

Vivantes Klinikum Am Urban
Dieffenbachstraße 1
10967 Berlin

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Charité – Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik mit



Tel +49 (0)30 130 22 6001
Fax +49 (0)30 130 22 6005

Prof. Dr. A. Bechdorf, M. Sc.
Chefarzt
Tel +49 (0)30 130 22 6000
Andreas.bechdorf@vivantes.de

Studienprotokoll

Titel: Evaluation der Einführung von Genesungsbegleitung in der psychiatrischen Akutversorgung des Vivantes Klinikum Am Urban / Peer-supported
Autonomy-Promoting Crisis Treatment (PACT)

Version vom 26.03.2019

Studienleitung:

Prof. Dr. Andreas Bechdorf, M. Sc.

Dr. Dr. med. Stefan Weinmann

Dr. phil. Johanna Baumgardt

Vivantes Klinikum Am Urban

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit



Dieffenbachstraße 1

10967 Berlin

Zeitrahmen

Geplanter Einschluss des/der ersten Studienteilnehmers/in:

28.08.2018

Geplantes Studienende:

31.05.2020

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

1.1	Hintergrund.....	4
1.2	Begründung der Studie.....	6
2.	STUDIENZIELE UND ENDPUNKTE	7
2.1	Studienziele	7
2.2	Primärer Studienendpunkt.....	8
2.3	Sekundäre Studienendpunkte	8
3.	STUDIENABLAUF UND PROZEDUREN	9
3.1	Studiendesign und Studienablauf	9
3.1.1	Studiendesign.....	9
3.1.2	Studienablauf.....	10
3.2	Auswahl der Studienpopulation	12
3.2.1	Patient*innen	12
3.2.2	Mitarbeiter*innen	13
3.3	Rekrutierung.....	13
4.	UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE	13
4.1	Instrumente.....	13
5.	ABBRUCH DER STUDIENTEILNAHME	14
6.	DATENMANAGEMENT	14
7.	DATENAUSWERTUNG UND STICHPROBENGRÖSSE.....	16
7.1	Statistische Verfahren.....	16
7.2	Qualitative Verfahren	16
7.3	Fallzahlberechnung und Stichprobengröße	17
8.	ETHIK.....	18
8.1	Ethische Aspekte.....	18
8.2	Aufklärung und Einwilligung.....	18
9.	SPONSOR.....	18

EINLEITUNG

1.1 Hintergrund

Genesungsbegleitung (engl. *peer support*) ist als Innovation in der psychiatrischen Versorgung und Behandlung ein anerkanntes Verfahren und wird bereits in zahlreichen ambulanten und stationären Einrichtungen eingesetzt (Trachtenberg et al., 2013). Menschen, die sowohl Erfahrungen mit psychischer Erkrankungen als auch deren Behandlung gemacht haben (sogenannte Genesungsbegleiter, Erfahrungsexperten oder engl. *peers*), können eine neue Qualität der lebensnahen, lebensorientierten, nicht-stigmatisierenden Unterstützung in psychiatrische Versorgungssysteme einbringen. Empirische Belege hierfür lassen sich bspw. Mahlke et al. (2017), Slade et al. (2014), Davidson et al. (2012) oder Repper & Carter (2012) finden. Auch die Leitlinie „*Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen*“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde greift Genesungsbegleitung auf und empfiehlt, dieses Versorgungsangebot in der Routinebehandlung umzusetzen (DGPPN, 2013). Die Einstellung und Integration von Genesungsbegleiter*innen ist jedoch vielerorts eine Herausforderung und mit vielfältigen organisatorischen Veränderungen verbunden (Utschakowski, 2015). Auf psychiatrischen Akutstationen sind Genesungsbegleiter*innen bislang kaum vorhanden und selten in bestehende Behandlungsteams integriert.

Genesungsbegleitung im Rahmen der psychiatrischen Versorgung umfasst verschiedene Ansätze der Unterstützung durch (ehemals) Betroffene einer psychischen Erkrankung und schließt zunehmend auch deren Angehörige ein (Chien & Thompson, 2013; Chien & Chan, 2013). Von großer Bedeutung ist dabei der gemeinsame Erfahrungshintergrund hinsichtlich des Erlebens der Erkrankung und die damit verbundenen Erfahrungen sowohl innerhalb als auch außerhalb psychiatrischer Hilfesysteme (Utschakowski et al., 2016). In der Literatur werden drei primäre Formen der Genesungsbegleitung beschrieben (Davidson et al. 1999):

- Gegenseitige Hilfe (engl. *mutual support*) wird als die fundamentalste Form der Unterstützung, in dessen Rahmen sich Personen auf freiwillige Art zusammenfinden, um ähnlichen Problemen und Anliegen zu begegnen, verstanden. Die Beteiligung bzw. Inanspruchnahme dieser Form der Unterstützung spiegelt das Bemühen der betroffenen Personen um eine Erweiterung der eigenen Fertigkeiten im Umgang mit den Problemen unter der Berücksichtigung „sozialer Nischen“ wider.
- Unterstützung durch Genesungsbegleiter in betroffenengeleiteten Organisationen bzw. Diensten (engl. *consumer-run services/peer support services*) unterscheiden sich von Ansätzen gegenseitiger Hilfe dadurch, dass die Unterstüt-

zung nicht zwingend gegenseitig ist. Genesungsbegleiter nehmen hier durch die mit der Beschäftigung verbundene Entlohnung und durch die mit den Diensten verbundenen definierten Strukturen eine „professionelle“ Rolle ein. Die unterschiedlichen Unterstützungsdienste wie bspw. Anlaufstellen, Wohn- und Beschäftigungsprogramme oder aufsuchende Dienste, wurden zunächst als Alternative zu herkömmlichen psychiatrischen Diensten entwickelt. Mittlerweile sind sie jedoch stärker mit diesen verwoben und kooperieren teilweise mit ihnen.

- Genesungsbegleiter*innen in traditionellen Rollen psychiatrischer Dienste (engl. *consumers as mental health providers/peer delivered services*) wie bspw. in der Pflege, der Sozialberatung, in der Psychotherapie o.ä. ermöglichen eine entsprechende Unterstützung auf breiter Basis. Eine Schwierigkeit dieser Form der Genesungsbegleitung ist, dass deren spezifischen Besonderheiten und Wirkfaktoren auf Grund institutioneller Strukturen, Prägungen und Rollenbilder unter Umständen nicht ausreichend zur Geltung kommen können.

Unterschiedliche empirische Studien haben gezeigt, dass Genesungsbegleitung die Behandlung von Menschen in psychischen Krisen positiv beeinflussen kann, bspw. hinsichtlich eines besseren Heilungsverlaufs (Dennis et al., 2008), einer Verbesserung der Symptomatik, einer höheren Akzeptanz von Medikamenten, mehr sozialen Kontakten und einem stärkeren Gefühl der Hoffnung (Castelein et al., 2008; Rummel-Kluge et al., 2008). Eine ältere Studie aus den USA belegt bspw., dass Case Management Teams, die Psychiatrie-Erfahrene als Mitarbeiter*innen einbezogen haben, im Vergleich zu herkömmlichen Teams wesentlich bessere Ergebnisse mit psychiatrischen Klient*innen in den Bereichen Lebenszufriedenheit, Regelung der Finanzen und Lebensprobleme erzielen konnten und zu einer größeren Beständigkeit führten (Felton et al., 1995). Des Weiteren kann Genesungsbegleitung zu mehr Empowerment, mehr Selbstbewusstsein und mehr Hoffnung trotz bestehender psychischer Erkrankung beitragen (Corrigan 2006; Dumont & Jones, 2002; Resnick & Rosenheck, 2008; Salzer & Shear, 2002; Davidson et al., 2012). Ein Konzept, unter dem sich viele der genannten empirisch belegten Effekte subsummieren lassen und das gleichzeitig ein explizites Ziel von Genesungsbegleitung darstellt, ist die Erhöhung der persönlichen Recovery. Recovery (deutsch Genesung) kann definiert werden als tiefgreifender persönlicher Erfahrungsprozess, in dem sich individuelle Einstellungen, Ziele, Fertigkeiten und Rollenverständnisse verändern und der Betroffene/ die Betroffene innerhalb der ihm durch die psychische Erkrankung gesetzten Limitationen zu einem erfüllenden, hoffnungsvollen Leben gelangen kann (Slade et al., 2014). Die Stärkung der individuellen Recovery ist neben der Verbesserung klinischer Indikatoren wie Symptomstärke oder Funktionsniveau zunehmend Ziel psychiatrischer Versorgung (Mahlke et al., 2017).

Dass die Einführung von Genesungsbegleitung neben einer Verbesserung der individuellen Recovery zu einer Erhöhung der Recovery-Orientierung in psychiatrischen Institutionen beitragen kann, wurde ebenfalls in unterschiedlichen Studien nachge-

wiesen (Repper & Carter, 2011). Mit Blick auf die besonderen Herausforderungen auf Akutstationen ist naheliegend, dass eine solche Recovery-Orientierung u.a. zu einer Verringerung von Zwangsmaßnahmen führen kann, da Genesungsbegleitung Patientenorientierung und –autonomie stärkt sowie Stigmatisierung psychisch Erkrankter abbaut. Belege zum Rückgang von zwangsweisen Aufnahmen in psychiatrische Kliniken durch die Unterstützung von Genesungsbegleitung wurden bereits gefunden (Greenfield et al, 2008; Repper & Carter, 2011).

Eng verbunden mit einer Verbesserung der persönlichen Recovery-Orientierung ist eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit. So belegt eine aktuelle Studie, dass durch eine Ergänzung der Routinebehandlung durch speziell ausgebildete Genesungsbeleiter*innen die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung als Teil einer Recovery-Orientierung bei Patient*innen erhöht werden konnte (Mahlke et al., 2017).

Durch ihre Vorbildfunktion können Genesungsbegleiter*innen über die genannten Effekte hinaus eine Brücke in das Versorgungssystem für jene Patient*innen bauen, die keinen Zugang zu diesem finden sowie Vorbehalte gegenüber oder schlechte Erfahrungen mit diesem haben (Gillard et al, 2014; Repper & Carter, 2011). Vor diesem Hintergrund kann zudem angenommen werden, dass Genesungsbegleitung eine bedarfsgerechtere Inanspruchnahme sowie eine bessere Bewertung ambulanter, teilstationärer und komplementärer Versorgungsangebote fördern kann.

Während in angelsächsischen und skandinavischen Ländern sowohl die praktische Etablierung als auch die wissenschaftliche Auseinandersetzung des Recovery-Ansatzes bereits seit längerem weit verbreitet und fortgeschritten ist (Barker & Buchanan-Barker, 2012; Slade et al., 2012), gewinnt dieser in der deutschsprachigen psychiatrischen Versorgungsforschung und -praxis erst nach und nach an Bedeutung (Zuaboni et al, 2015). Da Genesungsbegleitung als wichtige Komponente einer recovery-orientierten Versorgung gilt und zunehmend in unterschiedlichen Versorgungssettings realisiert wird (Slade et al., 2014), muss auch diesbezügliche empirische Forschung in Deutschland gestärkt werden. Hier stehen empirische Erhebungen zum Einfluss von Genesungsbegleitung auf psychiatrischen Akutstationen ebenso wie in vielen weiteren Versorgungssettings bis dato aus.

1.2 Begründung der Studie

Bisher liegen keine Daten zur Wirksamkeit von Genesungsbegleitung auf psychiatrischen Akutstationen im Rahmen einer kontrollierten Prä-Post-Studie in Deutschland vor. Durch die beschriebene Evaluation der erwarteten Effekte dieses komplexen und empirisch gering erforschten Versorgungsangebots hoffen wir, die bereits erzielten Erfolge von Genesungsbegleitung in anderen Ländern und anderen Versorgungssettings auch für die psychiatrische Akutversorgung in Deutschland reproduzieren zu können. Das wissenschaftliche Ziel der Studie ist es, durch Schaffung einer guten Evidenzlage die flächendeckende Implementierung solcher Angebote in

Deutschland voranzutreiben, um eine Verbesserung der Akutversorgung und damit eine Verbesserung der Prognose sowie eine Verringerung von Krankheitslast und Krankheitsfolgen zu erreichen.

2. STUDIENZIELE UND ENDPUNKTE

2.1 Studienziele

Ziel der vorliegenden Studie ist eine Evaluation der Wirksamkeit von Genesungsbegleitung in der Akutversorgung einer psychiatrischen Versorgungsklinik. Es soll überprüft werden, ob die Einführung von Genesungsbegleitung bei Patient*innen mit psychischen Erkrankungen zu einer höheren individuellen Recovery-Orientierung, einer höheren Selbstwirksamkeit, zu weniger Zwangsmaßnahmen sowie zu einer bedarfsgerechteren Inanspruchnahme und besseren Bewertung von Versorgungsangeboten im weiteren Behandlungsverlauf nach Entlassung beiträgt. Des Weiteren soll erforscht werden, ob mit der Einführung von Genesungsbegleitung eine Verbesserung der Recovery-Orientierung der Akutstation einhergeht. Schließlich soll überprüft werden, ob Genesungsbegleiter*innen zu einer Verbesserung des Stationsklimas sowie einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit unter Stationsmitarbeiter*innen beitragen kann.

Folgende Instrumente kommen dabei zum Einsatz:

Auf Patientenebene

- Individuelle Recovery-Orientierung: Recovery Assessment Scale (RAS) (Gifford et al., 1995; Corrigan et al., 1999) in der deutschen Übersetzung (RAS-G) nach Cavelti et al. (2017)
- Recovery-Orientierung der Station aus Sicht des Patient*innen: Nutzenden-Version der Recovery Self Assessment Scale (RSA-Scale) von O'Connell und Kollegen (2005) in der deutschen Übersetzung (RSA-D) nach Zuaboni et al (2015)
- Selbstwirksamkeit: Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) von Schwarzer und Jerusalem (1999)
- Psychosoziales Funktionsniveau: Globales Funktionsniveau/Global Assessment of Functioning Scale (GAF) nach Saß et al. (2003)
- Bewertung und Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten: deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI) nach Chisholm et al. (2000) in der deutschen Übersetzung (CSSRI-D) nach Roick et al. (2001)

Auf Mitarbeiterebene

- Recovery-Orientierung der Station aus Sicht des Mitarbeiter/der Mitarbeiterin: Personal-Version der Recovery Self Assessment Scale (RSA-Scale) von O'Connell und Kollegen (2005) in der deutschen Übersetzung (RSA-D) nach Zuaboni et al (2015)
- Stationsklima: Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES-D) (Blaesi et al., 2015; Schalast, 2010),
- Arbeitszufriedenheit: Globaleinschätzung Arbeitsbeschreibungsbogen von Neuberger und Allerbeck (1978)
- Selbstentwickelter Interviewleitfaden zu Erwartungen, Wünschen und Ängsten in Bezug auf die Einführung der Genesungsbegleitung

Die Art und Dauer der Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen (Fixierung, Zimmerbegrenzung, Zwangsmedikation) ist Teil der routinemäßigen Datenerfassung der Akutstationen und wird anhand einer Analyse entsprechender Dokumente evaluiert.

2.2 Primärer Studienendpunkt

Zwölf Monate nach Einführung von Genesungsbegleitung auf der Station (Untersuchungsgruppe, post t0) wird bei dort behandelten Patient*innen eine *höhere individuelle Recovery-Orientierung* erwartet als bei Patient*innen, die vor Einführung von Genesungsbegleitung auf dieser behandelt wurden (Untersuchungsgruppe, prä t0). Zudem wird erwartet, dass sich dieser Parameter im selben Beobachtungszeitraum auf einer vergleichbaren Akutstation (Kontrollgruppe) ohne Genesungsbegleitung nicht verändert.

2.3 Sekundäre Studienendpunkte

Zwölf Monate nach Einführung von Genesungsbegleitung auf der Station (Untersuchungsgruppe, post t0) wird bei dort behandelten Patient*innen *eine höhere Selbstwirksamkeit* erwartet als bei Patient*innen, die vor Einführung von Genesungsbegleitung auf dieser Station behandelt wurden (Untersuchungsgruppe, prä t0). Zudem wird erwartet, dass sich dieser Parameter im selben Beobachtungszeitraum auf einer vergleichbaren Akutstation (Kontrollgruppe) ohne Genesungsbegleitung nicht verändert.

Zwölf Monate nach Einführung von Genesungsbegleitung auf der Station (Untersuchungsgruppe, post t0) wird die *Recovery-Orientierung der Station* sowohl aus Perspektive der Patient*innen als auch aus Perspektive der Mitarbeiter*innen höher eingeschätzt als vor der Einführung von Genesungsbegleitung (Untersuchungsgruppe, prä t0). Zudem wird erwartet, dass sich diese Parameter im selben Beobachtungszeitraum auf einer vergleichbaren Station ohne Genesungsbegleitung (Kontrollgruppe) nicht verändern.

Sechs Monate nach Entlassung wird bei Patient*innen, die zwölf Monate nach Einführung der Genesungsbegleitung auf der Akutstation versorgt wurden (post t1), sowohl eine *bedarfsgerechtere Inanspruchnahme als auch eine bessere Bewertung ambulanter, teilstationärer und komplementärer Versorgungsangebote* erwartet als bei Patient*innen, die vor Einführung der Genesungsbegleitung auf der Akutstation versorgt und sechs Monate nach ihrer Entlassung zu ihrer Inanspruchnahme befragt wurden (prä t1). Zudem wird erwartet, dass diese Parameter im selben Beobachtungszeitraum auf einer vergleichbaren Akutstation ohne Genesungsbegleitung (Kontrollgruppe) nicht verändern.

Zwölf Monate nach Einführung von Genesungsbegleitung auf einer Station (Untersuchungsgruppe, post t0) werden *weniger Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation)* angewendet als vor Einführung der Genesungsbegleitung (Untersuchungsgruppe, prä t0). Erwartet wird ein geringerer Anteil an Patient*innen, bei denen Zwangsmaßnahmen angewendet werden sowie eine geringere Dauer (gemessen in Minuten bzw. Stunden) der Zwangsmaßnahmen pro Patient*in. Zudem wird erwartet, dass sich diese Parameter im selben Beobachtungszeitraum auf einer vergleichbaren Station ohne Genesungsbegleitung (Kontrollgruppe) nicht verändern.

Zwölf Monate nach Einführung von Genesungsbegleitung (Untersuchungsgruppe, post t0) wird ein *besseres Stationsklima und eine höhere Arbeitszufriedenheit der Stationsmitarbeiter*innen* erwartet als vor der Einführung der Genesungsbegleitung (Untersuchungsgruppe, prä t0). Zudem wird erwartet, dass sich diese Parameter im selben Beobachtungszeitraum auf einer vergleichbaren Station ohne Genesungsbegleitung (Kontrollgruppe) nicht verändern.

Im Rahmen einer explorativen Studien werden vor Einführung der Genesungsbegleitung (prä t0) mit Mitarbeiter*innen der Station sowie mit den Genesungsbegleitern, die dort arbeiten werden, qualitative, leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews geführt, um Erwartungen, Wünsche und Ängste in Bezug auf die Einführung der Genesungsbegleitung zu eruieren. Zwölf Monate später (post t0) werden erneut qualitative, leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews mit denselben Personen geführt, um tatsächlich gemachte Erfahrungen, individuell wahrgenommene Veränderungen, mögliches Potential sowie Stärken und Schwächen der erlebten Genesungsbegleitung zu reflektieren und zu diskutieren.

3. STUDIENABLAUF UND PROZEDUREN

3.1 Studiendesign und Studienablauf

3.1.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine prospektive kontrollierte klinische Mixed-Methods-Studie.

3.1.2 Studienablauf

Erhebungszeitraum	Prä-Erhebung ¹		Post-Erhebung ⁴	
	t0 ²	t1 ³	t0 ²	t1 ³
Patient*innen				
Aufklärung und Einschluss	X		X	
Soziodemographische und versorgungsbezogene Aspekte	X		X	
GAF	X		X	
RAS-G	X		X	
RSA-D (Nutzenden-Version)	X		X	
SWE	X		X	
CSSRI		X		X
Zwangmaßnahmen	X		X	
Mitarbeiter*innen				
RSA-D (Personal-Version)	X		X	
EssenCES-D (Personal-Version)	X		X	
Arbeitszufriedenheit	X		X	
Fokusgruppeninterview	X		X	

¹ vor Einführung Genesungsbegleitung, ² ≥7 Tage nach Aufnahme bis Entlassung, ³ 6 Monate nach Entlassung, ⁴ 12 Monate nach Einführung Genesungsbegleitung

Untersuchungsgruppe

Geschützte Akutstation

Vor Einführung der Genesungsbegleitung werden insgesamt 23 Patient*innen auf der geschützten Akutstation, auf der Genesungsbegleitung eingeführt wird, konsekutiv ab dem 7. Tag ihres Aufenthaltes in die Studie eingeschlossen (prä t0). Dabei werden neben sozio-demographischen, versorgungs- und erkrankungsbezogenen Aspekten die Recovery-Orientierung (RSA-G), die Selbstwirksamkeit (SWE) und das globale Funktionsniveau (GAF) der Patient*innen erfasst. Zudem beurteilen die Patient*innen die Recovery-Orientierung der Station.

Im selben Zeitraum wird darüber hinaus aus Sicht der Mitarbeiter*innen (Vollerhebung) die Recovery-Orientierung der Station (RSA-D), das Stationsklima (EssenCES-D) und die Arbeitszufriedenheit erfasst. Die Art, Häufigkeit und Dauer von Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation) in diesem Zeitraum werden anhand einer Analyse entsprechender Dokumente der Station evaluiert.

Alle in die Studie eingeschlossenen Patient*innen werden sechs Monate nach ihrer Entlassung von der Station (prä t1) erneut kontaktiert, um sie bezüglich ihrer Inanspruchnahme und Bewertung von Versorgungsangeboten (CSSRI) zu befragen.

Nach Abschluss der prä-Erhebung erfolgt die Einführung von Genesungsbegleitung auf dieser Station. Zwölf Monate später werden erneut alle genannten Variablen sowohl auf Patientenebene als auch auf Mitarbeiterebene erfasst. Dafür werden 46 Patient*innen eingeschlossen (23 Patient*innen, die dort Genesungsbegleitung in Anspruch genommen haben und 23 Patienten, die dort keine Genesungsbegleitung in Anspruch genommen haben).

Im Rahmen der qualitativen Erhebungen werden leitfadengestützte Interviews geführt. Zum einen werden zu prä t0 und post t0 Genesungsbegleiter befragt, die zeitnah auf der Akutstation ihre Arbeit aufnehmen werden (n = 2). Zum anderen werden zu prä t0 und post t0 Interviews mit jeweils einer Zufallsstichprobe aus Stationsmitarbeiter*innen (n = 11) geführt. Die prozentuale Zusammenstellung der Stichprobe (pflegerisches Personal n = 8, ärztliches Personal n = 2, psychologisches Personal n = 1) entspricht der prozentualen Verteilung der drei genannten Berufsgruppen, die im Bereich der Versorgung auf der Akutstation tätig sind.

Offene Akutstation

Mit dem gleichen Vorgehen werden 23 Patient*innen auf einer offenen Akutstation vor Einführung der Genesungsbegleitung dort konsekutiv ab dem 7. Tag ihres Aufenthaltes in die Studie eingeschlossen (prä t0). Nach Abschluss der prä-Erhebung erfolgt die Einführung von Genesungsbegleitung auf dieser Station. Zwölf Monate später werden erneut alle genannten Variablen sowohl auf Patientenebene als auch auf Mitarbeiterebene erfasst. Dafür werden 46 Patient*innen eingeschlossen (23 Pa-

tient*innen, die dort Genesungsbegleitung in Anspruch genommen haben und 23 Patienten, die dort keine Genesungsbegleitung in Anspruch genommen haben).

Kontrollgruppe

Geschützte Akutstation

Auf einer anderen geschützten Akutstation, in der Genesungsbegleitung nicht eingeführt wird, werden zu prä t0 und post t0 jeweils 23 Patient*innen in die Studie eingeschlossen und mit demselben Untersuchungsdesign wie die Untersuchungsgruppe befragt. Im selben Zeitraum wird darüber hinaus die Recovery-Orientierung der Station (RSA-D), das Stationsklima (EssenCES-D) und die Arbeitszufriedenheit aus Sicht der Mitarbeiter*innen (Vollerhebung) erfasst. Die Art, Häufigkeit und Dauer von Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation) der Patient*innen in diesem Zeitraum werden anhand einer Analyse entsprechender Dokumente der Station ebenfalls evaluiert.

In der Auswertung werden sowohl die Veränderungen der jeweiligen Skalen über beide Zeitpunkte (prä_{Untersuchungsgruppe} vs. post_{Untersuchungsgruppe}) als auch die Unterschiede der post-Messungen zwischen den Stationen (post_{Untersuchungsgruppe} vs. post_{Kontrollgruppe}) im Stationsvergleich berechnet. Beide Auswertungen werden unter Kontrolle der Baseline-Parameter der prä-Messung durchgeführt.

3.2 Auswahl der Studienpopulation

3.2.1 Patient*innen

- Folgende Einschlusskriterien müssen erfüllt werden (Einschlusskriterien):
 - Diagnosen: Psychotische Erkrankung (F2X), Stimmungserkrankungen (F3X), neurotische Erkrankungen (F4X), Persönlichkeitsstörungen (F6X).
 - Patient*in befindet sich mindestens bereits sieben Tage auf der Akutstation.
 - Ausreichende psychische Stabilität sowie sprachliche und intellektuelle Fähigkeiten (ausreichend Deutschkenntnisse, keine Intelligenzminderung, kein dementielles Syndrom), um an der Studie teilnehmen zu können.
 - Patient*in hat seine schriftliche Einwilligung nach Aufklärung über die Studie gegeben.
 - Patient*in ist einwilligungsfähig.
- Patient*innen mit folgenden Kriterien können nicht in die Studie eingeschlossen werden (Ausschlusskriterien):
 - Patient*in lehnt Teilnahme an der Studie ab.

3.2.2 Mitarbeiter*innen

- Für die quantitative Befragung der Mitarbeiter*innen sollen alle Personen, die zu prä t0 und post t0 auf den Stationen in der Versorgung beschäftigt sind sowie die beiden Genesungsbegleiter, die dort arbeiten (werden), in die Studie eingeschlossen werden. Für die qualitative Befragung der wird eine Zufallsstichprobe entsprechend der Berufsgruppenzugehörigkeit ermittelt (siehe oben). Mitarbeiter*innen, welche die Teilnahme ablehnen, werden nicht in die Studie eingeschlossen. Im Rahmen der qualitativen Interviews der Genesungsbegleiter*innen sollen die beiden Personen, die auf der Akutstation als Genesungsbegleiter arbeiten werden bzw. dann 12 Monate gearbeitet haben, befragt werden. Wenn diese ihre Teilnahme ablehnen, werden sie nicht in die Studie eingeschlossen.

3.3 Rekrutierung

Es werden alle Patient*innen der beiden geschützten Stationen sowie der offenen Station 23 der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Vivantes Klinikums am Urban rekrutiert, die die obengenannten Einschlusskriterien erfüllen. Der Einschluss wird beendet, wenn die erforderliche Probandenzahl in die Studie eingeschlossen wurde. Zudem werden alle zu den Studienzeitpunkten in der Versorgung tätigen Mitarbeiter*innen der drei Stationen rekrutiert.

4. UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE

Die Datenerfassung erfolgt während der Visiten durch geschulte Studienmitarbeiter*innen in den Räumlichkeiten der Klinik. Alle Rater*innen erhalten standardisierte Schulungen für die Instrumente.

Folgende Instrumente werden zusammen mit einem Studienmitarbeiter*in von den Patient*innen ausgefüllt:

- Erfassungsbogen mit soziodemographischen und versorgungsbezogenen Daten: Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohnsituation, Beschäftigungsverhältnis, Anzahl an Voraufenthalten in psychiatrischen Kliniken, Hauptdiagnose, Dauer des aktuellen Aufenthalts auf der Station sowie Art und Dauer der Nutzung von Angeboten der Genesungsbegleitung
- Individuelle Recovery-Orientierung: Recovery Assessment Scale (RAS) (Gifford et al., 1995; Corrigan et al., 1999) in der deutschen Übersetzung (RAS-G) nach Cavelti et al. (2017)

- Recovery-Orientierung der Station aus Sicht des Patienten/der Patientin: Nutzens-Version der Recovery Self Assessment Scale (RSA-Scale) von O'Connell und Kollegen (2005) in der deutschen Übersetzung (RSA-D) nach Zuaboni et al (2015)
- Selbstwirksamkeit: Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) von Schwarzer und Jerusalem (1999)
- Symptomschwere: Globales Funktionsniveau/Global Assessment of Functioning Scale (GAF) nach Saß et al. (2003)
- Bewertung und Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten: deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI) nach Chisholm et al. (2000) in der deutschen Übersetzung (CSSRI-D) nach Roick et al. (2001)

Folgende Instrumente werden von den Mitarbeiter*innen eigenständig ausgefüllt:

- Recovery-Orientierung der Station aus Sicht des Mitarbeiter/der Mitarbeiterin: Personal-Version der Recovery Self Assessment Scale (RSA-Scale) von O'Connell und Kollegen (2005) in der deutschen Übersetzung (RSA-D) nach Zuaboni et al (2015)
- Stationsklima: Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES-D) (Blaesi et al., 2015; Schalast, 2010),
- Arbeitszufriedenheit: Globaleinschätzung Arbeitsbeschreibungsbogen von Neuberger und Allerbeck (1978)
- Teil-strukturierter Interviewleitfaden

5. ABBRUCH DER STUDIENTEILNAHME

Die Studienteilnahme kann zu jeder Zeit abgebrochen werden. Ein Studienabbruch muss entsprechend dokumentiert werden. Wenn möglich sollten die Gründe für den Abbruch dokumentiert werden. Gründe für einen Studienabbruch sind wie folgt:

- Rücknahme der Einwilligung durch den Studienteilnehmer/die Studienteilnehmerin, wobei eine Nennung von Gründen nicht notwendig ist.
- Unkorrekter Studieneinschluss, z.B. Studienteilnehmer*in erfüllt nicht die Einschlusskriterien.

6. DATENMANAGEMENT

Für die Studie gelten das Berliner Datenschutzgesetz (BInDSG) und die ärztliche Schweigepflicht. Die Studiendurchführung erfolgt nach dem Studienprotokoll und nach den Richtlinien des GCP. Die Daten werden pseudonymisiert dokumentiert und gespeichert sowie anonymisiert publiziert. Die Daten werden durch das Studienper-

sonal zunächst in einem CRF erfasst und anschließend anonymisiert in eine Datenbank eingegeben. Es wird sichergestellt, dass alle Studienmitarbeiter gemeldet und identifizierbar sind. Korrekturen werden datiert, signiert und kommentiert.

Patient*innen

Der Kontakt der Patient*innen für die Erhebung sechs Monate nach Einschluss in die Studie (prä t1 und post t1) erfolgt anhand einer Codierliste und alphanummerischen Probandencodes. Die Codes wurden zufällig erstellt. Bei Studieneinschluss wird jedem teilnehmenden Patienten einer dieser Codes zugeordnet.

Eine Codierliste, welche die Zuordnung zwischen Code und Patient*in beinhaltet, wird in einer passwortgeschützten Datei auf einem ebenfalls passwortgeschützten, lokalen Computer der jeweiligen Station gespeichert. Der Computer ist nur für Mitarbeiter*innen der jeweiligen Station zugänglich. Die Datei mit der Codierliste ist nur für diejenigen Studienmitarbeiter*innen zugänglich, die mit der Rekrutierung und der Datenerhebung betraut sind. Studienmitarbeiter*innen, welche die erhobenen Daten auswerten, haben zu keiner Zeit Zugang zum Computer oder zu der Datei mit der Codierliste. Zusätzlich zur Datei mit der Codierliste, welche die Zuordnung des Probandencodes zum Klarnamen enthält, gibt es eine Datei, in welcher die Kontaktdaten (Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Postanschrift) des Probanden/der Probandin gespeichert sind, um diesen für den 2. Erhebungszeitpunkt (prä t1 bzw. post t1) zu kontaktieren. Diese Datei wird ebenfalls auf dem passwortgeschützten lokalen Computer der jeweiligen Station gespeichert, ist ebenfalls passwortgeschützt und nur für diejenigen Studienmitarbeiter*innen zugänglich, die mit der Rekrutierung und der Datenerhebung betraut sind.

Die Erhebungen prä t1 und post t1 werden durch eine*n Studienmitarbeiter*in realisiert, der/die die Gruppenzuteilung der Patient*innen nicht kennt. Diese Messung findet daher einfach verblindet statt. Die Zusammenführung und Auswertung der Daten aus den verschiedenen Erhebungszeitpunkten und Gruppen erfolgt pseudonymisiert. Die Publizierung der Daten erfolgt vollständig anonymisiert.

Bei der vorliegenden Studie werden die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz eingehalten. Alle personenspezifischen Daten werden ausschließlich durch die Studienärzte eingesehen. Bei Veröffentlichung der Studienergebnisse geschieht dies ausschließlich ohne Bezugsmöglichkeit auf die Studienteilnehmer*innen.

Mitarbeiter*innen

Die Teilnahme an der Befragung ist für alle Mitarbeiter*innen der Stationen freiwillig. Dies beinhaltet das Recht, die Teilnahme an der Befragung zu verweigern, ebenso wie die Möglichkeit des Abbruchs während der Befragung. Die Befragungen erfolgen anonym, sodass bei der Auswertung kein Rückschluss auf den/die Einzelne*n möglich ist. In den Befragungsbögen der Mitarbeiter*innen werden keine persönlichen Daten der jeweiligen Person erhoben.

Um die Anonymität der befragten Mitarbeiter*innen zu sichern, erhalten diese die Befragungsbögen in einem verschlossenen Umschlag, der einen Rücksendeumschlag enthält. Wenn die Mitarbeiter*innen die Befragungsbögen ausgefüllt haben, können sie diese in den Rücksendeumschlag stecken und über die interne Hauspost an die Pflegedirektion senden.

Schutz, Speicherung und Löschen der Daten

Alle personenspezifischen Daten werden ausschließlich durch das Studienpersonal eingesehen. Dritte Personen können nur durch Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht Einsicht erhalten. Nach Abschluss der Datenerhebung werden alle originalen Studienunterlagen (Papierdokumente, elektronische Datenträger mit Audio-Transkripten, etc.) in einem verschlossenen Aktenschrank im Studienzimmer aufbewahrt, zu dem ausschließlich die Studienmitarbeiter*innen Zugang haben. Die Aufbewahrung erfolgt für 15 Jahre. Bei Veröffentlichung der Studienergebnisse geschieht dies ausschließlich ohne Bezugsmöglichkeit auf die Person. Die Studienteilnehmer*innen haben jederzeit das Recht auf Einsicht und Berichtigung ihrer Daten. Wenn ein*e Studienteilnehmer*in seine/ihre Teilnahme an der Studie widerruft, werden seine sämtlichen im Rahmen der Studie erhobenen Daten vernichtet und fließen nicht in die Auswertung ein.

7. DATENAUSWERTUNG UND STICHPROBENGRÖSSE

7.1 Statistische Verfahren

Auf Grund des Versorgungssettings kann nicht ein und derselbe Patient zweimal mit einem Abstand von zwölf Monaten befragt werden. Deswegen werden die Proband*innen in der Auswertung hinsichtlich folgender Kriterien gematcht: Alter (Schritte von zehn Jahren), Geschlecht, Globales Funktionsniveau, Anzahl an stationären Voraufenthalten (0, 1-2, 3-6, >6), Hauptdiagnosegruppe. Die statistische Auswertung der Daten erfolgt mit Verfahren der deskriptiven (Häufigkeitsverteilungen, Spannweite, Mittelwerte) und multiplen Regressionsmodellen. Es wird zweiseitig getestet, der alpha-Fehler wird auf 5% festgelegt. Alle Berechnungen werden mit dem Statistikprogramm SPSS 22 durchgeführt.

7.2 Qualitative Verfahren

Die qualitativen Fokusgruppeninterviews werden durch ein Tonbandgerät aufgezeichnet und mittels der Software f4transkript (Audiotranskription, 2018) anonymisiert transkribiert. In Anlehnung an die Kodiermethodik der Grounded Theory nach Strauss/Corbin (1996) werden die Interviews anschließend mit der Computersoftware MAXQDA (Kuckartz, 2010) qualitativ-rekonstruktiv ausgewertet.

Im Rahmen einer Triangulation (Flick, 2011) werden die Ergebnisse des quantitativen und qualitativen Untersuchungsteils abschließend zusammengeführt, um sie für die weitere Steuerung der Genesungsbegleitung auf Akutstationen nutzbar zu machen.

7.3 Fallzahlberechnung und Stichprobengröße

Das für den primären Endpunkt genutzte Messinstrument wurde in der beschriebenen Patientenklientel mit der zu untersuchenden Intervention noch nicht verwandt, so dass es keine publizierten Daten gibt, auf die sich die Fallzahlplanung verlässlich stützen könnte. Deshalb wurde die Fallzahlenberechnung auf Basis von Studienergebnissen zur Veränderungssensitivität des RAS-G im Rahmen einer kontrollierten klinischen Studie bei Patient*innen mit depressiven Erkrankungen berechnet.

Geschützte Stationen

Für den primären Endpunkt (Veränderung der individuellen Recovery-Orientierung prä- vs. post-Messung gemessen anhand des RAS-G) wird in Anlehnung an Jones und Ludman (2017) mit einer erwarteten Effektgröße von Cohen´s $d = .765$ gerechnet. Bei einem alpha-Fehler von 5% und einer Power von 80% würden im zweiseitigen Test (linear multiple regression: fixed model, single regression coefficient) 34 Patient*innen in der Gesamtkohorte benötigt, um einen Unterschied zeigen zu können. Bei einer möglichen Drop-out-Rate von 30% sollten zu prä t0 jeweils 23 Personen in die Kontrollgruppe und 23 Personen in die Untersuchungsgruppe eingeschlossen werden. Zu post t1 sollen 23 Personen in die Kontrollgruppe und 46 Patient*innen in die Untersuchungsgruppe eingeschlossen werden, wobei letztere zu 50 % aus Patienten bestehen soll, die Genesungsbegleitung aktiv in Anspruch genommen haben und 50 % aus Patienten, die dieses nicht getan haben. Für die Fallzahlberechnung wurde das Programm G*Power Version 3.1. genutzt (Faul et al., 2007; Faul et al., 2017).

Offene Station

Bei einer möglichen Drop-out-Rate von 30% sollten zu prä t0 23 Patienten in die Untersuchungsgruppe eingeschlossen werden. Zu post t0 sollen 46 Personen eingeschlossen werden (23 Patient*innen, die während ihres Aufenthalts Genesungsbegleitung in Anspruch genommen haben sowie 23 Patienten, die keine Genesungsbegleitung in Anspruch genommen haben).

Für die Fallzahlberechnung wurde das Programm G*Power Version 3.1. genutzt (Faul et al., 2007; Faul et al., 2017).

Im Rahmen der qualitativen Erhebung wird aus allen Mitarbeiter*innen, die zu prä t1 auf der Akutstation, auf der Genesungsbegleitung eingeführt wurde, beschäftigt sind, eine stratifizierte Zufallsstichprobe (Häder, 2015) ermittelt. Jede Schicht entspricht einer Berufsgruppe (Schicht 1 = pflegerisches Personal, Schicht 2 = ärztliches Per-

sonal, Schicht 3 = psychologisches Personal). Aus jeder Schicht werden 50 % der Personen zufällig gezogen. Die Zusammensetzung der finalen Gesamtstichprobe entspricht der prozentualen Berufsgruppenverteilung auf der Akutstation.

8. ETHIK

8.1 Ethische Aspekte

Dieses Projekt wird in Einklang mit den ethischen Prinzipien der Deklaration von Helsinki durchgeführt. Das Studienprotokoll wird inklusive der Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung der lokalen Ethikkommission zur Prüfung vorgelegt. Die Studie hat ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Charité Berlin erhalten.

8.2 Aufklärung und Einwilligung

Die Studienleiter*innen müssen sicherstellen, dass die Studienteilnehmer*innen über die Studie adäquat und umfänglich schriftlich und mündlich aufgeklärt werden und ihre schriftliche Einwilligung geben. Die Studienteilnehmer*innen müssen ausdrücklich darüber informiert werden, dass sie jederzeit ihre Einwilligung zurückziehen können. Die Studienteilnehmer*innen müssen Zeit und Möglichkeit für Fragen bezüglich der Studienteilnahme erhalten. Es dürfen keine Studienprozeduren vor der Einwilligung durchgeführt werden. Die schriftliche Einwilligung mit eigenhändiger Datierung und Unterschrift müssen gesondert aufbewahrt werden und die Studienteilnehmer*innen eine Kopie erhalten.

9. SPONSOR

Die Studie erhält keinerlei externe Finanzierung, sondern wird durch Personal- und Sachmittel des Vivantes Klinikum Am Urban finanziert.

Quellenangaben

Audiotranskription. Handbuch für f4transkript. Im Internet verfügbar unter https://www.audiotranskription.de/manuals/f4transkript_v7_de.pdf. 2018, Zugriff zuletzt am 05.06.2018 um 16.57 Uhr MEZ.

Barker PJ, Buchanan-Barker P. Mental Health Nursing and the Politics

of Recovery: A Global Reflection. *Archives of Psychiatric Nursing* 2011;25(5):350 – 358.

Blaesi S, Gairing SK, Walter M, et al. Sicherheit, therapeutischer Halt und Patientenzusammenhalt auf geschlossenen, neu geöffneten und offenen psychiatrischen Stationen. *Psychiatr Prax* 2015;42:76-81.

Castelein S, Mulder PJ, Bruggeman R. Guided peer support groups for schizophrenia: a nursing intervention. *Psychiatr Serv* 2008; 59(3):326.

Cavelti M, Wirtz M, Corrigan P, Vauth R. Recovery assessment scale: Examining the factor structure of the German version (RAS-G) in people with schizophrenia spectrum disorders. *European Psychiatry* 2017;41: 60–67.

Chien WT, Chan SW. The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia: A randomised controlled trial with 24-month follow-up. *International Journal of Nursing Studies* 2013;50:1326–1340.

Chien WT, Thompson DR. An RCT With Three-Year Follow-Up of Peer Support Groups for Chinese Families of Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Serv* 201;64:997–1005.

Corrigan PW, Giffort D, Rashid F, Leary M, Okeke I. Recovery as a psychological construct. *Community Ment Health J* 1999;35(3):231–9.

Corrigan P. Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* 2006;57(10):1493-1496.

Chisholm D, Knapp MRJ, Knudsen HC, Amaddeo F, Gaite L, van Wijngaarden B, EPSILON Study Group: Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory – European Version: development of an instrument for international research. *British Journal of Psychiatry* 2000;177(Suppl. 39):28-S33 .

Davidson L, Chinman M, Kloos B, Weingarten R, Stayner D, Tebes JK. Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness. A Review of the Evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1999;6 (2):165–187.

Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012, 11:123-128.

Dennis CL, Hodnett E, Kenton L, Weston J, Zupancic J, Stewart DE, Kiss A. Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *BMJ* 2009;338:doi:10.1136/bmj.a3064.

DGPPN. Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Heidelberg: Springer,2013.

Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39:175-191.

Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power Manual. 2017, Im Internet verfügbar unter http://www.gpower.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPowerManual.pdf, Zugriff zuletzt am 03.07.2018 um 12.23 Uhr MEZ.

Felton CJ, Stastny P, Shern DL, Blanch A, Donahue SA, Knight E, Brown C. Consumers as peer specialists on intensive case management teams: impact on client outcomes. Psychiatr Serv. 1995; Oct;46(10):1037-44.

Flick U. Triangulation. Eine Einführung. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.

Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., & Gervain, M. Construction of a scale to measure consumer recovery. Springfield, IL: Illinois Office of Mental Health; 1995.

Gillard S, Gibson SL, Holley J, Lucock M. Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: a qualitative research study. Epidemiol Psychiatr Sci 2014;1–11.

Greenfield TK, Stoneking BC, Humphreys K, Sundby E, Bond J. A randomized trial of a mental health consumer-managed alternative to civil commitment for acute psychiatric crisis. Am J Community Psychol. 2008;42(1-2):135-44

Häder M. Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS; 2015.

Jones SMW , Ludmann E. J. Factor Structure and Sensitivity to Change of the Recovery Assessment Scale. Journal of Behavioral Health Services & Research 2017: 1-10.

Kuckartz, Udo. Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3. aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften;2010.

Mahlke CI, Priebe S, Heumann H, Daubmann A, Wegscheider K, Bock T. Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial. European Psychiatry 2017;42:103–110.

Neuberger O, Allerbeck M. Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit: Erfahrungen mit dem Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB). Bern, Stuttgart, Wien: Huber; 1987

Repper J1, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health*. 2011 Aug;20(4):392-411.

Resnick S, Rosenheck R. Integrating peer-provided services: a quasi-experimental study of recovery orientation, confidence and empowerment. *Psychiatric Services* 2008;59(11):1307-1317.

Rummel-Kluge C, Stiegler-Kotzor M, Schwarz C, Hansen WP, Kissling W. Peercounseling in schizophrenia: patients consult patients. *Patient Educ Couns* 2008;70(3):357-62.

Roick C, Kilian R, Matschinger H, Bernert S, Mory C, Angermeyer MC. Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory. Ein Instrument zur Erfassung psychiatrischer Versorgungskosten. *Psychiat Prax* 2001; 28, Sonderheft 2: 84-90.

Salzer M, Shear S. Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2002; 25(3):281-288.

Schalast N. Fragebogen zum Stationsklima - Essen Climate Evaluation Schema. Deutsche Fassung (EssensCES-D). Universität Duisburg-Essen: Institut für Forensische Psychiatrie; 2010.

Schalast N. Fragebogen zum Stationsklima - Essen Climate Evaluation Schema. Deutsche Fassung (EssensCES-D). Universität Duisburg-Essen: Institut für Forensische Psychiatrie, 2010.

Schwarzer R, Jerusalem M (Hrsg.). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin; 1999.

Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014;13:12–20.

Slade M, Leamy M, Bacon F, Janosik M, Le Boutillier C, Williams J, Bird V. International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2012,21(4):353–364.

Trachtenberg M, Parsonage M, Shepherd G, Boardman J. Peer support in mental health care: is it good value for money? Report. London: Center of mental health; 2013.

Tonkin M, Howells K, Ferguson E et al. Lost in translation? Psychometric properties and construct validity of the English Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES) social climate questionnaire. *Psychol Assess* 2012;24:573–580.

Utschakowski J, Sielaff G, Bock T, Winter A. Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag, 2016.

Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe; 2003.

Zuaboni G, Degano Kieser L, Kozel B, Glavanovits K, Utschakowski J, Behrens J. Recovery Self Assessment: Translation and cultural adaption of a recovery oriented assessment instrument. *Pflege*.2015;28(4):233-43.