

November 2020

Endbericht

Evaluation der Weiterbildung Experienced Involvement 2018

Christian Burr, MScN ¹⁾

Flavia Huber, BScN, stud. MScN ¹⁾

Anna Hegedüs, Mag. ²⁾

¹⁾ Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UPD Bern AG

²⁾ Careum Forschung, Zürich

Korrespondenzadresse:

Christian Burr, Zentrum Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der UPD AG Bern, Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern, Schweiz; Tel +41 (0)31 930 97 12; Mail christian.burr@upd.ch

Dank

Wir bedanken uns bei allen Weiterbildungsteilnehmenden für ihre Bereitschaft, an der Evaluation teilzunehmen. Ausserdem danken wir dem Verein EX-IN Bern für seine engagierte Unterstützung.

Inhalt

Zusammenfassung	4
1 Hintergrund	5
1.1 Ziele der Weiterbildung	5
1.2 Fragestellungen	6
2 Methode	7
2.1 Design	7
2.2 Stichprobe	7
2.3 Instrumente	7
2.4 Datenauswertung	8
2.5 Datenschutz und ethische Überlegungen	8
3 Ergebnisse	9
3.1 Merkmale der Teilnehmenden	9
3.1.1 Soziodemografische Merkmale	9
3.1.2 Allgemeine soziale Situation vor Beginn der Weiterbildung	9
3.1.3 Psychiatrische Behandlung und Krankengeschichte	10
3.2 Zufriedenheit mit der Weiterbildung	11
3.2.1 Zufriedenheit mit der Weiterbildung (Curriculum)	11
3.2.2 Ideen zur Verbesserung	11
3.3 Peer-Tätigkeit und Engagement	12
*Mehrfachantworten möglich	12
3.4 Berufliche Perspektive	12
3.5 Beschäftigungssituation und Einkommen	13
*Mehrfachantworten möglich	13
3.6 Entwicklung der körperlichen und psychischen Gesundheit	14
3.6.1 Gesundheitszustand	14
3.6.2 Recoveryorientierung und Stigmaresistenz	15
3.6.3 Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung	15
4 Diskussion	17
4.1 Bewertung der Weiterbildung und beruflichen Situation	17
4.2 Auswirkungen des Gesundheitszustands auf Haltung und Kompetenzen	17
4.3 Stärken und Schwächen der Evaluation	18
4.4 Vergleich vorheriger Studiengänge (2012-2016)	18
5 Literatur	20

Zusammenfassung

Die Weiterbildung Experienced Involvement (EX-IN) wurde 2018-2019 zum fünften Mal in Bern durchgeführt und begleitend evaluiert. Ziel dieser Weiterbildung ist, Menschen mit der Erfahrung einer psychischen Erkrankung auszubilden und zu ermöglichen, dass sie in psychiatrischen Institutionen als „Expert*innen aus Erfahrung“ eingesetzt werden.

Die Evaluation liefert Antworten auf folgende Fragen: Erfüllt die Weiterbildung die Erwartungen der Teilnehmenden? Verändern sich die Recoveryorientierung, Stigmaresistenz, der Gesundheitszustand, die Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung der Teilnehmenden während der Weiterbildung? Welche beruflichen Perspektiven erarbeiten die Teilnehmenden während der Weiterbildung? Zeigen sich Unterschiede zu den Ergebnissen bisheriger EX-IN Weiterbildungen?

Die Evaluation erfolgte in Form einer schriftlichen Befragung zu drei verschiedenen Zeitpunkten (zu Beginn, bei Abschluss und ein Jahr darauf; ausser psychische und körperliche Gesundheit nur zu Beginn und ein Jahr nach Abschluss). Neben deskriptiver Analysen wurden statistische Verfahren (Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test oder ANOVA mit Messwiederholung) entsprechend der parametrischen Bedingungen durchgeführt.

19 von 20 Teilnehmenden absolvierten die Weiterbildung erfolgreich. Zu Beginn der Ausbildung retournierten 16 Personen die Fragebögen, am zweiten Messzeitpunkt 12 Personen und ein Jahr nach Abschluss 11 Teilnehmer. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden zu Beginn der Weiterbildung betrug 38.6 Jahre, wobei eine grosse Heterogenität bezüglich der Art der Diagnose und Psychiatrieerfahrung vorhanden war.

Die Befragten waren grundsätzlich sehr zufrieden mit der Weiterbildung. Die Aufteilung der Module in Theorie und Praxis wurde von der Mehrheit als passend betrachtet. Dreiviertel der Teilnehmer gaben an, während der Weiterbildung eine Peer-Tätigkeit ausgeübt zu haben. Während die körperliche Gesundheit zwischen dem Start und ein Jahr nach Abschluss deutlich abnahm, zeigte die psychische Gesundheit im gleichen Zeitraum eine deutliche Zunahme. Zugleich verbesserte sich die Hoffnung und Selbstwirksamkeit über die drei Messzeitpunkte signifikant. Stigmaresistenz, Selbstbeobachtung und Recovery hingegen blieben mehrheitlich stabil auf gleichem Niveau.

Unterschiede im Vergleich mit dem Studiengang 2016 zeigten sich bei der psychischen Gesundheit (deutliche Steigerung 2018 im Verlauf) und der signifikanten Steigerung bei der Selbstwirksamkeit. Die anderen Resultate entsprachen weitgehend den Ergebnissen des vorherigen Studiengangs 2016.

1 Hintergrund

Internationale und nationale Grundsatzdokumente zur psychischen Gesundheit und zur psychiatrischen Versorgung enthalten die Forderung nach Förderung der Selbsthilfe und Selbsthilfekapazitäten sowie nach aktiver Partizipation von Psychiatrie-Erfahrenen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens [1-3].

In Deutschland schon weit verbreitet, wurde in der Schweiz der Weiterbildungsstudiengang Experienced Involvement (EX-IN) 2010 erstmals an der Berner Fachhochschule (BFH) als Diploma of Advanced Studies (DAS), angeboten. Seit 2014 führt der Verein EX-IN Schweiz (ehemals EX-IN Bern) in Kooperation mit der Pro Mente Sana die EX-IN Weiterbildungen nicht mehr als DAS Studiengang, sondern als eigener Zertifikatslehrgang durch.

Neben dem Vermitteln von Fertigkeiten für die Ausübung von Tätigkeiten im Bereich Begleitung und Beratung von Menschen mit psychischen Problemen, Beratung von Fachpersonen, Bildung und Politik, bildet der Kernpunkt der EX-IN Weiterbildung das Entwickeln von kollektivem Erfahrungswissen (Wir-Wissen) durch den Austausch über persönliche Krisen- und Bewältigungserfahrungen, über Empowerment und Recovery [4]. EX-IN hat zum Ziel, Betroffene für die Tätigkeit als „Expert*Innen aus Erfahrung“ systematisch vorzubereiten.

Alle bisher stattgefundenen EX-IN Weiterbildungen wurden wissenschaftlich evaluiert und lieferten wichtige Daten zu den Auswirkungen von EX-IN auf die Studierenden. Die Ergebnisse verdeutlichen beispielsweise, dass sich die berufliche Situation der Absolvent*Innen ein Jahr nach Abschluss deutlich verbessert. Hegedüs, Seidel und Steinauer [5] konnten in einer Evaluation der ersten beiden Studiengänge zeigen, dass 75 % der Teilnehmenden ein Jahr nach Abschluss des Studiengangs eine Teilzeitanstellung in einer psychiatrischen Institution in der Rolle eines/einer Expert*In aus Erfahrung innehatten. Eine Studie zur Evaluation aller Studiengänge in der Schweiz zwischen 2010-2016 und einem Studiengang in Deutschland [6] zeigt eine signifikante Verbesserung von Recovery, Stigmaresistenz und Selbstbeobachtung/Introspektion zwischen Start und Abschluss der Weiterbildung. Und auch hier zeigte sich eine signifikante Steigerung der Anstellungen von 20% auf etwas über 30% schon direkt nach Abschluss der Weiterbildung. Diese Werte bewegen sich im ähnlichen Bereich wie bei Hegedüs, Seidel und Steinauer [5] und es kann angenommen werden, dass eine systematische Auswertung der Resultate des dritten Messzeitpunkts ähnliche Resultate liefern würde. Zudem konnte gezeigt werden, dass auch eine akute Krise kurz vor der Weiterbildung keinen signifikanten Einfluss auf die evaluierten Ergebnisse bezüglich Hoffnung, Selbstwirksamkeit, Recovery, Stigmaresistenz und Selbstbeobachtung hatten.

1.1 Ziele der Weiterbildung

Durch den praktischen Einsatz der Absolvierenden der EX-IN Weiterbildungen soll der Einfluss von Expertise durch Erfahrung auf das psychiatrische Versorgungssystem gestärkt werden. Der Einbezug von Psychiatrie-Erfahrenen soll zu einer besseren Nutzerorientierung und zu weniger diskriminierenden psychiatrischen Dienstleistungen beitragen.

Aufgrund der Erfahrungen aus dem Pilot- und Folgestudiengang wurde die Weiterbildung EX-IN 2014 strukturell leicht angepasst. Die grösste Veränderung war die Abkopplung der Weiterbildung von der BFH. Daher beinhaltet die Weiterbildung keine Diplomarbeit mehr. Ausserdem wurde ein zusätzlicher Kennenlerntag vor dem 1. Modul eingeführt und neu wurden alle Module von zwei Dozenten moderiert, wobei eine davon ein/e Expert*in aus Erfahrung mit Peer-Ausbildung war. Um die weitere Entwicklung der EX-IN Weiterbildungen zu begleiten und Veränderungen bei den Teilnehmenden festzustellen, wurde bisher jede EX-IN Weiterbildung erneut evaluiert.

1.2 Fragestellungen

Die Evaluation liefert Aussagen zu folgenden Fragen:

1. Welche soziodemografischen, krankheits- und behandlungsbezogenen Merkmale haben die Teilnehmenden?
2. Verändern sich Gesundheitszustand, Recoveryorientierung, Stigmaresistenz, Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung während der Teilnahme an der Weiterbildung?
3. Welche beruflichen Perspektiven erarbeiten die Teilnehmenden während der Weiterbildung?
4. Zeigen sich Unterschiede zu den Ergebnissen der bisherigen EX-IN Weiterbildungen?

2 Methode

2.1 Design

Die Evaluation erfolgte mit quantitativen Erhebungsmethoden, die an die bisherigen Evaluationen von EX-IN angepasst waren. Es fanden drei schriftliche Befragungen der Teilnehmer statt (Abbildung 1)



Abbildung 1: Darstellung des Forschungsdesigns

2.2 Stichprobe

Alle Teilnehmenden der Weiterbildung wurden schriftlich über die Durchführung einer Evaluation informiert und zur Teilnahme angefragt. Die Teilnahme erfolgte anonym und freiwillig nach Unterzeichnung einer schriftlichen Einverständniserklärung.

2.3 Instrumente

Soziodemografische Daten

Die soziodemografischen Merkmale (Alter, Geschlecht, Bildung, soziale Situation) der Teilnehmenden wurden mit Fragen basierend auf dem Anamnesebogen der „Aktion Psychisch Kranke“ (SozDem) schriftlich erhoben [7]. Ausserdem beinhaltet der Bogen Fragen zu Erfahrungen mit psychiatrischen Krankheiten und den bisherigen Behandlungen.

Fragebogen zum Curriculum und Peertätigkeit

Um die Einschätzung des Curriculums zu erfassen, wurde ein Fragebogen (Frabo) adaptiv an die EX-IN Weiterbildung entwickelt. Zusätzlich wird darin die allgemeine berufliche Situation (Beschäftigung, Perspektive, Einkommen, Zufriedenheit) sowie bisherige Erfahrungen in Peertätigkeiten erhoben.

SF-12 Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand wurde mit dem SF-12 Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand erfasst. Der 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].

Recovery Assessment Scale (RAS)

Zur Erfassung der Recoveryorientierung füllten die Befragten den RAS aus [9, 10]. Der Fragebogen umfasst 24 Fragen mit Antwortmöglichkeiten auf einer fünfstufigen Likert-Skala.

Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI)

Der ISMI [11] liefert Angaben zur Stigmaresistenz der Teilnehmenden. Der Fragebogen umfasst 29 Items. Im vorliegenden Projekt wurde jedoch nur die Subskala „Stigmaresistenz“ verwendet. Diese besteht aus fünf Fragen

und misst, 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.

Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)

Mithilfe des FERUS [12] können gesundheitsrelevante Ressourcen auf sieben Skalen mit insgesamt 66 Items untersucht werden. In der vorliegenden Evaluation wurden die drei Skalen Selbstbeobachtung (7 Items), Selbstwirksamkeit (9 Items) und Hoffnung (10 Items) verwendet. Diese wurden von den Befragten auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet.

Die Subskala Selbstbeobachtung 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 bildet die Ausprägung der Grundüberzeugung ab, dass man ein Verhalten beherrscht und in der Lage ist, es einzusetzen.

Die Skala Hoffnung beschreibt, wie hoffnungsvoll und kontrollierbar eine Person sich selbst, ihre Lebenssituation und ihre Zukunft erlebt. Hoffnung ist ein wichtiger gesundheitsfördernder und gesundheitsunterstützender Faktor.

2.4 Datenauswertung

Die quantitativen Daten der Fragebögen haben wir mittels Excel und SPSS 24 erfasst und deskriptiv ausgewertet. Individuelle Veränderungen in Bezug auf Mittelwertdifferenzen wurden bei nicht-normalverteilten Variablen mittels dem Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test untersucht. Bei entsprechenden parametrischen Bedingungen wurden t-Tests für abhängige und gepaarte Stichproben durchgeführt. Zur Analyse der Varianz über die drei Messzeitpunkte (t1, t2, t3) wurden einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung erstellt. Dazu wurden nur die Daten der Teilnehmenden einbezogen, welche für allen drei Messzeitpunkten vorhanden waren.

Das Signifikanzniveau wurde mit 5% festgesetzt. Folglich wurde bei einem p-Wert, der kleiner als das Signifikanzniveau $\alpha = 0.05$ war, die Nullhypothese (H_0 = keine Mittelwertunterschiede vorhanden) verworfen. In diesem Fall ging man von signifikanten bzw. nicht zufälligen Unterschieden zwischen den Messzeitpunkten/Variablen aus.

Prozentangaben wurden auf ganze Zahlen, Mittelwerte/Standardabweichungen auf zwei Dezimalstellen und p-Werte auf drei Dezimalstellen gerundet. Variablen mit Mehrfachantworten sind entsprechend gekennzeichnet.

2.5 Datenschutz und ethische Überlegungen

Alle Teilnehmenden der Weiterbildung 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.

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

3 Ergebnisse

3.1 Merkmale der Teilnehmenden

3.1.1 Soziodemografische Merkmale

19 von 20 Teilnehmenden (95 %) haben 2018 die Weiterbildung abgeschlossen. Wobei nach dem ersten Modul noch eine weitere Person die Weiterbildung abgebrochen hat, dieser Platz aber von einer Person auf der Warteliste besetzt werden konnte. Zum Zeitpunkt t1 (vor Beginn der Weiterbildung) retournierten 16 Personen (80 %) die Fragebögen, zum Zeitpunkt t2 (nach Abschluss) waren es 12 (63 %) und ein Jahr nach der Weiterbildung t3 waren es noch 11 (57.9 %). Diese Werte sind etwas höher als in den Vorjahren.

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden zu Beginn der Weiterbildung betrug 38.6 Jahre und war somit ca. fünf Jahre niedriger als im Studiengang 2012 und drei Jahr niedriger als 2014 und 2016. Der/die Jüngste war 24, der/die Älteste 55 Jahre alt. 75% der Teilnehmenden waren weiblich.

Zehn Personen (58.8 %) gaben als höchsten erreichten Abschluss eine abgeschlossene Lehre an, jeweils zwei Personen (11.8 %) die abgeschlossene Primarschule oder die Hochschule, jeweils eine Person (5.9 %) die Meisterprüfung oder Matura/Lehrerseminar. Im Vergleich mit dem Studiengang 2016 war das «Bildungsniveau» etwas niedriger. 2016 war der Anteil an Teilnehmenden mit einer Berufslehre mit 40% etwas niedriger, dafür lag der Anteil an Uni-Abgängern mit 20% etwas höher.

(siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Soziodemografische Merkmale und andere Angaben der Teilnehmenden beim Start der WB

Variable	Mittelwert (Min-Max)
Alter in Jahren	38.6 (24-55)
Beschäftigungsgrad in %	66.7 (40-100)
Alter in Jahren bei der ersten psychiatrischen Behandlung	20.6 (6-46)
Alter in Jahren beim ersten stat. Aufenthalt	25.4 (6-46)
Anzahl der stat. Aufenthalte gesamt	7.6 (1-28)
Dauer des letzten stat. Aufenthaltes in Wochen	8.3 (1-18)
Bildungsstatus (höchster Abschluss)	n (%)
Primarschule	2 (11.8)
Berufslehre	10 (58.8)
Höhere Fachschule	1 (5.9)
Matura	1 (5.9)
Hochschule	2 (11.8)

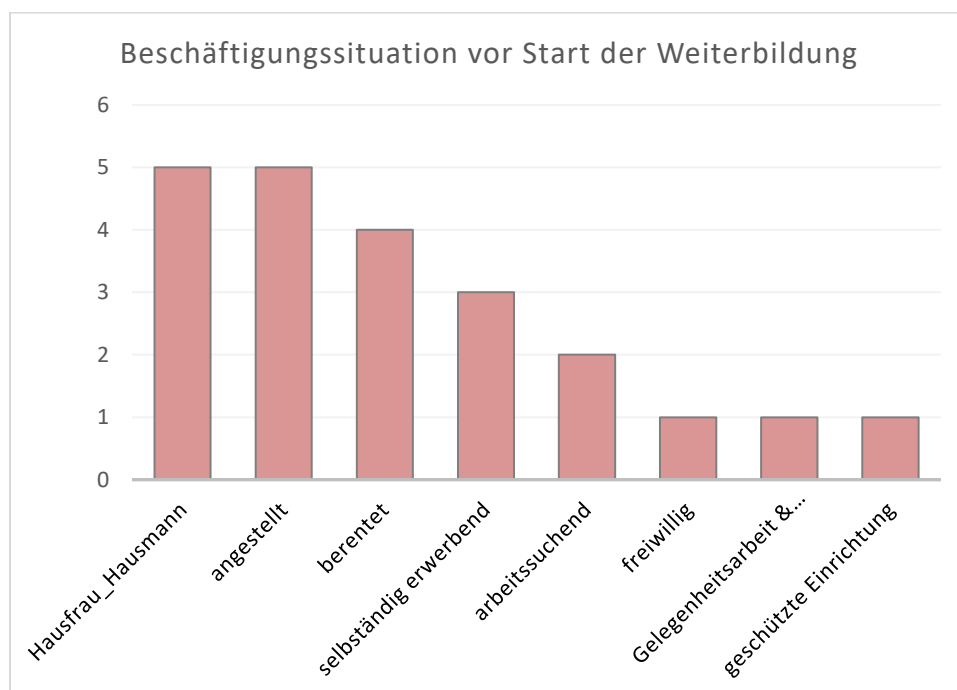
3.1.2 Allgemeine soziale Situation vor Beginn der Weiterbildung

Die Hälfte (n=8) der Teilnehmenden gaben an, alleine zu leben, etwas weniger als die Hälfte (n=7) mit dem Ehepartner oder Lebensgefährten, etwa ein Viertel (n=4) gaben an, mit Kindern zu leben und eine Person lebte in einer Wohngemeinschaft. Die Gesamtzahl ist hier höher als die 16 TN, da hier Mehrfachantworten möglich waren. Elf Personen gaben an, ledig und fünf, verheiratet zu sein.

Zur aktuellen Beschäftigungssituation wurden folgende (zum Teil Mehrfach-) Angaben gemacht (n=14): jeweils fünf Personen (35.7 %) waren angestellt oder Hausfrau/Hausmann, vier Personen (28.5 %) waren berentet, drei Personen (21.4 %) waren selbstständig erwerbend, zwei Personen (14.3 %) arbeitssuchend und je eine Teilnehmende (7.1 %) leistete Freiwilligenarbeit, war im Temporär- oder Gelegenheitsverhältnis angestellt oder war in einer geschützten Einrichtung tätig (siehe Grafik 1). Der Beschäftigungsgrad der Befragten (n=9) lag zwischen 40 und 100 %; im Durchschnitt arbeiteten sie zu 66.7 %.

Hauptsächliches Einkommen bezogen sechs Befragte (46.2 %) vom Lohn, drei Personen (23.1 %) aus der IV Rente (ggf. mit EL) und zwei Personen (15.4 %) gaben Arbeitslosentaggeld oder Anderes an.

Im Vergleich zum Studiengang von 2016 waren zu Beginn der Weiterbildung 2018 mehr Personen erwerbstätig/angestellt und weniger arbeitssuchend.



Grafik 1: Beschäftigungssituation

3.1.3 Psychiatrische Behandlung und Krankengeschichte

Folgende Angaben wurden von den Teilnehmenden in Bezug auf die Diagnose der psychischen Erkrankung gemacht: affektive Störungen (Depression, Bipolare Störung, Burn-Out), Angst- und Panikstörung, Persönlichkeitsstörung (überwiegend des Typs Borderline), Essstörungen (Anorexie, Bulimie), (para-)suizidales Verhalten, (paranoide) Schizophrenie und Psychose, posttraumatische Belastungsstörung, Suchterkrankung, ADHS und Zwangsstörung.

Die erste psychiatrische Behandlung erfolgte bei den Teilnehmenden durchschnittlich mit 21 Jahren. Zu diesem Zeitpunkt war der/die Jüngste 6, der/die Älteste 46 Jahre alt. Beim ersten stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik war die jüngste Person 6 und die älteste Person 46 Jahre alt, durchschnittlich waren sie im Alter von 25 Jahren. Die Teilnehmenden geben an, im Schnitt 8 Mal stationär aufgenommen worden zu sein (min. 1 Mal; max. 28 Mal; siehe auch Tabelle 1).

Etwa die Hälfte der Teilnehmenden (n=8) waren in den drei Jahren vor Beginn der EX-IN Weiterbildung das letzte Mal in stationärer Behandlung. Im Durchschnitt lag der Aufenthalt 7.6 Jahre zurück (min. < 1 Jahr; max. 22 Jahre). Die Dauer des letzten Aufenthalts betrug im Schnitt 8 Wochen, wobei mindestens eine und längstens 18 Wochen in einer psychiatrischen Klinik verbracht wurden.

Zu Beginn der Weiterbildung befanden sich fast alle (n=15) in regelmässiger Behandlung. Gleich viele gaben an, einen Psychiater aufzusuchen, ein Viertel (n=4) konsultierten einen Hausarzt. Zwei erhielten Unterstützung durch die ambulante psychiatrische Pflege und drei einen Spitex-Dienst, Je eine Person besuchte eine

Tagesstätte/Tagesklinik oder wurde durch einen Sozialdienst betreut. Bei diesen Fragen war es möglich, mehrfach Nennungen zu machen.

Alle Angaben zur Behandlung und Krankheitsgeschichte waren ähnlich zu den Angaben der Teilnehmenden der letzten Weiterbildungen.

3.2 Zufriedenheit mit der Weiterbildung

Zu diesem Thema wurde nach der Weiterbildung die Frage gestellt, ob die Teilnehmenden die Aufteilung der Theorie (Module) und der Praxis (Praktika) zufriedenstellend war (Tabelle 2) und welche Ideen sie zur Verbesserung hätten.

3.2.1 Zufriedenheit mit der Weiterbildung (Curriculum)

Nach der Weiterbildung (t2) fanden zehn Teilnehmende den Anteil an Theorie gerade richtig, jeweils einer Person war es zu wenig oder zu viel. Ähnlich wurde die Aufteilung der Praktika eingeschätzt: elf Personen empfanden diesen Anteil als gerade richtig. Nur eine Person empfand es als zu wenig Praxis. Im Rückblick ein Jahr nach Abschluss (t3) veränderte sich diese Einschätzung ein wenig in die Richtung zu viel Theorie und zu wenig Praxis. Im Vergleich mit dem Studiengang 2016 veränderte sich die Zufriedenheit bei beiden Zeitpunkten und Themen in die Richtung von „gerade richtig“. 2016 schätzten bei t2 44% der Teilnehmenden den Anteil an Theorie als „zu wenig“ ein und bei t3 lag dieser Anteil noch bei 25%.

Tabelle 2: Bewertung der Modulaufteilung Theorie und Praxis

	Modul Theorie				Modul Praxis			
	t2 (n = 12)		t3 (n = 11)		t2 (n = 12)		t3 (n = 11)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Zu wenig	1	8.3 %	1	9.1	1	8.3 %	3	27.6
Gerade richtig	10	83.3 %	7	63.6	11	91.6 %	7	63.6
Zu viel	1	8.3 %	3	27.6	0	0 %	1	9.1

3.2.2 Ideen zur Verbesserung

Die Teilnehmenden gaben die **Ideen für die Verbesserung des Studiengangs** in einem Freitextfeld an.

In Bezug auf Organisation und Struktur wurden folgende Vorschläge gemacht:

- Supervision nicht zu früh ansetzen, da meist noch kein Austausch über Praktikumserfahrung möglich ist bzw. Supervisionen besser auf das Jahr verteilen
- Ändern der Modulreihenfolge: Recovery und Assessment weiter vor, zum Beispiel nach Gesundheit und Wohlbefinden.
- Art der Fragebögen anpassen, da es „nur“ IST-Zustand wiedergibt
- Ausbildung verlängern bzw. Modulinhalt auf 4 Tage ausweiten, damit mehr Zeit für Fragen bleibt
- Es sollte Fortbildungen geben nach der Weiterbildung.

In Bezug auf Inhalt wurden folgende Vorschläge gemacht:

- Vertiefung der bestehenden Themen
- Modul 11 „Psychiatrie und Recht“: Erfahrungsbericht einer Vertrauensperson wäre interessant & Thematik sexuelle Übergriffe
- Mehr zu IV, RAV, Sozialamt, Integrationsprogrammen
- Spiritualität als Teil der Genesung und der Arbeit als Genesungsbegleiter*innen. (Bedeutung der Erkrankung aus) spiritueller Sicht

- Gefühle erkennen und dafür den richtigen Ausdruck, das richtige Wort kennen
- Austausch über die verschiedenen Krankheitsbilder
- Mehr zum Leiten von Recovery-Gruppen (Themen, Art der Durchführung und Austausch darüber)
- Arbeit auf Akutstation, Umgang mit Konflikten und Krisen. Anwendung von Skills
- Einbezug diverser Altersstufen. Alterspsychiatrie miteinbeziehen
- Einbezug von Kinder, Partnern, Familie von psychisch Erkrankten
- Öffentlichkeitsarbeit mehr ansehen
- Formen der Peer-Arbeit nach der Weiterbildung wie Selbständigkeit oder andere Formen

3.3 Peer-Tätigkeit und Engagement

Zwei Teilnehmende (11.8 %) hatten bereits vor der EX-IN Weiterbildung Erfahrungen mit einer Peertätigkeit in psychiatrischen Diensten und hatten dabei positive Erfahrungen gemacht. Vier Personen (23.5%) hatten sich bereits politisch für die Interessen Betroffener eingesetzt. Drei (17.6%) von 14 Befragten hatten sich zudem im Bereich Bildung (psychische Gesundheit) engagiert.

Zum Zeitpunkt der zweiten Messung stieg der Anteil an Peers mit Erfahrung in Peearbeit auf 9 Personen (75 %). Alle schätzten diese Erfahrung als mehrheitlich bis ausschliesslich positiv ein. Bei der dritten Messung ein Jahr nach dem Abschluss der Weiterbildung sank der Anteil an Peers mit Erfahrung in Peearbeit nur geringfügig und auch die Einschätzung bezüglich der Einschätzung der Erfahrung veränderte sich nicht. (Tabelle 1). Im Vergleich zu 2016 steigen vor allem die Erfahrungen im Bereich Engagement in der Politik. Die Angaben der beiden anderen Bereiche sind vergleichbar.

Tabelle 1: Peer-Tätigkeit und Engagement* über drei Messzeitpunkte (t1, t2, t3)

	t1 (n = 14)		t2 (n = 12)		t3 (n = 11)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Peer-Tätigkeit	2	14.3 %	9	75.0 %	8	72.7 %
Engagement Politik	4	28.6 %	4	33.3 %	3	27.3 %
Engagement Bildungswesen	3	21.4 %	3	25.0 %	3	27.3 %

*Mehrfachantworten möglich

3.4 Berufliche Perspektive

Die Frage nach der beruflichen Perspektive wurde bei allen drei Messzeitpunkten gestellt. Während vor Beginn der Weiterbildung der Wunsch nach einer Anstellung mit Beschäftigungsgrad > 50% hoch war (80%), reduzierte sich dieser Wert den weiteren Messzeitpunkten auf 33.3 % resp. 27.3 %. Bei den Messzeitpunkten 2 und 3 verteilten sich der Anteil an Antworten gleichmässiger auf alle Kategorien, wobei der Wunsch nach einer geringfügigen Anstellung sowie die Tätigkeit auf Honorarbasis nach Abschluss der Weiterbildung mit 50 % resp. 58.3% etwas höher waren als ein Jahr nach der Weiterbildung (je 45.5%). In den meisten Bereichen sind diese Resultate vergleichbar mit denen des Kurses 2016, ausser dem Anteil der Teilnehmenden mit dem Wunsch nach einer bezahlten Stelle (50% – 100% Pensum). Dieser fiel gegenüber 2016 vor allem bei der t2 und t3 Befragung deutlich höher aus.

Die Befragten gaben folgende zukünftige Beschäftigungsmöglichkeiten an: Arbeit als Peer in verschiedenen Bereichen (Krisenintervention, Alterspsychiatrie, Sucht, psychisch kranke Eltern, DBT-Gruppe), Recovery-Gruppen und Trialoge aufbauen und leiten, in der Forschung, in der Öffentlichkeits- und Antistigmaarbeit, in der Bildung sowie ehrenamtlich als Vertrauensperson.

Tabelle 2: Berufliche Perspektiven* über drei Messzeitpunkte (t1, t2, t3)

	t1 (n = 15)		t2 (n = 12)		t3 (n = 11)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bezahlte Stelle (50% – 100% Penum)	12	80.0 %	4	33.3 %	3	27.3 %
geringfügige Beschäftigung (< als 50% Penum)	5	33.3 %	6	50.0 %	5	45.5 %
auf Honorarbasis tätig werden	4	26.7 %	7	58.3 %	5	45.5 %
als Interessenvertreter*in arbeiten	3	20.0 %	6	50.0 %	3	27.3 %
sich ehrenamtlich engagieren	2	13.4 %	4	33.3 %	3	27.3 %
etwas für sich tun (keine spezielle Tätigkeit angestrebt)	2	13.4 %	6	50.0 %	3	27.3 %

*Mehrfachantworten möglich

3.5 Beschäftigungssituation und Einkommen

Die Auswertung der Beschäftigungssituation der Befragten zeigt, dass vor der Weiterbildung fünf Personen (35.7%) angestellt waren. Diese Zahl reduzierte sich ein wenig bei der zweiten Erhebung und stieg bei der Befragung ein Jahr nach Abschluss auf 6 Personen (54.5 %) an. Gleichzeitig blieb der Anteil an selbständig Erwerbenden über alle Messzeitpunkte mit ca. 20% gleich. Der Anteil an Teilnehmenden, die angegeben haben, als Hausfrau/Hausmann oder in der Freiwilligenarbeit tätig zu sein, stieg über die drei Messzeitpunkte kontinuierlich (von 35 % zu 45 % resp. 7. % zu 27 %), dagegen reduzierte sich der ohnehin schon kleine Anteil an Arbeitssuchenden resp. solchen, die in einer geschützten Arbeitsstelle tätig waren, bei der dritten Befragung auf Null (Tabelle 3). Im Vergleich mit der Weiterbildung 2016 waren in der vorliegenden Evaluation der Anteil an Arbeitssuchenden zu Beginn deutlich tiefer und der Anteil der Angestellten und selbständig Erwerbenden über alle Messzeitpunkte höher.

Tabelle 3: Beschäftigungssituation* über drei Messzeitpunkte (t1, t2, t3)

	t1 (n=14)		t2 (n=12)		t3 (n=11)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
angestellt	5	35.7 %	3	25.0 %	6	54.5 %
selbständig erwerbend	3	21.4 %	2	16.7 %	2	18.2 %
Gelegenheitsarbeit	1	7.1 %	2	16.7 %	2	18.2 %
Hausfrau/Hausmann	5	35.7 %	6	50.0 %	5	45.5 %
Freiwilligenarbeit	1	7.1 %	4	33.3 %	3	27.3 %
arbeitssuchend	2	14.3 %	2	16.7 %	0	0 %
geschützte Einrichtung	1	7.1 %	1	8.3 %	0	0 %
Berufsbezeichnung Peer	0		4		4	

*Mehrfachantworten möglich

In Hinblick auf die finanzielle Entwicklung stieg der Anteil der Teilnehmenden die «Lohn als hauptsächliches Einkommen» angaben, von 46% auf 63%. Gleichzeitig stieg auch der Anteil von IV-Empfänger*innen leicht an, (23 % auf 36 %) wohingegen der Anteil an Teilnehmenden mit Arbeitslosentaggeld auf null sank, wie auch der Anteil derer, die «Anderes» angaben. Alle, die den Lohn als hauptsächliches Einkommen angegeben haben, wurden noch gefragt, ob der Lohn aus Peer-Arbeit oder anderen Einkünften bestand. Bei den ersten beiden Befragungen lag der Anteil an Lohn aus Peer-Arbeit bei zwei Personen resp. einer Person (15.4 % resp. 10 %) und stieg dann bei t3 ein Jahr nach der Weiterbildung auf fünf Personen (45.5 %) (Tabelle 5). Im Vergleich mit der Weiterbildung

2016 lag bei der Weiterbildung 2018 über alle Messzeitpunkte der Anteil an Teilnehmenden, bei denen der Lohn das hauptsächliche Einkommen angegeben wurde, deutlich höher und der Anteil «IV-Rente» dementsprechend etwas tiefer.

Tabelle 5: Hauptsächliches Einkommen über drei Messzeitpunkte (t1, t2, t3)

	t1 (n=13)		t2 (n=10)		t3 (n=11)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Lohn	6	46.2 %	5	50.0 %	7	63.6 %
• Lohn aus Peer-Arbeit	2	15.4 %	1	10.0 %	5	45.5 %
IV Rente (ggf. mit EL)	3	23.1 %	5	50.0 %	4	36.4 %
Arbeitslosentaggeld	2	15.4 %	0	0 %	0	0 %
Anderes	2	15.4 %	0	0 %	0	0 %

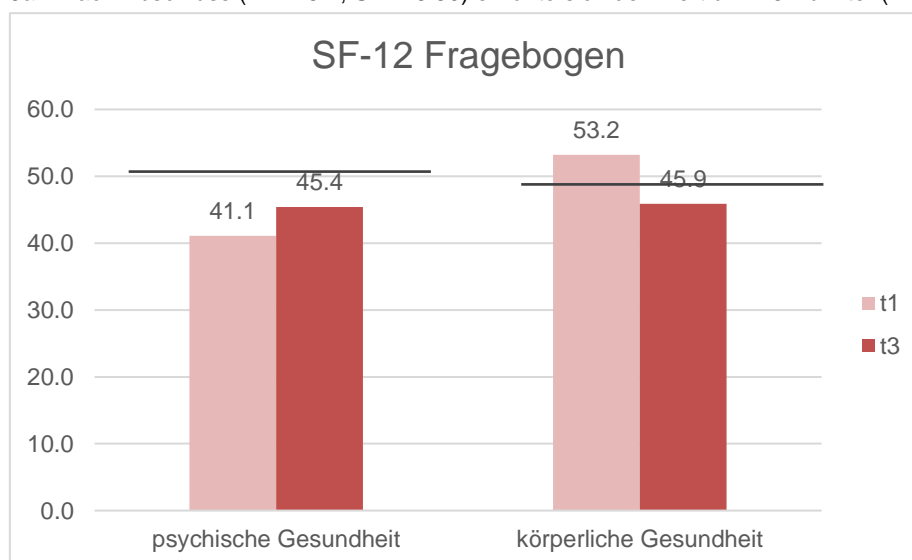
3.6 Entwicklung der körperlichen und psychischen Gesundheit

Bei der vorliegenden Evaluation liegen nur zum ersten und dritten Messzeitpunkt Angaben zur Einschätzung der körperlichen und psychischen Gesundheit vor.

3.6.1 Gesundheitszustand

Die körperliche Gesundheit der Teilnehmenden lag vor Beginn (M = 53.2, SD = 5.2) im Bereich der Allgemeinbevölkerung (Durchschnitt = 49.0) und sank dann ein Jahr nach Abschluss um 7.2 Punkte unter diesen Wert (M = 45.9, SD = 6.6). Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit denen von 2016. Damals lag der Ausgangswert in einem ähnlichen Bereich (52.2 Punkte) und sank ein Jahr nach Abschluss auf 42.3 Punkte.

In Bezug auf die psychische Gesundheit lagen die Betroffenen bei beiden Messzeitpunkten unterhalb des Durchschnittes der Allgemeinbevölkerung (= 52.2). Von der ersten Messung (M = 41.1, SD = 9.6) zur Messung ein Jahr nach Abschluss (M = 45.4, SD = 6.80) erhöhte sich der Wert um 4.3 Punkte. (



Punkte.

Abbildung 2). Diese Ergebnisse unterscheiden sich deutlich von den Ergebnissen der Weiterbildung 2016. Damals lag der Ausgangswert mit 39.9 Punkten in einem ähnlichen Bereich und sank dann ein Jahr nach Abschluss auf 34.7

Abbildung 2: Mittelwerte des Allgemeinen Gesundheitszustands SF-12 (höhere Werte = besserer Zustand)

3.6.2 Recoveryorientierung und Stigmaresistenz

Die Recoveryorientierung verbesserte sich während der Weiterbildung, sank jedoch im Follow-up unter den Ausgangswert. Eine Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung lieferte keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den drei Messzeitpunkten ($F(2,14) = 1.79, p = .204, n = 8$) (Tabelle 4).

In Bezug auf die Stigmaresistenz stieg der Wert während der Weiterbildung leicht an und blieb dann ein Jahr nach Beendigung stabil (Abbildung 4). Auch hier ergab die ANOVA keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei Messungen ($F(2,14) = 2.61, p = .330, n = 8$) (Tabelle 4).

Während die Standardabweichungen der Stigmaresistenz vergleichsweise stabil blieben, fand sich bei der Recoveryorientierung grössere Variabilität.

Tabelle 4: Mittelwertvergleich der Fragebögen RAS und ISMI über drei Messzeitpunkte (t1, t2, t3)

	Mittelwert t1 (SD)	Mittelwert t2 (SD)	Mittelwert t3 (SD)	p-Wert
Recovery	87.50 (8.66)	94.13 (8.94)	84.13 (16.57)	.204
Stigmaresistenz	16.62 (2.07)	17.88 (1.64)	17.88 (1.96)	.109

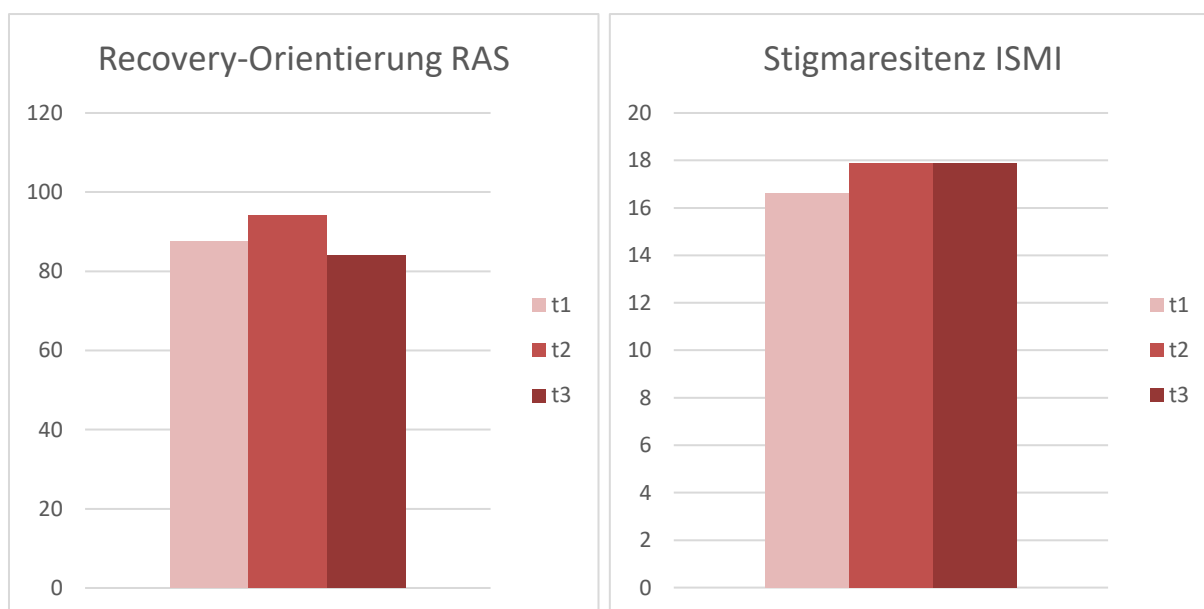


Abbildung 3: Mittelwerte RAS (höhere Werte = mehr Recoveryorientierung) über drei Messzeitpunkte (t1, t2, t3)

Abbildung 4: Mittelwerte ISMI (höhere Werte = mehr Stigmaresistenz) über drei Messzeitpunkte (t1, t2, t3)

3.6.3 Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung

Die Einschätzung der Selbstbeobachtung stieg vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt leicht an und veränderte sich bis zur dritten Messung nicht. Ähnlich verhielten sich die Werte der Selbstwirksamkeit und Hoffnung, wobei der Anstieg von t1 zu t2 bei beiden deutlich stärker ausfiel.

Tabelle 5: Mittelwertvergleiche des Fragebogens FERUS über drei Messzeitpunkte (t1, t2, t3)

	Mittelwert t1 (SD)	Mittelwert t2 (SD)	Mittelwert t3 (SD)	p-Wert
Selbstbeobachtung	28.13 (4.22)	30.38 (3.50)	30.00 (4.47)	.175
Selbstwirksamkeit	29.63 (5.53)	34.50 (5.55)	34.75 (5.70)	.033
Hoffnung	36.50 (8.91)	40.63 (5.01)	41.87 (7.36)	.048

Die ANOVA lieferten für Selbstbeobachtung ($F(2,14) = 1.98, p = .175, n = 8$) keinen signifikanten Unterschied. Auch bei Hoffnung fiel der Unterschied zwar knapp, aber nicht signifikant aus ($F(2,14) = 3.49, p = .059, n = 8$). Bei der Selbstwirksamkeit hingegen zeigt sich ein signifikanter Unterschied über die drei Messzeitpunkte ($F(2,14) = 4.40, p = .033, n = 8$). Bei allen Konstrukten finden sich vergleichbare Standardabweichungen, die sich im Verlauf konstant zeigen.

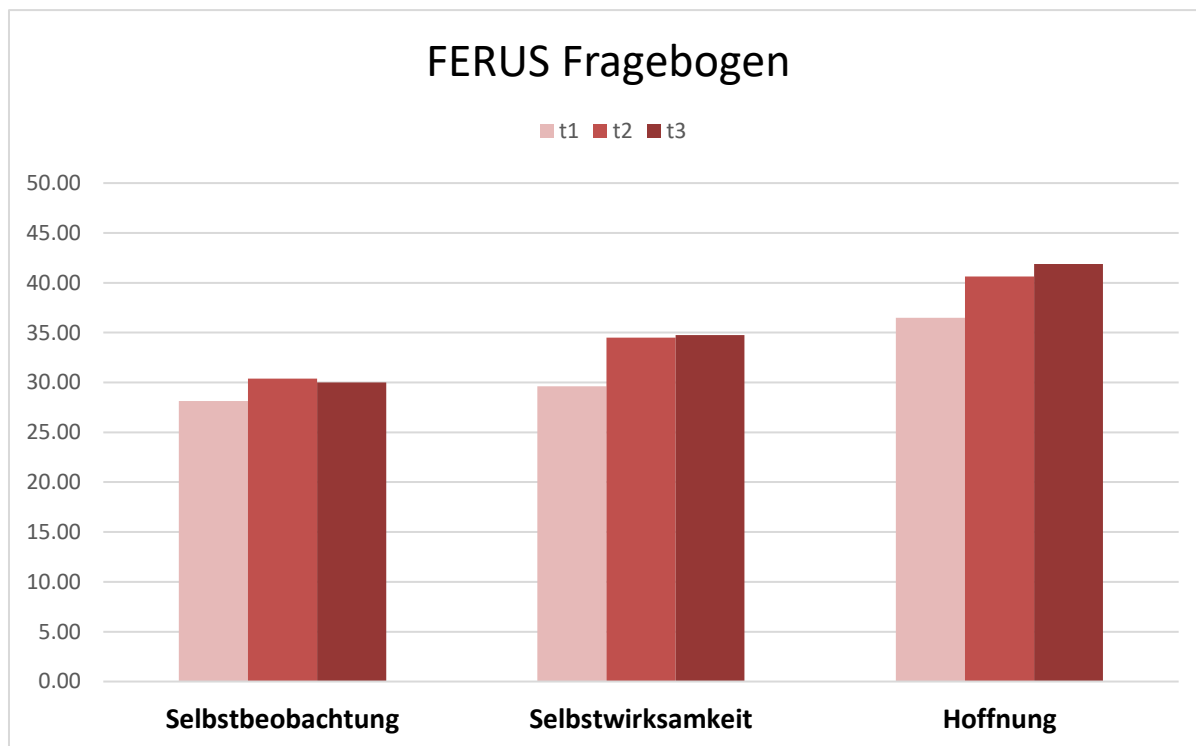


Abbildung 5: Mittelwerte Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung (höhere Werte = höhere Ausprägung) über drei Messzeitpunkte (t1, t2, t3)

4 Diskussion

4.1 Bewertung der Weiterbildung und beruflichen Situation

Bezüglich der Aufteilung der Theorie- und Praxisanteile zeigte sich insgesamt eine hohe Zufriedenheit bei den Teilnehmenden. Ein Jahr nach Abschluss der Weiterbildung stieg der Anteil der Antworten zu „zu wenig Praxis, zu viel Theorie“ zwar etwas, die grosse Mehrheit fand die Aufteilung jedoch noch immer passend, so, wie sie war. Der Wunsch nach einem grösseren Anteil an Praxismodulen, zeigt wie wichtig es den befragten Personen ist, das theoretische Gelernte umfassend umzusetzen zu können, um so möglichst gut auf die Tätigkeit als Peer in der realen Arbeitswelt vorbereitet zu sein.

Die zahlreichen Anregungen für Verbesserungsvorschläge der Befragten im Freitext widerspiegeln ihr hohes Interesse an der Gestaltung der Weiterbildung und ihr Engagement während der Ausbildung zum Peer. Als besonders wichtig wird der Austausch innerhalb der Gruppe und die Vertiefung von bereits bestehendem Wissen genannt. Die inhaltlichen Vorschläge zu Bereichen wie Recht, Angehörigenarbeit und Spiritualität machen sichtbar, wie breit gefächert die Themen sind, mit denen die Peers in ihrer Arbeit konfrontiert werden.

Bei der Befragung vor der Weiterbildung bestand bei den Teilnehmenden eine hohe Erwartung, eine Vollzeit-Stelle nach Abschluss von EX-IN zu erhalten. Diese relativierte sich im Verlauf der Weiterbildung und wurde bei den meisten durch den Wunsch nach einer geringfügigen Beschäftigung oder einer Stelle auf Honorarbasis ersetzt. Ein Jahr nach der Weiterbildung gab knapp die Hälfte der Teilnehmenden an, ihr hauptsächliches Einkommen durch die Tätigkeit als Peer zu beziehen, während es die andere Hälfte durch IV-Bezüge oder einen Lohn durch eine andere Arbeitsstelle erhalten. Zusätzlich gab es im Gegensatz zur ersten Befragung zu diesem Zeitpunkt niemanden mehr, der Bezüger von Arbeitslosentaggeld war. Diese Entwicklung kann gesamthaft als positiv interpretiert werden.

Die Mehrheit der Teilnehmenden gab nach der Ausbildung an, Erfahrung in der Tätigkeit als Peer gesammelt zu haben. Dies ist sehr erfreulich, gerade auch, weil alle diese Erfahrungen als mehrheitlich positiv einschätzten. Spannend zu sehen ist auch, dass in der gegenwärtigen Teilnehmergruppe bei einigen Personen ein Interesse am Engagement in Politik und Bildung besteht. Eine weitere Förderung von diesem Interesse hat viel Potential, um von den wertvollen und unersetzlichen Erfahrungen der Peers als Gesellschaft in unseren Institutionen und der Gesundheitsversorgung als Gesamtes profitieren zu können.

4.2 Auswirkungen des Gesundheitszustands auf Haltung und Kompetenzen

Betreffend körperlicher Gesundheit nahm der Durchschnittswert zwischen der ersten und dritten Messung deutlich ab. Dies im Gegensatz zu den Werten der psychischen Gesundheit. Diese nahmen im Vergleich zu den Ausgangswerten bei der Endbefragung deutlich zu.

Die Stigmaresistenz zeigt eine positive Entwicklung mit einem leichten Anstieg nach der Weiterbildung im Vergleich zum Ausgangswert. Bei der Recoveryorientierung konnte keine solche Entwicklung festgestellt werden. Zwar waren die Werte direkt nach der Weiterbildung besser als die Ausgangswerte, ein Jahr später jedoch sanken diese wieder auf den Ausgangswert. Beide Veränderungen über die Zeit waren statistisch nicht signifikant. Allenfalls kann dies mit den Erfahrungen der Teilnehmenden in der Tätigkeit als Peers im Jahr nach der Weiterbildung zusammenhängen. Weiterführende Kurse bezüglich der Thematik könnten Peer-Mitarbeitende allenfalls unterstützen, die gewonnenen Erkenntnisse und Haltungsänderungen zu festigen.

Sowohl bei der Hoffnung, bei der Selbstwirksamkeit und bei der Selbstbeobachtung kann eine Steigerung der Ausgangswerte im Verlauf der Weiterbildung festgestellt werden. Bei der Selbstwirksamkeit ist diese Steigerung auch über alle drei Messzeitpunkte statistisch signifikant. Diese Ergebnisse verlaufen parallel zu jenen des psychischen Gesundheitszustandes und man kann davon ausgehen, dass eine gewisse Korrelation zwischen diesen Faktoren besteht.

4.3 Stärken und Schwächen der Evaluation

Die Resultate der Evaluation EX-IN Weiterbildung sind in Hinblick diverser Aspekte zu interpretieren. Hierzu gehören methodologische Gesichtspunkte in Bezug auf das Design und die statistische Analyse. Auch wenn es in diesem Studiengang im Vergleich zu vorhergehenden gut gelungen ist, bei der zweiten und dritten Messung viele Studienteilnehmende zu motivieren, an der Evaluation mit zu machen, ist die geringe Grösse der Stichprobe ($t_1 = 16$, $t_2 = 12$, $t_3 = 11$) ein Faktor, der es schwieriger macht, signifikante Resultate zu erzielen. Außerdem können einzelne Werte die Daten erheblich beeinflussen und zu Verzerrungen führen. Bei Messwiederholungen ist es möglich, dass aufgrund systematischer Drop-outs Selektionseffekte auftreten. Beispielsweise nehmen nur noch Personen an der Befragung teil, welche die Weiterbildung als negativ erlebt haben, wobei die positiven Einschätzungen im Verhältnis sinken.

Andererseits haben soziale und gesundheitsbezogene Faktoren einen zentralen Einfluss bei der Auslegung der Ergebnisse. Beispielsweise ist bekannt, dass eine bidirektionale Beziehung zwischen physischer sowie psychischer Gesundheit und der Einschätzung von Ressourcen und Bewältigungsstrategien besteht [13]. In der vorliegenden Untersuchung mit Fokus auf gesundheitsrelevante Variablen kann von einem hohen Einfluss ausgegangen werden. Ausserdem ist es möglich, dass unbekannte Faktoren wie kritische Lebensereignisse die Daten individuell verzerren können.

Weiter lässt das Design keine kausalen Schlüsse zu. Es ist elementar, die Ergebnisse in ihrer korrelativen Natur zu interpretieren. Auch wenn die Daten im Längsschnitt erhoben wurden, können unbekannte Drittvariablen ursächlich sein.

Die verwendeten Erhebungsinstrumente sind weitgehend international bzw. im deutschsprachigen Raum verbreitet. Es wurden standardisierte Fragebögen zur Messung der psychischen Gesundheit, der Recoveryorientierung, Selbststigmatisierung, Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit sowie der Hoffnung verwendet. Dies erlaubt es, spezifische Veränderungen festzustellen, die die Betroffenen in ihrer subjektiven Wahrnehmung bestätigen. Das Design mit drei Erhebungszeitpunkten ermöglicht eine längsschnittliche Betrachtung der erfassten Variablen. Somit ist ein Vergleich der Werte vor, nach Abschluss und ein Jahr später möglich. Neben der Interpretation einzelner Messzeitpunkte können somit Aussagen über den Verlauf der Weiterbildung und die Teilnehmer getroffen werden.

Die geringe Anzahl der Befragten, welche sich aus der Teilnehmerbeschränkung ergibt, limitiert die Generalisierung der Ergebnisse. In Hinblick auf die Entwicklung der Weiterbildung verglichen mit früheren Jahrgängen, lassen sich jedoch fundierte Aussagen treffen. Folglich bestätigt die Evaluation der fünften Weiterbildung „Experienced Involvement“ die meisten Resultate der davorliegenden Befragungen und validiert somit die gefundenen Ergebnisse.

4.4 Vergleich vorheriger Studiengänge (2012-2016)

Die Anzahl Teilnehmenden ist über die drei Messzeitpunkte hinweg etwas höher als in vergangenen Jahren. Das durchschnittliche Alter ist im Studiengang 2018 im Vergleich zu den Jahren zuvor weiter gesunken. Mit 38.6 Jahren war es ca. ein Jahr niedriger als im Studiengang 2016, zwei Jahre niedriger als 2014 und 4 Jahre niedriger als 2012. Dies zeigt auch das Durchschnittsalter von knapp 44.5 Jahren aus einer Studie [6], bei welcher die Teilnehmenden aller EX-IN Studiengänge in der Schweiz (auch die von Pro Mente Sana) zwischen 2010-2016 einbezogen wurden. Das bedeutet auch, dass Menschen mit eigener Krankheits- und Genesungserfahrung immer früher von der Peer-Arbeit erfahren und sich somit früher damit auseinandersetzen und sich dafür engagieren können.

Wie in den drei Studiengängen zuvor konnte 2018 eine hohe Zufriedenheit der Befragten bezüglich der EX-IN Weiterbildung verzeichnet werden. Auch erste praktische Erfahrungen als Peer wurden wie vorgängig als mehrheitlich positiv bewertet.

Auch im Jahr 2018 sank der Wunsch nach einer hochprozentigen Stelle im Verlauf der Befragungen ähnlich wie 2016 und 2014. Die Zahlen bezüglich des hauptsächlichlichen Einkommens nach der Weiterbildung sind ähnlich wie 2014, in beiden Studiengängen bezogen es ungefähr der Hälfte der Teilnehmenden durch ihre Tätigkeit als Peers. Anders war es im Jahr 2016, damals lebten die meisten von ihnen auch nach der Weiterbildung hauptsächlich von der IV-Rente. Der körperliche Gesundheitszustand hat im Jahr 2018 im Verlauf der Zeit abgenommen, ähnlich wie in den Jahren zuvor. Während die psychische Gesundheit 2016 bei der Endbefragung tiefer eingeschätzt wurde als bei der Ausgangsbefragung, war 2018 das Gegenteil der Fall. Dieser wünschenswerte Verlauf könnte zum einen durch individuelle Persönlichkeitsfaktoren begründet werden, kann aber auch für eine positive Entwicklung der Auswirkungen der EX-IN Weiterbildung sprechen.

Die Teilnehmenden haben im Studiengang 2018 in ihrer Einschätzung bezüglich der Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung jeweils eine Steigerung der Werte über den Zeitraum der Weiterbildung verzeichnen können. Dies war im Jahre 2016 bei keinen der drei Phänomenen der Fall. Im Vergleich dazu ist die Entwicklung im aktuellsten Studiengang ist sehr erfreulich. Bezüglich der Recoveryorientierung sind im Jahre 2016 und 2018 deutlich Parallelen ersichtlich, die Verläufe sind jeweils gipfelförmig mit dem tiefsten Wert bei der Endbefragung. Während die Stigmaresistenz 2016 jedoch kontinuierlich abnimmt, kann 2018 eine Zunahme im Verlauf der Weiterbildung verzeichnet werden. Gesamthaft kann gesagt werden, dass die Ergebnisse der Befragungen aus dem Studiengang 2018 verglichen mit jenen von 2016 positiv bewertet werden kann. Die bereits erwähnte Studie [6] aller Studiengänge in der Schweiz von 2010-2016 zeigt, dass sich mit einer genügend grossen Stichprobe die Bereiche Recovery, Introspektion und Stigmaresistenz über zwei Messzeitpunkte signifikant verbesserten. Dies zeigt nochmals, dass die Ergebnisse der vorliegenden Evaluation in eine ähnliche Richtung hinweisen, aber durch die zu kleine Stichprobe grösseren Verzerrungen unterworfen ist.

5 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 (WHO), *Mental health action plan 2013-2020.* 2013, World Health Organization
3. World Health Organization (WHO), *Creating peer support groups in mental health and related areas 2017,* Mental Health Policy and Service Development Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization.
4. Utschakowski, J., [*Training experienced involvement-pro*]. *Psychiatrische Praxis*, 2012. **39**(5): p. 202.
5. Hegedüs, A., E. Seidel, and R. Steinauer, *Participants' employment status and experiences in the year after the Experienced Involvement training.* *Int J Soc Psychiatry*, 2016. **62**(3): p. 214-20.
6. Hegedüs, A., et al., *Peer support worker training: Results of the evaluation of the Experienced Involvement training programme in Switzerland and Germany.* *Int J Ment Health Nurs*, 2020.
7. *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.
8. Bullinger, M. and I. Kirchberger, *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand.* , ed. Hogrefe. 1998, 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. Ritscher, 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.
13. Penley, J.A., J. Tomaka, and J.S. Wiebe, *The Association of Coping to Physical and Psychological Health Outcomes: A Meta-Analytic Review.* *Journal of Behavioral Medicine*, 2002. **25**(6): p. 551-603.