

Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung

Übersicht des internationalen Forschungsstandes

C. Mahlke¹; U. Krämer²; R. Kilian³; T. Becker⁴

¹Uniklinik Hamburg Eppendorf; ²King's College London; ³Universität Ulm, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie II; ⁴Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg

Schlüsselwörter

Peer-Arbeit, Peer-Support, Betroffenenforschung, Psychiatrie, Nutzerbeteiligung,

Zusammenfassung

Gegenstand und Ziel: Dieser Artikel befasst sich mit der aktuellen internationalen Forschung zur klinischen Peer-Arbeit. **Material und Methoden:** Es werden zunächst einige Überblicksarbeiten zur Evidenz von Peer-Arbeit bei schweren psychischen Störungen vorgestellt, relevante Entwicklungen und Erkenntnisse und die sich daraus ergebenden Problemstellungen werden dann im Licht aktueller betroffenengeleiteter oder partnerschaftlicher Forschungsprojekte diskutiert. **Schlussfolgerungen:** Peer-Arbeit ist ein vielversprechender Ansatz für die betroffenen Nutzer, der zudem das Potenzial hat, die psychiatrische Versorgung im Sinne der Recovery-Orientierung zu verbessern. **Klinische Relevanz:** Peer-Arbeit sollte auch in der deutschen psychiatrischen Versorgung regelhaft eingesetzt werden, die Kostendeckung für Träger von Versorgungseinrichtungen wird empfohlen.

Keywords

Peer support, Peer led research, psychiatric services, user involvement

Summary

Objective: This article focuses on recent international literature on peer support work in formal mental health services. **Material and methods:** Recent reviews, meta analyses and a meta synthesis of the effectiveness of peer support for severe mental disorders are introduced. New developments and suggestions will be discussed against the background of peer-led research projects. **Conclusions:** Peer support is a promising intervention for service users, but also contribute to enhance the recovery-orientation of psychiatric services. **Clinical relevance:** Formal mental health services in Germany should implement peer-support on a broader level and the acknowledgement of peer-services as reimbursable should be sought.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Candelaria Mahlke
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Tel. 040/741058933
c.mahlke@uke.de

Relevance and evidence of peer support work in psychiatric services: An overview of recent international research

Nervenheilkunde 2015; 34: 235–239
eingegangen am: 9. Januar 2015
angenommen am: 13. Januar 2015

als Symptomfreiheit und umfassen inzwischen die Dimensionen Recovery und Empowerment. In englischsprachigen Ländern wurde die Pflicht zur Recovery-Orientierung im Gesundheitswesen gesetzlich verankert und die Peer-Beteiligung regelhaft in die psychiatrische Versorgung und Forschung aufgenommen. Mit Unterstützung der Gesundheitspolitik ist in Kanada, Australien, Neuseeland, Großbritannien und den USA Peer-Arbeit mittlerweile auch in klinischen Settings eingeführt worden (3, 4). Heute gehört die Peer-Recovery-Arbeit in den meisten Staaten der USA zu den Behandlungsangeboten mit Kostenrückerstattung durch die Versicherer Medicaid und Medicare (5). In England wird staatliche Forschungsförderung nur bei Einbeziehung von Nutzern (service users) erteilt (6). Für psychiatrische Versorgungseinrichtungen wird die Einbeziehung von Peer-Arbeitern empfohlen. Auch in den deutschsprachigen Ländern begann die Entwicklung in informellen Hilfsangeboten unabhängig von der psychiatrischen Versorgung, gefördert durch den Dialog (7). Ein wichtiger Faktor war die Erstellung und Verbreitung des EX-IN-Curriculums (8). Erste Peer-Projekte entstehen auch in Südamerika, Afrika und Asien (9).

Davidson et al. (4) beschreiben die verschiedenen Entwicklungsstadien von 25 Jahren Peer-Arbeit und Peer-Forschung. Zunächst wurde die Frage thematisiert, ob Menschen mit schwerwiegenden psychischen Erfahrungen überhaupt als Peer-Arbeiter im Versorgungssystem tätig werden können, meist in einer unterstützenden Rolle oder Assistenz-Funktion an der Seite klassischer Gesundheitsberufe. Die zweite Phase der Peer-Forschung befasste sich überwiegend mit dem Vergleich von

Obwohl es keine allgemein akzeptierte Definition der Peer-Arbeit gibt, lassen sich mit diesem Terminus Aktivitäten bezeichnen, im Rahmen derer sich Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen waren/sind, an der psychiatrischen Behandlung oder Forschung beteiligen.

Die Wurzeln der Peer-Arbeit sind Initiativen Betroffener, die sich unabhängig von der psychiatrischen Versorgung entwickelt haben (1, 2). Dieser Ansatz ist in den letzten zwanzig Jahren durch die zunehmende Nutzerorientierung vielerorts von der Gesundheitspolitik aufgegriffen worden. Die Ziele der Genesung sind breiter

Peer-Arbeitern und konventionellen Berufsgruppen in Bezug auf die Übernahme bestehender Interventionen und Rollen. Erst in den letzten zehn Jahren steht Peer-Arbeit als eigenständiges, spezifisches Angebot und mit einer auf eigener Erfahrung basierenden Rolle im Fokus von Forschung und Evaluation (10–12). Mit der breiteren Implementierung gibt es zunehmend qualitative Studien und Studien mit gemischten Methoden, die sich mit der Perspektive der Peer-Arbeiter, der anderen Berufsgruppen in der psychiatrischen Versorgung, sowie der Nutzer in Hinblick auf diese Entwicklung und deren eigene Erfahrungen mit Peer-Arbeit befassen (13, 14). Sie stellen die notwendige Ergänzung zur Interpretation der mit quantitativen Methoden gewonnenen Forschungsergebnisse.

Vor dem Hintergrund der Heterogenität des internationalen Entwicklungsstandes bei Implementierung und Forschung werden im Folgenden Übersichtsarbeiten zur Peer-Arbeit vorgestellt, relevante Entwicklungen und Erkenntnisse klinischer Peer-Arbeit und die sich daraus ergebenden Problemstellungen werden im Licht aktueller Betroffenen-geleiteter oder partnerschaftlicher Forschungsprojekte diskutiert.

Reviews und Metaanalysen

Mit der Einführung der Peer-Arbeit in den formellen und klinischen Bereich trat die Frage nach der Evidenz für die Effektivität von Peer-Arbeit/Peer-Interventionen in den Vordergrund. Die frühen Reviews zur Peer-Arbeit für schwere psychische Störungen (11, 12), die z. B. Studien mit quasi-experimentellen oder Querschnittsdesigns aus verschiedenen Settings einbeziehen, berichten zahlreiche Vorteile von Peer-Arbeit für den Nutzer, aus denen sie Empfehlungen für die Umsetzung ableiteten. Eine kritischere Betrachtungsweise wurde durch neuere Reviews von Pitt (15) und Lloyd-Evans (16) gestützt, sie berufen sich auf die wenigen randomisierten kontrollierten Studien zur Peer-Arbeit (► Tab. 1).

Das systematische Review von Pitt et al. (15) für die Cochrane Collaboration identifizierte nur elf randomisiert kontrollierte Studien (RCT). Es wurden zwar positive, jedoch keine signifikanten Unterschiede in

der (Psycho-)Pathologie, Funktionsniveau, Inanspruchnahme von Hilfsleistungen, stationärer Aufnahmen oder der Behandlungszufriedenheit berichtet. Eine geringe bis moderate Evidenz resümiert Pitt jedoch aufgrund einer signifikanten Reduktion von Notaufnahmen und mehr erfüllter Bedürfnisse auf Seiten der Betroffenen. Der Großteil dieser Studien berücksichtigte nur klinische oder versorgungsrelevante Zielgrößen. Nur zwei der RCT (17, 18) untersuchten psychosoziale Zielgrößen wie Hoffnung, Empowerment oder Recovery. Des Weiteren ist die Variabilität hinsichtlich der Ausbildung der Peer-Arbeiter sowie der Settings groß und somit zu Lasten der Vergleichbarkeit. In den meisten berücksichtigten Studien sind Peers in untergeordneten oder konventionellen Rollen tätig und Peer-geleitete Angebote wurden nicht berücksichtigt. Hardiman bemerkt, dass die spezifischen Wirkmechanismen und Vorteile von Peer-Arbeit deshalb nicht deutlicher zu Tage treten (19).

In dem Review mit Metaanalyse von Lloyd-Evans et al. (16) fanden die Autoren eine geringe Evidenz für eine Reduktion der Hospitalisierung und der Symptome. Es gab signifikante positive Ergebnisse für Zielgrößen wie Hoffnung, Empowerment und Recovery, die im näheren Zusammenhang mit dem Recovery-Prozess stehen. Diese Ergebnisse waren nicht konsistent in allen Studien. Lloyd Evans sowie Pitt kritisieren erheblich die methodische Qualität der Untersuchungen und das eine Formulierung des theoretischen Hintergrunds mit Wirkmechanismen fehlt, die überprüft werden könnte.

Mit einem breiteren methodischen Fokus veröffentlichten Walker und Bryant (20) hingegen eine Metasynthese zu 27 Studien mit qualitativer oder gemischter Methodik. Sie erfassten nicht nur die möglichen Auswirkung auf den Nutzer, sondern berücksichtigten auch die Perspektive der Peer-Arbeiter, anderer Berufsgruppen und Träger der Einrichtungen, und schufen somit die Möglichkeit, auch andere für die Implementierung relevante Erkenntnisse zu gewinnen. Die Autoren resümierten, dass Peer-Arbeiter als Rollenvorbilder dienen, die einen besonders leichten Zugang zu den Betroffenen in Recovery haben und Stigmatisierungen in der Gesund-

heitsversorgung entgegenwirken können. Nutzer berichten gesteigerte Hoffnung, Motivation und eine Erweiterung des sozialen Netzwerkes. Zudem waren Peer-Arbeiter hilfreich, um andere Mitarbeiter hinsichtlich Recovery-Orientierung zu schulen und so die Haltung in den Einrichtungen gegenüber den Betroffenen zu verbessern. In mehreren Studien berichteten Peer-Arbeiter von Diskriminierung und Stigmatisierung durch andere Berufsgruppen in den Versorgungseinrichtungen. Walker und Bryant empfehlen deshalb nicht nur eine weitere Implementierung von Peer-Arbeit für die Nutzer, sondern auch um das allgemeine therapeutische Klima psychiatrischer Einrichtungen zu verbessern. Wichtig ist hier ein sorgfältiges Vorgehen mit klarer Rolle, Training für alle beteiligten Berufsgruppen und Supervision (20).

Chinman (21) hat für die Serie „Assessing the Evidence“ (AEB) RCT, aber auch quasi-experimentelle Designs oder Vergleichsstudien berücksichtigt. Hier wurde die Studienqualität ebenfalls kritisch diskutiert, doch insgesamt mit mäßig bewertet und einige entscheidende Vorteile für die Peer-Arbeit berichtet. Zum einen wurde ein höheres Engagement hinsichtlich Hilfsangeboten sowie eine bessere Beziehung zu den Anbietern erfasst und weniger stationäre Leistungen in Anspruch genommen. Zum anderen wurden von den Nutzern ein höheres Maß an Aktivierung, mehr Empowerment und eine gesteigerte Hoffnung auf Genesung berichtet. Die Ergebnisse treten am deutlichsten bei Peer-Arbeit als zusätzlichem Angebot oder bei Peer-geleiteten Curricula hervor, nicht so sehr, wenn Peer-Arbeiter traditionelle Rollen übernehmen. Nach den Kriterien der AEB-Serie ermöglicht eine moderate Evidenz positive Rückschlüsse auf die Effektivität. Anders als Pitt und Lloyd Evans zieht Chinman den Schluss, dass es zwar noch weiteren Forschungsbedarf gibt, jedoch der Vorteil von Peer-Arbeit klar erkennbar ist. Bei Chinman, wie auch in allen anderen Reviews, wurde kein Nachteil für Peer-Arbeit gefunden. Er empfiehlt die Aufnahme und Kostendeckung von Peer-Arbeit für Träger von Versorgungseinrichtungen (21).

Eine Schwierigkeit bei Übersichtsarbeiten ist die Diversität der Rollen und des

Tab. Übersichtsarbeiten seit 2010 zu Peer-Arbeit für schwere psychische Erkrankungen; NHMRC: National Health and Medical Research Council, Canberra, Australia, AEB: „Assessing the Evidence Base“ Serie in „Psychiatric Services“, RCT: Randomized Controlled Trial

Publikation	Methode	Zeitraum/Studien	Ergebnisse summarisch; Evidenzlevel; Empfehlung
Repper & Carter 2011	inklusive Literatur-Review	1995 bis 2010 20 Studien: qualitative und quantitative Methoden	positive Effekte für Nutzer: reduzierte Hospitalisierung, größere Hoffnung, Recovery, Empowerment, Selbstbewusstsein, geringere Psychopathologie, Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement, soziale Inklusion, größeres soziales Netzwerk Effekte für Peers: Recovery, Selbstbewusstsein, soziale Netzwerke, mehr Arbeitsmöglichkeiten, Stigmatisierung/ Diskriminierung durch andere Mitarbeiter keine negativen Effekte für Nutzer Empfehlung: Ausbau von Peer-Arbeit
Doughty & Tse 2011	inklusive Literatur-Review NHMRC-System	1980 bis 2008 27 Studien: 17 RCT, drei quasi-randomisierte und sieben Vergleichsstudien	positive Effekte für Nutzer: höhere Behandlungszufriedenheit, höhere Recovery, Empowerment, Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, soziale Inklusion, größeres soziales Netzwerk partizipative Forschung: Peers als Rater oder Interviewer erhielten häufiger auch negative und kritische Antworten keine negativen Effekte Empfehlung: Ausbau von Peer-Arbeit
Walker & Bryant 2013	Literatur-Review mit Metasynthese; STARLIGHT-Format	1990 bis 2010 20 qualitative Studien (z. B. Interviews Fokusgruppen)	positive Effekte für Nutzer: Rollenvorbilder, stärkere Hoffnung, Motivation, größeres soziales Netzwerk, bessere, schnellere vertrauensvolle therapeutische Beziehung zu Peers; Effekte für Peers: höhere Zufriedenheit, Recovery, Selbstbewusstsein, Wohlbefinden, soziale Netzwerke; niedrige Bezahlung und Stigmatisierung/Diskriminierung Effekte für andere Mitarbeiter: mehr Empathie und Recovery-Orientierung, Konkurrenzängste keine negativen Effekte für Nutzer Empfehlung von Peer-Arbeit mit klarer Rolle, Training und Supervision
Pitt et al. 2013	systematisches Review mit Metaanalyse: Cochrane Collaboration; CONSORT	1979 bis 2011 11 RCT (n = 2 796)	positive, signifikante Effekte für Nutzer: weniger Notaufnahmen; mehr gedeckte Bedürfnisse keine negativen Effekte für Nutzer; niedrig-moderate Evidenz Empfehlung der gründlichen Vorbereitung bei Implementierung von Peer-Arbeit
Mahlke et al. 2014	narratives Review der aktuellen Literatur	2012 bis 2013	Empfehlung von Peer-Arbeit mit klarer Peer-spezifischer Rolle, Ausbildung und Vorbereitung in Institutionen. Da keine negativen Effekte unbedingt empfohlen zur stärkeren Recovery-Orientierung, Zwangsreduktion und entgegen Stigmatisierung der psychiatrischen Versorgung keine negativen Effekte für Nutzer
Lloyd Evans et al. 2014	systematisches Review mit Metaanalyse, Evidenzlevel nach GRADE	Beginn bis 2013 18 RCT (n = 5 597)	positive, signifikante Effekte: weniger stationäre Tage/Notaufnahmen und spätere Aufnahme, Symptomreduktion, Lebensqualität, größere Hoffnung, Empowerment und Recovery keine negativen Effekte für Nutzer; niedrige Evidenz; nicht ausreichend für Empfehlung
Chinman et al. 2014	Literatur-Review, drei Evidenzlevel nach AEB	1995 bis 2012 elf RCT, sechs quasi-experimentelle; drei Korrelationsstudien	positive, inkonsistente Effekte: höhere Adhärenz, weniger stationäre Tage/Notaufnahmen und spätere Aufnahme, Symptomreduktion, stärkere Aktivierung, höheres soziales Funktionsniveau, größere Hoffnung, Selbstbestimmung und Recovery keine negativen Effekte für Nutzer; moderate Evidenz; Empfehlung von Peer-Arbeit und Kostendeckung

Kontextes die unter den Begriff Peer-Arbeit fallen (11, 12), eine andere, die Unterschiede in der vorherigen Ausbildung der Peer-Arbeiter sowie in den erfassten Zielgrößen (14). Die Anfänge der Peer-Arbeit liegen in der Betroffenenbewegung und basieren nicht auf Theorien, sondern auf zwischenmenschlichen Beziehungen und geteilten

Erfahrungen. Die Wirkmechanismen wurden nicht zuvor formuliert oder hergeleitet, sondern aus praktischer Erfahrung abgeleitet (13). Das macht die Auswahl der Zielgrößen schwierig. Traditionelle Zielgrößen ohne Bezug zum organisatorischen Kontext der Peer-Arbeit wurden verwendet, scheinen aber nicht angemessen, um den

Effekt abzubilden und sie sind in den Studien inkonsistent, was den Vergleich zusätzlich erschwert. Alle Reviews fanden positive Ergebnisse und Vorteile der Peer-Arbeit, jedoch nicht in allen Studien – klinisch relevante, negative Ergebnisse, oder einen Nachteil von Peer-Arbeit fand sich in keiner der Übersichtsarbeiten. Mehrfach

wurde der Nutzen für psychiatrische Einrichtungen und deren Recovery-Orientierung genannt. Weitere hochwertige RCT werden benötigt, um die Evidenz zur Effektivität der Peer-Arbeit zu klären, am besten in Kombination mit qualitativen Methoden, um die damit einhergehenden Prozesse zu berücksichtigen (22).

Peer-Arbeit in verschiedenen Organisationstypen

Die Zahl der wissenschaftlichen Studien zur Peer-Arbeit stieg in den letzten Jahren zügig an, besonders auch durch psychiatrienerfahrene Akademiker. So ergibt sich eine spannende Anschluss- und Änderungsdynamik. Über mehr als 20 Jahre wurden international verschiedene Formen der Peer-Unterstützung in Netzwerken und Initiativen Psychiatererfahrener entwickelt und teils evaluiert. In den USA und England gab es frühzeitig staatlich geförderte, betroffenengeleitete Projekte der „Gegenseitigen Unterstützung“ (23, 24). In England entstanden die ersten Arbeiten der Betroffenenforschung durch akademisch ausgebildete Psychiatererfahrene in der Betroffenenbewegung. Sie untersuchten Behandlungserfahrungen aus Patientensicht (25) sowie selbstbestimmte Lebensstrategien psychisch erkrankter Menschen (26). Parallel dazu entwickelten sich internationale Partnerschaften mit Forschern zur Evaluierung der Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. Die Erfassung der Kompetenzen der Peer-Begleiter hinsichtlich ihrer Erfahrungswerte in Krisenvermeidung, Genesung und Peer-to-Peer-Beziehungsgestaltung erfolgte, Peer-Rollen wurden praktisch erprobt.

In den USA untersuchte die nationale Vereinigung iNAPS, die Peer-Arbeitsanbieter und Gesundheitsorganisationen vereint, die Kernkompetenzen und Leitwerte von Peer-Arbeit, Ausbildungen für Peers, die Vernetzung mit Betroffenenorganisationen und Strategien für die Gesundheitspolitik (5). Die zentralen Merkmale der Peer-Arbeit in den US-Leitlinien sind identisch internationalen Ergebnissen. Peer-Arbeit ist hoffnungsvoll, tolerant, respektvoll, einfühlsam, ehrlich, gegenseitig, gleichbe-

rechtigt, sie fokussiert auf Stärken und Fähigkeiten, unterstützt Änderungen und gewährt Freiwilligkeit.

International werden die Wissensressourcen psychiatrienerfahrener Forscher für gemeinsame Studienprojekte mit (Profi-)Wissenschaftlern herangezogen. Ein gutes Beispiel ist die Fall-Vergleichsstudie mit gemischten Methoden zur Peer-Arbeit in zehn Einrichtungen in England (13). Das Forschungsteam bestand aus psychiatrienerfahrenen Forschern und Peer-Organisationsmanagern und wurde von einem in der Peer-Forschung erfahrenen Akademiker geleitet. Ziel war die Erhebung gemeinsamer wie abweichender Charakteristika der Peer-Arbeit in drei Einrichtungstypen: Peer-Unterstützung in betroffenengeleiteten Organisationen, Partnerschaften zwischen solchen und psychiatrischen Einrichtungen sowie Peer-Arbeit in klinischen Institutionen. Dazu wurden in zehn Einrichtungen in England über 90 Peer-Arbeiter, Nutzer/Patienten, Teammitarbeiter und Manager mit semistrukturierten Interviews unter Einbezug quantitativer Items befragt. Auch die Peer-Unterstützung von und für ethnische Minderheiten wurde untersucht. Angeknüpft wurde an betroffenenkontrollierte Umfragen und Interviewstudien zu allen Formen der Peer-Unterstützung (27) sowie zur Beteiligung ethnischer Minderheiten (28).

Mit der in konventioneller Klinikkultur üblichen Professionalisierung verbindet sich die Gefahr, dass Augenhöhe, Ehrlichkeit und Gegenseitigkeit als Essenz der Peer-Unterstützung verloren gehen. Diese Tendenz ist in betroffenengeleiteten wie in partnerschaftlichen Forschungsarbeiten aus Australien, USA und England dokumentiert. In einer Grounded-Theory-Stu-

die mit 13 Peer-Arbeitern im australischen Gesundheitswesen nannten die Befragten vor allem offene und subtile Stigmatisierung als Belastung bei der Rollengestaltung und für ihre Gesundheit. Hinderlich fanden sie die Vormachtstellung des medizinischen Krankheitsbegriffs, der oft ohne genügend Bezug auf biografische und soziale Erlebnisse, wie Verluste oder Ressourcen, vermittelt wird. Diese Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit der Wertschätzung des Erfahrungswissens in der Psychiatrie (13, 29–31).

Wertschätzung vielfältiger, auch eigenständiger Lebensstile ist in betroffenengeleiteten Organisationen die Regel. Von der Praxis bunter Peer-Arbeit profitierten in einer englischen Vergleichsstudie klinische Einrichtungen, welche spezielle Verträge mit Peers aus betroffenengeleiteten Organisationen schlossen. Die Peer-Arbeiter kamen stundenweise in die Dienste, um Klienten zu begleiten. Die Anerkennung der Besonderheit der Peer-Arbeit fiel klinischen Mitarbeitern in diesem Rahmen leichter.

International ziehen Forscher aus den Studien vergleichbare Folgerungen. Die spezifischen Funktionen und Merkmale des Erfahrungswissens in der Peer-Arbeit und klare Aufgabenbeschreibungen sind wichtig (4, 5): Die Betonung des Wertes von Peers für Ermutigung und Selbststärkung jenseits des Krankheitsfokus sowie die individuelle Genesungsgestaltung erleichtern die Akzeptanz der Peer-Arbeit. Es besteht international Konsens, dass nicht nur die Peers, sondern auch (Profi-)Mitarbeiter und Manager durch spezifisches Training vorbereitet werden sollten (32, 33). Mit der Einstellung von Genesungsbegleitern wurden z. B. in Nottingham als neue Vorgehensweisen der Entscheidungsfindung zur Zwangsvermeidung, die „No-Force-First“-Strategie eingeführt. Dies führte zur Reduktion von Aggressionen und häufiger zu erfolgreichen Absprachen zwischen Klienten, Peer- und Profi-Mitarbeitern (34). Dies ist ein Beispiel der Verbesserung der Behandlungskultur durch den Einsatz von Peer-Arbeitern sowie der Machbarkeit von Respekt und Recovery-Orientierung in der klinischen Praxis (35).

Fazit

Peer-Arbeit ist nach aktueller Forschung ein vielversprechender Ansatz, der nicht nur den betroffenen Nutzern zu Gute kommt, sondern auch das allgemeine therapeutische Klima psychiatrischer Einrichtungen verbessern und den Kampf gegen Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffener unterstützen kann.

Ausblick

Die Durchsicht internationaler Studien zu Praxis und Forschung der Peer-Arbeit zeigt, dass regionale und organisatorische Kontextabhängigkeit der Peer-Begleitung berücksichtigt werden sollte (13, 27). Weitere Forschung sollte spezifischer Kontexte und Konsistenz der Peer-Arbeit sowie angemessene Outcome-Kriterien untersuchen (21). Wirkmodelle können helfen, geeignete Zielkriterien zur Erfassung der Effektivität auszuwählen. Die gewählten Instrumente sollten validiert sein, oder es sollten geeignete Instrumente entwickelt und validiert werden. Recovery-orientierte Kriterien scheinen vielversprechend, z. B. internalisiertes Stigma, Hilfesuchverhalten und Empowerment. Auch Effekte auf Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen sowie auf Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen sollten untersucht werden (23). Wichtig ist, angemessene Studiendesigns zu wählen, quantitative und qualitative Methoden zu verbinden und die Besonderheit niedrigschwelliger Angebote zu berücksichtigen (36, 37). In ROAMER (roadmap for mental health research in Europe) sprechen sich renommierte, sozialpsychiatrische Forscher aus ganz Europa für eine größere Offenheit gegenüber Konzepten der Nutzerbeteiligung in der Forschung aus (38). In Deutschland ist die Idee der betroffenenkontrollierten Forschung noch sehr in den Anfängen und bedarf weiterer Unterstützung.

Interessenkonflikt

Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Literatur

- Louis D Brown. Consumer-Run Mental Health: Framework for Recovery. Berlin: Springer Science and Business Media 2012.
- Faulkner A et al. Mental health peer support in England: Piecing together the jigsaw. 2013. <http://www.mind.org.uk/media/418953/Peer-Support-Report-Peerfest-2013.pdf>.
- Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making recovery a reality. Sainsbury Centre for Mental Health London 2008. http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf.
- Davidson L et al. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012; 11(2): 123.
- Daniels AS et al. Pillars of peer support: advancing the role of peer support specialists in promoting recovery. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice* 2012; 2: 60–69.
- Repper J. ImROC briefing paper 7. Peer support workers: a practical guide to implementation. London: Centre for Mental Health 2013.
- Bock T, Priebe S. Psychosis-seminars, an unconventional approach for how users, carers and professionals can learn from each other. *Psychiatric Services* 2005; 11: 1441–1443.
- Utschakowski J. Training programme for people with experience in mental health crisis to work as trainer and peer supporter. Ex-In Curriculum. 2007. http://www.adam-europe.eu/prj/1871/prd/3/1/Curriculum_english%20i.pdf.
- Tse S et al. Recovery in Hong Kong: Service user participation in mental health services. *International Review of Psychiatry* 2012; 24(1): 40–47.
- Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001; 25(2): 134–141.
- Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health* 2011; 20: 392–411.
- Doughty C, Tse S. Can consumer-led mental health services be equally effective? An integrative review of CLMH services in high-income countries. *Community Mental Health J* 2011; 47: 252–266.
- Gillard S et al. New ways of working in mental health services: a qualitative, comparative case study assessing and informing the emergence of new peer worker roles in mental health services in England. Full Report. London: Health Services Delivery & Research 2014.
- Byrne L. A Grounded theory study of lived experience mental health practitioners within the wider workforce. Central Queensland University. PhD thesis 2013. http://www.cqu.edu.au/_data/assets/pdf_file/0008/100052/PhD_Thesis_Louise_Byrne_LivedExperinceMHroles.pdf.
- Pitt V et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 3.
- Loyd-Evans B et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 2014; 14(39).
- Rogers ES et al. Effects of participation in consumer-operated service programs on both personal and organizationally mediated empowerment: results of multisite study. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 2007; 47(6): 785–99.
- Sledge WH et al. Effectiveness of peer support in reducing readmissions among people with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatr Serv* 2011; 62: 541–4.
- Hardiman ER. Comment on: No difference in psychosocial and mental health outcomes for clients receiving statutory mental health services from consumer-providers compared to professionals. *Evidence Based Mental Health* 2013; 16: 80.
- Walker G, Bryant W. Peer support in adult mental health services: A metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2013; 36(1): 28–34.
- Chinman M et al. Peer support services for individuals with serious mental illnesses: Assessing the evidence. *Psychiatric Services* 2014; 65: 4.
- Mahlke CI, Krämer UM, Becker T, Bock T. Peer support in mental health services. *Current opinion in psychiatry* 2014; 27(4): 276–281.
- Chamberlin, J. On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system. New York: McGraw-Hill 1979.
- Stastny P, Lehmann P. *Statt Psychiatrie 2*. Berlin: Antipsychiatrieverlag 2007.
- Rose D. Users' voices: The perspectives of mental health service users on community and hospital care. London: Sainsbury Centre for Mental Health 2001.
- Faulkner A, Layzell S. *Strategies for living: a report of user-led research into people's strategies for living with mental distress*. London: Mental Health Foundation 2000.
- Faulkner A, Kalathil K. *The freedom to be, the chance to dream: Preserving user-led peer support in mental health*. London: Together 2012.
- Kalathil J. *Dancing to our own tunes: Reassessing black and minority ethnic mental health service user involvement*. London, UK: National Survivor User Network in collaboration with Catch-a-Fiya, 2008.
- Faulkner A, Basset T. *A helping hand: taking peer support into the 21st century*. *Mental Health and Social Inclusion* 2012; 16(1): 41–47.
- Byrne L et al. *Things you can't learn from books: Teaching recovery from a lived experience perspective*. *International journal of mental health nursing* 2013; 22(3): 195–204.
- Rose D et al. How do managers and leaders in the National Health Service and social care respond to service user involvement in mental health services in both its traditional and emergent forms? The ENSUE study. *Health Services and Delivery Research* 2014; 2: 10.
- Hamilton AB et al. Implementation of consumer providers into mental health intensive case management teams. *The journal of behavioral health services & research* 2013; 1–9.
- Russo J, Rose D. But what if nobody's going to sit down and have a real conversation with you? Service user/survivor perspectives on human rights. *Journal of Public Mental Health* 2013; 4: 184–192.
- Repper J, Perkins R. *The team recovery implementation plan: A framework for creating recovery-focused services*. Implementing Recovery Through Organisational Change, London 2013.
- Slade M et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014; 1: 12–20.
- Pluye P, Hong QN. Combining the power of stories and the power of numbers: mixed methods research and mixed studies reviews. *Annu Rev Public Health* 2014; 35: 29–45.
- Robert W et al. Evaluation of systems-oriented public health interventions: Alternative Research Designs. *Annu Rev Public Health* 2014; 35.
- Haro et al. Roadmap for mental health research in Europe. *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23(1): 1–14.

Die CME-Fragen zu diesem Artikel finden Sie auf der Seite 279.