supports nicht zu niedrig und nicht zu hoch sein (vgl. Utschakowski 2016b, 77). Im Sinne des Empowerment – so schreiben Afting-Ijeh und Etspüler (2016, 141) – sollen die Genesungsbegleiter in ihrer eigenen Rolle gestärkt und ermutigt

¹⁵ Hier ist aber auch darauf zu achten, dass der Handlungsspielraum von Peers nicht unnötig eingeschränkt wird; denn ein wesentlicher Vorteil von Peer-BegleiterInnen ist, dass diese in der Regel „freier und unabhängiger von institutionellen Verpflichtungen tätig werden können [und sollen]“ (Heumann et al. 2019, 39; vgl. auch Utschakowski 2015, 20).

¹⁶ Höflacher (2009, 155) berichtet etwa, dass psychiatrieerfahrene Menschen oftmals nicht so belastbar und zuverlässig sind. „Dies zu akzeptieren und flexible Vertretungen zu finden, ist eine Voraussetzung [...]“ (ebd.). Diese Forderung führt jedoch zu einem Problem: Einerseits wollen Peers als gleichgestellte MitarbeiterInnen angesehen werden, andererseits fordern sie in vielen Situationen Nachsicht ein (vgl. Nussbaumer 2009, 221). Dies birgt Konfliktpotential (v. a. mit professionellem Personal). Die Annahme einer geringeren Belastbarkeit darf jedoch nicht verallgemeinert werden. Utschakowski (2015, 23) postuliert etwa Gegenteiliges. Kommt es dennoch zu Überlastung, ist dies in der Regel den arbeitsbezogenen Rahmenbedingungen geschuldet (vgl. ebd., 26). Grundsätzlich ist wohl anzunehmen, dass es bei Peer-MitarbeiterInnen – sowie in der Allgemeinbevölkerung auch – in Bezug auf Belastbarkeit relativ große interindividuelle Unterschiede gibt.

werden. Dadurch soll vermieden werden, dass sich Genesungsbegleiter an Professionelle angleichen und keine Unterscheidungen mehr aufweisen und sich – z. B. aufgrund eines zu großen Gruppendrucks – nicht mehr trauen in eine Auseinandersetzung mit den ProfessionistInnen zu gehen (vgl. auch Eikmeier 2016, 235).¹⁷

Bezahlung/Entlohnung: Peer-MitarbeiterInnen sollten – entsprechend ihrer Ausbildung, Funktionen und Aufgaben – angemessen entlohnt werden (vgl. u. a. Knuf 2016, 45f; Utschakowski 2016b, 78; Utschakowski 2015, 54f.; Daszkowski 2012). Dies ist zum einen mit Gerechtigkeitserwägungen zu begründen: Peer-BegleiterInnen sollen für ihre Tätigkeit und Leistung dieselbe (finanzielle) Anerkennung erhalten wie alle anderen MitarbeiterInnen. Dies kann auch das Empowerment der psychiatrieerfahrenen Personen befördern. Zum anderen können Stellen mit entsprechender Entlohnung weniger leicht als Mittel zur Kosteneinsparung instrumentalisiert werden (vgl. Knuf 2016, 45).¹⁸ In Bezug auf die Bezahlung sind auch strukturelle Aspekte zu berücksichtigen. So beziehen viele Menschen mit psychischen Problemen eine Berufsunfähigkeitspension. Verdienen diese Personen zu viel hinzu, verlieren sie häufig ihre Pensionsansprüche. Dies wirkt als „Motivationsdämpfer“ auch für Menschen, die an einer Anstellung als Peer interessiert wären (vgl. Nussbaumer 2009, 224; für eine Abschätzung des möglichen Umfangs professioneller und damit auch bezahlter Stellen für Peer-BegleiterInnen in Niederösterreich siehe Kapitel 5.3.; für niederösterreichbezogene Empfehlungen, die auch die Bezahlung betreffen siehe Kapitel 8).

Teams und Supervisionen: In der Literatur wird vereinzelt berichtet, dass Peers bzw. GenesungsbegleiterInnen „gleichberechtigt an allen stationsinternen (Übergaben, Behandlungskonferenzen, Teamsitzungen, Supervisionen etc.) und stationsübergreifenden Gruppen“ (Lacroix 2016, 204) teilnehmen. Die Teilnahme an den genannten Sitzungen muss jedoch in der Regel an bestimmte Rahmenbedingungen angepasst werden, wie z. B. an das Stundenausmaß, das dem bzw. der GenesungsbegleiterIn zur Verfügung steht, oder nach den spezifischen Aufgaben, die Peer-MitarbeiterInnen zu erfüllen haben. Neben Supervision sollte auch Zeit für intervisorische Maßnahmen sein.

¹⁷ Eine qualitative Untersuchung von Heumann et al. (2019) weist ebenfalls darauf hin, dass „die Integration in die stationären Teams als ein besonderes Risiko für den Verlust der spezifischen Rolle“ (ebd., 37) der GenesungsbegleiterInnen zu betrachten ist. Es ist anzunehmen, dass in diesem Fall Peers nicht mehr so gut auf „blinde Flecken“ in der Organisation hinweisen können.

¹⁸ In Deutschland wird die Bezahlung der Peer-BegleiterInnen teilweise an die Bedürfnisse der psychiatrieerfahrenen Personen angepasst. Dort ist die „Bandbreite der Vertragsverhältnisse [...] sehr unterschiedlich und wird durch die individuellen Vorstellungen der einzelnen Genesungsbegleiter bestimmt. Es geht von Aufwandsentschädigungen über 450-Euro-Jobs bis hin zu ganz regulären Arbeitsverträgen (in der Regel wird Teilzeit gewünscht) mit allen Rechten und Pflichten eines Arbeitnehmers.“ (Afting-Ijeh & Etspüler 2016, 140)

Ressourcen und Dokumentation: Die Peer-MitarbeiterInnen sollten jene arbeitsbezogenen Ressourcen zur Verfügung gestellt bekommen, die für die Erfüllung ihrer Aufgaben notwendig sind und die in der jeweiligen Organisation als „Standard“ gelten. Peer-MitarbeiterInnen sollten ihre Arbeit – gemäß der etablierten Organisationskultur – dokumentieren.

3.4.4. Vorbereitung und Implementierung von Peer-Support

Vorbereitung/Einführung: Entscheidet sich eine Organisation dazu Peer-Support einzuführen bzw. anzubieten, ist zunächst zu klären, inwieweit unter der Belegschaft die notwendige Offenheit und Bereitschaft dafür besteht (vgl. Utschakowski 2015, 14ff.). Bereits hier kann durch „Überzeugungsarbeit“ u. a. Konflikten, Ängsten und aufkeimendem Konkurrenzdenken vorgebeugt werden. Bereits in der Anfangsphase können gemeinsame Schulungen, die die Vorteile und Aspekte einer adäquaten Implementierung von Peer-Support unterrichten, sinnvoll sein (vgl. z. B. Davidson 2012, 127; Utschakowski 2015, 32f.).¹⁹ Um die Implementierung von Peer-Support zu unterstützen sind nach Utschakowski (2015, 20) noch weitere kooperationsfördernde Maßnahmen denkbar. Um das gemeinsame „Commitment“ zu stärken, können Fachkräfte und Peer-MitarbeiterInnen zu Beginn des Projekts eine gemeinsame Vision formulieren; des Weiteren können erste Erfolge im Implementierungsprozess aufgegriffen und breit kommuniziert werden. Um den Einstieg für Peer-MitarbeiterInnen zu erleichtern, sollte ein Einführungs- und Einarbeitungsplan erstellt und eine Ansprech- bzw. Vertrauensperson („MentorIn“) für den oder die neue MitarbeiterIn festgelegt werden (vgl. ebd., 59ff.).

Monitoring: Um u. a. Konflikte zwischen Peer-BegleiterInnen und „Profis“, die z. B. aufgrund von Rollenunsicherheiten, Abwehrhaltungen oder befürchteter Konkurrenz entstehen können, zu vermeiden, ist bei der Implementierung von Peer-Support genügend Zeit einzuplanen. Hier ist es zentral, die Anliegen, Bedenken und Ängste der MitarbeiterInnen ernst zu nehmen (für einen Überblick zu möglichen Sorgen auf der Seite der ProfessionistInnen siehe Blickle 2016; Eikmeier 2016, 234ff.). Um den Austausch und die Abstimmung im Arbeitsprozess gewährleisten und etwaigen Konflikten und Belastungen zuvorkommen zu können, ist v. a. in der Anfangsphase – aber auch über diesen Zeitraum hinweg – ein Monitoring zu empfehlen. Ein solches Monitoring kann sich z. B. aus gemeinsamen Reflexionen, MitarbeiterInnengesprächen, kollegialen Treffen, Krisengesprächen, Lenkungsgruppen und gemeinsamen Fortbildungen zusammensetzen (vgl. Lacroix 2016, 205ff.).

¹⁹ Nach einer Schulung oder einem Workshop dieser Art sollte der Implementierungsprozess anhand der gelernten bzw. erarbeiteten Inhalte dauerhaft reflektiert werden, z. B. in Hinblick auf die Rahmenbedingungen und mögliche „Stolpersteine“ in der Zusammenarbeit von Fachkräften und Peer-MitarbeiterInnen (vgl. Utschakowski 2015, 33f.).

Dadurch kann auch der Mehraufwand für die „professionellen“ MitarbeiterInnen, der häufig zu Beginn der Einführung von Peer-Support entsteht, besser ausgeglichen werden (vgl. u. a. Burr & Winter 2016, 133f.). Unter diesen Voraussetzungen können die Integration von Peer-MitarbeiterInnen und die Entfaltung ihrer Kompetenzen gut gelingen.

Definition der Funktionen/Aufgaben und Stellenbeschreibung: Im Rahmen der Implementierung sollten die Funktionen und Aufgaben der Peer-BegleiterInnen in der jeweiligen Organisation bzw. Abteilung möglichst umfassend beschrieben und schriftlich festgehalten werden. Entlang der Ziele, Funktionen und Aufgaben der Peer-Begleitung sollte eine Stellenbeschreibung angefertigt werden. Utschakowski (2015, 50ff.) empfiehlt, die Stellenbeschreibung zu Beginn nicht vollständig zu fixieren und dass sie bei Festlegung mit den Erwartungen des/der jeweiligen Peer-MitarbeiterIn übereinstimmt. Man sollte sich auch nicht scheuen Stellenbeschreibungen flexibel handzuhaben, das heißt, diese bei Bedarf auch wieder abzuändern (vgl. ebd., 51). In Stellenbeschreibungen können u. a. folgende Aspekte festgehalten werden: Grundsätze, Einsatzort(e), Position in der Organisation, Zielgruppe(n) und Zielsetzung(en), Anforderungen (z. B. Ausbildung), Arbeitsgrundsätze und -organisation (z. B. auch Verhältnis und Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften), Aufgabenbereiche und Tätigkeiten, Weiterbildung sowie Vereinbarungen bezüglich Supervision.²⁰

Finanzierung: Die bisherige Erfahrung zeigt, dass es zentral ist, vor der Ausbildung von Peers die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Peers auch Arbeit finden. Das heißt, es sollten Arbeitsmöglichkeiten geschaffen werden. In manchen Ländern erklärten sich die entsprechenden Gebietskörperschaften bereit die Finanzierung zu übernehmen (für ein Beispiel siehe Oberösterreich, Kapitel 4.2; für andere Empfehlungen/Beispiele in diese Richtung vgl. z. B. Mahlke et al. 2015a; Afting-Ijeh & Etspüler 2016, 143).²¹ Auch wenn Peers zusätzlich zum restlichen Angebot tätig sein sollen, erscheint es sinnvoll Peer-Support aus dem Regelhaushalt zu finanzieren (der jedoch dementsprechend aufgestockt werden muss). Dies stützt die „Normalisierung“ und die Selbstverständlichkeit von Peer-Begleitung (vgl. Afting-Ijeh & Etspüler 2016, 140).

3.5. Tätigkeitsfelder und Einsatzgebiete von Peers

Folgt man Becker et al. (2008, 114) kann die Beteiligung von Betroffenen im Allgemeinen u. a. auf den folgenden Ebenen erfolgen:

- Beteiligung bei der Entwicklung und Implementierung von Versorgungsleistungen;

²⁰ Für Beispiele von Stellenbeschreibungen für GenesungsbegleiterInnen siehe Utschakowski (2015, 77ff.).

²¹ Hier ist zu beachten, dass diese Form der Finanzierung im Vorfeld einige gesetzliche Änderungen voraussetzt.

- Beteiligung bei der Durchführung von Versorgungsleistungen (durch Peer-Beratung, Weiterbildung etc.);
- Beteiligung bei der Evaluierung von Leistungen bzw. im Bereich der psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Forschung;
- Beteiligung auf politischer Ebene bzw. Leitungsebene, z. B. im Bereich der Interessenvertretung und Kontrolle/Leitung.

In Bezug auf den Grad bzw. des Kompetenzausmaßes können verschiedene Stufen der Beteiligung differenziert werden. Hier sollen die folgenden drei Formen unterschieden werden (in Anlehnung an Krumm & Becker 2006; siehe zusammenfassend auch Gruber et al. 2018c, 243):

- „Consultation“: Beratung oder Interessenvertretung;
- „Collaboration“: Beteiligung von Betroffenen an Entscheidungsprozessen (z. B. in Gremien);
- „Peer-Control“: Leitungsfunktion bzw. Kontrolle durch Betroffene.

Des Weiteren kann der Einbezug von Peers – systematisch – nach verschiedenen Dimensionen strukturiert und gegliedert werden, wie z. B. (für die Aufzählung siehe auch Gruber et al. 2018c, 240):

- Nach der Form der Leistung (siehe etwa Utschakowski et al. 2009; 2016):
 - stationär und
 - außerstationär/ambulant.
- Nach der Form der Beteiligung (vgl. Solomon 2004):
 - „Peer-delivered services“ und
 - „Peer employees“.
- Nach der Form der Beziehung zu Betroffenen/KlientInnen (vgl. Davidson et al. 2006):
 - symmetrisch (Beziehung auf „Augenhöhe“) und
 - asymmetrisch (hierarchische Beziehung).
- Nach dem Setting (z. B. im Bereich Beratung):
 - Einzelsetting (z. B. Einzelberatung) und
 - Gruppensetting (z. B. Gruppenberatung).

Bereits diese Unterscheidungen verdeutlichen, dass die Einsatzgebiete von Peers sehr umfangreich sind bzw. sein können. In der nachfolgenden Tabelle 2 werden verschiedene Einsatzgebiete und Tätigkeitsbereiche für Peers skizziert und anhand von Beispielen aus dem nationalen und internationalen Kontext verdeutlicht.

Eine etwas andere Perspektive auf die Tätigkeiten von Peer-BegleiterInnen vermittelt die Frage nach den Funktionen von Peer-Arbeit bzw. Genesungsbegleitung. Ihre Darlegung verdeutlicht auch die

möglichen Unterschiede zwischen der Tätigkeit von Peer-MitarbeiterInnen und anderen Fachkräften. Utschakowski (2015, 46ff.) definiert folgende Funktionen:

- Vermittlung von Hoffnung und der Möglichkeit von Recovery;
- Lebensnahes Rollenvorbild (v. a. durch ähnliche Erfahrungen);
- Praktische Unterstützung (z. B. im Umgang mit Krankheitssymptomen);
- Austausch über gemeinsame Sprache (auf der Grundlage eines gemeinsamen Erfahrungshintergrunds);
- Sinnstiftung (z. B. in Bezug auf die Erkrankung/Symptomatik);
- Minderung der Schwellenangst in der Organisation (bessere Erreichbarkeit von Zielgruppen),
- Emotionale Unterstützung (z. B. durch empathisches Zuhören);
- Sicherstellung einer partizipativen Unterstützung/Behandlung (z. B. Sicherstellung, dass der/die Betroffene miteinbezogen wird);
- Brückenbildung und Schnittstellenmanagement (z. B. Kontakt zu Fachkräften oder anderen Unterstützungsleistungen fördern);
- Inklusion und Kontakt zu Gemeinden (z. B. Unterstützung bei der Kontakt mit sozialen Umfeld, Netzwerken und Angeboten im sozialen Nahraum);
- Gewährleistung individualisierter Unterstützung (z. B. durch das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse);
- Impulse für die Qualitätssicherung (z. B. auf der Grundlage einer dialogischen Perspektive).

Neben den in Tabelle 2 dargelegten Arbeitsfeldern gibt es noch weitere Funktionen und Tätigkeitsfelder, in denen Peers aktiv sind bzw. werden können. Diese Tätigkeiten könnten auch Teil der Aufgaben im Rahmen einer Stelle in einer Organisation sein. Utschakowski (2015, 12) nennt neben „klassischen“ Einsatzgebieten – u. a. Tätigkeiten in den Bereichen Fallsupervision, Fürsprache sowie Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement. Monheimius (2016) beschreibt ein Unternehmen in Deutschland, das in mehreren Gemeinden stationäre Wohngruppen für Menschen mit psychischen Problemen anbietet und Peers in der Unterstützung der Betroffenen facettenreich einsetzt; u. a. in der Präventionsarbeit (z. B. in Schulprojekten), in Form von aufsuchender Tandemberatung („Profi“ und Peer gemeinsam), in der Arbeits- und Ergotherapie sowie in der Angehörigenberatung und Aufklärungsarbeit (vgl. ebd., 214).

Tabelle 2: Zentrale Tätigkeitsfelder/Einsatzgebiete für Peers

| Tätigkeitsfeld/ Einsatzgebiet | Beispiel(e)/Hinweise |
|---|---|
| Peer-Beratung im stationären Kontext | Peer-Beratung bzw. Genesungsbegleitung ist im stationären Kontext weit verbreitet und wurde auch in einigen Regionen in Österreich, wie z. B. in Stationen und Kliniken in Niederösterreich und Tirol, eingeführt (für einen Bericht zur Implementierung in Niederösterreich siehe z. B. Denk & Weibold 2016). Zur Effektivität von Peer-Beratung gibt es bereits zahlreiche Forschungsergebnisse (für eine Studie in Hamburg siehe z. B. Ruppelt et al. 2015; siehe auch Kapitel 3.3) sowie aufschlussreiche Erfahrungsberichte (siehe z. B. Schulz 2016). |
| Peer-Beratung im außerstationären Kontext | Peer-Beratung kann auch im außerstationären Setting angeboten werden. So bieten in Österreich einige Vereine Leistungen dieser Form an. Der Verein Omnibus in Vorarlberg berät beispielsweise betroffene Menschen u. a. im Rahmen von Einzelgesprächen, die sowohl in persönlicher Form, aber auch telefonisch oder online erfolgen können. ²² Die Unterstützung durch Peers im außerstationären Setting kann aber auch sehr innovative Formen annehmen. In Berlin werden etwa Psychiatererfahrene im Rahmen der „integrierten Versorgung“ eingesetzt. Dabei behandeln mobile und multiprofessionelle Teams KlientInnen in ihrem gewohnten Lebensumfeld. So sollen Krankenhausaufenthalte vermieden werden. (vgl. Spangenberg & Majewsky 2016) |
| Krisenintervention und -bewältigung | Ein weiteres Tätigkeitsfeld ist die Krisenintervention und -bewältigung. Greenfield et al. (2008) verweist etwa in einem Überblicksartikel auf eine Studie, die zeigt, dass Krisenintervention mit Peer-Beteiligung – im Vergleich zu „gewöhnlicher“ Krisenintervention – gleich gute und in Bezug auf manche Kriterien, wie Zufriedenheit und Symptomatik, sogar bessere Ergebnisse zeigt (vgl. zusammenfassend auch Utschakowski 2016b, 19f.; für eine weitere Studie siehe z. B. Lyons et al. 1996). In Berlin gibt es bereits seit mehreren Jahren eine „Krisenpension“. Sie leistet Unterstützung für Menschen in akuten Krisen. Die Krisenpension wird multiprofessionell und dialogisch geführt: Das heißt, „Experten durch Beruf [...], Experten durch Erfahrung (Betroffene) und Experten durch Begleitung (Angehörige und Laienhelfer) arbeiten gleichberechtigt zusammen“ (Mücke & Raetzer 2009, 157). ²³ |
| Freizeitangebot, Tageszentren und Clubhäuser | Peers können auch im Rahmen von Freizeitangeboten eingesetzt werden. Utschakowski (2015, 12) nennt in diesem Zusammenhang beispielsweise Gruppenangebote, die „Aromatherapie bis zu Kochkursen“ reichen können. So gibt es etwa in Österreich viele Vereine von und für psychiatrienerfahrene Personen, die verschiedene Gruppenaktivitäten anbieten. Hier ist etwa der Verein Peer-Center Salzburg zu nennen, der u. a. Gesprächsgruppen mit Frühstück oder auch mit Aktivitäten, wie z. B. Malen, organisiert. ²⁴ Van Dorp (2009) beschreibt ein Tageszentrum für Menschen mit psychischen Problemen in den Niederlanden. Dieses wird von den Nutzern auf der Grundlage gemeinsam erstellter Regeln selbst geleitet. |

²² Für nähere Informationen siehe: <http://www.verein-omnibus.org/?mid=84&lid=1> (Datum des Zugriffs: 6. Mai 2019).

²³ Siehe auch: <https://www.pinel-netzwerk.de/angebote/krisenbegleitung/krisenpension/> (Datum des Zugriffs: 6. Mai 2019).

²⁴ Für nähere Informationen siehe: <https://www.peercenter.at/veranstaltungen.php> (Datum des Zugriffs: 29. April 2019).

| Tätigkeitsfeld/ Einsatzgebiet | Beispiel(e)/Hinweise |
|----------------------------------|--|
| Wohnen | Peers können auch im Kontext Wohnen eingesetzt werden, indem sie etwa das Betreuungsteam durch ihre Expertise aus Erfahrung unterstützen. Im Verein „Offene Herberge“ in Stuttgart werden psychiatrienerfahrene Personen bzw. GenesungsbegleiterInnen u. a. im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens eingesetzt (vgl. Höflacher 2009). Dieser Verein führt außerdem ein Clubhaus und bietet eine EX-IN-Ausbildung an. ²⁵ |
| Workshops und Seminare | Peers können etwa in niederschweligen Angeboten Erfahrungen weitergeben und dort als Vorbild bzw. motivierend wirken. In der Schweiz wurde von Pro Mente Sana vor einigen Jahren ein Projekt ins Leben gerufen, in dem speziell dafür trainierte Peers dazu befähigt wurden spezielle Gruppenangebote anzubieten. In diesen „Gesundheit ist ansteckend!“-Gruppen tauschten sich die Peers mit anderen Betroffenen über Genesungserfahrungen und deren Bedingungen aus. Diese Veranstaltungen fanden u. a. in Wohngruppen, Tagesstätten, Selbsthilfegruppen statt. Zusätzlich wurde eine DVD mit Portraits von genesenen Betroffenen erstellt. (Darstellung nach Knuf 2016, 47f.) Im Rahmen eines weiteren Angebots in der Schweiz leiteten Peers Seminare für den Austausch von Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen, u. a. in Bezug auf Stigmatisierung, an. Diese Seminare trugen den Titel „In Würde zu sich stehen“ und wurde 2013 mit dem Preis „Prix Perspectives“ ausgezeichnet (vgl. Ventling & Zuaboni 2016). |
| Aus- und Weiterbildung | Peers können auch im Bereich der Aus- und Fortbildung tätig sein, indem sie etwa ihr gesammeltes Wissen – z. B. in der Peer-Ausbildung – weitergeben. Im Rahmen der EX-IN-Ausbildung wird z. B. stets in Tandems unterrichtet, sodass stets ein „Profi“ sowie eine betroffene Person bzw. ein Peer Inhalte vermittelt. Auch innerhalb von Organisationen können Peers Weiterbildungen für MitarbeiterInnen organisieren und anbieten (vgl. Utschakowski 2015, 12). Vor einigen Jahren wurde in Deutschland eine TrainerInnenkurs entwickelt, in und durch den EX-IN-AbsolventInnen Kompetenzen ausbilden, um selbst Lehrveranstaltungen im Rahmen der EX-IN-Ausbildung anleiten zu können (vgl. Utschakowski & Sielaff 2016). |
| Forschung und Evaluation | In einigen psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Forschungsprojekten werden Betroffene, also Peers, miteinbezogen; bzw. gibt es vereinzelt auch Forschungsabteilungen bzw. Institute, die von Usern geleitet werden. Hier ist etwa die Service User Research enterprise (SURE) ²⁶ zu nennen, das am Londoner Institute of Psychiatry angesiedelt ist, und wo WissenschaftlerInnen sowohl mit und ohne Psychiatrieerfahrung tätig sind (vgl. zusammenfassend Amering 2016, 69). Heumann et al. (2016) berichten von einer kontrollierten Studie zur Effektivität von Peer-Begleitung in psychiatrischen Krankenhäusern in Hamburg. Das gesamte Projekt und damit auch die Projektleistung waren dialogisch konzipiert und besetzt. |

Quelle: eigene Tabelle

²⁵ Für weitere Informationen siehe: <http://www.offene-herberge.de/> (Datum des Zugriffs: 6. Mai 2019).

²⁶ Für nähere Informationen siehe: <https://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/sure> (Datum des Zugriffs: 29. April 2019).

Bei pro mente OÖ werden Peers, die dort eine feste Anstellung erhalten, breitgefächert eingesetzt. Neben „klassischen“ Beratungstätigkeiten (im Einzel- oder Gruppensetting) zählen u. a. die folgenden Tätigkeiten zum Aufgabenbereich der Peers (Aufzählung vgl. pro mente OÖ 2016, 8):

- Abhaltung von Gesprächskreisen und Bewegungsrunden,
- Organisation von Ausflügen, Mithilfe im Kreativbereich,
- musikalische Begleitung (z. B. in Form von Klangjahren und Klangreisen),
- Weiterbildung und Vortragstätigkeit,
- Büro- und Kassaarbeit (z. B. administrative Tätigkeiten, Hol- und Bringdienste)
- Unterstützung beim Tagesgeschäft der Einrichtungen sowie
- Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die potentiellen Tätigkeitsfelder für Peers bzw. psychiatrienerfahrenen Personen vielfältig und weitläufig sind. Weiteren Ideen sind hier keine Grenzen gesetzt.²⁷ Abschließend ist festzuhalten, dass Peer-Support – so konstatiert etwa Solomon (2004, 398f.) – in möglichst vielen sozialpsychiatrischen Arbeitsbereichen Anwendung finden sollte; auch um möglichst vielen Menschen mit Psychiatrieerfahrung eine Arbeit zu ermöglichen.

²⁷ Natürlich ist hier darauf zu achten, dass sich die Peer-Arbeit nicht zu weit von ihrem Hauptanliegen – der Unterstützung von Betroffenen – entfernt.

4. Peer-Support im deutschsprachigen Raum: Good-practice-Beispiele

In Kapitel 3.5 wurden bereits einige Beispiele für verschiedene Formen und Einsatzgebiete von Peers im nationalen und internationalen Kontext angeführt. An dieser Stelle soll zunächst ein kurzer Überblick zur Verbreitung von Peer-Support in Österreich gegeben werden. Danach sollen einige Rahmenbedingungen von Peer-Support bzw. Peer-Beratung in Oberösterreich sowie in Deutschland und in der deutschsprachigen Schweiz etwas genauer dargestellt werden. Diese Beispiele können als Good-practice-Beispiele betrachtet werden.

4.1. Peer-Support in Österreich: ein Überblick

Die institutionelle Verankerung und Einbindung von psychiatrienerfahrenen Menschen ist in den einzelnen Bundesländern Österreichs unterschiedlich organisiert und geregelt. An dieser Stelle soll ein grober Überblick darüber gegeben werden, ob und wie sich die professionelle Einbindung von psychiatrienerfahrenen Personen, z. B. in Form Peer-Beratung bzw. Genesungsbegleitung, in den verschiedenen Bundesländern darstellt.

Das Augenmerk wird hier auf Leistungen gelegt, die mit der psychiatrischen bzw. psychosozialen Versorgung in Zusammenhang stehen. Angebote, die ihren Fokus auf die Unterstützung von Menschen mit körperlichen Behinderungen, Sinnesbeeinträchtigungen sowie kognitiven Beeinträchtigungen bzw. Lernschwierigkeiten legen, finden hier keine Berücksichtigung. Auch Angebote für angehörige Personen, so wie sie z. B. der Verein Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter in Österreich (HPE Österreich)²⁸ organisiert und anbietet, finden hier keine Beachtung. Die angeführten Punkte, z. B. zu den Angeboten in den einzelnen Bundesländern, erheben auch keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

²⁸ Für Informationen zur Bundesorganisation von HPE siehe: <https://www.hpe.at/home.html> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

Tabelle 3: Überblick zum Einsatz von Psychatrieerfahrenen in Österreich (Stand: Mai 2019)

| | Einsatz von Psychatrieerfahrenen ¹ | | Rechtliche Verankerung Peer-Arbeit (Landesgesetz) ⁴ | Rechtliche Verankerung des Berufsbildes (Landesgesetz) ⁵ | Eigene bundesland-bezogene Ausbildung (für Psychatrieerfahrene) ⁶ |
|-------------------------|---|-----------------------------|--|---|--|
| | stationär ² | außerstationär ³ | | | |
| Burgenland | × | × | × | × | × |
| Kärnten | ✓ | × | × | × | × |
| Niederösterreich | ✓ | ✓ | × | × | ✓ |
| Oberösterreich | × | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Salzburg | × | ✓ | × | × | × |
| Steiermark | × | ✓ | × | × | ✓ |
| Tirol | ✓ | ✓ | ✓ | × | × |
| Vorarlberg | ✓/× | ✓ | × | × | × |
| Wien | × | ✓ | × | × | ✓/× |

Selbsthilfe wurde nicht berücksichtigt

¹ Unabhängig ob ehrenamtlich oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses

² In manchen Bundesländern besuchen Psychatrieerfahrene Betroffene im Krankenhaus (z. B. in Vorarlberg)

³ Entweder in Vereinen oder im Rahmen von Anstellungen bei Trägerorganisationen

⁴ Zugrundeliegendes Landesgesetz, wie z. B. jeweiliges „Behindertengesetz“, „Chancengleichheitsgesetz“, „TeilhabeGesetz“ etc.

⁵ Zugrundeliegendes Landesgesetz, wie z. B. jeweiliges „Sozialberufegesetz“ etc.

⁶ In Niederösterreich wurde die heute österreichweite EX-IN-Ausbildung initiiert und bisher dreimal angeboten.

Quelle: eigene Tabelle

Die ersten beiden Spalten der Tabelle 3 geben einen Überblick darüber, ob es in den einzelnen Bundesländern Österreichs Angebote zum Thema „Peer-Support“ im stationären und/oder außerstationären Bereich gibt. Ein „grünes Häkchen“ wurde in diesem Fall dann vergeben, wenn es aktuell ein aktives Angebot im jeweiligen Bereich gibt, unabhängig davon, wie umfangreich die Leistungen sind, und unabhängig davon, ob sie im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses oder einer ehrenamtlichen Tätigkeit erbracht werden. Die dritte Spalte gibt an, ob Peer-Beratung oder Genesungsbegleitung im entsprechenden Landesgesetz, das die Unterstützungs- und Versorgungsleistungen von Menschen mit Beeinträchtigungen regelt, verankert sind. Die darauffolgende vierte Spalte gibt an, ob das Berufsbild der Peer-BeraterInnen bzw. Peer-

BegleiterInnen in dem jeweiligen Landesgesetz, das die jeweiligen Sozialberufe regelt, berücksichtigt wurde. Die fünfte und letzte Spalte verdeutlicht, ob im jeweiligen Bundesland eine eigene Ausbildung für Peers im psychiatrischen bzw. sozialpsychiatrischen Kontext implementiert wurde.

Im Burgenland gibt es – auf der Grundlage von Rechercheergebnissen – keine Initiativen bzw. keine gesetzliche Verankerung bezüglich Peer-Begleitung. In Kärnten hat sich im Jahre 2011 die Kärntner Empowerment Bewegung gegründet (pro mente Kärnten 2015, 11). Seit einiger Zeit führt diese Initiative in der psychiatrischen Abteilung des Landeskrankenhauses Villach Sprechstunden im Sinne der Devise „Betroffenen beraten Betroffenen“ durch (siehe z. B. Dachverband Selbsthilfe Kärnten 2017, 6). Eine rechtliche Verankerung eines solchen Angebots gibt es in Kärnten jedoch nicht.

In Niederösterreich werden sowohl im stationären als auch im außerstationären Bereich Beratungsleistungen von psychiatriee erfahrenen Menschen für andere Betroffene angeboten. In Bezug auf den stationären Bereich kann Genesungsbegleitung im Universitätsklinikum Tulln und im Landesklinikum Waidhofen/Thaya in Anspruch genommen werden (ausführlich siehe Kapitel 5.1). Im außerstationären Bereich ist es der Verein Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit (HSSG), der seit kurzem außerstationäre Beratungstätigkeiten in dieser Form organisiert (siehe v. a. Kapitel 6).

Oberösterreich zählt zu jenen Bundesländern, in denen das Angebot der Peer-Beratung am umfangreichsten ist. Diese ist sowohl im dortigen Chancengleichheitsgesetz (Oö. ChG) als auch im Sozialberufegesetz (Oö. SBG) verankert. Des Weiteren wurden dort auch immer wieder Ausbildungen für Peer-Beratung angeboten (siehe ausführlich Kapitel 4.2 und auch Kapitel 7.1).

In Salzburg ist es der Verein Peer Center – Psychosoziale Betroffenen Initiative, der peerbezogene Leistungen sowohl in Form von Gesprächsgruppen als auch durch Einzelgespräche erbringt. Des Weiteren konnte im Pinzgau eine Zweigstelle des Peer-Centers gegründet werden.²⁹ Der Verein wird vom Land Salzburg gefördert; eine rechtliche Verankerung der Peer-Beratung gibt es in diesem Bundesland jedoch nicht. Im stationären Bereich gibt es in Salzburg keine Leistungen aus dem Bereich Peer-Beratung und –Begleitung.

In der Steiermark ist es v. a. der Verein Achterbahn, mit Sitz in Graz, der verschiedene Angebote in Bezug auf Beratung und auf das Empowerment von Betroffenen setzt. Dieser Verein organisiert ein umfangreiches Gruppenangebot (u. a. Selbsthilfegruppen), berät Betroffene aber auch online, jedoch ohne explizite Bezugnahme auf Konzepte und Begriffe, wie Peer-Beratung oder

²⁹ Für weitere Informationen zum Peer Center Salzburg siehe: <https://www.peercenter.at/index.php> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

Genesungsbegleitung.³⁰ Der Verein Die Schwalbe – eine Wohn- und Beschäftigungsinitiative in Graz – wurde von Menschen mit Psychiatrieerfahrung initiiert und unterstützt v. a. Frauen in Lebenskrisen auf der Grundlage des Peer-Ansatzes.³¹ Im Herbst 2018 startete eine Ausbildung zum/r akademischen Peer-BeraterIn an der Fachhochschule Joanneum Graz, die im Zuge des Aktionsplans des Landes Steiermark für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention implementiert wurde.³² Der erste Lehrgang wird mit Fokus auf Menschen mit körperlichen Behinderungen sowie Sinnesbeeinträchtigungen angeboten. 2020 beginnt ein Lehrgang für Menschen mit Psychiatrieerfahrung und 2022 für Menschen mit Lernschwierigkeiten (siehe auch Kapitel 7.1).³³ In den relevanten Gesetzen wurde die Leistung der Peer-Beratung bisher nicht berücksichtigt.

In Tirol wird Peer-Beratung sowohl im stationären als auch im außerstationären Bereich angeboten. So ist in der der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin des Krankenhauses St. Vinzenz in Zams Peer-Begleitung (EX-IN Genesungsbegleitung) Teil des multiprofessionellen Konzepts.³⁴ Der Verein Psychosozialer Pflegedienst Tirol (PSP Tirol) stellt u. a. ein Beratungsangebot von ExpertInnen aus Erfahrung für Menschen in psychischen Krisen zur Verfügung.³⁵ Im Tiroler Teilhabegesetz (THG), das die gesetzliche Grundlage für die „Unterstützung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben“ darstellt, wurde im Jahr 2017 Peer-Beratung rechtlich verankert. Seitdem haben Menschen mit Beeinträchtigungen die Möglichkeit, nach § 21, im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen und Zuschüssen nach dem THG „zusätzlich eine Peer-Beratung in Anspruch zu nehmen“.³⁶ Vor kurzem gründete sich der Tiroler Interessenverband für psychosoziale Inklusion (TIPSI), mit dem Ziel die Interessen psychiatrieeffahrener Menschen zu wahren.³⁷

In Vorarlberg ist es v. a. der Verein Omnibus, der das Thema der Peer-Beratung bzw. Genesungsbegleitung vorantreibt. Dieser Verein bietet nicht nur Einzelberatung (persönlich, telefonisch, online) und Gruppengespräche an, sondern organisiert auch regelmäßige Besuchs- und

³⁰ Verwendet wird hingegen der Begriff des Trialogs. Für weitere Informationen zum Verein und zum Angebot siehe: <https://www.achterbahn.st/> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

³¹ Für nähere Informationen siehe: <http://www.dieschwalbe.at> und <http://www.dieschwalbe.at/downloads/dieschwalbe.pdf> (Datum des Zugriffs: 9. September 2019).

³² Für Informationen zu den einzelnen Phasen für seine Umsetzung siehe: <http://www.soziales.steiermark.at/cms/ziel/94717223/DE> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

³³ Für weitere Informationen siehe auch: <https://www.fh-joanneum.at/weiterbildung/akademische-peer-beraterin-akademischer-peer-berater/> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

³⁴ Für nähere Informationen siehe: https://khzams.at/de/?we_objectID=157 (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

³⁵ Für weitere Informationen siehe: <https://www.psptirol.org/peer-beratung-2.html> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

³⁶ Für den Gesetzestext siehe: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrT&Gesetzesnummer=20000709> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

³⁷ Für weitere Informationen siehe: <https://www.tipsi.at/> (Datum des Zugriffs: 22. Juli 2019).

Begleitdienste in Krankenhäuser, sowie triadische und öffentliche Veranstaltungen.³⁸ Auch wenn es gegenwärtig noch keine fest angestellten Peer-BegleiterInnen im stationären Setting in Vorarlberg gibt, wird dieses Anliegen seit längerem von mehreren Seiten gefördert. Das Land Vorarlberg fördert außerdem die Ausbildung von Peers (EX-IN). Eine rechtliche Verankerung von Peer-Beratung oder eines entsprechenden Berufsbildes gibt es bisher noch nicht.

In Wien gibt es einige Vereine, die im außerstationären Kontext Peer-Beratung anbieten. Pro mente Wien bietet sowohl „klassische“ Peer-Beratung³⁹ als auch Peer-Coaching/Mentoring rund um das Thema Arbeit an. Letzteres soll – z. B. im Falle von Problemen am Arbeitsplatz – die Existenzsicherung durch Arbeit sichern und die Arbeitszufriedenheit unterstützen.⁴⁰ Ein weiteres Beispiel stellt die KlientInnenvertretung des Vereins Leben ohne Krankenhaus (LOK) dar. Diese forcierte u. a. den Erfahrungsaustausch zwischen Betroffenen und bietet etwa Aktivitäten im Freizeitbereich an.⁴¹ In Wien gibt es – neben dem Verein EX-IN Österreich, der seinen Sitz in Wien hat – keine separate Ausbildung von Peers. Heuer – also 2019 – startet jedoch ein Zertifikats-Kurs für ehemalige wohnungslose Menschen; hierfür wurde ein eigenes Curriculum entwickelt, in dem psychosoziale Problemlagen eine zentrale Rolle spielen; der Kurs wird vom Neunerhaus angeboten (Entwicklung des Kurses FSW und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger).⁴² Eine rechtliche Verankerung von Peer-Beratung oder eines entsprechenden Berufsbildes gibt es in Wien allerdings nicht.

In Bezug auf Peer-Arbeit gibt es auch Initiativen auf Bundesebene. Hier ist v. a. der Verein EX-IN Österreich zu nennen, der aus einer Initiative in Niederösterreich heraus entstanden ist. Dort wurde 2011 im Rahmen der NÖ Landeskliniken-Holding ein EX-IN-Projekt initiiert, mit dem Ziel, „qualifizierte EX-IN Genesungsbegleiterinnen zur Verbesserung der Versorgungsqualität an den psychiatrischen Abteilungen in Niederösterreich als Mitarbeiterinnen einzubinden“ (Denk & Weibold 2015, 13). Bald darauf startete schließlich die erste EX-IN-Ausbildung in St. Pölten mit rund 20 TeilnehmerInnen. An einige der TeilnehmerInnen wurden von der NÖ Landeskliniken-Holding auch Stipendien vergeben. 2014 schloss der erste Kurs ab. Im selben Jahr wurde schließlich der Verein EX-IN Österreich gegründet.⁴³ (vgl. ebd., 14f.) 2016 startete der zweite und 2018 der dritte EX-IN-Kurs.

³⁸ Für weitere Informationen siehe: <http://www.verein-omnibus.org/> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

³⁹ Siehe: <https://www.promente-wien.at/selbsthilfe/peerberatung.html> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁴⁰ Für weitere Informationen siehe: <https://www.promente-wien.at/selbsthilfe/betroffene-beraten-betroffene.html> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁴¹ Für weitere Informationen siehe: <https://www.lok.at/klientenvertretung> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁴² Für weitere Informationen siehe: <https://www.neunerhaus.at/konzepte/zertifikats-kurs-peers/> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁴³ Für weitere Informationen zur Entstehung von EX-IN Österreich siehe z. B. Denk und Weibold (2016) sowie Denk und Weibold (2015).

Laut Website des Vereins EX-IN Österreich wird derzeit ein Kursangebot in Tirol/Innsbruck geplant.⁴⁴ Der NÖ Landeskliniken-Holding, die die EX-IN-Ausbildung ins Leben rief, leistete für das Thema der Peer-Arbeit in Österreich somit Pionierarbeit.

Nach diesem kurzen Überblick zur Situation der Peer-Arbeit in Österreich, sollen in weiterer Folge die Rahmenbedingungen der Peer-Beratung in Oberösterreich im Detail dargestellt werden. Wie Tabelle 3 verdeutlicht, ist Oberösterreich jenes Bundesland, in dem Peer-Beratung bisher am besten verankert wurde.

4.2. Peer-Beratung in Oberösterreich

In Oberösterreich (OÖ) genießt das Thema Peer-Beratung einen hohen Stellenwert. Der Begriff „Peer-Beratung“ steht in OÖ im Zentrum für die professionelle Beratungstätigkeit von Menschen mit Behinderungen und wird unabhängig von der Beeinträchtigungsform verwendet. In OÖ wird die Idee der Peer-Beratung bereits über zehn Jahre verfolgt und umgesetzt. Daher soll an dieser Stelle die Peer-Arbeit in OÖ – als ein Beispiel für Österreich – etwas genauer dargestellt werden. Die Wahl dieses Bundeslandes ist auch der Tatsache geschuldet, dass die Autoren dieses Berichts mit den dort bestehenden Angeboten und Rahmenbedingungen gut vertraut sind.

4.2.1. Aufgaben und zentrale Organisationen

In weiterer Folge werden die zentralen Aufgaben von Peer-BeraterInnen in OÖ dargestellt. Des Weiteren sollen die zentralen Organisationen, die die Peer-Arbeit in OÖ prägen, kurz dargestellt werden.

Aufgaben

Peer-BeraterInnen haben in OÖ laut Empowerment-Center⁴⁵ eine Vielzahl von verschiedenen Aufgabenfeldern; sie

- ... informieren über Rechte (z. B. Pflegegeld, Chancengleichheit etc.) sowie über Leistungen lt. Oö. Chancengleichheitsgesetz;

⁴⁴ Weitere Informationen können auf der Website von EX-IN Österreich abgerufen werden; siehe: <http://www.ex-in.at/> (Datum des Zugriffs: 22. Juli 2019).

⁴⁵ Die nachfolgenden Informationen wurden von der Website des Empowerment-Centers entnommen; siehe: <https://www.ki-i.at/index.php?id=84> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

- ... haben ein großes Wissen über Alltagshilfen, wie z. B. Hilfsmittel, Tricks und Tipps zum barrierefreien Einrichten und Wohnen, das sie gerne zur Verfügung stellen;
- ... unterstützen und begleiten andere Menschen mit Beeinträchtigung auf ihrem Weg zu mehr Selbstbestimmung;
- ... begleiten andere Menschen mit Beeinträchtigung dabei, an der Umsetzung eigener Ziele zu arbeiten;
- ... ermöglichen anderen Menschen mit Beeinträchtigung einen vertrauensvollen Erfahrungsaustausch und stärken das Selbstbewusstsein anderer Menschen mit Beeinträchtigung;
- ... beraten andere Menschen mit Beeinträchtigung bei der Bewältigung und Lösung von persönlichen Problemen;
- ... beraten und begleiten andere Menschen mit Beeinträchtigung dabei, ihre Lebensqualität zu verbessern;
- ... begleiten und unterstützen andere Menschen mit Beeinträchtigungen bei Behördengängen;
- ... beraten und begleiten andere Menschen mit Beeinträchtigung, wenn sie wegen ihrer Behinderung benachteiligt werden;
- ... vermitteln bei Bedarf an andere hilfreiche Instanzen und Anlaufstellen weiter und arbeiten mit anderen hilfreichen Instanzen und Anlaufstellen zusammen.

Die Beratungen können über das Empowerment-Center bezogen und individuell vereinbart werden. Dafür können die Räumlichkeiten des Empowerment-Centers genutzt werden; die Beratung kann aber auch bei den Betroffenen vor Ort stattfinden. Die Kosten der Peer-Beratung werden vom Land übernommen (laut Oö. ChG).

Persönliche Zukunftsplanung

Im Oö. ChG ist eine weitere Beratungsleistung von Betroffenen für Betroffene verankert, und zwar jene der persönlichen Zukunftsplanung. Ihr inhaltlicher Fokus liegt auf der Unterstützung bzw. Begleitung oder Beratung im Falle von relevanten Veränderungen im Leben der zu beratenden Person mit Beeinträchtigungen. In § 7 des Oö. ChG ist folgende Begriffsbestimmung festgehalten

„Persönliche Zukunftsplanung: Menschen mit Beeinträchtigungen sollen mit Hilfe verschiedenster Methoden und Moderationsverfahren in einem Gruppensetting (Unterstützungskreis) bei der Gestaltung ihres Lebens unterstützt werden; die Grundlage von Persönlicher Zukunftsplanung ist das personenzentrierte Denken.“

Die erste aber auch einzige Ausbildung zur persönlichen Zukunftsplanung für Menschen mit Beeinträchtigungen fand bereits vor einigen Jahren statt. Hierbei handelte es sich um einen integrativen Lehrgang, an dem aber nur eine geringe Zahl von Personen mit (leichten) Beeinträchtigungen teilnahm. Auch die Inanspruchnahme der Leistung Persönliche Zukunftsplanung ist für die betroffene Person kostenlos. Das Entgelt für die Beratung wird vom Land OÖ übernommen. Als Ort der Beratung steht wiederum das Empowerment-Center oder ein individuell vereinbarter Ort zur Verfügung.

Empowerment-Center

Ein Dreh- und Angelpunkt der Peer-Arbeit stellt das Empowerment-Center (EMC) des Kompetenznetzwerks Informationstechnologie zur Förderung der Integration von Menschen mit Behinderungen (Kompetenznetzwerk KI-I) dar. Daher soll das Empowerment-Center u. a. in seiner Geschichte sowie in seinen Aufgaben und Tätigkeitsfeldern etwas genauer dargestellt werden. Das Empowerment-Center hat das grundlegende Ziel, die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen u. a. durch Beratungs- und Bildungsarbeit zu stärken. Die Entwicklung des Empowerment-Centers und der Peer-Beratung in OÖ kann kurz wie folgt skizziert werden (Aufzählung vgl. Empowerment-Center 2018; 2015):

- Im Jahr 2007 verfasste die Selbstbestimmt-Leben-Initiative in OÖ ein Konzept für die Einrichtung eines Empowerment-Centers mit einem Fokus auf Peer-Beratung und reichte dieses beim Land OÖ ein. Im Jahr darauf begann die Einrichtung eines Empowerment-Centers.
- 2008 wurde das Oö. Chancengleichheitsgesetz (Oö. ChG) verabschiedet, in dem die Beratungstätigkeit von und durch Peers gesetzlich verankert wurde (§ 17).
- Das Empowerment-Center reichte 2009 ein Konzept für eine Ausbildung für Peer-Beratung beim Land OÖ ein (Ausbildungsträger: FAB-Organos). In diesem Jahr wurde auch ein Gesetz verabschiedet, das Peer-Beratung als Sozialberuf im Oö. Sozialberufegesetz verankerte (§§ 45 – 47).⁴⁶
- Im selben Jahr, also 2009, startete bereits der erste Lehrgang, und zwar jener für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung und für Menschen mit körperlichen Behinderungen.
- 2011 folgte der Lehrgang für Menschen, die einfache Sprache benötigen.

⁴⁶ Davor gab es im Jahr 2003 bereits eine Peer-Coach-Ausbildung, die damals vom „Netzwerk-Spinnen“ initiiert wurde (für weitere Informationen siehe Nussbaumer 2009).

- 2011 wurde ein Berufsverband der Peer-BeraterInnen in OÖ gegründet. Der Sitz dieses Verbandes befindet sich im Empowerment-Center.
- 2013 wurde der zweite Lehrgang für Menschen mit Psychiatrieerfahrung durchgeführt.
- Seit 2018 fungiert das KI-I als Träger des Empowerment-Centers.

Das Angebot des Empowerment-Centers umfasst folgende Punkte⁴⁷:

- Peer-Beratung für Menschen mit Behinderungen;
- Beratung von Angehörigen von Menschen mit Behinderung;
- Begleitung und Unterstützung auf dem Weg zu einem selbstbestimmten Leben;
- Persönliche Zukunftsplanung für Menschen mit Behinderung ;
- Aus- und Weiterbildungen zu verschiedensten Themen und für verschiedenste Zielgruppen (z. B. für InteressenvertreterInnen);
- Vorträge, Kurse und Veranstaltungen;
- Austausch- und Begegnungsmöglichkeiten zwischen Menschen mit und ohne Behinderung;
- Vernetzungstreffen und Stammtische; begleitete Peer-Gruppen-Treffen;
- Verleih von Fachliteratur und Filmen zu behindertenspezifischen Themen.

Das Bildungsangebot ist ausgesprochen breit und kann – aktualisiert – im Internet abgerufen werden.⁴⁸

Berufsverband

Die Peer-BeraterInnen in OÖ sind in einem Berufsverband organisiert. Dieser 2011 gegründete Verein trägt offiziell den Namen „Berufsverband der Peer-BeraterInnen gemäß Oö. Sozialberufegesetz“. Nähere Informationen zum Selbstverständnis oder auch zu den Statuten dieses Vereins können auf der Website des Berufsverbandes nachgelesen werden.⁴⁹ Die Aufgaben des Berufsverbandes umfassen u. a. die folgenden:

- Interessenvertretung,
- Weiterbildungsangebot,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Beratung der Mitglieder,

⁴⁷ Für weitere Informationen siehe: <https://www.ki-i.at/index.php?id=83> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁴⁸ Für weitere Informationen zum Bildungsangebot siehe: https://www.ki-i.at/fileadmin/user_upload/KI_I_Bildungsprogramm_SS2019_3_bf.pdf (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁴⁹ Siehe: <http://www.bvp-ooe.at/> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

- Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
- Vernetzung der Peer-BeraterInnen.

Auf der Website steht auch eine umfassende Auflistung der Peer-BeraterInnen (inkl. Kontaktdaten) zur Verfügung.⁵⁰ Des Weiteren wurde vom Berufsverband eine eigene Berufsordnung entwickelt.⁵¹

Im Jahr 2013 konnte der Berufsverband eine kollektivvertragliche Neueinstufung der Tätigkeit als Peer-BeraterIn erreichen. Seither werden Peer-BeraterInnen in BAGS 4 eingestuft; davor galt die Stufe BAGS 3. Eine höhere Einstufung, z. B. BAGS 5, wäre durchaus angemessen.⁵²

Neben dem Empowerment-Center sind jene Organisationen, die Peer-BeraterInnen anstellen, wie etwa pro mente OÖ und EXIT-sozial von zentralem Interesse. Auch dem Land OÖ kommt eine wichtige Rolle zu, da diese die Thematik „Peer-Beratung“ förderte.

4.2.2. Rahmenbedingungen

In OÖ können Menschen mit Beeinträchtigungen Peer-Beratung und Persönliche Zukunftsplanung in Anspruch nehmen. In weiterer Folge werden das Angebot und die Rahmenbedingungen der Peer-Beratung genauer dargestellt.

Gesetzliche Verankerung

Das Angebot der Peer-Beratung sowie jenes der Persönlichen Zukunftsplanung sind im Oö. ChG, „Ergänzende Leistungen“ (2. Abschnitt), „Besondere soziale Dienste“ (§ 17), verankert, und zwar die Beratungstätigkeit selbst sowie die Aus- und Weiterbildung von Peer-BeraterInnen (und persönlichen ZukunftsplanerInnen). Des Weiteren ist im Oö. ChG explizit verankert, dass Menschen mit Beeinträchtigungen im Rahmen der Bedarfskoordination durch Peer-BeraterInnen unterstützt werden können. Das heißt, suchen Menschen mit Beeinträchtigungen in OÖ um eine Hauptleistung

⁵⁰ Für die Auflistung der Peer-BeraterInnen siehe: <http://www.bvp-ooe.at/de/peer-berater-suchen.html> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁵¹ Für weitere Informationen zur Berufsordnung siehe: <http://www.bvp-ooe.at/de/berufsordnung.html> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁵² Bei der Einstufung der Peer-BeraterInnen gilt es jedoch verschiedene Punkte zu beachten. So könnte z. B. eine höhere Einstufung dazu führen, dass bereits bei wenigen Arbeitsstunden die Geringfügigkeitsgrenze überschritten wird und somit etwaige Ansprüche (z. B. bzgl. Pensionszahlungen) verloren gehen könnten. Aus Sicht der Verfasser des Berichts wäre es daher sinnvoll, Möglichkeiten des Zuverdienstes, z. B. bei PensionsbezieherInnen, zu erleichtern. Die Diskussion darüber muss jedoch an anderer Stelle erfolgen und ist nicht Teil des hier vorliegenden Berichts (siehe auch Kapitel 3.4.3, Ausführungen zum Punkt „Bezahlung/Entlohnung“).

nach Oö. ChG an, können sich diese z. B. bei der Antragstellung und im Rahmen der Assistenzkonferenz durch ausgebildete Peers beraten lassen (siehe Oö. ChG, § 22).

„Zur Erstellung des Assistenzplans hat die Behörde eine Assistenzkonferenz einzuberufen, zu der die Personen nach § 21 Abs. 3 sowie auf Verlangen des Menschen mit Beeinträchtigungen auch eine weitere Person seines Vertrauens, insbesondere aus dem Kreis der Peer-Beraterinnen und Peer-Berater, zu laden sind. [...]“

Die Kosten für diese Beratung werden ebenfalls vom Land übernommen. Die Beratung ist daher für die betroffene Person kostenfrei. Übernommen werden die Vorbereitungszeit (2 Stunden), die Beratungszeit sowie die Fahrtkosten. Diese können von den Peer-BeraterInnen über ein Formular geltend gemacht werden (Antrag auf Abgeltung der Aufwendungen vom Land OÖ). Die Einstufung erfolgt durch den Kollektivvertrag BAGS, Verwendungsgruppe 4, Gehaltsstufe 2.

Zusätzlich ist das Berufsbild des/der Peer-BeraterIn im Oö. Sozialberufegesetz (§§ 45 – 47) anerkannt und verankert. Dies ist ansonsten in keinem anderen Bundesland in dieser Form geregelt. Das Berufsbild bzw. die Tätigkeitsfelder werden im Oö. Sozialberufegesetz (§ 45) wie folgt beschrieben:

„Das Berufsbild der Peer-Beratung umfasst die Begleitung und Beratung von Menschen mit Beeinträchtigungen durch Menschen mit Beeinträchtigungen. Die Beratung und Begleitung von Peer-Beratern und Peer-Beraterinnen trägt dazu bei, als Mensch mit Beeinträchtigungen ein Leben mit mehr Selbstbestimmung, Eigenverantwortung, Chancengleichheit und Würde führen zu können.“

„Der Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere die Beratung, die Begleitung, die Information, die Unterstützung sowie die Kooperation mit Leistungsanbietern und Fachleuten.“

Unter § 46 des Oö. Sozialberufegesetzes ist auch die Ausbildung zum/zur Peer-BeraterIn geregelt. Im Zuge der Ausbildung müssen angehende Peer-BeraterInnen insgesamt 240 Stunden Theorie und 80 Stunden Praxis absolvieren. Die Ausbildung dauert mindestens ein Jahr und umfasst laut § 46 folgende Themengebiete:

- Grundlagen der menschlichen Kommunikation (16 Unterrichtseinheiten);
- Grundlagen der Beratung (80 Unterrichtseinheiten);
- Einführung in die Peer-Beratung (48 Unterrichtseinheiten);
- Grundlagen über Behinderungen und Beeinträchtigungen (48 Unterrichtseinheiten);
- Politische Bildung und Recht, Zwischenbilanz, Abschluss (32 Unterrichtseinheiten);
- Leistungsangebote im Sozialbereich (16 Unterrichtseinheiten).

Der praxisbezogene Teil muss in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder der psychiatrischen Vor- und Nachsorge absolviert werden und hat eine Praktikumsvorbereitung und Praktikumsreflexion zu umfassen (siehe ebenfalls § 46).

In § 47 des Oö. Sozialberufegesetzes sind außerdem die Voraussetzungen für die Ausübung des Berufs des/der Peer-BeraterIn angeführt. Diese umfassen im Grund die folgenden drei Punkte:

- vollendetes 18. Lebensjahr;
- Sicherung der Qualität der Beratung (obliegt dem/der DienstgeberIn);
- Verpflichtende Weiterbildung alle zwei Jahre im Ausmaß von 16 Stunden.

Umsetzungsbezogene Aspekte⁵³

Das Curriculum der Peer-Ausbildung wurde vom Empowerment-Center gemeinsam mit dem Träger FAB-Organos konzipiert und orientiert sich an den oben genannten Modulen. Es gibt drei verschiedene Ausbildungen, eine für Peers mit körperlichen Behinderungen, eine für Peers mit psychischen Beeinträchtigungen sowie eine für Peers, die einfache Sprache benötigen. Je nach Zielgruppe unterscheiden sich bestimmte Inhalte sowie die Lehr- und Lernmaterialien. Natürlich gibt es aber auch einen Basisstock an Inhalten, der sich bei allen drei Lehrgängen überlappt.

Mit „Sommerpause“ dauerten die Lehrgänge bisher in der Regel rund 1,5 Jahre. Jedoch gab es in den letzten Jahren keinen Lehrgang mehr, da es von Seiten des Landes keine Finanzierungszusage gab, und das, obwohl es nach wie vor eine hohe Nachfrage gibt. Laut Empowerment-Center sind zurzeit rund 150 Personen auf der Warteliste für die Absolvierung einer Peer-Ausbildung. Voraussichtlich gibt es im Jahr 2020 wieder einen Lehrgang, obwohl noch nicht feststeht für welche Personengruppe.

Insgesamt umfasst das Curriculum 18 Module. Diese orientieren sich an der gesetzlichen Verankerung, wie zuvor dargestellt. Neben dem Theorie- und Praxisteil müssen die TeilnehmerInnen auch Gruppen- sowie Einzelsupervisionen absolvieren, um die eigene Situation und Geschichte zu reflektieren. Ein Schwerpunkt liegt auf der Ausbildung der Beratungsfähigkeiten (weniger im Bereich Persönlichkeitsentwicklung, obwohl etwa die eigene Lebensgeschichte in den ausbildungsbezogenen Supervision eine Rolle spielt). Die TeilnehmerInnen für die einzelnen Lehrgänge wurden stets systematisch ausgewählt. Die InteressentInnen mussten eine Bewerbung verfassen (Motivationsschreiben und Lebenslauf). Ein dreiköpfiges Gremium entschied über die Aufnahme der einzelnen Personen. Wichtige Kriterien bei der Auswahl sind:

⁵³ Die Informationen in diesem Abschnitt wurden v. a. im Rahmen eines Gesprächs mit dem Empowerment-Center erfragt.

- (psychische) Stabilität,
- erkennbare berufliche Zukunftspläne,
- soziodemographische Aspekte (z. B. Ausgewogenheit hinsichtlich Region, Geschlecht und Alter).

Laut Empowerment-Center gibt es zurzeit in OÖ rund 60 Peer-BeraterInnen, die auch beruflich aktiv sind. Die größte Gruppe ist jene mit Psychiatrieerfahrung (rund 70 %). Aus dieser Gruppe wurden auch die meisten Personen ausgebildet. Einige davon absolvierten eine Peer-Ausbildung vor der Verankerung des Berufsbildes im Oö. Sozialberufegesetz. Diesen Personen wurde die Ausbildung angerechnet. Sie mussten keine Kurse oder Module nachholen. Die Kosten für die Ausbildung wurden vom Land OÖ übernommen. Nach Absolvierung der Ausbildung bekommt der/die AbsolventIn ein Zertifikat und darf die Berufsbezeichnung „Peer-BeraterIn“ führen. Voraussetzung dafür ist, dass der Ausbildungsträger vom Land als solcher anerkannt ist.

Dem Empowerment-Center zufolge arbeiten alle ausgebildeten Peers, die eine Arbeitsstelle haben wollen, in einem professionellen Setting. Der Großteil der Peer-BeraterInnen ist geringfügig beschäftigt, ein kleiner Teil arbeitet in Teilzeit. Die Gehaltskosten der Peer-BeraterInnen werden ebenfalls vom Land OÖ übernommen. Grundsätzlich ist es – aus rechtlicher Perspektive – möglich, selbständig als Peer-BeraterIn zu arbeiten (die Ausbildung zum/zur Peer-Beraterin erlaubt dies). Jedoch werden in diesem Fall die Kosten für die Peer-Beratung vom Land OÖ nicht übernommen. Dies macht Peer-Beratung in Form einer selbständigen Berufstätigkeit schwer. Die Peer-BeraterInnen sind in OÖ v. a. bei Trägerorganisationen tätig, wie z. B. bei pro mente OÖ, EXIT-sozial, Diakoniewerk oder auch beim Empowerment-Center. Im stationären psychiatrischen Bereich wird in OÖ bisher keine Peer-Beratung angeboten.

Erfolge und Herausforderungen

Zusammenfassend können für die Peer-Arbeit in OÖ folgende erfolgreiche Aspekte/Stärken sowie Herausforderungen/ Verbesserungspotentiale festgehalten werden (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Erfolgreiche Aspekte und Herausforderungen in Bezug auf Peer-Beratung in OÖ
(Inhalte teilweise aus Empowerment-Center 2015)

| | Erfolgreiche Aspekte/ Stärken | Herausforderungen/ Verbesserungspotentiale |
|--|--|--|
| Gesetzliche Verankerung | Gesetzliche Verankerung der Peer-Arbeit und des Berufsbildes; anerkannter Sozialberuf. | - |
| Bezahlung | Kollektivvertragliche Entlohnung (BAGS). | Höhere Einstufung im Kollektivvertrag wäre gerechtfertigt. |
| Arbeitsplätze | Neue und innovative Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderungen wurden geschaffen; alle, die Arbeit wollten, haben durch Finanzierung des Landes Arbeit bekommen. | Ausbau bzw. Reglementierung von Selbständigkeit wäre zu überlegen; Aufbau von Arbeitsplätzen im stationären psychiatrischen Bereich wäre möglich. |
| Beratung | Qualitativ gute und für die Betroffenen kostenlose Beratung auf der Grundlage von Erfahrungswissen (Kostenübernahme durch das Land). | Keine Kostenübernahme für selbständige Peers (obwohl rechtlich möglich); Wettbewerbsnachteil für jene, die selbständig sein wollen. |
| Ausbildung | Umfassendes Curriculum, angemessene Dauer, Peer- und Betroffenenbeteiligung auch in der Ausbildung. | Erweiterung um Aspekte möglich (z. B. mehr Persönlichkeitsbildung auf Basis der eigenen Erfahrungsgeschichte) Zurzeit keine Ausbildung, trotz langer Warteliste. |
| Bekanntheit/ Inanspruchnahme | Inanspruchnahme von Beratung bei Peers mit Anstellung bei Träger gut. | Peer-Beratung wird nicht immer wahrgenommen; bzw. ist vielen die Möglichkeit der Beratung im Zuge des Bedarfskoordination nicht bekannt. |
| Persönliche Zukunftsplanung | Zusätzliches Beratungsangebot. | Noch wenig etabliert. |
| Persönliche Aspekte für Peers | Peers können durch beratende Tätigkeit Selbstwirksamkeit erfahren und ihren Selbstwert steigern (Empowerment). | Verlust von Unterstützungsleistung (z. B. Pension), wenn Anstellung (z. B. Teilzeit) angenommen wird. |

Quelle: eigene Tabelle

4.3. Peer-Arbeit in Deutschland

In Deutschland gibt es mittlerweile ein weit verzweigtes Netzwerk von Vereinen und Organisationen, die mit Peer-Arbeit in Verbindung stehen. Im Zentrum der Peer-Begleitung in Deutschland steht die Idee bzw. das Konzept EX-IN („Experience Involvement“). Den Startschuss der EX-IN-Bewegung bildete ein europaweites „Leonardo da Vinci“-Projekt, das von 2005 bis 2007 durchgeführt wurde. Im Rahmen dieses Projektes wurde u. a. ein Curriculum zur Ausbildung von EX-IN

GenesungsbegleiterInnen entwickelt. In Deutschland werden nunmehr seit vielen Jahren psychiatrienerfahrene Personen auf der Grundlage der EX-IN-Philosophie ausgebildet. Seit 2008 werden etwa in Bremen und Hamburg auch EX-IN-TrainerInnen ausgebildet. Laut Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wird die Ausbildung mittlerweile an 32 Standorten in Deutschland angeboten.⁵⁴ Freitag (2011) charakterisiert die Inhalte der EX-IN-Kurse wie folgt:

„Die Ausbildung besteht aus elf themenorientierten Modulen (z. B. Empowerment, Recovery, Dialog, Beratung und Begleitung u. a.). Neben den Modulen müssen zwei Praktika in Einrichtungen absolviert werden, die sich mit psychisch kranken Menschen befassen [...]. Die Ausbildung basiert auf Selbstreflexion. Rollenspiele sowie intensiver Erfahrungs- und Meinungs Austausch dominieren die Module. Theoretisch vermitteltes Wissen bildet den Rahmen. Ziel ist es, vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen zu gelangen.“ (Freitag 2011, 31)

In Bezug auf die Ausbildung bzw. die Beschäftigung von Peers gelten in Deutschland der Bildungsträger Focus in Bremen sowie die Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf als „Vorreiter“.⁵⁵ Aufgrund der Weiträumigkeit der EX-IN-Bewegung in Deutschland soll in den nachfolgenden Ausführungen der Fokus auf Hamburg gelegt werden.

4.3.1. Aufgaben und zentrale Organisationen

In weiterer Folge werden die zentralen Aufgaben von Peers in Deutschland, v. a. in Hamburg, dargestellt. Des Weiteren sollen die zentralen Organisationen, die für die dortige Peer-Arbeit relevant sind, kurz dargestellt werden.

Auf Bundesebene ist etwa der Verein EX-IN Deutschland aktiv. Zu seinen Aufgaben zählt u. a. die Beratung von psychiatrienerfahrenen Personen, wenn sich diese für die EX-IN-Ausbildung interessieren, oder auch von Unternehmen, wenn diese EX-IN GenesungsbegleiterInnen anstellen wollen.⁵⁶ Dieser Verein wurde zur Bündelung der zahlreichen Initiativen in ganz Deutschland gegründet. Das heißt, zusätzlich gibt es auf regionaler Ebene bzw. auf der Ebene der einzelnen Länder eigene EX-IN-Vereine oder auch Landesverbände.⁵⁷

In Bremen und Hamburg starteten im Jahre 2006 die ersten Pilotkurse der EX-IN-Ausbildung. 2008 wurden bereits die Kurse zur Ausbildung von EX-IN-TrainerInnen eingeführt (vgl. auch Utschakowski

⁵⁴ Siehe: <https://www.uke.de/organisationsstruktur/zentrale-bereiche/uke-akademie-fuer-bildung-karriere/fort-weiterbildung/pflege-therapie-forschung/ex-in-hamburg.html> (Datum des Zugriffs: 22. Juli 2019).

⁵⁵ Für weitere Informationen zur Geschichte der EX-IN-Bewegung in Deutschland siehe: <https://ex-in-deutschland.info/der-verein/die-geschichte> (Datum des Zugriffs: 22. Juli 2019).

⁵⁶ Für weitere Informationen siehe: <https://ex-in-deutschland.info/> (Datum des Zugriffs: 22. Juli 2019).

⁵⁷ Siehe z. B. EX-IN Bayern: <http://ex-in-by.de> (Datum des Zugriffs: 22. Juli 2019).

& Sielaff 2016). Seit 2014 zählt die EX-IN-Ausbildung zu den regelmäßigen Ausbildungen der Universitären Akademie Hamburg. Im Jahre 2015 wurde eine zusätzliche Ausbildung, nämlich EX-IN für Angehörige, implementiert. (vgl. EX-IN Hamburg 2015, 3) Tabelle 5 gibt einen Überblick über die zentralen Organisationen im Kontext Peer-Arbeit in Hamburg.

Tabelle 5: Zentrale Institutionen/Organisationen der Peer-Arbeit in Hamburg

| Institution/Organisation | Tätigkeiten und Ziele |
|--|---|
| EX-IN Hamburg ⁵⁸ | <ul style="list-style-type: none"> • Angebot von EX-IN-Kursen als Regelausbildung über die Bildungsakademie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf • Regelmäßige trialogische Weiterbildung für GenesungsbegleiterInnen, AngehörigenbegleiterInnen und professionelle Teams • Regelmäßige Einzel- und Gruppen-Supervision • Anti-Stigma-Arbeit (gemeinsam mit Irre menschlich Hamburg) • Besondere Angebote: Peer-Forschung, Veranstaltung von Tagungen, Peer-Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe |
| Irre menschlich Hamburg ⁵⁹ | <ul style="list-style-type: none"> • Öffentlichkeitsarbeit, Anti-Stigma-Arbeit (gemeinsam mit EX-IN Hamburg) • Schulung von MultiplikatorInnen (z. B. JournalistInnen) • Organisation von Informations-, Begegnungs- und Präventionsprojekte zu den Themen psychische Erkrankungen und Anders-sein (z. B. in Schulen oder durch Kulturangebot) |
| Landesverband Psychiatrie-Erfahrener ⁶⁰ | <ul style="list-style-type: none"> • Trialogische Veranstaltungen, Angebote im Bereich der Selbsthilfe, Beratung für psychiatriebetroffene Menschen • Vertretung von Betroffenen • Unterstützung im Bereich der Psychiatrieplanung • Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit |
| psychenet – Netz psychische Gesundheit ⁶¹ (vormals: psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit) | <ul style="list-style-type: none"> • Informationsportal zum Thema psychische Gesundheit/Krankheit (für Betroffene, Angehörige und ExpertInnen) • Informationen zu Hilfesystem in Deutschland • Selbsttests für verschiedene psychische Erkrankungen • Bis 2015 bildete psychenet einen Zusammenschluss von über 100 wissenschaftlichen und medizinischen Einrichtungen in der Region Hamburg; Ziel: Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle |

Quelle: eigene Tabelle

⁵⁸ Siehe: <https://www.uke.de/organisationsstruktur/zentrale-bereiche/uke-akademie-fuer-bildung-karriere/fort-weiterbildung/pflege-therapie-forschung/ex-in-hamburg.html> (Datum des Zugriffs: 22. Juli 2019).

⁵⁹ Siehe: <https://www.irremenschlich.de/> (Datum des Zugriffs: 22. Juli 2019).

⁶⁰ Siehe: <https://info219304.wixsite.com/lpe-hamburg> (Datum des Zugriffs: 22. Juli 2019).

⁶¹ Siehe: <https://psychenet.de/de/> (Datum des Zugriffs: 22. Juli 2019).

Im Rahmen von psychenet – Hamburger Netzwerk psychische Gesundheit (siehe Tabelle 5) wurde 2011 ein Peer-Projekt implementiert (zusammenfassend siehe Ruppelt et al. 2015). Hierfür wurden in allen psychiatrischen Kliniken Hamburgs (zehn Standorte) – an der Schnittstelle zwischen stationär und ambulant – Peer-Beratung sowohl für Betroffenen als auch für Angehörige eingeführt. Die Beratung wurde durch Peer-Teams organisiert und richtete sich insbesondere an PatientInnen mit psychotischen, bipolaren, affektiven oder Persönlichkeitsstörungen. In Bezug auf die Gruppe der Angehörigen richtete sich das Angebot v. a. an jene, die durch die Erkrankung oder Krise der angehörigen Person mitbetroffen waren. Das Beratungsangebot stand sowohl PatientInnen, die stationär behandelt wurden, als auch Betroffenen, die ambulant oder bisher gar nicht behandelt oder unterstützt wurden, offen. Die zentralen Ziele des Projekts waren, die betroffenen Personen durch die Peer-Begleitung im „Alltag [...] zu unterstützen, Betroffenen ohne Behandlung den Weg in das ambulante Hilffsystem zu bahnen, Liegezeiten, Rehospitalisierung und Zwangsmaßnahmen zu reduzieren, Empowerment, Lebensqualität und Funktionsniveau zu steigern, Orientierung im Hilffsystem zu geben und in Selbsthilfe zu begleiten“ (ebd., 260f.). Für die angehörigen Personen sollte die Beratung v. a. informierenden sowie entlastenden Charakter haben. Die Dauer der Unterstützung sollte ein halbes Jahr nicht überschreiten. Das Angebot erreichte v. a. schwer erkrankte PatientInnen. Im Schnitt kam es pro Betroffenen zu rund 13 Kontakten. Laut Ruppelt et al. (2015, 261f.) wurde die Akzeptanz des Angebots von den Betroffenen als „gut“ eingeschätzt. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass Peer-Beratung v. a. im Bereich des Schnittstellenmanagements die Selbstwirksamkeit der Betroffenen stärkt. Aufgrund dieser Ergebnisse hat sich das Angebot der Peer-Beratung mittlerweile „zu einem festen Angebot im Rahmen der klinisch-psychiatrischen Behandlung in allen Hamburger Krankenhäusern mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie etabliert“ (Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz & Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration 2019, 111).

4.3.2. Rahmenbedingungen

An dieser Stelle werden die arbeitsbezogenen Rahmenbedingungen des beschriebenen Peer-Projekts in Hamburg skizziert (siehe Ruppelt et al. 2015, 260).

- *Anzahl der BeraterInnen:* Je Standort waren in der Regel zwei Peer-BegleiterInnen und ein/eine Angehörigen-Peer-BegleiterIn tätig.
- *Arbeitsverhältnisse:* Die Peer-BeraterInnen wurden über Arbeitsverhältnisse mit geringfügiger Beschäftigung angestellt und über Gelder des geförderten Projekts bezahlt.

- *Ausbildung*: Die Ausbildung der BeraterInnen wurde über EX-IN Hamburg organisiert (Träger: Bildungsakademie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf).
- *Supervision*: Die Supervisionseinheiten wurden ebenfalls von EX-IN Hamburg organisiert.
- *Vernetzung*: Regelmäßige Beratung aller Standorte, trialogische Zusammensetzung des Projektteams und Vernetzung aller relevanten Organisationen in Hamburg.
- *Akzeptanz des Angebots*: Unterstützung der Klinikleitung, eine feste Ansprechperson sowie einführende Maßnahmen (um z. B. die Ängste des restlichen Personals zu mindern) fördern die Integration und die Akzeptanz des Peer-Angebots.

4.4. Peer-Arbeit in der Schweiz

In der deutschsprachigen Schweiz ist Peer-Beratung bzw. Peer-Arbeit im Allgemeinen relativ gut verankert. Dort hat Peer-Arbeit auch schon eine längere Tradition. Bereits vor der Verankerung der EX-IN-Ausbildung bot Pro Mente Sana in den Jahren 2006 bis 2009 Weiterbildung für Peers an.⁶² EX-IN startete schließlich 2010 in Bern. Vor rund zehn Jahren – im Jahr 2009 – wurde in Bern die erste Peer-Mitarbeiterin in der Abteilung für Forschung und Entwicklung der Direktion Pflege und Pädagogik in den Universitären Psychiatrischen Diensten in Bern angestellt (vgl. Burr & Winter 2016, 123f.).

4.3.3. Aufgaben und zentrale Organisationen

In weiterer Folge werden die zentralen Aufgaben von Peers in der Schweiz dargestellt. Des Weiteren sollen die zentralen Organisationen, die das Thema Peer in der deutschsprachigen Schweiz prägen, kurz dargestellt werden.

Aufgaben

Die Organisation Peer+ (2016, 7) aus der Schweiz weist darauf hin, dass die detaillierten Aufgaben in den jeweiligen Stellenbeschreibungen verankert werden müssen. Exemplarisch nennt diese Organisation folgende Bereiche als wichtige Aufgaben von Peer-ArbeiterInnen:

- Beratung von Betroffenen und Angehörigen (in Form von Einzel- und Gruppenberatung),

⁶² Für nähere Informationen zur Geschichte der Situation in der Schweiz siehe die Präsentation von EX-IN Bern und Pro Mente Sana (2017).

- Entwicklung, Leitung und Moderation von Gruppenangeboten,
- Fürsprache,
- Vertretung einer Betroffenenperspektive (z. B. in Gremienarbeit, Sitzungen und bei Bildungsangeboten),
- Beteiligung und Unterstützung bei Konzeptentwicklung, Leitfäden und in der Forschung.

Peer-Arbeit erschöpft sich aber auch in der Schweiz nicht durch die hier genannten Aufgaben; so schreiben Burr und Winter (2016):

„Neben den beschriebenen Tätigkeitsfeldern engagieren sich viele Peers oft auch in freiberuflichen Einsatzbereichen oder in der Freiwilligenarbeit, so zum Beispiel als *Dozierende, Vortragende, Autoren von Publikationen* bzw. in der Region, in der Politik, in der Bildung, in der Forschung/ Entwicklung und in der Selbsthilfe. Eine Peermitarbeitende hält beispielsweise ein *Beratungstelefon* für ehemalige Patientinnen und Patienten einer Tagesklinik bereit, eine leitet den *Borderlinetrialog* und eine andere engagiert sich in der *Angehörigenberatung*. Wieder andere kümmern sich als Teilnehmende und Organisatoren um das *Psychoseseminar*.“ (ebd., 129, Hervorhebungen im Original)

Organisationen

Die Auflistung auf der folgenden Seite gibt einen Überblick über die Tätigkeitsfelder sowie Institutionen mit Peer-Beteiligung in der deutschsprachigen Schweiz (siehe Tabelle 6).

Zusätzlich ist die „Peer-Bewegung“ in der Schweiz mit weiteren Initiativen und Plattformen vernetzt, wie z. B.:

- Netzwerk Recovery⁶³,
- Bernisches Aktionsbündnis für psychische Gesundheit⁶⁴,
- Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz⁶⁵.

⁶³ Siehe: <https://www.netzwerk-recovery.ch/#home> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁶⁴ Siehe: <http://www.kbk.ch/> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁶⁵ Siehe: <https://www.npg-rsp.ch/de/home.html> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

Tabelle 6: Zentrale Institutionen/Organisationen der Peer-Arbeit in der deutschsprachigen Schweiz

| Institution/Organisation | Tätigkeiten und Ziele |
|---|--|
| Pro Mente Sana ⁶⁶ | <ul style="list-style-type: none"> • Stiftung zur Unterstützung von psychisch beeinträchtigten Menschen • Beratung: psychosoziale Beratung durch Peers und Fachpersonen • Peer-Ausbildung: EX-IN-Ausbildung (gemeinsam mit EX-IN Bern) • Peer-Pool: Plattform, auf der sich Peers vorstellen und auf der Peers gefunden und kontaktiert werden können (gemeinsam mit EX-IN Bern) |
| EX-IN Bern ⁶⁷ | <ul style="list-style-type: none"> • Angebot von Aus- und Weiterbildung • Peer-Pool: Plattform, auf der sich Peers vorstellen und auf der Peers gefunden und kontaktiert werden können (gemeinsam mit Pro Mente Sana)⁶⁸ |
| Peer+ ⁶⁹ (Fachverband der Expertinnen und Experten durch Erfahrung in psychischer Erschütterung und Genesung) | <ul style="list-style-type: none"> • Verein zur Förderung, Verbreitung und Etablierung qualifizierter Peer-Arbeit • Tätigkeiten: Positionspapiere, Peer-Pool, Interventionsgruppen • Peer+ verfasste auch ein Positionspapier Qualitätskriterien und Richtlinien der Peer-Arbeit (siehe Peer+ 2016) |

Quelle: eigene Tabelle

Peers beraten Menschen mit Psychiatrieerfahrung sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting (vgl. Burr & Winter 2016, 126ff.). Im Rahmen von Anstellungen arbeiten Peers in verschiedenen psychiatrischen Kliniken und Institutionen. Es haben z. B. folgende Organisationen Peer-BeraterInnen angestellt: Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD), z. B. in Bern⁷⁰ (vgl. z. B. Knobel 2017; Burr & Winter 2016) oder in Basel⁷¹; Psychiatrische Dienste der Spitäler fmi AG⁷²; Psychiatrischen Dienste (SRO), z. B. Langenthal (vgl. z. B. Brändli 2017); Luzerner Psychiatrie⁷³ (vgl. Meinhof 2017); St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd⁷⁴. Die Universitären Psychiatrischen Dienste leiten auch einen Wohnverbund (vgl. z. B. Feldmann 2017). Auch im „klassischen“ sozialpsychiatrischen Bereich finden in der Schweiz Peers Platz. Traversa, ein Verein mit Angeboten in den Bereichen Wohnen, Tagesstätten sowie Beratung und Kursen im Kanton Luzern stellt ebenfalls

⁶⁶ Siehe: <https://www.promentesana.ch/de/startseite.html> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁶⁷ Siehe: <https://www.ex-in-bern.ch/> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁶⁸ Siehe: <https://www.ex-in-bern.ch/peerpool/> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁶⁹ Siehe: <http://www.peerplus.ch/Joomla/> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁷⁰ Siehe: <https://www.spitalinfo.ch/spitalsuche/ergebnisse-ihrer-suche/qualitaetsaktivitaeten/spital/48/> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁷¹ Siehe: <https://www.upk.ch/erwachsene/behandlungsangebote.html> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁷² Siehe: <https://www.spitalfmi.ch/psychiatrische-dienste/genesungsbegleitungpeers/?L=1> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁷³ Siehe: <https://www.lups.ch/erwachsenen-psychiatrie/begleitende-angebote/peerarbeit/> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

⁷⁴ Siehe: <https://www.psych.ch/angebot/detail/integrationsstation/> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

einige Peers an (vgl. Sigrist 2017). Sigrist (2017, 14) schätzt, dass bis 2020 bei Traversa vier bis fünf ausgebildete Peers arbeiten und sich ca. eine Vollzeitstelle teilen können. Würde dieses Ziel erreicht werden, würden 1,5 % des Stundenausmaßes auf Peers entfallen.

4.3.4. Rahmenbedingungen

In weiterer Folge sollen zentrale Rahmenbedingungen für die Peer-Arbeit in der Schweiz benannt werden. Diese geben einen summarischen Überblick zum Stand der Entwicklung der Peer-Arbeit in der Deutschschweiz.

- *Rechtliche Verankerung:* Peer-Arbeit bzw. Genesungsbegleitung ist in der Schweiz kein eigenständig anerkannter Beruf. Das heißt, es gibt kein gesetzlich verankertes Berufsbild, wie dies z. B. im Sozialberufegesetz in Oberösterreich der Fall ist. Peer-Arbeit im stationären Bereich wird pauschal über die Krankenkassen abgerechnet und bezahlt (vgl. Peer+ 2016, 8).
- *Arbeitsverhältnisse:* Peers unterliegen in der Schweiz in der Regel einem „gewöhnlichen“ Arbeitsverhältnis. Je nach Kapazitäten und Rahmenbedingungen in den einzelnen Organisationen werden Peers in unterschiedlichem Ausmaß angestellt. Wie in anderen Ländern und Regionen auch, handelt es sich in der Regel um Teilzeit-Verhältnisse. Je Kanton und Institution fällt die Entlohnung der Peer-Arbeit häufig unterschiedlich aus. (vgl. Peer+ 2016, 7f.)
- *Weiterbildung:* Gegenwärtig werden in der deutschsprachigen Schweiz verschiedene Weiterbildungen bezüglich Peer-Arbeit angeboten: zum einen die EX-IN-Ausbildung (z. B. durch EX-IN Bern); zum anderen „Recovery Wege entdecken“ von Pro Mente Sana⁷⁵. Peer-Arbeit baut zentral auf dem eigenen Erfahrungswissen auf. Darum weist die Organisation Peer+ darauf hin, dass als Grundlage der Peer-Arbeit auch äquivalente Vorbildung sowie bereits gewonnene Erfahrung in der Peer-Arbeit qualifizieren (vgl. Peer+ 2016, 5). Die Kosten der Ausbildung werden in der Regel aufgeteilt, sodass u. a. auch der/die (zukünftige) ArbeitgeberIn Teile übernimmt.
- *Peer-Pool:* Um etwa freiberufliche Tätigkeiten leichter zu ermöglichen, hat – wie in Tabelle 6 vermerkt – Pro Mente Sana und EX-IN Bern – einen Peer-Pool eingerichtet. Mit Hilfe dieser Plattform können Peers aus den verschiedenen Regionen und Kantonen der Schweiz direkt

⁷⁵ Für nähere Informationen zu dieser Weiterbildung siehe: <https://www.promentesana.ch/de/angebote/recovery-und-peer/recovery-wege-entdecken.html> (Datum des Zugriffs: 14. Mai 2019).

kontaktiert werden. Damit „wird der steigenden Nachfrage nach Peers von Seiten Arbeitgebern, Privatpersonen oder auch Medien Rechnung getragen“⁷⁶.

- *Intervision*: In der Schweiz haben sich bereits einige Peers zusammengeschlossen, um sich regelmäßig zu treffen und sich auszutauschen (Intervision) (vgl. Peer+ 2016, 9).

⁷⁶ Pro Mente Sana; siehe: <https://www.promentesana.ch/de/angebote/peer-pool.html> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).

5. Psychiatrische Versorgung, Peer-Arbeit und Betroffenenbeteiligung in Niederösterreich: Bestandsaufnahme und Potentiale

In einem ersten Schritt soll die psychiatrische sowie sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft Niederösterreichs (NÖ) in groben Zügen skizziert werden. Dies erscheint v. a. in Bezug auf mögliche Einsatzgebiete und Stellen von psychiatriee erfahrenen Personen (z. B. als Peer-BeraterInnen oder GenesungsbegleiterInnen) von Relevanz. Im nachfolgenden Überblick (Kapitel 5.1) werden Versorgungsbereiche und -organisationen, die unter Anbetracht des vorliegenden Anliegens von geringerer Relevanz sind, nicht berücksichtigt.⁷⁷

5.1. Psychiatrische und komplementäre Versorgungsleistungen: ein Überblick

Laut dem Niederösterreichischen Gesundheitsbericht (Griebler et al. 2017) haben rund 111.000 Personen in Niederösterreich eine ärztlich diagnostizierte Depression, das sind rund 8 % der Wohnbevölkerung; weitere 2 % (26.000 Personen) leiden an einer schweren depressiven Symptomatik. Aufgrund einer psychiatrischen Diagnose wurden im Jahr 2014 rund 12.000 NiederösterreicherInnen akut- oder teilstationär behandelt und davon nahmen rund 2.000 Personen an einer stationär organisierten Rehabilitation teil. Insgesamt fanden 2014 2.450 Unterbringungen ohne Verlangen statt und etwa 250 Personen begingen einen Suizid; davon waren mehr als drei Viertel Männer. Rund 2 % aller Krankenstandsfälle sind auf psychisch bedingte Krankenstände zurück zu führen, die insgesamt – aufgrund der überdurchschnittlichen längeren Dauer – für 9 % der Krankenstandstage verantwortlich sind.

Die Unterteilung der Leistungsangebote der psychiatrischen Versorgung in Niederösterreich wird – analog zur Evaluation des NÖ Psychiatrieplan 2014 (Schöny et al. 2015) – in *psychiatrisch-medizinischen* und *sozialpsychiatrischen/ psychosozialen* Bereich erfolgen und rekuriert auf die unterschiedlichen Finanzierungsströme; entweder über das Gesundheitssystem (SV-Beiträge) oder über das Sozialsystem (Steuerleistungen). Dadurch liegt die Gesetzgebung entweder beim Bund oder beim Land Niederösterreich (vgl. ebd., 47).

⁷⁷ Beispielsweise hat Niederösterreich ein „Demenz-Service“ eingerichtet oder auch ein Projekt zum Thema Heavy-User initiiert (vgl. NÖGUS 2018, 35ff.).

5.1.1. Psychiatrisch-medizinische Leistungen

Zum psychiatrisch-medizinischen Bereich werden hier vor allem die psychiatrischen Abteilungen (inkl. Tageskliniken) der NÖ Landeskliniken⁷⁸ gezählt. Insgesamt gibt es in Niederösterreich an 27 Standorten Landeskliniken und sechs Abteilungen verfügen über eine Erwachsenenpsychiatrie. Sie decken alle fünf Versorgungsregionen sowie die sieben Psychiatrieregionen ab⁷⁹ (vgl. Schöny et al. 2015, 48). Fernab der anderen Kliniken, die ebenso Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose behandeln, übernehmen die genannten Kliniken den Hauptteil der Versorgung. Tabelle 7 gibt einen Überblick hinsichtlich der unterschiedlichen Kliniken und deren Schwerpunkte. Zusätzlich wurde vermerkt, an welchen Standorten Genesungsbegleitung angeboten wird. (siehe auch Kapitel 5.1.3).

Tabelle 7: Landeskliniken mit psychiatrischen Abteilungen (Stand: April 2019)

| Region | Standort | Abteilung |
|----------------|---|---|
| Mitte | Universitätsklinikum Tulln | Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Erwachsenenpsychiatrie, Stationäre Psychotherapie <i>Spezielles Angebot: Genesungsbegleitung</i> |
| Thermen-region | Landesklinikum Baden-Mödling (inkl. Standort Hinterbrühl) | Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie |
| | Landesklinikum Neunkirchen | Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin ⁸⁰ |
| Wein-viertel | Landesklinikum Hollabrunn | Sozialpsychiatrische Abteilung |
| Wald-viertel | Landesklinikum Waidhofen/Thaya | Waldviertler Zentrum für Seelische Gesundheit <i>Spezielles Angebot: Genesungsbegleitung</i> |
| Most-viertel | Landesklinikum Mauer | Erwachsenenpsychiatrie, Stationäre Psychotherapie, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, Forensische Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie |

Quelle: Website der NÖ Landeskliniken-Holding 2019

⁷⁸ Für einen Überblick zu den einzelnen Kliniken in Niederösterreich siehe: <https://www.lknoe.at/kliniken.html> (Datum des Zugriffs: 15. Mai 2019).

⁷⁹ Bis 2020 soll in St. Pölten eine zusätzliche psychiatrische Abteilung mit 40 stationären und 20 Tagesklinikplätzen in Vollbetrieb gehen.

⁸⁰ Zu dieser Abteilung gehören zwei Stationen mit insgesamt 44 Behandlungsplätzen sowie eine Tagesklinik in Neunkirchen und eine Tagesklinik in Wiener Neustadt mit je 15 Therapieplätzen.

Für den Bereich der psychosozialen Versorgung in Niederösterreich stehen fünf psychiatrische Ambulanzen (Landeskrankenhaus Hollabrunn, Landeskrankenhaus Neunkirchen, Therapiezentrum Ybbs⁸¹, Landeskrankenhaus Baden-Mödling – Standort Baden, Landeskrankenhaus Zwettl-Gmünd-Waidhofen/Thaya – Standort Waidhofen/Thaya) zur Verfügung (vgl. Griebler et al. 2016, 183).

Für den speziellen Versorgungsbereich der Abhängigkeitserkrankungen werden in Niederösterreich an vier Standorten (im Landeskrankenhaus Mauer sowie an den Standorten des Vereins Grüner Kreis in Meierhof, Treinthof und Marienhof) Möglichkeiten eines stationären Entzugs bzw. einer stationären Opioid-Substitution angeboten. Des Weiteren können an zehn Standorten Entwöhnungen bzw. körperliche Alkoholentzüge in Anspruch genommen werden (im Landeskrankenhaus Mauer, an acht Standorten in der Thermenregion und an einem Standort in NÖ Mitte) (vgl. Schöny et al. 2015, 80f.).

5.1.2. Sozialpsychiatrische Leistungen

Im Folgenden sind hier alle Leistungen aufgelistet, die Menschen mit psychiatrischen Beeinträchtigungen helfen ihren Alltag zu bewältigen, rehabilitativ wirken sowie zur Reduktion der Aufenthaltsdauer führen und als möglicher Einsatzort für psychiatrieerfahrene Menschen in Frage kommen.⁸²

Psychosoziale Betreuungszentren und Betreuungsstationen

Zu den *psychosozialen Betreuungszentren* werden laut Schöny et al. (2015, 60) die Betreuungszentren von Mauer und Tulln gezählt. In diesen „werden Menschen mit schweren akuten oder chronischen psychiatrischen Erkrankungen sowie intellektuell und mehrfach behinderte Menschen mit hohem Pflegeaufwand betreut und individuell gefördert“ (LRH 2013, 5f., zit. n. Schöny et al. 2015, 60).

In sieben *Betreuungsstationen* (Baden, Gänserndorf, Hainfeld, Himberg, Mistelbach, Scheiblingkirchen und Zwettl) werden ausschließlich Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose betreut und diese sind somit im Fokus des möglichen Einsatzgebietes der Genesungsbegleitung. An den anderen drei Standorten⁸³ werden BewohnerInnen mit psychiatrischer Diagnose gemeinsam mit

⁸¹ Dieses Therapiezentrum ist Teil des Wiener Krankenanstaltenverbands und ist daher nicht zur Versorgungslandschaft Niederösterreichs zu zählen.

⁸² Da eine eindeutige Zuteilung von psychosozialen Betreuungszentren und Betreuungsstationen in psychiatrisch-medizinische bzw. sozialpsychiatrische Leistungen nicht immer möglich ist, werden diese Angebote hier zu den sozialpsychiatrischen Leistungen gezählt.

⁸³ Dies betrifft die Standorte Mank, Türnau und Waidhofen an der Ypps.

Bewohnern mit Langzeitpflegebedarf betreut. Insgesamt gibt es somit zehn Betreuungsstationen. Des Weiteren gibt es noch privat geführte Pflegeheime (Pflegezentrum Hallerhof, Pflegezentrum St. Corona am Schöpfl, Pflegezentrum Mayerling), auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.

Psychosozialer Dienst und komplementäre Leistungen

Das Angebot des psychosozialen Dienstes in Niederösterreich wird zum Großteil von zwei Anbietern abgedeckt: die Psychosozialen Zentren GmbH (PSZ GmbH) und der Caritas der Diözese St. Pölten. Das östliche Niederösterreich (Weinviertel, Mitte-Nord und Thermenregion) wird von der PSZ GmbH und das westliche (Mostviertel, Waldviertel und Mitte-Süd) von der Caritas der Diözese St. Pölten abgedeckt. Die nachfolgende Darstellung fokussiert daher auf diese beiden Träger, da diese einen guten Überblick über die Angebotsstruktur in diesen Bereichen geben.

Die Psychosoziale Zentren GmbH (PSZ GmbH)

Die Psychosozialen Zentren GmbH (PSZ GmbH) ging im Jahr 2000 aus dem 1978 gegründeten Verein Psychosoziales Zentrum hervor und bietet nun seit fast 40 Jahren ein professionelles sozialpsychiatrisches Angebot in Wien und Niederösterreich an. Rund 7.000 KundInnen werden von um die 400 Angestellten und freien MitarbeiterInnen betreut. Die Psychosoziale Zentren GmbH ist eine der größten gemeinnützigen Trägerorganisationen in Niederösterreich. Der Auftrag begründet sich in der Unterstützung von Menschen mit psychischen Problemen und Erkrankungen und richtet sich auch an deren soziales Umfeld.

Die PSZ GmbH bietet in folgenden Belangen Unterstützung: Unterstützung in Bezug auf Selbstversorgung (Wohnen, Wirtschaften, Gesundheit), Arbeit/Beschäftigung, Bildung, Freizeit und Soziales, Krisenbewältigung. Inhaltlich bietet die PSZ GmbH Leistungen⁸⁴ in den folgenden vier Bereichen:

- *Beratung und Behandlung:* Psychosozialer Dienst, Beratung für Kinder psychisch kranker Eltern, Suchtberatung⁸⁵, Online-Beratung;
- *Freizeit:* Clubs (+ Club-Cafés);

⁸⁴ Die nachfolgenden Informationen zum Angebot wurden – außer wenn anders gekennzeichnet – von der Website der PSZ GmbH entnommen; siehe: <https://www.psz.co.at/> (Datum des Zugriffs: 15. Mai 2019).

⁸⁵ Falls es sich bei der psychiatrienerfahrenen Person um eine ehemalige suchtkranke Person handelt, ist die Tatsache der Überwindung der Erkrankung nicht automatisch als eine Qualifikation für die Arbeit von Psychiatrienerfahrenen für Psychiatriebetroffene zu sehen. Der Einsatzort der Suchtberatung muss gut bedacht werden (hierzu siehe u. a. BM:UK 2012, 34).

- *Berufliche Integration:* u. a. Arbeitsassistentz, Jobcoaching, Arbeitstrainingszentren, psychosoziale Tagesstätten;
- *Wohnen:* Wohnassistentz (mobil oder in PSZ-Wohnung), intensive Wohnbetreuung.

Die Einbeziehung der KundInnen wird bei der Erstellung, Weiterentwicklung und Überprüfung der Angebote sichergestellt und Psychiatrieerfahrene werden im Rahmen von Projekten und dem Angebot der Genesungsbegleitung in der Organisation beschäftigt.⁸⁶ In weiterer Folge werden die angeführten Bereiche etwas detaillierter beschrieben.

Die PSZ GmbH bietet **Beratung und Behandlung** in den Psychosozialen Diensten (PSD), der Beratung für Kinder psychisch kranker Eltern (KIPKE) sowie in der Sucht- und Online-Beratung an. Das multiprofessionelle Angebot steht Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie deren sozialem Umfeld an zwölf Standorten zur Verfügung, von denen an acht Standorten Beratungs-, Behandlungs- und Psychotherapieleistungen für Menschen mit einer Suchterkrankung stattfinden. Der PSD der PSZ GmbH übernimmt Aufgaben in den Bereichen der Schnittstellenarbeit (Verbindungsdienst), des Case-Managements, der Diagnostik, Vermittlung sowie der Betreuung von Angehörigen. Im Folgenden werden die speziellen Angebote der unterschiedlichen Standorte mit Fokus auf die Möglichkeit von Betroffenenbeteiligung ausgeführt. Da in der Regel die KundInnen bei den Freizeitangeboten (z. B. Clubhäuser) viel intensiver eingebunden sind und teilweise die Angebote auch im gewissen Maße selbst verwaltet werden, werden diese Angebote nicht detailliert ausgeführt.

Tabelle 8: Spezielle Angebote an den PSD Standorten der PSZ GmbH (Stand: April 2019)

| Standort | Spezielle Angebote |
|------------------|---|
| PSD Baden | <i>Gruppen:</i> Selbsthilfegruppe für Angehörige, KlientInnen-Café, Trialog (im PSD Mödling) <i>Spezielles Angebot:</i> Beratung Kinder psychisch kranker Eltern (KIPKE) |
| PSD Bruck/Leitha | <i>Gruppen:</i> Trialog (in Clubräumlichkeiten) <i>Spezielles Angebot:</i> Beratung Kinder psychisch kranker Eltern (KIPKE) |
| PSD Gänserndorf | <i>Gruppen:</i> Frauengruppe, Bewegungsgruppe, Trialog <i>Spezielles Angebot:</i> Beratung Kinder psychisch kranker Eltern (KIPKE) |

⁸⁶ Darüber hinaus unterstützt die PSZ GmbH entweder durch eine Mitgliedschaft oder durch eine Funktionsausübung bestimmte Aktivitäten von Dachverbänden, Fachgesellschaften, Vereinen etc. (hierzu zählen u. a.: Dachverband berufliche Integration, Niederösterreichisches Armutsnetzwerk, EX-IN Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie).

| Standort | Spezielle Angebote |
|----------------------------|---|
| PSD Hollabrunn | <i>Gruppen:</i> Selbsthilfegruppe für Angehörige, Treffpunkt „Runder Tisch“ - Frauengruppe <i>Spezielles Angebot:</i> Beratung Kinder psychisch kranker Eltern (KIPKE), Genesungsbegleitung |
| PSD Klosterneuburg | <i>Gruppen:</i> Spezielles Angebot <i>Spezielles Angebot:</i> Beratung Kinder psychisch kranker Eltern (KIPKE) |
| PSD Mistelbach | <i>Gruppen:</i> Angehörigengruppe HPE, Selbsthilfegruppe HSSG, Trialog <i>Spezielles Angebot:</i> Beratung Kinder psychisch kranker Eltern (KIPKE) |
| PSD Mödling | <i>Gruppen:</i> Trialog, Bewegungsgruppe <i>Spezielles Angebot:</i> Beratung Kinder psychisch kranker Eltern (KIPKE) |
| PSD Neunkirchen | <i>Gruppen:</i> Angehörigengruppe ab Mai 2019, Offene medizinische Gruppe, Selbsthilfegruppe „Im Dialog“ <i>Spezielles Angebot:</i> Beratung Kinder psychisch kranker Eltern (KIPKE) |
| PSD Schwechat | <i>Gruppen:</i> Trialog, Angehörigengruppe, Clubcafé <i>Spezielles Angebot:</i> Beratung Kinder psychisch kranker Eltern (KIPKE), Genesungsbegleitung |
| PSD Stockerau | <i>Gruppen:</i> Selbsthilfegruppe für Angehörige <i>Spezielles Angebot:</i> Beratung Kinder psychisch kranker Eltern (KIPKE) |
| PSD Tulln | <i>Gruppen:</i> ICM-Café <i>Spezielles Angebot:</i> Beratung Kinder psychisch kranker Eltern (KIPKE) |
| PSD Wiener Neustadt | <i>Gruppen:</i> Selbsthilfegruppe <i>Spezielles Angebot:</i> Beratung Kinder psychisch kranker Eltern (KIPKE) |

Quelle: Website der PSZ GmbH 2019

Der Bereich **Freizeit** der PSZ GmbH bietet Clubs mit Gruppen-Angeboten für Erwachsene mit psychischen Problemen oder Erkrankungen an. Der Fokus dieses Angebotes liegt im Knüpfen sozialer Kontakte und in den therapeutisch orientierten Gruppenangeboten. Viele Clubs bieten zudem ein „Club-Café“ an, das von den Betroffenen selbst geführt wird. Derzeit sind in diesem Bereich noch keine GenesungsbegleiterInnen angestellt.

Ein weiteres Angebotsspektrum der PSZ GmbH ist der Bereich der **beruflichen Integration**, der sich folgendermaßen unterteilt: Arbeitsassistentz, Jobcoaching, Unternehmenscoaching, Arbeitstrainingszentren süd & spillern, Individualisiertes Arbeitstraining (INDI) sowie, PsychoSoziale Tagesstätten. Da in diesem Bereich der Fokus auf die berufliche Integration und die

Möglichkeiten der positiven Integration am Arbeitsmarkt (Return to Work) liegt, wird an dieser Stelle lediglich auf die Leistung PsychoSoziale Tagesstätten eingegangen, da hier bereits Peer-Begleitung verankert ist. Tabelle 9 stellt die Angebote der PsychoSozialen Tagesstätte dar.

Tabelle 9: Standorte und Angebote der PsychoSozialen Tagesstätten der PSZ GmbH⁸⁷
(Stand: April 2019)

| Standort | Angebote |
|---|---|
| PsychoSoziale Tagesstätte Mistelbach | <i>Werkstätten:</i> Ergotherapie, Holzwerkstatt, Korbwerkstatt, Textilwerkstatt, Kochwerkstatt <i>Zusätzliche Aktivitäten und Therapieangebote:</i> Einzelbetreuung, Intensiv- und Krisenbegleitung, Ergotherapie, Musiktherapie, Kreativgruppen, Gesundheitsfördernde Aktivitäten, Genesungsbegleitung |
| PsychoSoziale Tagesstätte Schwechat | <i>Werkstätten:</i> Fertigungswerkstatt, Küchengruppe, Korbwerkstatt, Holzwerkstatt, Ergotherapie <i>Zusätzliche Aktivitäten und Therapieangebote:</i> Einzelbetreuung und Krisenbegleitung, Kognitives Einzel- und Gruppentraining, Bewegungs- und Sportangebote, Psychoedukation, Soziales Kompetenztraining, Kreativgruppen, Genesungsbegleitung |
| PsychoSoziale Tagesstätte Tulln | <i>Werkstätten:</i> Keramikwerkstatt, Filz/Textilwerkstatt, Küchenwerkstatt <i>Zusätzliche Aktivitäten und Therapieangebote:</i> Bewegungsdominierende Angebote, Computertraining, Kognitives Training, Gartenarbeit, Gesprächsrunden, Soziales Kompetenztraining, Genesungsbegleitung |

Quelle: Website der PSZ GmbH 2019 und Abfrage durch NÖGUS

Die Leistungen im Bereich **Wohnen** der PSZ GmbH umfassen eine mobile Wohnassistenz in der eigenen Wohnung, Wohnassistenz in einer PSZ Wohnung (Wohnung Mistelbach, Wohnprojekt Wr. Neustadt, Wohngemeinschaft Schwechat) oder eine intensive Wohnbetreuung mit Tagesstruktur. Zurzeit sind noch keine psychiatriee erfahrenen Personen im Bereich Wohnen der PSZ GmbH angestellt.

⁸⁷ Neben den in der Tabelle genannten drei Standorten führt die PSZ GmbH in Mistelbach ein Geschäft mit dem Namen „Werkraum#28“, in dem u. a. Produkte aus den Werkstätten verkauft werden.

Caritas der Diözese St. Pölten & NÖ West

Als zweiter größerer Anbieter für Menschen mit psychiatrischen Beeinträchtigungen in Niederösterreich ist die Caritas der Diözese St. Pölten zu nennen. Die Caritas der Diözese St. Pölten begann im Jahr 1972 Unterstützungsleistungen im psychosozialen Sektor aufzubauen. Die damals bewilligte Stelle für Sozialarbeit wurde seither sukzessive ausgebaut. Heute verzeichnet etwa der PsychoSoziale Dienst der Caritas der Diözese St. Pölten über 60.000 Einzelkontakte. In den Jahren 2016 und 2017 erhielten dadurch rund 3.000 Menschen Unterstützung (vgl. Psychosoziale Einrichtungen der Caritas der Diözese St. Pölten 2018, 58). Zu den Angeboten⁸⁸ der Caritas der Diözese St. Pölten zählen gegenwärtig die folgenden Bereiche:

- *Beratung*: Psychosozialer Dienst, Beratung für Kinder psychisch kranker Eltern, Suchtberatung;
- *Berufliche Integration*: Arbeitsassistentz, Berufsausbildungsassistentz, Jobcoaching, Jugendcoaching, Mobilitätscoaching, soma Krems, BBO – Beschäftigung und Berufsorientierung, VIP Laden;
- *Freizeit/Tagesstruktur*: Club Aktiv sowie
- *Wohnen und Arbeiten*: Wohnassistentz, Wohngemeinschaften, Wohnhäuser, Tagesstätten.

In Bezug auf **Beratung** leistet der PsychoSoziale Dienst (PSD) der Caritas der Diözese St. Pölten Unterstützung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und deren Angehörige nach einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Abteilung und bei Bedarf in den Bereichen Grundsicherung, Selbstversorgung, Tagesstruktur und Kontaktfindung. Des Weiteren richtet sich dieser an Menschen mit Suizidgedanken oder gibt Unterstützung nach Suizidversuchen. Auch der PSD der Caritas der Diözese St. Pölten übernimmt Aufgaben in den Bereichen der Schnittstellenarbeit (Verbindungsdienst), des Case-Managements, der Diagnostik, Vermittlung sowie der Angehörigenarbeit.

⁸⁸ Die nachfolgenden Informationen zum Angebot wurden – außer wenn anders gekennzeichnet – von der Website der Caritas der Diözese St. Pölten entnommen; siehe: <https://www.caritas-stpoelten.at/hilfe-angebote/menschen-mit-psychischen-erkrankungen/> (Datum des Zugriffs: 15. Mai 2019).

Tabelle **10** gibt einen Überblick über die spezifischen Angebote bzw. Gruppenangebote der Caritas der Diözese St. Pölten.

Tabelle 10: Spezielle Angebote an den PSD Standorten der Caritas der Diözese St. Pölten

(Stand: April 2019)

| Standorte | Angebote |
|----------------------------|--|
| PSD Amstetten | Angehörigengruppe, Dialog Mostviertel, Frauen in Bewegung, Einfach singen, Gruppe junge Erwachsene |
| PSD Melk | Angehörigengruppe, Gesundheits-/Bewegungsgruppe, KIPKE-Gruppe (Kinder mit psychisch kranken Eltern), Gehirnjogging |
| PSD Scheibbs | Angehörigenrunde |
| Standorte | Angebote |
| PSD St. Valentin | Angehörigengruppe |
| PSD Waidhofen/Ybbs | Angehörigenrunde |
| PSD Krems | Angehörigengruppe, Ergotherapie, Kreativ Gruppe, Gruppe Bewegtes Frauenleben |
| PSD St. Pölten | Achtsamkeitsgruppe, Angehörige beraten Angehörige, Angehörigengruppe, Bewegungsgruppe, Ergotherapie Gruppe für Psychoseerfahrene, HPE-Gruppe |
| PSD Lilienfeld | Angehörigengruppe |
| PSD Zwettl | Angehörigengruppe, Betroffenen-Gruppe, MKT (Metakognitives Training), Fitness-Studio, Genesungsbegleitung |
| PSD Gmünd | Betroffenen-Gruppe, Gruppe-Frauengruppe H3, Betroffenen-Gruppe „Zurück ins Leben“, MKT (Metakognitives Training), Fitness-Studio |
| PSD Horn | IPT (Integriertes psychologisches Therapieprogramm für Schizophrene), Entspannungs-Gruppe |
| PSD Waidhofen an der Thaya | IPT (Integriertes psychologisches Therapieprogramm für Schizophrene), Genesungsbegleitung |

Quelle: Website der Caritas der Diözese St. Pölten & NÖ West 2019; NÖGUS (Abfrage)

Die Caritas der Diözese St. Pölten weist auch im Bereich **berufliche Integration** ein breites Angebot auf. Dieses reicht von Arbeitsassistenz, über verschiedene Coaching-Angebote (Jobcoaching, Jugendcoaching, Mobilitätscoaching), bis hin zu Beschäftigungs- und Berufsorientierung (BBO) und eigenen Geschäften (soma Krems, VIP Laden). Wie bereits oben angeführt, liegt der Fokus im Bereich berufliche Integration bei der positiven Integration am Arbeitsmarkt und dies in enger Kooperation und Abstimmung mit dem jeweiligen Arbeitscoach oder -assistenten, daher wird auch hier dieser Bereich nicht detaillierter ausgeführt.

Der Bereich **Freizeit/Tagesstruktur** umfasst den Club Aktiv, der in Niederösterreich an zwölf Standorten angesiedelt ist. Diese Clubs stellen Treffpunkte für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen dar und sollen u. a. die Lebensqualität der Betroffenen sowie deren soziale Teilhabechancen verbessern. Die Angebote reichen von regelmäßigen Treffen und Gesprächsrunden,

über kreativ-therapeutische Angebote (z. B. KTA), bis hin zu sportlichen Aktivitäten und Ausflügen (vgl. auch Psychosoziale Einrichtungen der Caritas der Diözese St. Pölten 2018, 44ff.). Auch bei der Caritas sind in diesem Bereich noch keine GenesungsbegleiterInnen angestellt.

Der Bereich **Wohnen und Arbeiten** der Caritas der Diözese St. Pölten beinhaltet: Wohnassistenten (Amstetten, Scheibbs, St. Pölten, Krems, Zwettl, Horn), Wohngemeinschaften (Amstetten, zwei Standorte in Krems, drei Standorte in St. Pölten, Zwettl), Wohnhäuser (Zwettl, Paudorf) und Tagesstätten (Zwettl, Paudorf). Derzeit sind in diesen einzelnen Bereichen keine GenesungsbegleiterInnen eingesetzt.

Weitere Anbieter und komplementäre Leistungen im sozialpsychiatrischen Bereich

Neben der PSZ GmbH und der Caritas der Diözese St. Pölten gibt es – wie erwähnt – noch weitere Anbieter im Sektor sozialpsychiatrischer Unterstützungsleistungen. Für den Bereich Wohnen und Tagesstruktur/Tagesstätten sind hier – neben weiteren sehr kleinen Anbietern – die Organisationen ARGE Mostviertel und Emmaus zu nennen.

Aufgrund der Tatsache, dass Kinder und Jugendliche immer mehr mit psychischen Problemen zu kämpfen haben, wurde in Niederösterreich vor kurzem ein **Kinder- und Jugendplan** ins Leben gerufen. Im Zuge der derzeitigen Umsetzung dieses Plans, sollen die verschiedenen Angebote für Kinder, Jugendliche und Familien (z. B. Kliniken, ÄrztInnen, Beratungsstellen etc.) in den einzelnen Regionen durch sog. Kinder- und Jugendnetzwerke besser vernetzt werden. So soll der Austausch zwischen professionellen HelferInnen gewährleistet und die Zusammenarbeit verbessert werden. Gleichzeitig sollen rund 60 Beratungsstellen in Niederösterreich zusätzliche Kompetenzen für die psychosoziale Betreuung von Kindern, Jugendlichen und Familien erhalten. Sie dienen u. a. als niederschwellige Anlaufstellen für Familien. Letztendlich soll damit die Versorgung sowie der Zugang dieser Zielgruppen zu psychosozialen Unterstützungsleistungen verbessert werden⁸⁹ (vgl. NÖGUS 2018, 37ff.).

In Niederösterreich gibt es verschiedene Angebote in Bezug auf die **Beratung und Intervention in akuten Lebenskrisen** (Krisenintervention).⁹⁰ Dies reicht von akuten Einsätzen u. a. bei Unfällen und Suizidversuchen durch das Akutteam⁹¹ (Notruf NÖ GmbH) und der Notfallseelsorge⁹² (Diözese St.

⁸⁹ Für weitere Informationen siehe: <https://www.noegus.at/abteilungen/noe-psychiatrie-koordinationsstelle/noe-kinder-und-jugendplan/> (Datum des Zugriffs: 20. Mai 2019).

⁹⁰ Ein Überblick über das Angebot kann hier abgerufen werden: <https://sozialinfo.noegov.at/content/de/9/SearchResults.do?keyword=Krisenintervention&liid=6> (Datum des Zugriffs: 20. Mai 2019).

⁹¹ Siehe: <https://akutteam.at/> (Datum des Zugriffs: 20. Mai 2019).

Pölsen) bis hin zum NÖ Krisentelefon⁹³ (Hilfswerk Niederösterreich), das rund um die Uhr Unterstützung bei „psychischen Notsituationen und Krisen“ bietet. Unter diesen Angeboten ist das Krisentelefon, da es sich v. a. auf psychische Krisen konzentriert, für die Beteiligung von psychiatrienerfahrenen Personen am besten geeignet.

Im Bereich der Suchthilfe⁹⁴ wird an 23 Standorten in Niederösterreich **Suchtberatung** angeboten.⁹⁵ Diese von ÄrztInnen, TherapeutInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen interdisziplinär geführten Beratungsstellen werden – wie erwähnt – von der PSZ GmbH sowie der Caritas der Diözese St. Pölsen, aber auch von der API gemeinnützige GmbH betrieben. Des Weiteren wurden an fünf Standorten spezielle Beratungsstellen für Jugendliche mit Probier- und Experimentierkonsum implementiert (vgl. Schöny 2015, 80).

5.1.3. Peer-Arbeit und Genesungsbegleitung

In den Kapiteln 5.1.1 und 5.1.2 wurde bereits ersichtlich, dass an in einigen Institutionen und an einigen Stellen in Niederösterreich bereits psychiatrienerfahrene Personen (Peers, GenesungsbegleiterInnen) arbeiten bzw. eingesetzt werden. Die nachfolgende Tabelle 11 gibt über den derzeitigen Umfang in Bezug auf Peer-Arbeit in Niederösterreich einen komprimierten Überblick.

Tabelle 11: Peer-Arbeit und Genesungsbegleitung in Niederösterreich (Stand: April 2019)

| Organisation/Standort | Region | Genesungsbegleitung/Peer |
|---|------------------|--|
| Landeskliniken mit psychiatrischen Abteilungen (stationärer) | | |
| Universitätsklinikum Tulln | NÖ Mitte | 4 GenesungsbegleiterInnen (insgesamt 86 h; aufgeteilt: 15 h, 20 h, 33 h, 18 h) |
| Landesklinikum Waidhofen/Thaya | Waldviertel | 1 GenesungsbegleiterIn (20 h) |
| Psychosoziale Dienste | | |
| PSD Hollabrunn (PSZ) | Weinviertel | 1 GenesungsbegleiterIn (7 h) |
| PSD Schwechat (PSZ) | Industrieviertel | 1 GenesungsbegleiterIn (10 h) ⁹⁶ |

⁹² Siehe: <http://www.dsp.at/einrichtungen/pfarrespirit/notfallseelsorge> (Datum des Zugriffs: 20. Mai 2019).

⁹³ Siehe: <https://www.hilfswerk.at/niederoesterreich/familie-beratung/jugendliche/noe-krisentelefon/> (Datum des Zugriffs: 20. Mai 2019).

⁹⁴ Siehe Anmerkung Seite 56 (Fußnote 85).

⁹⁵ Für einen Überblick über die Standorte siehe: <https://www.fachstelle.at/beratungsstellen/> (Datum des Zugriffs: 20. Mai 2019).

⁹⁶ GenesungsbegleiterIn von PSD Schwechat und Tagesstätte Schwechat ist eine Person.

| Organisation/Standort | Region | Genesungsbegleitung/Peer |
|--|------------------|---------------------------------|
| PSD Zwettl (Caritas) | Waldviertel | 1 GenesungsbegleiterIn (10 h) |
| PSD Waidhofen an der Thaya (Caritas) | Waldviertel | 1 GenesungsbegleiterIn (10 h) |
| Psychosoziale Tagesstätten | | |
| PsychoSoziale Tagesstätte Mistelbach (PSZ) | Weinviertel | 1 GenesungsbegleiterIn (7 h) |
| PsychoSoziale Tagesstätte Schwechat (PSZ) | Industrieviertel | 1 GenesungsbegleiterIn (11 h) |
| PsychoSoziale Tagesstätte Tulln (PSZ) | NÖ Mitte | 1 GenesungsbegleiterIn (7 h) |

Quelle: NÖGUS (Abfrage)

In Anbetracht der Historie sowie des Umfangs der Peer-Arbeit in Niederösterreich muss festgehalten werden, dass den angeführten Organisationen und Standorten, im Besonderen dem UK Tulln, eine bedeutende Rolle der Förderung und Implementierung von Peer-Arbeit in Niederösterreich zukommt. Ebenso sei erwähnt, dass für die Tätigkeit in den Kliniken Dienstposten des Landes NÖ geschaffen wurden, die gemäß Stellenbeschreibung für die EX-IN GenesungsbegleiterInnen in der NÖ Gehaltsklasse NOG 6 entlohnt werden und etwa die Peer-ArbeiterInnen bei der PSZ GmbH in den SWÖ-Kollektivvertrag eingebunden sind (Gehaltsstufe 5).

5.1.4. Selbsthilfe, Betroffenen- und Angehörigenarbeit

Neben den bisher dargestellten Leistungen im Bereich Peer-Arbeit und Genesungsbegleitung gibt es in Niederösterreich noch weitere Angebote, die direkt von Betroffenen oder auch von Angehörigen von Menschen mit psychischen Problemen erbracht werden. In weiterer Folge werden einige davon dargestellt. Ein besonderer Fokus liegt hierbei auf dem Verein Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit (HSSG). Der Verein HSSG ist nicht nur im Bereich der Interessenvertretung und der Selbsthilfe tätig, sondern begann mit Jänner 2018 beratende Einzelgespräche für Menschen mit psychischen Problemen durch geschulte Mitglieder mit Psychiatrieerfahrung anzubieten (siehe ausführlich Kapitel 6).

Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit (HSSG) Landesverband NÖ

Der niederösterreichische Verein Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit (HSSG) Landesverband NÖ⁹⁷ ist die Interessensvertretung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie von Menschen mit psychosozialen Problemen in Niederösterreich und formuliert als zentrales Ziel die Hilfe von Betroffenen durch Betroffene zur Selbsthilfe. Er wurde 2000 gegründet.

Aufgaben und Angebot

Der Verein HSSG definiert für sich und seine Arbeit folgende Themengebiete und Aufgaben (Aufzählung siehe HSSG 2018a, 3):

- Sensibilisierung der Bevölkerung für die Lage von Betroffenen durch Aufklärungsarbeit;
- Abbau von Vorurteilen, Stigmatisierung und Diskriminierung durch Information und Angstabbau;
- Vorbeugung durch Früherkennung im sozialen Umfeld und bei Betroffenen zu forcieren;
- die Anliegen der Betroffenen zu vertreten und Ansprechpartner für Einzelpersonen; Selbsthilfegruppen und für im psychosozialen Bereich Tätige sowie für politische Entscheidungsträger zu sein;
- Erfahrungswissen weiterzugeben und Hoffnung zu vermitteln.

Strukturiert ist der HSSG Landesverband in einem fachlichen Beirat, dem Vorstand und den unterschiedlichen LeiterInnen der jeweiligen Selbsthilfegruppen (SHG).⁹⁸ Ziel dieser von einem Betroffenen geleiteten Selbsthilfegruppen ist die gegenseitige Unterstützung der Betroffenen mit gleichen oder ähnlichen Erkrankungen. In Niederösterreich sind rund 70 Selbsthilfegruppen beim HSSG gemeldet (Stand Juli 2018). Insgesamt nehmen pro Jahr ca. 2000 Betroffene an den Selbsthilfegruppen des HSSG, die in regelmäßigen Intervallen je nach Gruppe monatlich oder wöchentlich stattfinden, teil. Die Arbeit des HSSG umfasst jedoch noch weitere Aspekte, wie die folgenden Punkte verdeutlichen (Aufzählung vgl. HSSG 2018a, 6):

- Information und Beratung in Form von Vorträgen, Einzelberatungen, Diskussionsrunden und Gruppentreffen etc.;

⁹⁷ Online ist dieser Verband unter folgender Adresse zu erreichen: <https://www.hssg.at/> (Datum des Zugriffs: 15. Mai 2019).

⁹⁸ Waldviertel: Selbsthilfegruppe für seelische Gesundheit Wolkenlos Horn, Weinviertel: Selbsthilfegruppe „Seele in Not“ Hollabrunn, Industrieviertel: Burnout-Selbsthilfegruppe Stabil. Positiv. Mutig Mödling, Mostviertel: Selbsthilfegruppe „Depression und Angst“ Amstetten, Nö – Mitte: Selbsthilfegruppe für seelische Gesundheit St. Aegyd am Neuwalde.

- Weiterbildung für Betroffene, GruppenleiterInnen und Angehörige Absicherung und Erweiterung der eigenen sozialen Handlungskompetenz;
- Vernetzung und Unterstützung bestehender Selbsthilfegruppen und bei Neugründung von Gruppenaktivitäten;
- Interessensvertretung von Betroffenen durch enge Kooperation mit systemrelevanten Partnern (mit der NÖ Landeskliniken-Holding, den psychiatrischen Abteilungen, den Psychosozialen Diensten u. a.) bei gesellschaftspolitischen Entscheidungsprozessen.

Im Jahr 2018 begann der Verein HSSG – mit Unterstützung des NÖGUS – Einzelberatungen für Menschen, die eine stationäre oder ambulante psychiatrische Behandlung hinter sich hatten, durchzuführen. Für die Betroffenen soll dies u. a. den Übergang in den Alltag erleichtern. Dieses Projekt wird in weiterer Folge mit dem Titel „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“ und nicht mit Begriffen wie Peer oder Genesungsbegleitung bezeichnet. Das liegt u. a. daran, dass in diesem Projekt nicht alle beratenden Personen eine Peer-Ausbildung aufweisen. Des Weiteren ist zu beachten, dass es sich auch um kein klassisches Angebot aus dem Bereich der Selbsthilfe handelt. Eine ausführliche Beschreibung dieses Projekts kann in Kapitel 6 nachgelesen werden.

Politische Forderungen

Folgende Forderungen lassen sich – neben weiteren – im Positionspapier des HSSG vom Juli 2018 finden. Diese verdienen eine explizite Darstellung, da sie für das Thema der Betroffenenbeteiligung von besonderem Interesse sind:

Verstärkung der Betroffeneninvolvierung: Selbsthilfe soll gefördert und gesichert werden; des Weiteren sollen Betroffene auf allen Planungs- und Projektebenen ihr Wissen und ihre Erfahrungen einbringen und einsetzen können (entsprechend der UN-Behindertenrechtskonvention). Der HSSG stellt eine engagierte Mitarbeit inklusive der Berücksichtigung des Erfahrungswissens zur Verfügung und regt an die Betroffenenberatung durch „EX-IN“ Genesungsbegleiter in einer Zusammenarbeit mit „EX-IN“ Österreich zu realisieren. Die Kosten für dieses Angebot sowie für unterstützende Supervisions- und Coachingleistungen sollten vom Land NÖ berücksichtigt werden.

Begegnungsstätte für Betroffene: Für den Genesungsverlauf und die Wirksamkeit von Selbsthilfekräften ist ein regelmäßiger Kontakt unter den Betroffenen von zentraler Bedeutung. Hierfür sollten entsprechend subventionierte „Freiräume“ geschaffen werden, die von Betroffenen selbst verwaltet und geleitet werden sollten. Diese Begegnungsstätten könnten aber auch präventiv wirken und für Menschen, die noch nicht chronisch erkrankt sind, ein Angebot darstellen.

Leistbares Wohnen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen: Ein leistbares Wohnen stellt ein Grundbedürfnis des Menschen dar. Für Menschen mit einer psychischen Erkrankung soll eine flächendeckende und an den Bedürfnissen angepasste Unterstützung in Form einer Wohnbetreuung zur Verfügung gestellt werden. Diese Form der Betreuung soll auch in Zeiten finanzieller Not gewährleistet werden und verhindern, dass Betroffene ihr Zuhause und die gewohnte Umgebung verlieren.

Umfassende stationäre und ambulante Versorgung: Ein wichtiger Bestandteil einer erfolgreichen Genesung stellt die Unterstützung bzw. Nachbetreuung der Betroffenen nach einem stationären Aufenthalt dar. Die Behandlungs- und Betreuungsleistungen sollten für dieses Klientel kostenlos und aus einer Hand von den Ambulatorien des Psychosozialen Dienstes wohnortnah und niederschwellig angeboten werden. Um diese Unterstützung in notwendigem Ausmaß gewährleisten zu können, sollten etwa die personellen Ressourcen der PSD-Ambulatorien ausgebaut werden. Des Weiteren sollte ein ambulanter Krisendienst eingerichtet werden.

Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter (HPE) in Niederösterreich

Die Organisation Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter (HPE) gibt es – neben der Dachorganisation – in allen Bundesländern Österreichs.⁹⁹ Dieser gemeinnützige Verein hat sich v. a. das Ziel gesetzt, die Lebensqualität von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen zu verbessern. Zu den Angeboten von HPE gehören u. a.:

- Beratung (auch Online-Beratung),
- Erfahrungsaustausch (online oder via Selbsthilfegruppen),
- Informations- und Bildungsveranstaltungen (z. B. Seminare, Filmabende),
- Informationsmaterial (Website, Broschüren, Bücher, DVDs etc.).

Bündnis gegen Depression Niederösterreich

Seit einigen Jahren hat sich in mehreren Bundesländern Österreichs die Initiative Bündnis gegen Depression etabliert. In Niederösterreich ist dieses Bündnis – je nach Region und Funktion – an die Organisationen PSZ GmbH, die Caritas der Diözese St. Pölten sowie dem NÖGUS (Initiative „Tut gut“) angegliedert. Diese Plattform verfolgt das Ziel, Bewusstsein für die Erkrankung der Depression zu

⁹⁹ Für ausführliche Informationen zum Dachverband sowie zu den Vereinen in den einzelnen Bundesländern siehe: <https://www.hpe.at/home.html> (Datum des Zugriffs: 21. Mai 2019).

schaffen und damit ihre Entstigmatisierung voranzutreiben. Dies erfolgt v. a. durch Informationsvorträge und Gruppengespräche für die allgemeine Bevölkerung oder Betroffene und deren Angehörige sowie durch Workshops in Schulen und durch weitere Angebote.¹⁰⁰

5.2. Tätigkeitsfelder für Psychiatrieerfahrene: Möglichkeiten der Erweiterung

Eine wesentliche Frage, die sich dieser Bericht bzw. diese Evaluation stellt, ist jene nach den Einsatzgebieten und Tätigkeitsbereichen von psychiatrieerfahrenen Personen, wie z. B. Peers und GenesungsbegleiterInnen (für diesbezügliche Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Literatur siehe Kapitel 3.5). Auch in dem vom Forschungsteam durchgeführten Workshop und den durchgeführten Interviews war dies ein Thema. In weiterer Folge findet sich eine Aufzählung der genannten Bereiche. Hier muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass es sich um eine Ideensammlung handelt und die unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für eine Tätigkeit in den genannten Bereichen noch nicht festgelegt und ausgearbeitet wurden:

- *Stationärer Bereich/Tageskliniken (Landeskliniken)*: In einzelnen Kliniken gibt es bereits das Angebot von Genesungsbegleitung. Besonders gut ausgebaut ist dieses im Universitätsklinikum Tulln (siehe Kapitel 5.1.3). Wie an anderer Stelle noch gezeigt werden wird, könnte Peer-Arbeit noch weiter ausgebaut werden (siehe Kapitel 5.3).
- *„Unterstützung im Übergang“*: Im Workshop wurde – analog zum beschriebenen Projekt „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene (vgl. v. a. Kapitel 6) – vorgeschlagen, Peers in der Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die etwa eine stationäre Behandlung hinter sich haben, einzusetzen. In diesem Zusammenhang wurde von den Workshop-TeilnehmerInnen auf den Aspekt der Vorbildwirkung, den Peers ausüben, sowie deren Fähigkeit den Betroffenen Angst und Sorgen zu nehmen verwiesen. In diesem Zusammenhang könnten von den Psychiatrieerfahrenen auch begleitend sozialarbeiterische Tätigkeiten übernommen werden.
- *Spezielle Beratung und Beratungsformen*: Neben der Genesungsbegleitung sowie Unterstützung durch Psychiatrieerfahrene, die im Rahmen des PSD oder der Tagesstätten angeboten werden, könnte das Erfahrungswissen der Peers auch noch in weiteren Beratungssettings nutzbar gemacht werden. Im Workshop wurden hier die Suchtberatung¹⁰¹, die Beratung von Angehörigen, sowie Online-Beratung genannt.

¹⁰⁰ Für weitere Informationen siehe: <https://www.buendnis-depression.at/Regionale-Buendnisse/Niederoesterreich> (Datum des Zugriffs: 21. Mai 2019).

¹⁰¹ Siehe Anmerkung S. 56 (Fußnote 85)

- *Krisenintervention*: Peers könnten auch in der Krisenintervention unterstützend tätig sein. Dieser Punkt wurde im Rahmen des Workshops intensiv diskutiert. Letztendlich verständigte man sich darauf, dass hier eine begleitende Tätigkeit in Kooperation mit einem multiprofessionellen Team gemeint ist.
- *Psychosoziale Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Familien*: Im Rahmen des Kinder- und Jugendplans wäre denkbar, dass Peer-ArbeiterInnen die Beratung von Familien in Bezug auf psychosoziale Angelegenheiten unterstützen können. Außerdem könnte dadurch die Perspektive von Betroffenen bei den beschriebenen Netzwerktreffen besser integriert werden.¹⁰²
- *Freizeit, Sport und Clubs*: Peers könnten auch vermehrt in den Bereichen Freizeit, Sport und Clubarbeit eingesetzt werden. Neben der bisherigen Tätigkeit von GenesungsbegleiterInnen in Tagesstätten (siehe Kapitel 5.1.3) könnten Peers vermehrt z. B. in den bereits bestehenden Aktiv-Clubs integriert werden. Des Weiteren könnten Freizeitangebote – so wurde im Workshop gesagt – auch in eigenständiger Form – das heißt, als „Peer-delivered services“ – aufgebaut werden.
- *Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärungsarbeit und Entstigmatisierung*: Im Sinne des Tria- oder Tetralogs ist im Rahmen der psychosozialen Arbeit auch immer die Bevölkerung bzw. Öffentlichkeitsarbeit mitzudenken. Darum bietet es sich an, dass Peers auch bei der Konzeption, Ausgestaltung und Durchführung von Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit mitwirken. Dies sollte – wie im Workshop diskutiert wurde – über die bisherigen Tätigkeiten im Rahmen der Initiative Bündnis gegen Depression hinausgehen.
- *Vorträge und Lehrtätigkeit*: Die Vortrags- und Lehrtätigkeit durch Betroffene könnte laut Workshop-TeilnehmerInnen weiter ausgebaut werden. Hier könnte auch an eine vermehrte Einbindung von ExpertInnen aus Erfahrung in der Lehre an Fachhochschulen und Universitäten gedacht werden.¹⁰³

Einige der bereits angeführten Tätigkeitsbereiche wurden auch den sechs durchgeführten qualitativen Interviews in Niederösterreich benannt. Zur Vervollständigung der möglichen Tätigkeitsbereiche für Psychiatrieerfahrene aus den Inhalten des Workshops können die Punkte

¹⁰² Hier wäre evtl. darauf zu achten, dass die Peers, deren Stärke auf der eigenen Erfahrung beruht, für die beratenden Tätigkeiten im familiären Kontext einen entsprechenden Erfahrungshintergrund mitbringen. In der deutschsprachigen Literatur werden etwa Projekte beschrieben, in denen z. B. Eltern mit Psychiatrieerfahrung andere Eltern mit psychosozialen Problemen beraten (vgl. z. B. Sielaff 2016a; Langegger 2016).

¹⁰³ Im Rahmen der Vortragstätigkeit könnte man durchaus innovative Wege einschlagen. So wurde in Interviews, die das Forschungsteam außerhalb von Niederösterreich geführt hat, vorgeschlagen, Vorträge und Schulungen sowohl extern (z. B. in Polizeischulen) als auch intern (z. B. in Clubs oder Betroffenen-Cafés) zu unterschiedlichen Themen („Was bedeutet es psychisch krank zu sein?“; „Stigmatisierung und Diskriminierung“, „Erfahrungen mit diversen Unterstützungs- und Hilfsangeboten“) durchzuführen (vgl. zusammenfassend IP 9, IP 10 und IP 11).

„Wohnen, Werkstätte, Wiedereingliederung“ genannt werden (vgl. IP3 2019, 144-147). Einige davon werden auch in der Fachliteratur häufig genannt (siehe auch Kapitel 3.5).

Im Workshop wurde außerdem darüber diskutiert, welche Voraussetzungen für Peer-Arbeit notwendig sind bzw. in den Tätigkeitsfeldern bzw. Organisationen gegeben sein müssten. An dieser Stelle sollen einige zentrale Punkte der Diskussion „blitzlichtartig“ angeführt werden.

Was den landesweiten bzw. organisationsbezogenen Umfang von Stellen für Peer-ArbeiterInnen und GenesungsbegleiterInnen anbelangt, wurde im Workshop auf die teilweise fehlende Finanzierung der entsprechenden Stellen hingewiesen. Für Peer-Beratung als zusätzliches Angebot gibt es häufig kein entsprechendes Budget. Oder es ergibt sich das Problem, dass Psychiatrieerfahrene häufig zunächst im Sinne einer Leistungserweiterung angestellt, aber früher oder später in den regulären Personalschlüssel übernommen werden. Des Weiteren wurde moniert, dass psychiatrieerfahrene Personen – trotz entsprechender Ausbildung – häufig wenig Anreiz haben, in größerem Umfang als Peers zu arbeiten, da sie dadurch häufig Gefahr laufen Ansprüche auf Unterstützungsleistungen zu verlieren.

Wichtig erschien den Workshop-TeilnehmerInnen, dass es je Standort bzw. Organisation zumindest zwei Peer-MitarbeiterInnen geben sollte, da so ein laufender und gegenseitiger Austausch ermöglicht wird. In der Beschreibung der einzelnen Stellen sollte das Rollen- und Aufgabenprofil klar definiert werden. Da die Rolle häufig erst im Laufe des Arbeitsprozesses klarer wird, sollte man sich nicht davor scheuen, die Stellenbeschreibung immer wieder anzupassen. Was das Ausmaß einer Anstellung betrifft, sollte stets darauf geachtet werden, dass das Stundenausmaß für die einzelnen Peers passend erscheint. Hier ist die jeweilige „Belastungsgrenze“ im Auge zu behalten. Was die Infrastruktur betrifft, sollte „Verhältnismäßigkeit“ bestehen; das heißt, die Ausstattung sollte sich an anderen Berufsgruppen bzw. am Standard der Organisation orientieren. Generell sollten Peers anderen MitarbeiterInnen gleichgestellt sein. Dies sollte jedoch die Berücksichtigung der Bedürfnisse oder von Ausnahmesituationen (z. B. aufgrund von hohen Belastungen) nicht ausschließen. Um etwaige Konflikte zu vermeiden, sollte jedoch eine ungleiche „Behandlung“ einzelner Berufsgruppen stets begründet bzw. auch im Team reflektiert werden.

Die Themen Supervision und Teilnahme an Teams wurden im Workshop intensiv ohne klares Ergebnis diskutiert. So wurde etwa die Position vertreten, dass Peer-MitarbeiterInnen – auch aufgrund des in der Regel geringem Stundenausmaßes – Supervisionen bzw. Teams nur im Bedarfsfall besuchen sollten. Andere vertraten wiederum die Meinung, dass Peers laufend – jedoch dem Umfang ihres Anstellungsverhältnisses entsprechend, also aliquot – Supervisionen bzw. Teams besuchen sollten. Eine weitere Frage war die, ob Peers gemeinsam oder getrennt vom restlichen

Team supervidiert werden sollten. Auch hier gab es keine einhellige Meinung. Summa summarum scheint es geboten zu sein, den Umgang mit der Teilnahme an Supervisionseinheiten und Teamsitzungen individuell bzw. je Team zu regeln. Die am Workshop teilnehmenden Peers äußerten den Wunsch nach einer weiterreichenden Vernetzung zwischen Peers, GenesungsbegleiterInnen und psychiatrienerfahrenen Personen, die beratend tätig sind.

5.3. Potentiale der Betroffenenbeteiligung: eine (Ein-)Schätzung

Im Rahmen der Darstellung theoretischer Überlegungen sowie erfahrungsbezogener Empfehlungen aus der Literatur (siehe v. a. Kapitel 3) wurde immer wieder auf Einschätzungen bezüglich des Umfangs von Peer-MitarbeiterInnen verwiesen. Spiegelberg formulierte in einem Beitrag, der im Jahre 2009 erschien, das ambitionierte Ziel einer Peer-Beschäftigungsquote von 3 % bis 5 %¹⁰⁴ (vgl. ebd., 143). In der Regel liegen die Beschäftigungsquoten unter dieser Zielformulierung. Bei pro mente OÖ liegt die Quote unter 1 %. Eine Organisation in der Schweiz, die im Bereich Wohnen tätig ist, setzte sich vor nicht allzu langer Zeit das Ziel einer Beschäftigungsquote von 1,5 % (vgl. Sigrist 2017, 14; siehe auch Kapitel 4.4).

In weiterer Folge soll das Potential für den Einsatz bzw. die Beschäftigung von psychiatrienerfahrenen Personen diskutiert werden. Die folgenden Überlegungen basieren auf einigen wenigen Daten, die von einzelnen Organisationen zur Verfügung gestellt wurden oder z. B. aus Berichten entnommen werden konnten. Diese wurden auf der Grundlage bestehender und fachbezogener Vollzeitäquivalente (VZÄ) je Versorgungsbereich errechnet. Dabei handelt es sich um „grobe“ Abschätzungen. Die Diskussion betrifft schwerpunktmäßig den außerstationären Bereich, im Speziellen die PSZ GmbH, da diese aktuelle Beschäftigungsdaten für den Bericht zur Verfügung stellten (Stand der Daten: Mai 2019).¹⁰⁵

Auf der Grundlage von Einschätzungen in der Literatur ist – kurz- bzw. mittelfristig betrachtet – in Bezug auf den Einsatz von psychiatrienerfahrenen Personen eine Beschäftigungsquote von 1 % bis 3 % der VZÄ als realistisch zu betrachten. Längerfristig könnten auch noch höhere Beschäftigungsquoten angestrebt werden. Bei den in weiterer Folge berechneten Potentialen handelt es sich um erste Hinweise darüber, welche Entwicklung eingeschlagen werden könnte.

¹⁰⁴ Der Autor definiert nicht, welche Überlegungen dieser Einschätzung zu Grunde liegen. So ist etwa nicht klar, ob sich die Berechnungsbasis ausschließlich auf Fachpersonal bezieht oder ob hier Verwaltungspersonal mitinbegriffen ist.

¹⁰⁵ Für die Caritas der Diözese St. Pölten liegen lediglich Daten aus der Evaluation des Psychiatriegerichts (Schöny et al. 2015) vor; daher findet dieser Träger in weiterer Folge keine Berücksichtigung.

Die PSZ GmbH beschäftigt im Bereich des psychosozialen Dienstes (inkl. ICM und KIPKE) Personen im Ausmaß von rund 90 VZÄ. 0,45 VZÄ entfallen auf Peer-BegleiterInnen (17 h, 2 Personen). Dies entspricht einer Beschäftigungsquote in Bezug auf die Peer-Arbeit von 0,5 %. Geht man nun von einem Beschäftigungspotential von 3 % aus, könnte weiteres Peer-Personal von mehr als 2 VZÄ eingestellt werden. In Anbetracht der Tatsache, dass Niederösterreich – geographisch betrachtet – ein weitläufiges Bundesland ist, die sozialpsychiatrische Versorgungsstruktur verteilt und daher „kleinteilig“ erfolgen muss, ist davon auszugehen, dass sich das zu empfehlende Beschäftigungsausmaß von Peers nochmals erhöht. Nimmt man an, dass pro PSD-Standort ein Beschäftigungsvolumen von 10 bis 15 Wochenstunden möglich und sinnvoll erscheint, erhöht sich die Gesamtbeschäftigung auf mindestens 3 VZÄ. Peer-MitarbeiterInnen sollte – wie in der Literatur empfohlen – die Möglichkeit geboten werden, sich mit anderen Peers austauschen zu können. Im Falle von detaillierteren Abschätzungen, sollte dies ebenfalls berücksichtigt werden.

Im Bereich Wohnen sind bisher noch keine Peer-BegleiterInnen beschäftigt. In Bezug auf diese Leistungsform ergibt sich für die PSZ GmbH – wiederum unter der Annahme einer potentiellen Quote von 3 % - ein Beschäftigungspotential von rund 0,7 VZÄ. Auch in diesem Fall erhöht sich das notwendige Beschäftigungsvolumen u. a. aufgrund der geographischen Gegebenheiten und der verschiedenen Unterstützungsleistungen. Im Bereich der tagesstrukturierender Angebote sowie der Clubs beschäftigt die PSZ GmbH bereits Peer-BegleiterInnen im Ausmaß von rund 0,7 VZÄ. In allen drei Tagesstätten kann Genesungsbegleitung in Anspruch genommen werden (Stand: April 2019). Da jedoch die PSZ GmbH Club-Leistungen an zehn Standorten anbietet, wird in Zukunft auch hier ein höheres Ausmaß an Peer-Arbeit notwendig und sinnvoll sein.

Was den stationären Bereich betrifft, soll festgehalten werden, dass etwa am Standort Tulln derzeit GenesungsbegleiterInnen im Ausmaß von mehr als zwei VZÄ beschäftigt werden, an anderen Kliniken hingegen noch keine (siehe Kapitel 5.1). Das bedeutet, dass auch im stationären Bereich – trotz der Pionierleistungen, die dort vollbracht wurden – weitere Anstellungen forciert werden könnten.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass in der vorangegangenen Diskussion nicht alle Tätigkeitsbereiche, in denen Peers grundsätzlich arbeiten könnten, angeführt wurden. Es fehlen u. a. das Feld der Krisenintervention oder auch das beschriebene Projekt „Psychiatrieerfahrene für Psychatriebetroffene“. Des Weiteren ist anzumerken, dass es neben der PSZ GmbH und der Caritas der Diözese St. Pölten auch noch weitere, jedoch kleinere Trägerorganisationen gibt, die in der Abschätzung des Bedarfs von Peer-Arbeit des Weiteren berücksichtigt werden müssen.

6. „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“: Leistungs- und Stellenbeschreibung

In weiterer Folge wird das Angebot „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“ genau skizziert. Zunächst wird der Charakter der Leistung auf der Grundlage des Fördervertrages beschrieben (siehe Kapitel 6.1). Danach wird der Umfang der geleisteten Beratungsgespräche für das Jahr 2018 dargestellt (siehe Kapitel 6.2). Zuletzt wird die Leistung aus Sicht der involvierten BeraterInnen dargelegt (siehe Kapitel 6.3). Grundlage hierfür bilden sechs qualitative Interviews.

6.1. Ziele und Charakter der Beratungsleistung

Von Jänner bis Dezember 2018 schloss der Verein HSSG einen Fördervertrag mit dem Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) ab, mit dem Ziel, für Menschen mit psychischen Erkrankungen beratend und unterstützend tätig zu sein, und zwar v. a. nach stationärer bzw. ambulanter Behandlung. Im Fördervertrag ist festgehalten:

„Der Fördernehmer berät psychiatrisch Kranke nach einer stationären bzw. ambulanten Versorgung in Angelegenheiten ihrer Lebensführung, wodurch langfristig eine Reduktion der Klinikaufenthalte und somit eine präventive Wirkung erreicht werden soll. [...]“ (aus dem Fördervertrag, 1)

Die im Rahmen dieses Projekts beratenden Personen mit Psychiatrieerfahrung bieten hierbei folgende „krankenhausentlastende Maßnahmen“ an (Aufzählung laut Projektbeschreibung, 1f.):

- regelmäßige Einzelberatungen nach Entlassung in allen psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgungsbereiche;
- gesundheitsfördernde Angebote für Betroffene;
- regelmäßiger Austausch zwischen psychiatrieerfahrenen und betroffenen Personen;
- Organisation und Leitung von Selbsthilfegruppen durch die im HSSG tätigen Personen mit Psychiatrieerfahrung;
- regelmäßige Supervision.

Das vom NÖGUS zur Verfügung gestellte Budget für diese Tätigkeit wird für Aufwendungen, z. B. für Fahrtkosten oder Supervision, verwendet. Die beratende Tätigkeit wird von den BeraterInnen ehrenamtlich durchgeführt.

6.2. Bisheriger Umfang der Beratungsleistung

Im ersten Quartal wurden insgesamt 44, im zweiten Quartal bereits 63, im dritten Quartal 68 und im vierten Quartal 34 Betroffenenengespräche durch den Verein HSSG geleistet (laut Leistungsabrechnung des HSSG mit dem NÖGUS). Insgesamt wurden im Rahmen des Projekts „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“ im Jahr 2018 mehr als 200 Beratungsgespräche geführt. Hierbei ist zu beachten, dass die Gespräche unterschiedlich viel Zeit in Anspruch nehmen. Je nach Länge des Gesprächs sowie An- und Abfahrtsdauer nimmt die Beratung zwischen einer und zwei, in manchen Fällen auch drei oder etwas mehr Stunden in Anspruch. Die Gespräche erfolgten hauptsächlich in den Regionen Industrieviertel, Mostviertel, NÖ-Mitte und teilweise auch im Wald- und im Weinviertel (siehe auch Tabelle 12). Die Beratungsgespräche wurden von einem Team von sechs Personen durchgeführt. Ab und an wurden die BeraterInnen durch weitere Mitglieder des HSSG unterstützt.

Tabelle 12: Anzahl der Betroffenenengespräche 2018 HSSG je Region in NÖ – abgerechnete Gespräche
(Projekt „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“)

| | 1. Quartal | | 2. Quartal | | 3. Quartal | | 4. Quartal | | Gesamt | |
|------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Industrie | 14 | 31,8 | 14 | 22,2 | 9 | 13,2 | 13 | 38,2 | 50 | 23,9 |
| Most | 18 | 40,9 | 17 | 27,0 | 24 | 35,3 | 3 | 8,8 | 62 | 29,7 |
| Mitte | 8 | 18,2 | 25 | 39,7 | 21 | 30,9 | 11 | 32,4 | 65 | 31,1 |
| Wald | - | - | 3 | 4,8 | 8 | 11,8 | 5 | 14,7 | 16 | 7,7 |
| Wein | 4 | 9,1 | 4 | 6,3 | 6 | 8,8 | 2 | 5,9 | 16 | 7,7 |
| Gesamt | 44 | 100,0 | 63 | 100,0 | 68 | 100,0 | 34 | 100,0 | 209 | 100,0 |

Quelle: HSSG (aus der Abrechnung der Betroffenenengespräche)

Berücksichtigt man die weiteren Tätigkeiten – wie z. B. Vorträge, Dialog-Veranstaltungen, Supervisionen, vernetzende Treffen – leistete der Verein HSSG im Jahr 2018 über 5.700 Arbeitsstunden (vgl. Tätigkeitsbericht HSSG 2018b). Durch die Förderung des NÖGUS konnten Aufwendungen, die im Zusammenhang mit den Beratungsgesprächen anfielen, abgegolten werden.

6.3. Die Leistung aus Sicht der BeraterInnen

An dieser Stelle soll nun das Projekt „**Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene**“ aus der Perspektive der beratenden Personen selbst betrachtet werden. Auf der Grundlage von qualitativen Interviews mit den BeraterInnen dieses Projekts sollen einige zentrale projektbezogene Charakteristika herausgeschält und dargelegt werden. Diese sollen in weiterer Folge auch als Grundlage für die Skizzierung einer Stellenbeschreibung für diese beratende Tätigkeit dienen. Es sei hier nochmals darauf hingewiesen werden, dass diese beratende Tätigkeit sowohl von jener der „klassischen“ Selbsthilfe als auch von jener der Genesungsbegleitung abzugrenzen ist.

Insgesamt wurden sechs leitfadengestützte Interviews mit Personen, die in diesem Projekt tätig sind bzw. diesem nahe stehen, durchgeführt. Davon waren drei weiblichen und ebenfalls drei männlichen Geschlechts. Die befragten Personen sind zum Großteil an unterschiedlichen Stellen sowie in unterschiedlichem Ausmaß im Bereich der Peer-Arbeit tätig. Das heißt, einige der interviewten BeraterInnen sind in mehrfacher Weise oder an mehreren Stellen in diesem Tätigkeitsfeld involviert, z. B. in Form von Anstellungen als GenesungsbegleiterIn, als LeiterInnen von Selbsthilfegruppen, als tragende Mitglieder von Vereinen und auch als psychiatrieerfahrene BeraterInnen im genannten Förderprojekt. Auch wenn im Interview die verschiedenen Tätigkeiten und die damit verbundenen Anforderungen, Erwartungen, Hindernisse etc. nicht immer zu trennen waren, soll in der nachfolgenden Auswertung der Interviews das Projekt „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“ und seine Charakteristika im Vordergrund stehen. Die Auswertung der Interviews erfolgte durch eine inhaltliche Clusterung zentraler Aussagen in den Interviews. Eine Beschreibung der grundsätzlichen methodischen Vorgehensweise kann in Kapitel 2.2 nachgelesen werden.

6.3.1. Prinzipien der Beratungstätigkeit

Die Beratungstätigkeit im Rahmen des Projekts „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“ zeichnet sich durch eine Vielzahl von Facetten aus, die hier nur ausschnitthaft dargestellt werden können. In weiterer Folge sollen beispielhaft Grundsätze im Rahmen dieser Beratungsform dargestellt werden.

Erfahrungsbasierte Beratung

Die besondere Relevanz und die Ressource der eigenen Erfahrung im Umgang mit der Erkrankung sowie den Leistungsangeboten, werden von allen interviewten Personen in den Mittelpunkt gestellt. Aber die Erfahrung alleine reicht nicht. Die eigene Erfahrung muss auch stets in eine Sprache „übersetzt“ werden, die dem Gegenüber entspricht. So sagt eine beratende Person das Folgende:

„[...] [I]ch muss mit jemandem, mit einem ausgebrannten Professor oder Lehrer in seiner Sprache sprechen können, ich muss mit einem Hilfshackler in seiner Sprache sprechen können, mit einem Bergbauern. [Ich muss] [...] da wirklich nicht nur die Ebene Betroffener zu Betroffener [...] finden, sondern auch vom Sprachlichen her eine gleiche Ebene [...] finden.“ (IP4, 346-351)

Wegbegleitung ohne Eigenverantwortung zu nehmen

Eine Person weist darauf hin, dass diese Form von Unterstützung so etwas wie eine „Wegbegleitung“ (vgl. IP2, 186) sein kann. Der oder die BeraterIn ist grundsätzlich da und greifbar, jedoch ohne Bevormundung und Paternalismus (vgl. IP3, 94). Das bedeutet auch, dass der betroffenen Person Eigenverantwortung zugestanden werden soll und muss. Denn eine überbordende Betreuung oder eine Betreuung auf Dauer

„[...] würde ja bedeuten, dass wir dem Menschen die Verantwortung abnehmen. Der muss seine Verantwortung selber tragen. Wir können nur so weit helfen, dass er eben aus seinem Strudel hinauskommt oder wenn er jetzt irgendwelche sozialen und andere Bedürfnisse hat – keine Wohnung, keine Heizung, was weiß ich was – schauen, dass wir ihn da unterstützen, aber sonst muss er sein Leben schon selber wieder in den Griff kriegen.“ (IP 1 2019, 332-337)

Ressourcen- und zukunftsorientierte Beratung

Die BeraterInnen sind nicht therapeutisch tätig. Sondern es geht vielmehr – so schildert es eine beratende Person – um eine ressourcen- und zukunftsorientierte Arbeit, sodass die Person in Beratung ihren Alltag bzw. Probleme besser bewältigen kann.

„Wir ‚stirreln‘ nicht in der Vergangenheit, sondern wir schauen immer, wo gibt es Ressourcen für die nächsten Tage und für den nächsten Schritt.“ (IP1, 73-74)

„[...] weil wir sind keine Therapeuten. Wir können die Vergangenheit nicht aufarbeiten [...]“ (IP1, 76)

„Grundsätzlich gehört die Vergangenheit in die Therapie und mein Fokus liegt darauf zu schauen, wie geht es ihnen heute, wie geht es ihnen jetzt, was brauchen sie jetzt, wo kann ich sie jetzt unterstützen, bestmöglich unterstützen und wo kann es hingehen.“ (IP4, 131-134)

Dennoch sollten sich die BeraterInnen nicht davor scheuen, bei Bedarf auch therapeutische oder andere unterstützende Leistungen zu empfehlen.

„Türöffner-Funktion“

Durch die Beratung im Rahmen des Projekts „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“ können Betroffene in niederschwelliger Form erreicht werden. Die BeraterInnen können – auf der Grundlage ihres Erfahrungswissens – auf weitere Unterstützungsleistungen verweisen und sie bei der Inanspruchnahme weiterführender oder intensiverer Angebote unterstützen (vgl. z. B. IP1, 167-176).

„Meistens sind die Leute noch gar nicht in Betreuung. Die wissen gar nicht wo sie hinsollen. Man kann ihnen dann sagen es gibt das PSD, es gibt das Krankenhaus oder was weiß ich was.“ (IP1, 384-385)

Des Weiteren wird von den BeraterInnen auch versucht die betroffenen Personen zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen zu motivieren (vgl. IP1, 320-321; IP4, 313-315). Häufig sind die psychiatrieerfahrenen BeraterInnen auch als „ÜbersetzerInnen“ tätig: Denn die Betroffenen *„[...] verstehen oft gar nicht, was der Arzt sagt und fragen dich dann nachher, oder wollen dich sogar dabei haben bei Gesprächen mit dem Arzt“* (IP2, 78-79). Hierfür bedarf es auch ein Basiswissen, z. B. in Bezug auf die Versorgungslandschaft in Niederösterreich (vgl. z. B. IP4, 61-62).

6.3.2. Beratungsmedium und -umfang

Die Beratungsgespräche erfolgen in der Regel direkt, das heißt von Angesicht zu Angesicht. In einigen Fällen wird auch telefonisch beraten (siehe z. B. IP1; IP4, 35-36). Dies ist v. a. dann der Fall, wenn man für ein Beratungsgespräch eine zu große räumliche Distanz überbrücken müsste. Beratung via Telefon hat den Vorteil für die betroffene Person schneller zu Verfügung stehen zu können (vgl. ebd., 88-89). Telefonische Gespräche sind aber auch mit Nachteilen verbunden; so fehlen etwa „Kommunikationskanäle“, wie jene der Gestik und Mimik (vgl. ebd., 83-84).

Das Ausmaß der Begleitung und Beratung kann stark variieren. Eine interviewte Person drückt dies wie folgt aus: *„Manchmal sind es 2 Telefonate, und manchmal ist es fast eine Dauerbegleitung.“* (IP1,

287-288) Des Weiteren kann sich die Intensivität von Beratungsgesprächen verändern. Bei fortgeschrittener Genesung melden sich die Betroffenen meist weniger häufig (vgl. IP1, 359-360; IP2, 145-146). Eine interviewte Person sieht dies als ein gravierendes Problem an:

„[...] [W]enn es ihnen schlecht geht, dann kommen sie. Wenn es ihnen gut geht, sind sie nicht da. Obwohl sie es da genauso brauchen würden. Weil gerade wenn es mir gut geht, kann ich dem anderen meine Erfahrung mitgeben und kann selber wieder etwas daraus lernen. Wenn es mir schlecht geht kann ich den anderen eh nicht helfen, und ich kann mir selber auch nicht richtig helfen.“ (IP2, 145-149)

6.3.3. Ablauf, Elemente und Inhalte der Beratung

Die konkrete Beratung unterscheidet sich in Bezug auf den Inhalt aber auch in Hinblick auf die „Herangehensweise“ von BeraterIn zu BeraterIn. Einleitend wird etwa in manchen Fällen der HSSG und seine Tätigkeiten vorgestellt, welche Zielsetzung die Einzelgespräche haben und welchen Erfahrungshintergrund die beratende Person hat (vgl. IP1, 94-101). Des Weiteren wird häufig die Gesprächsstruktur, die angelegte Dauer und das konkrete Ziel einer Gesprächseinheit kurz besprochen (vgl. IP1, 101-104). Das heißt, das Betreuungsziel gilt es immer mit dem/der Klientin abzustimmen (vgl. IP1, 331-332) und die Gestaltung der Beratungsgespräche wird individuell gehandhabt. Häufig wird hierfür auch ein Leitfaden verwendet. So führt eine interviewte Person die Notwendigkeit der Strukturierung der Beratungsgespräche folgendermaßen aus:

„Ich habe mir da so einen Leitfaden für die Betroffenenengespräche zusammengestellt und den lasse ich dann auch vor mir liegen und entweder ich hake es mir ab oder ich schreibe noch etwas dazu, wenn jemand was sagt, wo man vielleicht auch noch darauf eingehen möchte oder das irgendwie herausheben möchte.“ (IP4, 92-95)

Ein zentraler Aspekt der beratenden Gespräche ist das empathisch spiegelnde und reflektierte Zuhören.

„Also ich erinnere mich jetzt zuletzt an eines, da war eine Dame, die sich verfolgt gefühlt hat, die überall, wo sie hinkommt, stellt sich wer in den Weg. Also in der Straßenbahn oder beim Arzt. Überall hat sie das gleiche Problem, also offenbar irgendwie verfolgt. Und die habe ich einmal eine Stunde lang reden lassen müssen, weil, die hat nicht aufgehört. Und dann fange ich mit meinen Fragen dazwischen an. Also ich habe ein paar, die ich immer frage. Also, wie geht's Ihnen im Moment? Dann, wieso ist die Situation gerade jetzt so schlimm? War es schon oft so,

oder erst jetzt? Und wie wirkt sich das aus und wie zeigt sich das? Ja, und so frage ich dann durch.“ (IP1, 64-70)

Wichtiges „Werkzeug“ der Beratung ist – so wie bei der klassischen Peer-Beratung auch – das eigene Erfahrungswissen, das im direkten Gespräch als Ressource fungiert. Eine interviewte Person schildert dies eindrucksvoll anhand seiner eigenen Erkrankungsgeschichte und in Abgrenzung zu therapeutischen und medizinischen Berufen wie folgt:

„[...] [I]ch sage immer Therapeut und Arzt, die sind schon gegenüber ein anderes Paar Schuhe, weil die haben studiert“ [...] „aber das ist auch schon wieder ein ganz ein anderer Zugang zum Klienten als ich ihn habe. Weil ich rede von dem, was auf der Straße los war. Ich kann von dem reden, was in meine Depressionen, warum ich zum Saufen angefangen habe. Oder was mir der Alkohol und die Drogen alles gebracht haben. Ich habe da einen ganz einen anderen Zugang zu den Leuten und das fällt natürlich schon sehr leicht.“ (IP2, 93-100)

Durch das Erfahrungswissen können – so ist zu hoffen – bestimmte Betroffenengruppen leichter erreicht werden. Einer anderen interviewten Person wurde dies auch schon von KollegInnen in einem anderen beruflichen Kontext bestätigt. Er sagte etwa im Interview: *„Ja, ja das haben auch die [die MitarbeiterInnen, Anm. der Verfasser] [...] gesagt, dass sie halt doch leichter zu mir gehen als zu einem Therapeuten und leichter mit mir reden können.“ (IP2, 83-84)*

Die Beratung kann aber auch konkrete begleitende Maßnahmen umfassen, wie z. B. die Unterstützung bei der Alltagsbewältigung oder bei Behördengängen. Das nachfolgende Beispiel beschreibt die Unterstützung einer Frau, die mit Stigma-Erfahrungen zu kämpfen hat.

„Ich hab einmal eine Frau betreut, die 30 Jahre lang getrunken hat und die im ganzen Bezirk bekannt war. Die hat sich nicht mehr alleine aus dem Haus getraut. Die hab ich dann das ganze Jahr begleitet, indem ich mit ihr spazieren gegangen und einkaufen gegangen bin, an all die Orte, wo sie als die ‚Besoffene‘ bekannt war.“ (IP1, 147-150)

6.3.4. Erwartungen der Betroffenen

Bei den Betroffenen sind die Erwartungen an die psychiatrienerfahrenen BeraterInnen unterschiedlich. Es gibt etwa Erwartungen, wie z. B. *„Hilf mir, sag mir, was ich machen soll‘ oder ‚ich brauch Hilfe‘ oder ‚Ich hab kein Geld für die Heizung bis zu ‚Ich bin so durcheinander, ich weiß nicht, was ich den ganzen Tag machen soll.‘“ (IP1, 136-138)* Dies hängt ein Stück weit von der konkreten Problemlage ab. Häufig betreffen die Erwartungen aber v. a. die Krankheit an sich und den

Genesungsprozess. Beim ersteren stehen vor allem erfolgreiche Handlungs- und Umgangsstrategien mit der Krankheit im Zentrum des Interesses während es beim Genesungsverlauf dieser als ganzer Prozess ist (vgl. IP6, 66-67). Auch die Vorbildfunktion im Sinne „*Der hat es auch geschafft!*“ spielt hier eine große Rolle (vgl. IP2, 75-76). Manchmal kommt es auch vor, dass Betroffene an die Beratung gar keine Erwartungen richten (vgl. IP5, 316-317) oder diese nicht zu erkennen geben.

In Bezug auf die Erwartungen an die Angehörigen wurde von vier interviewten Personen formuliert, dass sie (eher) keinen Angehörigenkontakt haben und daher von dieser Seite auch in der Regel keine Erwartungen formuliert werden. Vereinzelt kommt es aber vor, dass die betroffene und zu beratende Person die Erwartung oder die Bitte äußert, angehörige Personen z. B. über bestimmte Umstände zu informieren (vgl. IP4, 139-141). Eine beratende Person formuliert dies so, dass sie in diesem Fall häufig eine vermittelnde Rolle einzunehmen versucht:

„Ich versuche Sprachrohr zu sein für das, was der Betroffene nicht so aussprechen kann, das in ganz klare Worte zu fassen, sodass es ein Angehöriger auch verstehen kann, dass der jetzt nicht kann. Nicht weil er nicht will, sondern einfach nicht kann.“ (IP4, 151-153)

6.3.5. Anforderungen an die BeraterInnen

Von zentralem Interesse für einen umfassenden Blick auf das Tätigkeitsprofil einer beratenden Person im Projekt „*Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene*“ waren auch die damit einhergehenden unterschiedlichen Anforderungen.

Von allen interviewten Personen werden die eigene Betroffenheit und der positive Umgang damit im Kontakt mit den Psychiatriebetroffenen angeführt und einhergehend damit dieser wichtige Perspektivenwechsel, denn *„als Betroffener siehst du es oft anders“* (IP3 2019, 103-104). *„Du siehst es wahrscheinlich früher, wenn der in eine Manie kommt, bei der Depression ist es schwieriger, aber bei den Manien oder nach oben, das merkst du viel früher.“* (IP3, 109-110) Des Weiteren sollte man ein gewisses Maß an sozialer Kompetenz an den Tag legen (vgl. IP4, 316).

Als weitere Anforderungen wurden von allen interviewten Personen Empathie und die Bereitschaft sich auf andere Menschen einzulassen sowie die Fähigkeit zuhören und motivieren zu können genannt.

„Dass ein Austausch zusammenkommt, dass man eben, ja über verschiedene Sachen mit den Klienten reden kann und verschiedene Sachen mit ihnen tut oder dass man sie motiviert zum Spazierengehen oder was, wie auch immer.“ (IP3, 206-208)

Ebenso wird von den BeraterInnen gefordert, dass sie die eigene Geschichte ausblenden können, einen umfassenden Überblick über das Hilfsangebot haben und strukturiert und reflektiert arbeiten. Auch ist es wesentlich zu wissen, was eine Person leisten kann und ab wann die eigenen Grenzen beginnen (vgl. IP4, 58-69) und z. B. andere Unterstützungsleistungen gefordert sind. Hier wird vor allem betont, dass die Anforderungen, die von den Psychatriebetroffenen gestellt werden, je nach Genesungsstand sehr unterschiedlich sind. Ist dieser bereits weiter fortgeschritten, so gestaltet sich der Kontakt zu den Psychatriebetroffenen schwieriger (vgl. IP5, 199-206).

Neben der eigenen Stabilität sollte man *„sich auch im Vorhinein bewusst sein, was man da macht und was man da eingeht“* (IP5 2019, 197-198). Das heißt, es bedarf auch eines gewissen Maßes an Selbstreflexivität (vgl. etwa IP4, 68-69). Allgemein wird gefordert die eigenen Erfahrungen einzubringen und *„präsent zu sein und auf die Klienten zu schauen“* (IP6, 25-26). Des Weiteren bedarf es der Fähigkeiten sich von den Erfahrungen in den Beratungsgesprächen abzugrenzen (vgl. IP1, 472-473; IP2, 312-315; IP4, 319-320)

„[...] [I]ch darf nicht hineinfallen in die Geschichten. Das ist für mich ganz wichtig. Solange ich mit dem sprich, gehe ich auf die Person ein, bin ich mit dieser Person voll auf einer Höhe, und dann muss ich mich aber selber abgrenzen. Und das ist glaube ich eines von den wichtigsten Sachen.“ (IP2, 312-315)

6.3.6. Ressourcen und Infrastruktur

Im Falle der aufsuchenden Beratungsgespräche sind – und so bringt es eine interviewte Person auf den Punkt – ein „Handy, Internet, [ein] eigenes Auto und ein Fahrtenbuch“ nötig (IP4, 192). Für die Fahrten zum Beratungsgespräch werden von den BeraterInnen die eigenen Fahrzeuge benutzt. Im Falle von Beratungen via Telefon werden die eigenen Telefone verwendet (IP1, 200-201).

Was die Räumlichkeiten, die für die Beratungsgespräche benötigt werden, angeht, trifft man sich häufig in der Wohnung der betroffenen Person oder man greift auf Cafés oder auf Räume in den „selbsthilfefreundlichen Krankenhäusern“ zurück. Eine interviewte Person kann für Gespräche auch Räumlichkeiten eines PSD benützen (vgl. IP4, 211-214). Für eine beratende Person stellen fehlende Räumlichkeiten immer wieder ein Hindernis dar.

„Aber, was immer wieder ein Problem ist, sind die Räumlichkeiten. Wo geht man hin mit jemandem, wenn man eine Beratung macht? Es gibt schon ... wie heißt das ... die freundlichen Krankenhäuser, die dann Räume zur Verfügung stellen. Aber jeder geht nicht gern in ein Krankenhaus oder in eine Kirche z. B. Manche treffen sich in der Kirche, also im Pfarrheim. Also

die Räume sind immer wieder ein Thema, weil das kostet ja meistens was, wenn man das mieten muss.“ (IP1, 202-206)

Eine beratende Person berichtet auch, dass die Anfahrt zum Beratungsgespräch v. a. im Winter wetterbedingt nicht immer leicht sein kann (vgl. IP4, 294-296).

Durch Supervisionsmöglichkeiten, die durch den Verein HSSG zur Verfügung gestellt werden, können die BeraterInnen ihre Tätigkeit und ihre Erfahrungen reflektieren (vgl. IP1, 472-473; IP4, 428-429).

6.3.7. Die Beratungstätigkeit und ihr Verhältnis zu anderen Leistungen

An dieser Stelle sei noch darauf hingewiesen, dass während der Interviews immer wieder auf die notwendige Unterscheidung zwischen Selbsthilfe und der Einzelberatung im Rahmen des Förderprojekts hingewiesen wurde. Selbsthilfe sei, so wie die Einzelberatung auch, als eigenständige Leistung zu verstehen. Das heißt, Selbsthilfe muss als niederschwellige und „voraussetzungsarme“ Leistung bestehen und möglich bleiben (vgl. IP5, 713). Des Weiteren ist zu beachten, dass sich die Tätigkeit im Projekt „Psychiatrieerfahrene für Psychatriebetroffene“ von der Peer-Arbeit in anderen Organisationen Niederösterreichs teilweise unterscheidet. So zeichnet sich erstere durch eine sehr flexible, außerstationäre und in der Regel aufsuchende Beratung aus. Auch der Ausbildungshintergrund ist in einigen Fällen ein anderer (z. B. Ausbildung zum/zur Lebens- und SozialberaterIn oder Ausbildung zum/zur GruppenleiterIn).

6.3.8. Beurteilung des Projekts

Das Angebot „Psychiatrieerfahrene für Psychatriebetroffene“ wurde bisher „ganz gut angenommen“ (IP5, 132-133; vgl. auch IP4, 33-35). Eine interviewte Person sprach davon, dass es sich bei der Beratung um einen „Selbstläufer“ handelt.

„Es [das Projekt, Anm. der Verfasser] ist wirklich viel, ja. Es ist ein bisschen ein Selbstläufer, weil indirekt [...] spricht sich herum, da hast du einen Ansprechpartner, oder der sagt ich kenne jemanden, die kannst du anrufen und mit der kannst du reden.“ (IP4, 33-35)

Das Beratungsangebot spricht sich u. a. über die Betroffenen, die Selbsthilfegruppen, aber auch über verschiedene andere Leistungsangebote herum. Es ist daher anzunehmen, dass über dieses Projekt – im Vergleich zur „klassischen“ Selbsthilfe – mehr und v. a. schwerer erreichbare Personen angesprochen werden können. Das heißt, hier ergibt sich ein Tätigkeitsfeld für psychiatrieerfahrene

Personen, das über jene der „klassischen“ Selbsthilfe hinausgeht und die in Niederösterreich bisher bestehende Genesungsbegleitung im stationären Setting in innovativer Weise ergänzt.

6.4. „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“: Aspekte einer Stellenbeschreibung

Für Peer-MitarbeiterInnen und GenesungsbegleiterInnen, die in Niederösterreich im Rahmen einer Organisation bzw. eines Dienstverhältnisses tätig sind, wurden – soweit es dem Forschungsteam bekannt ist – Stellenbeschreibungen, in denen u. a. die Aufgaben der Peers festgehalten wurden, verfasst. Für jene psychiatrieerfahrenen Personen, die im Rahmen des Projekts „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“ Beratungsgespräche führen, gibt es noch kein explizites Stellenprofil. Dies ist wohl der Tatsache geschuldet, dass es sich bei hierbei um eine ehrenamtliche Tätigkeit¹⁰⁶ handelt.

An dieser Stelle soll – u. a. auf der Grundlage der dargestellten Ergebnisse der qualitativen Befragung – eine erste Skizze einer möglichen Stellenbeschreibung formuliert werden (siehe Kasten weiter unten). Diese erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Gültigkeit, sondern soll auf jene inhaltlichen Elemente verweisen, die – angesichts der bisherigen Ausführungen – aus Sicht des Forschungsteam berücksichtigt werden sollten.¹⁰⁷

Stellenbeschreibung „Psychiatrieerfahrung für Psychiatriebetroffene“ – ein Vorschlag

Stellenbeschreibung für BeraterInnen im Rahmen des Projekts

„Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“

1. Geltungsbereich:

Die hier dargelegte Stellenbeschreibung gilt für alle BeraterInnen, die im Rahmen des vom Verein Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit (HSSG) in Niederösterreich betreuten und durchgeführten Projekts „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“ tätig sind. Die hier beschriebene Leistung stellt ein Angebot für Menschen mit psychischen Problemen bzw. Beeinträchtigungen in Anschluss an einer stationären oder ambulanten Behandlung dar.

¹⁰⁶ Die Beratung ist als ehrenamtlich zu verstehen, da mit der Förderung des NÖGUS lediglich Aufwendungen abgegolten werden und daraus kein Entgelt oder Gehalt bezahlt wird.

¹⁰⁷ Die Struktur der hier skizzierten Stellenbeschreibung orientiert sich an den Beispielen in Utschakowski (2015, 77ff.).

2. Einsatzort:

Es handelt sich hierbei um eine Beratungstätigkeit die individuell, an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst werden kann. Die Beratungsleistung kann aufsuchend, also von Angesicht zu Angesicht, oder auch telefonisch erbracht werden. Für aufsuchende Beratungsgespräche gilt der Einsatzort Niederösterreich.

3. Ziele der Beratung:

Die betroffenen Personen sollen in ihrer Problembewältigung, Lebensführung und Alltagsbewältigung beraten, begleitet und unterstützt werden, mit dem Ziel die Lebensqualität der betroffenen Personen zu steigern bzw. zu stabilisieren und der Notwendigkeit stationären Behandlungen vorzubeugen. Langfristig soll somit eine präventive Wirkung entfaltet werden (z. B. im Sinne einer tertiären Prävention).

4. Zielgruppe:

Die Zielgruppe der Beratung sind Personen mit psychischen Problemen oder Erkrankungen, die nach einer stationären oder ambulanten Behandlung einer (zusätzlichen) Unterstützung bedürfen.

4. Grundsätze der Beratung:

Die Leistung ist im Interesse und auf Verlangen der oder des Betroffenen zu erbringen. Die Beratung, Begleitung und Unterstützung sollten nach den Prinzipien der Ressourcen- und Zukunftsorientierung erfolgen und orientiert sich an der Lebenswelt der betroffenen Personen. Die eigenen psychiatriebezogenen Erfahrungen stellen für das Beratungsgespräch eine zentrale Ressource dar.

5. Anforderungen:

Die beratenden und unterstützenden Personen sollen folgende Anforderungen erfüllen:

- eine peerbezogene Ausbildung oder eine äquivalente Befähigung vor dem Hintergrund beratungsbezogener Aus-, Fort- und Weiterbildung und der eigenen Psychiatrieerfahrung;
- psychische Stabilität;
- Beratungskompetenzen;
- Kommunikationskompetenzen, wie empathisches und aktives Zuhören;
- Fähigkeit zur Perspektivenübernahme;
- Offenheit und die Bereitschaft Beziehungen einzugehen bei gleichzeitiger Fähigkeit zur Abgrenzung;
- Bereitschaft zu erfahrungsbezogenem Austausch und zur Reflexion mit den Betroffenen;
- Kompetenzen im Bereich der Alltagsbegleitung, Praxiskompetenzen;

- Grundverständnis bzw. grundlegende fachliche Kenntnisse über psychische Störungen;
- Kenntnis des regionalen psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Versorgungssystems;
- Bereitschaft zur regelmäßigen Teilnahme an Supervisionen.

6. Aufgaben:

Folgende Aspekte fallen in das Aufgabenfeld der BeraterInnen im Projekt „Psychiatrieerfahrung für Psychiatriebetroffene“:

- regelmäßige Einzelberatungen nach Entlassung in allen psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgungsbereiche, z. B. in Bezug auf die psychische Erkrankung und auf mögliche Unterstützungsmöglichkeiten;
- Förderung der Ressourcen der Betroffenen sowie Empowerment;
- Motivation der Betroffenen zur Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsleistungen oder für Angebote im Bereich der Selbsthilfe;
- Praxisbegleitung und Unterstützung, z. B. bei Behördengängen und Antragstellung;
- Beratung und Anregung bei Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung;
- Anregung und Unterstützung bei (Re)Integration und sozialer Teilhabe, Stärkung sozialer Beziehungen;
- Fürsprache und Anwaltschaft für die jeweilige betroffene Person;
- Gruppenangebote, z. B. in Form von Selbsthilfegruppen.

7. Supervision und Fortbildung

Zur Sicherung und Entwicklung der Qualität der beratenden, begleitenden und unterstützenden Tätigkeit sollen die involvierten Personen regelmäßig Supervision in Anspruch nehmen. Des Weiteren wird den beratenden und unterstützenden Personen empfohlen in regelmäßigen Abständen an fachspezifischen Fortbildungen teilzunehmen.

7. Kompetenzen und Qualifikationen

Peer-Begleitung ist – wie in den vorangegangenen Kapiteln deutlich geworden sein dürfte – keine voraussetzungslose Arbeit – im Gegenteil: es handelt sich um eine verantwortungsvolle Tätigkeit. Eine Betrachtung der für diese Arbeit notwendigen Kompetenzen bzw. Qualifikationen ist daher unumgänglich. In diesem Kapitel werden zunächst die verschiedenen peerbezogenen Ausbildungen, die in Österreich verankert sind, kurz vorgestellt (siehe Kapitel 7.1). Im Anschluss daran werden – auf der Grundlage des abgehaltenen Workshops sowie der geführten Interviews – zentrale Voraussetzungen und Kompetenzen für Peer-Arbeit benannt (siehe Kapitel 7.2).

7.1. Peer-Ausbildungen in Österreich

In Österreich gibt es für Menschen mit Psychiatrieerfahrung zurzeit drei Ausbildungskonzepte. Tabelle 13 gibt einen Überblick über verschiedene Elemente und Rahmenbedingungen der einzelnen Lehrgänge.

Bei der Ausbildung zum/zur Peer-BeraterIn in Oberösterreich handelt es sich um einen Lehrgang, der rund drei Semester und 425 Arbeitseinheiten umfasst. Einen zentralen Schwerpunkt bilden Beratungskompetenzen. Die Ausbildung wird – angepasst – für Menschen mit Psychiatrieerfahrung, für Menschen mit körperlichen Behinderungen sowie für Peers, die einfache Sprache benötigen, angeboten. Zurzeit werden in Oberösterreich keine Peers ausgebildet (für ausführlichere Informationen zur Peer-Ausbildung in Oberösterreich siehe Kapitel 4.2).

Der Verein EX-IN Österreich – mit Sitz in Wien – bietet eine Ausbildung zum/zur EX-IN GenesungsbegleiterIn an. Bisher absolvierten diese Ausbildung nicht nur Personen aus Wien und Niederösterreich, sondern auch psychiatrieerfahrene Personen aus anderen Bundesländern Österreichs. Der Lehrgang umfasst zwölf Module. Gemäß der „EX-IN-Philosophie“ steht das Erfahrungswissen der TeilnehmerInnen im Zentrum der Ausbildung und Begleitung („Vom Ich- zum Wir-Wissen“) (vgl. z. B. auch Utschakowski 2016c). Ein zentrales Element der Ausbildung ist der Tandem-Unterricht; das heißt, es unterrichten stets eine Person mit Psychiatrieerfahrung sowie ein „Profi“ gemeinsam. Zurzeit wird keine Ausbildung angeboten.

Im Herbst 2018 startete an der Fachhochschule Joanneum Graz (Steiermark) eine Ausbildung zum/zur „akademische/n Peer-BeraterIn“. Der Lehrgang dauert drei Semester und ist mit 62 ECTS relativ umfangreich. Die Ausbildung ist u. a. auf die Entwicklung folgender Kompetenzen

ausgerichtet: Beratung, Reflexion und Verweisungskompetenz (vgl. IP12). Zurzeit werden Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen bzw. Sinnesbeeinträchtigungen ausgebildet. Der Lehrgang für psychiatrienerfahrener Personen beginnt voraussichtlich im Jahr 2020.

Tabelle 13: Peerbezogene Ausbildungen in Österreich

| | Ausbildung zum/zur Peer-BeraterIn in ÖÖ¹⁰⁸ | EX-IN Ausbildung¹⁰⁹ | Akademische/r Peer-BeraterIn (Stmk)¹¹⁰ |
|------------------------------------|---|--|--|
| Bundesland/ Verbreitung | Oberösterreich | Österreich | Steiermark |
| Umfang | 240 AE Theorie 185 AE Fachliche Tätigkeit (Praxis + Supervision, Beratung und Selbsterfahrung) 425 AE Gesamtumfang | 600 Stunden/AE (Basis- und Aufbaumodule mit 264 Stunden/AE, zwei Praktika mit insg. 160 Stunden/AE und ein Fernstudium, inkl. Teilnahme an Arbeitsgruppen mit 176 Stunden/AE) ¹¹¹ | 62 ECTS, davon rund 12 ECTS Praktikum |
| Dauer | 3 Semester | 12 dreitägige Module über 1 Jahr | 3 Semester |
| Zielgruppe(n) | Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, Menschen mit Psychiatrieerfahrung und Menschen mit Lernschwierigkeiten (3 verschiedene Lehrgänge) | Menschen mit Psychiatrieerfahrung | Menschen mit körperlichen Behinderungen/ Sinnesbeeinträchtigungen, Menschen mit Psychiatrieerfahrung und Menschen mit Lernschwierigkeiten (3 verschiedene Lehrgänge) |

¹⁰⁸ Informationen u. a. entnommen aus: <http://www.bvp-ooe.at/de/ausbildung.html> (Datum des Zugriffs: 27. Mai 2019); für die rechtlichen Grundlagen siehe: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrOO&Gesetzesnummer=20000528> (Datum des Zugriffs: 27. Mai 2019).

¹⁰⁹ Informationen entnommen aus: <http://www.ex-in.at/> (Datum des Zugriffs: 27. Mai 2019).

¹¹⁰ Informationen entnommen aus: <https://www.fh-joanneum.at/weiterbildung/akademische-peer-beraterin-akademischer-peer-berater/> (Datum des Zugriffs: 27. Mai 2019).

¹¹¹ Angaben des Vereins EX-IN Österreich wurden nachgereicht (Datum der Auskunft: 30. November 2020).

| | Ausbildung zum/zur Peer-BeraterIn in OÖ | EX-IN Ausbildung | Akademische/r Peer-BeraterIn (Stmk) |
|-------------------------|---|---|---|
| Schwerpunkte | Beratung, Leistungsangebot und Grundlagen Behinderungen/ Beeinträchtigungen, Recht | (Selbst-)Erfahrung, Recovery, Empowerment, und Teilhabe | Entwicklung individueller Kompetenzen (z. B. Reflexion, Lernfähigkeit, Verweisungskompetenz), Beratung, Methoden |
| Abschluss | „diplomierte/r Peer-BeraterIn | „ExpertIn durch Erfahrung (EX-IN GenesungsbegleiterIn) in der Gesundheitsversorgung“ | „akademische/r Peer-BeraterIn“ |
| Auswahlverfahren | Auswahl der TeilnehmerInnen: <ul style="list-style-type: none"> - Bewerbungsschreiben - Einzelgespräche - Auswahl durch Gremium | Informationsveranstaltung im Vorfeld Auswahl der TeilnehmerInnen: <ul style="list-style-type: none"> - Bewerbungsschreiben - Auswahlverfahren (ganztätig) | Vorinformationsgespräch über Rahmenbedingungen und Voraussetzungen Auswahl der TeilnehmerInnen: <ul style="list-style-type: none"> - Bewerbungsschreiben - Assessment-Treffen |
| Kosten | In OÖ: Kosten übernimmt das Land OÖ | In NÖ: Der Großteil der Kosten wurde für einen Teil der TeilnehmerInnen von unterschiedlichen Trägerorganisationen übernommen (in Form von Stipendien) | Keine Lehrgangsgebühren für TeilnehmerInnen |

Quelle: eigene Tabelle

7.2. Notwendige Kompetenzen und Qualifikationen von Peer-ArbeiterInnen aus Sicht der Beteiligten in Niederösterreich

Im folgenden Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, welche Kompetenzen und Qualifikationen für die Arbeit von psychiatrienerfahrenen Personen notwendig sind. In weiterer Folge wird nicht zwischen verschiedenen Tätigkeitsgebieten unterschieden. In Bezug auf die notwendigen Kompetenzen gibt es zwischen den einzelnen Tätigkeitsfeldern große Überlappungen. Die Grundlage für die folgenden Ausführungen bilden zum einen die einzelnen Interviews, die wir in

Niederösterreich, aber auch in anderen Bundesländern Österreichs geführt haben; zum anderen werden Ergebnisse aus dem veranstalteten Workshop für die Ergebnisdarstellung herangezogen.¹¹²

7.2.1. Voraussetzungen und allgemeine Kompetenzen

Im Rahmen des Workshops, der im April 2019 in St. Pölten abgehalten wurde, wurde u. a. über die Voraussetzungen und über Kompetenzen, die Peers mitbringen bzw. erlangen sollen, diskutiert. Danach gefragt, welche Voraussetzungen und Kompetenzen für die Arbeit als Psychiatrieerfahrener für Psychiatriebetroffene notwendig sind, gaben die TeilnehmerInnen des Workshops folgende an¹¹³:

Voraussetzungen:

- Psychiatrieerfahrung¹¹⁴ (akut-, teil- oder außerstationäre Erfahrungen);
- Erkrankungsbezogene Stabilität, um mit der Erkrankung gut umgehen zu können;
- Ausbildung;
- Strukturelle Voraussetzungen (z. B. Arbeitsplätze, Ressourcen am Arbeitsplatz, Berufsbild etc.).

Kompetenzen und Fähigkeiten:

- Selbstreflexionserfahrung bzw. -fähigkeit; Auseinandersetzung mit dem eigenen Genesungsprozess bzw. Krankheitsgeschichte (in Bezug auf die eigene Psychiatrieerfahrung und auf die unterschiedlichen Phasen der Interaktion);
- Wissen um den eigenen Kompetenzbereich und seine Grenzen (v. a. in Abgrenzung zu anderen Professionen, wie z. B. zu therapeutischen Berufen);
- Motivations-, Kritik- und Kommunikationsfähigkeit;
- Soziale Kompetenz, Fähigkeit sich abzugrenzen;
- Geduld;
- Kenntnisse und Wissen des regionalen Strukturwissens und der Angebote.

Eine etwas detailliertere Darstellung ermöglicht die Analyse der durchgeführten Interviews.

¹¹² Es wurden insgesamt sechs qualitative leitfadengestützte Interviews mit Psychiatrieerfahrenen in Niederösterreich durchgeführt und weitere drei mit Betroffenen aus anderen Bundesländern, die eine große Expertise in der Arbeit und dem Aufbau von Peer-Beratung aufweisen sowie mit einer Führungskraft mit praktischer Expertise aus Niederösterreich und einer Führungskraft aus dem Bereich der Sozialberuf-Ausbildung.

¹¹³ Die Aufzählung wurde leicht sprachlich angepasst.

¹¹⁴ Hier wurde diskutiert, ob die Psychiatrieerfahrung auf eine stationäre Behandlung beschränkt sein muss oder nicht. Festgehalten wurde, dass es sich sowohl um akut-, teil- und außerstationäre Erfahrungen handeln kann.

7.2.2. Eigene Betroffenheit, Genesung, Empathie und Kommunikationsfähigkeit

Als notwendige Kompetenzen gelten laut allen interviewten Personen die der eigenen Betroffenheit sowie der eigene, positiv erlebte Genesungsprozess. Des Weiteren wird in den Interviews auf die Kompetenz des empathischen Verhaltens hingewiesen und die Relevanz des aktiven Zuhörens hervorgehoben. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie die Kompetenz, sich abgrenzen zu können, wurden ebenfalls genannt. Generell wird auch bei allen Interviews die notwendige Bereitschaft zur Kommunikation und zum Konfliktmanagement betont. Auch sollte eine gute und lösungsorientierte Gesprächsführung sowie Teamfähigkeit sichergestellt sein.

Das Thema der Selbstreflexion und der Wichtigkeit der eigenen Genesung bzw. diese Erfahrung des Genesungsprozesses als Ressource einzusetzen, soll hier exemplarisch anhand der Aussagen einer interviewten Person dargestellt werden.

„Also ich finde, dass es eine gute Reflexion der eigenen Geschichte braucht, nämlich der eigenen Krankengeschichte, meine ich jetzt, und dass es schon ein Stückweit ein Vorbereiten auf den Genesungsweg gegeben haben muss.“ (IP7, 139-141)

Eine andere interviewte Person formuliert dies folgendermaßen:

„Dass man gerne mit Menschen umgeht, gerne mit Menschen arbeitet und dass man sich auch mit Problemen auseinandersetzen kann.“ (IP3, 310-311)

7.2.3. Vorbildfunktion, Abgrenzung, Motivation und Teamfähigkeit

Eine interviewte Person verweist explizit auf die Vorbildfunktion, die psychiatrienerfahrene Profis ausüben.

„Das erscheint mir wichtig im Sinne vom Vorbild aber auch für das Team. Das macht einfach Sicherheit, wenn es klar ist, da gibt es tatsächlich jemanden, der oder die sehr kompetent mit der eigenen Erkrankung umgeht [...] Das erscheint mir sehr wichtig.“ (IP7, 142-145)

Im Anschluss an das Interview unterstreicht dieselbe Person sowohl die Bedeutung der Abgrenzung als auch der erfahrungsbezogenen Ressourcen. Letztere sollten ein „Werkzeug“ sein; daher sollte man sich auch ein Stück weit davon abgrenzen können, um nicht wieder „mitten drin“ in der Krankheit zu sein (vgl. IP7 146-148).

Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist die Team- und Gruppenfähigkeit, die vor allem von den Organisationen eingefordert wird.

„Wir brauchen ein Stück weit Teamfähigkeit, Gruppenfähigkeit, also die Fähigkeit sich zu artikulieren, was die Person so braucht, weil da haben sie [die GenesungsbegleiterInnen, Anm. der Verfasser] oft nicht so die einfachste Position. Und was brauchen sie noch? Ein Stückweit schon auch Fachwissen.“ (IP7, 152-154)

Dieses Fachwissen bildet den Grundstock und ist für die Einordnung bestimmter Verhaltensweisen und Symptome sowie der Einschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten wichtig (vgl. IP3, 294-303).

Wesentlich für die Arbeit von Psychiatrieerfahrenen für Psychiatriebetroffene ist es auch als Vorbild zu wirken, motivierend zu begleiten und mit einer gewissen Hartnäckigkeit zu unterstützen *„indem man den Klienten [...] sagt, ja komm, da lassen wir uns jetzt nicht so schnell abschrecken, das probieren wir noch einmal oder vielleicht an einer anderen Stelle oder so. Also nicht sofort aufgeben.“ (IP1, 372-374)*

Neben diesen notwendigen Kompetenzen von psychiatrieerfahrenen Personen wird auch noch auf die Bedeutung eines „Schutzraumes“ sowohl für die psychiatrieerfahrenen als auch für die psychiatriebetroffenen Personen hingewiesen. Eine interviewte Person meinte, dass in der Phase der eigenen Betroffenheit der Schutzmechanismus nicht wirkt und man relativ widerstandslos nah und tief mit der Person über bestimmte Themen reden kann, was auch durchaus problematisch sein kann und hier eine beratende Person mit Psychiatrieerfahrung sehr unterstützend sein kann.

„Ich habe es selber erfahren und ich nehme das auch bei sehr, sehr vielen Betroffenen wahr, dass in der Betroffenheit der eigene Schutzmechanismus nicht oder nicht richtig funktioniert. Und da sehe ich es als die Aufgabe des Genesungsbegleiters, das für den Betroffenen auch sicherzustellen. Das heißt, wenn ich zum Beispiel mitkriege, der platzt mit allen intimen Details heraus, die er mir [in einem nicht krisenhaften Zustand, Anm. der Verfasser] [...] nicht so wirklich mitteilen würde. Dann schaue ich darauf, wo sein Schutzwall gefallen ist und sage mal, das müssen Sie mir nicht erzählen.“ (IP4, 374-380)

Des Weiteren ist es wichtig, das Tätigkeitsfeld zu definieren und sich einen Überblick bezüglich des Hilfe- und Unterstützungssystems zu verschaffen bzw. auch aktuell zu halten und mit diesem gut zu vernetzen (vgl. IP4, 309-311).

7.2.4. Ausbildung

In diesem Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, welche Ausbildungsinhalte nun anhand der durchgeführten Interviews für das Berufsbild von psychiatrienerfahrenen Personen formuliert werden könnten. Die Mehrheit der interviewten Personen verfügt über eine EX-IN Ausbildung, eine interviewte Person absolvierte eine Ausbildung zum/zur Dipl. Lebens- und SozialberaterIn, andere machten u. a. die Fortbildung zur GruppenleiterIn, die vom Dachverband NÖ Selbsthilfe angeboten wird. Beim Workshop war auch eine Person anwesend, die über eine Peer-Berater Ausbildung verfügt.

Im Folgenden sollen nun kurz die Ergebnisse des Workshops vorgestellt werden und im Anschluss daran wird auf die in Niederösterreich und in den anderen Bundesländern durchgeführten Interviews eingegangen. Somit werden für dieses Kapitel insgesamt elf Interviews herangezogen (sechs wurden davon in Niederösterreich durchgeführt).

Im Workshop wurde darauf hingewiesen, dass im Anschluss an eine Ausbildung verpflichtende Fort- und Weiterbildungen angedacht werden sollten. Des Weiteren sollen im Rahmen der Ausbildung vermehrt die Rahmenbedingungen der Arbeit als PsychiaterIn/er angesprochen und diskutiert werden; auch als Vorbereitung für den Zeitraum nach der Ausbildung (neben Praktika). Ebenso braucht es bereits in der Ausbildung eine Klärung der eigenen Rolle bzw. der Abgrenzung („Was soll/kann ich tun, was nicht?“; „Welche Aufgaben kann ich übernehmen?“). Hierzu könnten auch weitere Fort- und Weiterbildungen angedacht werden. Laut den Workshop-TeilnehmerInnen sind des Weiteren noch folgende Aspekte/Inhalte relevant:

- der Unterricht sollte in Tandem-Form gestaltet werden (Person mit PsychiaterIn-Erfahrung und ein „Profi“);
- Selbstermächtigung und Selbststärkung sollte im Fokus stehen;
- Fürsprache (den anderen stärken) sollte thematisiert werden;
- Aufarbeitung und Reflexion der eigenen Genesung sollte Teil der Ausbildung sein;
- Die Bearbeitung der unterschiedlichen Module/Inhalte soll anhand der eigenen Perspektive der Genesung und des eigenen Krankheitsbildes erfolgen;
- Es sollten mindestens zwei begleitete Praktika an unterschiedlichen Stellen absolviert werden (hier wäre es laut den TeilnehmerInnen optimal, wenn ein Praktikum im stationären und eines im außerstationären Bereich zu absolvieren wäre);
- Ebenso wäre es wichtig, unterschiedliche Beratungstools in spezifischen Kontexten im Lehrplan zu finden und sich intensiv mit Selbstreflexion zu beschäftigen;
- Die Qualität und Finanzierung der Ausbildung sollte sichergestellt werden.

Des Weiteren sollten wesentliche Inhalte Selbstbestimmung und Empowerment, Dialog, rechtliche Grundlagen und Datenschutz, Ressourcenorientierung, Kommunikation, Abgrenzung und Selbstbestimmung, Wissen zu unterschiedlichen Krankheitsbildern sein.

Diese Ausführungen des Workshops decken sich Großteils auch mit den durchgeführten Interviews. Anhand der Interviews können folgende wesentliche Bausteine/Inhalte einer Ausbildung identifiziert werden (Aufzählung vgl. IP1 bis IP11):

- Lernen durch die Beschäftigung mit dem eigenen Genesungsprozess sowie mit jenem der anderen TeilnehmerInnen;
- Gesprächsführung (Beratung und Begleitung);
- Konfliktmanagement, Kommunikationsfähigkeit, Problemlösung;
- Psychologische Grundkenntnisse sowie Kenntnisse über psychiatrische Krankheitsbilder;
- Wissen bezüglich der Versorgungslandschaft auf Bundes- und Länderebene;
- Supervision mit Fallbesprechungen;
- Selbstreflexion/-erfahrung;
- Abgrenzung;
- Empowerment, Recovery, Fürsprache;
- Datenschutz und Verschwiegenheit;
- Praktika.

8. Ausblick und Empfehlungen

Die vorangegangenen Kapitel behandeln eine Vielzahl von Informationen und Erkenntnissen zum Thema Peer-Arbeit und zur Beschäftigung von psychiatrienerfahrenen Personen im psychiatrischen und psychosozialen Versorgungskontext. Bisher wurden nicht nur bereits bestehende Wissens- und Erfahrungsbestände abgerufen. Es wurde auch versucht, die Situation in Niederösterreich in Bezug auf Peer-Arbeit möglichst umfassend zu skizzieren, auch indem psychiatrienerfahrene Personen selbst befragt und zu Rate gezogen wurden.

An dieser Stelle stellt sich die Frage, was aus den gesammelten Informationen und Erkenntnissen für die weitere Entwicklung der Peer-Arbeit in Niederösterreich gefolgert werden kann? Bereits im Rahmen der Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans im Jahr 2014 wurde festgehalten bzw. empfohlen, die Tätigkeit von Peers berufsrechtlich anzuerkennen und hierfür Planstellen zu schaffen.

„[...] Ausbildungen und Einbindungen im sozialpsychiatrischen Alltag von Peers [...] gehören [...] zu einer Selbstverständlichkeit. Das Thema und die Involvierung von ‚ExpertInnen aus Erfahrung‘ muss strukturell verankert werden. Darüber hinaus müssen Rahmenbedingungen für die Anstellung von Betroffenen geschaffen werden, wie etwa eine berufsrechtliche Anerkennung der EX-IN Ausbildung sowie die Schaffung von neuen Planstellen im Versorgungssegment.“ (Schöny et al. 2015, 16, Empfehlung 16)

Anknüpfend an die in diesem Bericht zusammengetragenen Informationen und Erkenntnisse soll diese Empfehlung zum einen bekräftigt und zum anderen ausdifferenziert und erweitert werden.

Einsatz und Beschäftigung von Peers und psychiatrienerfahrenen Personen im Allgemeinen:

Die Ausführungen in diesem Bericht haben u. a. gezeigt, dass Peer-Arbeit – international betrachtet – ein rasch wachsendes Berufsfeld ist. Wissenschaftliche Studien zeigen außerdem, dass der Einsatz von psychiatrienerfahrenen Personen in vielen Bereichen positive Effekte zeigen kann. In vielen Ländern gilt Peer-Begleitung als Qualitätsstandard für Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen.

Empfehlung 1 – Ausbau von bestehender Peer-Arbeit und Erschließung neuer Tätigkeitsfelder:

Psychiatererfahrene Menschen arbeiten in Niederösterreich bereits in mehreren Feldern und Organisationen. In Bezug auf die Ausbildung sowie den Einsatz von Peers im stationären Setting ist

Niederösterreich sogar als „Pionierland“ zu bezeichnen. Der vorliegende Bericht zeigt, dass es in diesen Arbeitsfeldern aber noch Potential gibt, psychiatrienerfahrene Menschen einzubinden. Des Weiteren sollten weitere Tätigkeitsbereiche erschlossen werden. Als Beispiele können die Bereiche Wohnen und Krisenintervention¹¹⁵ genannt werden. Außerdem kann überlegt werden, Peer-Begleitung auf Honorarbasis zu ermöglichen bzw. zu fördern. Als Vorbilder kann hier der Peer-Pool in der Schweiz dienen. Im Freizeitbereich könnten auch „Peer-delivered services“ angestoßen werden.

Empfehlung 2 – Schaffung von weiteren Peer-Arbeitsplätzen:

Die gegenwärtige Situation in Niederösterreich zeigt, dass einige Menschen mit Psychiatrieerfahrung trotz Absolvierung einer peerbezogenen Ausbildung keinen Arbeitsplatz finden. Es sollten daher Anreize geschaffen werden, damit Arbeitsplätze für psychiatrienerfahrene Personen geschaffen werden. Eine mögliche Orientierung bieten die bereits bestehenden Initiativen und Anstellungsverhältnisse im stationären sowie außerstationären Bereich in Niederösterreich. Aber auch andere Bundesländer bieten Anregungen. In Oberösterreich werden die Gehaltskosten von der öffentlichen Hand, also vom Land Oberösterreich übernommen. Neben dieser Möglichkeit könnten auch andere Anreize geschaffen werden; z. B. könnte Peer-Support in der Ausschreibungspraxis von öffentlich zu vergebenden Aufträgen größere Berücksichtigung finden. Grundsätzlich sollte darauf geachtet werden, dass Peer-Arbeit ein zusätzliches Angebot darstellt und sich gleichzeitig als Teil der Regelversorgung etabliert.

Empfehlung 3 – Ausbau institutioneller und berufsrechtlicher Rahmenbedingungen:

Der Beruf des/der Peer-BeraterIn, des/der GenesungsbegleiterIn etc. genießt in weiten Teilen Österreichs keine berufsrechtliche Anerkennung (Ausnahme: Oberösterreich, wo es auf Landesebene eine Verankerung gibt). In Niederösterreich ist Peer-Arbeit in vielen Organisationen und Standorten bereits gut verankert. Um die Etablierung von Peer-Arbeit weiter voranzutreiben, wäre eine rechtliche Verankerung eines entsprechenden Berufsbildes anzustreben. In jedem Fall sollte die Berücksichtigung des Berufsbildes sowie der notwendigen Voraussetzungen im NÖ Sozialbetreuungsberufegesetz diskutiert werden. In Abstimmung mit anderen Bundesländern könnten auch erste Schritte und Überlegungen zur Verankerung dieses Berufsfeldes auf Bundesebene versucht und eingeleitet werden. Dieser Schritt obliegt selbstredend den Kollektivvertragsparteien.¹¹⁶

¹¹⁵ Hier sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Einbindung von Peers bei Maßnahmen zur Krisenbewältigung im Rahmen eines multiprofessionellen Teams erfolgen sollte (vgl. auch Kapitel 5.2).

¹¹⁶ Neben der Berücksichtigung von Peer-Arbeit in den bundesländerspezifischen Gesetzen wäre auch eine kollektivvertragliche Verankerung dieses Berufsfeldes hilfreich.

Empfehlung 4 – Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz und Standards bei der Implementierung von Peer-Arbeit:

Werden Arbeitsplätze für psychiatrienerfahrene Personen geschaffen, sollten – wie bei jeder Arbeitsstelle – bestimmte Standards und notwendige Rahmenbedingungen beachtet werden. Peer-MitarbeiterInnen sind adäquat zu bezahlen. Die Rolle von Peer-BegleiterInnen sollte klar definiert werden, ohne ihren Handlungsspielraum unnötig einzuschränken. Im Rahmen der bestehenden Dienstverhältnisse mit Peer-ArbeiterInnen wurde dies in Niederösterreich gut umgesetzt. Ein Ausbau professioneller Peer-Arbeit sollte unbedingt angestrebt werden. Hier sollte darauf geachtet werden, dass an einem Standort bzw. in einer Organisation zumindest zwei ExpertInnen aus Erfahrung tätig sind. Potentiellen Konflikten zwischen Peers und „Profis“ sollte – etwa durch Gesprächsrunden oder Supervision – von Anfang an entgegen gewirkt werden. Um das Zusammengehörigkeitsgefühl der verschiedenen Professionen zu stärken, können z. B. gemeinsame Fortbildungen organisiert werden.

Projekt „Psychiatrienerfahrene für Psychiatriebetroffene“:

Die Zahl der absolvierten Beratungsgespräche, die im Laufe des Projektes „Psychiatrienerfahrene für Psychiatriebetroffene“ stattgefunden haben, weist auf eine starke Akzeptanz gegenüber diesem Projekt hin. Des Weiteren berichten die BeraterInnen von einer positiven Resonanz. Da davon auszugehen ist, dass dieses niederschwellige Angebot, das sich u. a. durch den Einsatz von Erfahrungswissen und aufsuchender Beratung auszeichnet, das bestehende Versorgungslandschaft ergänzt und Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Problemen gut erreichen kann, sollte dieses Projekt weiterverfolgt werden.

Empfehlung 5 – Ausbau und Implementierung des Projektes in die psychiatrische Regelversorgung:

Es ist davon auszugehen, dass das Projekt „Psychiatrienerfahren für Psychiatriebetroffene“ eine niederschwellige Möglichkeit bietet, Menschen mit psychischen Erkrankungen auch nach einer Behandlung in ihrem Genesungsprozess sowie in ihrer Alltagsbewältigung unterstützen zu können. Es sollte daher Teil der regulären Versorgungs- und Unterstützungsmaßnahmen in Niederösterreich werden. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass das Angebot in allen Regionen Niederösterreichs bedarfsgerecht zur Verfügung steht und in Anspruch genommen werden kann. Sollte diese Form der Beratung und Begleitung weiter und vertiefend implementiert werden, sollte dieses Angebot in Hinblick auf ihre Wirksamkeit detaillierter überprüft und evaluiert werden.

Empfehlung 6 – Schaffung arbeitsbezogener Voraussetzungen und berufsrechtlicher Rahmenbedingungen:

Auch in Bezug auf diese Tätigkeit sollten arbeitsbezogene Rahmenbedingungen definiert und ausgestaltet werden. So wären auch für diese Beratungstätigkeit Wege der berufsrechtlichen Anerkennung sowie einer angemessenen Entlohnung anzudenken (vgl. auch Empfehlung 3). Um die Tätigkeit und ihre Qualität zu gewährleisten, sollten – wie in diesem Bericht anhand einer Stellenbeschreibung vorgeschlagen wurde – die Voraussetzungen Anforderungen und Aufgaben dieser Form von Beratung festgelegt werden. Des Weiteren sollte für eine adäquate Infrastruktur, wie z. B. Räumlichkeiten, innerhalb derer Beratungen stattfinden können, Sorge getragen werden.

Empfehlung 7 – Diversifizierung entlang psychiatrischer Krankheitsbilder sowie kulturellen und sozialen Kriterien:

Die Psychiatrieerfahrung der BeraterInnen ist im Rahmen von peerbezogener Arbeit ein Garant dafür, die Erreichbarkeit von Betroffenen zu erhöhen. Die Diversität der biographischen Lebensverläufe und Erfahrungskompetenzen sowie die unterschiedlichen ausbildungsbezogenen Hintergründe der in diesem Projekt involvierten Personen stellen ein weiteres Potential für die Beratung und die Erreichbarkeit von Psychiatriebetroffenen dar. Es wäre zu überlegen, ob der BeraterInnen-Pool auch noch entlang weiterer Aspekte „diversifiziert“ sein sollte, wie z. B. entlang kultureller oder altersbezogener Aspekte. Ein entsprechender Erfahrungshintergrund könnte hier als gesonderte Qualifikation anerkannt werden.

Aus- und Weiterbildung von Peers und psychiatrieerfahrenen Personen:

Wie beschrieben, stellt sich in Niederösterreich die Ausgangssituation in Bezug auf beratende, begleitende und unterstützende Tätigkeiten durch psychiatrieerfahrene Personen wie folgt dar: Zum einen gibt es in Niederösterreich ausgebildete Peers/GenesungsbegleiterInnen, die keine Anstellung gefunden haben bzw. für die keine Arbeitsmöglichkeiten geschaffen wurden. Zum anderen gibt es auch Personen, die z. B. in der Selbsthilfe oder auch im Projekt „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“ mit unterschiedlichen Erfahrungs- und Ausbildungshintergründen ehrenamtlich tätig sind. V. a. das Projekt „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“ zeigt die vorhandene Diversität der ausbildungsbezogenen Expertise auf.

Empfehlung 8 – Anerkennung der erfahrungs- und ausbildungsbezogenen Vielfalt:

Um die beschriebene Vielfalt an Erfahrungs- und Ausbildungshintergründen für die Begleitung und Unterstützung von Betroffenen möglichst umfassend nutzbar machen zu können, sollten verschiedene Ausbildungen und Erfahrungshintergründe für die Ausübung peerbezogener Tätigkeiten berechtigen. Um jedoch qualitative Standards zu wahren sollten die jeweiligen Personen die notwendigen Voraussetzungen, das heißt die definierten Anforderungen, Kompetenzen und Qualifikationen nachweisen können (die z. B. laut Stellenbeschreibung festgelegt werden).

Empfehlung 9 – Definition grundlegender Kompetenzen und Qualifikationen als qualitative Standards:

Die für die einzelnen Arbeitsfelder notwendigen und grundlegenden Kompetenzen, wie sie etwa auch im Bericht auf der Grundlage der Interviews und des Workshops skizziert wurden, sollten als qualitative Ankerpunkte für peerbezogenen Tätigkeiten dienen. Weitere Hinweise können hierbei die bereits in Österreich bestehenden Curricula geben. Festgelegt sollte werden, welche Ausbildungen in jedem Fall für die Ausübung peerbezogener Tätigkeiten eine Grundlage bilden.

Empfehlung 10 – Versuch der Entwicklung einer bundesweiten Agenda in Bezug auf die Ausbildung von psychiatrienerfahrenen Personen:

Um die qualitativen Standards österreichweit gewährleisten zu können und Peer-Arbeit und ihre Tätigkeitsfelder auch in anderen Bundesländern (besser) zu verankern, sollte eine bundesweite Agenda in Bezug auf die Ausbildung von psychiatrienerfahrenen Personen angestrebt werden. Beispielsweise wäre zu klären, inwieweit bundeslandspezifische Ausbildungen österreichweit „anerkannt“ werden (können); oder ob und wie Peers auch „grenzüberschreitend“, das heißt in anderen Bundesländern beruflich tätig werden können. Auch hier ist wiederum auf die Kompetenz der Kollektivvertragsparteien zu verweisen.

Literatur und weitere Quellen

- Afting-Ijeh, M., & Etspüler, S. (2016). Chancen und Herausforderungen der Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitern. In: J. Utschakowski, G. Dielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 136-143.
- Amering, M. (2016). „Kunst ist schön, macht aber viel Arbeit“. Hindernisse und Widerstände gegen Peerrarbeit aufseiten der professionellen Helferinnen und Helfer. In: J. Utschakowski, G. Dielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 60-71.
- Amering, M., & Schmolke, M. (2012). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. 5., überarbeitete Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bassuk, E. L., Hanson, J., Greene, R. N., Richard, M., & Laudet, A. (2016). Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment* 63, 1-9.
- Becker, T., Hoffmann, H., Puschner, B., & Weinmann, S. (2008). Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. In: W. Gaebel & F. Müller-Spahn (Hrsg.), *Konzepte und Methoden der Klinischen Psychiatrie*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Blickle, B. (2016). Erwartungen und Befürchtungen psychiatrischer Fachpersonen bezüglich Beschäftigung von Peers in psychiatrischen Institutionen. In: J. Utschakowski, G. Dielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 217-224.
- BMASGK Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2019). *UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und Fakultativprotokoll. Neue deutsche Übersetzung*. Wien. Verfügbar unter: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=19> (Datum des Zugriffs: 23. April 2019).
- BM:UK Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (Hrsg.) (2012). *Suchtprävention in der Schule*. 4. überarbeitete Auflage. Wien. Verfügbar unter: <http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/suchtpraevention> (Datum des Zugriffs: 9. September 2019).

- Bock, T. (2009). Die Peer-Arbeit aus anthropologischer Sicht. Vom Trialog zu EX-IN. In: J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.). *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 22-33.
- Brändli, H. (2017). Peer-Arbeit in der Akutpsychiatrie. *Goldstaub – PEER MAGAZIN 2017*, 32.
- Burr, C., & Winter, A. (2016). Schweizer Erfahrungen im stationären und ambulanten Bereich. In: J. Utschakowski, G. Dielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 123-135.
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses: assessing the evidence. *Psychiatric Services* 65, 429-441.
- Dachverband Selbsthilfe Kärnten (2017). *Selbsthilfe Kärnten Info 1/2017*. Verfügbar unter: https://www.selbsthilfe-kaernten.at/selbsthilfe-info/?file=files/selbsthilfe/news-publikationen/info/Info_2017_01.pdf (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).
- Daszkowski, J. (2012). EX-IN-Ausbildungen: Experienced Involvement – Pro & Kontra. *Psychiatrische Praxis* 39, 202.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry* 11, 123-128.
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin* 32, 443-450.
- Denk, P., & Weibold, B. (2016). EX-IN in Niederösterreich – die erste psychiatrische Abteilung macht sich auf dem Weg. In: J. Utschakowski, G. Dielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 225-232.
- Denk, P., & Weibold, B. (2015). Die EX-IN GenesungsbegleiterInnen sind da! *Kontakt* 2/2015, 12-15. Verfügbar unter: <http://www.ex-in.at/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/Kontakt-EX-IN-Artikel.pdf> (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).
- DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin und Heidelberg: Springer Medizin.

- Dorp, S. v. (2009). Peer-Support in niederländischen nutzergeleiteten Projekten. Nutzerbeteiligung und Nutzerführung in psychiatrischen Tageszentren. In: J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.). *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 204-215.
- Doughty, C., & Tse, S. (2011). Can consumer-led mental health services be equally effective? An integrative review of CLMH services in high-income countries. *Community Mental Health Journal* 47, 252-266.
- Eikmeier, G. (2016). Genesungsbegleiter als Kollegen: die Zusammenarbeit aus Sicht eines Professionellen. In: J. Utschakowski, G. Sielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 233-238.
- Empowerment-Center (2018). *Empowerment-Center des Kompetenznetzwerks Informations-technologie zur Förderung der Integration von Menschen mit Behinderungen (KI-I)*. Linz. Verfügbar unter: https://www.iktforum.at/fileadmin/2018/praesentation_iktforum_emc.pptx (Datum des Zugriffs: 20. März 2019).
- Empowerment-Center (2015). *Peer-Beratung in Oberösterreich*. Linz. Verfügbar unter: <http://zeroproject.org/wp-content/uploads/2015/03/26.02-15.40h-17.00h-Session-E2-M03-GLASER-Wolfgang-Selbestimmt-Leben-Initiative-Austria.pptx> (Datum des Zugriffs: 20. März 2019).
- EX-IN Bern & Pro Mente Sana (2017). *Informationsveranstaltung 2017 – Peer-Weiterbildung „Experience Involvement“*. Verfügbar unter: https://www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/Angebote/Recovery_und_Peer/Infopraesentation_Peer_Weiterbildung_2017.pdf (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).
- EX-IN Hamburg (2015). *10 Jahre EX-IN Hamburg. Eine Idee hat sich bewährt. Festschrift*. Verfügbar unter: <https://www.uke.de/organisationsstruktur/zentrale-bereiche/uke-akademie-fuer-bildung-karriere/fort-weiterbildung/pflege-therapie-forschung/ex-in-hamburg.html> (Datum des Zugriffs: 22. Juli 2019).
- Feldmann, C. (2017). Peer-Arbeit im Wohnverbund Oberburg. *Goldstaub – PEER MAGAZIN* 2017, 31.

- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz & Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (Hrsg.) (2019). *Versorgung psychisch kranker Menschen in Hamburg*. Verfügbar unter:
<https://www.hamburg.de/contentblob/12273896/2faa32cb036a0911cbcac4e1baec06d0/data/psychiatriebericht.pdf> (Datum des Zugriffs: 22. Juli 2019).
- Freitag, R. (2011). Experienced Involvement – EX-IN. Einbeziehung Psychiatrie-Erfahrener als Experten aus Erfahrung. *Sozialpsychiatrische Information* 41, 30-32.
- Greenfield, T., Stoneking, B., & Humphreys, K. (2008). A randomized trial of a mental health consumer managed alternative to civil commitment for acute psychiatric crisis. *American Journal of Community Psychology* 42, 135-144.
- Griebler, R., Winkler, P., Gaiswinkler, S., Bengough, T., Delcour, J., Juras-zovich, B., Nowotny, M., Pochobradsky, E., Schleicher, B., Schmutterer, I., & Wachabauer, D. (2017): *Niederösterreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014. Niederösterreichische Landesregierung und NÖ Gesundheits- und Sozialfonds*. St. Pölten. Verfügbar unter:
https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Downloads_Publikationen/NOE_Gesundheitsbericht_2016.pdf (Datum des Zugriffs: 14. Mai 2019).
- Gruber, D., Böhm, M., Wallner, M. & Koren, G. (2018a). Sozialpsychiatrie: Gesellschaftstheoretische und normative Grundlagen. In: W. Schöny (Hrsg.). *Sozialpsychiatrie – theoretische Grundlagen und praktische Einblicke*. Berlin und Weinheim: Springer, 29-60.
- Gruber, D., Böhm, M., Wallner, M. & Koren, G. (2018b). Sozialpsychiatrie als soziologische Disziplin. In: W. Schöny (Hrsg.). *Sozialpsychiatrie – theoretische Grundlagen und praktische Einblicke*. Berlin und Weinheim: Springer, 181-224.
- Gruber, D., Böhm, M., Wallner, M. & Koren, G. (2018c). Sozialpsychiatrie: Trends und Herausforderungen. In: W. Schöny (Hrsg.). *Sozialpsychiatrie – theoretische Grundlagen und praktische Einblicke*. Berlin und Weinheim: Springer, 225-272.
- Haaster, H. v., & Koster, Y. (2005). *Instutuut voor Gebruikersparticipatie en Beleid*. Unveröffentlichtes Manuskript. Amsterdam.

- Heuchemer, P., Errami, S. (2016). Wenn aus Schwäche Stärke wird: Psychiatrie-Erfahrung als Qualifikation. In: Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Menschen mit psychischen Erkrankungen als Mitarbeiter in Behandlungsteams*. Köln. Verfügbar unter: https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/PlelaV/Broschueren/experten.pdf (Datum des Zugriffs: 23. April 2019).
- Heumann, K., Schmid, C., Wilfer, A., Bolkan, S., Mahlke, C., & Peter, S. v. (2019). Kompetenzen und Rollen(-erwartungen) von Genesungsbegleitern in der psychiatrischen Versorgung – Eine partizipativer Forschungsbericht. *Psychiatrische Praxis* 46, 34-40.
- Heumann, K., Mahlke, C., Ruppelt, F., Sielaff, G., & Bock, T. (2016). Erforschung von Peerarbeit: das Hamburger Peerprojekt. In: J. Utschakowski, G. Dielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 265-269.
- Höflacher, Rainer (2009). Psychiatrieerfahrene gestalten psychosoziale Hilfen. In: J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 150-157.
- HSSG Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit (2018a). *Positionspapier des HSSG*. Verfügbar unter: <https://www.hssg.at/downloads/positionspapier.pdf> (Datum des Zugriffs: 20. Mai 2019).
- HSSG Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit (2018b). *Tätigkeitsbericht 2018*. Verfügbar unter: <https://www.hssg.at/downloads/2018.pdf> (Datum des Zugriffs: 21. Mai 2019).
- Kempen, K. (2008). *Betroffenenbeteiligung. Am Beispiel der Krisenpension*. Diplomarbeit. Freie Universität Berlin.
- Knobel, A. (2017). Meine Peer-Tätigkeit in der Infothek der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern. *Goldstaub – PEER MAGAZIN 2017*, 23-24.
- Knuf, Andreas (2016). Recovery, Empowerment und Peerarbeit. In: J. Utschakowski, G. Dielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 35-49.
- Krumm, S., & Becker, T. (2006). Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. *Psychiatrische Praxis* 33, 59-66.

- Lacroix, A. (2016). Genesungsbegleiter als neue Berufsgruppe in der vollstationären Versorgung – wie geht das? In: J. Utschakowski, G. Dielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 201-210.
- Langegger, I. (2016): Ein Konzept für die Peerarbeit mit psychisch belasteten Eltern. In: J. Utschakowski, G. Dielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 183-191.
- Leamy, M., Bird, V., le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry* 199, 445-452.
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S., & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 14, 39.
- LRH Landesrechnungshof Niederösterreich (2013). *Planung, Finanzierung und Betrieb von Betreuungsstationen und Betreuungszentren in NÖ Pflegeheimen. Bericht 11/2013*. Verfügbar unter: <https://www.landtag-noe.at/service/politik/landtag/LVXVIII/02/267/267B.pdf> (Datum des Zugriffs: 20. Mai 2019).
- Lyons, J. S., Cook, J. A., Amity R., Karver, M., & Slagg, N. B. (1996). Service Delivery Using Consumer Staff in a Mobile Crisis Assessment Programm. *Community Mental Health Journal* 32, 33-40.
- Mahler, L., Jarchov-Jädi, I., Montag, C., & Gallinat, J. (2014). *Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Mahlke, C., Priebe, S., Heumann, K., Daubmann, A., Wegscheider, K., & Bock, T. (2017). Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial. *European Psychiatry* 42, 103-110.
- Mahlke, C., Krämer, U., Kilian, R., & Becker, T. (2015a). Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. Übersicht des internationalen Forschungsstandes. *Nervenheilkunde* 4, 235-239.
- Mahlke, C., Heumann, K., Ruppelt, F., Meyer, H. J., Rouhiainen, T., Sielaff, G., Lambert, M., & Bock, T. (2015b). Peer-Begleitung für Erfahrene schwerer und langfristiger psychischer Störungen und Angehörige – Hintergrund, Konzept und Baseline-Daten. *Psychiatrische Praxis* 42, S25-S29.

- Mahlke, C., Krämer, U., Becker, T., & Bock, T. (2014). Peer support in mental health services. *Current Opinion in Psychiatry* 27, 276-281.
- Mead, S. (2007). Von Trauma-Erfahrenen geleitete Krisenzentren. In: P. Lehmann & P. Stastny (Hrsg.). *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Antipsychiatrieverlag, 218-227.
- Mead, S. (2003). Defining peer support.
<http://chrysm-associates.co.uk/images/SMeadDefiningPeerSupport.pdf> (Datum des Zugriffs: 24. April 2019).
- Meinhof, J. (2017). Implementierung der Peer-Arbeit in der Luzerner Psychiatrie. *Goldstaub – PEER MAGAZIN* 2017, 11-12.
- Monheimius, W. (2016). Dialogische Unternehmenskultur als Wegbereiterin der Inklusion für Psychiatrieerfahrene. In: J. Utschakowski, G. Dielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 211-216.
- Mücke, B., & Raetzer, S. (2009). Bezugsbetreuung in der Krisenpension. In: J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.). *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 157-168.
- NÖGUS NÖ Gesundheits- und Sozialfond (2018). *Tätigkeitsbericht 2018*. St. Pölten. Verfügbar unter: https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Downloads_Publikationen/Taetigkeitsbericht_2017_Digitalversion.pdf (Datum des Zugriffs: 20. Mai 2019).
- Nussbaumer, H. (2009). Exit-sozial – Schulungen zum Peer-Coach. In: J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.). *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 216-225.
- Peer+ (2016). *Qualitätskriterien und Richtlinien der Peer-Arbeit. Ein Positionspapier des Vereins Peer+*. Verfügbar unter: https://www.peerplus.ch/Joomla/images/peerplus/Dokumente/Positionspapier-Peer_QualittRichtlinien_Peer-Arbeit_Version1.2.pdf (Datum des Zugriffs: 14. Mai 2019).
- Pitt, V., Lowe, D., Hill, S., Prictor, M., Hetrick, S. E., Ryan, R., & Berends, L. (2013). Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Systematic Reviews* 28.

- pro mente kärnten (2015). *Geschäftsbericht. pro mente kärnten GmbH 2015*. Verfügbar unter: https://www.promente-kaernten.at/files/content/pro-mente-gruppe-in-kaernten/Downloads/Geschaeftsbericht_pmkgmbh_2015.pdf (Datum des Zugriffs: 13. Mai 2019).
- pro mente OÖ (2016). *Peer-Beratung bei pro mente OÖ* (Präsentation). Linz. Verfügbar unter: <https://www.pmooe.at/app/download/11676184349/PPP+pro+mente+Peer-Beratung.pdf?t=1495457506> (Datum des Zugriffs: 6. Mai 2019).
- Psychosoziale Einrichtungen der Caritas der Diözese St. Pölten (2018). *Jahresbericht 2016/17. PsychoSozialer Dienst, Club Aktiv, PsychoSoziale Wohngemeinschaften*. Verfügbar unter: <https://www.caritas-stpoelten.at/hilfe-angebote/menschen-mit-psychischen-erkrankungen/beratungsangebote/psychosozialer-dienst/> (Datum des Zugriffs: 15. Mai 2019).
- Rebeiro Gruhl, K. L., LaCarte, S., & Calixte, S. (2016). Authentic peer support work: challenges and opportunities for an evolving occupation. *Journal of Mental Health* 25, 78-86.
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health* 20, 392-411.
- Rogers, S., Farkas, M., Anthony, W., Kash, M., & Maru, M. (2009). Systematic review of peer delivered services literature 1989-2009. Verfügbar unter: <http://www.bu.edu/drrk/research-syntheses/psychiatric-disabilities/peer-delivered-services/> (Datum des Zugriffs: 24. April 2019).
- Ruppelt, F., Mahlke C., Heumann, K., Sielaff, G., & Bock, T. (2015). Peer-Stadt Hamburg? Doppelte Peer-Beratung an der Schnittstelle ambulant-stationär. Hamburger Peer-Projekt im Psychenet-Programm. *Nervenheilkunde* 4/2015, 259-262.
- Schöny, W., Koren, G., Unteregger, S., Gruber, D., Woisetschläger, N., & Weichbold, M. (2015). *NÖ Psychiatrieplan. Evaluation 2014. Evaluation der sozialpsychiatrischen/psychosozialen Versorgung in Niederösterreich*. Linz. Verfügbar unter: http://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Downloads_Publikationen/PsychiatrieplanEval2014_END.pdf (Datum des Zugriffs: 24. April 2019).
- Schulz, G. (2016). Stärke *und* Verletzbarkeit: Wir sind mehr als unsere Diagnosen. Ex-Patienten arbeiten in der Psychiatrie. In: J. Utschakowski, G. Dielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peearbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 116-122.

- Sells, D., Davidson, L., Jewell C., Falzer, P., & Rowe, M. (2006). The treatment relationship in peer-based and regular case management for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services* 57, 1179-1184.
- Sibitz, I., Swoboda, H., Schrank, B., Priebe, S., & Aering, M. (2008). Einbeziehung von Betroffenen in Therapie- und Versorgungsentscheidungen: professionelle HelferInnen zeigen sich optimistisch. *Psychiatrische Praxis* 35, 128-134.
- Sielaff, G. (2016a). Helfen, ein Gegenüber zu sein. Psychisch kranke Mütter als Peers. In: J. Utschakowski, G. Dielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 161-174.
- Sielaff, G. (2016b). Das Spannungsfeld zwischen Arbeitsstrukturen und Selbstverständnis eines neuen Berufs. Coaching und Supervision der Genesungsbegleiter. In: J. Utschakowski, G. Dielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 194-200.
- Sigrist, U. (2017). Erfahrungen im Aufbau der Peer-Mitarbeit in der Sozialpsychiatrie am Beispiel von traversa, Netzwerk für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. *Goldstaub – PEER MAGAZIN 2017*, 12-14.
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services. Underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, 392-401.
- Spangenberg, G., & Majewsky, U. (2016). Erfahrungsexpertise in der Integrierten Versorgung. Ein Beispiel aus dem ‚Netzwerk integrierte Gesundheitsversorgung‘ in Berlin. In: J. Utschakowski, G. Dielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 144-151.
- Spiegelberg, U. (2009). Genesungsbegleiter beschäftigen. Soziale Unternehmen profitieren von Psychiatrieerfahrenen. In: J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 141-148.
- Utschakowski, J. (2016a). Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Herausforderungen. In: J. Utschakowski, G. Dielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 16-24.
- Utschakowski, J. (2016b). Voraussetzungen und Bedingungen der Peerarbeit. In: J. Utschakowski, G. Dielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 72-79.

- Utschakowski, J. (2016c). Die Ausbildung von Experten durch Erfahrung. Das Projekt EX-IN. In: J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.). *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 82-90.
- Utschakowski, J. (2015). *Mit Peers arbeiten. Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Utschakowski, J. (2012). EX-IN-Ausbildungen: Experienced Involvement – Pro & Kontra. *Psychiatrische Praxis* 39, 203-204.
- Utschakowski, J., & Sielaff, G. (2016). Ausbildung für Ausbilder – der EX-IN-Trainerkurs. In: J. Utschakowski, G. Sielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 108-114.
- Utschakowski, J., Sielaff, G., & Bock, T. (Hrsg.) (2009). *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ventling, S., & Zuaboni, G. (2016). „In Würde zu sich stehen“. Erfahrungen eines peergeleiteten Angebots zur Unterstützung der Offenlegung von Erfahrungen mit psychischer Erkrankung. In: J. Utschakowski, G. Sielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.). *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag, 175-182.
- Walker, G., & Bryant, W. (2013). Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 36, 28-34.

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Überblick über potentielle Vorteile von Peer-Support auf Mikro-, Meso- und Makroebene | 19 |
| Tabelle 2: Zentrale Tätigkeitsfelder/Einsatzgebiete für Peers | 28 |
| Tabelle 3: Überblick zum Einsatz von Psychiatrieerfahrenen in Österreich (Stand: Mai 2019)..... | 32 |
| Tabelle 4: Erfolgreiche Aspekte und Herausforderungen in Bezug auf Peer-Beratung in OÖ (Inhalte teilweise aus Empowerment-Center 2015) | 44 |
| Tabelle 5: Zentrale Institutionen/Organisationen der Peer-Arbeit in Hamburg..... | 46 |
| Tabelle 6: Zentrale Institutionen/Organisationen der Peer-Arbeit in der deutschsprachigen Schweiz | 50 |
| Tabelle 7: Landeskliniken mit psychiatrischen Abteilungen (Stand: April 2019) | 54 |
| Tabelle 8: Spezielle Angebote an den PSD Standorten der PSZ GmbH (Stand: April 2019)..... | 57 |
| Tabelle 9: Standorte und Angebote der PsychoSozialen Tagesstätten der PSZ GmbH (Stand: April 2019)..... | 59 |
| Tabelle 10: Spezielle Angebote an den PSD Standorten der Caritas der Diözese St. Pölten (Stand: April 2019)..... | 62 |
| Tabelle 11: Peer-Arbeit und Genesungsbegleitung in Niederösterreich (Stand: April 2019) | 64 |
| Tabelle 12: Anzahl der Betroffenenengespräche 2018 HSSG je Region in NÖ – abgerechnete Gespräche (Projekt „Psychiatrieerfahrene für Psychiatriebetroffene“) | 75 |
| Tabelle 13: Peerbezogene Ausbildungen in Österreich | 88 |