



# Zwischenbericht

Evaluation Weiterbildung Experienced Involvement 2022

**Dr. Christian Burr, Nora Ambord, Dr. Anna Hegedüs**

**Version 1.0 / 26.06.2025**

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
1 Hintergrund	5
2 Fragestellungen	5
3 Methode	5
3.1 Design	5
3.2 Stichprobe	6
3.3 Instrumente	6
3.4 Datenauswertung	6
3.5 Datenschutz und ethische Überlegungen	7
4 Ergebnisse	7
4.1 Merkmale der Teilnehmenden	7
4.1.1 Soziodemografische Merkmale	7
4.1.2 Allgemeine soziale Situation vor Beginn der Weiterbildung	8
4.1.3 Beschäftigungssituation vor Beginn der Weiterbildung	8
4.1.4 Psychiatrische Behandlung und Krankengeschichte	8
4.2 Zufriedenheit mit der Weiterbildung	9
4.2.1 Zufriedenheit mit der Weiterbildung (Curriculum)	9
4.2.2 Ideen zur Verbesserung	9
4.3 Erfahrungen mit Peer-Tätigkeit vor und nach der WB	9
4.4 Berufliche Entwicklung	10
4.4.1 Berufliche Perspektive	10
4.4.2 Beschäftigungssituation	10
4.4.3 Hauptsächliches Einkommen	10
4.5 Gesundheitszustand	11
4.6 Selbstwirksamkeit, Selbstbeobachtung, Stigmaresistenz, Hoffnung und Recovery	11
5 Diskussion	12
5.1 Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse im Vergleich mit den vorherigen Weiterbildungen	12
5.2 Soziodemografische Angaben	13
5.3 Berufliche Situation und Perspektiven	13
5.4 Curriculum	14
5.5 Gesundheitszustand, Selbstwirksamkeit, Selbstbeobachtung, Stigmaresistenz, Hoffnung und Recovery	14
5.6 Stärken und Schwächen der Evaluation	15
6 Literaturverzeichnis	15
7 Versionskontrolle	17

## **Dank**

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

## Zusammenfassung

Die Weiterbildung Experienced-Involvement (EX-IN) wurde 2022-2024 zum siebten Mal durchgeführt und begleitend evaluiert. Ziel dieser Weiterbildung ist es, Menschen mit der Erfahrung einer psychischen Erkrankung auszubilden und zu ermöglichen, dass sie in psychiatrischen Institutionen als „Expert\*innen aus Erfahrung“ eingesetzt werden können.

Die Evaluation liefert Antworten auf folgende Fragen: Erfüllt die Weiterbildung die Erwartungen der Teilnehmenden? Verändern sich die Recovery-Orientierung, 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?

Nachdem der Kurs 2020 durch die Corona Pandemie nicht regulär durchgeführt werden konnte (verlängerter Zeitraum, Module teilweise verschoben, ein Teil der Weiterbildung fand Online statt), fand der von 2022 wieder in der gewohnten Form und Länge statt. Trotzdem sind die Vergleiche mit dem Kurs 2020 mit Vorsicht zu interpretieren.

Die Evaluation erfolgte mit quantitativen Erhebungsmethoden in Form einer schriftlichen Befragung zu zwei verschiedenen Zeitpunkten. Geplant ist eine weitere schriftliche Befragung ein Jahr nach Weiterbildungsabschluss.

18 von 20 Teilnehmenden haben die Weiterbildung im Jahre 2022 abgeschlossen. Zu Beginn der Ausbildung retournierten 16 Personen die Fragebögen, am zweiten Messzeitpunkt - am Ende der Ausbildung - 13 Personen. Das Alter der Teilnehmenden lag im Durchschnitt bei 37.8 Jahre und der Anteil an weiblichen Teilnehmerinnen war mit etwas über 80 % etwas höher als im langjährigen Durchschnitt.

Die Teilnehmenden waren grundsätzlich zufrieden mit der Aufteilung der Theorie und Praxis in der Weiterbildung. Es gibt aber auch Hinweise für noch mehr Praxisbezug und mehr Zeit für die Vertiefung von Inhalten. Die Beschäftigungssituation unterschied sich zu den vorherigen Evaluationen insbesondere durch die hohe Anzahl an Teilnehmenden mit einer Anstellung und gleichzeitig mit einer Rente sowie auch einer nur leichten Reduktion dieser beiden Aspekte über die Zeit. Wie in den vorhergehenden Studiengängen, war zu Beginn der Wunsch nach einer hochprozentigen Anstellung gross, sank dann aber im Verlaufe der Weiterbildung. Bezüglich des Gesundheitszustands gab es weniger Unterschiede im Vergleich mit dem langjährigen Durchschnitt, wobei die psychische Gesundheit zu Beginn sehr hoch war und sich im Verlaufe dann überdurchschnittlich stark verschlechterte. Die Ergebnisse der standardisierten Fragebögen zu Selbststigma, Recovery-Orientierung, Selbstbeobachtung und -wirksamkeit sowie Hoffnung waren bezüglich den Ausgangswerten sowie auch den Veränderungen über die Zeit denen der letzten Weiterbildungen sehr ähnlich, auch wenn es einzelne Abweichungen gibt, wobei die Ergebnisse in der Tendenz eher schlechter ausfielen als in den Evaluationen zuvor.

# 1 Hintergrund

Internationale und nationale Policy-Dokumente 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, wurden in der Schweiz die ersten beiden Durchgänge des Weiterbildungsstudiengangs Experienced Involvement (EX-IN) in den Jahren 2010 und 2012 an der Berner Fachhochschule (BFH), Fachbereich Gesundheit, durchgeführt. Seit 2014 wird EX-IN vom Verein EX-IN Bern in Kooperation mit der Pro Mente Sana (PMS) und seit 2017 von EX-IN Schweiz (vormals EX-IN Bern) alleine angeboten. Seit 2020 bietet die Organisation «Positiv Verändere» eine EX-IN Weiterbildung an. Bis her konnten dort zwei Studiengänge abgeschlossen werden. Der Kernpunkt der EX-IN Weiterbildung 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 „Expert\*Innen aus Erfahrung“ systematisch vorzubereiten.

Alle bisher stattgefundenen EX-IN Weiterbildungen von EX-IN Bern, Schweiz und PMS wurden wissenschaftlich evaluiert und lieferten wichtige Daten zu den Auswirkungen von EX-IN auf die Studierenden. Die Ergebnisse der Evaluation um 2016 verdeutlichen zum Beispiel, dass sich die berufliche Situation der Absolvent\*Innen 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 Expert\*In aus Erfahrung [5].

## Ziele der Weiterbildung

Durch den praktischen Einsatz der AbsolventInnen 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 Nutzenden Orientierung 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 durchgeführt und neu wurden alle Module von zwei Dozent\*innen 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 die EX-IN Weiterbildung erneut evaluiert.

# 2 Fragestellungen

Die Evaluation liefert Angaben zu folgenden Fragen:

1. Welche soziodemografischen, krankheits- und behandlungsbezogenen Merkmale haben die Teilnehmenden?
2. Verändern sich Gesundheitszustand, Recovery-Orientierung, 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?

# 3 Methode

## 3.1 Design

Die Evaluation erfolgte mit quantitativen Erhebungsmethoden, die an die bisherigen Evaluationen von EX-IN angepasst waren. Es fanden zwei schriftliche Befragungen (zu Beginn und nach Abschluss der Weiterbildung) statt.

### 3.2 Stichprobe

Alle Teilnehmenden der Weiterbildung EX-IN wurden schriftlich über die Durchführung einer Evaluation informiert und zur Teilnahme angefragt. Die Teilnahme erfolgte anonym und freiwillig.

### 3.3 Instrumente

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

In einem **selbst entwickelten Fragebogen (Frabo)** haben wir die Zufriedenheit mit dem Curriculum in Bezug auf Theorie- und Praxisbezug sowie Änderungsvorschläge erhoben und die bisherigen Erfahrungen in Peertätigkeiten erfragt.

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 [7]. 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 [7].

Zur Erfassung der Recovery-Orientierung verwendeten wir die **RAS** (Recovery Assessment Scale) [8, 9]. Der Fragebogen umfasst 24 Fragen mit Antwortmöglichkeiten auf einer fünfstufigen Likert-Skala.

**ISMI** (Internalized Stigma of Mental Illness Inventory) [10] lieferte uns Angaben zur Stigmaresistenz der Teilnehmenden. Der 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** [11] wurde zur Erfassung der Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung verwendet. Er besteht aus 26 Fragen, 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 Datenauswertung

Die quantitativen Daten der Fragebögen haben wir mittels Excel und SPSS 24 erfasst und deskriptiv ausgewertet. Wir berechneten individuelle Veränderungen mittels t-Tests für abhängige und gepaarte Stichproben oder den Wilcoxon-Test bei nicht-normalverteilten Variablen. Unterschiede waren statistisch signifikant, wenn der p-Wert  $\leq .05$  war. Abhängige und gepaarte Stichprobe bedeutet, dass bei den Vergleichen der Werte der beiden Messzeitpunkte, nur die Daten der Teilnehmenden einbezogen wurden, die bei beiden Messzeitpunkten der Evaluation vorlagen.

### 3.5 Datenschutz und ethische Überlegungen

Es wurde bei der Kantonalen Ethikkommission Bern eine Zuständigkeitsabklärung eingeholt. Die Ethikkommission erklärte sich in ihrem Schreiben (Req-2020-00775) für diese Evaluation als nicht zuständig, da die Studie nicht unter das Humanforschungsgesetz (HFG) fällt. 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, erhielten alle Teilnehmenden 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 mitarbeiteten, sind der gesetzlichen Schweigepflicht unterstellt.

## 4 Ergebnisse

18 von 20 Teilnehmenden (90 %) haben im Jahr 2023 die Weiterbildung 2022 abgeschlossen. Zum Zeitpunkt t1 (vor Beginn der Weiterbildung) retournierten 16 Personen (80 % von n=20) die Fragebögen, zum Zeitpunkt t2 (nach Abschluss) waren es 13 (72 % von n = 18). Die Rücklaufquote bei t1 war gleich wie bei den beiden vorherigen Studiengänge und bei t2 deutlich höher als 2020 (n=9) aber ähnlich wie 2018 (n = 12).

### 4.1 Merkmale der Teilnehmenden

#### 4.1.1 Soziodemografische Merkmale

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden zu Beginn der Weiterbildung betrug 37.8 Jahre und war vier Jahre höher als im Studiengang 2020. Das Spektrum des Alters reichte von 26 bis 53 Jahre. 13 der 16 Teilnehmenden waren weiblich.

**Tabelle 1: Soziodemografische und weitere Merkmale der Teilnehmenden bei t1(n=16)**

Variable	Mittelwert (Min-Max)
Alter in Jahren	37.8 (26-53)
Variable	n (%)
Geschlecht	
männlich	3 (18.8)
weiblich	13 (81.2)
Zivilstand	
ledig	11 (68.7)
verheiratet	4 (25.0)
geschieden	1(6.3)
Bildungsstatus (höchster Abschluss)	
Primarschule	2 (12.4)
Berufslehre	8 (50.0)
Höhere Fachschule	3 (18.8)
Hochschule	3 (18.8)
Variable	Mittelwert (Min-Max)
Beschäftigungsgrad in % (n=12)	44.6 (0-80)
Alter in Jahren bei der ersten psychiatrischen Behandlung	19.3 (12-35)
Alter in Jahren beim ersten stat. Aufenthalt	20.6 (15-29)

Anzahl der stat. Aufenthalte gesamt	8.3 (1-30)
Dauer des letzten stat. Aufenthaltes in Wochen	4.7 (0-26)
Zeit seit dem letzten stat. Aufenthalt bei WB-Start in Jahren	5.6 (0-19)

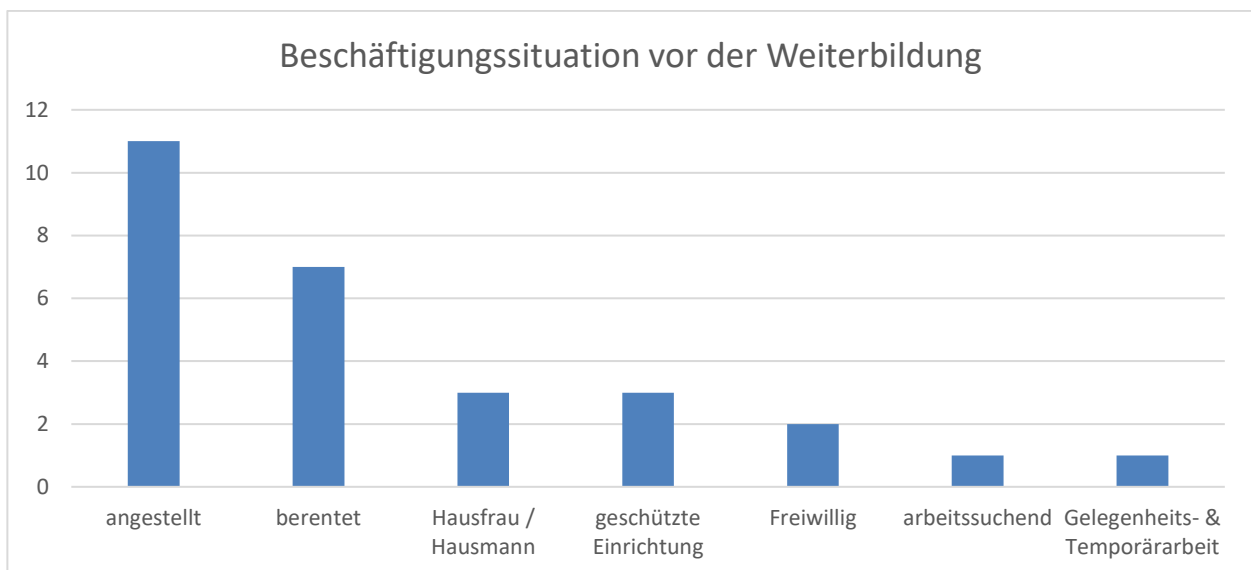
Acht Personen (50.0 %) gaben als höchsten erreichten Abschluss eine abgeschlossene Berufslehre an, je 3 (18.8 %) ein Abschluss an der höheren Fachschule oder Hochschule und bei zwei TN (12.5 %) war der höchste Abschluss die Primarschule (siehe Tabelle 1).

#### 4.1.2 Allgemeine soziale Situation vor Beginn der Weiterbildung

Acht Teilnehmende (50 %) gaben an allein zu leben, ein Viertel (n=4 / 25.0 %) gaben an mit Ehepartner\*in oder Lebensgefährt\*in oder mit Kindern zusammen zu leben. Hier waren Mehrfachantworten möglich. Elf Teilnehmende (68.8 %) waren ledig, vier (25.0 %) verheiratet und eine Person (6.3 %) gab an, geschieden zu sein.

#### 4.1.3 Beschäftigungssituation vor Beginn der Weiterbildung

Zur aktuellen Beschäftigungssituation wurden folgende Angaben gemacht (Mehrfachantworten möglich): 11 Personen (68.8 %) waren angestellt, 7 (43.8 %) berentet, jeweils 3 Teilnehmende (18.8 %) waren Hausfrau/Hausmann oder in einer geschützten Einrichtung tätig, zwei (12.5 %) gaben an Freiwilligenarbeit zu leisten und je eine (6.8 %) gab an arbeitssuchend zu sein oder einer Gelegenheits- oder Temporärarbeit nachzugehen (siehe Grafik 1). Der Beschäftigungsgrad der Befragten (n=12) lag zwischen 0 und 80 %; im Durchschnitt arbeiteten sie 44.6 %.



Grafik 1: Beschäftigungssituation bei t1

#### 4.1.4 Psychiatrische Behandlung und Krankengeschichte

Folgende Angaben wurden von den Teilnehmenden in Bezug auf die Diagnose ihrer psychischen Erkrankung gemacht: affektive Störungen (Depression, Bipolare Störung, Burn-Out), Angst- und Panikstörung, Persönlichkeitsstörung (Unspezifisch und Borderline Typ), Essstörungen (Anorexie, Bulimie), Schizophrenie und Psychose, posttraumatische Belastungsstörung und Dissoziative Störung, Suchterkrankung und Zwangsstörung. Am häufigsten wurden als Erstdiagnosen affektive Störungen genannt, gefolgt von Angst, Zwang und sonstige neurotische Störungen gefolgt von PTSD und Psychose/Schizophrenie. Alle gaben mehrere Diagnosen an.

Die erste psychiatrische Behandlung erfolgte bei den Teilnehmenden durchschnittlich mit 19.3 Jahren (Spannbreite: 12 bis 35) und der erste stationäre Aufenthalt mit 20.6 Jahren (15 bis 29). Die Teilnehmenden geben an, im Schnitt 8.3 Mal stationär aufgenommen worden zu sein. Die Anzahl der häufigsten Aufenthalte betrug 30, der tiefste Wert lag bei einem Aufenthalt. Im Durchschnitt lag der letzte stationäre Aufenthalt beim Start der Weiterbildung 5.6 Jahre zurück. Die Dauer des letzten Aufenthaltes betrug im Schnitt 4.7 Wochen (0-26). (siehe Tabelle 1)

Zu Beginn der Weiterbildung befanden sich ca. drei Viertel der TN (n=14) in regelmässiger Behandlung. Davon suchten rund zwei Drittel (n=10) eine\*n Psychiater\*in auf, ca. ein Viertel (n=4) nahmen ambulante psychiatrische Pflege in Anspruch und je ein Fünftel (n=3) konsultierten eine\*n Hausärzt\*in oder eine\*n Psychotherapeut\*in. Bei je zwei Personen war die Spitex resp. ein Klinikambulatorium involviert. Bei diesen Fragen war es möglich mehrfach Nennungen zu machen.

## 4.2 Zufriedenheit mit der Weiterbildung

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

### 4.2.1 Zufriedenheit mit der Weiterbildung (Curriculum)

Eine von 13 Teilnehmenden (7.7 %) befand den Anteil an Theorie zu tief und für zwölf war es gerade richtig. Beim Thema Praxisbezug waren es fünf (38.5 %), die ihn als zu tief befanden und acht (61.5 %) die ihn als gerade richtig eingestuft haben (siehe Tabelle 2). Keine Person fand die Theorie oder die Praxis zu viel.

**Tabelle 2: Zufriedenheit Aufteilung Theorie und Praxis (n=13)**

Variable / Einschätzung	Zu wenig	Grade richtig	Zu viel
Theorie; n (%)	1 (7.7)	12 (92.3)	0 (0)
Praxis; n (%)	5 (38.5)	8 (61.5)	0 (0)

### 4.2.2 Ideen zur Verbesserung

Die Teilnehmenden gaben die **Ideen für die Verbesserung des Studiengangs** in einem Freitextfeld an. Dabei gab es Rückmeldungen zu den folgenden Themenbereichen:

#### **Mehr Praxis:**

- Längere Praktika

#### **Mehr Theorie und konkrete Inhalte:**

- Grundsätzlich mehr Tiefe und Zeit bei den einzelnen Themen
- Begleitung von Suizidalität
- Selbst- und Fremdfürsorge (inkl. Abgrenzung)
- Angehörige begleiten
- Aufklärung über Wirkung und NW von Medikamenten

#### **Mehr Zeit für die folgenden Inhalte/Module:**

- Krisenintervention
- Suizidalität
- Stigma
- Recovery/ Empowerment

## 4.3 Erfahrungen mit Peer-Tätigkeit vor und nach der WB

Eine der Teilnehmenden hatten bereits vor der EX-IN Weiterbildung Erfahrungen mit einer Peertätigkeit in einem Wohnheim und vier Personen waren bereits in der Bildung als Expert\*in durch Erfahrung tätig gewesen. Bei der Befragung direkt nach der Weiterbildung gaben vier Teilnehmende an, Erfahrungen in der Peertätigkeit gemacht zu haben (ausserhalb der Praktika der WB). Im Bereich Politik war es eine Person und in der Bildung waren es sechs Personen. Die Frage bezüglich den Erfahrungen bei der Peerarbeit beantworteten acht Teilnehmende (also auch solche die nur im Rahmen der Praktika der WB Erfahrungen gesammelt hatten). Dabei gaben zwei (25 %) an ausschliesslich positive Erfahrungen gemacht zu haben und 6 (75 %) vorwiegend positive.

## 4.4 Berufliche Entwicklung

### 4.4.1 Berufliche Perspektive

Die Frage nach der beruflichen Perspektive wurde vor und nach der Weiterbildung gestellt (Tabelle 3; Mehrfachantworten). Vor Beginn wollten 56.3 % (n=9) der Teilnehmenden eine Anstellung von mehr als 50 % in der Rolle eines Peers erlangen. Nach Abschluss sank dieser Wert auf 38.5% (n=5) dafür stieg der Wunsch nach einer geringfügigen Beschäftigung von 43.8 % (n=7) vor Beginn auf 53.8 % (n=7) nach Abschluss so wie auch der Wunsch etwas für sich selbst zu tun (von 0 % (n=0) auf 30.8 (n=4). Das Arbeiten auf Honorarbasis sowie auch sich ehrenamtlich engagieren zu wollen blieb in etwa gleich.

**Tabelle 3: Berufliche Perspektiven vor und nach WB EX-IN**

	Vor der WB (n=16)		Nach der WB (n=13)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bezahlte Stelle (1/2 – voll)	9	56.3 %	5	38.5 %
geringfügige Beschäftigung (< als ½ Stelle)	7	43.8 %	7	53.8 %
auf Honorarbasis tätig werden	3	18.8 %	2	15.4 %
als Interessensvertretung arbeiten	-	-	1	7.7 %
sich ehrenamtlich engagieren	3	18.8 %	3	23.1 %
etwas für sich tun (keine spezielle Tätigkeit angestrebt)	-	-	4	30.8 %

Die Befragten wurden nach der WB auch bezüglich zukünftigen Beschäftigungswünschen als Peer befragt. Neun von zwölf gaben an als Peer-Mitarbeiterin oder Genesungsbegleiterin arbeiten zu wollen. Dabei wurden die beiden spezifischen Tätigkeiten Einzelgespräche führen und junge Menschen beraten in einer entsprechenden Einrichtung genannt. Bezüglich Settings wurde mehrmals Klinik aber auch die ambulante Versorgung genannt. Weiter wünschen sich Teilnehmende in die Prävention einzusteigen, beispielsweise mit Vorträgen an Schulen oder auch im Bildungsbereich.

### 4.4.2 Beschäftigungssituation

Bezüglich aktueller Beschäftigungssituation der Teilnehmenden (Mehrfachantworten) zeigte sich folgendes Bild (Tabelle 4). Vor der Weiterbildung gaben 11 Personen (68 %) an angestellt zu sein, eine (6.3 %) einer Gelegenheitsarbeit nachzugehen und drei in einer geschützten Einrichtung zu arbeiten. Drei (18.8 %) Personen gaben an sich als Hausfrau oder -mann zu engagieren und sieben (43.8 %) berentet zu sein. Im Vergleich zu den Angaben zum Messzeitpunkt nach der WB (t2) gab es keine relevanten Veränderungen. Die Angaben sind in Tabelle 4 vergleichend mit der Beschäftigungssituation der Teilnehmenden im Jahr 2020 dargestellt. Zum Beschäftigungsgrad machten 2022 bei t1 12 von 16 Teilnehmende (75 %) eine Angabe wobei dieser im Durchschnitt bei 44.6 % lag (0 – 80 %; [siehe auch Tabelle 1]). Bei t2 machten 8 der 13 Teilnehmenden (61.5 %) eine Angabe zum Beschäftigungsgrad, welcher mit 41.8 % (20-65 %) etwas tiefer lag als bei t1.

**Tabelle 4: Beschäftigungssituation Vergleich der Weiterbildungen 2020 und 2022 vor (t1) und nach (t2) EX-IN**

	2020 (t1)		2022 (t1)		2020 (t2)		2022 (t2)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
angestellt	4	26.7	11	68.8	3	33.3	7	63.6
selbständig erwerbend	-	-	-	-	5	55.6	-	-
Gelegenheitsarbeit	2	13.3	1	6.3	-	-	1	9.1
Hausfrau/Hausmann	3	20.0	3	18.8	3	33.3	2	18.2
Freiwilligenarbeit	-	-	2	12.5	2	22.2	1	9.1
arbeitssuchend	3	20.0	1	6.3	2	22.2	1	9.1
geschützte Einrichtung	3	20.0	3	18.8	-	-	1	9.1
Berentet	5	33.3	7	43.8	2	22.2	4	36.4

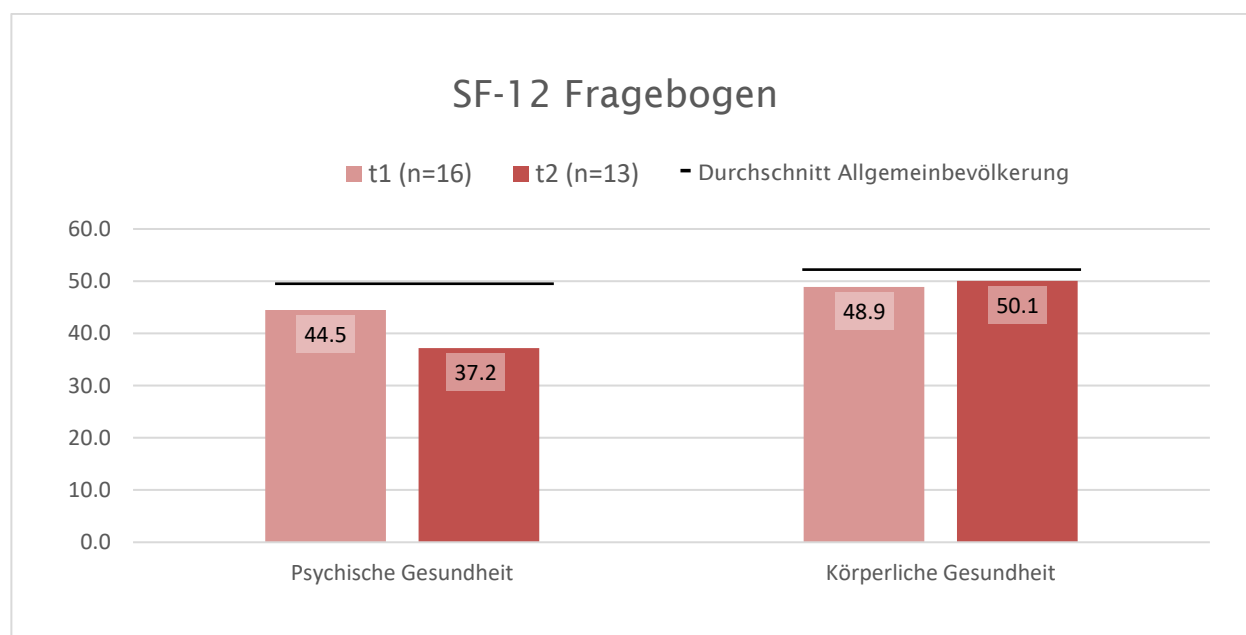
### 4.4.3 Hauptsächliches Einkommen

Vor Beginn der Weiterbildung (n=16) bezogen vier Teilnehmende (25.0 %) das hauptsächlich Einkommen vom Lohn sowie vom IV-Taggeld. Eine Person (6.3 %) erhielt nur eine IV-Rente, sechs (37.5

%) zusätzlich noch Ergänzungsleistungen und eine (6.3 %) Person Arbeitslosengeld. Nach der Weiterbildung (n=12) gaben drei Befragte (25.0 %) an, dass das hauptsächlich Einkommen vom Lohn kommt. Bei sieben (58.3 %) war das hauptsächlich Einkommen die IV-Rente und Ergänzungsleistungen und bei je einer (8.3 %) Person die IV-Rente oder das IV-Taggeld. Bei den Personen die den Lohn als hauptsächlich Einkommen angaben, wurde noch gefragt, ob dieser aus der Arbeit als Peer oder einer anderen Arbeit kommt. Vor der Weiterbildung (n=4) gaben alle an (100 %), dass der Lohn aus einer anderen Arbeit als der Peerarbeit stammt. Nach der Weiterbildung (n=3) gab eine Person (33.4 %) die Peerarbeit als Lohnarbeit an.

#### 4.5 Gesundheitszustand

Die Werte der psychischen resp. körperlichen Gesundheit der Teilnehmenden waren vor dem Start der Weiterbildung mit 44.5 resp. 48.9 deutlich tiefer im Vergleich mit den Werten der Weiterbildung 2020. Wie üblich in den Vorjahren (ausser 2020) sank der Wert bei der psychischen Gesundheit deutlich und bei der körperlichen Gesundheit leicht (Grafik 2).



Grafik 2: Mittelwerte SF-12 Fragebogen psychische und körperliche Gesundheit

Die Reduktion des Wertes bei der psychischen Gesundheit von t1 zu t2 ist statistisch signifikant (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Mittelwertvergleich-Test SF-12 psychische und körperliche Gesundheit (n = 12)\*

Fragebogen	Mittelwert t1 (SD)	Mittelwert t2 (SD)	n im Test*	p-Wert
Körperliche Gesundheit SF-12	48.2 (6.8)**	49.4 (7.3)**	12	.610
Psychische Gesundheit SF-12	44.5 (8.9)**	36.9 (13.3)**	12	.010

\* Anzahl TN berücksichtigt im t-Test mit verbundener Stichprobe

\*\* Mittelwerte können von der Graphik 2 abweichen, da nur die Werte des t-Test mit verbundener Stichprobe berücksichtigt (n = 12)

#### 4.6 Selbstwirksamkeit, Selbstbeobachtung, Stigmaresistenz, Hoffnung und Recovery

Die Mittelwerte der Einschätzung der Selbstbeobachtung (t1: 27.6; t2: 28.9) und Selbstwirksamkeit (t1: 31.6; t2: 32.5) verbesserten sich zwischen den beiden Messzeitpunkten leicht. Bei den Werten der Stigmaresistenz (t1: 16.9; t2: 16.8) gab es keine Veränderung, wogegen die Werte bei Hoffnung (t1: 42.3; t2: 40.5) und Recovery-Orientierung (t1: 92.9; t2: 91.2) leicht sanken. Alle Veränderungen waren statistisch nicht signifikant (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Mittelwertvergleich-Tests standardisierte Fragebögen: FERUS, ISMI und RAS

Fragebogen	Mittelwert t1 (SD) *	Mittelwert t2 (SD)	n im Test**	p-Wert
Selbstbeobachtung FERUS	27.6 (4.3)	28.9 (3.5)	13	***.134
Selbstwirksamkeit FERUS	31.6 (5.1)	32.5 (5.7)	13	***.474
Hoffnung FERUS	42.2 (6.4)	40.5 (6.0)	13	***.167
Stigmaresistenz ISMI	16.9 (2.6)	18.4 (1.2)	13	***.436
Recovery RAS	91.9 (10.6)	91.2 (12.8)	13	.762

\* Mittelwerte können von der Graphik 2 abweichen, da in Tabelle 7 nur die Werte des t-Test mit verbundener Stichprobe berücksichtigt wurden (n = 13)

\*\* Anzahl TN berücksichtigt im Test mit verbundener Stichprobe

\*\*\* nicht normalverteilte Daten / Wilkoxon-Test

## 5 Diskussion

### 5.1 Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse im Vergleich mit den vorherigen Weiterbildungen

Der Jahrgang 2022 der Weiterbildung EX-IN reihte sich bezüglich soziodemografischer Daten (u.a. Alter, Geschlecht) und der Beschäftigungsverhältnisse (u.a. Berentet und selbständig Erwerbend) gut in die Ergebnisse der Jahrgänge 2018 und davor ein. Damit scheinen die teilweise deutlichen Abweichungen der Daten der Evaluation des Studiengangs 2020 (Durchschnittsalter 33.7 Jahre, 93.3 % weibliches Geschlecht) einmalig zu sein. Auch die Zufriedenheit mit der Weiterbildung in Bezug auf Theorie- und Praxis stieg nach 2020 wieder etwas an und war vergleichbar mit den vorherigen Kursen. Die etwas tiefere Zufriedenheit der WB 2020 kann damit allenfalls mit der Corona-Pandemie begründet werden, die einen starken Einfluss auf die Durchführung hatte. Insgesamt muss in der ganzen Evaluation berücksichtigt werden, dass bei solch eher kleinen Gruppen auch grössere Unterschiede zwischen diesen zu erwarten sind. Zum anderen lässt das Selektionsverfahren für die Zulassung zum Studiengang auch solche individuellen Unterschiede zu, da es nicht nur an harten Fakten orientiert ist, sondern auch subjektive Kriterien zulässt.

Im Vergleich mit den früheren Studiengängen zeigt sich nach dem starken Abfall im 2020 der leichte Trend zu einem tieferen Alter (2018: 38.6 Jahre; 2022: 37.8) und die stabile Verteilung des Geschlechts mit einem Drittel bis einem Viertel weiblicher Teilnehmenden fortzusetzten (2018: 75%; 2010-2016 [12]: 68%). Die vergangene Zeit seit dem letzten stationären Aufenthalt bei Weiterbildungsstart ist vergleichbar mit den Daten von 2020 sowie 2016-2010. Die 8.3 Jahre bei der WB 2018 scheinen da eine Ausnahme darzustellen.

Bezüglich Beschäftigungssituation gaben 2022 im Vergleich mit den Vorjahren deutlich mehr Personen an angestellt zu sein (2022: 68.8%; 2020: 9.1%; 2010-2016 [12]: 28.8%) aber auch eine Rente zu beziehen (2022: 43.8 %; 2020: 33.3%) und deutlich weniger an Arbeit zu suchen (2022: 6.8%; 2020: 20%). Bei den anderen Aspekten gab es keinen nennenswerten Veränderungen. Im Verlaufe der Weiterbildung sank der Anteil der Angestellten leicht (von 68.8% auf 63.6%) wie auch der TN mit einer Rente (von 43.8% auf 36.4%). Bei den TN mit Rente verhielt es sich 2020 ähnlich, wohingegen der Anteil der Angestellten im Verlauf der WB etwas anstieg.

Die Werte der körperlichen resp. psychischen Gesundheit der Teilnehmenden unterschieden sich vor dem Start der Weiterbildung deutlich von denen der Weiterbildung 2020. Der Wert der körperlichen Gesundheit lag mit 48.9 deutliche unter den 53.7 von 2020 resp. der der psychischen Gesundheit mit 44.9 deutlich über den 40.9 von 2020. Die Veränderung über die Zeit verlief bei den Werten zur psychischen Gesundheit ähnlich wie 2020 in dem sie sanken, wobei die Reduktion im Jahr 2022 deutlich stärker ausfiel (2020: von 40.9 auf 38.4; 2022: von 44.9 auf 37.2). Die Werte der körperlichen Gesundheit veränderten sich 2022 fast nicht wohingegen 2020 eine deutliche Reduktion zu verzeichnen war (von 53.7 auf 50.8). Im Vergleich mit der Evaluation 2010-2016 [12] waren der Wert der psychischen Gesundheit 2022 bei t1 sehr ähnlich, die starke Reduktion im Verlauf so aber nicht vergleichbar,

wohingegen die Werte der körperlichen Gesundheit nahezu identisch mit der Evaluation 2010-2016 sind.

Bei den Werten zu Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit, Hoffnung, Stigmaresistenz sowie Recovery konnte keine signifikante Veränderung über die Zeit beobachtet werden und die Ergebnisse liegen im ähnlichen Bereich wie 2020. Bezüglich Hoffnung, Selbstwirksamkeit und Selbstbeobachtung decken sich diese Ergebnisse mit denen der Evaluation 2010-2016 [12]. Bei Stigmaresistenz und Recovery konnte bei letzterer signifikant Verbesserung nachgewiesen werden, die sich bei der vorliegenden Evaluation nicht gezeigt haben.

## 5.2 Soziodemografische Angaben

Wie sich seit dem Beginn der Evaluation zeigt, sank das Alter der Studiengangsteilnehmenden auch in diesem Jahrgang weiter, wobei die 33.7 Jahren aus dem Jahr 2020 als ein Ausreisser nach unten zu interpretieren sind. Mit den 37.8 Jahren in der vorliegenden Evaluation ist es um etwas mehr als 10 Jahre gesunken seit dem Beginn 2010. Diese Tendenz zeigt, dass der Studiengang aus der Pionierphase hinausgewachsen ist und immer mehr auch jüngere Personen bekannt ist, die allenfalls noch einen nicht so langen Genesungsprozess hinter sich haben. Der bisher gezeigte deutlich grössere Anteil an weiblichen Personen, die die EX-IN Weiterbildung besuchen zeigte sich auch in diesem Studiengang wieder. Das ist nicht ganz überraschend, zeigen sich ähnliche Tendenzen beispielsweise auch bei Recovery College Kursen [13, 14] und es ist hinlänglich bekannt, dass Männer Gesundheitsdienstleistungen deutlich weniger häufig in Anspruch nehmen als Frauen [15]. Der hohe Anteil an gesprächsbasierten Austauschformen, Reflexion und Selbsterfahrung in der Weiterbildung scheint die Hürden resp. «blinden» Flecken bei den Männern zu unterstützen die von Whitley [15] als Hindernisse beschrieben werden. Grundsätzlich sollte darüber nachgedacht werden, wie für solche Kurse mehr Männer gewonnen werden können und allenfalls was beim EX-IN Kurs dahingehend angepasst werden müsste.

## 5.3 Berufliche Situation und Perspektiven

Zu Beginn der Weiterbildung gaben deutlich mehr Teilnehmende an angestellt und berentet zu sein als 2020 (siehe Tabelle 4). Im Verlauf bis t2 sanken dann beide Werte leicht wie auch der Beschäftigungsgrad von 44.6% auf 41.8%. Diese Ergebnisse sind etwas schwierig zu interpretieren, würde man doch annehmen, dass bei einem hohen Anteil an Angestellten der Anteil der Berenteten tiefer ist und wenn der Anteil der Angestellten sinkt, der der Berenteten steigt. Allenfalls hatten mehr Personen eine Teilrente und daneben eine Arbeit im angestellten Verhältnis. Trotzdem ist der hohe Anteil an Teilnehmenden, die in einem angestellten Arbeitsverhältnis standen, positiv zu werten und kann als ein Zeichen gesehen werden, dass die Weiterbildung andere Menschen anzieht als noch zu Beginn, als es vor allem ältere schon länger mit psychischen Problemen konfrontierte Personen waren. Zudem widerspiegeln diese Resultate eine Tendenz, wie es in einer gemeinsamer Untersuchung acht bisheriger EX-IN Studiengänge in der Schweiz sowie eines Studiengangs aus Deutschland gezeigt werden konnte [12].

Bezüglich des hauptsächlichen Einkommens zeigt sich ein etwas anderes Bild. Im Vergleich zu 2020 lag der Anteil an TN die den Lohn als hauptsächliches Einkommen angaben, etwas tiefer (25% vs. 33%). Im Verlauf änderte es sich bei der vorliegenden Untersuchung nicht, im Gegensatz zu 2020, wo es von 33% auf 50% stieg. Der Anteil der Personen, die beim Lohn angaben, dass er von der Peer-Arbeit stammt, lag zu Beginn bei 0 % und steigt danach auf 33.4 %, was vergleichbar mit den Resultaten aus dem Jahr 2020 ist. Auch wenn es erfreulich ist, dass die EX-IN Weiterbildung dazu beiträgt, dass es Teilnehmende gibt, die schon während dieser eine Anstellung als Peer erhalten und ihr hauptsächliches Einkommen von der Peer-Arbeit stammt, sind diese Werte immer noch sehr tief und es scheint da in den letzten Jahren auch keine grossen Veränderungen gegeben zu haben. Diese Zahlen decken sich mit dem Eindruck der Autor\*innen und deren beruflichen Umfeld, dass die Peer-Arbeit in den Institutionen etwas am Stagnieren ist und in den letzten Jahren wenig neue Stellen geschaffen wurden.

Parallel zu dieser Entwicklung sind ähnliche Ergebnisse bezüglich der Erwartungen der Teilnehmenden an ihre berufliche Zukunft zu sehen. Die anfänglich hohe Erwartung eine Vollzeit-Stelle nach Abschluss

von EX-IN zu erhalten, sank während der Weiterbildung. Dies war auch schon bei den bisherigen Weiterbildungen der Fall. Die meisten Teilnehmenden streben nach Ende der Weiterbildung eine Teilzeitanstellung oder auf Honorarbasis zu arbeiten an. Dies kann damit zusammenhängen, dass der Studiengang auch hilft, die Erwartungen mit den eigenen Möglichkeiten in Einklang zu bringen und sich die Erwartungen diesbezüglich verändern. Spannend zu sehen ist, dass 2022 der Anteil der Teilnehmenden die angaben, etwas für sich selber tun zu wollen (keine spezielle Tätigkeit) im Verlaufe der Weiterbildung stark gestiegen ist (von 0 auf 30.8%) was so bisher als ein einzigartiges Resultat bezeichnet werden kann im Vergleich mit den Vorjahren. Es bleibt zu beobachten, ob dies ein Einzelfall bleibt oder den Beginn einer Veränderung darstellt.

#### **5.4 Curriculum**

Im hier evaluierten Studiengang waren die Teilnehmenden grundsätzlich sehr zufrieden mit dem Theorie- und Praxisanteil in der Weiterbildung. Im Gegensatz zu den vorherigen Kursen wurde insbesondere mehr Praxis (38.5%) und längere Praktika gewünscht. Diese Themen sollten beobachtet werden und je nach den Ergebnissen der nächsten Evaluationen allenfalls aufgenommen werden. Im Gegensatz zu den quantitativen Resultaten zeigte sich bei den Ideen für Verbesserung, dass ein Wunsch für mehr Zeit und Vertiefung der theoretischen Inhalte besteht. Inhaltlich wurden auch wieder neue Themen genannt (z.B. Begleitung von Suizidalität, Selbst- und Fremdfürsorge oder Angehörige begleiten). Allenfalls könnten bei einer zusätzlichen Evaluation des Curriculums ALLE verschiedenen genannten Themen der letzten Evaluationen einbezogen werden.

#### **5.5 Gesundheitszustand, Selbstwirksamkeit, Selbstbeobachtung, Stigmaresistenz, Hoffnung und Recovery**

Die Werte der körperlichen resp. psychischen Gesundheit der Teilnehmenden unterschieden sich vor dem Start der Weiterbildung deutlich von denen der Weiterbildung 2020. Der Wert der körperlichen Gesundheit lag mit 48.9 deutlich unter den 53.7 von 2020 resp. der der psychischen Gesundheit mit 44.9 deutlich über den 40.9 von 2020. Die Veränderung über die Zeit verlief bei den Werten zur psychischen Gesundheit ähnlich wie 2020 in dem sie sanken, wobei die Reduktion im Jahr 2022 deutlich stärker ausfiel (2020: von 40.9 auf 38.4; 2022: von 44.9 auf 37.2). Die Werte der körperlichen Gesundheit veränderten sich 2022 fast nicht, wohingegen 2020 eine deutliche Reduktion zu verzeichnen war (von 53.7 auf 50.8). Im Vergleich mit der Evaluation 2010-2016 [12] waren der Wert der psychischen Gesundheit 2022 bei t1 sehr ähnlich, die starke Reduktion im Verlauf so aber nicht vergleichbar, wohingegen die Werte der körperlichen Gesundheit nahezu identisch mit der Evaluation 2010-2016 sind. Es scheint daher, dass die Resultate der vorliegenden Evaluation in etwa dem Muster der bisherigen entsprechen und die Evaluation 2020 hier eine Ausnahme bildet, die damals mit der Corona-Pandemie sowie einzelner Teilnehmenden mit körperlichen Beschwerden begründet wurde. Die Reduktion der psychischen Gesundheit, die sich als allgemeines Muster über fast alle Evaluationen gezeigt hat, kann als ein Zeichen der Belastung während der Weiterbildung interpretiert werden. Dies sollte bei der Durchführung weiterer Kurse berücksichtigt und allfällige Massnahmen zur Unterstützung der psychischen Gesundheit und dem Umgang mit der Belastung angedacht werden.

Bei den Werten zu Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit, Hoffnung, Stigmaresistenz sowie Recovery konnte keine signifikante Veränderung über die Zeit beobachtet werden und die Ergebnisse liegen im ähnlichen Bereich wie 2020. Bezüglich Hoffnung, Selbstwirksamkeit und Selbstbeobachtung decken sich diese Ergebnisse mit denen der Evaluation 2010-2016 [12]. Bei Stigmaresistenz und Recovery konnte bei der WB 2020 signifikante Verbesserung nachgewiesen werden, die sich bei der vorliegenden Evaluation nicht gezeigt haben. Dies kann eine natürliche Schwankung darstellen oder könnte auch mit den eher hohen Ausgangswerten der Skalen bei t1 zu tun haben. Allenfalls deuten auch diese Resultate darauf hin - wie schon die bei der beruflichen Situation und Perspektiven - dass sich die Teilnehmenden Population der Weiterbildung verändern in die Richtung von Personen, die schon weiter fortgeschritten sind im Recovery-Prozess oder anderen Aspekten der Gesundheitskompetenz.

Die weiteren gesundheitsbezogenen Daten wie Alter in Jahren bei der ersten psychiatrischen Behandlung, beim ersten stationären Aufenthalt, der Anzahl an stationären Behandlungen insgesamt, der Dauer des letzten Aufenthaltes sowie der Zeit seit dem letzten Aufenthalt bei Start der Weiterbildung

in Jahren zeigen sich im Vergleich mit 2020 einige Unterschiede. Insbesondere das Alter bei der ersten Behandlung insgesamt resp. der ersten stationären Behandlung war in der vorliegenden Evaluation fast resp. etwas mehr als 3 Jahre tiefer als 2020. Dafür betrug die Dauer des letzten Aufenthalts mit knapp 5 Wochen nur die Hälfte der Dauer von 2020. Unter Berücksichtigung der Daten der Evaluation 2010-2016 zeigt sich hier eine Tendenz eines immer tieferen Alters bei der ersten (stationären) Behandlung. Im Schnitt sind die Werte um 5-6 Jahre tiefer bei den Werten von 2022 und 2020 im Vergleich mit den Werten von 2010-2016. Die anderen Werte sind mehr oder weniger unverändert.

Zu guter Letzt kann an dieser Stelle auch noch auf die erste Umfrage bei Peer-Mitarbeitenden in der Schweiz hingewiesen werden, bei welcher alle Teilnehmenden (n=54) eine EX-IN Weiterbildung absolviert haben [16, 17]. Die Ergebnisse zeigen trotz einiger Herausforderungen bei der Integration in das Arbeitsumfeld eine hohe Arbeitszufriedenheit der Peer-Mitarbeitenden. Dies kann als Indikator gedeutet werden, dass die EX-IN Weiterbildung die Teilnehmenden gut auf die Arbeit im psychiatrischen Feld vorbereitet.

## 5.6 Stärken und Schwächen der Evaluation

Die Evaluation Weiterbildung „Experienced Involvement“ 2022 bestätigt die meisten Resultate der vorherigen Befragungen und validiert somit die dort gefundenen Ergebnisse. Einige aussergewöhnliche Ergebnisse der Evaluation 2020 sollten im Kontext der besonderen Situation der Corona-Pandemie betrachtet werden.

Die verwendeten Erhebungsinstrumente sind weitgehend international bzw. im deutschsprachigen Raum verbreitet. Wir haben standardisierte und überprüfte Fragebögen zur Messung der psychischen Gesundheit, aber auch der Recovery-Orientierung, Selbststigmatisierung, Selbstbeobachtung, Selbstwirksamkeit und Hoffnung verwendet. Dies gilt als Garant, dass mit diesen auch wirklich die entsprechenden Konstrukte möglichst genau gemessen werden.

Bei der vorliegenden Evaluation handelt es sich lediglich um einen Zwischenbericht, welcher die Zeitpunkte vor Beginn und direkt nach Abschluss der Weiterbildung berücksichtigt. Längerfristige Auswirkungen werden erst mit dem Schlussbericht ersichtlich, der die Daten der Messung ein Jahr nach der Weiterbildung einbeziehen wird. Weiter ist zu berücksichtigen, dass die kleine Anzahl an Teilnehmender der Evaluation, verallgemeinernde Aussagen deutlich einschränkt. Zudem kann das verwendete Prä-Post-Design ohne Kontrollgruppe nicht ausschliessen, dass andere Einflussfaktoren ausserhalb der Weiterbildung die Ergebnisse beeinflusst haben.

## 6 Literaturverzeichnis

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. 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. Bullinger, M. and I. Kirchberger, *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand.* , ed. Hogrefe. 1998, Göttingen: Hogrefe.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Jack, M., *FERUS Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten.* 2007, Göttingen: Hogrefe.
12. Hegedüs, A., et al., *Peer support worker training: Results of the evaluation of the Experienced Involvement training programme in Switzerland and Germany.* International Journal of Mental Health Nursing, 2021. **30**(2): p. 451-460.
13. Allard, J., et al., *Evaluating the impact of a UK recovery college on mental well-being: pre- and post-intervention study.* BJPsych Open, 2024. **10**(3): p. e87.
14. Ambord, N., C. Burr, and G. Zuaboni, *A Glimmer of Hope: The Impact of the Recovery College Bern on Personal Recovery, Well-Being and Self-Stigmatisation-A Mixed Methods Study.* Int J Ment Health Nurs, 2025. **34**(1): p. e13482.
15. Whitley, R., *Warum nehmen Männer die psychischen Gesundheitsdienste so wenig in Anspruch Eine Analyse sozialer und systemischer Barrieren der Versorgung und Diskussion vielversprechender männerfreundlicher Praktiken,* in *Männerthemen und psychische Gesundheit von Männern: Eine Einführung*, R. Whitley, Editor. 2023, Springer International Publishing: Cham. p. 147-173.
16. Burr, C., et al., *Rollen und Arbeitsinhalte von Peers und Expertinnen und Experten durch Erfahrung in Praxis, Bildung, Entwicklung und Forschung in der Psychiatrie.* Psychiatr Prax, 2021. **48**(03): p. 135-142.
17. Burr, C., et al., *Peer support in Switzerland – Results from the first national survey.* International Journal of Mental Health Nursing, 2020. **29**(2): p. 212-223.

## 7 Versionskontrolle

<b>Version</b>	<b>Datum</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Autor</b>
0.1	11.16.2025	Dokument erstellt	Christian Burr
0.2	23.06.2025	Dokument überarbeitet	Nora Ambord
0.3	24.06.2025	Dokument überprüft	Anna Hegedüs
1.0	25.06.2025	Dokument fertiggestellt	Christian Burr