
April 2015

Evaluationsbericht

Evaluation des Weiterbildungsstudiengangs DAS Experienced Involvement

Anna Hegedüs, Mag^a ¹⁾
Regine Steinauer, MSc ²⁾

¹⁾ Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege und Pädagogik; Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

²⁾ Entwicklung & Forschung Pflege; Direktion Pflege, MTD und Sozialdienst,
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)

Dank

Wir bedanken uns bei allen Studierenden für Ihre Bereitschaft an der Evaluation teilzunehmen. Ausserdem danken wir dem Verein EX-IN Bern und der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit für ihre engagierte Unterstützung.

Inhalt

0 Zusammenfassung	5
1 Hintergrund	6
2 Fragestellungen	6
3 Methode	7
3.1 Design	7
3.2 Stichprobe	7
3.3 Instrumente	7
3.4 Datenerhebungsplan	8
3.5 Datenauswertung	8
3.6 Datenschutz und ethische Überlegungen	9
4 Ergebnisse	10
4.1 Merkmale der Studierenden	10
4.1.1 Soziodemografische Merkmale	10
4.1.2 Psychiatrische Behandlung und Krankengeschichte	10
4.2 Bedürfnisse der Studierenden	11
4.2.1 Wie haben Sie den Studiengang bisher erlebt?	11
4.2.2 Zufriedenheit	11
4.2.3 Berufliche Zukunft	12
4.2.4 Verbesserungsvorschläge	12
4.3 Einschätzung des Curriculums	13
4.3.1 Aufteilung Theorie/Praxis	13
4.3.2 Profit/Relevanz der Themenmodule	13
4.3.3 Erfahrungen mit Peertätigkeit	13
4.4 Einsatz in der Praxis	14
4.4.1 Erwartungen an die Praktikumsorte	14
4.4.2 Praktika während des Studiengangs	14
4.4.3 Berufliche Perspektive	15
4.5 Lebensqualität und Gesundheitszustand	17
4.5.1 Lebensqualität	17
4.5.2 Allgemeiner Gesundheitszustand	17
4.6 Recoveryorientierung und Stigmaresistenz	18
4.7 Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung	18
5 Diskussion	19
5.1 Diskussion der Ergebnisse	19
5.2 Stärken und Schwächen der Untersuchung	20
6 Empfehlungen für weitere Forschung	20
7 Schlussfolgerungen	20
8 Literatur	21
9 Anhänge	22
9.1 Anhang 1: Fragebögen der ersten Erhebung	22
9.1.1 Frabo + SozDem	22
9.1.2 SF-12	26
9.1.3 FERUS	28
9.1.4 ISMI30	

9.1.5	RAS 31	
9.2	Anhang 2: Fragebögen der Praktikumserhebung	33
9.2.1	Version Praktikumsverantwortliche	33
9.2.2	Version Studierende	35
9.3	Anhang 3: Fragebögen der 2. Erhebung (nach Abschluss)	37
9.3.1	Frabo 2	37
9.4	Anhang 4: Fragebogen der 3. Erhebung	40
9.4.1	Frabo 3	40

0 Zusammenfassung

Der Weiterbildungsstudiengang Experienced Involvement (EX-IN) wurde 2012-2014 zum zweiten Mal an der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit in der Schweiz durchgeführt. Ziel dieser Weiterbildung ist, Menschen mit der Erfahrung einer psychischen Erkrankung auszubilden und zu ermöglichen, dass sie in psychiatrischen Institutionen als „ExpertInnen aus Erfahrung“ eingesetzt werden.

Der Pilotstudiengang 2010 in Bern wurde als erste EX-IN Weiterbildung systematisch sowie wissenschaftlich evaluiert und lieferte wichtige Daten zu den Auswirkungen von EX-IN auf die Studierenden. Die aktuelle Evaluation wurde aufgrund der Empfehlungen der Evaluation des Pilotstudienganges angepasst und liefert Antworten auf folgende Fragen: Erfüllt der Studiengang die Erwartungen der Teilnehmenden? Verändern sich die Lebensqualität, die Recoveryorientierung, die Stigmaresistenz, der Gesundheitszustand, die Selbstbeobachtung, die Selbstwirksamkeit und die Hoffnung der Teilnehmenden während und nach dem Studiengang? Welche beruflichen Perspektiven erarbeiten Studierende während des Studienganges? Zeigen sich Unterschiede zu den Ergebnissen des Pilotstudienganges 2010?

Die Evaluation erfolgte in einer Kombination quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden. Eine schriftliche Befragung zu drei verschiedenen Zeitpunkten wurde ergänzt mit zwei leitfadengestützten Gruppeninterviews mit den Teilnehmenden. Neben standardisierten Fragebögen (SEIQoL, RAS, ISMI, SF12, FERUS) wurde ein selbst entwickelter Fragebogen eingesetzt, der demografische Daten sowie Informationen zu Beschäftigung und Einkommen erhob.

Insgesamt haben 24 Personen den EX-IN Studiengang 2012 begonnen. 18 Personen schlossen die Weiterbildung 2014 ab. Zu Beginn der Ausbildung retournierten 18 Personen die Fragebögen, am zweiten Messzeitpunkt (am Ende der Ausbildung) 16 Personen und zum dritten Zeitpunkt (ein Jahr nach Abschluss) 12 Personen. Die individuellen Erwartungen der Teilnehmenden wurden erfüllt bzw. übertroffen. Die Lebensqualität wurde durchschnittlich recht hoch eingeschätzt und veränderte sich während des Studienganges nicht. Die Recoveryorientierung und die psychische und körperliche Gesundheit veränderten sich leicht. Signifikant besser schätzten die Studierenden ihre Stigmaresistenz ein. Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung veränderten sich während der Weiterbildung kaum.

Vergleiche mit dem Studiengang von 2010 erbrachten einen signifikanten Unterschied bei der Selbstwirksamkeit bei Abschluss der Weiterbildung. Die Teilnehmenden des Pilotstudienganges 2010 gaben eine signifikant höhere Selbstwirksamkeit an, als jene vom Studiengang 2012. Die Werte der Studierenden beider Studiengänge zeigten ähnliche Tendenzen in den Bereichen körperliche/psychische Gesundheit, Hoffnung und Selbstbeobachtung.

Grosse Unterschiede zeigten sich bei der aktuellen Beschäftigungssituation und dem hauptsächlichsten Einkommen. Nach Abschluss war eine höhere Anzahl Personen angestellt oder erwerbstätig und bei einer Mehrzahl der Studierenden stellte nach Abschluss der Weiterbildung der Lohn das hauptsächlichste Einkommen dar.

Es zeigt sich, dass in den vergangenen Jahren eine Entwicklung hin zu einer Etablierung von Peers in der psychiatrischen Versorgung erfolgt ist. Die Auswirkungen und der Nutzen muss in weiteren Forschungsprojekten erweisen werden.

1 Hintergrund

Internationale und nationale Policy-Dokumente zur Psychischen Gesundheit und zur Psychiatrischen Versorgung enthalten die Forderung nach Förderung der Selbsthilfe und Selbsthilfefähigkeiten sowie nach aktiver Partizipation von Psychiatrie-Erfahrenen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens [1-3].

In Deutschland schon weit verbreitet, fand in der Schweiz zwischen 2012 und 2014 der Weiterbildungsstudiengang Experienced Involvement (EX-IN) zum zweiten Mal an der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit statt. Der Kernpunkt der EX-IN-Ausbildung ist der Austausch über Krisen- und Bewältigungserfahrungen, über Empowerment und Recovery, auf dessen Basis Erfahrungswissen entwickelt wird [4]. EX-IN hat zum Ziel Betroffene für die Tätigkeit als „ExpertInnen aus Erfahrung“ systematisch vorzubereiten.

Der Pilotstudiengang 2010 in Bern wurde als erste EX-IN-Weiterbildung systematisch sowie wissenschaftlich evaluiert und lieferte wichtige Daten zu den Auswirkungen von EX-IN auf die Studierenden. Die Ergebnisse verdeutlichen zum Beispiel, dass sich die berufliche Situation der AbsolventInnen ein Jahr nach Abschluss deutlich verbessert hatte. 75 % der Teilnehmenden hatten ein Jahr nach dem Studiengang eine Teilzeitanstellung in einer psychiatrischen Institution in der Rolle eines/einer ExpertIn aus Erfahrung [5].

Aufbau des Studienganges

Aufgrund der Erfahrungen aus dem Pilotstudiengang wurde die Weiterbildung EX-IN 2012 strukturell leicht angepasst. Zum Beispiel verlängerte sich die Dauer der Weiterbildung um ein halbes Jahr, so dass mehr Zeit zwischen den Modulen für die Verarbeitung der Themen zur Verfügung stand. Um weitere Veränderungen bei den Teilnehmenden festzustellen, wurde die neue EX-IN Weiterbildung erneut evaluiert.

Ziele des Studienganges

Durch den praktischen Einsatz der AbsolventInnen des DAS-Studienganges «Experienced Involvement» soll der Einfluss von Expertise durch Erfahrung auf das psychiatrische Versorgungssystem gestärkt werden. Die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen soll zu einer besseren Nutzerorientierung und zu weniger diskriminierenden psychiatrischen Dienstleistungen beitragen.

2 Fragestellungen

Die Evaluation des zweiten Studienganges Ex-IN liefert Angaben zu folgenden Fragen:

1. Welche soziodemografischen, krankheits- und behandlungsbezogenen Merkmale haben die Teilnehmenden?
2. Verändern sich Lebensqualität, Gesundheitszustand, Recoveryorientierung, Stigmaresistenz, Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung während der Teilnahme und 1 Jahr nach Abschluss des Weiterbildungsstudiengangs?
3. Erfüllt der Studiengang die Bedürfnisse der Teilnehmenden?
4. Welche beruflichen Perspektiven erarbeiten die Studierenden während und 1 Jahr nach Abschluss des Studienganges und wie unterscheiden sich diese von jenen der Studierenden des Weiterbildungsstudiengangs von 2010?
5. Wie erleben Studierende und Professionelle den Einsatz von Betroffenen in der Praxis?

3 Methode

3.1 Design

Die Evaluation erfolgte in einer Kombination quantitativer und qualitativer Erhebungsmethoden (Mixed-methods-Ansatz), die an die Evaluation des Pilotstudienganges 2010 angepasst war. Neben einer schriftlichen Befragung zu drei verschiedenen Zeitpunkten (zu Beginn, nach Abschluss des Studienganges und 1 Jahr danach) und einer Praktikumsevaluation fanden Fokusgruppeninterviews mit den Teilnehmenden in der Hälfte und am Ende des Studienganges statt.

3.2 Stichprobe

Alle Studierenden des Weiterbildungslehrganges 2012 wurden schriftlich über die Durchführung einer Evaluation informiert und zur Teilnahme an der Evaluation angefragt. Die Teilnahme erfolgte anonym und freiwillig nach Unterzeichnung einer schriftlichen Einverständniserklärung.

3.3 Instrumente

Die soziodemografischen Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildung, soziale Situation) der Studierenden haben wir mit Fragen basierend auf dem **Anamnesebogen der „Aktion Psychisch Kranke“ (SozDem)** schriftlich erhoben [6]. Ausserdem beinhaltet der Bogen Fragen zur Erfahrungen mit psychiatrischen Krankheiten und den bisherigen Behandlungen.

In den **Fokusgruppengesprächen** haben wir die Frage nach beruflichen Perspektiven gestellt. Ausserdem haben wir die Bedürfnisse der Studierenden, die Zufriedenheit mit dem Weiterbildungslehrgang sowie Verbesserungsvorschläge für künftige Lehrgänge und Praktika diskutiert. Die Gespräche wurden von einer Moderatorin anhand eines Leitfadens geführt.

In einem **selbst entwickelten Fragebogen (Frabo)** haben wir die Einschätzung des Curriculums erhoben und die bisherigen Erfahrungen in Peertätigkeiten erfragt.

Zu den Einsätzen in der **Praxis (PR)** haben wir am Ende des ersten Praktikums sowohl die Studierenden als auch die zuständige Begleitperson am Praktikumsort schriftlich zu den ausgeführten Tätigkeiten und zur Qualität des Einsatzes befragt.

Die individuelle Lebensqualität (LQ) wurde mit dem **SEIQoL-Fragebogen** [7], einem halbstrukturierten Interview, erfragt. Das Interview gliedert sich in drei Schritte: Als erstes wird der/die ProbandIn aufgefordert, die fünf Lebensbereiche („cues“) anzugeben, die derzeit am wichtigsten für ihn/sie sind. Als nächstes folgt die Frage, wie zufrieden er/sie mit diesen Bereichen derzeit ist. Dazu zeichnet er/sie in eine Box senkrechte Balken ein, deren Höhen von 0 (schlechtmöglicher Zustand) bis 100 (bestmöglicher Zustand) dem aktuellen Zustand entsprechen sollen. Im dritten Schritt erfolgt die Einschätzung der relativen Wichtigkeit („weights“) der einzelnen Lebensbereiche. Anhand einer Drehscheibe kann der/die ProbandIn angeben, wie wichtig ihm/ihr die einzelnen Bereiche in Relation zueinander sind. Aus den cues und weights lässt sich der SEIQoL-Index berechnen. Dieser gibt die individuelle Lebensqualität zwischen 0 und 100 an – je höher der Wert, desto höher ist auch die Lebensqualität des Probanden/der Probandin.

Der Gesundheitszustand wurde mit dem **SF-12 Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand** erfasst. Das SF-12 dient der krankheitsübergreifenden Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes in Bezug auf psychische, körperliche und soziale Aspekte. 12 Fragen werden auf einer mehrstufigen Skala eingeschätzt [8]. Zur Auswertung werden zwei Subskalen (zur körperlichen und psychischen Gesundheit) gebildet und die Antwortmöglichkeiten in Werte zwischen 0 und 100 transformiert. Zur Interpretation der Werte werden die Durchschnittswerte der Normalbevölkerung herangezogen. Dieser liegt für die körperliche Gesundheit bei 49.0 und für die psychische Gesundheit bei 52.2 [8].

Zur Erfassung der Recoveryorientierung verwendeten wir die **RAS** (Recovery Assessment Scale) [9, 10]. Der Fragebogen umfasst 24 Fragen mit Antwortmöglichkeiten auf einer fünfstufigen Likert-Skala.

ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness Inventory) [11] lieferte uns Angaben zur Stigmaresistenz der Teilnehmenden. Der gesamte Fragebogen umfasst 29 Fragen. Zur Evaluation haben wir jedoch nur die Subskala „Stigmaresistenz“ verwendet. Diese besteht aus fünf Fragen und erhebt inwiefern Personen gegenüber Stigma immun sind und z. B. trotz Krankheit ein gutes und erfülltes Leben haben können. Die Antwortmöglichkeiten werden auf einer vierstufigen Likert-Skala erfasst.

Der **FERUS Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten** [12] wurde zur Erfassung der Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung verwendet. Er besteht aus 26 Items, die mit einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet werden. Zur Auswertung werden Summenwerte von drei Subskalen gebildet:

- Die Subskala Selbstbeobachtung (sieben Fragen) erfasst die Fähigkeit, kritische Situationen und Hinweisreize zu erkennen, die zu negativen Konsequenzen führen. Ein Mensch, der auf diese Fragen positiv antwortet verfügt über die Fähigkeit, eigene Gefühle, Impulse und das begleitende Verhalten zu beobachten und seine Handlungen sowie Reaktionen effektiv und zielorientiert zu verändern.
- Die Selbstwirksamkeitsskala (neun Fragen) bildet die Ausprägung der Grundüberzeugung ab, dass man ein Verhalten beherrscht und in der Lage ist, es einzusetzen.
- Die Skala Hoffnung (zehn Fragen) beschreibt, wie hoffnungsvoll und kontrollierbar eine Person sich selbst, ihre Lebenssituation und ihre Zukunft erlebt. Hoffnung ist ein wichtiger gesundheitsfördernder und gesundheitsunterstützender Faktor.

3.4 Datenerhebungsplan

Monat		SF 12	RAS	ISMI	FERUS	SEIQoL	Frabo	SozDem	Fokus- gruppe	PR
0	Vor Beginn	X	X	X	X		X	X		
1	im Modul 1					X				
6	Nach 1. Praktikum									X
9	im 7. Modul								X	
16	im letzten Modul					X			X	
16	Nach Abschluss	X	X	X	X		X			
29	1 Jahr nach Abschluss	X	X	X	X		(X)			

3.5 Datenauswertung

Die quantitativen Daten der Fragebögen haben wir mittels Excel und SPSS 17 erfasst und deskriptiv ausgewertet. Wir berechneten sowohl individuelle als auch Gruppenveränderungen mittels t-Tests für abhängige und gepaarte Stichproben oder der einfachen Varianzanalyse mit Messwiederholungen.

Unterschiede waren dann statistisch signifikant, wenn der p-Wert ≤ 0.05 war.

Wenn nicht anders angegeben, wurden die Daten aller retournierter Fragebögen ausgewertet (auch von jenen Personen, die den Studiengang abgebrochen haben).

Die Textantworten sowie die Fokusgruppengespräche wurden qualitativ mittels eines kategorisierenden Verfahrens durch drei Mitarbeitende der Abteilung F&E der UPD Bern ausgewertet.

3.6 Datenschutz und ethische Überlegungen

Alle Studierenden des Weiterbildungslehrganges erhielten schriftliche Informationen über den Zweck und den Ablauf der Evaluation und bestätigten ihre Bereitschaft zur Teilnahme mit der Unterzeichnung der Einverständniserklärung.

Die Auswertung erfolgte in verschlüsselter Form. Um individuelle Veränderungen feststellen zu können, erhielt jede/jeder TeilnehmerIn eine Studiennummer, die auf jedem Fragebogen vermerkt war. Die Liste mit den Kodierungen wurde separat verwaltet und ist nur von den Evaluationsbeauftragten einsehbar. Die Ergebnisse wurden so zusammengefasst, dass Rückschlüsse auf einzelne Personen nicht möglich sind.

Die Gespräche haben wir auf Tonband aufgezeichnet und nach der Transkription wieder gelöscht. Namen wurden anonymisiert, so dass das Transkript keine Rückschlüsse auf Personen zulässt.

Alle Personen, die an der Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung mitarbeiteten, sind der gesetzlichen Schweigepflicht unterstellt.

4 Ergebnisse

4.1 Merkmale der Studierenden

4.1.1 Soziodemografische Merkmale

18 von 24 Studierenden (75 %) haben den zweiten EX-IN Studiengang abgeschlossen. Zum Zeitpunkt t1 (vor Beginn) retournierten 18 Personen (75 %) die Fragebögen, zum Zeitpunkt t2 (nach Abschluss) waren es 16 (89 %). An der 3. Befragung 1 Jahr nach Abschluss des DAS nahmen 12 Personen teil (Rücklauf 66%).

Das durchschnittliche Alter der Studierenden zu Beginn der Weiterbildung betrug 43.7 Jahre und war somit ca. vier Jahre niedriger als im ersten Studiengang 2010. Der/die Jüngste war 28, der/die Älteste 61 Jahre alt. Fast drei Viertel der Teilnehmenden waren weiblich.

Acht Personen (44 %) gaben als höchsten erreichten Abschluss eine abgeschlossene Lehre an, vier Personen (22.2 %) eine Hochschule und je drei Studierende (16.6 %) die Matura/Lehrerseminar oder eine höhere Fachschule.

Allgemeine soziale Situation vor Beginn der Weiterbildung

Die Hälfte (n=9) der Studierenden lebt alleine, die andere Hälfte lebt mit dem Ehepartner oder Lebensgefährten, mit Kindern (n=4), mit FreundInnen (n=3) und/oder mit Haustieren (n=3) zusammen. Neun Personen sind ledig, drei verheiratet und vier sind geschieden. Eine Person lebt getrennt.

Zur aktuellen Beschäftigungssituation wurden folgende (zum Teil Mehrfach-)Angaben gegeben: Neun Teilnehmende (53 %) sind berentet, sechs Personen (33.3 %) sind erwerbstätig, vier (22.2 %) arbeiten als Hausfrau/Hausmann, drei Personen (16.6 %) sind angestellt und vier Personen (22.2 %) arbeiten in einer geschützten Einrichtung. Je zwei Personen (11 %) sind selbstständig erwerbstätig, arbeitssuchend oder leisten Freiwilligenarbeit. Eine Person (5.6 %) führt Gelegenheitsarbeiten aus (siehe auch Tabelle 3). Der Beschäftigungsgrad der Befragten (n=6) liegt zwischen 15 und 80 %; im Durchschnitt arbeiten sie zu 40 %.

Hauptsächliches Einkommen beziehen neun Befragte aus der IV Rente, vier Personen aus IV Rente plus Ergänzungsleistungen, drei Personen aus Lohn von einer nicht Peertätigkeit und eine Person aus IV Taggeld. Eine Person erhält ausserdem Einkommen in Form von Alimenten und von der Pensionskasse. Sechs Personen arbeiten in einem Teilzeitanstellungsverhältnis zwischen 15 und 80 % mit den unterschiedlichsten Berufsbezeichnungen.

Jede(r) der befragten Teilnehmenden gibt an, sich regelmässig mit anderen Personen über psychische Belange auszutauschen. Bei 16 der Befragten (88.8 %) findet ein regelmässiger Austausch mit professionellen HelferInnen statt. 14 Personen (77.7 %) tauschen sich mit FreundInnen aus, 11 (61 %) sprechen mit Angehörigen über ihre psychische Gesundheit. Für zwei Studierende (11 %) sind ArbeitskollegInnen weitere Ansprechpartner. Eine Person gibt an sich im Trialog über psychische Belange auszutauschen.

In diesen Angaben zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zu der Befragung des ersten Studienganges.

4.1.2 Psychiatrische Behandlung und Krankengeschichte

Folgende Angaben wurden von den Studierenden in Bezug auf die Diagnose der psychischen Erkrankung gemacht: affektive Störungen (Depression, Bipolare Störung), Schizophrenie, Schizoaffektive Störung, Persönlichkeitsstörung, dissoziative Störung, Essstörung, posttraumatische Belastungsstörung.

Die erste psychiatrische Behandlung erfolgte bei den Teilnehmenden durchschnittlich mit 28 Jahren. Zu diesem Zeitpunkt war der/die Jüngste 11, der/die Älteste 43 Jahre alt. Beim ersten stationären Aufenthalt in einer Klinik war die jüngste Person 16 und die älteste Person 44 Jahre alt, durchschnittlich waren sie im Alter von 31 Jahren. Die Studierenden geben an, im Schnitt 7.3 Mal stationär aufgenommen worden zu sein. Die Anzahl der häufigsten Aufenthalte betrug 34.

Die meisten Teilnehmenden (n=12) waren in den vier Jahren vor Beginn der EX-IN Weiterbildung das letzte Mal in stationärer Behandlung. Der jüngste Aufenthalt fand im Jahr des Studiumbeginns statt und der am längsten zurückliegende 15 Jahre zuvor. Die Dauer des letzten Aufenthalts betrug im Schnitt 11 Wochen, wobei mindestens 1.5 und längstens 35 Wochen in einer psychiatrischen Klinik verbracht wurden.

Derzeit befinden sich 83.3 % der Befragten (n=15) in regelmässiger Behandlung, eine Person liess die Frage unbeantwortet. Davon suchen 66.6 % (n=12) einen Psychiater auf, 27.7 % (n=5) konsultieren einen Hausarzt, 16.6 % (n=3) erhalten Unterstützung durch die ambulante psychiatrische Pflege. Je 11 % (n=2) gehen in ein Klinikambulatorium, eine Tagesklinik/Tagesstätte oder erhalten Besuch der Spitex- Dienste, eine Person ist in Behandlung bei einer Psychotherapeutin.

Alle Angaben zur Behandlung und Krankheitsgeschichte sind sehr ähnlich zu den Angaben der Teilnehmenden des ersten Studienganges. Die 2010 genannten Diagnosen Angst- und Panikstörung, Anpassungsstörung und Politoxikomanie wurden von den Befragten im Studiengang 2012 nicht genannt.

Die beiden Stichproben unterscheiden sich in ihren Merkmalen somit nur unwesentlich.

4.2 Bedürfnisse der Studierenden

Die Frage nach den Bedürfnissen der Studierenden wurde in zwei Fokusgruppengesprächen mit jeweils ca. neun Studierenden diskutiert.

Die Gruppengespräche fanden im siebten und im letzten Modul statt. Die Stimmung in beiden Fokusgruppen war angenehm, interessiert und wohlwollend.

Es wurden folgende Fragen diskutiert:

1. Wie haben Sie den bisherigen Studiengang erlebt? Wie ist Ihre grundsätzliche Zufriedenheit mit dem Studiengang?
2. Worin sehen Sie Ihre persönliche Entwicklung während des Studienganges?
3. Welche beruflichen Perspektiven haben Sie im Verlaufe des Jahres entwickelt?
4. Gibt es Anregungen, was verändert/verbessert/angepasst werden müsste?

4.2.1 Wie haben Sie den Studiengang bisher erlebt?

Grundsätzlich beschrieben die Studierenden den bisherigen Verlauf des Studiengangs als überwiegend positiv.

„inhaltlich bin ich extrem begeistert von dieser Ausbildung .. ziehe viel raus .. für mich persönlich für die Arbeit auch..“

Sie nannten viele gute aber auch einzelne schwierige Erfahrungen, die sie im persönlichen Bereich sowie im sozialen Umfeld gemacht hatten. Zudem erwähnten sie die Gruppendynamik als wichtigen Faktor im Erleben des Studienganges.

„Man merkt, dass der Genesungsweg individuell ist und der persönliche Weg nicht unbedingt der richtige sein muss.“

„Alles was ich von meinen Mitgspähnli erfahren habe, das hat meinen Horizont erweitert.“

4.2.2 Zufriedenheit

Die **allgemeine Zufriedenheit** der Studierenden am Ende des zweiten Studienganges war sehr hoch.

„Ich habe das Gefühl, es gibt einen Weg, ich bin am rechten Ort.“

Die Module fanden sie spannend, wobei die letzten zwei bis drei Module als etwas lang gezogen wahrgenommen wurden. Alle Studierenden äusserten sich zufrieden mit den Praktika. In manchen Fällen eröffneten diese auch die ersten beruflichen Pforten.

Die meisten bedauern die aktuell ungewisse Weiterführung einer Ex-IN Weiterbildung an der Fachhochschule, da diese ein Garant für die Seriosität der Weiterbildung war und einen Bekanntheitsgrad hatte.

Hinsichtlich des Einflusses der Kursteilnahme auf die **persönliche Entwicklung** fielen die Äusserungen ebenfalls positiv aus. Ihre Entwicklung beschrieben die Studierenden mit folgenden Aussagen:

- reifer
- das Positive in der Krise sehen
- Selbstsicherheit/Selbstvertrauen gestiegen
- Vertrauen auf Stabilität des seelischen Gleichgewichts
- Selbstfürsorge verbessert
- Selbststigma gesunken
- Belastungsgrenzen spürbar
- Berufsidentität geschaffen (sinnstiftende Arbeit, Freude)
- Horizont erweitert, eigene Geschichte reflektiert
- Geduldsübung
- Perspektivwechsel erleben
- Angeregt Träume/Wünsche zu erfüllen

„ich hab einen ganz grossen Sprung gemacht für mich“

Auch das **Zugehörigkeitsgefühl** verstärkte sich und die Studierenden sahen sich nicht mehr als Einzelkämpfer.

„Dass meine Krankheit so Raum findet und quasi wertgeschätzt wird an den Erfahrungen, die ich mitbringe und es plötzlich kein Mangel mehr ist, sondern eine Auszeichnung.“

4.2.3 Berufliche Zukunft

Auf die Frage nach konkreten beruflichen Perspektiven und Vorstellungen nach dem Studiengang gaben die Studierenden des zweiten Studienganges vielfältige Antworten. Vielen haben sich schon unterschiedliche Perspektiven und Anstellungen erarbeitet. Trotzdem kamen in den Aussagen der Studierenden, wie auch bereits im ersten Studiengang, **Bedenken und Unsicherheiten** in Bezug auf die berufliche Zukunft zum Ausdruck.

- Teamzugehörigkeit unklar
- Rolle immer noch unklar
- Betreuung in Praxis fehlt
- Stellung in der Hierarchiestufe unklar
- Entlohnung unklar, uneinheitlich
- Unterschied zwischen Praktikum und Anstellung im Sinne von Berufsidentität und Akzeptanz (Berufskonkurrenz?)

„Also als Praktikantin gerne gesehen, aber als Berufskonkurrenz mit Geld noch nicht.“

„Ich bin für mich an eine Grenze gestossen.“

4.2.4 Verbesserungsvorschläge

Die Verbesserungsvorschläge der Teilnehmenden aus dem ersten Studiengang 2010 wurden im Wesentlichen von der Berner Fachhochschule umgesetzt. So wurde der Weiterbildungsengang um ein halbes Jahr verlängert, einzelne Module leicht verändert sowie Rahmenbedingungen für Praktika verschriftlicht. Diese Anpassungen stiessen auf positive Rückmeldung der Teilnehmenden des zweiten Studienganges. Die im ersten Studiengang besonders hervorgehobene Bedeutung des **Portfolios** im Zusammenhang mit der Erarbeitung beruflicher Perspektiven, wurde von den Teilnehmenden des zweiten Studienganges nicht erwähnt.

Als Anregungen nennen die Studierenden vor allem Themen, die die praktische Peerarbeit betreffen:

- mehr Begleitung im 2. Praktikum, Supervision
- mehr Fallbeispiele, angewandte Arbeit
- mehr Anleitung wie Recovery in Institution umgesetzt werden kann

„Was mir ein wenig fehlt, ist Rüstzeug zu erhalten (..) Auftrittskompetenz zu erlernen oder wie schreibt man Konzepte oder wie bewirbt man sich“

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Studierenden auch mit dem zweiten Studiengang sehr zufrieden waren. Die Rückmeldungen unterschieden sich nicht wesentlich von denen des ersten Studienganges. Den vielen individuellen Bedürfnissen wurde grösstenteils entsprochen.

4.3 Einschätzung des Curriculums

4.3.1 Aufteilung Theorie/Praxis

Vor Beginn der Weiterbildung beurteilen 89 % befragten Personen (n=16) die Aufteilung der Module (Theorie) als gerade richtig, lediglich einer/einem TeilnehmerIn kommt die Theorie zu kurz. Mit dem Ausmass des Praktikums sind 15 der Befragten (83 %) zufrieden, für zwei Personen (11 %) ist es zu wenig.

Nach Abschluss der Weiterbildung gaben 60 % der Teilnehmenden an, dass die Aufteilung gerade richtig war. 40 % wünschten sich mehr Theorie. Das Ausmass des Praktikums war für die meisten zufriedenstellend (87 %). 2 Personen (13 %) wünschten sich mehr Praxisanteile in der Weiterbildung.

4.3.2 Profit/Relevanz der Themenmodule

Nach Abschluss des Studienganges wurden die Teilnehmenden gefragt von welchen Modulen sie am meisten und am wenigsten profitiert hatten. Die grösste Relevanz hatte bei weitem das Modul „Selbsterforschung“ (87.5% der Studierenden). Hohen Profit hatten auch die Module „Recovery“ und „Förderung der Gesundheit“ bei je 43.8% der Studierenden. Wenig Relevanz sahen die Studierenden im Modul „Recovery-orientiertes Assessment“ (85.7%) (siehe Abbildung 1).

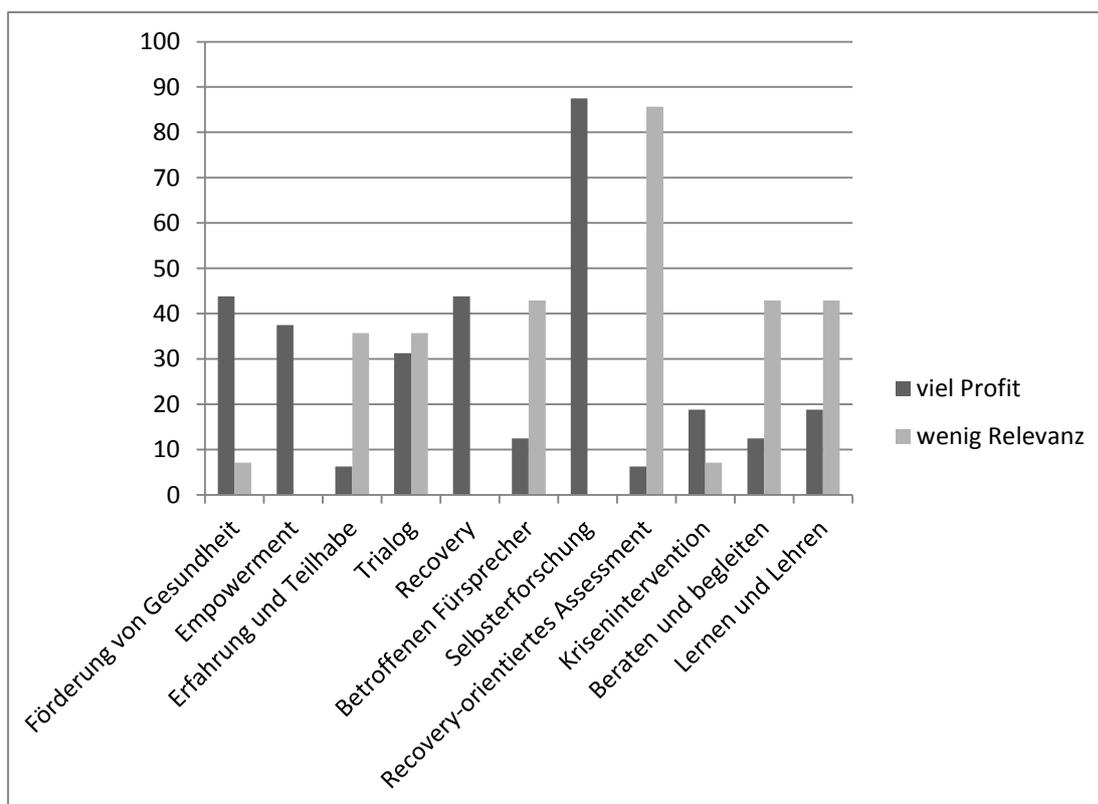


Abbildung 1: Module mit viel Profit bzw. wenig Relevanz

4.3.3 Erfahrungen mit Peertätigkeit

Sechs Teilnehmende (33 %) hatten bereits vor der EX-IN Weiterbildung Erfahrung mit Peertätigkeit in Psychiatrischen Diensten gemacht. Je drei Personen bewerteten die Erfahrungen mit der Peertätigkeit als ausschliesslich bzw. mehrheitlich positiv. Eine Person hat sich bereits politisch (im Rahmen einer

Diplomarbeit) mit den Interessen Betroffener befasst. Drei von 18 Befragten haben sich im Bildungswesen (Bereich psychische Gesundheit) engagiert.

Als Peertätigkeiten in psychiatrischen Institutionen nannten die Befragten folgende: Mitarbeit an einer Broschüre von Betroffenen für Betroffene; stundenweise Begleitung und Betreuung von älteren betagten Menschen, Einzelne mit psychischen und/oder Demenzerkrankungen; Begleitung eines Adoleszenten in die Notaufnahme; Mitarbeit als Peer an Pflegeentwicklungsprojekten; vereinzelt Betroffenenvertretung auf einer psychiatrischen Station; Schnupperpraktikum im Wohnheim für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung.

Im Bildungswesen (Bereich psychische Gesundheit) engagierten sich die Befragten in folgenden Bereichen: Vortrag an einer Fachtagung; Aufklärung statt Ausgrenzung; Schulprojekt des Vereins Trialog; Besuche von Oberstufen-/Berufsschulklassen mit Vertretern von Angehörigen, Betroffenen und Fachkräften.

4.4 Einsatz in der Praxis

4.4.1 Erwartungen an die Praktikumsorte

Die Studierenden erwarten, dass ihnen während des Praktikums Offenheit und Verständnis entgegengebracht werden, ein Austausch auf gleicher Augenhöhe möglich ist und sie ernst genommen und gleichberechtigt werden. Ausserdem ist ihnen ein respektvoller Umgang, Unterstützung und Förderung bei der Rollenfindung und der Einbezug ins Team wichtig. Ziel der Studierenden ist es, während des Praktikums einen vielfältigen Einblick in die Arbeit als Peer zu erlangen, wenn möglich eigenständig und auf Basis einer guten Einführung, Peertätigkeiten auszuüben und einen guten Beitrag zu leisten bzw. nützlich zu sein. Wichtig ist den Studierenden ebenfalls, dass die Teams davon überzeugt sind, dass Peearbeit eine wichtige Ressource ist, die für PatientInnen von Bedeutung sein kann.

4.4.2 Praktika während des Studiengangs

Die Evaluationsbögen wurden von 19 Studierenden und 14 Praktikumsverantwortlichen ausgefüllt und retourniert. Die meisten Praktika fanden in den UPD Bern statt, ausserdem im Sanatorium Kilchberg, in der Integrierten Psychiatrie Winterthur, der Luzerner Psychiatrie, der UPK Basel, der Psychiatrie Baselland und in den Psychiatrischen Diensten Spitalregion Oberaargau, Aargau und des Kantons Thurgau. Im Vergleich zum Pilotstudiengang boten mehr psychiatrische Kliniken Praktikumsplätze an.

Das Praktikum wurde von den Studierenden und Praktikumsbegleitenden als sehr positiv und bereichernd erlebt. Hier zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den beiden Sichtweisen. Bei der Frage, wie einfach bzw. schwierig das Praktikum erlebt wurde, zeigen sich grössere Unterschiede. Die Praktikumsbegleitenden nahmen die Zeit des Praktikums etwas einfacher wahr als die Studierenden (Abbildung 2).

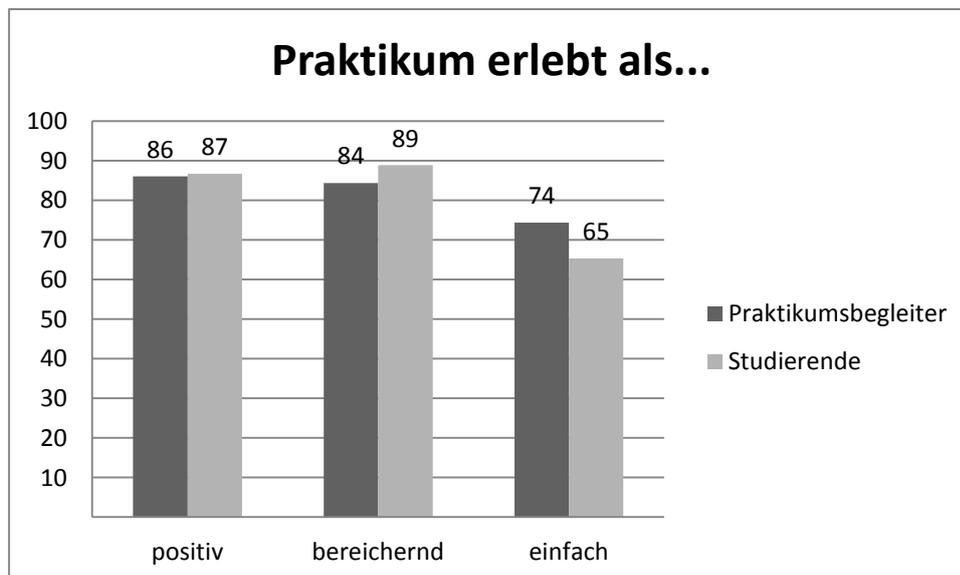


Abbildung 2: Erleben vom Praktikum (Skala 0-100, je höher der Wert, desto positiver)

Vorgestellt wurden die Studierenden am häufigsten als PraktikantIn EX-IN, gefolgt von EX-IN Studierende, BetroffenenvertreterIn, Peer PraktikantIn oder ehemalige Betroffene mit eigen Erfahrung. Zum Teil wurden unterschiedliche Benennungen gegenüber den PatientInnen und dem Behandlungsteams gewählt.

Den Studierenden wurde in den meisten (18 von 19) Praktika eine Person als Ansprechperson zugeteilt. Mit allen Studierenden wurden ein Einführungs- und ein Abschlussgespräch geführt. Ein Verlaufsgespräch gab es ebenfalls in 16 von 17 Praktika.

Tabelle 1 verdeutlicht welche Aufgaben die Studierenden während ihres Praktikums übernommen haben. Hauptsächlich handelte es sich darum, wie auch in den „Rahmenbedingungen Praktika EX-IN“ festgehalten wird, einen Einblick in die Abläufe der Einheiten, der verschiedenen Sichtweisen von Team und PatientIn zu bekommen und sich mit der Rolle als Peer bewusst auseinanderzusetzen.

Tabelle 1: Aufgaben im Praktikum

	Praktikumsbegleiter		Studierende	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Einblick in die Aufgaben, Abläufe und die Teamarbeit	16	94 %	17	100 %
Bewusste Auseinandersetzung mit dem Rollenwechsel	15	88 %	17	100 %
Teilnahme an Teamsitzungen und Fallbesprechungen	16	94 %	17	100 %
Information über Ex- In ans Team geben	12	71 %	13	77 %
Aktive Mitarbeit bei Gruppenangeboten	13	77 %	12	71 %
Information über Ex- In an Patienten geben	11	65 %	12	71 %
Gemeinsames Begleiten zu Therapien, Hausbesuche	6	36 %	8	47 %
Beratende Unterstützung von PatientInnen in ihrer Alltagsgestaltung	7	41 %	5	29 %
Einführung in rechtliche und organisatorische Arbeitsgrundlagen	1	6 %	3	18 %
Begleitende Übernahme von DozentInnentätigkeit	0	0	2	12 %
Andere Aufgaben	2	12 %	6	35 %

Alle Studierenden fühlten sich gut bzw. eher gut ins Team integriert. Meist war eine übereinstimmende Wahrnehmung von Studierende und PraktikumsbegleiterIn vorhanden. Viele Studierende fühlten sich im Team ernst genommen und konnten sich gut einbringen.

Die beim Einführungsgespräch definierten Ziele und Erwartungen wurden bei einem Grossteil der Studierenden erfüllt (69 %) oder eher erfüllt (31 %). Seitens der Praktikumsbegleitenden waren die Werte etwas höher (81 % ja, 19 % eher ja).

Alle Institutionen und, bis auf 1 Person, alle Studierenden konnten sich einen weiteren Einsatz vorstellen. Die Institutionen nahmen die Peers als wertvolle Unterstützung wahr und gaben an, dass sie dem Team ermöglichen ein besseres Verständnis für die Situation der PatientInnen zu entwickeln und Barrieren abzubauen. Als Voraussetzung wurden genügend Stabilität, Supervision und im Voraus geklärte Notfallpläne erwähnt. Die Studierenden wünschten sich zum Teil mehr Kompetenzen, eine aktivere Rolle, mehr Kontakt zu PatientInnen und eine klare und ausführliche Beschreibung ihrer Funktion.

4.4.3 Berufliche Perspektive

Die Frage nach der beruflichen Perspektive wurde vor und nach der Weiterbildung gestellt. Vor Beginn wollten 72 % der Studierenden eine geringfügige Stelle (weniger als 50 % Beschäftigungsgrad) in der Rolle eines Peers erlangen. Nach Abschluss sank dieser Wert auf 38 %. Die Anzahl der Studierenden, die eine Anstellung von mehr als 50 % anstrebten, änderte sich nur geringfügig (Tabelle 2). Die Befragten gaben folgende zukünftige Beschäftigungsmöglichkeiten an: GenesungsbegleiterIn, Peer, BetroffenenvertreterIn, Arbeit in einer Klinik als Beratung/Pflege, BegleiterIn (z.B. in einem Team), BeraterIn, DozentIn, selbstständig

Beratungen durchführen, bei Weiterbildung, Diskussionen/Vorträgen mitwirken. Im Bereich Interessensvertretung wurden Interessen im Bereich Publizistik und Entstigmatisierung genannt.

Tabelle 2: Berufliche Perspektiven vor (t1) und nach (t2) EX-IN

	t1		t2	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bezahlte Stelle (1/2 – voll)	5	28 %	6	38 %
geringfügige Beschäftigung (< als ½ Stelle)	13	72 %	6	38 %
auf Honorarbasis tätig werden	5	28 %	5	31 %
als InteressensvertreterIn arbeiten	3	17 %	3	19 %
sich ehrenamtlich engagieren	1	6 %	2	13 %
etwas für sich tun (keine spezielle Tätigkeit angestrebt)	3	17 %	2	13 %

Grosse Veränderungen zeigten sich bei der aktuellen Beschäftigungssituation und dem hauptsächlichen Einkommen. Nach Abschluss und 1 Jahr danach war eine höhere Anzahl Personen angestellt (17 % vs. 25 % vs. 73 %) (Tabelle 3). 1 Jahr nach Abschluss gingen die Studierenden ihrer Tätigkeit in einem Pensum von durchschnittlich knapp 36% nach (5-80%, Median 30%). Als ihre aktuelle Berufsbezeichnung gaben 8 Personen „Betroffenenvertreter“, „Genesungsbegleitende“ oder „Experte aus Erfahrung“ an. 2 Personen gaben einen anderen Beruf an (SachbearbeiterIn, KörpertherapeutIn).

Bei einer Mehrzahl an Studierenden stellte der Lohn das hauptsächliche Einkommen dar (t1: 17 % vs. t2: 44 % vs. t3: 55 %) und nicht mehr die IV (t1: 50 % vs. t2: 25 % vs. t3: 36 %). Bei Abschluss (t2) bezogen 2 Personen einen Lohn von der Arbeit als Peers, 1 Jahr später (t3) waren es schon 6 Personen (67 % jener mit einem Lohn).

7 (70 %) der 10 befragten Personen waren sehr zufrieden bis zufrieden mit ihrer beruflichen Situation. Zwei Personen gaben an eher unzufrieden und eine Person gab an sehr unzufrieden mit der Situation zu sein.

Tabelle 3: Beschäftigungssituation vor (t1) und bei Abschluss (t2) und 1 Jahr nach (t3) EX-IN

	t1		t2		t3	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
angestellt	3	17 %	4	25 %	8	73 %
selbständig erwerbend	2	11 %	3	19 %	3	27 %
Gelegenheitsarbeit	1	6 %	2	13 %	0	0
Hausfrau/Hausmann	4	22 %	3	19 %	4	36 %
Freiwilligenarbeit	2	11 %	2	13 %	3	27 %
arbeitssuchend	2	11 %	1	6 %	1	9 %
geschützte Einrichtung	4	22 %	1	6 %	0	0
berentet	9	50 %	7	44 %	5	46 %

Vergleiche mit dem Pilotstudiengang von 2010 zeigen eine ähnliche Entwicklung der beruflichen Situation. Ein Jahr nach Abschluss hatte in etwa der gleiche Anteil der Teilnehmenden eine Anstellung (75%) und/oder war selbstständig erwerbend (25%). Ein kleiner Unterschied zeigte sich im Arbeitspensum. Die AbsolventInnen von 2012 waren durchschnittlich mit einem etwas höheren Pensum tätig.

4.5 Lebensqualität und Gesundheitszustand

4.5.1 Lebensqualität

Die subjektive Lebensqualität wurde durchschnittlich recht hoch eingeschätzt (62 auf einer Skala von 0-100), veränderte sich aber während dem Studiengang nicht. Häufig genannte Bereiche, die für die individuelle Lebensqualität wichtig sind, waren soziale Beziehungen, Wohnen, Freizeit/Hobby. Aber auch weitere, sehr individuell geprägte Aspekte wie Haustiere, Bewegung, Kreativität wurden angegeben. Während die Studierenden vor der Weiterbildung vor allem die Gesundheit als einer der wichtigen Bestandteile der Lebensqualität nannten, gaben sie am Ende des Studiengangs deutlich häufiger Beruf/Beschäftigung an (siehe Abbildung 3).

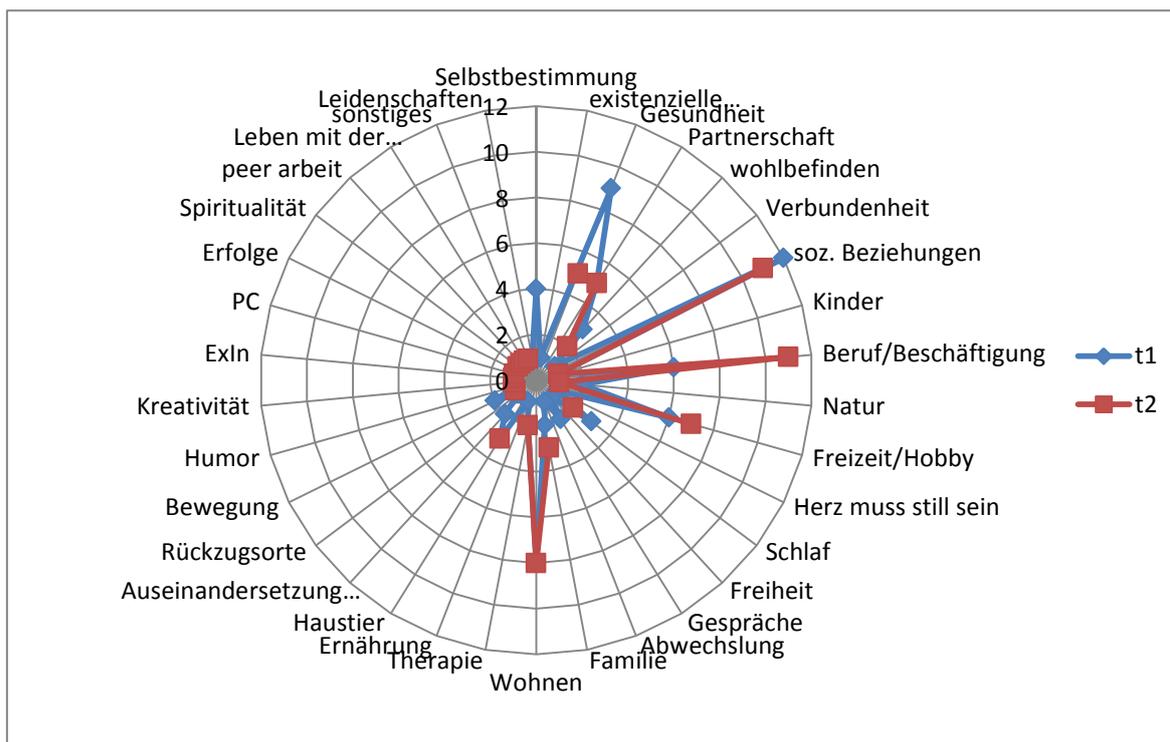


Abbildung 3: wichtige Bereiche der Lebensqualität

4.5.2 Allgemeiner Gesundheitszustand

Abbildung 4 zeigt die Veränderungen der psychischen und körperlichen Gesundheit von jenen Teilnehmenden auf, die den Fragebogen zu allen drei Befragungszeitpunkten ausgefüllt haben (7 Personen). Die durchschnittliche Einschätzung der körperlichen Gesundheit veränderte sich kaum. Die Tendenz, dass sich die psychische Gesundheit während der EX-IN Weiterbildung etwas verschlechtert und in dem Jahr danach wieder ansteigt, entspricht auch den Ergebnissen aus dem Pilotstudiengang.

Die durchschnittliche Einschätzung der psychischen Gesundheit der EX-IN Studierenden lag nur leicht unter der der Normalbevölkerung (Bullinger & Kirchberger, 1998) und war etwas niedriger als beim ersten Studiengang (t1: 2010: 46.0; 2012: 42.0). Bei der Bewertung der körperlichen Gesundheit zu Beginn der Weiterbildungen wurde ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Studiengängen festgestellt. Die Studierenden vom DAS 2012 gaben einen deutlich besseren körperlichen Zustand an als jene von 2010 (2010: 44.05; 2012: 51.49; Signifikanz $p = 0.027$).

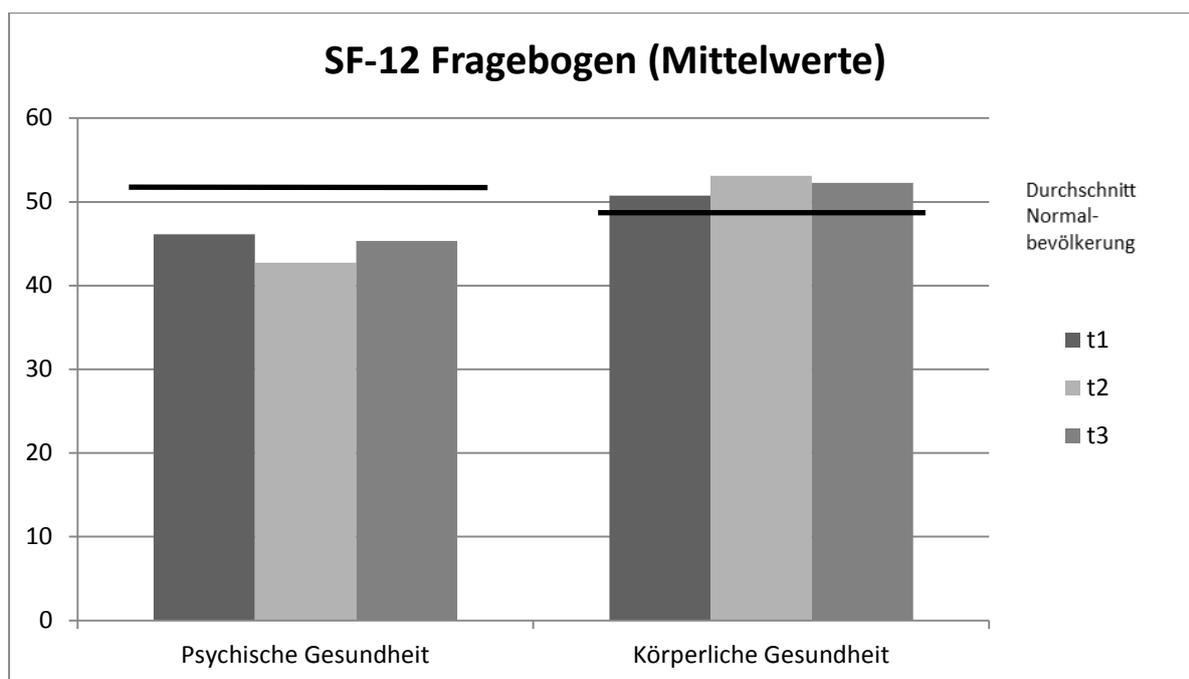


Abbildung 4: Allgemeiner Gesundheitszustand SF-12 (höhere Werte = besserer Zustand) (n = 7)

4.6 Recoveryorientierung und Stigmaresistenz

Die Recoveryorientierung verbesserten sich während und nach der Weiterbildung stetig, aber nicht signifikant. Signifikant besser schätzten die Studierenden ihre Stigmaresistenz ein (in den Zeiträumen t1 bis t2 und t1 bis t3) (Tabelle 4).

Tabelle 4: Mittelwertvergleich der Fragebögen RAS und ISMI

	bester mögl. Wert	MW t1 (n=18)	MW t2 (n=16)	MW t3 (n=11)	p-Wert ¹ (t1-t2)	p-Wert ¹ (t2-t3)	p-Wert ¹ (t1-t3)
Recoveryorientierung	120	88.5	93.8	95.3	0.21	0.91	0.51
Stigmaresistenz	20	14.9	16.9	18.6	0.01	0.20	0.002

¹ t-Test verbundene Stichproben

4.7 Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung

Die Einschätzungen der Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung veränderten sich kaum und nicht signifikant während bzw. nach der Weiterbildung (Tabelle 5).

Tabelle 5: Mittelwertvergleiche des Fragebogens FERUS

	bester mögl. Wert	MW t1 (n=18)	MW t2 (n=16)	MW t3 (n=11)	p-Wert ¹ (t1-t2)	p-Wert ¹ (t2-t3)	p-Wert ¹ (t1-t3)
Selbstbeobachtung	35	29.1	28.3	29.8	0.55	0.20	0.58
Selbstwirksamkeit	45	29.4	28.3	32.2	0.36	0.12	0.49
Hoffnung	50	35.2	36.3	37.6	0.68	0.76	1.00

¹ t-Test verbundene Stichproben

Vergleiche mit dem Studiengang von 2010 erbrachten einen signifikanten Unterschied bei der Selbstwirksamkeit bei Abschluss der Weiterbildung. Die Teilnehmenden des Pilotstudienganges 2010 gaben eine signifikant höhere Selbstwirksamkeit an, als jene vom Studiengang 2012 (t2 2010: 33.2 vs. 2012: 28.3;

Signifikanz $p = 0.04$). Es fällt ebenfalls auf, dass während im Studiengang 2010 sich die Selbstwirksamkeit zwischen Beginn und Abschluss signifikant verbesserte (von t_1 : 30.7 auf t_2 : 33.2; $p = 0.03$), jener der Teilnehmenden von 2012 leicht abnahm.

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigten im Wesentlichen die von uns erwarteten Veränderungen. Sowohl in den Fokusgruppen als auch in den schriftlichen Befragungen äusserten die Studierenden generell eine hohe Zufriedenheit mit dem Weiterbildungsstudiengang Experienced Involvement an der Berner Fachhochschule. So bedauern alle Befragten, dass zukünftig kein Studiengang DAS EX-IN an der Fachhochschule mehr angeboten werden wird.

Merkmale der Studierenden

Die Studierendengruppe war heterogen im Hinblick auf Alter, Geschlecht, bisheriger Bildungsweg und aktuelle Beschäftigungssituation. Auch die Diagnosen der psychischen Erkrankung waren vielfältig. Diese grosse Bandbreite an mitgebrachten Erfahrungen und Merkmalen kann sich positiv auf die Situation am Arbeitsmarkt auswirken. Es stehen nun verschiedene ExpertInnen aus Erfahrung für die zukünftige Peerarbeit zur Verfügung und können dadurch die verschiedenfältigen Bedürfnisse der Betroffenen abdecken.

Als Gesamtstichprobe unterschied sie sich die Gruppe nur unwesentlich von der Stichprobe im Jahre 2010. Die beiden Gruppen können somit durchaus miteinander verglichen werden.

Praktika und berufliche Perspektiven

Die höhere Anzahl Kliniken, die einen Praktikumsplatz für EX-IN Studierende angeboten haben und deren Verteilung über verschiedene Kantone, sind eine erfreuliche Entwicklung und ein Zeichen von Interesse und eventuell sogar von der Etablierung der Peerarbeit in der Deutschschweiz.

Die anfänglich hohe Erwartung eine geringfügige Stelle nach Abschluss von EX-IN zu erhalten, hat sich während der Weiterbildung relativiert. Mehrere Studierende, die eine Peeranstellung anstrebten, haben diese direkt nach Abschluss des Studienganges gefunden. Dies war beim Pilotstudiengang im Jahre 2010 noch nicht der Fall [5]. 1 Jahr nach Abschluss weisen jedoch beide Gruppen eine ähnliche Beschäftigungssituation auf. Hier zeigt sich erneut, dass in den vergangenen Jahren eine Entwicklung zu einer Etablierung von Peers in der psychiatrischen Versorgung erfolgt ist. Die Auswirkungen und der Nutzen davon muss in weiteren Forschungsprojekten erwiesen werden.

Curriculum und Bedürfnisse

Die individuellen Erwartungen der Teilnehmenden wurden erfüllt bzw. übertroffen. Die Studierenden konnten im Austausch mit anderen Betroffenen ihr Erfahrungswissen erweitern, reflektieren und neue Fähigkeiten erlernen.

Durch die Anpassung des Studienganges anhand der in der ersten Evaluation formulierten Verbesserungsvorschläge, orientierte sich der zweite Studiengang noch mehr an den Bedürfnissen der Studierenden. Dies zeigte sich an der durchwegs hohen Zufriedenheit der Befragten.

Lebensqualität, Stigmaresistenz, Gesundheitszustand, Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit, Hoffnung

Die berufliche Situation spiegelt sich auch in den Bereichen der individuellen Lebensqualität der Studierenden wider. Die Arbeit/Beschäftigung ist bei vielen ein Teil der Lebensqualität geworden und hat an Bedeutung gewonnen.

Die signifikante Erhöhung der Stigmaresistenz lässt sich durch die intensive Auseinandersetzung mit der eigenen psychischen Erkrankung während aber auch nach dem Studiengang erklären. Dabei lag der Fokus neben der individuellen Entwicklung (ICH) vor allem auch am WIR-Erleben der Studierenden.

Die Werte der Studierenden beider Studiengänge zeigten gleiche Tendenzen in den Bereichen körperliche/psychische Gesundheit, Selbstbeobachtung und Hoffnung. Bei der Auswertung der

Selbstwirksamkeit fiel auf, dass die signifikanten Verbesserungen des Pilotstudienganges, im Folgestudiengang nicht repliziert wurden, sondern sich erst ein Jahr nach Abschluss eine Tendenz hin zur Verbesserung zeigte.

5.2 Stärken und Schwächen der Untersuchung

Die Evaluation des zweiten Studienganges „Experienced Involvement“ an der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit bestätigt viele Resultate der ersten Befragung und validiert somit die dort gefundenen Ergebnisse.

Die verwendeten Erhebungsinstrumente sind weitgehend international bzw. im deutschsprachigen Raum verbreitet. Wir haben standardisierte Fragebögen zur Messung der psychischen Gesundheit (allgemeiner Gesundheitszustand (SF-12)) aber auch der Recoveryorientierung (RAS), Selbststigmatisierung (ISMI), Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit, Hoffnung (FERUS) und der subjektiven Lebensqualität verwendet. Dadurch war es uns möglich, Veränderungen festzustellen, die die Betroffenen in ihrer subjektiven Wahrnehmung bestätigen.

Auch in der Evaluation des zweiten Studienganges wurde auf eine Befragung der Studierenden, die den Studiengang abgebrochen haben, verzichtet.

6 Empfehlungen für weitere Forschung

Die wenigen signifikanten Unterschiede, die zwischen den beiden Studiengängen festzustellen waren, könnten mit den Teilnehmenden diskutiert und dadurch validiert werden.

Ob die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen zu einer besseren Nutzerorientierung und zu zufriedenstellenden, weniger diskriminierenden und weniger entwürdigenden psychiatrischen Dienstleistungen beiträgt, wie es als eines der Ziele an der Berner Fachhochschule formuliert ist, sollte in weiterführenden Studien untersucht werden.

7 Schlussfolgerungen

- Die beiden DAS Studiengänge Experienced Involvement ermöglichten den Teilnehmenden eine intensive Auseinandersetzung mit ihrer psychischen Erkrankung nicht nur als Einzelperson sondern besonders auch in einer Gruppe. Diese Erfahrung unterscheidet die „ExpertInnen aus Erfahrung“ von den meisten anderen Peers.
- Es zeigt sich, dass in den vergangenen Jahren eine Entwicklung zu einer Etablierung von Peers und insbesondere von „ExpertInnen aus Erfahrung“ in der psychiatrischen Versorgung erfolgt ist.
- Die Aufgaben und Funktionen der in zwei Studiengängen ausgebildeten „ExpertInnen aus Erfahrung“ sind sehr unterschiedlich und vielfältig.
- Die Rolle von Peers im psychiatrischen Institutionsalltag muss weiterhin ausdifferenziert und geklärt bzw. definiert und konzeptualisiert werden.
- Ein weiterhin bestehendes Angebot einer Weiterbildung zum/zur ExpertIn aus Erfahrung entspricht dem Wunsch der bisherigen AbsolventInnen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich das Curriculum der EX-IN Weiterbildung bewährt hat. Weitere Weiterbildungen sollten in Anlehnung an das vorliegende Curriculum angeboten werden, um Psychiatrie-Erfahrenen die Möglichkeiten zu bieten, auf ihre Arbeit als „ExpertInnen aus Erfahrung“ gut vorbereitet zu sein. Eine Begleitevaluation dieser Weiterbildung wäre empfehlenswert, um die weitere Entwicklung und mögliche Unterschiede zu den EX-IN Weiterbildungen an der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit aufzeigen zu können.

8 Literatur

1. Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, *Psychische Gesundheit. Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz.*, B.f. Gesundheit, Editor 2004: Bern.
2. World Health Organization, *Improving health systems and services of mental health*, 2009.
3. World Health Organization, *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*, 2010.
4. Utschakowski, J., *EX-IN-Ausbildungen: Experienced Involvement – Pro & Kontra*. Psychiatr Prax, 2012. **39**(5): p. 202.
5. Hegedüs, A. and R. Steinauer, *Auswirkungen der EX-IN Weiterbildung auf die Studierenden und ihre berufliche Situation*, in *"Blick zurück und nach vorn" Zurückgehen um besser springen zu können. 10 Jahre Praxis, Management, Ausbildung und Forschung*, S. Hahn, et al., Editors. 2013, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege: Bern. p. 130-135.
6. *Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (Bogen D1). Leitfaden zur Erhebung der sozialen und beruflichen Situation und Biographie.*, in *Der Personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung. Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem*, Aktion Psychisch Kranke, Editor 2005, Psychiatrie-Verlag: Bonn.
7. O'Boyle, C., et al., *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL). Administration Manual*.1993, Dublin: Royal College of Surgeons in Ireland.
8. Bullinger, M. and I. Kirchberger, *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand.* , ed. Hogrefe1998, Göttingen: Hogrefe.
9. O'Connell, M., et al., *From rhetoric to routine: assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 2005. **28**(4): p. 378-386.
10. Jenkins, J. and E. Carpenter-Song, *The new paradigm of recovery from schizophrenia: cultural conundrums of improvement without cure*. Cult Med Psychiatry 2005. **29**: p. 379-413.
11. Ritsher, J., P. Otilingam, and M. Grajales, *Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure*. Psychiatry Res, 2003. **121**: p. 31-49.
12. Jack, M., *FERUS Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten*.2007, Göttingen: Hogrefe.

9 Anhänge

9.1 Anhang 1: Fragebögen der ersten Erhebung

9.1.1 Frabo + SozDem

Gerne wüssten wir, welche **Erwartungen** Sie an den Studiengang haben und welche **Erfahrungen** Sie bereits mit Peer-Tätigkeiten gemacht haben. Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen zu beantworten.

1. Erachten Sie die Aufteilung von Modulen (Theorie) und Praktika (Praxis) innerhalb des Studiengangs als geeignet?

	zu wenig	zu viel	Gerade richtig
Theorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Welche Erwartungen haben Sie an Ihre Praktikumsorte?

3. Beschäftigungsperspektive:

Mit dem Ex-In Abschluss möchte ich...

- eine bezahlte Stelle (1/2 – voll) finden als _____
- eine geringfügige Beschäftigung (< als ½ Stelle) aufnehmen als _____
- auf Honorarbasis tätig werden als _____
- mich intensiver ehrenamtlich engagieren _____
- als Interessensvertreterin arbeiten _____
- etwas für mich tun (keine spezielle Tätigkeit angestrebt) _____

4. Tauschen Sie sich regelmässig mit anderen Personen über ihre psychische Gesundheit aus?

- Ja nein
- mit Angehörigen
- mit Freundinnen oder Freunden
- mit Arbeitskollegen
- mit professionellen Helfern (Psychiater, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter etc.)
- mit anderen Personen: _____

5. Haben Sie bereits vor diesem Ex-In Studiengang Peer-Tätigkeiten in psychiatrischen Diensten ausgeübt?

Ja

nein (weiter bei Frage 7)

5.1. Wenn ja, beschreiben sie diese (Art, Dauer, Arbeitgeber etc.)

5.2. Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?

ausschliesslich positive

mehrheitlich positive

mehrheitlich negative

ausschliesslich negative Erfahrungen

6. Haben Sie sich bisher politisch für die Interessen Betroffener engagiert?

Ja

nein (weiter bei Frage 8)

6.1. Wenn ja, beschreiben Sie kurz:

7. Haben Sie sich bisher im Bildungswesen (Bereich psychische Gesundheit) engagiert?

Ja

nein

7.1. Wenn ja, beschreiben Sie kurz:

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre *soziale Situation und Krankengeschichte*. Bitte beantworten Sie jede Frage.

8. Jahrgang: _____

9. Geschlecht: männlich

weiblich

10. Amtlicher Zivilstand

- ledig
- verheiratet
- verwitwet
- geschieden
- getrennt

11. Lebensform (Mehrfachantworten möglich)

- alleinlebend
- mit Ehepartner/in, Lebensgefährte/in
- mit Kindern
- mit Eltern
- mit Mutter
- mit Vater
- andere: _____

12. Schulbildung: (höchster erreichter Abschluss)

- abgeschlossene Primarschule
- Lehre, Berufsschule
- Meisterprüfung
- höhere Fachschule
- Matura/Lehrerseminar
- Hochschule (Fachhochschule, Uni, ETH)
- anderer: _____

13. Aktuelle Beschäftigungssituation

- selbstständig erwerbend*
- angestellt*
- erwerbstätig zu _____ %*
- Gelegenheitsarbeit oder Temporärarbeit*
- Hausfrau/Hausmann
- ehrenamtliche Freiwilligenarbeit*
- Tätigkeit in geschützter Einrichtung (z.B.: Tagesstätte, geschützte Werkstatt, Wiedereingliederungsstätte)
- berentet
- arbeitssuchend

* aktuelle Berufsbezeichnung: _____

14. Hauptsächliches Einkommen (nur eine Antwort ankreuzen)

- Lohn:
- Peer
- anderes: _____
- IV-Rente
- IV-Rente plus Ergänzungsleistungen
- IV Taggeld
- Sozialhilfe
- Arbeitslosentaggeld
- anderes: _____

15. Bitte geben Sie an welche Diagnose bei Ihnen gestellt wurde (z.B. Schizophrenie, Depression, Angst, Zwang, Persönlichkeits-/Verhaltensstörung,...)

16. In welchem Alter erfolgte erstmals eine psychiatrische Behandlung?

Mit _____ Jahren

17. In welchem Alter erfolgte erstmals eine stationäre psychiatrische Behandlung?

Mit _____ Jahren

18. Wie viele stationäre Aufenthalte hatten Sie bisher? _____**19. In welchem Jahr war Ihr letzter stationärer Aufenthalt?** _____**20. Wie viele Wochen dauerte dieser?** _____**21. Sind Sie derzeit in regelmässiger Behandlung?** Ja nein**21.1 Wenn ja, bei wem?** (Mehrfachantworten möglich)

- Hausarzt
- Psychiater
- ambulante psychiatrische Pflege
- Spitex-Dienst
- Sozialdienst (z.B. Gemeinde)
- Klinikambulatorium
- Tagesklinik/Tagesstätte
- andere: _____

Besten Dank für Ihre Angaben!

9.1.2 SF-12

Monika Bullinger und Inge Kirchberger

Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF 12

Selbstbeurteilungsbogen

Zeitfenster 4 Wochen

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte beantworten Sie jede der (grau unterlegten) Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben	1	2	3	4	5

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.			
<i>Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?</i>	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
3. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3

Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen auf Grund Ihrer körperlichen Gesundheit</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2

Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen auf Grund seelischer Probleme</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	Ja	Nein
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

	Überhaupt nicht	Ein bißchen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1	2	3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die seinem/ihrer Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen</i>	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manch- mal	Selten	Nie
9. ... ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
10. ... voller Energie?	1	2	3	4	5	6
11. ... entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6

	Immer	Meistens	Manch- mal	Selten	Nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw. beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

Vielen Dank.

9.1.3 FERUS

Wie soll der Fragebogen ausgefüllt werden?

Im Folgenden finden Sie Aussagen zu verschiedenen Aspekten. Eine Aussage kann Ihren Erfahrungen entsprechen, sie kann Ihren Erfahrungen aber auch widersprechen.

Coping, Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit, Hoffnung

*Anmerkung: Die Kästchen 1-5 haben für die nachfolgenden Fragen mit der Nummerierung 06. bis 31 folgende Bedeutung:

(1) = stimmt nicht, (2) = stimmt wenig, (3) = stimmt mittelmässig, (4) = stimmt ziemlich, (5) = stimmt sehr

	Stimmt nicht					Stimmt sehr		Nicht beantwortbar
	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>		
06. Wenn ich einen Misserfolg habe, schaue ich mir mein Verhalten in allen Einzelheiten an und versuche zu verstehen, was schief gelaufen ist.	<input type="checkbox"/>							
07. Um etwas Schwieriges zu erreichen, mache ich mir vorher klar, wie ich mich verhalten muss, um zum Ziel zu kommen.	<input type="checkbox"/>							
08. Um ein Problem zu bewältigen, muss ich mir erst ein genaues Bild der gesamten Situation machen.	<input type="checkbox"/>							
09. Wenn ich ein wichtiges Ziel erreichen möchte, schaue ich mir an, wie ich mit meinem Verhalten die Situation am besten meistern kann.	<input type="checkbox"/>							
10. Wenn ich ein Ziel nicht erreiche, versuche ich herauszufinden, ob ich mein Verhalten ändern muss, um doch noch ans Ziel zu gelangen.	<input type="checkbox"/>							
11. Um ein Problem zu lösen, ist es für mich wichtig, mein eigenes Verhalten in dieser Situation genau zu kennen.	<input type="checkbox"/>							
12. Wenn ich eine schlechte Angewohnheit loswerden möchte, versuche ich erst die Gründe herauszufinden, die diese Angewohnheit unterstützen.	<input type="checkbox"/>							
13. Wenn mir jemand bei der Verwirklichung meiner Absichten und Ziele im Weg steht, finde ich trotzdem eine Möglichkeit, meine Vorstellungen durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>							
14. Ich habe die Fähigkeit, meine Probleme zu lösen, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>							
15. Ich fühle mich in der Lage, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>							
16. In schwierigen Situationen verhalte ich mich meistens richtig.	<input type="checkbox"/>							
17. Selbst wenn sich die Ereignisse oder meine Probleme nur so überschlagen, glaube ich, dass ich damit klar komme.	<input type="checkbox"/>							
18. Was auch immer passiert, ich weiss, wie ich mir selber helfen oder mir Hilfe holen kann.	<input type="checkbox"/>							
19. Für meine Probleme habe ich meistens eine gute Lösung.	<input type="checkbox"/>							
20. Wenn Probleme auftauchen, weiss ich, dass ich die Fähigkeit habe, damit umzugehen.	<input type="checkbox"/>							
21. Wenn Probleme auftauchen, brauche ich nur zu überlegen und es fallen mir meist mehrere Ideen ein, wie ich damit fertig werden kann.	<input type="checkbox"/>							
22. Die Dinge, mit denen ich mich momentan am meisten beschäftige, werden mir in Zukunft noch von Nutzen sein.	<input type="checkbox"/>							
23. Meiner Zukunft sehe ich mit Optimismus entgegen.	<input type="checkbox"/>							
24. Auch wenn einmal alles schief läuft, glaube ich, dass es wieder aufwärts gehen wird.	<input type="checkbox"/>							

9.1.4 ISMI

Stigmaresistenz

Geben Sie bitte für jede Aussage an, ob Sie voll ablehnen (1), eher ablehnen (2), eher zustimmen (3) oder voll zustimmen (4).

	lehne voll ab	lehne eher ab	stimme eher zu	stimme voll zu
1. Menschen mit psychischer Erkrankung leisten einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft	1	2	3	4
2. Ich fühle mich wohl dabei, in der Öffentlichkeit mit einer offensichtlich psychisch kranken Person gesehen zu werden.	1	2	3	4
3. Das Leben mit meiner psychischen Erkrankung hat mich zu einer zähen Überlebenskünstlerin gemacht.	1	2	3	4
4. Im Allgemeinen bin ich fähig das Leben so zu leben wie ich will.	1	2	3	4
5. Ich kann trotz meiner psychischen Erkrankung ein gutes, erfülltes Leben haben.	1	2	3	4

9.1.5 RAS

RECOVERY ASSESSMENT SCALE - 24 Items Version

In der folgenden Liste finden sich Aussagen, die beschreiben, wie sich Menschen bezogen auf sich selbst und ihr Leben fühlen können. Bitte wählen Sie die Antwort, die am besten das Ausmaß Ihrer Übereinstimmung beschreibt. Wählen Sie bitte für jede Aussage zwischen

lehne voll ab (1)

lehne eher ab (2)

lehne weder ab noch stimme zu (3)

stimme eher zu (4)

stimme voll zu (5)

	lehne voll ab	lehne eher ab	lehne weder ab noch stimme zu	stimme eher zu	stimme voll zu
1. Ich habe den Wunsch, erfolgreich zu sein.	1	2	3	4	5
2. Ich habe meinen eigenen Plan, wie ich gesund werden und bleiben kann.	1	2	3	4	5
3. Ich habe Ziele im Leben, die ich erreichen möchte.	1	2	3	4	5
4. Ich glaube, dass ich meine derzeitigen persönlichen Ziele erreichen kann.	1	2	3	4	5
5. Ich habe eine Bestimmung im Leben.	1	2	3	4	5
6. Selbst wenn ich mich nicht um mich sorge, tun dies andere.	1	2	3	4	5
7. Angst hält mich nicht davon ab, so zu leben, wie ich es möchte.	1	2	3	4	5
8. Ich kann mit dem, was in meinem Leben geschieht, zurechtkommen.	1	2	3	4	5
9. Ich mag mich selbst.	1	2	3	4	5
10. Wenn mich die Leute wirklich kennen würden, würden sie mich mögen.	1	2	3	4	5
11. Ich habe eine Vorstellung davon, wer ich werden möchte.	1	2	3	4	5
12. Letztendlich wird irgendetwas Gutes passieren.	1	2	3	4	5
13. Ich bin zuversichtlich im Hinblick auf meine Zukunft.	1	2	3	4	5
14. Ich habe weiterhin neue Interessen.	1	2	3	4	5
15. Meine psychische Erkrankung in den Griff zu bekommen ist nicht mehr länger der wesentlichste Punkt in meinem Leben.	1	2	3	4	5
16. Meine Symptome behindern mein Leben immer weniger.	1	2	3	4	5

	lehne voll ab	lehne eher ab	lehne weder ab noch stimme zu	stimme eher zu	stimme voll zu
17. Jedes Mal, wenn meine Symptome auftauchen, beeinträchtigen sie mich für kürzere Zeit.	1	2	3	4	5
18. Ich weiß, wann ich um Hilfe fragen soll.	1	2	3	4	5
19. Ich bin bereit, um Hilfe zu fragen.	1	2	3	4	5
20. Ich frage dann um Hilfe, wenn ich sie brauche.	1	2	3	4	5
21. Ich kann mit Stress umgehen.	1	2	3	4	5
22. Ich kenne Menschen, auf die ich zählen kann.	1	2	3	4	5
23. Auch wenn ich nicht an mich glaube, andere Leute tun das.	1	2	3	4	5
24. Es ist wichtig, eine Anzahl an Freunden zu haben.	1	2	3	4	5

D. Giffort et al 1995, Springfield, Illinois

(Übersetzung: M. Lipp, I. Sibitz, Medical University of Vienna)

9.2 Anhang 2: Fragebögen der Praktikumserhebung

9.2.1 Version Praktikumsverantwortliche

Evaluation 1. Praktikum

1. In welcher Institution/welchem Bereich war der/die Ex-In Studierende während dem Praktikum tätig?

2. Wie haben Sie den Einsatz des Ex-In Studierenden im Praktikum erlebt? (Bitte machen Sie je ein Kreuz auf den Skalen unten. Wenn Sie den Einsatz z.B. positiv erlebt haben, machen Sie das Kreuz bitte eher weiter links, je negativer Sie ihn erlebt haben, desto weiter rechts.)

positiv		negativ
bereichern d		nicht bereichernd
einfach		schwierig

3. Wurde der/des Ex-In Studierenden eine Ansprechperson zur Verfügung gestellt?

- Ja, eine Person während dem ganzen Praktikum
- Ja, jeden Tag eine andere Person
- Nein

4. Welche Aufgaben hat der/die Ex-In Studierende übernommen? (Mehrfachantworten möglich)

- Einblick in die Aufgaben, Abläufe und die Teamarbeit
- bewusste Auseinandersetzung mit dem Rollenwechsel (Patient-Peer)
- Teilnahme an Teamsitzungen und Fallbesprechungen
- Beratende Unterstützung von PatientInnen in ihrer Alltagsgestaltung
- aktive Mitarbeit bei Gruppenangeboten
- gemeinsames Begleiten zu Therapien, Hausbesuche
- Information über Ex-In geben
- an das Team
- an Patienten
- begleitende Übernahme von DozentInnentätigkeit
- Einführung in rechtliche und organisatorische Arbeitsgrundlagen
- _____

5. War der/die Ex-In Studierende in das Team integriert?

ja eher ja eher nein nein

6. Wie haben Sie den/die Ex-In Studierenden dem Behandlungsteam/den PatientInnen vorgestellt? (z.B. PraktikantIn, Ex-In StudentIn,...)

7. Beschreiben Sie, wie Sie die Funktion des/der Ex-In Studierenden während des Einsatzes erlebt haben.

8. Können Sie sich vorstellen weiterhin Personen mit dieser Funktion einzusetzen?

ja nein

Bemerkung: _____

9. Welche Gespräche fanden vor/während/nach dem Praktikum mit dem/der Studierenden statt? (Mehrfachantworten möglich)

- Einführungsgespräch
- Verlaufsgespräch
- Abschlussgespräch

10. Wurden die beim Einführungsgespräch definierten Ziele und Erwartungen erfüllt?

ja eher ja eher nein nein

11. Ergänzende Bemerkungen:

9.2.2 Version Studierende

Evaluation 1. Praktikum**1. Wo haben Sie ihr Praktikum absolviert?**

2. Wie haben Sie Ihren Einsatz im Praktikum erlebt? (Bitte machen Sie je ein Kreuz auf den Skalen unten. Wenn Sie den Einsatz z.B. positiv erlebt haben, machen Sie das Kreuz bitte eher weiter links, je negativer Sie ihn erlebt haben, desto weiter rechts.)

positiv		negativ
bereichern d		nicht bereichernd
einfach		schwierig

3. Stand Ihnen während des Einsatzes eine Ansprechperson zur Verfügung?

- Ja, eine Person während dem ganzen Praktikum
- Ja, jeden Tag eine andere Person
- Nein, keine Person

4. Welche Aufgaben haben Sie übernommen? (Mehrfachantworten möglich)

- Einblick in die Aufgaben, Abläufe und die Teamarbeit
- bewusste Auseinandersetzung mit dem Rollenwechsel (Patient-Peer)
- Teilnahme an Teamsitzungen und Fallbesprechungen
- Beratende Unterstützung von PatientInnen in ihrer Alltagsgestaltung
- aktive Mitarbeit bei Gruppenangeboten
- gemeinsames Begleiten zu Therapien, Hausbesuche
- Information über Ex-In geben
- an das Team
- an Patienten
- begleitende Übernahme von DozentInnentätigkeit
- Einführung in rechtliche und organisatorische Arbeitsgrundlagen
- _____

5. Fühlten Sie sich dem Behandlungsteam zugehörig?

- ja eher ja eher nein nein

6. Wie wurden Sie dem Behandlungsteam/den PatientInnen vorgestellt? (z.B. PraktikantIn, Ex-In StudentIn,...)

7. Beschreiben Sie, wie Sie Ihre Rolle während des Einsatzes erlebt haben.

8. Können Sie sich vorstellen diese Funktion weiterhin auszuführen?

ja

nein

Bemerkung: _____

9. Können Sie sich vorstellen diese Funktion in diesem Bereich/in dieser Institution weiterhin auszuführen?

ja

nein

Bemerkung: _____

10. Welche Gespräche wurden vor/während/nach dem Praktikum mit Ihnen geführt?
(Mehrfachantworten möglich)

Einführungsgespräch

Verlaufsgespräch

Abschlussgespräch

11. Wurden die beim Einführungsgespräch definierten Ziele und Erwartungen erfüllt?

ja

eher ja

eher nein

nein

12. Ergänzende Bemerkungen:

9.3 Anhang 3: Fragebögen der 2. Erhebung (nach Abschluss)

9.3.1 Frabo 2

Gerne wüssten wir, wie du den gesamten DAS Studiengang erlebt hast und welche **Erfahrungen** du während der Ausbildung mit Peer-Tätigkeiten gemacht hast. Wir bitten dich deshalb, die folgenden Fragen zu beantworten.

1. War die Aufteilung von Modulen (Theorie) und Praktika (Praxis) innerhalb des Studiengangs zufriedenstellend?

	zu wenig	zu viel	Gerade richtig
Theorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Von welchen Modulen hast du am meisten persönlich profitiert? (Kreuze bitte drei Module an)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Förderung von Gesundheit/Wohlbefinden | <input type="checkbox"/> Selbsterforschung |
| <input type="checkbox"/> Empowerment | <input type="checkbox"/> Recovery-orientiertes Assessment |
| <input type="checkbox"/> Erfahrung und Teilhabe | <input type="checkbox"/> Krisenintervention |
| <input type="checkbox"/> Trialog | <input type="checkbox"/> Beraten und begleiten |
| <input type="checkbox"/> Recovery | <input type="checkbox"/> Lernen und Lehren |
| <input type="checkbox"/> Betroffenenfürsprache | |

3. Welche Module waren am wenigsten relevant? (Kreuze bitte drei Module an)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Förderung von Gesundheit/Wohlbefinden | <input type="checkbox"/> Selbsterforschung |
| <input type="checkbox"/> Empowerment | <input type="checkbox"/> Recovery-orientiertes Assessment |
| <input type="checkbox"/> Erfahrung und Teilhabe | <input type="checkbox"/> Krisenintervention |
| <input type="checkbox"/> Trialog | <input type="checkbox"/> Beraten und begleiten |
| <input type="checkbox"/> Recovery | <input type="checkbox"/> Lernen und Lehren |
| <input type="checkbox"/> Betroffenenfürsprache | |

4. Welche zusätzlichen Ideen würdest du gerne bearbeiten?

5. Beschäftigungsperspektive:

Nach dem Ex-In Abschluss möchte ich...

- eine bezahlte Stelle (1/2 – voll) finden als _____
- eine geringfügige Beschäftigung (< als ½ Stelle) aufnehmen als _____
- auf Honorarbasis tätig werden als _____
- mich intensiver ehrenamtlich engagieren _____
- als Interessensvertreterin arbeiten _____
- etwas für mich tun (keine spezielle Tätigkeit angestrebt) _____

6. Hast du während diesem Ex-In Studiengang (seit September 2012) Peer-Tätigkeiten in psychiatrischen Diensten ausgeübt?

- Ja nein (weiter bei Frage 8)

7.1. Wenn ja, beschreibe diese kurz (Art, Dauer, Arbeitgeber etc.)

7.2. Welche Erfahrungen hast du dabei gemacht?

- ausschliesslich positive
- mehrheitlich positive
- mehrheitlich negative
- ausschliesslich negative Erfahrungen

8. Hast du dich während diesem Ex-In Studiengang (seit September 2012) politisch für die Interessen Betroffener engagiert?

- Ja nein (weiter bei Frage 9)

8.1. Wenn ja, beschreibe kurz:

9. Hast du dich während diesem Ex-In Studiengang (seit September 2012) im Bildungswesen (Bereich psychische Gesundheit) engagiert?

- Ja nein

9.1. Wenn ja, beschreibe kurz:

10. Wie sieht deiner Meinung nach, deine persönliche Zukunft nach dem DAS Ex-In aus?

11. Aktuelle Beschäftigungssituation

- selbstständig erwerbend*
- angestellt*
- erwerbstätig zu _____ %*
- Gelegenheitsarbeit oder Temporärarbeit*
- Hausfrau/Hausmann
- ehrenamtliche Freiwilligenarbeit*
- Tätigkeit in geschützter Einrichtung (z.B.: Tagesstätte, geschützte Werkstatt, Wiedereingliederungsstätte)
- berentet
- arbeitssuchend

* aktuelle Berufsbezeichnung: _____

12. Zufriedenheit

Wie zufrieden bist du mit deiner derzeitigen beruflichen Situation?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden

13. Hauptsächliches Einkommen (nur eine Antwort ankreuzen)

- Lohn:
 - Peer
 - anderes: _____
- IV-Rente
- IV-Rente plus Ergänzungsleistungen
- IV Taggeld
- Sozialhilfe
- Arbeitslosentaggeld
- anderes: _____

Besten Dank für deine Angaben!

9.4 Anhang 4: Fragebogen der 3. Erhebung

9.4.1 Frabo 3

Gerne wüssten wir, wie Deine derzeitige berufliche Situation aussieht. Wir bitten Dich deshalb die folgenden Fragen zu beantworten.

Aktuelle Beschäftigungssituation

- selbstständig erwerbend*
- angestellt*
- erwerbstätig zu ____ %*
- Gelegenheitsarbeit oder Temporärarbeit*
- Hausfrau/Hausmann
- ehrenamtliche Freiwilligenarbeit*
- Tätigkeit in geschützter Einrichtung (z.B.: Tagesstätte, geschützte Werkstätte, Wiedereingliederungsstätte)
- berentet
- arbeitssuchend

* aktuelle Berufsbezeichnung: _____

Hauptsächliches Einkommen

- Lohn:
 - Peer
 - anderes: _____
- IV-Rente
- IV-Rente plus Ergänzungsleistungen
- IV Taggeld
- Sozialhilfe
- Arbeitslosentaggeld
- anderes: _____

Zufriedenheit

Wie zufrieden bist du mit deiner derzeitigen beruflichen Situation?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden

Sonstige Bemerkungen, Kommentare
