



Stellungnahme Peer Involvement

26. November 2018

Vorstand:

Dorothea Sauter (Präsidentin)
Uwe Genge (Stellv. Präsident und Schatzmeister)
Michael Mayer (Stellv. Präsident)

Geschäftsstelle

DFPP e.V.
c/o Uwe Genge
Eichenhang 49
89075 Ulm

Kontakt

www.dfpp.de
Fax: +49-731-94034932
genge@dfpp.de

Bankverbindung

Sparkasse Ulm
IBAN DE 94 6305 0000 0021 1889 94
BIC SOLADES1ULM

Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkung.....	3
2	Der Nutzen von Peer Involvement	4
2.1	Bausteine des Peer Involvements	4
2.2	Eine Herausforderung mit Nutzen für alle Beteiligten	5
3	Grundsätze von Peer Involvement für die psychiatrische Pflege.....	7
3.1	Aktive Mitbestimmung in der psychiatrischen Pflege.....	7
3.2	Stärkung der Selbsthilfe	10
3.3	Förderung der Peer-Arbeit	10
3.4	Peers in der beruflichen Bildung	13
3.5	Peers in der psychiatrischen Pflegeforschung.....	13
3.6	Peers in der DFPP	14
4	Fazit	14
5	Literatur	15

1 Vorbemerkung

Jeder Mensch hat das Recht auf Selbstbestimmung. Daher bedarf jede pflegerische Maßnahme grundsätzlich der Zustimmung des Pflegeempfängers. Mit dieser Stellungnahme treten wir für eine aktive Zusammenarbeit auf Augenhöhe bei Behandlung und Pflege ein. Mit einer gemeinsamen Pflegeplanung wollen wir Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrer Autonomie und Identität unterstützen.

Aus Sicht der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP e.V.) darf die Beteiligung von Menschen mit psychischer Erkrankung oder psychischen Problemen aber nicht bei der partizipativen Behandlung enden. Erfahrungen von Menschen, die psychische Krisen erlebt haben und das Behandlungssystem aus eigener Erfahrung kennen, sind ein unverzichtbares Expertenwissen. Insbesondere Menschen mit Erfahrungsexpertise und Fachexpertise („betroffene Profis“) können hier eine Schlüsselrolle einnehmen. Das Wissen aus Erfahrung ist für eine personenzentrierte Gestaltung und die weitere Entwicklung psychiatrischer Versorgungsstrukturen zu nutzen. In der Planung von pflegerischen Konzepten und Behandlungsstrukturen wird das Erfahrungswissen von betroffenen Menschen noch zu wenig berücksichtigt („missing link“, Utschakowski, 2015).

Das Recht von Menschen, sich sowohl auf individueller als auch kollektiver Ebene an der Planung und Umsetzung ihrer Gesundheitsversorgung zu beteiligen, wurde bereits 1978 in der UN-Deklaration von Alma Ata angemahnt (Campbell, 2008). Länder wie Großbritannien haben daraufhin die aktive Einbeziehung von Menschen, die psychiatrische Dienste in Anspruch nehmen, gesetzlich verankert.

In der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), die seit 2009 auch in Deutschland gültig ist, werden die Rechte auf Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen festgeschrieben. Selbstverständlich sind damit auch Menschen, die eine Behinderung aufgrund ihrer psychischen Erkrankung erfahren, eingeschlossen. Die UN-BRK fordert das Recht auf Selbstbestimmung und die Einbeziehung von Organisationen, die Menschen mit Behinderungen vertreten, in Entscheidungsprozesse zur Gestaltung von Hilfen.

Vor diesem Hintergrund möchte die DFPP mit dieser Stellungnahme die Bedeutung der aktiven Einbeziehung von psychisch erkrankten Menschen für die psychiatrische Pflege deutlich machen. Als größte Berufsgruppe im psychiatrischen Versorgungssystem möchten wir die Zusammenarbeit mit Experten aus Erfahrung weiter fördern.

In der vorliegenden Stellungnahme beschreiben wir die vielfältigen Möglichkeiten der Einbeziehung von betroffenen Menschen. Auf der Grundlage eines weitreichenden Verständnisses von Peer Involvement sehen wir die Aufgaben der psychiatrischen Pflege in der Unterstützung der Selbsthilfe, der Förderung der aktiven Mitbestimmung und der Zusammenarbeit sowohl auf der Ebene der individuellen Behandlung, Pflege und Begleitung, als auch auf gesellschafts-politischer Ebene. Unsere Stellungnahme soll psychiatrischen Pflegefachpersonen aber auch konkrete Hinweise geben, wie sie Peer Involvement in ihrem Arbeitsalltag umsetzen können.

2 Der Nutzen von Peer Involvement

2.1 Bausteine des Peer Involvements

Beteiligung von Betroffenen. In der Psychiatrie beschreibt „Peers“ (engl.: Ebenbürtige, Gleichrangige) Personen, die ähnliche Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht haben. In gleicher Weise werden manchmal auch die Begriffe „Psychiatrie-Erfahrene“ oder „Betroffene“ verwendet.

Unter „Peer Involvement“ versteht man die aktive Mitwirkung von Peers in der psychiatrischen Versorgung. In Deutschland denken viele dabei zunächst an „Experienced Involvement“ (EX-IN), also die Einbeziehung von Experten aus Erfahrung als Genesungsbegleiter und Dozenten. Betrachtet man die internationale Literatur, stellt man jedoch fest, dass „Peer Involvement“ keineswegs so eindeutig und klar definiert ist, wie es zunächst scheint (Borg, Karlsson, & Kim, 2009). Peer Involvement steht für „Partizipation¹“, manchmal aber auch „Personenorientierung“, „Empowerment²“ oder „User Control³“.

Fünf Kernelemente von Peer Involvement. In einer Konzeptanalyse entwickeln Tambuyzer, Pieters und Van Audenhove (2014) fünf Kernelemente von Peer Involvement: Die Partizipation von betroffenen Menschen bei Entscheidungen, sowohl in Bezug auf ihre persönlichen Belange, als auch auf politischer Ebene.

- (1) Die aktive Beteiligung von betroffenen Menschen, die über das bloße Einbeziehen hinaus geht. Es reicht nicht aus, die Menschen nur zu beteiligen. Für ein tatsächliches Peer Involvement müssen die Menschen auch Entscheidungsmacht haben.
- (2) Die Einbeziehung von betroffenen Menschen auf verschiedenen Ebenen. Dazu gehört nicht nur, dass sie eine eigene Stimme erhalten und Zugang zu Informationen haben, sondern auch ihre Partizipation in der persönlichen Behandlungsplanung, der Gestaltung von psychiatrischen Diensten, Schulungen und Wissenschaft.
- (3) Die Wertschätzung und Berücksichtigung der Expertise aus Erfahrung. Das Erfahrungswissen ist nicht besser oder schlechter als das wissenschaftliche Wissen. Für psychiatrische Dienste ist es eine wertvolle Bereicherung.
- (4) Die Einbeziehung von Peers in psychiatrische Hilfen führt zu einer kooperativen Zusammenarbeit mit den professionellen Mitarbeitern und den politischen Entscheidungsebenen. Die Zusammenarbeit findet auf Augenhöhe zwischen gleichberechtigten Partnern statt.
- (5) Zudem beschreiben Tambuyzer u.a. (2014) auch Rahmenbedingungen, die für ein Peer Involvement günstig sind. Dazu gehört eine personenzentrierte Grundhaltung bei den professionellen Mitarbeitern, die mit einem transparenten Umgang mit Information verbunden ist. Regelmäßige Fortbildungen zu personenzentrierten Instrumenten, wie Shared Decision Making⁴ und Kommunikation auf Augenhöhe, können die Mitarbeitenden auf ihrem Weg zu mehr Peer Involvement unterstützen.

¹ Partizipation: Beteiligung, Mitwirkung, Mitbestimmung

² Empowerment: Stärkung, Befähigung, Ermächtigung

³ User Control: Steuerung durch den Nutzer/Patienten

⁴ Shared Decision Making: Modell für eine gemeinsame und gleichberechtigte Entscheidungsfindung zwischen Pflegefachperson oder Arzt und Patient

DFPP fördert Peer Involvement. In dieser Stellungnahme der DFPP verstehen wir Peer Involvement in dem oben beschriebenen weiten Sinne. Wir möchten dabei auf drei Aspekte besonders eingehen (vgl. Campbell, 2008; Prestin, 2016):

- (1) Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren aktive Beteiligung bei der Einschätzung, Planung und Entscheidung über ihre Pflege und Behandlung.
- (2) Nutzung des Expertenwissens von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung bei therapeutischen Angeboten, der Gestaltung von Milieus und Versorgungsstrukturen sowie bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen.
- (3) Zusammenarbeit mit Interessenvertretungen der Psychiatrie-Erfahrenen und Berücksichtigung von Vertretern der Psychiatrie-Erfahrenen auf allen Ebenen der Gestaltung psychiatrischer Versorgung sowie der Verbandsarbeit (z.B. im Präsidium und Arbeitsgruppen der DFPP).

Position 1: Die DFPP unterstützt ein breites Verständnis von Peer Involvement, mit dem die Selbstverantwortung von Menschen mit psychischer Erkrankung gestärkt und deren Erfahrungswissen auf allen Ebenen der Psychiatrie genutzt wird.

Aussage mit starkem Konsens.

2.2 Eine Herausforderung mit Nutzen für alle Beteiligten

Für eine demokratische Psychiatrie. In einem demokratischen Staat ist Peer Involvement eine gesellschaftliche Notwendigkeit. Es ist zudem therapeutisch sinnvoll. Durch die aktive Beteiligung von Menschen mit psychischer Erkrankung an der Behandlung und bei der Gestaltung psychiatrischer Hilfen wird die Psychiatrie nicht nur demokratischer, sondern auch therapeutischer. Es geht dabei in erster Linie um die Bedürfnisse der betroffenen Menschen, die auf Augenhöhe beteiligt sind.

Im Gegensatz dazu vertreten viele klassisch psychiatrische Ansätze immer noch die Ansicht, dass nur die medizinisch-pflegerischen Fachpersonen Experten für die psychische Erkrankung und ihre Heilung seien. Dies führt zu einem paternalistischen Ansatz, in dem für den Betroffenen entschieden wird, statt mit ihm oder durch ihn. Die Kritik an diesem Paternalismus führt manchmal dazu, dass der Patient als Kunde oder Nutzer betrachtet wird, der selbst entscheiden soll, welche Angebote er annimmt und welche nicht. Aber auch dieser Ansatz, der sich am freien Markt von Angebot und Nachfrage orientiert, ist zu kritisieren, solange ausschließlich medizinisch-pflegerische Experten darüber entscheiden, welche Angebote gemacht werden und welche eben auch nicht. Zudem besteht bei einer rein marktwirtschaftlichen Betrachtung die Gefahr, dass der Aspekt der Fürsorge für hilfebedürftige Menschen aus dem Blick gerät (vgl. Maio, 2016).

Die tatsächliche Beteiligung von Menschen mit psychischer Erkrankung unterscheidet sich deutlich von den eben genannten Ansätzen. Peer Involvement beinhaltet einen Paradigmenwechsel, der den Menschen zum Experten für sein eigenes Leben macht. Nur die betroffene Person selbst kann entscheiden, wie sie ihr Leben führen möchte und führen kann. Mit Peer Involvement wird dieser individuellen Erfahrungsexpertise ihre notwendige zentrale Bedeutung gegeben. Dies führt notwendigerweise zu einem demokratischen Verständnis psychiatrischer Arbeit, die eine tatsächliche Mitbestimmung der betroffenen Menschen zum Ziel hat (Tambuyzer et al., 2014). Dabei müssen Pflegefachper-

sonen auch zu einem kreativen Umgang mit Risiken bereit sein und betroffene Personen zum Eingehen von positiven Risiken ermuntern (Zuaboni, Abderhalden, Schulz, & Winter, 2012).

Mitbestimmung fördert die Autonomie und das Empowerment der Betroffenen. Der Ansatz ist damit nicht nur therapeutisch sinnvoll, er beruht zugleich auf grundlegenden Werten der Menschen- und Bürgerrechte.

Peer Involvement verändert die psychiatrische Pflege. Die demokratische Beteiligung von Menschen mit psychischer Erkrankung kann auch mit Hürden verbunden sein (Tambuyzer et al., 2014). Die individuelle Beteiligung kann scheitern, wenn die betroffene Person nicht ausreichend Informationen erhält. Eine medizinische oder pflegerische Fachsprache erschwert die Kommunikation zusätzlich. Auf kollektiver Ebene stellt sich die Frage, wer die Interessen der Betroffenen in den Gremien vertreten soll. Es ist einfach, das Mandat von Interessensvertretern oder Verbänden der Selbsthilfe anzuzweifeln. Doch es sind die Betroffenen selbst, die entscheiden müssen, wer ihre Interessen vertritt. Peer Involvement kann auch unbequem sein. Das darf aber nicht dazu führen, eine bloße Peer-Alibipolitik zu betreiben. Für ein Peer Involvement reicht es nicht, ein paar Genesungsbegleiter einzustellen.

Peer Involvement verändert die Psychiatrie und auch die psychiatrische Pflege. Die wirkliche Beteiligung von betroffenen Menschen in der psychiatrischen Pflege ist mit einer Reihe von Herausforderungen verbunden (Borg et al., 2009) Hierzu gehören zum Beispiel:

1. **Wer definiert das Problem?** In psychiatrischen Einrichtungen gibt es viele Experten, die Probleme aus ihrer Sicht definieren. Der Mediziner stellt eine Diagnose. Die damit erkannte Erkrankung ist das Problem, das er behandeln will. Die Gefahr ist groß, dass er seinen Fokus nur auf die Symptomreduktion legt. Die Pflegefachperson beurteilt den Pflegebedarf und entwickelt eine Vorstellung, welche Pflege die Person benötigt. Probleme erscheinen in psychiatrischen Einrichtungen aber oft anders, als sie sich für die betroffene Person in ihrem eigenen Lebenskontext darstellen. Peer Involvement sensibilisiert psychiatrisch Tätige für das Expertenwissen aus Erfahrung. Die individuelle Erfahrungswelt von Menschen, ihr Lebenskontext, ihre Wertvorstellungen, ihr Erleben von Selbstwirksamkeit und Zuversicht, sind bei der Diagnostik zu berücksichtigen und zu unterstützen.
2. **Welches Wissen ist wirklich wichtig?** Als Pflegefachpersonen haben wir uns Wissen über psychiatrische Erkrankungen, deren Behandlung und die möglichen Auswirkungen auf das alltägliche Leben von Menschen angeeignet. In vielen Situationen greifen wir auch auf unsere Erfahrungen zurück. Doch welche Bedeutung haben die individuellen Erfahrungen eines betroffenen Menschen für unsere Arbeit? Als wissenschaftliche Disziplin strebt die Pflege nach empirisch-wissenschaftlichen Belegen („evidence-based nursing“). Wissenschaftlichen Ergebnissen wird dabei oft mehr Gewicht gegeben, als den individuellen Erfahrungen von Menschen. Mit Peer Involvement wird das Erfahrungswissen eines betroffenen Menschen dem wissenschaftlichen Wissen gleichgesetzt. Beide Wissensbereiche begegnen sich auf Augenhöhe.
3. **Welche Beziehung gehen wir ein?** Die Rolle des Kranken ist bis heute zumeist eine abhängige. Von kranken Menschen wird erwartet, dass sie sich an die Behandlungsempfehlungen halten und den professionellen Helfern vertrauen. Peer Involvement verändert die Kommunikation zwischen professionellen Helfern und betroffenen Menschen. Wir gehen davon aus, dass alle Menschen Erfahrungen mit existentiellen Krisen haben oder diese noch machen

werden. Pflegefachpersonen gehen daher als Person in die Interaktion und interagieren im besten Fall im Sinne eines „kritischen Freundes“.

4. **Wie gestalten wir unsere Pflege?** Für eine Pflege, die Peer Involvement fördern möchte, ist es wichtig, dass sie ihre Arbeit selbstkritisch reflektiert. Oft beinhalten traditionelle psychiatrische Ansätze Verletzungen und Stigmatisierungen für psychisch erkrankte Menschen. Auch psychiatrische Profis können Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen haben. Sie können an Vorbehalten bei der Einstellung von Genesungsbegleitern sichtbar werden, aber auch am Regelsystem einer Station. Mit Regeln versuchen psychiatrisch Tätige, die Erkrankten und ihre Erkrankung unter Kontrolle zu bringen. Dann werden die Fernsehzeiten auf psychiatrischen Stationen genauso reglementiert wie Zeiten des Kaffeekonsums oder andere alltägliche Aktivitäten. Nach wie vor ist das psychiatrische Hilfesystem nahezu vollständig von der übrigen Gesellschaft abgekoppelt. Psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern sind immer noch die Ausnahme.

Für professionelle Mitarbeiter ist Peer Involvement nicht immer bequem. Es ist ein emanzipatorischer Ansatz, der die Mitbestimmung der Betroffenen stärkt. Es ist ein wichtiger Schritt, denn Peer Involvement fördert die Zufriedenheit, stärkt die Selbstbestimmung und fördert das Recovery von psychisch erkrankten Menschen (Tambuyzer et al., 2014). Zudem fördert es die Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Gesellschaft.

Position 2: Die DFPP sieht in Peer Involvement eine notwendige Voraussetzung für eine demokratischere Psychiatrie mit einer Emanzipation von psychisch erkrankten Menschen.

Aussage mit starkem Konsens.

3 Grundsätze von Peer Involvement für die psychiatrische Pflege

Eine personen-orientierte Psychiatrie begünstigt Peer Involvement. Kernelemente einer personen-orientierten Psychiatrie sind nach Mead und Bower (2000): (1) eine bio-psycho-soziale Perspektive auf psychische Erkrankungen, (2) die Wahrnehmung des Patienten als Person, (3) die Übertragung von Verantwortung an den Betroffenen, (4) die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung und (5) eine gute Selbstwahrnehmung und -reflexion der professionellen Helfer, die sich als individuelle Person einbringen.

Die psychiatrische Pflege kann das Peer Involvement in verschiedenen Bereichen fördern. Dazu gehören die Stärkung der Selbsthilfe, die aktive Einbeziehung und Beteiligung von psychisch erkrankten Menschen auf verschiedenen Ebenen sowie die Förderung der Peer-Arbeit im psychiatrischen Hilfesystem.

3.1 Aktive Mitbestimmung in der psychiatrischen Pflege

Autonomie fördern. Die „Hilfe zur Selbsthilfe“ ist ein klassischer Ansatz in der Pflege (Abderhalden & Prins, 2011; Dennis, 2001; Schädle-Deininger & Wegmüller, 2016). Auch Peer Involvement stärkt die Selbstbestimmung von Menschen mit psychischer Erkrankung. Aber was heißt das für die psychiatrische Pflege? Unserer Ansicht nach hat dieses übergeordnete Pflegeziel weitreichende Auswirkungen auf die Interventionen von Pflegefachpersonen. Im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe müssen pflegeri-

sche Interventionen dazu geeignet sein, die Selbstbestimmung, Autonomie, Selbstheilungskräfte und Integrität des psychisch erkrankten Menschen zu stärken. Dies kann in der Einzelarbeit durch aktive Beteiligung des betroffenen Menschen gefördert werden, aber auch in der Milieu- und Gruppenarbeit.

Selbstverantwortung unterstützen. Manchmal wird in der psychiatrischen Pflege von „mangelnder Compliance“ gesprochen. Gemeint ist damit, dass der Patient sich nicht an den festgelegten Behandlungsplan hält und er beispielsweise seine Medikamente nicht einnehmen möchte. Die pflegerischen Interventionen zielen dann auf die Motivation zur Medikamenteneinnahme und enden letztlich bei der Kontrolle der Medikamenteneinnahme. Doch solche an einer Compliance⁵ orientierte Maßnahmen erreichen oft nur ein vorübergehend konformes Verhalten des psychisch erkrankten Menschen (Deegan & Drake, 2006). Adherence⁶-Ansätze orientieren sich dagegen an den Wünschen und Bedürfnissen von betroffenen Menschen. Sie unterstützen einen selbstverantwortlichen Umgang mit Medikamenten (Gray et al., 2016; Schulz et al., 2013), da sie eine gemeinsame Entscheidungsfindung von betroffenen Menschen und professionellen Helfern vorsehen.

Entscheidungen gemeinsam treffen. Wie die Adherence-Therapie gehen Konzepte des Shared Decision Making von einer gemeinsam getroffenen Entscheidung aus (Abbildung 1).

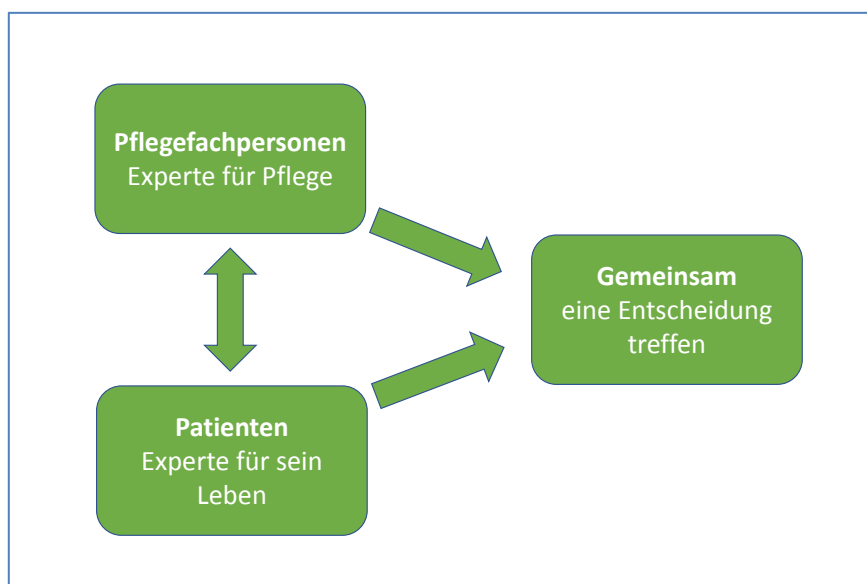


Abbildung 1: Shared Decision Making in der psychiatrischen Pflege

Bei diesen Ansätzen verhandeln zwei Experten über den therapeutischen Weg. Auf der einen Seite beschreiben die Gesundheitsexperten (z. B. psychiatrische Pflegefachpersonen) die verschiedenen Möglichkeiten einer Behandlung und Pflege. Dabei gehen sie auch auf Risiken und Nutzen ein. Auf der anderen Seite beschreibt die betroffene Person als Experte für ihr Leben, ihre Wünsche und Überzeugungen. So lernen beide Seiten die Aspekte, die eine Entscheidung beeinflussen, besser verstehen. Auf dieser Basis können sie eine Entscheidung finden, die von beiden Seiten verantwortet werden kann (Barry & Edgman-Levitan, 2012). Eine besondere Form dieser gemeinsamen Entscheidungsfindung ist das finnische Konzept des Open Dialogue (Aderhold, 2016). Dabei werden die the-

⁵ Compliance: (engl. befolgen) Befolgen der ärztlichen oder pflegerischen Ratschläge durch den Patienten

⁶ Adherence: (engl. einhalten) Selbstverpflichtung eine Regel einzuhalten (z.B. bei einer Diät)

rapeutischen Aktivitäten im multiprofessionellen Behandlungsteam mit dem Betroffenen, seiner Familie und weiteren Bezugspersonen geplant.

Nun wird manchmal eingewendet, dass es bei psychischen Erkrankungen zu Einschränkungen der Urteilsfähigkeit kommen könne. Der Wille des Betroffenen darf jedoch keineswegs leichtfertig als irrelevant abgetan werden (Scholten & Vollmann, 2017). Tatsächlich ist diese Thematik rechtlich komplex und muss daher sorgfältig geprüft werden. Selbst wenn eine Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit vorliegen sollte, kann diese keinesfalls für alle Entscheidungen angenommen werden. Psychiatrisch Pflegende sollen betroffene Menschen stets in die jeweiligen Entscheidungen einbeziehen. Tambuyzer et al. (2014) empfehlen dafür, den Prozess der Überlegung vom Akt der Entscheidung zu trennen. Denn selbst wenn eine Person gerade keine Entscheidung für einen bestimmten Sachverhalt treffen kann, ist es immer noch notwendig, ihr Angebote zu machen und sie nach ihrer Meinung und ihren Wünschen zu fragen.

Partizipative Pflege. Eine partizipative Pflege ist nur auf der Grundlage einer persönlichen, verantwortlichen Beziehungsarbeit möglich (Abderhalden et al., 2006). Die pflegerische Bezugsperson fördert die Verantwortung und die Selbstbestimmung eines psychisch erkrankten Menschen. Sie hilft ihm, seine Ressourcen wieder zu erkennen und zu nutzen und die Kontrolle über die eigene Behandlung wahrnehmen zu können. Dabei beteiligen psychiatrische Pflegefachpersonen den betroffenen Menschen an allen Entscheidungen im Pflegeassessment, den Pflegezielen und der Pflegeplanung als selbstbestimmten Partner. Die Pflegeperson ermöglicht dem betroffenen Menschen Einblick in ihre gemeinsam erstellte Dokumentation und händigt ihm eine Kopie der Pflegeplanung aus. Zu einem vereinbarten Zeitpunkt evaluieren die Bezugsperson und der betroffene Mensch ihre gemeinsame Pflegeplanung. Auf die Herausforderungen, die dieses Vorgehen für psychiatrische Pflegefachpersonen in paternalistisch geprägten psychiatrischen Einrichtungen bedeutet, wurde oben bereits eingegangen (siehe 2.2).

In der psychiatrischen Pflege begleiten wir Menschen in psychischen Krisen. Das Erfahrungswissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen kann das Verständnis für besondere seelische Notlagen und die dabei notwendigen Hilfen eindrücklich vermitteln. Zudem stellt das Erfahrungswissen eine wertvolle Ergänzung für die präventive Arbeit dar. Im Hinblick auf die Zieldimensionen, die durch Pflege angestrebt werden, orientieren sich Pflegefachpersonen am CHIME Modell (Leamy, Bird, Boutillier, Williams, & Slade, 2011). Die fünf Buchstaben CHIME stehen für zentrale pflegerische Überlegungen:

- Connectedness (Verbundenheit): Wie können wir dazu beitragen, dass der Mensch gesundheitsfördernde Beziehungen knüpfen bzw. erhalten kann?
- Hope (Hoffnung): Wie können wir hoffnungsfördernd wirken?
- Identity (Identität): Wie können wir dazu beitragen, dass der Betroffene mehr ist, als nur seine Krankheit?
- Meaning of life (Lebenssinn): Wie können wir Menschen dabei unterstützen, eine sinnvolle Betätigung zu finden?
- Empowerment (Befähigung): Wie können wir dazu beitragen, dass der Mensch in seinen Selbstpflegefähigkeiten gefördert wird?

Position 3: Die psychiatrische Pflege fördert die aktive Mitbestimmung des betroffenen Menschen mit dem Ziel gemeinsam getragener Entscheidungen.

Aussage mit Konsens.

3.2 Stärkung der Selbsthilfe

Emanzipation der Betroffenen. Die Selbsthilfe ist ein Baustein, mit dem das Empowerment und das Selbstbewusstsein von Menschen mit psychischen Erkrankungen gestärkt werden kann. Sie bietet für psychisch erkrankte Menschen nicht nur eine gegenseitige Unterstützung von Menschen mit ähnlichen Erfahrungen (Peer Support), sondern hat auch einen emanzipatorischen Ansatz. (Coniglio, Hancock, & Ellis, 2012; L. Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006; Gartner & Riessman, 1982). Diese Form der gegenseitigen Unterstützung hat für Davidson et al. (1999) verschiedene Aspekte. Zum einen fördert sie durch den Austausch von Erfahrungen das Selbstverständnis und reduziert die soziale Isolation. Daneben verlassen die betroffenen Menschen ihre Passivität und erleben sich in der Gruppe auch für andere hilfreich. Im Gegensatz zu anderen Formen der sozialen Unterstützung ist die Selbsthilfe eine gezielte Form der gegenseitigen Unterstützung. Im besten Fall gelingt es deren Nutzern, einen Sinn in ihrer Erkrankung zu sehen und Entwicklungen zu fördern. Zudem können für betroffene Menschen, die sich über längere Zeit aktiv in der Selbsthilfe engagieren, positive Effekte, z. B. auf die Lebensqualität und das Selbstwertgefühl, nachgewiesen werden.

Selbsthilfe unterstützen. Aus unserer Sicht müssen psychiatrisch Pflegenden die Selbsthilfe stärken. Dazu gehört, dass sie psychisch erkrankte Menschen über regionale Angebote der Selbsthilfe informieren und ermutigen, an diesen teilzunehmen. Um das eigene Wissen über die Möglichkeiten der Selbsthilfe für psychisch erkrankte Menschen in der Region zu überprüfen, empfiehlt Campbell (2008) sich folgende Fragen zu stellen:

- Wie viele Selbsthilfegruppen oder Vereinigungen von betroffenen Menschen in meiner Region kann ich nennen?
- Wie viel weiß ich über deren Aktivitäten? Habe ich schon mal etwas von ihren schriftlichen Materialien gelesen?
- Welche Rolle spielten Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung in meiner beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung?

Position 4: Die psychiatrische Pflege fördert die Selbsthilfe und Selbstwirksamkeit von Menschen mit psychischer Erkrankung.

Aussage mit starkem Konsens.

3.3 Förderung der Peer-Arbeit

Genesungsbegleitung ermöglichen. Die Genesungsbegleiter stellen eine neue Gruppe im Beziehungsgeflecht der Psychiatrie dar (Bock & Kluge, 2017). Nach einer in der Regel einjährigen Qualifizierung zur Peer-Arbeit sollen sie eigenständige Aufgaben übernehmen. Sie verändern damit nicht nur die Sichtweise von Krankheit und Gesundheit, sondern auch die Verteilung von Macht und Ver-

antwortung in psychiatrischen Diensten. Dies schafft naturgemäß viele Unsicherheiten, die vor allem an Fragen der Zuordnung im Team und den Aufgaben von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern deutlich werden. Das Besondere an Genesungsbegleitern ist, dass sie mit betroffenen Menschen über gemeinsame Erfahrungen reden können. Sie ermöglichen ihnen einen anderen Zugangsweg und können eine Beziehungsebene schaffen, die auf einer Gemeinsamkeit basiert.

Es ist nicht selbstverständlich, dass Betroffene im Rahmen von Peer-Arbeit ihr Erfahrungswissen der Psychiatrie zur Verfügung stellen. Als psychiatrische Pflegefachpersonen sehen wir den wertvollen Beitrag, den sie leisten können. Pflege weiß aber auch um die Rollenkonflikte, die Peer-Arbeit mit sich bringen kann und entwickelt auf allen Ebenen Strategien, um Peer-Arbeit dauerhaft möglich zu machen. Peer-Arbeit ist aus pflegfachlicher Sicht notwendig und zeitgemäß. Sie kann zu einer substantiell verbesserten psychiatrischen Behandlung beitragen.

Die psychiatrische Pflege achtet darauf, dass Peer-Arbeit nicht isoliert stattfindet und Möglichkeiten zur Reflexion und Supervision gegeben werden. Wenn Peer-Arbeit scheitert, dann liegt es meist weniger an den Personen, die als Peer arbeiten, sondern an den Rahmenbedingungen ihrer Arbeit. Pflege ist im Hinblick auf Peer-Arbeit kreativ und risikobereit. Von daher gibt es kein Scheitern, sondern nur ein gemeinsames Lernen aus Fehlern.

Hoffnung und Selbstwirksamkeit stärken. Mit ihrer Arbeit stärken Peers die gesunden Anteile von psychisch erkrankten Menschen (Chinman et al., 2015; Rabenschlag et al., 2012; Repper & Carter, 2011; Rogers et al., 2016). Sie vermitteln Hoffnung und den Glauben an eine gute Lebensqualität trotz psychischer Erkrankung. Negative Wirkungen der Peer-Arbeit sind bisher nicht bekannt (Pitt et al., 2013).

Dafür wissen Peers, wie wichtig Selbstwirksamkeit, die aktive Beteiligung an der Behandlung und die Stärkung des sozialen Netzes für ein gelingendes Recovery⁷ sind (Gillard et al., 2015). Vor allem an der Schnittstelle zwischen ambulanten und stationären Behandlungssettings können Peers Menschen Mut machen und deren Selbstwirksamkeit stärken (Mahlke, Krämer, Becker, & Bock, 2014).

Die Peer-Arbeit ist daher eine Bereicherung für psychiatrische Teams. Allerdings brauchen die Peers dafür auch die Freiheit, ihre Rolle entsprechend ihrer persönlichen Fähigkeiten und den Anforderungen ihrer Arbeitsumgebung entwickeln zu können. Die psychiatrische Pflege achtet darauf, dass Peers entsprechend ihrer Kompetenzen als gezielte Ergänzung im Sinne des „skill- and grade-mix“ eingesetzt werden. Für die psychiatrische Pflege ist es wichtig, eine Vorstellung von den Aufgaben und Tätigkeiten eines Peers in der Einrichtung zu entwickeln, aber auch davon, wie die Zusammenarbeit aussehen könnte.

Peer-Arbeit auf verschiedenen Ebenen. Grundsätzlich können Peers in psychiatrischen Einrichtungen auf unterschiedlichen Ebenen tätig sein (Utschakowski, 2015):

- **Nutzer-Ebene:** Die direkte Arbeit mit Nutzern ist der Kernbereich der Peer-Arbeit. Neben einer gezielten praktischen Unterstützung (z.B. die Begleitung zu Ärzten oder Ämtern), bieten Peers vor allem emotionale Unterstützung zur Bewältigung seelischer Krisen. Sie fördern das soziale Netz von Nutzern und machen ihnen Mut, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen und ihre Interessen zu vertreten (Empowerment).

⁷ Recovery: ein individueller Veränderungsprozess zu einem zufriedenen, selbstbestimmten und hoffnungsvollen Leben trotz den „Einschränkungen“ durch eine Erkrankung.

- **Team-Ebene:** In den Teams wirken Peers als Brücke zwischen Nutzer und professionellen Kollegen. Da sie beide Perspektiven kennen, können sie als Vermittler tätig werden.
- **Einrichtungsebene:** Ihre Erfahrungen können Peers auch in die Weiterentwicklung der Qualität der psychiatrischen Hilfen einbringen. Im Qualitätsmanagement und in strategischen Besprechungen vertreten Peers die Nutzer-Perspektive und unterstützen so das Management bei wichtigen Entscheidungen. In Forschungs- und Entwicklungsabteilungen leisten sie wertvolle Beiträge.

Die Beteiligung von Genesungsbegleitern im Qualitätsmanagement von psychiatrischen Einrichtungen sowie an der Konzeption psychiatrischer Hilfen trägt nicht nur dazu bei, die Hilfen zu verbessern, sondern leistet auch einen Beitrag zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen (Campbell, 2008).

Kooperation mit Peers. Die psychiatrische Pflege ist, vor allem in der stationären Arbeit, derzeit oft noch sehr stark vom medizinischen Modell beeinflusst (Byrne, Happell, & Reid-Searl, 2017). Durch die Zusammenarbeit mit Peers kann die psychiatrische Pflege daher nur gewinnen, denn der grundsätzliche Ansatz der Genesungsbegleitung hat viele Gemeinsamkeiten mit dem Selbstverständnis der psychiatrischen Pflege. Auch für die psychiatrisch Pflegenden ist Beziehungsgestaltung ein zentraler Bestandteil ihrer Arbeit. Auch Pflegenden wollen die Autonomie und Selbstständigkeit von psychisch erkrankten Menschen stärken, persönliche Entwicklungen fördern und sie dabei unterstützen, ihre Interessen zu vertreten. Ebenso wie Peer-Arbeiter fokussieren Pflegenden auf das alltägliche Leben. Und auch Pflegenden unterstützen Menschen bei der Bewältigung der Auswirkungen ihrer psychischen Erkrankung und ihrer Behandlung auf die Person (Sauter, Abderhalden, Needham, & Wolff, 2011). Pflegenden können daher auf allen Ebenen ihrer Arbeit von der Kooperation mit Genesungsbegleitern profitieren.

Position 5: Die psychiatrische Pflege sieht Genesungsbegleitung durch Peers als wichtige Ergänzung der klassischen Berufe in der Psychiatrie. Pflegefachpersonen sollen mit Genesungsbegleitern kooperieren.

Aussage mit starkem Konsens.

Offener Umgang mit psychischen Krisen. Gleichzeitig gibt es auch in der psychiatrischen Pflege Kolleginnen und Kollegen, die eigene Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen haben. Leider besteht auch in unserer Berufsgruppe noch vielfach eine Scham, darüber offen zu sprechen. Wir möchten dazu beitragen, dass deren wertvolles Wissen aus eigener Erfahrung in Zukunft als besondere Expertise anerkannt wird. Noch trauen sich psychiatrisch Pflegenden und andere Professionelle in der Psychiatrie viel zu selten, ihre eigenen Erfahrungen mit psychischen Krisen offen anzusprechen. Dabei könnten sie diese Selbsterfahrungen nicht nur hilfreich in ihrer Arbeit einbringen, sondern durch ihren eigenen offenen Umgang zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen bei professionellen Helfern in der Psychiatrie beitragen.

Von der Zusammenarbeit mit Peers profitieren psychiatrische Pflegefachpersonen, denn Peers zeigen durch den Umgang mit ihrer Erkrankung, wie Recovery gelingen kann. Peers sind aber auch ein Modell, für den offenen Umgang mit der eigenen Verletzlichkeit.

Position 6: Wir unterstützen den offenen Umgang mit seelischen Krisen und psychischen Erkrankungen bei Pflegefachpersonen. Kollegen mit diesen Erfahrungen verfügen über ein wertvolles Erfahrungswissen, dass sie mit ihrem Fachwissen verknüpfen können.

Aussage mit Konsens.

3.4 Peers in der beruflichen Bildung

Wertvolles Erfahrungswissen gezielt einbringen. Die Einbeziehung von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der psychiatrischen Pflege unterstützt eine positive Haltung der Pflegenden gegenüber diesem wertvollen Erfahrungswissen. In den Bildungsveranstaltungen können die Betroffenen-Dozenten den Pflegefachpersonen vermitteln, wie psychisch erkrankte Menschen das psychiatrische Versorgungssystem erleben und welche positiven und hinderlichen Einflüsse dieses Hilfesystem auf das individuelle Recovery von Menschen haben kann (Happell & Roper, 2009). Sie können so dazu beitragen, dass die Pflegenden eine selbstreflektierte Haltung zum eigenen Handeln gewinnen.

Peers dürfen nicht nur als bloßes Aushängeschild und Alibi für Personenorientierung genutzt werden (Meehan & Glover, 2007). Die psychiatrische Pflege hat darauf zu achten, dass Menschen mit der Erfahrung einer psychischen Erkrankung in ihren Bildungsveranstaltungen auf Augenhöhe einbezogen werden. Dafür ist es hilfreich, wenn die Ziele und Erwartungen zuvor gut abgesprochen werden. Für alle Beteiligten ist es wichtig zu wissen, dass der Peer nicht auf alle Fragen antworten muss. Dies sollte vorab mit den Teilnehmern der Bildungsveranstaltung ebenso abgesprochen werden, wie die Verschwiegenheit bezüglich persönlicher Informationen, die sie in der Fortbildung erhalten.

Position 7: Das Erfahrungswissen von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung soll auf allen Ebenen der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der psychiatrischen Pflege aktiv genutzt werden.

Aussage mit starkem Konsens.

3.5 Peers in der psychiatrischen Pflegeforschung

Bedürfnis-orientierte Forschung. Betroffene erleben psychiatrische Versorgungsstrukturen, die stark von der Definitionsmacht der professionellen Fachkräfte geprägt sind. Um dieser einseitigen Fachperspektive entgegenzuwirken, soll die Beteiligung von betroffenen Menschen in der Forschung gestärkt werden. Dazu sind partizipative Forschungsansätze geeignet, die Peers zu gleichberechtigten Partnern in Forschungsprojekten der psychiatrischen Pflege machen (Unger, 2014). Dies kann nicht nur die Qualität von Forschungsprojekten erhöhen, sondern auch deren Orientierung an den Bedürfnissen von psychisch erkrankten Menschen verbessern. Die im englischen Sprachraum meist als survivor researcher, user/consumer researcher oder auch als peer researcher bezeichneten Betroffenenforscher bringen mit ihrem Erfahrungswissen eine wichtige, zusätzliche Perspektive in Forschungsprojekte ein. Sie können, je nach persönlicher Qualifikation, in allen Phasen des Forschungsprozesses beteiligt sein, von der Zielsetzung, über die Wahl des Studiendesigns, der Datenerhebung und -auswertung bis zum Praxistransfer. Insbesondere in der Recovery-Forschung sind Forscher mit eigener Recovery-Erfahrung notwendig.

Position 8: In der psychiatrischen Pflegeforschung ist eine Beteiligung von Forschern mit Psychiatrie-Erfahrung wünschenswert. Bei Forschungsprojekten sind partizipative Ansätze stets zu bedenken.

Aussage mit starkem Konsens.

3.6 Peers in der DFPP

Kooperation auf sozial-politischer Ebene. Als Fachgesellschaft der Psychiatrischen Pflege unterstützt die DFPP die Kooperation mit Peers auch auf der Verbandsebene. Dazu gehört nicht nur die individuelle Beteiligung von Peers im Präsidium der DFPP, die DFPP möchte auch deren aktive Einbindung in den verschiedenen Arbeitsgruppen fördern.

Des Weiteren sucht die DFPP den Austausch und die Zusammenarbeit mit Interessensvertretern der Psychiatrie-Erfahrenen. Dabei möchte sie auch mit Psychiatrie-kritischen Gruppen in das Gespräch gehen.

In ihrer Verbandsarbeit achtet die DFPP auch auf die aktive Einbeziehung und Mitgestaltung von Psychiatrie-Erfahrenen in allen übergeordneten politischen und gesellschaftlichen Gruppen, die sich mit Psychiatriepolitik und -entwicklung beschäftigen. Regelmäßige Treffen mit Vertretern der organisierten Selbsthilfe, wie dem Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen, sollen angestrebt werden.

Position 9: Die DFPP sucht die aktive Zusammenarbeit mit Interessensvertretungen von Psychiatrie-Erfahrenen und fördert die aktive Mitarbeit von betroffenen Menschen innerhalb der DFPP.

Aussage mit starkem Konsens.

4 Fazit

Mit der aktiven Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen in der psychiatrischen Pflege möchte die DFPP eine Kultur der offenen Begegnung und des gegenseitigen Lernens fördern. Die gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung soll auch einen Beitrag zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft leisten und die Nutzerfreundlichkeit der psychiatrischen Pflege weiter stärken. Eine Pflege, die sich an den Bedürfnissen von Menschen in und nach Krisen orientiert, muss Peer Involvement im Sinne der betroffenen Menschen fördern. Ein aktives Peer Involvement stärkt aber nicht nur die betroffenen Menschen, sondern auch die Arbeit der psychiatrischen Pflegefachpersonen.

Kaufbeuren, Münster, Ulm am 20.11.2018

Michael Mayer (Vizepräsident DFPP und Leiter der Unter-AG „Peer Involvement“)

Dorothea Sauter (Präsidentin DFPP und Koordinatorin AG State of the Art)

Uwe Genge (Vizepräsident DFPP)

Die Stellungnahme wurde maßgeblich erstellt von Mayer, Michael; Buneta, Thomas; Gensheimer, Karsten und Dr. Prestin, Elke. Die Entwürfe wurden in der AG State of the Art vertiefend diskutiert und vom DFPP-Präsidium freigegeben.

Hinweise zur Methode: Zur Konsentierung der Positionen dieser Stellungnahme zum Peer Involvement haben wir alle Mitglieder des DFPP-Präsidiums und der AG State of the Art eingeladen. An der Online-Konsentierung beteiligten sich 18 Personen. Zudem konnten wir im Hintergrundtext differenzierte Rückmeldungen von Bettina Jahnke, Christiane Tilly und Prof. Dr. Michael Schulz einarbeiten.

Klassifikation der Konsensstärke:

- **Starker Konsens:** Zustimmung von > 95 % der Teilnehmenden
- **Konsens:** Zustimmung von > 75 % - 95 % der Teilnehmenden

5 Literatur

Empfehlungen zur weiteren Vertiefung

Internet:

- www.irrsinnig-menschlich.de
- Slade, M. (2013). 100 Wege um Recovery zu unterstützen. Ein Leitfaden für psychiatrische Fachpersonen. (M. Schulz, G. Zuaboni, M. Löhr, & C. Abderhalden, Hrsg.). Bielefeld: Fachhochschule der Diakonie. Abgerufen von <http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu> (Abgerufen am 22.10.2018)
- Perkins, R., Rinaldi, M., & Winter, A. (2012). Das Leben wieder in den Griff bekommen: ein Handbuch zur Planung deiner eigenen Recovery (4. Aufl.). Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste, Abt. Forschung, Entwicklung, Pflege und Pädagogik. Verfügbar von <http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu> (Abgerufen am 22.1.2018)
- Zuaboni, G., Abderhalden, C., Schulz, M., & Winter, A. (Hrsg.). (2012). Recovery praktisch! Schulungsunterlagen. Bern: Verlag Universitäre Psychiatrische Dienste. Verfügbar unter www.pflege-in-der-psychiatrie.eu (Abgerufen am 22.10.2018)

Bücher:

- Utschakowski, J. (2015). Mit Peers arbeiten: Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung. (1. Aufl.). Köln: Psychiatrie-Verl.
- Schulz, M., & Zuaboni, G. (Hrsg.). (2014). Die Hoffnung trägt: psychisch erkrankte Menschen und ihre Recoverygeschichten (1. Aufl.). Köln: Balance-Buch+Medien-Verl.

- Abderhalden, C., Boeckler, U., Schippers, A. D., Feuchtinger, J., Schaepe, C., Schori, E., & Welscher, R. (2006). Ein Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP): Vorgehen bei der Instrumentenentwicklung. *Prinernet*, 7(08), 420–424.
- Abderhalden, C., & Prins, S. (2011). Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen und Unterstützung der Selbsthilfe. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham, & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (S. 159–181). Bern: Huber.
- Aderhold, V. (2016). Bedürfnisangepasste Behandlung und offener Dialog. Beitrag zum Forum »Open Dialogue – das hilfreiche Gespräch mit allen Beteiligten. *Soziale Psychiatrie*, (2).
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>
- Bock, T., & Kluge, U. (2017). Der sich und Anderen helfende Mensch. In K. Dörner, U. Plog, T. Bock, P. Brieger, A. Heinz, F. Wendt, & E.-M. Franck (Hrsg.), *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (24., vollständig überarbeitete Auflage, S. 31–90). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Borg, M., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2009). User involvement in community mental health services - principles and practices. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 285–292. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01370.x>
- Brandtner, D. (2017). Praxisbeispiel Vorausverfügung: Die Bielefelder Behandlungsvereinbarung. In J. Vollmann (Hrsg.), *Ethik in der Psychiatrie: ein Praxisbuch* (1. Auflage, S. 170–177). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Byrne, L., Happell, B., & Reid-Searl, K. (2017). Risky business: Lived experience mental health practice, nurses as potential allies. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(3), 285–292. <https://doi.org/10.1111/inm.12245>

- Campbell, P. (2008). Service user involvement. In T. Stickley & T. Basset (Hrsg.), *Learning about mental health practice* (S. 291–309). Chichester, England; Hoboken, NJ: Wiley.
- Chinman, M., Oberman, R. S., Hanusa, B. H., Cohen, A. N., Salyers, M. P., Twamley, E. W., & Young, A. S. (2015). A Cluster Randomized Trial of Adding Peer Specialists to Intensive Case Management Teams in the Veterans Health Administration. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 42*(1), 109–121. <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9343-1>
- Coniglio, F. D., Hancock, N., & Ellis, L. A. (2012). Peer Support Within Clubhouse: A Grounded Theory Study. *Community Mental Health Journal, 48*(2), 153–160. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9358-5>
- 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*(3), 443–450. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj043>
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., & Tebes, J. K. (1999). Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*(2), 165–187. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.2.165>
- Deegan, P. E., & Drake, R. E. (2006). Shared Decision Making and Medication Management in the Recovery Process. *Psychiatric Services, 57*(11), 1636–1639. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.11.1636>
- Dennis, C. M. (2001). *Dorothea Orem: Selbstpflege- und Selbstpflegedefizit-Theorie* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Gartner, A. J., & Riessman, F. (1982). Self-Help and Mental Health. *Psychiatric Services, 33*(8), 631–635. <https://doi.org/10.1176/ps.33.8.631>
- Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., ... Stamou, E. (2015). Introducing New Peer Worker Roles into Mental Health Services in England: Comparative Case Study Research Across a Range of Organisational Contexts. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 42*(6), 682–694. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z>
- Gray, R., Bressington, D., Ivanekka, A., Hardy, S., Jones, M., Schulz, M., ... Chien, W.-T. (2016). Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0801-1>
- Happell, B., & Roper, C. (2009). Promoting genuine consumer participation in mental health education: A consumer academic role. *Nurse Education Today, 29*(6), 575–579. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.01.004>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry, 199*(06), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Mahlke, C. I., Krämer, U. M., Becker, T., & Bock, T. (2014). Peer support in mental health services. *Current Opinion in Psychiatry, 27*(4), 276–281. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000074>
- Maio, G. (2016). *Geschäftsmodell Gesundheit: wie der Markt die Heilkunst abschafft* (2. Auflage). Berlin: Suhrkamp.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine, 51*(7), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Meehan, T., & Glover, H. (2007). Telling our story: Consumer perceptions of their role in mental health education. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*(2), 152–154. <https://doi.org/10.2975/31.2.2007.152.154>
- Pitt, V., Lowe, D., Hill, S., Pricor, M., Hetrick, S. E., Ryan, R., & Berends, L. (2013). Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. In The Cochrane Collaboration (Hrsg.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Abgerufen von <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004807.pub2>
- Prestin, E. (2016). Einflussnahme in der psychiatrischen Versorgung: Wünsche aus Betroffenen-Perspektive. *Psychiatrische Pflege, 1*(1), 9–12. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000003>
- Rabenschlag, F., Hoffmann, H., Conca, A., Needham, I., Knuf, A., & Schusterschitz, C. (2012). Influence of single peer interventions on the recovery attitude of persons with a psychiatric disability. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, no-no*. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00995.x>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health, 20*(4), 392–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Rogers, E. S., Maru, M., Johnson, G., Cohee, J., Hinkel, J., & Hashemi, L. (2016). A randomized trial of individual peer support for adults with psychiatric disabilities undergoing civil commitment. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 39*(3), 248–255. <https://doi.org/10.1037/prj0000208>
- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., & Wolff, S. (Hrsg.). (2011). *Lehrbuch psychiatrische Pflege*. Bern: Huber.
- Schädle-Deininger, H., & Wegmüller, D. (2016). *Psychiatrische Pflege: Kurzlehrbuch und Leitfaden für Weiterbildung, Praxis und Studium* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe.
- Scholten, M., & Vollmann, J. (2017). Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. In J. Vollmann (Hrsg.), *Ethik in der Psychiatrie: ein Praxisbuch* (1. Auflage, S. 26–34). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Schulz, M., Gray, R., Spiekermann, A., Abderhalden, C., Behrens, J., & Driessen, M. (2013). Adherence therapy following an acute episode of schizophrenia: A multi-centre randomised controlled trial. *Schizophrenia Research, 146*(1–3), 59–63. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.01.028>
- Tambuyzer, E., Pieters, G., & Van Audenhove, C. (2014). Patient involvement in mental health care: one size does not fit all: Patient involvement in mental health care. *Health Expectations, 17*(1), 138–150. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x>
- Unger, H. von. (2014). *Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Utschakowski, J. (2015). *Mit Peers arbeiten: Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung; [inklusive Downloadmaterial]* (1. Aufl.). Köln: Psychiatrie-Verl.
- Zuaboni, G., Abderhalden, C., Schulz, M., & Winter, A. (Hrsg.). (2012). *Recovery praktisch! Schulungsunterlagen*. Bern: Verlag Universitäre Psychiatrische Dienste.