

**Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der  
Sozialpsychiatrie: Untersuchung von Stressoren, Ressourcen,  
personalen Merkmalen sowie deren Einfluss auf depressive  
Symptome und Arbeitszufriedenheit.**

Inaugural-Dissertation  
in der Fakultät Humanwissenschaften  
der Otto-Friedrich-Universität Bamberg



vorgelegt von

M.A. Jelena Hoghe (geb. Oljača)

aus

Zagreb (Kroatien)

Bamberg 2026

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Diese Arbeit hat der Fakultät Humanwissenschaften der Otto-Friedrich-Universität Bamberg als Dissertation vorgelegen.

Dekan: Prof. Dr. Claus H. Carstensen

Betreuerin der Universität Bamberg: Prof. Dr. Astrid Schütz

Betreuer der  
Technischen Hochschule Nürnberg  
Georg Simon Ohm: Prof. Dr. Christoph Walther

Tag der mündlichen Prüfung: 27.04.2026

Dieses Werk ist als freie Onlineversion über das Forschungsinformationssystem (FIS; <https://fis.uni-bamberg.de>) der Universität Bamberg erreichbar. Das Werk steht unter der CC-Lizenz CC BY-NC-ND.

Lizenzvertrag: Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



URN: urn:nbn:de:bvb:473-irb-115351x

DOI: <https://doi.org/10.20378/irb-115351>

Von der genannten Lizenzangabe ausgenommen sind folgende Bestandteile dieser Dissertation:

Artikel 2 "Die Bedeutung personaler Ressourcen und personaler Risikofaktoren für die Bewältigung beruflicher Belastungen bei Genesungsbegleiter/-innen/Peer Berater/-innen" (S. 42-65) und Artikel 3 "Soziale Ressourcen, Arbeitszufriedenheit, psychosoziale Stressoren und depressive Symptome von EX-IN Genesungsbegleiter/-innen/Peer-Berater/-innen in der Sozialpsychiatrie: Empirische Analysen auf Basis des Job-Demands-Resources-Modells" (S. 66-90) stehen unter der CC-Lizenz CC BY.

Lizenzvertrag: Creative Commons Attribution 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



## DANKSAGUNG

Die Entstehung dieser Dissertation wurde von vielen Menschen begleitet, deren Unterstützung, Vertrauen und Ermutigung mir sehr viel bedeutet haben. Ihnen allen gilt mein herzlicher Dank. Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Astrid Schütz, die mich während der gesamten Promotionszeit mit großer fachlicher Expertise und verlässlicher Begleitung unterstützt hat. Sie hat meine Fragen stets aufmerksam aufgegriffen, mir präzises und hilfreiches Feedback gegeben und damit entscheidend zur Weiterentwicklung dieses Projekts beigetragen. Besonders wertvoll war für mich ihre gute Erreichbarkeit und ihr echtes Interesse an meinen Themen. Ihre engagierte Betreuung hat mich sowohl in meiner wissenschaftlichen Arbeitsweise als auch in meiner persönlichen Entwicklung nachhaltig geprägt.

Ebenso herzlich danken möchte ich Prof. Dr. Christoph Walther und Prof. Dr. Ruth Limmer, die mich seit vielen Jahren auf meinem akademischen Weg begleiten. Beide hatten jederzeit ein offenes Ohr, sowohl für fachliche Anliegen als auch für motivationale und berufliche Fragen. Ihr Vertrauen, ihre Ermutigungen in schwierigen Phasen und ihre unerschütterliche Unterstützung haben mir Orientierung und Zuversicht gegeben. Dass sie über viele Jahre hinweg an mich geglaubt und mich bestärkt haben, hat wesentlich dazu beigetragen, dass ich diese Dissertation mit Ausdauer weiterverfolgen konnte. Für diese langjährige, vielseitige und verlässliche Begleitung bin ich ihnen zutiefst dankbar.

Ich danke zudem meinen Co-Autoren Prof. Dr. Jochen Mayerl und Dr. Lukas Röseler für die konstruktive Zusammenarbeit. Durch ihre fachlichen Impulse und ihre sorgfältige Mitwirkung an den gemeinsamen Projekten haben sie die wissenschaftliche Qualität der in diese Dissertation eingeflossenen Arbeiten deutlich bereichert.

Mein Dank gilt außerdem den Institutionen, die meine Promotion gefördert haben. Die Technische Hochschule Nürnberg hat mir mit dem Promotionsanschubstipendium einen wichtigen Start ermöglicht. Das Step by Step - Stipendium der Universität Bamberg sowie das Stipendium der Landeskonferenz der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten an bayerischen Hochschulen (LaKoF) haben mich im weiteren Verlauf wesentlich unterstützt. Ebenso hat mich die Mitgliedschaft im Verbundkolleg Gesundheit des Bayerischen Wissenschaftsforums (BayWiss) entlastet, indem sie promotionsbezogene Kosten übernommen hat. Die Förderungen boten mir finanzielle Sicherheit und einen wertvollen Austausch mit anderen Stipendiat\*innen. Von Herzen danken möchte ich schließlich meinem Ehemann Marcel. Er war derjenige, der mich zuerst ermutigt hat, eine Dissertation zu beginnen, und er hat mich seitdem mit Geduld, Verständnis und unerschütterlicher Zuversicht begleitet. In anspruchsvollen Phasen hat er mir

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Rückhalt gegeben, in Momenten des Zweifels hat er mich gestärkt und über all die Jahre mitgetragen, wenn die verfügbare Zeit knapp wurde. Sein Vertrauen und seine Unterstützung haben entscheidend dazu beigetragen, dass ich dieses Projekt erfolgreich abschließen konnte.

## **PUBLIKATIONEN DIESER DISSERTATION**

Die vorliegende Dissertation setzt sich aus drei Publikationen zusammen, die jeweils eine empirische Studie zum Thema darstellen. Die Studien wurden in nationalen Fachzeitschriften mit Peer-Review-Verfahren veröffentlicht bzw. zur Begutachtung eingereicht. Der Originaltext aller Publikationen wurde unverändert übernommen, lediglich die Formatierung wurde vereinheitlicht.

Es handelt sich um folgende Publikationen:

Hoghe, J., Röseler, L., Limmer, R., Walther, C. & Schütz, A. (2024). Berufliche Stressoren und Ressourcen von Genesungsbegleiter\*innen/Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie. *Psychiatrische Praxis* (52), 35-43. <https://doi.org/10.1055/a-2383-8057>

Hoghe, J., Röseler, L., Limmer, R., Walther, C. & Schütz, A. (2025). Die Bedeutung personaler Ressourcen und personaler Risikofaktoren für die Bewältigung beruflicher Belastungen bei Genesungsbegleiter/-innen/Peer Berater/-innen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* (79), 219–233. <https://doi.org/10.1007/s41449-025-00460-x>

Hoghe, J., Limmer, R., Walther, C., Mayerl, J., & Schütz, A. (2025): Soziale Ressourcen, Arbeitszufriedenheit, psychosoziale Stressoren und depressive Symptome von EX-IN Genesungsbegleiter/-innen/Peer-Berater/-innen in der Sozialpsychiatrie: Empirische Analysen auf Basis des Job-Demands-Resources-Modells. Manuskript zur Begutachtung eingereicht.

## ZUSAMMENFASSUNG

Peer Support hat sich in den letzten Jahrzehnten zunehmend innerhalb der psychiatrischen Versorgung etabliert. Damit ist die Unterstützung durch psychiatrieerfahrene Menschen gemeint, die eine spezifische Weiterbildung zu ihrem Erfahrungswissen absolviert haben und als Peer-Berater\*innen (PB) tätig sind. Trotz dieser Entwicklung bestehen weiterhin Herausforderungen bei der organisatorischen Einbindung von PB und der Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen.

Die Dissertation verfolgte das Ziel, die Arbeitssituation von PB im deutschsprachigen Raum systematisch zu untersuchen und ein vertieftes Verständnis der Faktoren zu gewinnen, die ihre Gesundheit und berufliche Motivation beeinflussen. Damit wurde eine Forschungslücke adressiert, da bislang kaum empirische Erkenntnisse zu arbeitsbezogenen Belastungs- und Entlastungsfaktoren dieser Berufsgruppe vorlagen. Der theoretische Rahmen orientierte sich am erweiterten transaktionalen Stressmodell, am integrativen Salutogenese-Modell und am Job-Demands-Resources-Modell.

Die Dissertation umfasste drei aufeinander bezogene Studien. Die erste Studie erfasste berufliche Stressoren und Ressourcen von PB mithilfe des Instruments zur stressbezogenen Arbeitsanalyse für Klinikärztinnen und Klinikärzte (ISAK) und ergänzender tätigkeitsrelevanter Faktoren im Kontext von Peer Support. Die zweite Studie konzentrierte sich auf personenbezogene Merkmale wie personale Ressourcen, Bewältigungsstrategien und Risikofaktoren der PB, die in der Forschung bisher wenig berücksichtigt worden waren. In beiden Studien wurden zentrale Faktoren überwiegend quantitativ erfasst, ergänzt durch qualitative Elemente, um Merkmale zu identifizieren, die in den verwendeten standardisierten Fragebögen möglicherweise nicht abgebildet waren. Die dritte Studie integrierte die zentralen Befunde aus den ersten beiden Studien in einem Strukturgleichungsmodell, das Zusammenhänge zwischen beruflichen Stressoren, Ressourcen, depressiven Symptomen und Arbeitszufriedenheit prüfte und die Rolle personaler Ressourcen einbezog.

Die meisten relevanten Ressourcen und Stressoren konnten zwei übergeordneten Dimensionen zugeordnet werden, und zwar dem sozialen Kontext und der Arbeitsorganisation (vgl. Kap. 6.1). Damit erwiesen sich auch Merkmale als zentral, die als für PB tätigkeitsspezifisch angenommen worden waren, etwa psychologische Sicherheit und Stigmatisierung, da sie entscheidend zur Entlastung oder Belastung sowie zur Motivation von PB beitrugen (vgl. Studie 1 und Studie 3).

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Die Befunde verdeutlichen damit die besondere Relevanz dieser sozialen Merkmale im Arbeitsalltag von PB und weisen zugleich auf spezifische Belastungs- und Entlastungsfaktoren hin, die diese Berufsgruppe in besonderem Maße betreffen und in weiteren Untersuchungen berücksichtigt werden sollten.

Konkret zeigte sich im sozialen Bereich, dass neben psychologischer Sicherheit insbesondere die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kolleginnen bedeutsame Ressourcen darstellten, die mit höherer Arbeitszufriedenheit verbunden waren (s. Studie 3). Dagegen stellten Stigmatisierung und Probleme in der Teamkultur zentrale Belastungen dar. Die gleichzeitige Erfahrung von emotionaler Dissonanz, Stigmatisierung und Arbeitsablaufproblemen ging mit stärkeren depressiven Symptomen einher. Dies deutet darauf hin, dass emotionale Dissonanz teilweise eine Reaktion auf belastende Teamsituationen war (s. Studie 3). Insgesamt machen die Befunde deutlich, dass eine offene und unterstützende Haltung im Team und in der Leitung zentral dafür ist, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, in dem PB Belastungen besser bewältigen können und ihre Ressourcen wirksam einsetzen können.

Die Ergebnisse zeichneten ferner ein vielschichtiges Bild der Arbeitssituation von PB. Diese berichteten über ein breites Spektrum an Ressourcen, während stark belastende Stressoren vergleichsweise selten genannt wurden (s. Studie 1). Entscheidend war jedoch nicht nur die Häufigkeit einzelner Faktoren, sondern auch deren subjektive Bewertung und das Zusammenspiel verschiedener Merkmale. Die Kombination aus hoher Autonomie, unklaren Aufgaben und Unsicherheit in Entscheidungsprozessen erwies sich als potenziell überfordernd. Demnach erscheint eine klare Rollen- und Aufgabenverteilung sowie die transparente Gestaltung von Arbeitsprozessen und Zuständigkeiten aller Beteiligten im Implementierungsprozess als besonders entlastend (s. Studie 1).

Gleichzeitig verdeutlichten die Befunde, dass PB ihre Arbeit aktiv und lösungsorientiert gestalteten, soziale Unterstützung gezielt einsetzten und ein ausgeprägtes berufliches Identitätsgefühl sowie Hinweise auf ein hohes berufliches Kohärenzgefühl aufwiesen. Zugleich zeigten sich jedoch auch Risikofaktoren wie z.B. erhöhte Neurotizismuswerte, Anzeichen depressiver Symptome und geringere arbeitsbezogene internale Kontrollüberzeugung (s. Studie 2). Dies macht deutlich, dass PB trotz teils unklarer Rollenstrukturen und einer noch nicht vollständig etablierten Berufsgruppe bereits über ausgeprägte individuelle berufliche Ressourcen verfügen, zugleich jedoch Risikofaktoren aufweisen, die weiterer wissenschaftlicher Untersuchung bedürfen.

Da ein Teil der Datenerhebung während der Corona-Pandemie stattfand, wurden ergänzende Analysen durchgeführt, um zu prüfen, inwieweit pandemiebedingte Belastungen die

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Zusammenhänge zwischen Stressoren, Ressourcen und Outcomes beeinflussen. Diese Analysen zeigten, dass die zentralen Zusammenhänge weitgehend unabhängig von pandemiebedingten Veränderungen interpretiert werden können, mit Ausnahme der depressiven Symptome, die bei PB mit beruflichen Veränderungen während der Pandemie höher lagen (s. Abschnitt 5.5).

Die Ergebnisse verdeutlichen abschließend, dass die Arbeitsbedingungen von PB aus einer Kombination organisationaler Rahmenbedingungen und individueller Merkmale betrachtet werden müssen. Sowohl Maßnahmen auf der Ebene der Organisation, etwa klare Rollenverteilungen, unterstützende Führung und offene Kommunikationsstrukturen, als auch Interventionen zur Stärkung personaler Ressourcen tragen dazu bei, Gesundheit und Arbeitszufriedenheit zu fördern und Peer Support erfolgreich umzusetzen. Diese Aspekte repräsentieren einen Teil der Implikationen, die im letzten Kapitel vertieft behandelt werden. Zudem werden Limitationen diskutiert und ein Ausblick gegeben.

## **Inhalt**

DANKSAGUNG.....	I
PUBLIKATIONEN DIESER DISSERTATION .....	III
ZUSAMMENFASSUNG.....	IV
ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....	X
TABELLENVERZEICHNIS .....	XI
KAPITEL 1: ALLGEMEINE EINFÜHRUNG .....	1
1.1 Entwicklung des Peer Support als psychiatrisches Versorgungsangebot.....	1
1.2 Ausgangslage und Handlungsbedarf im Arbeitsumfeld von Peer-Berater*innen.....	3
1.3 Theoretischer Rahmen und Forschungsfragen der Dissertation.....	5
KAPITEL 2: THEORETISCHER HINTERGRUND ZU BERUFLICHEN STRESSOREN UND RESSOURCEN BEI PEER-BERATER*INNEN .....	9
2.1 Definition von Stress, Stressoren, Belastung und Beanspruchung.....	9
2.2 Berufliche Stressoren und Ressourcen von Peer-Berater*innen .....	10
2.3 ISAK zur Erfassung von Stressoren und Ressourcen im Peer Support.....	12
2.4 Personale Ressourcen und Risikofaktoren von Peer-Berater*innen .....	18
2.5 Integratives Salutogenese-Modell und personale Faktoren von PB.....	19
2.6 Das Job-Demands-Resources-Modell als Rahmentheorie .....	21
2.7 Integration der theoretischen Modelle.....	24
KAPITEL 3: BERUFLICHE STRESSOREN UND RESSOURCEN VON GENESUNGSBEGLEITER*INNEN/PEER-BERATER*INNEN IN DER SOZIALPSYCHIATRIE (ARTIKEL 1).....	26
3.1 Einleitung.....	27
3.2 Methoden.....	29
3.3 Quantitative Analyse .....	30
3.4 Qualitative Analyse .....	31
3.5 Quantitative Ergebnisse.....	31
3.6 Qualitative Ergebnisse.....	35

3.7 Diskussion .....	37
3.8 Konsequenzen für Klinik und Praxis.....	41
KAPITEL 4: DIE BEDEUTUNG PERSONALER RESSOURCEN UND PERSONALER RISIKOFAKTOREN FÜR DIE BEWÄLTIGUNG BERUFLICHER BELASTUNGEN BEI GENESUNGSBEGLEITER*INNEN/PEER-BERATER*INNEN (ARTIKEL 2) .....	42
4.1 Einleitung.....	43
4.2 Das Salutogenese-Modell als Rahmen für die berufliche Stressbewältigung von PB ...	43
4.3 Forschungsfragen und Hypothesen .....	46
4.4 Methoden .....	47
4.5 Beschreibung der Stichprobe.....	50
4.6 Quantitative Ergebnisse.....	51
4.7 Qualitative Ergebnisse.....	55
4.8 Synopse der quantitativen und qualitativen Daten .....	58
4.9 Diskussion .....	60
4.10 Limitationen.....	64
4.11 Fazit .....	65
KAPITEL 5: SOZIALE RESSOURCEN, ARBEITSZUFRIEDENHEIT, PSYCHOSOZIALE STRESSOREN UND DEPRESSIVE SYMPTOME VON EX-IN GENESUNGSBEGLEITER*INNEN/PEER-BERATER*INNEN: EMPIRISCHE ANALYSEN AUF BASIS DES JOB-DEMANDS-RESOURCES-MODELLS (ARTIKEL 3) .....	66
5.1 Einleitung.....	67
5.2 JD-R im Kontext von Peer Support.....	70
5.3 Methode.....	72
5.4 Statistische Analysen.....	74
5.5 Ergebnisse.....	76
5.6 Diskussion .....	83
5.7 Limitationen.....	87
5.8 Implikationen zur theoretischen Fundierung und zu offenen Forschungsfragen .....	88

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

5.9 Implikationen für sozialpsychiatrische Arbeitsfelder .....	89
KAPITEL 6: DISKUSSION .....	91
6.1 Zusammenfassung .....	92
6.1.1 Zentrale Ergebnisse zum motivationalen Prozess im Kontext von Peer Support: Soziale Ressourcen und personale Merkmale .....	92
6.1.2 Zentrale Ergebnisse zum gesundheitsschädigenden Prozess im Kontext von Peer Support: Psychosoziale Stressoren und depressive Symptome.....	95
6.1.3 Zusammenschau der Ergebnisse .....	98
6.2 Limitationen.....	99
6.3 Implikationen für Theorieentwicklung und Forschung .....	101
6.4 Implikationen für die Praxis der Sozialpsychiatrie.....	105
6.5 Ausblick.....	108
LITERATURVERZEICHNIS .....	110

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Theoretischer Rahmen der Dissertation (eigene Darstellung) .....	6
Abbildung 2: Salutogenese-Modell für Peer-Arbeit .....	46
Abbildung 3 Personale Ressourcen, Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien, Mittelwert-Vergleich mit Referenzgruppen nach Effektstärke (Cohen's d) .....	52
Abbildung 4 Verteilung der personalen Ressourcen, Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien .....	53
Abbildung 5 Pfadmodell M1b: SGM zur Erklärung der Arbeitszufriedenheit der PB .....	80
Abbildung 6 Pfadmodell M2: SGM zur Erklärung depressiver Symptome der PB .....	82
Abbildung 7 Zentrale Ergebnisse des motivationalen Prozesses (eigene Darstellung). .....	93
Abbildung 8 Zentrale Ergebnisse des Beeinträchtigungsprozesses (eigene Darstellung). .....	96

## TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Soziodemografische und berufsbezogene Daten der Stichprobe .....	32
Tabelle 2 Stressoren und Ressourcen nach durchschnittlicher Häufigkeit (M) und Korrelationskoeffizient (r) zwischen Merkmal und Belastung/Entlastung.....	33
Tabelle 3 Häufigkeiten der Textsegmente nach Kategorien .....	55
Tabelle 4 Synopse der quantitativen und qualitativen Daten .....	58
Tabelle 5 Mittelwerte, Standardabweichungen und Interkorrelationen .....	77
Tabelle 6 M1a und M1b zur Erklärung der Arbeitszufriedenheit und M2 zur Erklärung depressiver Symptome der PB .....	79

# **KAPITEL 1: ALLGEMEINE EINFÜHRUNG**

Dieser Abschnitt führt in das Themenfeld der Dissertation ein, welches im Kontext von Peer Support innerhalb der psychiatrischen Versorgung verortet ist. Zunächst wird ein Überblick über das Arbeitsfeld von Peer-Berater\*innen gegeben, um die Thematik einführend verständlich darzustellen. Anschließend werden die Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Peer Support im aktuellen Versorgungskontext sowie maßgebliche Herausforderungen im Arbeitsalltag der Peer-Berater\*innen dargestellt. Auf dieser Grundlage wird der thematische Rahmen der Arbeit entwickelt, aus dem die zentralen Forschungsfragen abgeleitet werden. Eine vertiefte Einordnung theoretischer Begriffe und der in dieser Arbeit verwendeten Modelle erfolgt in Kapitel 2.

## **1.1 Entwicklung des Peer Support als psychiatrisches Versorgungsangebot**

Im gesundheitlichen Sektor wurde innerhalb der letzten Jahrzehnte sukzessive ein Versorgungsangebot namens „Peer Support“ etabliert. Damit ist die Unterstützung von Betroffenen für Betroffene gemeint, also helfen Menschen, die herausfordernde Lebenskrisen bewältigt haben, Klient\*innen, die sich gerade in einer ähnlichen Lebenslage befinden (Utschakowski, 2009).

Der Kerngedanke des Peer Support wurde bereits zwischen 1960 und 1970 aufgegriffen, als Menschen mit einer Schwerbehinderung in den USA die damals dominierenden Formen institutioneller Unterbringung kritisch hinterfragten und sich für ein Leben in gesellschaftlicher Teilhabe einsetzten. Dabei teilten Menschen mit Behinderung ihre Krisenerfahrungen mit anderen und schufen Weiterbildungen zu Beratung von Betroffenen, um die eigenen Fähigkeiten zu erweitern (Freitag, 2011). Explizit Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung in die psychiatrische Versorgung von Klient\*innen einzusetzen, wurde zunächst in den 1980ern in Großbritannien und den Niederlanden praktiziert (Brändli, 2020). Kurze Zeit später begann sich die psychiatrische Versorgung in Deutschland zu verändern. In den vergangenen drei Jahrzehnten wurde das als paternalistisch kritisierte Modell zunehmend hinterfragt, wodurch sich ein stärkeres Bewusstsein und eine größere Offenheit für partizipative Behandlungsansätze entwickelten. Maßgeblich hierfür waren ausdrückliche Forderungen von Betroffenen und Angehörigen, die sich in Selbsthilfeverbänden engagierten. In dieser Zeit entwickelten sich in Deutschland auch Hilfsangebote von ehemals Psychiatrieerfahrenen für akut oder chronisch in Behandlung befindliche Menschen (Dietz, 1998).

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

2006 kristallisierte sich aus der fortwährend selbstbestimmten Haltung von Betroffenen ein von der EU finanziertes Projekt heraus, bei dem ein Fortbildungsprogramm namens „Experienced Involvement“ (EX-IN) entwickelt wurde, um Psychiatrieerfahrene als Mitarbeitende in sozialpsychiatrischen Behandlungsteams zu befähigen (Koch-Stoecker & Driessen, 2017). Dies ist eine speziell für Psychiatrieerfahrene entwickelte Weiterbildung, bei der Teilnehmende zu sogenannten Expert\*innen aus Erfahrung werden (Jahnke, 2015). Mit dieser EX-IN-Qualifikation sollen Psychiatrieerfahrene als (EX-IN-) Genesungsbegleiter\*innen in sozialpsychiatrischen Einrichtungen mitarbeiten und ihr Erfahrungswissen sinnvoll nutzen können (Küpfer, 2017). Das Programm weitete sich aus und deutschlandweit wurden bisher 29 EX-IN-Schulungsstätten etabliert (Peter et al., 2024). Obgleich dies das am weitesten verbreitete peerspezifische Weiterbildungsangebot ist, wurden in den letzten Jahren weitere entwickelt, wie z.B. Peer-Counseling-Schulung von ISL, UPSIDES oder DBT-Peer-Coach (Braukmann et al., 2017; Förderkreis Borderline-Trialog e.V., o.J.; Puschner et al., 2019). Mittlerweile werden international im stationären und ambulanten psychiatrischen Setting immer mehr Menschen mit einer peerspezifischen Weiterbildung als Mitarbeitende eingesetzt, hier Peer-Berater\*innen (PB) genannt (Shalaby & Agyapong, 2020). Dieser Trend schlägt sich auch in formalen Anpassungen nieder:

- In der Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) wurden die Aufgaben von PB 2017 erstmals konkret beschrieben.
- Ebenfalls 2017 wurde Peer Support in der stationsäquivalenten Behandlung nach § 115d SGB V (StäB) als obligatorisches Angebot aufgenommen (DIMDI, 2018; Schwarz et al., 2020).
- In der 2019 veröffentlichten Version der S3-Leitlinien für chronisch psychisch kranke Menschen wurde der Einsatz von PB zudem als Empfehlung verankert (Gühne et al., 2019).
- Darüber hinaus veröffentlichte die ver.di-Bundesfachkommission (Psychiatrische Einrichtungen) 2020 ein Positionspapier, in dem die Bedeutung der PB im stationären Bereich betont, die Sicherung und Finanzierung entsprechender Stellen gefordert und auf eine angemessene Entlohnung hingewiesen wird (ver.di Bundesfachkommission Psychiatrische Einrichtungen, 2020).

Als mögliche Einsatzgebiete für PB werden u.a. Betroffenenberatung (Peer-Counseling), Vertretung der Betroffenenperspektive im Beschwerdemanagement sowie Mitwirkung in Kriseninterventionen beschrieben (Jahnke, 2015).

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Innerhalb ihrer Tätigkeit bringen PB aktiv eigene Selbsthilfe-Erfahrungen ein, wodurch Menschen mit psychischen Erkrankungen besser verstanden werden und alternative Unterstützungsangebote entwickelt werden können (Jahnke, 2015). Peer Support wird dabei auf drei Ebenen als gewinnbringend eingeschätzt: Klient\*innen profitieren von erhöhter Selbstwirksamkeit und Lebensqualität, PB selbst erleben mehr Inklusion und Empowerment, und Institutionen entwickeln eine stärker recovery-orientierte Haltung, die Stigmatisierung reduziert (Bock, 2015). Diese positiven Effekte können im deutschsprachigen Raum in verschiedenen Studien bzw. Erfahrungsberichten nachgewiesen werden (Bock, 2018; Gruber et al., 2018; C. I. Mahlke et al., 2017; Werner, 2017). Eine aktuelle Studie zeigt, dass PB aufgrund ihrer Präsenz vor Ort, ihrer Funktion als Vorbild oder durch ihr direktes Feedback die Haltung von Teamkolleg\*innen positiv verändern können, sodass diese eine achtsamere und positivere Sprache über Klient\*innen entwickeln oder Diagnosekriterien weniger als gegebene Tatsachen, sondern als flexible Hilfsinstrumente wahrnehmen (Ruiz-Pérez et al., 2025).

Vor diesem Hintergrund wird die Beteiligung von Betroffenen von Gruber et al. (2018) als Qualitätsmerkmal sozialpsychiatrischer Arbeit angesehen, das in konzeptionellen Überlegungen berücksichtigt werden sollte.

## **1.2 Ausgangslage und Handlungsbedarf im Arbeitsumfeld von Peer-Berater\*innen**

Peer Support stellt, wie im Abschnitt zuvor beschrieben, ein relevantes Angebot innerhalb der psychiatrischen Versorgung dar, das aus der Selbsthilfebewegung hervorgegangen ist. Trotz seiner praktischen Bedeutung ist die Implementierung dieses Ansatzes nach wie vor mit verschiedenen institutionellen Hürden verbunden. Erste Erfahrungen mit der Einführung von Peer Support variieren je nach regionalem Kontext, Einrichtungsstruktur und Passung zwischen Qualifikation und Einsatzfeld (Heim & Walther, 2020; Höflacher, 2016; Peter et al., 2024). Die angestrebte Partizipation von PB bleibt bislang häufig eingeschränkt (Berger, 2019; Heumann et al., 2019). Zudem erschweren strukturelle Faktoren wie niedrige Stellenanteile und prekäre Beschäftigungsbedingungen eine langfristige und stabile berufliche Integration (Berger, 2019; Küpper, 2017; Schmid, 2020).

Die Tätigkeit als PB bringt außerdem spezifische psychosoziale Herausforderungen mit sich. Aufgaben, die Veränderungen innerhalb eines Teams bewirken sollen, führen häufig zu Unsicherheiten in der Ausführung der Rolle als PB (Brändli, 2020; Schmolke & Nuißl, 2022). Zudem kann die bewusste Einbindung eigener Krisenerfahrungen gesundheitliche Belastungen mit sich bringen (Bailie & Tickle, 2015; Vandewalle et al., 2016).

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Diese Herausforderungen können, insbesondere wenn sie über längere Zeit oder in hoher Intensität auftreten, zu Stress führen, der wiederum das Risiko für psychische oder körperliche Erkrankungen erhöht (Filipp & Aymanns, 2018).

Vor diesem Hintergrund kommt den strukturellen Rahmenbedingungen eine doppelte Funktion zu: Sie können sowohl den erfolgreichen Implementierungserfolg von Peer Support als auch die Gesundheit der PB beeinflussen. Damit Peer Support unter den bisher beschriebenen strukturellen Herausforderungen erfolgreich institutionell verankert werden kann und gleichzeitig gesundheitsförderliche Bedingungen für PB gewährleistet sind, ist es entscheidend, arbeitsbedingte Belastungen frühzeitig zu erkennen und auf Grundlage dieser Erkenntnisse gezielte Interventionen zu entwickeln (vgl. Greif et al., 2018).

Arbeitgebende schenken der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeitsbedingungen jedoch häufig zu wenig Beachtung, da der Einfluss arbeitsbedingter Belastungen auf gesundheitliche Beeinträchtigungen vielfach unterschätzt wird (Franke et al., 2015). Wird betrachtet, wie viel Zeit die meisten Menschen in Erwerbsarbeit verbringen, so wird deutlich, wie stark berufliche Umgebungsbedingungen die Gesundheit beeinflussen können, sowohl im Hinblick auf förderliche als auch belastende Faktoren (Franke et al., 2015). Dabei spielt insbesondere die Führungsebene eine entscheidende Rolle: Sie gestaltet maßgeblich die Rahmenbedingungen, unter denen Beschäftigte arbeiten und trägt somit eine zentrale Verantwortung für die Förderung oder Belastung ihrer Gesundheit (Franke et al., 2015).

Im Kontext von Peer Support hat die Leitungsebene zudem großen Einfluss auf den Implementierungserfolg. Ihre Überzeugung von der Relevanz und Machbarkeit des Angebots kann Widerstände im Rahmen organisatorischer Veränderungsprozesse verringern (Hoghe & Walther, 2019). Gleichzeitig kann sie maßgeblich zu einem unterstützenden Arbeitsumfeld beitragen, das die Gesundheit und Stabilität der Tätigkeit von PB fördert (McLean, 2009). Organisationen im Gesundheitswesen tragen somit eine zentrale Verantwortung, Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass sie sowohl die Gesundheit der PB schützen als auch die erfolgreiche Umsetzung von Peer Support ermöglichen.

Trotz der beschriebenen Herausforderungen existieren in Deutschland, Österreich und der Schweiz bislang keine einheitlichen Strategien zur Implementierung von Peer Support (Zuaboni & Burr, 2022). Einheitliche Konzepte könnten jedoch helfen, praxisrelevante Maßnahmen systematisch zu erfassen und einen klaren Rahmen im Umgang mit den genannten Schwierigkeiten zu schaffen. Für die Entwicklung wirksamer Umsetzungsstrategien ist es dabei entscheidend, zunächst ein vertieftes Verständnis zentraler belastender sowie förderlicher Arbeitsbedingungen zu gewinnen.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Aretz (2016) betont zudem, dass die Stabilität eines Beschäftigungsverhältnisses nicht nur durch strukturelle Bedingungen in der Organisation, wie etwa unzureichende Vorbereitung auf die Tätigkeit, beeinflusst wird, sondern auch durch individuelle Faktoren, beispielsweise das Auftreten psychischer Krisen bei PB.

### **1.3 Theoretischer Rahmen und Forschungsfragen der Dissertation**

Auf den vorab dargestellten institutionellen, strukturellen und individuellen Herausforderungen von Peer Support setzt die Dissertation an. Ziel der Arbeit ist es, belastende und förderliche Arbeitsbedingungen zu untersuchen, die die Gesundheit sowie die langfristige Stabilität der Tätigkeit von PB beeinflussen können. Damit wird eine Forschungslücke im deutschsprachigen Raum adressiert, da bislang kaum systematische Untersuchungen zu beruflichen Belastungs- und Entlastungsfaktoren von PB vorliegen.

Die Zielgruppe umfasst erwachsene PB, die mindestens ein halbes Jahr in derselben Einrichtung tätig sind, Psychiatrie-Erfahrung haben, eine peerspezifische Weiterbildung absolviert haben und im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich oder Schweiz) arbeiten.

Die Arbeit gliedert sich in drei Studien, die inhaltlich aufeinander aufbauen. Ziel ist es, sowohl belastende als auch förderliche Arbeitsbedingungen (*berufliche Stressoren und Ressourcen*) sowie personale Einflussfaktoren (*Ressourcen, Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien*) der PB systematisch zu erfassen und in ihrem Zusammenspiel hinsichtlich der Stabilität ihrer Tätigkeit und ihrer Gesundheit zu analysieren. Im Fokus steht die Frage nach dem Zusammenhang zwischen arbeitsbezogenen Stressoren und *depressiven Symptomen* sowie nach der Bedeutung von Ressourcen für das Erleben von *Arbeitszufriedenheit*. Abbildung 1 (Abb.) veranschaulicht den inhaltlichen und theoretischen Rahmen der Dissertation für jede der drei Studien.

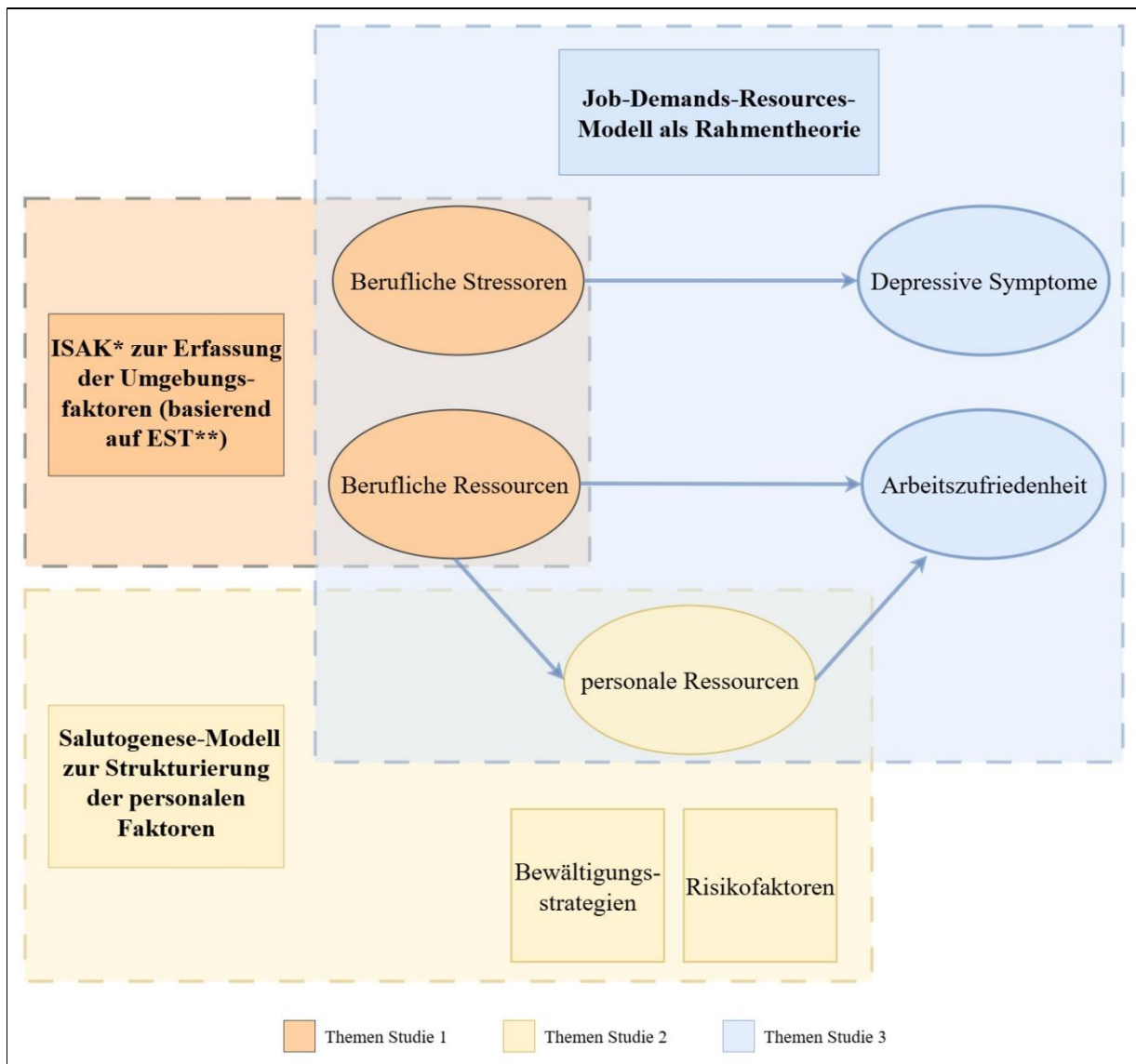


Abbildung 1 Theoretischer Rahmen der Dissertation (eigene Darstellung)

Anmerkungen: \*Abk. für „Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse für Klinikärzt\*innen“; \*\*Abk. für „arbeitspsychologische Erweiterung des transaktionalen Stressmodells“

**Studie 1** betrachtet die arbeitsbezogenen Bedingungen von PB in Form *beruflicher Stressoren und Ressourcen* (siehe Kapitel (s. Kap.) 3). Stressoren werden dabei als Anforderungen verstanden, die potenziell belastend wirken können, während Ressourcen unterstützende oder entlastende Faktoren am Arbeitsplatz darstellen. Eine präzise Definition dieser Begriffe erfolgt in den Abschnitten 2.1 und 2.2. Für die systematische Erfassung der Arbeitsbedingungen wird das *Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse für Klinikärztinnen und -ärzte (ISAK)* eingesetzt. Es eignet sich für die Analyse von Stressoren und Ressourcen im Gesundheitswesen und basiert auf der *arbeitspsychologischen Erweiterung des transaktionalen Stressmodells* (s. Kap. 2.3).

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Ergänzend werden weitere Faktoren berücksichtigt, die auf Grundlage der internationalen Forschungsliteratur als tätigkeitsrelevant für PB eingeschätzt werden (s. Kap. 2.3).

Ziel der Studie ist es, in einem überwiegend quantitativen Design mit ergänzendem qualitativem Anteil zentrale Stressoren und Ressourcen von PB systematisch zu identifizieren und deren subjektive Belastungs- bzw. Entlastungswirkung zu bestimmen. Der qualitative Teil umfasst offene Fragen, die auf die Erfassung zusätzlicher, bislang nicht berücksichtigter Stressoren und Ressourcen abzielen. Studie 1 nimmt somit die beruflichen Arbeitsbedingungen aus Sicht der PB systematisch in den Blick und identifiziert zentrale berufliche Stressoren und Ressourcen, die mit gesundheitsbezogenen und motivationalen Outcomes assoziiert sind.

**Studie 2** richtet den Fokus auf individuelle Merkmale, welche die Tätigkeit und Gesundheit von PB beeinflussen können (s. Kap. 4). Im Zentrum stehen *personale Ressourcen, Bewältigungsstrategien und Risikofaktoren*. Diese Faktoren wirken ergänzend zu arbeitsbezogenen Bedingungen auf das Stresserleben und die berufliche Bewältigung. Personale Ressourcen umfassen Eigenschaften, die es ermöglichen, Belastungen konstruktiv zu bewältigen, während Bewältigungsstrategien konkrete Verhaltensweisen beschreiben, mithilfe derer PB Herausforderungen begegnen. Risikofaktoren wiederum erhöhen die Anfälligkeit für Stress und können gesundheits- oder leistungsrelevante Prozesse beeinträchtigen (genaue Definition dieser Begriffe siehe Abschnitt 2.4). Für PB liegen zu diesen personalen Faktoren bislang kaum belastbare empirische Daten vor. Studie 2 schließt diese Forschungslücke, indem personale Ressourcen, Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien systematisch innerhalb eines überwiegend quantitativen Forschungsdesigns mit ergänzendem qualitativem Anteil erfasst werden. Der qualitative Teil dient der Exploration weiterer potenziell relevanter Faktoren, die möglicherweise im quantitativen Erhebungsrahmen nicht vollständig abgebildet werden. Die Auswahl und Strukturierung der untersuchten Faktoren orientieren sich am *integrativen Salutogenese-Modell* (s. Kap. 2.5). Zentrale Fragestellung ist, welche dieser Merkmale im Arbeitsumfeld von PB eine besondere Rolle spielen.

**Studie 3** führt die zentralen Ergebnisse der beiden vorangegangenen Untersuchungen in einem Strukturgleichungsmodell zusammen, das auf dem *Job-Demands-Resources-Modell* basiert (s. Kap. 5; Modell wird in Kap. 2.6 näher beschrieben). In dieses Modell werden die in Studie 1 als besonders relevant identifizierten beruflichen Stressoren und Ressourcen sowie eine in Studie 2 erfasste personale Ressource integriert, um deren Zusammenwirken systematisch zu prüfen. Im Mittelpunkt stehen die Fragen, *in welcher Beziehung Stressoren zu depressiven Symptomen stehen und wie berufliche Ressourcen mit Arbeitszufriedenheit zusammenhängen*. Darüber hinaus wird untersucht, welche Rolle personale Ressourcen im Ressourcenprozess einnehmen können, insbesondere ob sie den Zusammenhang zwischen beruflichen Ressourcen und Arbeitszufriedenheit vermitteln. Ziel der Analyse ist es, sowohl den gesundheitsschädigenden Pfad (Zusammenhang zwischen Stressoren und depressiven Symptomen) als auch den motivationalen Pfad (Einfluss von Ressourcen auf Arbeitszufriedenheit) empirisch zu überprüfen. Der Einsatz strukturanalytischer Verfahren ermöglicht es erstmals, die komplexen Interaktionen zwischen externen Arbeitsbedingungen und personalen Merkmalen von PB im deutschsprachigen Raum differenziert abzubilden.

## **KAPITEL 2: THEORETISCHER HINTERGRUND ZU BERUFLICHEN STRESSOREN UND RESSOURCEN BEI PEER-BERATER\*INNEN**

Kap. 2 legt den theoretischen Rahmen für die Analyse der Arbeitsbedingungen von PB und deren Auswirkungen auf psychische Gesundheit und Motivation. Es führt zentrale Begriffe wie Stress, Belastung und Ressourcen ein und beleuchtet zudem personale Ressourcen und Risikofaktoren, die das Erleben und die Bewältigung beruflicher Anforderungen beeinflussen. Im Weiteren werden die in den einzelnen Studien verwendeten theoretischen Modelle vorgestellt. Dabei handelt es sich um die arbeitspsychologische Erweiterung des transaktionalen Stressmodells und das integrative Salutogenese-Modell sowie das Job-Demands-Resources-Modell. Die jeweilige Auswahl dieser Modelle für die vorliegende Arbeit wird begründet. Abschließend wird der integrative Ansatz der Dissertation herausgestellt, indem die drei Modelle miteinander verglichen und in den Gesamtkontext der Untersuchung eingeordnet werden.

### **2.1 Definition von Stress, Stressoren, Belastung und Beanspruchung**

Stress aufgrund beruflicher Anforderungen kann mit negativen gesundheitlichen Folgen einhergehen (Filipp & Aymanns, 2018). Nach Zapf und Semmer (2004) ist Stress als unangenehmer Zustand der Anspannung zu verstehen, der aus der subjektiven Einschätzung resultiert, dass externe Anforderungen die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen. Diese Bewertung basiert auf der Sorge, den situativen Anforderungen nicht angemessen begegnen zu können (Zapf & Semmer, 2004). In diesem Sinne lässt sich Stress definieren als „kurzfristiges Ungleichgewicht zwischen wahrgenommenen belastenden Anforderungen und verfügbaren Regulationsressourcen“ (Heinrichs et al., 2015).

Darüber hinaus weisen Schütz et al. (2016) darauf hin, dass Stress als Prozess zu verstehen ist, der mit einer potenziell stressauslösenden Situation beginnt. In der arbeitspsychologischen Literatur wird dabei zwischen Stressoren, Stressreaktionen sowie psychischer Belastung und Beanspruchung unterschieden (Zapf & Semmer, 2004).

Stressoren sind Faktoren, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Stressreaktion hervorrufen (Greif et al., 1991). Unter Stressreaktionen werden emotionale, biologische oder kognitive Antworten auf die zugrundeliegende Stresssituation gefasst (Crosswell & Lockwood, 2020). Sie treten kurzfristig auf, können jedoch in zeitlich verzögerte und länger anhaltende Stressfolgen übergehen (Schütz et al., 2016).

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Das Ausmaß der Stressfolgen hängt von Intensität, Häufigkeit und Dauer der Belastung ab (Zapf & Semmer, 2004) sowie davon, inwiefern Bewältigungsstrategien erfolgreich eingesetzt werden, um Stress zu reduzieren (Lazarus & Folkman, 1984). Stressfolgen können sich auf verschiedenen Ebenen manifestieren. Dabei wird eine Differenzierung nach emotionalen, kognitiven (z. B. depressive Symptome, Überempfindlichkeit), physiologischen (z. B. Herzerkrankungen) sowie behavioralen Folgen (z. B. geringe körperliche Aktivität) getroffen (Michel & Hoppe, 2022).

Psychische Belastung wird in der Arbeitspsychologie als die Gesamtheit aller messbaren Einflussgrößen aus der Umwelt aufgefasst, die psychische Auswirkungen auf Personen haben können (DIN Deutsches Institut für Normung e.V. 2017). Psychische Beanspruchung bezeichnet hingegen die unmittelbare Wirkung psychischer Belastungen auf eine Person, wobei die Reaktion von deren kurz- und langfristigen Voraussetzungen sowie von individuell ausgeprägten Bewältigungsmechanismen abhängt (DIN Deutsches Institut für Normung e.V. 2017). Sie kann sich sowohl negativ als auch positiv auf die betroffene Person auswirken. In diesem Zusammenhang wird zwischen Fehlbelastungen und Fehlbeanspruchungen unterschieden. Fehlbelastungen bezeichnen äußere Arbeitsbedingungen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu gesundheitsschädigenden Beanspruchungen führen. Fehlbeanspruchungen hingegen umfassen die Wirkungen dieser Belastungen auf das Individuum, die mit hoher Wahrscheinlichkeit psychische oder physische Beeinträchtigungen nach sich ziehen (Richter und Hacker 2017).

Während Belastung und Beanspruchung in der arbeitspsychologischen Terminologie als weitgehend wertneutrale Begriffe verstanden werden, ist der Begriff „Stress“ im Vergleich dazu stärker negativ konnotiert (Zapf und Semmer 2004). Fehlbelastungen lassen sich definitionsgemäß mit Stressoren gleichsetzen. Da diese Arbeit insbesondere Arbeitsbedingungen betrachtet, die potenziell mit gesundheitlichen Risiken verbunden sind, wird der Schwerpunkt auf mögliche Fehlbelastungen bzw. Stressoren von PB gelegt. Im Folgenden wird hierfür einheitlich der Begriff „Stressor“ verwendet.

## **2.2 Berufliche Stressoren und Ressourcen von Peer-Berater\*innen**

Belastungsinduzierter Stress im Arbeitskontext kann langfristig zu schwerwiegenden körperlichen und psychischen Gesundheitsfolgen führen sowie die betriebliche Produktivität und volkswirtschaftliche Stabilität gefährden (Ganster & Schaubroeck, 1991). Steigende Arbeitsunfähigkeitstage vor allem aufgrund von psychischen Erkrankungen sind die Folge.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Aktuell liegen diese im Jahr 2024 bei 342 Fehltagen je 100 Arbeitnehmer\*innen (DAK Gesundheit, 2025). Da bislang nur wenige empirische Befunde zu den Belastungen von PB vorliegen, bietet sich ein Vergleich mit Pflegekräften bzw. Altenpfleger\*innen an. Diese Berufsgruppen sind ebenfalls in klinischen Kontexten tätig. Altenpfleger\*innen fehlten z.B. aufgrund von Burnout im Vergleich zu anderen Branchen am dritthäufigsten (Badura et al., 2024). Weitere potenzielle Stressfolgen von Pflegekräften sind etwa verminderte Leistungsfähigkeit, depressive Symptome, Schlafstörungen oder Skeletterkrankungen (Rohwer et al., 2021).

Tate et al. (2022) zeigen, dass PB ähnlichen beruflichen Stressoren ausgesetzt sind, wie andere im Gesundheitswesen Tätige und ebenfalls gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Burnout-Symptome entwickeln können. Im Kontext des Peer Support treten zudem häufig spezifische soziale Stressoren auf. Während einige Teams PB offen und unterstützend begegnen, erleben andere sie mit Skepsis, empfinden Konkurrenz oder Unsicherheit im Umgang. Oftmals werden PB nicht als gleichwertige Kolleg\*innen wahrgenommen. Diese Faktoren erschweren eine gelingende Implementierung von Peer Support im Versorgungssystem (Schmolke & Nuißl, 2022).

Darüber hinaus weist Höflacher (2016) darauf hin, dass die dauerhafte Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung für PB eine potenzielle Belastung darstellen kann. Aufgrund ihrer eigenen Krisenerfahrungen könnten PB besonders vulnerabel für psychische Belastungen sein, die durch Schwierigkeiten bei der Umsetzung ihrer Tätigkeit ausgelöst oder verstärkt werden können (Bailie & Tickle, 2015). Eine zentrale Anforderung im Peer Support besteht darin, persönliche Erfahrungen mit psychischer Erkrankung in die Arbeit einzubringen (Harrison & Read, 2016). Diese Anforderung kann mit einer Vielzahl potenziell stressauslösender Faktoren einhergehen. So berichten PB beispielsweise von einer Zunahme depressiver Symptome, wenn sie mit Klient\*innen arbeiten, deren Erfahrungen den eigenen stark ähneln (Bailie & Tickle, 2015).

Ein rein defizitorientierter Blick auf Arbeit greift zu kurz, denn auch Ressourcen, also entlastende oder unterstützende Merkmale der Arbeit, können dazu beitragen, Stress besser zu bewältigen. Sie ermöglichen es, mit Anforderungen konstruktiv umzugehen und Belastungen abzufedern. Ressourcen werden definiert als „Mittel, die eingesetzt werden können, um das Auftreten von Stressoren zu vermeiden, ihre Ausprägung zu mildern oder ihre Wirkung zu verringern“ (Zapf & Semmer, 2004, 1041f.). Als relevante Ressourcen im Arbeitskontext haben sich beispielsweise soziale Unterstützung und Handlungsspielraum herausgestellt (Bartholdt & Schütz, 2010).

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Auch PB beschreiben als förderlich, wenn ihnen bei der Gestaltung ihrer Aufgaben Autonomie ermöglicht wird (Steenekamp & Barker, 2024). Zusätzlich scheint jedoch die Haltung im Team eine besonders große Rolle zu spielen. So zeigt eine Studie von Berger (2019), dass sozialpsychiatrische Fachkräfte mit Erfahrung in recovery-orientierten Konzepten Peer Support deutlich positiver bewerten als solche ohne diese Erfahrung. Somit können scheinbar grundlegende Einstellungen von Mitarbeitenden die Implementierung von Peer Support begünstigen (Berger, 2019). Die Ergebnisse von McLean (2009) bestätigen ebenfalls, dass für den erfolgreichen Einsatz von PB eine grundsätzliche Bereitschaft zu einem genesungsorientierten Fokus erforderlich ist, der aktiv umgesetzt werden muss.

Bei der Betrachtung potenzieller Stressoren und Ressourcen im Arbeitsumfeld von PB wird deutlich, dass sie belastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt sein können, beispielsweise Spannungen im Team oder emotional anspruchsvollen Anforderungen in der Klient\*innenarbeit. Angesichts der Tatsache, dass berufliche Anforderungen je nach Dauer und Intensität gesundheitsschädlich sein können und PB bereits über Burnout-Symptome berichteten, ist eine systematische Erfassung dieser Faktoren besonders wichtig. Dabei werden in dieser Arbeit Stressoren als Faktoren erhoben, welche die Entstehung von Stress begünstigen können, während Ressourcen als Merkmale erfasst werden, die zur Milderung der Belastung beitragen, um die tatsächliche Stressbelastung der Arbeitsbedingungen differenziert zu beurteilen.

### **2.3 ISAK zur Erfassung von Stressoren und Ressourcen im Peer Support**

Dieses Kapitel erläutert das Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse für Klinikärzt\*innen (ISAK), das zur Erfassung der Stressoren und Ressourcen von PB eingesetzt wird. Ergänzend wurden im Kontext von Peer Support tätigkeitsbezogene Faktoren auf Grundlage internationaler Forschung in den Fragebogen aufgenommen. Außerdem wurden die subjektive Belastung und Entlastung sowie pandemiebedingte Veränderungen der Arbeitssituation berücksichtigt. Auf diese Weise wird eine fundierte Grundlage für die differenzierte Analyse der Arbeitsbedingungen von PB geschaffen.

### **ISAK als tätigkeitsbezogener Erfassungsansatz beruflicher Stressoren und Ressourcen im Gesundheitswesen**

Die Diagnose arbeitsinduzierten Stresses hat für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Maßnahmen einen hohen Stellenwert in der Arbeitspsychologie (Greif et al., 2018). Forschung mit diesem Fokus hat zum Ziel, Stressoren als theoretische Einflussgrößen negativer Effekte auf das Wohlbefinden zu erheben und ihren Belastungsgrad zu identifizieren (Filipp & Aymanns, 2018). In der arbeitspsychologischen Diagnostik von beruflichen Stressoren und Ressourcen wird zwischen branchenübergreifenden Erhebungsverfahren (z.B. Holler et al., 2014; Irmer et al., 2019; Lincke et al., 2021; Richter et al., 2014; Siegrist et al., 2004) und tätigkeitsbezogenen Ansätzen unterschieden. Letztere berücksichtigen die spezifischen Stressoren und Ressourcen bestimmter Berufsgruppen und bieten damit die Möglichkeit, passgenaue Interventionsansätze abzuleiten. Fischer et al. (2020) zeigen z.B., dass Pflegekräfte im somatischen Bereich stärker physisch und durch Arbeitsmenge belastet sind, während psychiatrische Pflegekräfte häufiger emotionale Belastungen erleben. Die Autor\*innen schließen daraus, dass betriebliche Gesundheitsförderung stärker auf die spezifischen Anforderungen einzelner Tätigkeiten zugeschnitten werden sollte (Fischer et al., 2020). Tate et al. (2022) zeigen, dass PB zwar ähnliche berufliche Stressoren erleben wie andere im Gesundheitswesen tätige Personen, wie z.B. zeitlichen Druck am Arbeitsplatz. Jedoch ist ein wesentliches spezifisches Merkmal der Tätigkeit als PB, dass eine Anstellung voraussetzt, selbst Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen gemacht zu haben, die unter Umständen wiederkehren können. Eine besondere Herausforderung ergibt sich daraus, dass Phasen der psychischen Erholung, etwa im Falle einer erneuten Krise, häufig als Risiko für den Fortbestand des Arbeitsverhältnisses wahrgenommen werden (Tate et al., 2022). Für die Erfassung des arbeitsbezogenen Stresserlebens von PB ist es demnach entscheidend, ihr spezifisches Tätigkeitsprofil zu berücksichtigen.

Ein Beispiel für tätigkeitsorientierte Verfahren im Gesundheitswesen ist ISAK, das gezielt für die Bedingungen in der ärztlichen Tätigkeit konzipiert wurde (Keller et al., 2013b). Grundlage bildet ein bedingungsbezogener Ansatz, wobei als theoretischer Rahmen die arbeitspsychologische Erweiterung des transaktionalen Stressmodells (ETS) genutzt wird (Bamberg et al., 2003; Keller et al., 2013b).

Im transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman (1984) wird Stress als Prozess verstanden, der durch die subjektive Bewertung potenziell belastender Situationen bestimmt ist. In einer primären Bewertung schätzt die betroffene Person zunächst ein, ob ein Ereignis für sie relevant ist.

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Fällt diese Einschätzung positiv aus, folgt eine sekundäre Bewertung, in der mögliche Bewältigungsstrategien geprüft werden. Auf diese Phase kann eine Neubewertung der Situation anschließen, nachdem Strategien erprobt wurden. Reichen die verfügbaren Bewältigungsmöglichkeiten jedoch nicht aus, weil Anforderungen zu zahlreich oder komplex sind, resultiert daraus subjektiv erlebter Stress (Lazarus & Folkman, 1984). Damit stehen kognitive Bewertungsprozesse im Zentrum des Modells.

Während das transaktionale Modell vor allem von einem Reiz oder einer Situation ausgeht, auf die eine subjektive Bewertung erfolgt, ohne diese näher zu spezifizieren, weist das ETS explizit externe Einflussfaktoren im Arbeitskontext aus, die im Stressprozess eine zentrale Rolle spielen (vgl. Kap. 2.1 und 2.2). Konkret werden neben personalen, externe Faktoren im Sinne von Stressoren und Ressourcen innerhalb der Bewertungs- und Bewältigungsprozesse benannt sowie mögliche Stressfolgen berücksichtigt (Bamberg et al., 2003; Greif, 1991). An dieser Schnittstelle setzt ISAK an: Es erfasst Arbeitsbedingungen in Form von Stressoren und Ressourcen mit besonderem Fokus auf diese externen Faktoren, da sie nachweislich zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können (Keller et al., 2013b; Zapf & Semmer, 2004).

ISAK beinhaltet z.B. folgende Stressoren: Emotionale Dissonanz, also die Diskrepanz zwischen geforderten und tatsächlich erlebten Emotionen; Probleme in Arbeitsabläufen (z.B. verspätetes Teilen von Informationen); Frustration übergreifender Motive (z.B. zu wenig Zeit für Patient\*innen aufgrund von Dokumentationsaufwand) oder Zeitdruck. Im ISAK integrierte berufliche Ressourcen sind beispielsweise erlebter Handlungs- und Entscheidungsspielraum, soziale Unterstützung, Weiterentwicklungsmöglichkeiten in der Arbeit oder Möglichkeiten der Partizipation (Keller et al., 2013b). Darin abgebildete Dimensionen überschneiden sich mit zentralen Arbeitsmerkmalen, die auch in anderen psychosozialen Berufen relevant sind, und bieten somit eine theoretisch fundierte Grundlage für die Analyse der Arbeitssituation von PB.

Vor dem Hintergrund dieser inhaltlichen Passung wird ISAK in der vorliegenden Arbeit als Referenzinstrument herangezogen, um berufliche Stressoren und Ressourcen im Kontext von Peer Support zu erfassen.

### **Tätigkeitsspezifische Stressoren und Ressourcen von PB**

Zur differenzierten Erfassung der Arbeitsbedingungen von PB wird das standardisierte Erhebungsinstrument ISAK um drei zentrale Merkmale ergänzt, die spezifisch für diese Berufsgruppe als relevant angesehen werden: Stigmatisierung (Stressor), psychologische Sicherheit sowie Rollenklarheit (beides Ressourcen). Die Auswahl dieser Faktoren wird im Folgenden begründet.

*Stigmatisierung* ist ein Prozess, in dem bestimmten Personengruppen - häufig solchen, die gesellschaftlich marginalisiert sind - negative Eigenschaften oder Merkmale zugeschrieben werden. Sie kann sich in Form öffentlicher Zuschreibungen und sozialer Abwertung äußern, aber auch internalisiert werden (Rüsch et al., 2004). Bereits in den 60er-Jahren konnte Goffman (1967) nachweisen, dass sich Stigmatisierung negativ auf die Selbstwahrnehmung auswirken kann. Finzen (2013) bezeichnet Stigma psychischer Erkrankungen aufgrund der Beeinträchtigungen, die damit verbunden sein können als „zweite Krankheit“. Diese können sich sehr negativ auf die Gesundheit auswirken. Beispielsweise kann Stigmatisierung die Wahrscheinlichkeit für Suizidalität bei Menschen mit psychischen Erkrankungen erhöhen (Oexle & Rüsch, 2018).

Auch im Kontext des Peer Supports berichten PB regelmäßig über stigmatisierende Erfahrungen im beruflichen Umfeld. Studien zeigen, dass PB mitunter weniger respektvoll behandelt werden als ihre Kolleg\*innen ohne eigene Psychiatrieerfahrung (Mancini, 2018; Vandewalle et al., 2016). Stigmatisierende Verhaltensweisen durch Kolleg\*innen können das Wohlbefinden der PB erheblich beeinträchtigen (Bailie & Tickle, 2015). Manche PB reagieren auf diese Erfahrungen mit Vermeidungsstrategien wie der bewussten Verschleierung von Krankheitsepisoden (Mancini, 2018). Die Vermeidung wiederum kann Scham- und Angstgefühle verstärken (Oexle & Rüsch, 2018). Weitere Arbeiten betonen insbesondere die Bedeutung sogenannter Mikroaggressionen, also subtiler und häufig unbewusster Formen von Abwertung, im Arbeitsalltag von PB. Diese können das Gefühl sozialer Isolation verstärken oder im Gegenteil eine stärkere Motivation zur beruflichen Partizipation auslösen (Firmin et al., 2019).

Insgesamt deutet die bisherige Forschung darauf hin, dass Stigmatisierungserfahrungen für viele PB ein belastender Bestandteil ihrer beruflichen Realität sind und daher systematisch erfasst werden sollten.

*Psychologische Sicherheit* beschreibt ein gemeinsames Verständnis innerhalb eines Teams, dass offene Äußerung von Gedanken, Kritik oder Unsicherheiten nicht zu negativen Konsequenzen wie Ausgrenzung oder Sanktionen führt (Edmondson, 1999; Edmondson & Lei, 2014). Stigmatisierende Verhaltensweisen lassen sich in diesem Zusammenhang nahezu als Gegensatz zu psychologischer Sicherheit verstehen, da sie häufig mit Isolierung und Abwertung einhergehen (Vandewalle et al., 2016). Die zahlreichen Stigmatisierungserfahrungen, von denen PB berichten (Bailie & Tickle, 2015; Mancini, 2018; Vandewalle et al., 2016), sprechen für eine mangelnde Offenheit und damit für ein geringes Maß an psychologischer Sicherheit im Team. Gleichzeitig könnte psychologische Sicherheit eine bedeutsame Ressource darstellen. Denn die Forschung zeigt, dass diese den offenen Umgang mit kritischen oder innovativen Beiträgen erleichtern kann (Edmondson, 1999; Edmondson & Lei, 2014). Insbesondere in Situationen, in denen PB, wie es ihrer Rolle entspricht, abweichende Sichtweisen einbringen oder offen über ihre Erkrankung sprechen, könnte psychologische Sicherheit eine wichtige entlastende Funktion erfüllen. Aus diesem Grund wird psychologische Sicherheit als potenziell entlastende Ressource in die Erhebung aufgenommen.

Ein Mangel an *Rollenklarheit* gilt als zentraler Stressor im Arbeitskontext. Dieser entsteht, wenn Mitarbeitende nicht wissen, was genau von ihnen erwartet wird, wie sie sich in bestimmten Situationen verhalten sollen oder welche Rückmeldungen auf ihr Verhalten folgen (Rizzo et al., 1970; R. S. Schuler et al., 1977). Wenn die Erwartungen an den/die betreffende Person nicht klar sind, kann das zu Rollenstress führen (Bartholdt & Schütz, 2010) Rollenstress steht dabei mit dem Auftreten von Ängsten und Depressionen in Verbindung (Nerdinger et al., 2019; Rau & Buyken, 2015; S. Schmidt, 2012).

Im Kontext von Peer Support zeigen zahlreiche Studien, dass die Schaffung von Rollenklarheit besonders herausfordernd ist (Bailie & Tickle, 2015; Harrison & Read, 2016; Ibrahim et al., 2020; Kemp & Henderson, 2012; Schwarz et al., 2020). Mangelnde Klarheit über die eigene Rolle kann dabei zu Unzufriedenheit im Arbeitskontext führen und das Gefühl der sozialen Abgrenzung gegenüber Kolleg\*innen verstärken (Harrison & Read, 2016). Die Autor\*innen argumentieren darüber hinaus, dass Rollenkonflikte einen zentralen Ausgangspunkt für weitere Schwierigkeiten bei der Integration von Peer Support darstellen können. So wird beschrieben, dass spezifisches Erfahrungswissen von PB etwa dann abgewertet wird, wenn die Rolle des/der PB nicht klar kommuniziert wird (Harrison & Read, 2016, S. 7).

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Vor diesem Hintergrund wird die Dimension Rollenklarheit ergänzend aufgenommen, um die arbeitspsychologisch bedeutsamen Herausforderungen im Tätigkeitsprofil von PB zu erfassen.

### **Messung der subjektiven Belastung und Entlastung durch Stressoren und Ressourcen**

Wie in den vorangegangenen Abschnitten erläutert, spielt die individuelle Bewertung einer Situation eine zentrale Rolle dafür, ob ein Ereignis als stressreich erlebt wird. Da ISAK einem bedingungsbezogenen Ansatz folgt und diesen Aspekt nicht unmittelbar abbildet, wird ergänzend für jeden erhobenen Stressor sowie jede erfasste Ressource der subjektive Belastungs- bzw. Entlastungsgrad erfragt. Hierzu geben die Befragten auf einer fünfstufigen Skala („gar nicht“ bis „sehr“) an, in welchem Ausmaß sie den jeweiligen Faktor als belastend oder entlastend erleben.

### **Berücksichtigung pandemiebedingter Veränderungen der Arbeitssituation**

Da die Datenerhebung während der Corona-Pandemie erfolgt, werden potenzielle Einflüsse veränderter Arbeitsbedingungen systematisch erfasst und als Kontrollvariablen berücksichtigt, um Verzerrungen in den Ergebnissen möglichst gering zu halten. Erhoben wird, ob sich die berufliche Situation der Teilnehmenden seit dem Ausbruch des Coronavirus verändert hat, etwa durch Anpassung der Arbeitszeit oder vermehrte Tätigkeit im Homeoffice. Bei denjenigen, die Veränderungen berichten, wird die wahrgenommene Belastung durch diese Veränderungen auf einer vierstufigen Skala von „gar nicht“ bis „sehr stark“ erhoben. Ebenso wird erfasst, inwieweit sich pandemiebedingte Hygiene- und Schutzmaßnahmen belastend auf die Arbeitssituation auswirken.

Damit die regulären Fragen zu Stressoren und Ressourcen der Arbeitssituation unabhängig von pandemiebedingten Effekten beantwortet werden, erhalten die Teilnehmenden klare Instruktionen. Sie werden gebeten, die Folgen der Corona-Krise soweit möglich auszublenden und an ihre Arbeitssituation vor der Pandemie bzw. an berufliche Situationen zu denken, die unabhängig von der Pandemie auftreten. Auf diese Weise wird versucht, die Angaben zu den üblichen Arbeitsbedingungen möglichst unverzerrt zu erfassen.

Zur differenzierten Analyse möglicher Effekte der Pandemie werden partielle Korrelationen berechnet, um zu prüfen, ob pandemiebedingte Belastungen die Zusammenhänge zwischen Stressoren, Ressourcen und deren subjektivem Belastungs- bzw. Entlastungsgrad sowie deren Beziehungen zu gesundheitlichen und motivationalen Outcomes beeinflussen.

## **2.4 Personale Ressourcen und Risikofaktoren von Peer-Berater\*innen**

Ob Stressoren generell eine Stressreaktion hervorrufen, ist nicht nur abhängig von Bedingungen des Umfelds, sondern auch von individuellen Merkmalen der Person (Greif et al., 2018). Hierbei wird zwischen personalen Ressourcen und Risikofaktoren unterschieden. Zu beiden Kategorien zählen beispielsweise Fähigkeiten, Einstellungen oder persönliche Einschätzungen (Laux & Schütz, 1996). Personale Ressourcen sind relativ stabile Eigenschaften, die dabei helfen, Stress abzuschwächen oder zu verhindern, und gleichzeitig die Anwendung geeigneter Bewältigungsstrategien fördern (Laux & Schütz, 1996). Als eine der zentralen personalen beruflichen Ressourcen gilt Selbstwirksamkeitserwartung (Bono & Judge, 2003). Eine Studie hat sich mit der Frage beschäftigt, ob sich der Grad des Wohlbefindens angehender PB hinsichtlich Selbstwirksamkeit und Stressbewältigung unterscheidet. Es konnte u.a. festgestellt werden, dass PB, die ein höheres Ausmaß an Wohlbefinden erleben, höhere Selbstwirksamkeit empfinden (Chudzicka-Czupala & Zalewska-Lunkiewicz, 2020).

Auf der Verhaltensebene wird im Zusammenhang mit personalen Faktoren häufig von Coping bzw. Bewältigungsstrategien gesprochen. Darunter fallen alle Versuche, empfundenen Stress zu verringern oder Stresssituationen anzupassen bzw. zum Abschluss zu bringen, auch wenn diese Versuche nicht immer erfolgreich sind (Zapf & Semmer, 2004). Da für diese Berufsgruppe bislang nur wenige belastbare Daten vorliegen, erfolgt, wie bereits in Kap. 2.3, punktuell ein Vergleich mit ähnlichen Berufsgruppen wie Pflegekräften. Nach Weisz (2020) sind bestimmte Bewältigungsstrategien für Pflegekräfte hilfreich, die ihnen ihren Arbeitsalltag erleichtern können. Darunter fällt z.B. Distanzierungsfähigkeit von der Arbeit, um eine gesunde Balance zwischen Freizeit und Tätigkeit gewährleisten zu können, was der Selbstfürsorge dient (Weisz, 2020). Um Burnout entgegenzuwirken, scheinen für PB Bewältigungsstrategien förderlich zu sein, die ebenfalls die Selbstfürsorge betreffen (Tate et al., 2022). Einige PB nutzen neben dem Fokus auf körperliche Bewegung, Entspannungstechniken und gesundem Essverhalten auch Psychotherapie oder Medikamente, um Selbstfürsorge zu gewährleisten (Burr et al., 2020).

Risikofaktoren bezeichnen Merkmale einer Person, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass das empfundene Stresslevel steigt und/oder weniger geeignete Bewältigungsmechanismen angewendet werden (Laux & Schütz, 1996). Dazu zählen beispielsweise eine ausgeprägte Ängstlichkeit, überhöhte Erwartungshaltungen oder Gefühle der Minderwertigkeit (Reif et al., 2018). Während diese allgemeinen Risikofaktoren für viele Berufsgruppen gelten, können PB durch personale Merkmale, die mit ihrer eigenen Krisenerfahrung zusammenhängen, einem erhöhten Stressrisiko ausgesetzt sein.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Beispielsweise können anhaltende Beeinträchtigungen im emotionalen, sozialen oder kognitiven Bereich die Bewältigung beruflicher Anforderungen zusätzlich erschweren, etwa durch Schwierigkeiten, sich an institutionelle Abläufe zu gewöhnen (Vandewalle et al., 2016). Insbesondere die emotionale Nähe, die durch das Teilen persönlicher Krisenerfahrungen entsteht, kann mit einem erhöhten Risiko für Rückfälle oder Burnout verbunden sein (Vandewalle et al., 2016). Die bewusste Einbindung eigener Krisenerfahrungen in die Arbeit kann folglich für PB zur psychischen Belastung werden und gesundheitliche Risiken mit sich bringen. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte erscheint es zentral, dass PB sich potenzieller Belastungen bewusst sind und Strategien entwickeln, die förderlich für ihre Gesundheit sind (Vandewalle et al. 2016).

Die Betrachtung potenzieller personaler Ressourcen, Bewältigungsstrategien und Risikofaktoren verdeutlicht, dass für PB ein zentraler Aspekt darin besteht, ihre Gesundheit zu erhalten und die dafür notwendigen Bewältigungsmechanismen einzusetzen. Ziel dieser Arbeit ist es daher, gesundheitsförderliche personale Merkmale von PB zu identifizieren, die es ihnen ermöglichen, ihre Tätigkeit langfristig auszuüben.

## **2.5 Integratives Salutogenese-Modell und personale Faktoren von PB**

Das integrative Salutogenese-Modell eignet sich zur Strukturierung und Auswahl personaler Faktoren, welche die Gesundheit von PB fördern können. Es liefert einen theoretischen Rahmen, um zu verstehen, welche Faktoren eine gesundheitsförderliche Bewältigung von Belastungen unterstützen (Antonovsky, 1988; Antonovsky & Franke, 1997; Faltermaier, 2023). Der Begriff „Salutogenese“ (salus = Gesundheit; genese = Entstehung) steht dabei in Abgrenzung zu Pathogenese und richtet den Fokus auf die Frage, wie Menschen trotz vielfältiger Risikofaktoren ihre Gesundheit aufrechterhalten können (Antonovsky, 1979). In Bezug auf personenbezogene Faktoren werden personale Ressourcen, Identitätsmerkmale, Risikofaktoren und Bewältigungshandeln im Modell berücksichtigt. Hervorzuheben ist ein umfassender Ansatz, der nicht nur Defizite, sondern auch vorhandene Stärken und gesundheitsförderliche Aspekte berücksichtigt (Antonovsky & Franke, 1997; Faltermaier, 2023).

Ein zentrales Konstrukt sind „generalisierte Widerstandsressourcen“, die sowohl auf personaler Ebene als auch in der Umwelt verankert sein können und die Bewältigung stressreicher Situationen erleichtern (Antonovsky, 1979).

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Diese lassen sich mit den im arbeitspsychologischen Kontext beschriebenen personalen und externen Ressourcen gleichsetzen (vgl. Kap. 2.2 und 2.4). Gesundheit wird in diesem Modell als Fähigkeit verstanden, solche Ressourcen für die Problembewältigung nutzen zu können (Bengel et al., 2009). Gelingt dies nicht, drohen gesundheitliche Beeinträchtigungen, die im Modell innerhalb eines Kontinuums zwischen „gesund“ und „krank“ verortet werden (Antonovsky, 1979; Faltermaier, 2023). Von besonderer Bedeutung ist das Kohärenzgefühl, verstanden als „stabile Lebensorientierung und tiefe Überzeugung, dass [das] Leben im Prinzip verstehbar, sinnvoll und zu bewältigen ist“ (Faltermaier, 2023, S. 82). Ein starkes Kohärenzgefühl begünstigt die Nutzung vorhandener Ressourcen und erhöht damit die Wahrscheinlichkeit, sich am gesunden Pol des Kontinuums zu befinden (Antonovsky, 1979; Faltermaier, 2023).

Das Salutogenese-Modell weist deutliche Parallelen zum ETS auf (vgl. Abschnitt 2.3). Beide Modelle gehen davon aus, dass Stressoren Spannungszustände hervorrufen können, die durch Bewältigung reduziert werden müssen, um gesundheitliche Risiken zu vermeiden (Antonovsky, 1979; Faltermaier, 2023; Lazarus & Folkman, 1984). Während das ETS stärker auf das Zusammenspiel von Stressoren und Ressourcen eingeht, betont das integrative Salutogenese-Modell zusätzlich die Frage, welche personalen Merkmale und Verhaltensweisen Gesundheit aktiv fördern. Ressourcen werden hier nicht nur als Mittel zur Stressbewältigung verstanden, sondern auch als Grundlage gesundheitsförderlichen Handelns (Antonovsky, 1979; Faltermaier, 2023).

Gerade im Kontext von Peer Support erscheint die Perspektive auf die Gesunderhaltung sowie auf die im Modell integrierten Identitätsmerkmale bzw. das Kohärenzgefühl besonders relevant. Zum einen sind PB aufgrund möglicher erhöhter Vulnerabilität auf eine aktive Gesunderhaltung angewiesen (vgl. Kap. 2.4). Zum anderen greifen sie in ihrer Arbeit regelmäßig auf identitätsbezogene Erfahrungen zurück, etwa durch die Erzählung biografischer Krisenerlebnisse. Die positive Auseinandersetzung mit der eigenen Identität als ehemals Betroffene\*r sowie mit der Rolle als PB kann daher selbst eine Ressource darstellen. Studien zeigen jedoch, dass PB häufig Identitätskonflikte erleben, etwa in Zusammenhang mit Rollenwechsel, Stigmatisierung oder der Aufrechterhaltung einer Krankheitsidentität (Harrison & Read, 2016; Vandewalle et al., 2016). In einer Meta-Analyse fassen Vandewalle et al. (2016) diese Erfahrungen unter dem Begriff „konflikthaftes Identitätsgefühl“ zusammen. Angesichts dessen könnten eine positive Identitätsentwicklung in Bezug auf die eigene Erkrankungsgeschichte und die Tätigkeit als PB, verbunden mit dem Erleben von Sinnhaftigkeit als Bestandteil des Kohärenzgefühls, zentrale Ressourcen darstellen.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Vor diesem Hintergrund lassen sich, basierend auf dem integrativen Salutogenese-Modell, für PB die zentralen personalen Ressourcen, Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien systematisch analysieren und in einen gesundheitsbezogenen Kontext einordnen. Eine ausführlichere Darstellung des Modells im Kontext von Peer Support findet sich in Kap. 4.

## **2.6 Das Job-Demands-Resources-Modell als Rahmentheorie**

Das Job-Demands-Resources-Modell bietet einen theoretischen Rahmen, um berufliche Stressoren und Ressourcen von PB in Zusammenhang mit motivationalen und gesundheitlichen Outcomes zu betrachten. Auf diese Weise trägt es dazu bei, zu verstehen, welche Faktoren die Motivation und psychische Gesundheit von PB beeinflussen. Zunächst wird das Modell erläutert, anschließend wird dessen Anwendung für die vorliegende Dissertation dargestellt.

### **Grundannahmen des JD-R**

Das Job-Demands-Resources-Modell (JD-R) integriert zentrale Annahmen verschiedener Theorien, darunter die Conservation-of-Resources-Theorie (Hobfoll, 1989), das Job-Demand-Control-Modell (Karasek & Theorell, 1999; Robert & Karasek, 1979) sowie das Effort-Reward-Imbalance-Modell (Siegrist, 1996). Nach aktuellem Forschungsstand umfasst es alle zentralen Dimensionen zur Erklärung arbeitsbedingter Belastungs- und Ressourcenprozesse und ermöglicht die Identifikation von Bedingungen, die sowohl die psychische Gesundheit als auch die Motivation von PB fördern können (Melzer und Hubrich 2014).

Kernannahme des Modells ist, dass jede Tätigkeit durch spezifische Arbeitsanforderungen (Job Demands) und Arbeitsressourcen (Job Resources) gekennzeichnet ist (Demerouti & Nachreiner, 2019). Während Arbeitsanforderungen primär mit ungünstigen Effekten auf die psychische Gesundheit einhergehen wie z.B. Burnout, tragen Arbeitsressourcen überwiegend zu positiven Befindensmerkmalen wie Arbeitsengagement bei (Bakker et al., 2003; Bakker et al., 2004; Schaufeli & Bakker, 2004). Damit entspricht das JD-R im Verständnis von Ressourcen und Anforderungen den zuvor dargestellten Definitionen beruflicher Ressourcen und Stressoren (s. Kap. 2.1 und 2.2).

Das JD-R weist deutliche Parallelen zum ETS und zum Salutogenese-Modell auf (vgl. Kap. 2.3 und 2.5). Alle drei Ansätze gehen davon aus, dass externe Stressoren und Ressourcen für den Stressprozess zentral sind, und dass anhaltend hohe Anforderungen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden sein können. Im JD-R wird dieser Zusammenhang als gesundheitsschädigender Prozess bzw. Beeinträchtigungsprozess bezeichnet (Schaufeli & Bakker, 2004).

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Im Unterschied zu den beiden anderen Modellen hebt das JD-R jedoch zusätzlich einen eigenständigen motivationalen Prozess hervor, bei dem Ressourcen eine zentrale Rolle spielen. Ressourcen werden hierbei nicht nur als Schutzfaktoren verstanden, sondern als unabhängige Quelle von Motivation. Damit können sie nicht nur Gesundheit erhalten, sondern auch positive arbeitsbezogene Outcomes fördern, etwa verringerte Fluktuationsabsicht (Schaufeli & Bakker, 2004).

Das JD-R ist ein primär bedingungsbezogener Ansatz, berücksichtigt jedoch auch personale Ressourcen. Ihre Rolle ist theoretisch bislang nicht eindeutig geklärt (Melzer & Hubrich, 2014). Empirische Befunde zeigen, dass personale Ressourcen sowohl mediiierend wirken können, indem sie durch berufliche Ressourcen gefördert werden und so positive arbeitsbezogene Outcomes wie erhöhtes Arbeitsengagement begünstigen, als auch moderierend wirken können, indem sie den Zusammenhang zwischen beruflichen Ressourcen und solchen Outcomes verstärken (Bakker & Demerouti, 2024; Melzer & Hubrich, 2014).

Insgesamt hat sich das Modell in vielen Studien als anpassungsfähiger und empirisch belastbarer Rahmen erwiesen (Bakker et al., 2004; Demerouti & Nachreiner, 2019; Lesener et al., 2019).

### **Anwendung des JD-R in dieser Arbeit**

Für die Anwendung des JD-R im Kontext von Peer Support werden auf Grundlage der Ergebnisse aus Studie 1 und Studie 2 besonders belastende und entlastende Faktoren in das Modell integriert. Diese Vorstudien dienen dazu, systematisch Faktoren zu identifizieren, welche die psychische Gesundheit und Motivation der PB voraussichtlich beeinflussen. Für die Auswahl der in das JD-R aufgenommenen Faktoren wurden in Anlehnung an die zuvor dargestellten theoretischen Überlegungen (vgl. Kap. 2.1 bis 2.3) folgende Kriterien festgelegt: die Häufigkeit des Stressors bzw. der Ressource, das Ausmaß der subjektiv empfundenen Belastung bzw. Entlastung sowie erste Hinweise auf einen starken Zusammenhang zwischen Stressor und gesundheitlichem Outcome bzw. Ressource und motivationalem Outcome. Auf Grundlage dieser Analyse wird eine Auswahl besonders relevanter Faktoren getroffen. Deren Auswirkungen auf Gesundheit und Motivation von PB werden anschließend im Strukturgleichungsmodell überprüft, wobei die Annahmen des JD-R zugrunde gelegt werden. Als Outcome des gesundheitsschädigenden Prozesses werden depressive Symptome herangezogen, während für den motivationalen Prozess die Arbeitszufriedenheit als zentrale Messgröße dient.

Depressive Symptome werden als längerfristiger Zustand gedrückter Stimmung verstanden, der mit Einschränkungen im Alltag sowie einer Vielzahl psychischer und körperlicher Symptome einhergehen kann, darunter Interessenverlust, verminderte Motivation, beeinträchtigt Selbstwertgefühl sowie Schlaf- und Appetitveränderungen (Demerouti, 2024). Empirische Befunde zeigen einen Zusammenhang zwischen hohen Arbeitsanforderungen und Auftreten depressiver Symptome (Hentrich et al., 2016). Da PB über eigenes Krisenerfahrungswissen verfügen, kann bei ihnen eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber psychischen Belastungen bestehen (Harrison & Read, 2016), wodurch die Betrachtung depressiver Symptome als ein zentraler Indikator der Gesundheit für diese Gruppe besonders relevant erscheint.

Arbeitszufriedenheit als Outcome im motivationalen Prozess beschreibt, wie Beschäftigte ihre Arbeit wahrnehmen und bewerten. Sie umfasst sowohl emotionale Reaktionen auf die Tätigkeit als auch die kognitive Einschätzung der Arbeitsbedingungen (Six & Felfe, 2004). Studien legen nahe, dass Merkmale des Arbeitsumfelds die Arbeitszufriedenheit beeinflussen (Hauff & Kirchner, 2013; Lesch et al., 2013). Zudem kann Arbeitszufriedenheit Aufschluss darüber geben, wie wahrscheinlich es ist, dass Beschäftigte ihre Stelle kündigen oder nach neuen beruflichen Möglichkeiten suchen (Cornelißen, 2009). Bisher liegen nur wenige Studien zur Arbeitszufriedenheit von PB vor, welche die komplexen Einflussmechanismen auf diese auch nur teilweise abbilden. Eine Übersichtsarbeit zeigt, dass Arbeitszufriedenheit von PB von einer Vielzahl arbeitsbezogener Faktoren abhängt, darunter kulturelle Rahmenbedingungen der Organisation, Rollenklarheit und Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit anderen PB (Shalaby & Agyapong, 2020). Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Arbeit Arbeitszufriedenheit als Indikator für berufliche Motivation betrachtet, um Einblicke zu gewinnen, welche arbeitsbezogenen Merkmale die Arbeitszufriedenheit von PB fördern und damit deren langfristige Bindung an den Beruf unterstützen können.

In dieser Arbeit wird innerhalb des motivationalen Prozesses zusätzlich eine personale Ressource einbezogen. Auf diese Weise werden sowohl arbeitsbezogene Rahmenbedingungen als auch personale Merkmale berücksichtigt, die die Wahrnehmung und Bewertung der Arbeitssituation maßgeblich beeinflussen können (vgl. Kap. 2.2 und 2.4). So lassen sich erste Einblicke gewinnen, wie verschiedene Ressourcen auf den motivationalen Prozess von PB einwirken können.

Insgesamt bietet das JD-R einen geeigneten Bezugsrahmen für die Untersuchung gesundheitsschädigender und motivationaler Prozesse im Arbeitskontext von PB. Eine detaillierte Darstellung der Anwendung des JD-R im Kontext von Peer Support erfolgt in Kapitel 5.

## 2.7 Integration der theoretischen Modelle

Zusammenfassend verfolgt die Arbeit einen mehrdimensionalen Ansatz, der personale Merkmale, externale Faktoren und deren Zusammenhang mit gesundheitlichen sowie motivationalen Outcomes berücksichtigt. Zusätzlich werden mehrere theoretische Modelle verwendet, die sich inhaltlich teilweise überschneiden, aber jeweils spezifische Perspektiven einbringen und so eine differenzierte Untersuchung der Arbeitsbedingungen von PB ermöglichen.

In der ersten Studie wird das Messinstrument ISAK genutzt, um die Arbeitsbedingungen von PB als im Gesundheitswesen tätige Personen systematisch zu erfassen und *zentrale Stressoren und Ressourcen* abzubilden. Grundlage hierfür bildet das ETS, das neben personalen auch externe Einflussfaktoren berücksichtigt und damit eine differenzierte Analyse des Arbeitskontextes ermöglicht. Ergänzend zum standardisierten ISAK werden *tätigkeitsrelevante Stressoren und Ressourcen von PB* erfasst, deren Relevanz sich aus internationalen Forschungsergebnissen ableitet. Da ISAK primär bedingungsbezogen ausgerichtet ist, wird der subjektive Belastungs- und Entlastungsgrad ergänzend erhoben, um die *subjektive Bewertung* einzubeziehen. Dadurch werden sowohl die Erfassung der Arbeitsbedingungen als auch die individuelle Bewertung berücksichtigt.

Für die zweite Studie wird das integrative Salutogenese-Modell herangezogen, um *personale Ressourcen, Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien* systematisch zu strukturieren. Im Unterschied zu anderen theoretischen Ansätzen, die Ressourcen vorrangig im Zusammenspiel mit Stressoren betrachten, betont das Salutogenese-Modell deren gesundheitsförderlichen Charakter. Ressourcen werden hier nicht nur als Puffer gegenüber Belastungen verstanden, sondern als Grundlage aktiven Gesundheitshandelns. Diese Perspektive ist für Peer Support besonders relevant, da PB aufgrund möglicher Vulnerabilität auf die Stabilisierung ihrer eigenen Gesundheit angewiesen sind und in ihrer Arbeit regelmäßig identitätsbezogene Erfahrungen einbringen. Das im Modell verankerte Kohärenzgefühl sowie identitätsstiftende Ressourcen bieten daher einen theoretisch passenden Rahmen, um zentrale personale Merkmale für die Gesunderhaltung von PB zu untersuchen.

In der dritten Studie wird das JD-R als Bezugsrahmen genutzt, um Bedingungsfaktoren und personale Merkmale in einem *Gesamtmodell* zu integrieren und deren Zusammenhang mit gesundheitlichen sowie motivationalen Outcomes zu untersuchen. Wie die zuvor dargestellten Ansätze betrachtet auch das JD-R externe Stressoren und Ressourcen als zentrale Einflussgrößen im Stressprozess und betont, dass anhaltend hohe Anforderungen gesundheitliche Beeinträchtigungen begünstigen. Darüber hinaus hebt es einen eigenständigen

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

motivationalen Prozess hervor: Ressourcen wirken nicht nur schützend, sondern fördern auch positive arbeitsbezogene Outcomes. Damit bietet das JD-R einen geeigneten theoretischen Rahmen, um zu untersuchen, wie sich die *Arbeitsbedingungen von PB sowohl auf ihre psychische Gesundheit als auch auf ihre berufliche Motivation* auswirken.

Übergreifend zeigt sich, dass alle drei Modelle externe Stressoren und Ressourcen als zentrale Elemente des Stressprozesses anerkennen und die Verbindung zwischen hohen Anforderungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen betonen. In ihrer Kombination ergibt sich ein integratives Gesamtbild: Während ISAK eine präzise Analyse der Arbeitsbedingungen ermöglicht und das Salutogenese-Modell die Perspektive um personale Gesundheitsressourcen erweitert, bietet das JD-R-Modell einen umfassenden Rahmen, um das Zusammenspiel dieser Faktoren mit den Merkmalen Motivation und Gesundheit systematisch zu analysieren.

## **KAPITEL 3: BERUFLICHE STRESSOREN UND RESSOURCEN VON GENESUNGSBEGLEITER\*INNEN/PEER-BERATER\*INNEN IN DER SOZIALPSYCHIATRIE (ARTIKEL 1)**

Hoghe, J., Röseler, L., Limmer, R., Walther, C. & Schütz, A. (2024). Berufliche Stressoren und Ressourcen von Genesungsbegleiter\*innen/Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie. *Psychiatrische Praxis* (52), 35-43. <https://doi.org/10.1055/a-2383-8057>

### **Contributor Roles Taxonomy (CrediT) author statement**

Jelena Hoghe: Writing - Original Draft, Formal Analysis, Conceptualization. Lukas Röseler: Formal analysis, Writing – review & editing. Prof. Dr. Ruth Limmer: Writing – review & editing, Supervision, Conceptualization. Prof. Dr. Christoph Walther: Writing – review & editing, Supervision, Conceptualization. Prof. Dr. Astrid Schütz: Conceptualization, Writing – review & editing, Supervision.

### **Zusammenfassung**

**Ziel der Studie:** Erfasst wurden berufliche Stressoren und Ressourcen von PB und als wie belastend bzw. entlastend sie diese empfinden.

**Methode:** Fragebogengestützte Umfrage

**Ergebnisse:** 175 PB wurden in die Datenanalyse einbezogen und nannten Stressoren und Ressourcen in ihrem beruflichen Alltag. Psychologische Sicherheit und Autonomie werden als am häufigsten vorkommende Ressourcen berichtet, Rollenklarheit am seltensten. Autonomie wird als relativ wenig entlastend eingestuft, sie kann in Zusammenhang mit Rollenunklarheit auch überfordern. Zwar fühlen sich PB selten durch das Team stigmatisiert, wenn dies jedoch der Fall ist, erleben sie die Stigmatisierung als sehr belastend. Relevante Stressoren waren Unsicherheit in Entscheidungen, Probleme der Teamkultur oder als inadäquat empfundene Rollenerfüllung durch das Team.

**Schlussfolgerungen:** Obwohl relevante Ressourcen vorhanden sind, ist zu konstatieren, dass Unklarheiten in den Arbeitsprozessen und den Rollen aller Beteiligten bedeutsame Belastungen sind.

### 3.1 Einleitung

Der Trend, Peer Support in stationären und ambulanten psychiatrischen Einrichtungen einzusetzen, steigt international an (Shalaby & Agyapong, 2020). Dabei unterstützen Menschen mit Krisen- und Psychiatrie-Erfahrung und einer spezifischen Weiterbildung psychiatrische Einrichtungen mit ihrem Erfahrungswissen. In deutschsprachigen Ländern findet Peer-Arbeit in diesem Bereich seit über einem Jahrzehnt statt. Inzwischen bestehen dort mehrere Weiterbildungsangebote (Plöbl & Jahnke, 2016), wobei die Ausbildung als EX-IN Genesungsbegleiter\*in mit über 20 Ausbildungsstätten in Deutschland die bekannteste und am weitesten verbreitete ist (EX-IN Deutschland e.V., 2024). Im Folgenden werden Menschen mit einer peerspezifischen Weiterbildung als „Peer-Berater\*innen“ (PB) bezeichnet. Sowohl für Einrichtungen als auch für PB selbst bestehen häufig Herausforderungen bei der Implementierung von Peer Support. Auf internationaler Ebene wächst das Interesse, diese Themen zu beforschen (Firmin et al., 2019). Hierzu sind in den letzten Jahren größere Forschungsprogramme zu Peer Support entstanden (Peter, o.J.; Urichuk et al., 2018). Als herausfordernd wurden z.B. den PB zugeschriebene eingeschränkte Leistungsmöglichkeit aufgrund von Krankheitsphasen, Unklarheiten bezüglich der Peer-Rolle, hohe emotionale Anforderungen und unzureichende Hilfestellung in der Organisation benannt (Vandewalle et al., 2016). Die Zusammenarbeit mit professionellen Fachkräften ist für PB ebenfalls oftmals schwierig, z.B. aufgrund von Stigmatisierung durch Kolleg\*innen, und die Entlohnung ist in vielen Fällen inadäquat (Burr et al., 2020; Hoghe & Walther, 2019). Nach Bailie und Tickle (2015) bestehen förderliche sowie hinderliche Auswirkungen der Arbeit auf PB, z.B. persönliches Wachstum durch die Rolle, aber auch die Schwierigkeit, eine berufliche Identität unter Einschluss der Betroffenenrolle aufzubauen. Die Herausforderungen liegen nach einer Literaturübersicht von Vandewalle et al. (2016) auf unterschiedlichen Ebenen, und zwar dem organisatorischen oder sozialen Kontext, Schwierigkeiten aufgrund des innovativen Charakters, die vor allem die Peer-Rolle betreffen, der Arbeit mit Klient\*innen sowie dem wirtschaftlichen und politischen Kontext. Obwohl ein einrichtungsübergreifendes Vorgehen für die Etablierung von Peer-Arbeit von Expert\*innen als erforderlich gesehen wird, damit die genannten Herausforderungen planvoll bewältigt werden können, ist bisher noch kein solches entwickelt worden (Shalaby & Agyapong, 2020). Dies verdeutlicht, wie komplex der Einsatz von PB in psychiatrischen Settings ist.

Bisher wurden die komplexen beruflichen Herausforderungen vor allem qualitativ erforscht, wengleich einige neuere Studien auch quantitative Zusammenhänge untersuchen (Gillard et al., 2022).

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Eine Studie aus Australien widmet sich z.B. der Fragestellung, auf welche beruflichen Stressoren und Ressourcen PB zurückgreifen können (Scanlan et al., 2020). Vor allem Anforderungen, die sich auf die physische Umgebung der PB bezogen, wie beispielsweise fehlende Räumlichkeiten für die Ausübung der Arbeit, waren dabei am stärksten mit Arbeitsunzufriedenheit assoziiert. Hingegen korrelierten soziale Unterstützung, Kontrollmöglichkeiten am Arbeitsplatz und Feedback am höchsten mit Arbeitszufriedenheit (Scanlan et al., 2020). In einer Studie aus Großbritannien wurde mithilfe einer Längsschnittstudie den Fragen nachgegangen, welchen Einfluss die Arbeit der PB u.a. auf ihr Wohlbefinden hat. Als positiv wurden erlebte Wertschätzung und Steigerung des Selbstwerts durch Sinnerleben bei der Tätigkeit berichtet (Gillard et al., 2022).

Im deutschsprachigen Raum liegen keine Studien zu Stressoren und Ressourcen von PB vor. Ferner wird bisher unseres Wissens nach in den meisten Studien die Perspektive der Organisation bezüglich der Implementierung von Peer Support fokussiert und weniger, wie PB ihre Arbeitssituation wahrnehmen und erleben (Heumann et al., 2015; Hoghe & Walther, 2019; C. Mahlke et al., 2019; Ruppelt et al., 2015). Daher wurden in der vorliegenden Arbeit PB aus Deutschland, Österreich und der Schweiz zu erlebten Stressoren und Ressourcen befragt. So können aufbauend auch Auswirkungen auf Gesundheit und Arbeitszufriedenheit untersucht werden (Hoghe et al., 2022). Konkret werden folgende Fragestellungen erforscht:

- Welchen beruflichen Stressoren und Ressourcen erleben PB?
- Welche beruflichen Stressoren/Ressourcen werden am häufigsten benannt?
- Welche beruflichen Stressoren/Ressourcen sind besonders belastend bzw. entlastend?

Dabei gehen wir davon aus, dass PB insgesamt viele Stressoren erleben und auf wenige Ressourcen zurückgreifen können, da die meisten Veröffentlichungen von vielfältigen Herausforderungen berichten (Bailie & Tickle, 2015; Harrison & Read, 2016; Hoghe & Walther, 2019; Ibrahim et al., 2020) und die flächendeckende Implementierung auch durch strukturelle Schwierigkeiten, wie z.B. fehlende Regelfinanzierung, erschwert wird (Brändli, 2020; Eikmeier & Lacroix, 2018). Ausgehend vom internationalen Forschungsstand (Bailie & Tickle, 2015; Harrison & Read, 2016; Hoghe & Walther, 2019; Vandewalle et al., 2016) nehmen wir Stigmatisierung, Zeitdruck sowie das Gefühl der Frustration übergreifender Motive als Stressoren an. Wir gehen in den folgenden Bereichen von ungenügenden Ressourcen aus: Rollenklarheit, Autonomie, psychologische Sicherheit, Partizipation, soziale Unterstützung sowie Möglichkeiten zur Weiterbildung. Hingegen sehen wir „Möglichkeiten für die weitere Entwicklung“ (d.h. eine abwechslungsreiche Arbeit zu haben und Optionen, Neues dazulernen) als potenzielle Ressource.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Bei folgenden Stressoren gehen wir davon aus, dass sie eine unwesentliche Rolle für PB spielen: soziale Stressoren mit Klient\*innen, emotionale Dissonanz, Unsicherheit bei Entscheidungen und Probleme in Arbeitsabläufen [Aus redaktionellen Gründen: Begründung s. Präregistrierung der Studie (Hoghe et al., 2022)].

### 3.2 Methoden

Zielgruppe der Studie waren erwachsene PB mit Krisen- und Psychiatrieerfahrung, die seit mindestens einem halben Jahr im Peer Support in Deutschland, Österreich oder der Schweiz in einer (teil-) stationären oder ambulanten Einrichtung angestellt sind. Auch mussten die Befragten über eine spezifische Ausbildung im Peer Support verfügen (EX-IN, Peer Counselor\*in; Kollegiale\*r Depressionsbegleiter\*in, DBT-Peer-Coach, Soziotherapeutische\*r Assistent\*in sowie Genesungsbegleiter\*innen im UPSIDES-Projekt.<sup>1</sup> (Braukmann et al., 2017; Förderkreis Borderline-Triolog e.V., o.J.; Freitag, 2011; Moog, o.J.; Puschner et al., 2019; Thiem, o.J.)) Es wurde ein Online-Fragebogen auf der Grundlage bewährter Messinstrumente konzipiert und präregistriert (Hoghe et al., 2022). Dort wird auch berichtet, wie wir unsere Stichprobengröße, Datenausschlüsse, Eingriffe und Messungen in der Studie festgelegt haben. Alle Materialien und Daten sind dort auch online verfügbar (<https://osf.io/kypnd/>). Vorab wurde ein Pretest mit Personen mit und ohne psychische Vorerkrankung durchgeführt. Die Studie ist aus der Sicht des Ethikrates der Universität Bamberg ethisch unbedenklich.

Für die Studie erfolgten Aufrufe über Multiplikator\*innen im Bereich Peer Support, z.B. über die deutschsprachigen EX-IN Verbände oder über den Verteiler der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatungsstellen. Der Fragebogen wurde in zwei Teilen mit SoSci Survey (Leiner, 2023) zwischen Dezember 2021 und April 2022 vorgelegt, um die Bearbeitungsdauer zu reduzieren.

Zur Messung beruflicher Stressoren und Ressourcen wurde der ISAK-K genutzt (Keller et al., 2013a). Zusätzlich wurden Konstrukte ergänzt, die in der Kurzversion des ISAK-K nicht enthalten sind, bei denen gestützt auf den Forschungsstand eine Relevanz für PB erwartet wurde. Diese sind

- drei Items aus zwei Subskalen der Langversion des ISAK-K
- Psychologische Sicherheit (PsySafety-Check) (J. Fischer & Hüttermann, 2020)
- Rollenklarheit (COPSOQ) (Nübling, 2005)
- Stigmatisierungserfahrungen (ISMI) (Sibitz et al., 2013)

---

<sup>1</sup> Nach unserem Wissen waren das zu dem Zeitpunkt unserer Recherche die einschlägigen Weiterbildungen im Bereich Peer Support, wobei nicht ausgeschlossen werden kann, dass weitere existieren.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

- Bewertung der subjektiv empfundenen Belastung/Entlastung je Stressor/Ressource
- offene Fragen zu weiteren subjektiv wahrgenommenen Stressoren, Ressourcen sowie sonstigen Anmerkungen.

Die ursprünglichen Items der genannten Fragebögen bzw. Skalen wurden nicht verändert, es wurden lediglich Begriffe wie „Patient\*innen“ durch „Klient\*innen“ ersetzt. Zum Zeitpunkt der Befragung wurden Belastungen durch die Corona-Pandemie angenommen. Deshalb wurde vorab abgefragt, ob es durch die Pandemie Veränderungen in der beruflichen Situation gab und falls ja, wie belastend dies eingeschätzt wurde. Bei allen weiteren Fragen wurden die Teilnehmenden (TN) gebeten, sich an ihr Erleben der Arbeitssituation vor der Corona-Pandemie zu erinnern.

### 3.3 Quantitative Analyse

Die Subskalen des ISAK-K erwiesen sich als hoch reliabel (zwei bis vier Items). Cronbachs Alphas betragen zwischen .72 und .85, außer bei der Subskala mit zwei Items „Stress mit Klient\*innen“ ( $\alpha = .57$ ). „Psychologische Sicherheit“ bestand aus sieben ( $\alpha = .93$ ), „Stigmatisierung“ aus fünf ( $\alpha = .91$ ), und „Rollenklarheit“ aus zwei Items ( $\alpha = .75$ ). Die Cronbachs Alphas rangierten bei den Belastungs- und Entlastungsratings je abgefragter Merkmale zwischen .68 und .94, sodass diese auch als zuverlässig einzustufen sind.

Die Mittelwerte der Stressoren bzw. Ressourcen wurden über Zwei-Stichproben T-Tests mittels R verglichen (R Core Team, 2023). Die Referenzgruppen waren:

- Stressoren/Ressourcen aus dem ISAK-K: Klinikärzt\*innen (Keller et al., 2013a)
- Subskala „Stigmatisierungserfahrungen“ (ISMI): Menschen mit Schizophrenie-Diagnose (Sibitz et al., 2013)
- Psychologische Sicherheit (PS-E): Pflegekräfte Seibert et al., 2021
- Rollenklarheit (COPSOQ): Pflegekräfte [Lincke et al. (2021) und Nübling, M., FFAW, persönliche Kommunikation, 12. September 2022]

Alle weiteren statistischen Berechnungen erfolgten mit der Software IBM SPSS Statistics 29.0. Der Zusammenhang zwischen Mittelwert je Stressor/Ressource und subjektiver Belastung/Entlastung wurde anhand von bivariaten Korrelationen errechnet. Anhand partieller Korrelationen wurde geprüft, ob Belastungen durch die Corona-Pandemie einen Einfluss auf diese Zusammenhänge haben.

### 3.4 Qualitative Analyse

Die Daten zu den offenen Fragestellungen wurden mithilfe qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring, 2010). Deduktiv wurde ein Kodierleitfaden [siehe Präregistrierung (Hoghe et al., 2022)] auf Basis der erfragten Stressoren bzw. Ressourcen erstellt. Ergänzend wurden induktiv Kategorien gebildet. Die Interrater-Reliabilität für die Oberkategorien betrug zwischen .73 bis .84, was für eine sehr gute Zuverlässigkeit spricht.

### 3.5 Quantitative Ergebnisse

Während der Datenerhebung gingen 418 Fragebögen ein, davon konnten 175 Fälle<sup>2</sup> in die Datenanalyse einbezogen werden. Von den 243 ausgeschlossenen Fällen entsprachen 100 nicht den Einschlusskriterien der Stichprobe (Kriterien siehe „Methodik“), bei 128 lagen zu wenige Daten vor oder die Datenqualität war zu schlecht<sup>3</sup> und 15 Personen hatten doppelt teilgenommen.

#### Soziodemografie und Arbeitssetting

Die TN sind durchschnittlich 49,9 Jahre alt ( $SD = 9,9$ ,  $N = 142$ ) und der Großteil weiblich (66,2%,  $N = 142$ ). 78,5% arbeiten in Deutschland, 18,0% in der Schweiz und 3,5 % in Österreich ( $N = 142$ ). Die meisten sind in einer ambulanten Einrichtung (65%,  $N = 143$ ) und 31,5%, in einer (teil-)stationären Einrichtung tätig (davon am häufigsten im Krankenhaus, 25,2%). 83,2% der Befragten haben eine EX-IN Weiterbildung abgeschlossen und 16,8% eine Schulung in Peer Counseling ( $N = 132$ )<sup>4</sup> (s. Tab. 1).

---

<sup>2</sup> Es wurde für 43 Personen, bei der die Angabe zur Weiterbildung fehlte, mithilfe einer Multiversum-Analyse überprüft, ob sich Änderungen ergeben, wenn diese Gruppe beibehalten wird. Da keine Änderungen festgestellt werden konnten, wurde die Gruppe einbezogen (Hoghe et al., 2022).

<sup>3</sup> Daten wurden ausgeschlossen, wenn die Antwortzeit zu kurz war (Maluspunkte über 100, über Sosci Survey (Leiner, 2023) normierter Wert für minderwertige Daten) oder Antworttendenzen festgestellt werden konnten (z.B. Straightlining). Zu wenige Daten lagen vor, wenn die Datenmenge nicht ausreichend war, um die aufgestellten Hypothesen adäquat überprüfen zu können (Stressoren wurden vor Ressourcen abgefragt. Es wurden alle Daten beibehalten, bei denen die TN mindestens die Items zu den Stressoren beantwortet haben).

<sup>4</sup> Die variierenden N sind auf Drop-Outs zurückzuführen.

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Tabelle 1 Soziodemografische und berufsbezogene Daten der Stichprobe

Variable	M (SD; N)
Alter	49,9 (9,9; 142)
Arbeitszeit (Stunden pro Woche)	19,5 (11,5; 104)
Dauer der Anstellung (in Jahren)	4,3 (4,4; 111)
Variable	N (%)
Geschlecht	
weiblich	94 (66,2%)
männlich	46 (32,4%)
divers	2 (1,4%)
Ort der Arbeitsstelle	
Deutschland	113 (78,5%)
Schweiz	26 (18,0%)
Österreich	5 (3,5%)
Art der Arbeitsstelle	
ambulant	93 (65,0%)
(teil-)stationär	45 (31,5%)
sonstiges (nicht direkt möglich, zuzuordnen)	5 (3,5%)
Art der Weiterbildung	
EX-IN Weiterbildung	114 (83,2%)
Peer Counseling Weiterbildung	23 (16,8%)

90% der TN sind in Teilzeit tätig, im Schnitt 19,5 Stunden in der Woche ( $SD = 11,9$ ,  $N = 104$ ), wobei 25% weniger als 9,5 Stunden beschäftigt sind. Die Befragten sind durchschnittlich seit 4,3 Jahren an ihrem aktuellen Arbeitsplatz tätig ( $SD = 4,4$ ,  $N = 111$ ).

Es wurde geprüft, ob die Belastung durch die Corona-Pandemie sich auf grundsätzliche Stressoren bzw. Ressourcen ausgewirkt hat, was nicht der Fall war (Hoghe et al., 2022).

### Häufigkeit und Belastungs- bzw. Entlastungsintensität der Stressoren und Ressourcen

Während PB benannten, relativ selten Stressoren zu erleben, berichteten sie häufig, auf verschiedene Ressourcen zurückgreifen zu können, siehe Mittelwerte in Tab. 2 (bei einer fünfstufigen Skala, 1 = selten bis 5 = sehr häufig bzw. 1 = gar nicht bis 5 = völlig).<sup>5</sup> Für eine bessere Übersicht der Ergebnisse wurden übergreifende Kategorien gebildet, die an einem Kategorienschema orientiert sind, bei dem anhand einer internationalen Übersichtsarbeit zentrale Herausforderungen von PB schematisiert wurden (Vandewalle et al., 2016).

<sup>5</sup> Wir danken Dr. Robert Körner für die Zweitprüfung der Korrelationen zur Validierung.

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Tabelle 2 Stressoren und Ressourcen nach durchschnittlicher Häufigkeit (M) und Korrelationskoeffizient (r) zwischen Merkmal und Belastung/Entlastung

Stressor	M (SD)	r	N	Ressource	M (SD)	r	N
<b>Organisationaler Kontext<sup>1</sup></b>							
Unsicherheit bei Entscheidungen	1,97 (1,01)	0,62	175	Autonomie	4,05 (0,84)	0,46	171
Zeitdruck	1,74 (0,96)	0,68	175	Möglichkeit der Weiterentwicklung	3,85 (0,87)	0,59	172
Frustration, wie Arbeit getan werden sollte	1,71 (0,86)	0,75	175	Partizipation	3,5 (1,03)	0,69	168
				Gerechtigkeit	3,48 (1,06)	0,8	160
				Möglichkeiten zur Fortbildung	3,26 (1,05)	0,71	165
<b>Rollenmerkmale im Kontext von Peer-Arbeit<sup>2</sup></b>							
Probleme bei Arbeitsabläufen	1,93 (0,9)	0,84	175	Anerkennung Beruf	3,76 (1,21)	0,8	159
				Rollenklarheit	2,63 (0,81)	0,5	159
<b>Sozialer Kontext<sup>3</sup></b>							
Stigmatisierung	1,77 (0,75)	0,92	173	Psychologische Sicherheit	3,99 (0,99)	0,9	157
				Soziale Unterstützung durch KollegInnen	3,77 (1,01)	0,83	163
				Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte/n	3,75 (1,14)	0,83	163
<b>Klient*innen<sup>4</sup></b>							
Emotionale Dissonanz	1,87 (1,0)	0,76	174				
Stress mit Klient*innen	1,67 (0,78)	0,58	174				

Anmerkung: Zur Vergleichbarkeit unterschiedlicher Ausprägungen wurden alle Mittelwerte an die ISAK-Ausprägungen (fünfstufig, 1 = selten bis 5 = sehr häufig) angeglichen und für alle r gilt  $p < ,001$ ; <sup>1,2,3,4</sup>Bei Vandevall et al. (2016) entsprechend von oben nach unten: "Organizational context"; "Nature of the innovation (characteristics of peer worker roles and peer workers)"; "Social context" und "Service user".

Am häufigsten nannten PB, von Unsicherheit bei Entscheidungen betroffen zu sein, wenn z.B. zu wenig Information für eine Entscheidungsfindung vorliegt. An zweiter Stelle stehen Probleme bei Arbeitsabläufen, die unter „Rollenmerkmale im Kontext von Peer-Arbeit“ fallen. Zu Problemen bei Arbeitsabläufen gehören zum einen, ob Chef\*in oder Arbeitskolleg\*innen bei Arbeitsabläufen aus Sicht der PB adäquat ihre Rolle erfüllen, z.B. ob Entscheidungen früh genug weitergegeben werden. Zum anderen betreffen diese auch die Rolle der PB, inwiefern laut der PB unpassend empfundene Erwartungen an diese gerichtet sind. Hingegen wurden Belastungen im Umgang mit Klient\*innen, z.B. durch überzogene Ansprüche, sehr selten berichtet.

Eine Ressource, auf die PB im Vergleich zu den anderen Ressourcen selten zurückgreifen können, ist die Klarheit über ihre Rolle in der Einrichtung, d.h. Erwartungen an die Tätigkeit von PB sind häufig nicht eindeutig benannt.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Dagegen beschrieben sie die Autonomie, also den Freiraum, über ihre Arbeit bestimmen zu können, als sehr groß. Ihre Möglichkeit, autonom zu arbeiten, wurde als sehr relevante Ressource im organisationalen Kontext genannt. Im sozialen Kontext wurde psychologische Sicherheit als besonders wichtige Ressource eingeordnet. Psychologische Sicherheit meint, dass im Team offene Atmosphäre herrscht und so auch abweichende Einstellungen oder konträre Positionen vertreten werden können, ohne kritisiert oder aus der Gruppe ausgeschlossen zu werden.

Beim Vergleich mit den Klinikärzt\*innen und auch den anderen Referenzgruppen (Referenzgruppe je Merkmal siehe im Methodik-Teil) zeigt sich, dass die erfragten Stressoren im Arbeitsalltag der PB signifikant seltener auftreten und erlebte Ressourcen in signifikant höherem Ausmaß vorhanden sind - außer bei der Ressource „Unterstützung durch Kolleg\*innen“, wo sich kein Unterschied im Vergleich zu den Klinikärzt\*innen zeigt. Eine zweite Ausnahme betrifft „Rollenklarheit“ als Ressource, die bei PB als geringer eingeschätzt wurde als bei Pflegekräften ( $p < .001$ ,  $d = 0.477$ , 95% CI [0.319, 0.636]).

Eine Analyse über die BGW-Software ergab (Witt, 2016), dass alle erhobenen Stressoren aus dem ISAK-K, basierend auf dem Mittelwert der Merkmale, in den Streuungsbereich der als gering einzustufenden Belastungen fallen und alle erhobenen Ressourcen in den Streuungsbereich einer hohen Entlastung einzustufen sind. Somit widersprechen die Daten der Annahme, dass PB grundsätzlich besonders häufig Stressoren ausgesetzt sind und auf eine geringe Anzahl von Ressourcen zurückgreifen können. Nur bei „Rollenklarheit“ bestätigt sich, dass diese Ressource bei PB in deutlich geringerem Ausmaß vorhanden ist als bei Pflegekräften. Doch nicht nur die Häufigkeit der Merkmale bestimmt, wie belastend bzw. entlastend diese wahrgenommen werden können. Denn die genannten Stressoren und Ressourcen variieren im Grad, in dem sie als belastend bzw. entlastend empfunden werden (siehe Tab. 2). Probleme bei Arbeitsabläufen sind zwar seltener als Entscheidungsunsicherheit, aber belastender. Die besonders häufig berichtete Ressource Autonomie entlastet weniger als etwa psychologische Sicherheit und soziale Unterstützung.

Merkmale des sozialen Kontextes sind insgesamt sehr wichtig, vor allem Psychologische Sicherheit als sehr entlastendes, und Stigmatisierung durch Kolleg\*innen als sehr belastendes Phänomen.

### 3.6 Qualitative Ergebnisse

Insgesamt konnten von 218 Textsegmenten (TS) 217 in die Kategorien „Stressoren“ ( $N = 70$  bei 123 TS), „Ressourcen“ ( $N = 34$  bei 59 TS) sowie „Sonstiges“ ( $N = 30$  bei 35 TS) eingeordnet werden, die wiederum 31 Unterkategorien beinhalteten. Wir leiteten Kategorien zu den in der aktuellen Untersuchung erfassten Stressoren und Ressourcen ab (deduktiv). Nicht alle offenen Antworten konnten zu diesen erfragten Merkmalen zugeordnet werden. Daher wurden sieben neue Kategorien induktiv gebildet, davon fünf in Bezug auf die Stressoren:

- Emotionale Belastungen ( $N = 6$ ),
- Mangel an Austausch ( $N = 7$ ),
- Mangel an Ausstattung ( $N = 9$ ),
- Unerfüllte Rolle des Teams/der Einrichtung, ( $N = 12$ ) und
- Schwierigkeiten in der Teamkultur ( $N = 14$ ).

Induktive Kategorien bei den Ressourcen sind Austauschmöglichkeiten ( $N = 5$ ) sowie Verbesserungsvorschläge zu den Rahmenbedingungen von Peer-Arbeit ( $N = 6$ ). Sowohl die deduktiven als auch induktiven Kategorien lassen sich großteils den von Vandevallé et al. (2016) vorgeschlagenen Barrieren zuordnen, die in den folgenden Unterabschnitten vorgestellt werden. Kein Bezug genommen wurde auf sonstige Aussagen ( $N = 31$  TS), wie z.B. Feedback zum Fragebogen.

#### Organisatorischer Kontext

59 TS wurden unter „Organisatorischer Kontext“<sup>6</sup> zusammengefasst (27,2%), wobei die Ressource „Möglichkeiten zur weiteren Ausbildung“ die häufigste Unterkategorie ist ( $N = 15$ ). Hiervon beziehen sich wiederum 13 von 15 TS auf die Möglichkeit, Teambesprechungen bzw. Supervision besuchen zu können. Somit scheint dieser Teilaspekt besonders relevant. „[W]ir haben alle[]14 Tage Teamgespräch, erst habe ich gedacht, dass ist zu[ ]viel, doch es hat sich sehr bew[ä]hrt.“ (RAAR2) Als Pendant dazu wurde auch von einem „Mangel an Austausch“ ( $N = 7$ ) berichtet, z.B. aufgrund einer geringen Stundenanzahl nicht an den Teamsitzungen teilnehmen zu können. (LDAP1). Zehn TS beziehen sich auf „Autonomie“ als Ressource, z.B. nach eigenen Vorstellungen arbeiten zu können: „Ich habe keine Vorgaben von meinen Chefs. Ich kann mich ganz ohne Zeitdruck auf die Klienten je nach Bedarf einlassen.“ (JIAG5) Aus neun TS konnte die Kategorie „Mangel an Ausstattung“ gebildet werden, eine PB zählte z.B. „[r]äumliche Engpässe, Büroknappheit, zu wenig PCs und Büros“ auf (LDAP1).

---

<sup>6</sup> Bei Vandevallé et al. (2016) „Organizational context“ genannt.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

### **Rollenmerkmale im Kontext von Peer-Arbeit**

Unter „Rollenmerkmale im Kontext von Peer-Arbeit“<sup>7</sup> (30,9%,  $N = 67$ ) fallen Inhalte, die sich auf die berufliche Rolle der PB beziehen, z.B. auf Rollenklarheit.

Bei der Kategorie „Probleme bei Arbeitsabläufen“ fällt vor allem der Aspekt „inadäquate Erwartungen an PB“ auf, da diesem 15 von 16 Nennungen zugeordnet werden konnten, sodass problematische Erwartungen an PB offensichtlich ein bedeutsames Thema sind: „Letztendlich bin ich doch Hilf[s]arbeiter. Meine Qualitäten, mit denen ich mich jetzt [s]elbständig mache[,] können von der Or[g]anisati[o]n nicht genutzt werden. [...]“ (LEDÜ7)

Einerseits berichteten einige PB, dass Anerkennung von Seiten ihrer Kolleg\*innen und/oder Klient\*innen ( $N = 15$ ) eine wichtige Ressource ist, andererseits wurde auch von mangelnder Wertschätzung in der Organisation berichtet ( $N = 13$ ).

Eine weitere Belastung entsteht durch die „unerfüllte Rolle des Teams/der Einrichtung“ ( $N = 12$ ), z.B. dass sich niemand als Ansprechperson verantwortlich fühlte. „Keine zuständige Stelle für GBs<sup>8</sup> in der Klinik, mit unseren Anliegen rennen wir von Pontius zu Pilatus [...]“ (IVBI4) Aus der Sicht der PB inadäquat erfüllte Rollen bezogen sich auch auf den Umgang mit Klient\*innen: „Unverständnis von Profis (oft Ärzte) ihren Patienten/Klienten gegenüber...zu wenig alternative Hilfsangebote; starke Grenzen, wer helfen darf und wann.“ [RAGI6]

Die Erfüllung der Aufgaben führte in einigen Fällen auch zu emotionalen Belastungen ( $N = 6$ ), wie hier ein PB beschrieb: „Die emotionale Belastung [...] kann gelegentlich hoch sein. Die Erholung davon [...] kann manchmal etwas länger dauern und schränkt mich gelegentlich in meinem Privatleben ein.“ (LABE8)

### **Sozialer Kontext**

Auf die Rubrik „Sozialer Kontext“<sup>9</sup> beziehen sich 30 TS (13,8%). Hier wurde von „Schwierigkeiten in der Teamkultur“ berichtet ( $N = 14$ ). „Meine Erfahrung ist, das[s] Kollegen [...] den Beruf der Genesungsbegleiter/in nicht für wichtig halten. Dies ist besonder[s] zu sehen bei den Übergaben. Oft wird es mir über den Mund gefahren [...]“ (ILTY4)

„Ich muss meine Rolle immer wieder im Team erklären und behaupten. Kolleg\*innen fühlen sich bei sachlicher Kritik persönlich angegriffen.“ (RABR8)

---

<sup>7</sup> Bei Vandevallé et al. (2016) „Nature of the innovation (characteristics of peer worker roles and peer workers)“ benannt.

<sup>8</sup> GBs, mit hoher Wahrscheinlichkeit verwendete die Person dies als Abkürzung für „Genesungsbegleiter\*in“.

<sup>9</sup> Bei Vandevallé et al. (2016) „Social context“ benannt.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Stigmatisierungserfahrungen ( $N = 10$ ) spielen ebenfalls eine Rolle, z.B. wenn Arbeitsunfähigkeitstage von den Kolleg\*innen als Krankheitsrückfall interpretiert wurden. (RRLE1)

### **Klient\*innen**

Die Arbeit mit Klient\*innen<sup>10</sup> ist auch mit Herausforderungen verknüpft ( $N = 10$ ). Beispielsweise wurde berichtet, es brauche „eine dicke Haut“, um auf einer Akutstation tätig sein zu können (LIRE9) oder es sei teilweise schwierig, die emotionale Nähe der Klient\*innen auszuhalten (IHDÜ1).

### **Wirtschaftlicher und politischer Kontext**

In die Kategorie „Wirtschaftlicher/politischer Kontext“<sup>11</sup> (7,4%,  $N = 16$ ) fallen „Zukunftssorgen“ ( $N = 10$ ) und „Verbesserungsvorschläge zu den Rahmenbedingungen von Peer-Arbeit“ ( $N = 6$ ). Sorgen entstanden z.B. durch befristete Arbeitsverträge. Dementsprechend werden als Verbesserungsvorschläge z.B. die Anerkennung als Beruf oder eine bessere Bezahlung benannt.

## **3.7 Diskussion**

Das Ziel dieser Studie war es herauszufinden, welche Stressoren und Ressourcen PB in ihrer täglichen Arbeit vorfinden. Die Annahme, dass PB vergleichsweise häufig Stressoren erleben und kaum auf Ressourcen zurückgreifen können, lässt sich anhand der Daten nicht prinzipiell aufrechterhalten. Ein deutliches Problem ist aber Rollenunklarheit. Insgesamt lassen die Befunde dennoch darauf schließen, dass die Arbeitsbedingungen als eher stressarm und ressourcenreich wahrgenommen werden.

Unklar ist dabei, inwieweit die Implementierung von Peer Support selbst zu diesen Arbeitsbedingungen beigetragen hat. Psychologische Sicherheit sticht hier als soziale Ressource hervor, da sie als besonders stark ausgeprägt und als im höchsten Ausmaß entlastend beschrieben wurde. PB könnten dabei selbst maßgeblich zur Erhöhung psychologischer Sicherheit beigetragen haben. So kann etwa die Offenheit der PB bezüglich ihrer eigenen Erfahrungen mit psychischen Krisen nach Erfahrungsberichten dazu führen, dass es auch den Teammitgliedern aus anderen Berufsgruppen leichter fällt, eigene ähnliche Erfahrungen anzusprechen (Lacroix, 2016).

---

<sup>10</sup> Bei Vandevallé et al. (2016) heißt die Kategorie, die sich auf Arbeit mit Klient\*innen bezieht "Service user".

<sup>11</sup> Bei Vandevallé et al. (2016) heißt diese Kategorie "Economic and political context".

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Die Thematik ist insofern wichtig, als ressourcenreiche Arbeitsplätze für PB eine Voraussetzung für eine langfristige Beschäftigung sein dürften. Gerade weil sie mit vielen beruflichen Herausforderungen konfrontiert sind, dürfte es wichtig für sie sein, Ressourcen als Ausgleich vorzufinden (Johnson & Hall, 1988). PB, die keinen solchen „Puffer“ erleben, haben möglicherweise bereits gekündigt und sind daher nicht in der Stichprobe enthalten. Um diese Fragen weiter zu klären, sollten die Arbeitsbedingungen von PB nach der Ersteinstellung und im weiteren Verlauf der Tätigkeit näher in den Blick genommen werden, z.B. durch Längsschnittstudien. Doch nicht nur der Zeitaspekt ist wesentlich, sondern auch, dass sich die Arbeitssituation von PB in einigen Punkten von anderen ähnlichen Berufsgruppen unterscheidet. Dies wird z.B. durch die qualitativen Ergebnisse deutlich. Innerhalb dieser wurden fünf Stressoren bzw. zwei Ressourcen als neue Kategorien identifiziert, die möglicherweise wichtig für die Arbeitssituation der PB sind, wie z.B. „Schwierigkeiten in der Teamkultur“ oder „Mangel an Ausstattung“. Auch innerhalb der quantitativen Ergebnisse stechen vor allem Merkmale wie Rollenklarheit oder Psychologische Sicherheit heraus, die zusätzlich zum ISAK erhoben worden sind. Somit scheinen auch hier andere Aspekte als bei ähnlichen Berufsgruppen wichtig zu sein. Diesen noch offenen Fragen sollte weiter nachgegangen werden. In dieser Studie ist eine hohe Dropout-Rate zu verzeichnen, die möglicherweise mit der Länge des Fragebogens zu tun hat. Partizipativ angelegte Studien, die bereits bei der Entwicklung der Fragestellung und des Erhebungsinstruments PB einsetzen, könnten hier wertvolle Hinweise zur weiteren Methodenauswahl und -entwicklung geben (Heuer et al., 2021).

Generell scheinen Merkmale des sozialen Kontextes für PB eine wichtige Ressource, aber auch potentiale gravierende Belastung darzustellen. Dies steht in Einklang mit bisherigen Befunden (Gillard et al., 2022; Scanlan et al., 2020) und konvergiert mit der Erkenntnis, dass Gesundheitsgefährdung durch Belastungen insbesondere dann droht, wenn soziale Unterstützung fehlt (Johnson & Hall, 1988). Bei den am stärksten entlastenden und belastenden sozialen Merkmalen „Psychologische Sicherheit“ und „Stigmatisierung“ ist die Haltung der übrigen Teammitglieder gegenüber den PB von Bedeutung. Brändli (2020) führt dazu aus, für eine erfolgreiche Integration der PB in das Team müsse man vor allem mutig sein und Befürchtungen bezüglich Peer Support direkt ansprechen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass PB Austauschmöglichkeiten im Team als wichtige Ressource empfanden bzw. es beklagten, wenn Austausch nicht ausreichend vorhanden war. Somit sollten zur Entlastung der PB genügend Austauschoptionen in den Arbeitsalltag integriert werden und PB dabei ermutigt werden, berufliche Haltungsfragen offen zu klären.

Allerdings könnte es für PB aufgrund ihrer beruflichen Position stressreich sein, erlebte Haltungen im Team direkt anzusprechen. In einigen offenen Fragen wurde etwa deutlich, dass die PB Haltungen anderer Berufsgruppen hinterfragen. So hatte ein\*e PB den Eindruck, dass die Ärzt\*innen oftmals wenig Verständnis gegenüber den Klient\*innen haben. In der Literatur wird ein Hinterfragen von Haltungen häufig als wertvoll beschrieben, da die Perspektive des Teams dadurch erweitert wird und dies zu höherer Recovery-Orientierung führen kann (Mücke, 2010; M. Schmidt & Dimpker, 2013). Jedoch sind PB oftmals nur wenige Stunden in der Einrichtung angestellt und im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen deutlich niedriger eingruppiert (Heumann et al., 2019). Die aus diesen Rahmenbedingungen heraus entstehende berufliche "Abwertung" kann es für PB erschweren, sich Anerkennung der Kolleg\*innen zu erarbeiten und grundsätzliche Haltungsfragen adäquat und stressfrei anzusprechen. Der ebenfalls berichtete erlebte Mangel an Wertschätzung könnte auch damit zusammenhängen, dass der Beruf PB noch nicht formal anerkannt ist. Beispielsweise wird dieser in der Neufassung der Richtlinie zur personellen Ausstattung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser (PPP-RL) noch nicht als eigene Berufsgruppe gezählt. Neben den genannten interpersonalen Aspekten wurden aber auch grundsätzliche wirtschaftliche bzw. politische Herausforderungen berichtet, z.B. die Unsicherheit des Arbeitsplatzerhalts aufgrund von kurzfristig angelegter Projektfinanzierung. Dies deckt sich mit anderen Studienergebnissen (Bailie & Tickle, 2015) und verweist darauf, dass auch die Anerkennung des Berufs einen wesentlichen Beitrag für stressärmeres Arbeiten der PB leisten könnte.

Die Arbeit mit den Klient\*innen selbst scheint für PB dagegen eine Ressource zu sein, was sich in ihren Berichten über die in dieser Interaktion erlebte Wertschätzung zeigt und in Einklang mit anderen Studien steht (Scanlan et al., 2020). Die Tatsache, dass selten Belastungen in der Interaktion mit Klient\*innen erlebt werden, könnte auch mit der besonderen Peer-Beziehung zwischen PB und Klient\*innen zusammenhängen. Nichtsdestotrotz wurden auch Risiken wie mangelnde Abgrenzung deutlich, die mit dieser engen Beziehung einhergehen können (Vandewalle et al., 2016), die zu den von den PB bisweilen berichteten emotionalen Belastungen führen können. Dementsprechend wären Maßnahmen hilfreich, die PB bei der Reflexion ihrer Rolle unterstützen. Zum Beispiel könnten spezielle Supervisionen für PB, die auch in anderen Studien empfohlen worden sind (Hoghe & Walther, 2019), entlastend wirken. Die Kombination bestimmter Stressoren und Ressourcen scheint für PB ebenfalls problematisch zu sein. So berichteten viele PB von hoher Entscheidungsunsicherheit, geringer Rollenklarheit und hoher Autonomie.

Die einzelnen Merkmale aber nicht ihre Kombination werden auch in anderen Studien als Probleme genannt (Bailie & Tickle, 2015; Harrison & Read, 2016). Autonomes Arbeiten kann zwar eine Ressource sein, jedoch können Anforderungen als wenig bewältigbar gesehen werden, wenn Unklarheiten bezüglich der Ausgestaltung dieses Freiraums bestehen (Zapf & Semmer, 2004). Insofern ist es nicht überraschend, wenn PB hohe Autonomie nicht notwendigerweise als positiv erlebten. Möglicherweise liegt dieser Situation auch die Tatsache zugrunde, dass notwendige Umstrukturierungen nach dem Ersteinsatz von PB, wie z.B. die Veränderung von Arbeitsabläufen innerhalb der Organisation noch nicht erfolgt sind (Burr et al., 2020). Denn obwohl die befragten PB bereits durchschnittlich vier Jahre in der Einrichtung arbeiteten, berichteten die meisten, dass ihnen ihre Rolle wenig klar ist. Schließlich wurde in der vorliegenden, wie auch in früheren Studien deutlich (Scanlan et al., 2020), dass PB in einigen Fällen nur unzureichende Ausstattung vorfanden, z.B. mangelnde Arbeits- und Besprechungsräume oder Arbeitsmaterial. Unklare und unstrukturierte Arbeitsprozesse sowie fehlendes Arbeitsmaterial etc. können aber wiederum zu den beschriebenen Schwierigkeiten in der Teamkultur beitragen, so dass PB als Klient\*innen und nicht als Kolleg\*innen gesehen werden (Harrison & Read, 2016; Schulz & Afting Ijeh, 2014). Denn wenn der Sinn und der Aufgabenbereich für die Nutzung des Psychiatrie-Erfahrungswissens nicht im Team geklärt werden, kann es für einige Teammitglieder schwierig sein, etwaige Vorurteile abzulegen. Insofern ist zu befürchten, dass sich Rollenunklarheit und Stigmatisierung durch Teammitglieder wechselseitig verstärken. Ganz in diesem Sinne sehen auch Harrison et al. (2016) die unklare Rolle der PB als „Keimzelle“ für alle weiteren Schwierigkeiten (Harrison & Read, 2016). Dementsprechend scheint eine gute Organisation der Arbeitsstrukturen, z.B. Klärung der Aufgabenbereiche und praktische Umsetzung, vor der Implementierung des Peer Support für PB ein wesentliches Element für effektives Arbeiten zu sein. Aber auch die regelmäßige Beobachtung auf Leitungsebene, wie sich die Arbeitsprozesse mit der Zeit entwickeln, ist wichtig, um bei Missverständnissen zeitnah eingreifen zu können.

In bestimmten Fällen könnten jedoch geringe Rollenklarheit und hohe Autonomie auch als hilfreich erlebt werden. So zeigen unsere Ergebnisse in Einklang mit anderen Studien (Heumann et al., 2019) auch die Vorteile erlebter Handlungsfreiheit, z.B. schätzten einige PB die Möglichkeit, nach eigenen Vorstellungen arbeiten zu können. Denn möglicherweise ist es für PB wenig förderlich, wenn ihre Rolle zwar klar ist, aber nicht ihren Vorstellungen entspricht, so dass die Option einer eigenen Rolleninterpretation in solchen Fällen als entlastend erlebt wird. Hier stellt sich weiterer Forschungsbedarf. Zu klären wäre, unter welchen Umständen autonomes Arbeiten von PB als belastend und wann als entlastend erlebt wird.

### **3.8 Konsequenzen für Klinik und Praxis**

- PB scheinen stressarme und ressourcenreiche Arbeitsbedingungen vorzufinden, wobei sie möglicherweise selbst zu diesen günstigen Bedingungen beitragen. Rollenunklarheit, Autonomie verbunden mit Entscheidungsunsicherheit und Problemen der Teamkultur erweisen sich als spezifische Herausforderungen für PB und sollten verstärkt untersucht werden, insbesondere im Längsschnitt.
- Rollenunklarheit, hohe Entscheidungsunsicherheit und hoher Freiraum könnten eine Überforderung von PB begünstigen. Konzeptionelle Einbettung der PB und gute Kommunikation können hilfreich sein.
- PB berichteten von Schwierigkeiten in der Teamkultur, z.B. geringe Wertschätzung. Gleichzeitig sollen sie wichtige Themen im Team hinterfragen. Zukünftige Untersuchungen könnten den Fragen nachgehen, wie PB mit ihrer schwierigen Position umgehen und inwieweit auch organisatorische Aspekte, wie eine niedrigere Eingruppierung oder die Unklarheit über ihre Rolle eine Teamintegration erschweren.

## **KAPITEL 4: DIE BEDEUTUNG PERSONALER RESSOURCEN UND PERSONALER RISIKOFAKTOREN FÜR DIE BEWÄLTIGUNG BERUFLICHER BELASTUNGEN BEI GENESUNGSBEGLEITER\*INNEN/PEER-BERATER\*INNEN (ARTIKEL 2)**

Hoghe, J., Röseler, L., Limmer, R., Walther, C. & Schütz, A. (2025). Die Bedeutung personaler Ressourcen und personaler Risikofaktoren für die Bewältigung beruflicher Belastungen bei Genesungsbegleiter/-innen/Peer Berater/-innen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* (79), 219–233. <https://doi.org/10.1007/s41449-025-00460-x>

### **Contributor Roles Taxonomy (CrediT) author statement**

Jelena Hoghe: Writing - Original Draft, Formal Analysis, Conceptualization. Lukas Röseler: Formal analysis, Writing – review & editing. Prof. Dr. Ruth Limmer: Writing – review & editing, Supervision, Conceptualization. Prof. Dr. Christoph Walther: Writing – review & editing, Supervision, Conceptualization. Prof. Dr. Astrid Schütz: Conceptualization, Writing – review & editing, Supervision.

### **Zusammenfassung**

Peer-Berater\*innen (PB), psychiatrienerfahrene Mitarbeiter\*innen in sozialpsychiatrischen Einrichtungen erleben viele berufliche Herausforderungen, die je nach Dauer, Intensität und individuellen Voraussetzungen zu negativen Beanspruchungsfolgen führen können. Gleichwohl besteht kaum Wissen über diese Voraussetzungen wie personale Ressourcen, Risikofaktoren oder Bewältigungsstrategien. In Anlehnung an das Salutogenese-Modell wurden mögliche Merkmale identifiziert und 135 PB mittels einer Online-Umfrage anonym befragt. Die PB identifizieren sich stark mit ihrer Tätigkeit, handeln lösungsorientiert, sind sozial kompetent und nutzen diverse Selbstfürsorgestrategien. Daneben zeigen sich erhöhte Werte im Bereich Neurotizismus. Eine kleine Gruppe der PB berichtet von mangelnder Fähigkeit sich abzugrenzen. Insgesamt erweisen sich die befragten PB als widerstandsfähig und die Ergebnisse könnten Hinweise zur beruflichen Gesundheitsförderung im sozialpsychiatrischen Bereich liefern.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

*Praktische Relevanz:* Der Umgang mit beruflichen Belastungsfaktoren ist wesentlich für eine gesundheitsförderliche Beanspruchung. Die im Gesundheitswesen neue Berufsgruppe der PB ist verschiedenen spezifischen Belastungsfaktoren ausgesetzt, wie z. B. Stigmatisierung oder dem offenen Umgang bezüglich der eigenen Krankheitsgeschichte. Ein Überblick darüber, wie PB mit diesen Belastungsfaktoren umgehen, kann helfen herauszufinden, welche Maßnahmen bei der Implementierung und Durchführung von Peer Support hilfreich sind.

#### **4.1 Einleitung**

Peer Support, der Einsatz von psychiatrienerfahrenen Menschen als Mitarbeitende in psychiatrischen Einrichtungen, hat sich zunehmend etabliert (Gruber et al., 2018; Zuaboni & Burr, 2022). In der Neufassung der Richtlinie zur personalen Ausstattung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser (PPP-RL) wurden die Kernaufgaben von Peer-Berater\*innen (PB) in der stationären Behandlung festgelegt. Es gibt zudem Bemühungen Qualitätsstandards zu entwickeln (Kotera et al., 2023). Trotzdem bestehen noch Herausforderungen für alle Beteiligten. PB haben z.B. mit Vorurteilen von Kolleg\*innen oder ihrer oft unklaren beruflichen Position zu kämpfen. Schon die Anforderung, sich offen als jemand mit psychischer Erkrankung zu bekennen, ist herausfordernd (Bailie & Tickle, 2015). Bei Pflegekräften sind Bewältigungsstrategien neben beruflichen Kompetenzen und Arbeitsbedingungen beim Umgang mit dem Berufsalltag ausschlaggebend, um Fehlbelastungen dauerhaft vorzubeugen (Schuster & Kohorst, 2016). Insofern sieht Cooper et al. (2024) auch für PB adäquates Coping als wichtigen Einflussfaktor bei der erfolgreichen Implementierung von Peer Support. Allerdings fehlen bisher aussagekräftige Studien, die zeigen, wie PB mit beruflichen Anforderungen umgehen und welche personalen Faktoren relevant sind.

#### **4.2 Das Salutogenese-Modell als Rahmen für die berufliche Stressbewältigung von PB**

Das erweiterte Salutogenese-Modell beschreibt Faktoren für einen gesundheitsförderlichen Umgang mit Belastungen (Antonovsky & Franke, 1997; Faltermaier, 2023). Ausgehend von diesem Modell und unter Berücksichtigung des Forschungsstands zu PB soll mit der vorliegenden Studie untersucht werden, welche individuellen Voraussetzungen PB aufweisen, die zu einer gesundheitsförderlichen Bewältigung von beruflichen Belastungen beitragen.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Konkret differenzieren wir Bewältigungsstrategien, personale Ressourcen und personale Risikofaktoren, und wie im Folgenden erläutert, als weitere theoretisch relevante Faktoren berufliche Identität als Ressource und Overcommitment als Risikofaktor.

### **Personale Ressourcen, Risikofaktoren und Bewältigung**

Im Salutogenese-Modell werden Ressourcen, psychosoziale Risiken (hier Risikofaktoren genannt), Identitätsfaktoren sowie Alltags,- bzw. Bewältigungshandeln den individuellen Voraussetzungen zugeordnet. Es steht im Vordergrund, welche Aspekte grundsätzlich Gesundheit fördern können (Faltermaier, 2023). Wird das Modell spezifiziert auf den beruflichen Kontext, müssen bereits als gesundheitsförderlich validierte arbeitsbezogene personale Ressourcen bzw. Risikofaktoren berücksichtigt werden (Melzer & Hubrich, 2014). Hierzu gehören vor allem Selbstwirksamkeitserwartungen und interne Kontrollüberzeugungen, die zu Arbeitszufriedenheit und einem adäquaten Umgang mit Belastungen im Arbeitsalltag beitragen können (Bono & Judge, 2003). Als Risikofaktoren werden häufig externe Kontrollüberzeugung sowie Neurotizismus benannt, wobei Letztgenannter als hoher Risikofaktor für Burnout zählt (Zaudig et al., 2012).

Inwieweit sich die eigene Bewältigung als nützlich erweist, hängt auch vom Kontext ab. Grundsätzlich gilt ein breites Repertoire an Bewältigungsstrategien als hilfreich (Perrez & Reicherts, 1992). Carver (1997) hat eine Systematik der häufigsten Bewältigungsstrategien erstellt. Hierzu zählen z. B. die Suche nach emotionaler oder instrumenteller Unterstützung. Overcommitment gilt als riskant, wenn es dauerhaft als Bewältigungsstrategie genutzt wird. Es bezeichnet erhöhte berufliche Anstrengungsbereitschaft, die durch Zeitdruck und Schwierigkeiten, nach der Arbeit „abzuschalten“, gekennzeichnet sind (Siegrist et al., 2004). Overcommitment stellt durch das Ungleichgewicht von Anstrengung und erlebter Belohnung ein Burnout-Risiko dar (Zaudig et al., 2012).

### **Berufliche Identität: Sinnerfüllung, kollektiver Selbstwert und Verbundenheit**

Im erweiterten Salutogenese-Modell wird Identität, das Gefühl einer integrierten inneren Person, als relevante personale Ressource beschrieben (Faltermaier, 2023). Hierzu gehört die soziale Identität, sich als Mitglied einer sozialen Gruppe zu identifizieren (Schröder-Abé & Schütz, 2007). Wir nehmen an, dass es für die auf Dauer adäquate berufliche Beanspruchung für die PB relevant sein könnte, inwiefern sie sich mit ihrer Berufsgruppe identifizieren. Hierbei sehen wir den berufsbezogenen kollektiven Selbstwert, „Einbeziehung der eigenen Gruppe in das Selbst“ (Gruppen-Verbundenheit) sowie „berufliche Sinnerfüllung“ als wichtig an.

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Identifikation hat auch die Funktion der „individuellen Sinnbestimmung“ (Keupp, 2020). Im Salutogenese-Modell wird in diesem Zusammenhang das Kohärenzgefühl aufgeführt, die Überzeugung, dass das Leben mit seinen Herausforderungen nachvollziehbar, sinnvoll und bewältigbar ist (Antonovsky & Franke, 1997; Faltermaier, 2023).

Bei den PB könnte vor allem ihre berufliche Sinnerfüllung relevant sein. Im Pflegebereich z.B. spielt das berufliche Sinnempfinden eine große Rolle für das Engagement (Weckmüller et al., 2020) und bei der Bewältigung von Fehlbelastungen (Wydler, 2002). PB schreiben zudem ihrer seelischen Krise im Nachhinein die Bedeutung zu, ein wichtiges „Werkzeug“ für ihre Peer-Tätigkeit zu sein (Brändli, 2018, S. 180) und heben hervor, dass die Tätigkeit einen neuen Lebenszweck für sie darstellen kann (Steenekamp & Barker, 2024, o.S.).

Ein Maß, um die Identität zur eigenen Berufsgruppe zu bewerten, ist der berufsbezogene kollektive Selbstwert (Luhtanen & Crocker, 1992; Orkibi, 2019). Wenn sich jemand gering mit seinem Beruf identifiziert, senkt dies die Arbeitszufriedenheit, wie u.a. in einer Studie mit Ergotherapeut\*innen gezeigt wurde (Egold & van Dick, 2015). Für den Umgang mit möglicher Stigmatisierung von Kolleg\*innen könnte ein berufsbezogener kollektiver Selbstwert hilfreich sein, da z.B. Betroffene von psychischer Erkrankung, die sich mit ihrer Eigengruppe identifizieren, widerstandsfähiger zu sein scheinen und förderliche Verhaltensweisen wie Aufklärung über die psychische Erkrankung zeigten (Rüsch, Corrigan, Wassel et al., 2009).

PB berichten von herausfordernden Erfahrungen, die mit ihrem „Seitenwechsel“ und ihrer „Krankheitsidentität“ zu tun haben (Harrison & Read, 2016). In ihrer beruflichen Position ist die Zugehörigkeit zur Gruppe psychisch Erkrankter relevant. Wir gehen deshalb davon aus, dass eine hohe Einbeziehung der eigenen Gruppe in das Selbst (Tropp & Wright, 2001), also eine hohe Verbundenheit zur Gruppe der psychisch erkrankten Menschen, für die berufliche Identitätsentwicklung hilfreich sein könnte, genauso wie eine hohe Verbundenheit zur eigenen Berufsgruppe.

## Salutogenese-Modell für Peer-Arbeit

Zusammenfassend ergibt sich ein Salutogenese-Modell für die Peer-Arbeit (siehe Abb. 2).

<b>Personale Ressourcen</b>	<b>Personale Risikofaktoren</b>
<b>Gesundheitsressourcen (personal)</b>	<b>Risikofaktoren für die Gesundheit (personal)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Selbstwirksamkeit</li> <li>•Internale Kontrollüberzeugung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Externale Kontrollüberzeugung</li> <li>•Neurotizismus</li> </ul>
<b>Berufliche Identität</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Kollektiver Selbstwert bezogen auf die eigene Berufsgruppe</li> <li>•Verbundenheit zur eigenen Berufsgruppe</li> <li>•Verbundenheit zur Gruppe psychisch kranker Menschen</li> <li>•Berufliche Sinnerfüllung</li> </ul>	

<b>Bewältigung</b>	
<b>Bewältigungsstrategien</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Planung</li> <li>•Aktive Bewältigung</li> <li>•Instrumentelle Unterstützung</li> <li>•Positive Umdeutung</li> <li>•Emotionale Unterstützung</li> <li>•Ablenkung</li> <li>•Akzeptanz</li> <li>•Selbstbeschuldigung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ausleben von Emotionen</li> <li>•Humor</li> <li>•Religion</li> <li>•Verleugnung</li> <li>•Verhaltensrückzug</li> <li>•Alkohol/Drogen</li> <li>•Overcommitment</li> </ul>

Abbildung 2: Salutogenese-Modell für Peer-Arbeit

Anmerkung: Abb. in Anlehnung an das erweiterte Salutogenese-Modell (Faltermeier, 2023, S. 174; Antonovsky & Franke, 1997)

Im Modell werden als individuelle Voraussetzungen bekannte Gesundheitsressourcen mit für die PB vermuteten Ressourcen beruflicher Identität kombiniert. Neben allgemeinen Risikofaktoren wird Overcommitment als mögliches weiteres Risiko einbezogen. Bewältigungsstrategien als Umgang mit den Herausforderungen ergänzen das Modell.

### 4.3 Forschungsfragen und Hypothesen

Welche personalen Ressourcen und Risikofaktoren bei PB eine Rolle spielen, um Arbeitssituationen mit Fehlbeanspruchungspotenzial zu bewältigen, ist größtenteils unerforscht. Die Auseinandersetzung damit ist jedoch wichtig, da durch die Psychiatrie-Erfahrung der PB möglicherweise Unterschiede zu anderen psychosozialen Berufsgruppen bestehen. Entsprechende Ergebnisse könnten Hinweise geben, welche Maßnahmen bei der Implementierung von Peer Support förderlich sind.

Folgende Forschungsfragen werden untersucht:

- Welche Risikofaktoren und personale Ressourcen erleben PB?
- Welche Bewältigungsstrategien wenden PB an?
- Inwiefern unterscheiden sich Risikofaktoren, personale Ressourcen sowie Bewältigungsstrategien bei PB von denen anderer Gruppen?

**Hypothesen 1 und 2:** Wir nehmen an, dass folgende personale Ressourcen gering ausgeprägt sind: Selbstwirksamkeit und berufsbezogener kollektiver Selbstwert.

**Begründung:** PB sind als Berufsgruppe in sozialpsychiatrischen Teams noch relativ wenig etabliert (Schmolke & Nuißl, 2022). Kunsttherapeut\*innen, die ähnlich wie PB weniger in ihrem Beruf anerkannt sind als Psycholog\*innen, hatten in einer Studie von Orkibi (2019) einen niedrigeren berufsbezogenen kollektiven Selbstwert als diese. Insofern dürften sie geringere Einflussmöglichkeiten wahrnehmen und sich somit als weniger selbstwirksam erleben (Byrne et al., 2016).

**Hypothesen 3 und 4:** Wir erwarten, dass berufliche Sinnerfüllung und die Einbeziehung der eigenen Gruppe der Psychiatrieerfahrenen auf das Selbst hoch ausgeprägt sind (hohe Verbundenheit).

**Begründung:** PB berichten, dass die „eigene Erkrankung nachträglich einen Sinn ergibt“ und die Tätigkeit als „Berufung“ gesehen wird (Kunze, 2013). Wir nehmen an, dass dieser Sinnbezug auch mit einer hohen Verbundenheit gegenüber der Gruppe psychisch erkrankter Menschen einhergeht.

**Hypothese 5:** Wir gehen davon aus, dass sich die PB hinsichtlich ihrer Bewältigungsstrategien nicht signifikant von anderen Gruppen unterscheiden, da wir keine entsprechenden Hinweise in der Literatur sehen.

Des Weiteren untersuchen wir folgende Merkmale aufgrund mangelnder Befunde in der Literatur explorativ: Overcommitment, Neurotizismus, Kontrollüberzeugung sowie Verbundenheit bezogen auf die eigene Berufsgruppe.

## 4.4 Methoden

### Durchführung

Für die Befragung kamen erwachsene PB mit Psychiatrieerfahrung infrage, die eine spezielle Ausbildung im Peer Support absolviert haben und seit mindestens einem halben Jahr in Deutschland, Österreich, oder der Schweiz in einer ambulanten oder (teil-)stationären psychiatrischen Einrichtung tätig waren.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Folgende Weiterbildungen wurden für die Studie berücksichtigt: EX-IN Schulung, Kollegiale\*r Depressionsbegleiter\*in, Peer Counselor\*in; Soziotherapeutische\*r Assistent\*in ; DBT-Peer-Coach und Genesungsbegleiter\*innen aus dem UPSIDES-Projekt (Braukmann et al., 2017; Förderkreis Borderline-Trialog e.V., o.J.; Freitag, 2011; Moog, o.J.; Puschner et al., 2019; Thiem, o.J.). Es wurden Multiplikator\*innen akquiriert (z.B. deutschsprachige EX-IN Verbände), um die Online-Umfrage in einschlägigen Netzwerken zu verbreiten. Die Befragung lief in zwei Wellen von Dezember 2021 bis April 2022.

### **Messinstrumente**

Auf Basis validierter Skalen wurde ein Fragebogen über SoSci Survey konzipiert. Die Verständlichkeit der Fragen wurde vorab in einem Pretest mit Menschen mit und ohne psychische Vorerkrankung geprüft. Die Studie wurde vom Ethikrat der Universität Bamberg als ethisch unbedenklich eingestuft, eine Präregistrierung wurde vorgenommen (Hoghe et al., 2022). Folgende Skalen waren enthalten:

- Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999).)
- Kontrollüberzeugung, IE-4 (Kovaleva et al., 2014)
- Berufliche Sinnerfüllung (Schnell, 2018)
- Berufsbezogener kollektiver Selbstwert mithilfe der Collective Self-Esteem Scale (CSE) (Luhtanen & Crocker, 1992)
- Einbezug der eigenen Gruppe in das Selbst bzw. Verbundenheit mithilfe der Identification of Self in the Other Scale (IOS) (Tropp & Wright, 2001), je in Bezug auf die Gruppe der PB und die Gruppe der psychisch erkrankten Menschen
- Neurotizismus, BFI (Rammstedt et al., 2014)
- Overcommitment, ERI (Siegrist et al., 2004)
- Bewältigungsstrategien, BRIEF Cope (Carver, 1997)

Soziodemografische Daten und Berufsaspekte wurden zudem in einer ersten Teilstudie abgefragt. Die Fragebögen der ersten Teilstudie sowie der zweiten Teilstudie mit den hier aufgeführten Merkmalen, sind auf der Präregistrierungswebsite verfügbar (Hoghe et al., 2022). Da es sich um eine erste systematische Erhebung von personalen berufsbezogenen Ressourcen und Risikofaktoren von PB im deutschsprachigen Raum handelte, wurden zusätzlich zu den oben genannten Skalen offene Fragen gestellt, um ggf. noch nicht berücksichtigte Merkmale herausfinden zu können. Auch wurde eine Zusammenschau der quantitativen und qualitativen Daten angestrebt, um die Aussagekraft der jeweiligen Ergebnisse zu stärken.

Folgende offene Fragen mit der Möglichkeit, die Antwort in ein Textfeld einzugeben, wurden innerhalb des Online-Fragebogens thematisch passend zwischen die geschlossenen Items integriert:

- Bezüglich der personalen Ressourcen: „Haben Sie als in der Peer-Arbeit Tätige/r noch Erfahrungen zu hilfreichen Gedanken oder Verhaltensweisen in Ihrer Arbeit gemacht, die Sie uns mitteilen möchten?“; „Manche Gedanken oder Verhaltensweisen in der Arbeit können vielleicht dazu beitragen, dass man sehr motiviert am Arbeitsplatz ist bzw. sehr motiviert bleibt. Haben Sie als in der Peer-Arbeit Tätige/r noch Erfahrungen dazu gemacht, die Sie uns mitteilen möchten?“
- Bezüglich der personalen Risikofaktoren: „Haben Sie als in der Peer-Arbeit Tätige/r noch Erfahrungen zu belastenden Gedanken oder Verhaltensweisen in der Arbeit gemacht, die Sie uns mitteilen möchten?“
- Bezüglich sonstiger Gedanken: „Ihre Meinung ist uns sehr wichtig. Gibt es noch etwas, das Sie uns gern wissen lassen würden, wonach wir aber noch nicht gefragt haben? Wenn ja, tragen Sie hier bitte Ihre Gedanken dazu ein.“

### **Analyse-Methoden**

Alle Subskalen des BRIEF-COPE mit je zwei Items waren relativ reliabel ( $rSB = [.51; .87]$ ), nur „Verhaltensrückzug“ hatte einen sehr niedrigen Wert ( $rSB = .35$ ). Für die Subskalen mit je zwei Items „Externale Kontrollüberzeugung“ ( $rSB = .58$ ) sowie „Internale Kontrollüberzeugung“ ( $rSB = .33$ ) konnte die Reliabilität als niedrig bis passabel eingestuft werden. „Overcommitment“ ( $\alpha = .72$ ) und „Neurotizismus“ ( $\alpha = .75$ ) mit je sechs Items, „Berufliche Sinnerfüllung“ ( $\alpha = .91$ ) mit sieben, „Selbstwirksamkeit“ ( $\alpha = .87$ ) mit zehn sowie CSE ( $\alpha = .87$ ) mit 16 Items erwiesen sich als reliabel. Die IOS-Skala besteht lediglich aus einem Item.

Anhand eines Zweistichproben T-Tests mithilfe von R (R Core Team, 2023) wurden die Mittelwerte der personalen Ressourcen und Risikofaktoren der PB mit Referenzgruppen verglichen.

Folgende Referenzgruppen wurden ausgewählt:

- Selbstwirksamkeit: Frauen und Männer im mittleren Alter (Schumacher et al., 2001)
- Overcommitment: Pflegekräfte (Gräske et al., 2021)
- Neurotizismus: Frauen und Männer im Erwachsenenalter (Rammstedt et al., 2014)
- Berufliche Sinnerfüllung: Durchschnittswert von Menschen aus unterschiedlichen beruflichen Branchen (Durchschnittswert wird für Befragte aller Branchen ausgewiesen, da keine differenzierten Angaben zur Verfügung stehen) (Schnell, 2018)
- Kontrollüberzeugung: Frauen und Männer im Erwachsenenalter (Kovaleva et al., 2014)
- Bewältigungsstrategien: Angehende PB aus Polen (Chudzicka-Czupała & Zalewska-Łunkiewicz, 2020)
- Berufsbezogener kollektiver Selbstwert: Sozialarbeiter\*innen und Psychotherapeut\*innen (Orkibi, 2019)
- Verbundenheit bezogen auf die eigene Gruppe der Psychiatrieerfahrenen: Personen, die keine psychiatrische Diagnose haben (Martinez, 2014).

Der Vergleich der Verbundenheit in Bezug auf die Berufsgruppe war nicht möglich, da es unseres Wissens keine Studie gibt, welche diese von PB oder anderen Berufen untersucht hat. Die Auswertung der offenen Fragen erfolgte mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2010). Auf Grundlage der Literatur wurden Kategorien deduktiv abgeleitet. Zusätzlich wurden weitere Kategorien induktiv aus dem Material entwickelt.

20% der qualitativen Daten wurden nochmals von einer unabhängigen Raterin geprüft. Die Interrater-Reliabilität betrug .81 und war damit zufriedenstellend. Materialien zum Auswertungsprozess (Kodierleitfaden, Tabelle aller Textsegmente je Kodierung sowie Tabellenkalkulation der Interrater-Reliabilität) sind auf unserer Präregistrierungs-Website zu finden: <https://osf.io/kypnd/>.

#### **4.5 Beschreibung der Stichprobe**

Im Schnitt waren die TN 49,9 Jahre alt ( $SD = 9,9$ ) und mehrheitlich weiblich (66,2%,  $N = 142$ ). Der Großteil (78,5%) war in Deutschland tätig, während 18,8% in der Schweiz und 3,5% in Österreich arbeiteten ( $N = 142$ ). 65% gaben an in einer ambulanten Einrichtung angestellt zu sein, 31,5% in einer (teil-)stationären ( $N = 143$ ).

Die am häufigsten angegebene Weiterbildung war mit 83,2% die EX-IN, an zweiter Stelle stand die Peer Counseling Weiterbildung (16,8%,  $N = 132$ ).

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Durchschnittlich arbeiteten die TN seit 4,3 Jahren ( $SD = 4,4$ ,  $N = 111$ ) bei ihrer aktuellen Arbeitsstelle. vor allem in Teilzeit (90%) und im Schnitt 19,5 Stunden wöchentlich ( $SD = 11,9$ ,  $N = 104$ ).

#### 4.6 Quantitative Ergebnisse

Die Konstrukte wurden mithilfe von zwei Fragebögen erhoben (Fragebögen siehe Präregistrierung: <https://osf.io/kypnd/>).<sup>12</sup> Aus der ersten Teilstudie gingen die Daten von 175 Befragten und aus der zweiten die Daten von 135 Befragten in die Auswertung ein.<sup>13</sup> 87 TN nahmen an beiden Datenerhebungen teil.

Soweit die Angaben zur Grundgesamtheit variieren, ist dies auf Drop-Outs zurückzuführen. Abb. 3 stellt die personalen Ressourcen, Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien je nach Effektstärke des Mittelwert-Vergleichs mit der Referenzgruppe dar ( $N = [126; 150]$ ).

---

<sup>12</sup> 43 TN aus der ersten Teilstichprobe hatten keine Angaben zu ihrer Weiterbildung getätigt. Eine Multiversum-Analyse zeigte, dass sich keine Änderungen ergeben, wenn diese Gruppe eingeschlossen wird (Hoghe et al. 2022). Dies gilt auch für 44 TN der zweiten Teilstichprobe (ebd.).

<sup>13</sup> 243 Personen wurden aus der ersten Befragung ausgeschlossen, da 100 nicht die Einschlusskriterien erfüllten, 128 hatten zu wenige Angaben gemacht und 15 zweimal teilgenommen. Aus der zweiten Teilstichprobe wurden 55 TN exkludiert, da bei 24 eine zu geringe Datenmenge und bei 6 eine zu schlechte Datenqualität vorlag, während 22 doppelt teilnahmen und drei nicht der Zielgruppe entsprachen. Daten wurden exkludiert, wenn zu wenig Zeit für das Beantworten der Items gebraucht wurde oder TN Tendenzen in ihren Antworten aufwiesen.

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

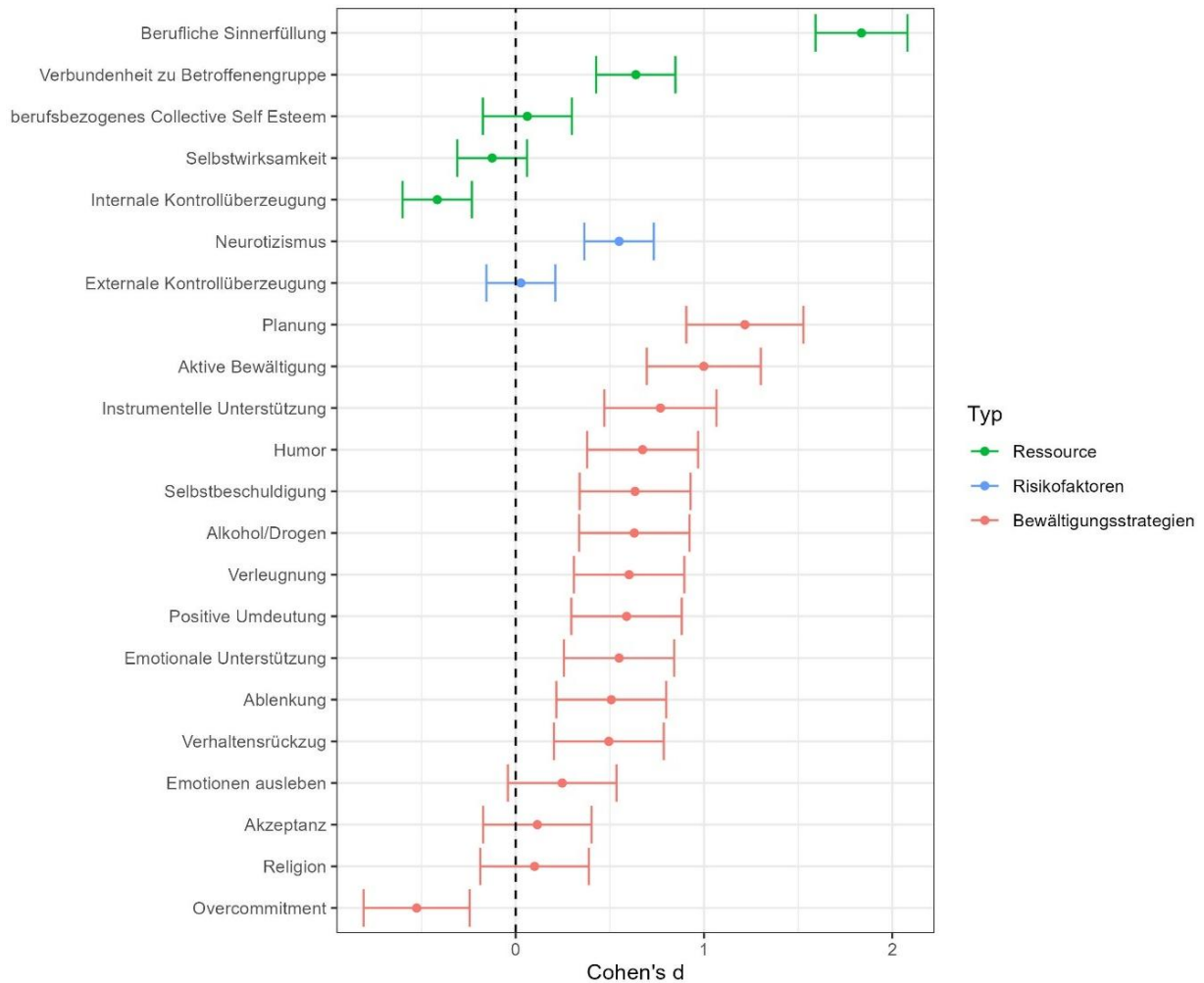


Abbildung 3 Personale Ressourcen, Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien, Mittelwert-Vergleich mit Referenzgruppen nach Effektstärke (Cohen's d)

Anmerkung: Hohe signifikante Effektstärken-Werte bedeuten, dass PB eine höhere Ausprägung beim jeweiligen Konstrukt aufweisen, niedrige signifikante Effektstärken-Werte geben demnach eine niedrigere Ausprägung im Vergleich zur Referenzgruppe an. Der Fehlerbalken stellt das 95%-Konfidenzintervall dar. R-Analyse-Skript siehe <https://osf.io/c4nv2>; Tabellen der genauen Werte siehe <https://osf.io/kypnd/>;  $N = [126; 150]$

Abb. 4 zeigt die Verteilung der erfragten Konstrukte mithilfe eines Violindiagramms ( $N = [126; 150]$ ): auf unserer Präregistrierungsseite können die exakten Effektstärken, Mittelwerte und Standardabweichungen je Konstrukt nachvollzogen werden: <https://osf.io/kypnd/>).

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

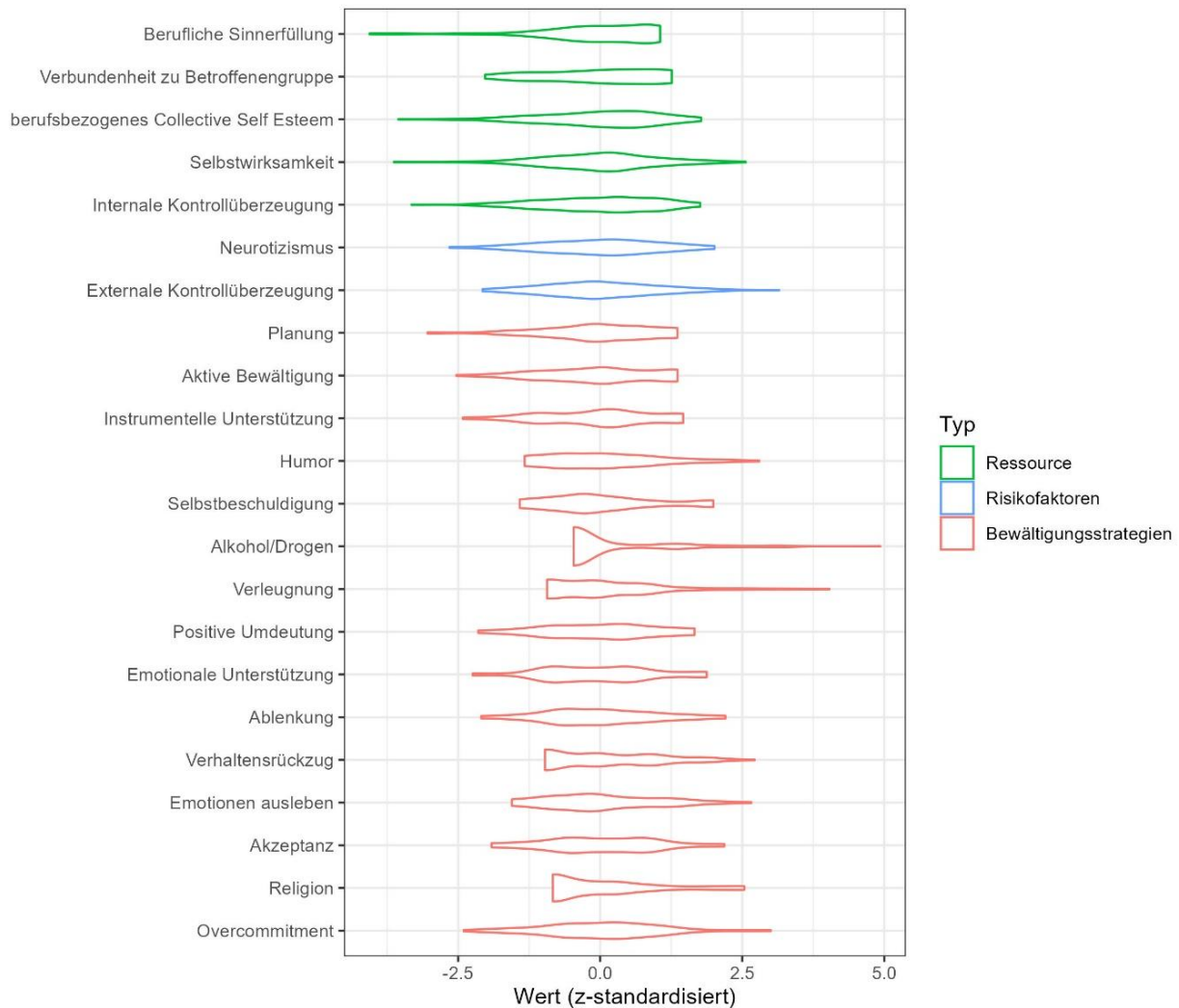


Abbildung 4 Verteilung der personalen Ressourcen, Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien

Anmerkung: R-Analyse-Skript siehe <https://osf.io/c4nv2>; Tabellen der genauen Werte siehe <https://osf.io/kypnd/>; für eine übersichtlichere Ergebnisdarstellung werden z-standardisierte Werte gezeigt;  $N = [126; 150]$

Die folgenden Abschnitte gehen näher auf die in Abb. 3 und 4 dargestellten Ergebnisse ein.

### Personale Ressourcen und Risikofaktoren

Im Vergleich zu allen personalen Ressourcen nimmt die berufliche Sinnerfüllung den höchsten Wert an und ist in Kontrast zu anderen Berufsbranchen deutlich höher ( $N = 127$ ) (siehe Abb. 3 und 4). PB fühlen sich der Gruppe psychisch erkrankter Menschen stärker verbunden als der Gruppe von Personen ohne psychiatrische Diagnose (IOS) (mittlerer Effekt) ( $N = 150$ ). Die Verbundenheit zur eigenen Berufsgruppe ( $N = 147$ ) ist etwas höher als die zur allgemeinen Gruppe der Psychiatrieerfahrenen. Nach Tropp und Wright (2001) können die Werte je nach Ausprägung in geringe oder hohe Verbundenheit eingeordnet werden.

Demnach fühlen sich PB ihrer Berufsgruppe stark verbunden, ebenso der Gruppe der Psychiatrieerfahrenen.<sup>14</sup> Das berufliche CSE von den PB unterscheidet sich nicht signifikant von Sozialarbeiter\*innen oder Psycholog\*innen ( $N = 146$ ). PB unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeit ( $N = 126$ ) nicht von einer Stichprobe aus einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung ( $N = 2.031$ ; Alter 30 bis 61 Jahre) (Schumacher et al., 2001) (siehe Abb. 3). Allerdings weisen sie eine geringere internale Kontrollüberzeugung ( $N = 127$ ) auf als eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe ab 18 Jahren ( $N = 1.134$ ) (Kovaleva et al., 2014).

Insgesamt unterstützen die Ergebnisse Hypothese 3: Die berufliche Sinnerfüllung scheint eine besonders relevante personale Ressource zu sein. Die Verbundenheit zur Gruppe der Psychiatrieerfahrenen ist hoch und der Unterschied zur Referenzgruppe signifikant. Selbstwirksamkeit und CSE sind höher als angenommen.

Neurotizismus ist im höheren Ausmaß vorhanden ( $N = 127$ ) als externale Kontrollüberzeugung und signifikant höher ausgeprägt als der Wert einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe (Alter von 36 bis 65,  $N = 1.134$ ) (Rammstedt et al., 2014). Die externale Kontrollüberzeugung ( $N = 128$ ) unterscheidet sich hingegen nicht von einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe ab 18 Jahren ( $N = 1.134$ ) (Kovaleva et al., 2014) (siehe Abb. 3).

### **Bewältigungsstrategien**

Bezogen auf die Bewältigungsstrategien wurden die erfahrenen PB unserer Stichprobe mit angehenden PB aus Polen verglichen. Es finden sich Unterschiede in den meisten Skalen außer, sich mit schwierigen Situationen abzufinden (Akzeptanz;  $N = 131$ ), Halt im Glauben zu finden (Religion;  $N = 130$ ) und dem Ausleben von Emotionen ( $N = 131$ ; siehe Abb. 3). Prägnante Unterschiede bestehen darin, dass die Befragten deutlich häufiger bei Problemen einen Plan entwickeln (Planung,  $N = 130$ ) und über geeignete Strategien nachdenken (aktive Bewältigung,  $N = 133$ ) (starker Effekt). Die Suche nach instrumenteller Unterstützung wird im Vergleich zu den angehenden PB ebenfalls deutlich häufiger genutzt und ist die dritthäufigste Strategie ( $N = 130$ ). Am seltensten greifen die PB in Problemlagen auf Suchtmittel oder auf Verhaltensrückzug zurück, allerdings signifikant häufiger als die Vergleichsgruppe ( $N = 133$ ; mittlerer Effekt).

---

<sup>14</sup> 1 bis 4 bedeutet geringe Identifikation, 5 bis 7 hohe (Tropp und Wright 2001). Der Wert der IOS zur Gruppe der Psychiatrieerfahrenen dieser Studie betrug 4.75 (SD=1.83) und zur Berufsgruppe 5.04 (SD= 1.81).

Drei von 14 Bewältigungsstrategien werden ähnlich häufig von den Befragten wie von den angehenden PB verwendet. Somit kann die Hypothese 5, dass keine Unterschiede hinsichtlich der Bewältigungsstrategien bestehen, nicht bestätigt werden.

Die berufsbezogene Bewältigungsstrategie Overcommitment betreffend, nutzen PB diese im Vergleich zu Pflegekräften seltener ( $N = 127$ ).

## 4.7 Qualitative Ergebnisse

Tabelle 3 Häufigkeiten der Textsegmente nach Kategorien

<b>Anzahl der Textsegmente zu Gesundheitsressourcen, Risikofaktoren und Bewältigung</b>	
	<i>N</i>
<b>personale Ressourcen</b>	
Bewältigbarkeit (Selbstwirksamkeit und internale Kontrollüberzeugung)	19
Emotionsbewusstsein	7
<b>berufliche Identität</b>	
Sinnhaftigkeit (u.a. berufliche Sinnerfüllung)	18
Verständnis über berufliche Rolle	18
<b>personale Risikofaktoren</b>	
Schwierigkeiten mit eigener Erkrankung	5
<b>Bewältigungsstrategien</b>	
Instrumentelle Unterstützung	39
Abgrenzungsfähigkeit	25
Lösungsorientierung (Planung/aktive Bewältigung)	19
Hilfreiche Gewohnheiten	16
Overcommitment	15
Konfliktkommunikation	12
Offenheit ggü. eigener Erkrankung	5

Anmerkungen:  $N = 198$  (Textsegmente); Kategorien mit  $N < 4$  und Kategorien zu externen Faktoren werden nicht berücksichtigt ( $N = 74$ ). Fragestellungen siehe Abschnitt „Messinstrumente“; Tab. aller kodierten Textsegmente siehe <https://osf.io/dmur4>

76 PB haben auf mindestens eine der offenen Fragen zu hilfreichem oder belastendem Verhalten oder Erleben bezüglich möglicher beruflicher Belastungen geantwortet. Ein Großteil der dargestellten Textsegmente ( $N = 198$ ) waren Hinweise zu Bewältigungsstrategien (66,2%,  $N = 131$ ) und zu personalen Ressourcen (31,3%,  $N = 62$ ). Tab. 3 gibt einen Überblick über die Zuordnung der Textsegmente je nach Kategorie (Kategorien mit unter vier Nennungen und solche, die keine personalen Faktoren sind wurden nicht berücksichtigt).

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Zwei Nennungen konnten keinen Kategorien zugeordnet werden). Insgesamt wurden 12 Kategorien gebildet (s. Tab. 3).

Dabei wurden die Konstrukte Bewältigbarkeit, Sinnhaftigkeit und Lösungsorientierung jeweils zu übergeordneten Kategorien zusammengefasst, da die erforderliche Trennschärfe bei der inhaltsanalytischen Auswertung der Textsegmente nicht gegeben war.

Aus dem Datenmaterial neu gewonnene Kategorien waren (s. Tab. 3)

- Abgrenzungsfähigkeit ( $N = 19$ ),
- Verständnis über berufliche Rolle ( $N = 18$ ),
- hilfreiche Gewohnheiten ( $N = 16$ ),
- Konfliktkommunikation ( $N = 12$ ),
- Emotionsbewusstsein ( $N = 7$ )
- Offenheit ggü. eigener Erkrankung ( $N = 5$ )
- sowie Schwierigkeiten mit eigener Erkrankung ( $N = 5$ ).

### **Personale Ressourcen und Risikofaktoren**

Aussagen zu „Selbstwirksamkeit“ und „internale Kontrollüberzeugung“ wurden zu „Bewältigbarkeit“ zusammengefasst ( $N = 19$ ). Diese drückt aus, die eigenen Ressourcen in der Arbeit als ausreichend einzuschätzen, um Herausforderungen bewältigen zu können (Antonovsky & Franke, 1997; Bandura, 1997). Hierbei erzählten PB z.B. durch die eigene Hilfestellung Fortschritte bei Klient\*innen zu beobachten oder dass ihre Expertise von Kolleg\*innen erfragt wird. Eine PB schöpfte z.B. Kraft aus ihrer Krankheitsbewältigung: „[I]ch spüre meine Wirksamkeit[.] [I]ch rufe mir immer wieder in Erinnerung, da[ss] ich schon sehr viel in meinem Leben geschafft habe, insbesondere wie ich aus der [ ] Krankheit [...] rausgefunden habe“ (IEEM2). Emotionsbewusstsein ( $N = 7$ ) meint, den eigenen Emotionen gegenüber aufmerksam zu sein, sie zu anzuerkennen und zu verstehen (Boden & Thompson, 2015). Eine PB meinte z.B. es sei hilfreich, sich in den eigenen Körper hineinzufühlen: „[I]ch lege meinen Fokus darauf, gut in meinem Körper verankert zu sein, [...]. Über das Spüren kann ich gut im Kontakt mit meinem Gegenüber sein“ (TAKR0). Ein PB wies auf die Relevanz seiner Emotionen hin: „Es ist mir [...] wichtig, dass ich alle meine Gefühle fühlen darf. Auch die unangenehmen“ (TYZU8).

„Sinnhaftigkeit“ teilt sich in das Erleben beruflichen Sinns und eines allgemeinen Lebenssinns auf ( $N = 18$ ). 13 PB gaben an, berufliche Sinnerfüllung zu erleben, z.B. ist es für eine PB motivierend, sich daran zu erinnern, dass sie sich selbst in ihrer eigenen Krise eine/n PB an ihrer Seite gewünscht hätte, was sie nun für andere bereitstellen kann. Fünf PB äußerten, ein allgemeiner Lebenssinn sei eine Ressource für sie.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Ein PB meinte z.B., es sei wichtig, einen generellen Lebenssinn zu finden, „nicht in erster Linie nur [ein] Sinn-Gefühl für die Arbeit“ (RNBU7).

Das Verständnis der eigenen beruflichen Rolle ( $N = 18$ ) als neue Ressource der beruflichen Identität bezeichnet das „Wissen um die eigenen beruflichen Interessen, Fähigkeiten, Werte und Ziele z.B. bezogen auf die Karriere [...]“ (Berg, 2017). PB nannten als wichtige berufliche Fähigkeiten z.B. sich von therapeutischem Handeln abzugrenzen, authentisch zu handeln oder auch kleine Gesten der Hoffnung zu zeigen.

Die Risikofaktoren betreffend, wurden hauptsächlich Schwierigkeiten in Bezug auf die eigene Erkrankung benannt ( $N = 5$ ), z.B. Nebenwirkungen durch Medikamente oder den eigenen Empfindungen wenig zu vertrauen.

### **Bewältigungsstrategien**

Die am häufigsten genannte Bewältigungsstrategie war die Suche nach instrumenteller Unterstützung ( $N = 39$ , Mehrfachnennungen). Dabei wurde die Hilfe vom Team oder Chef\*in ( $N = 19$ ) oder von einer/einem Psycholog\*in ( $N = 4$ ) in Anspruch genommen. Explizit genutzte Unterstützungsmaßnahmen waren Supervision ( $N = 16$ ) und der Austausch mit anderen PB ( $N = 12$ ).

Bewusst zu planen und die Probleme aktiv anzugehen wird ebenfalls als hilfreich berichtet (Lösungsorientierung,  $N = 19$ ). Diese Strategie meint auch, sich bewusst darüber zu sein, bei anhaltender Unzufriedenheit kündigen zu können (5 von 19 Aussagen).

Zusätzlich zu den aus der Literatur bekannten klassischen Strategien (Carver, 1997) nannten PB weitere Aspekte. Mit „Hilfreiche Gewohnheiten“ ( $N = 16$ ) ist regelmäßiges gesundheitsförderliches Verhalten gemeint. Die PB berichteten hierbei von Ritualen, z.B. Spaziergehen, um Ruhe zu finden oder eigenen Hobbies nachgehen.

Ein bewusster Umgang mit Konflikten (Konfliktkommunikation,  $N = 12$ ) scheint für die PB wichtig zu sein, z.B. Dialogbereitschaft zu zeigen oder Missverständnisse zeitnah anzusprechen. Ein offener Umgang mit dem eigenen Empfinden bzw. mit eigenen Krisen (induktive Kategorie,  $N = 5$ ) wird außerdem als nützlich berichtet.

Was riskante Bewältigungsstrategien betrifft, bezogen sich 15 Antworten sich auf „Overcommitment“, z.B. gaben die PB an, einen zu hohen Anspruch an sich zu haben. Manchmal fällt es den PB diesbezüglich schwer, sich aufgrund ihrer eigenen Krankheitsgeschichte emotional abzugrenzen (3 von 15 Aussagen). Eine PB berichtete z.B., die Suiziderfahrungen eines Klienten hätten sie sehr an ihre eigenen Erfahrungen erinnert und sie musste Acht geben, sich nicht davon triggern zu lassen.

#### 4.8 Synopse der quantitativen und qualitativen Daten

Basierend auf einer Integration der qualitativen und quantitativen Befunde konnten fünf Hauptaussagen herausgearbeitet werden (s. Tab. 4). Die Komponenten, in welche die Tab. 4 aufgeteilt ist, folgen der Logik des in Kap. 4.2 entwickelten Salutogenese-Modells für Peer-Arbeit.

Tabelle 4 Synopse der quantitativen und qualitativen Daten

Hauptaussage	Quantitative Analyse	Qualitative Analyse
<b>Gesundheitsressourcen (personal)</b>		
PB nehmen sich als kompetent und selbstwirksam in ihrer Arbeit wahr und achten auf ihre Gemütslage. Jedoch scheinen sie das Gefühl zu haben, die äußeren Umstände in der Arbeit wenig durch ihr Handeln beeinflussen zu können. Nichtsdestotrotz fühlen PB sich bei ihren Entscheidungen nicht von äußeren Faktoren kontrolliert.	Selbstwirksamkeit entspricht dem Durchschnittswert einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe, während internale Kontrollüberzeugung unterdurchschnittlich ausgeprägt ist. Externale Kontrollüberzeugung ist durchschnittlich ausgeprägt.	PB erleben sich als kompetent in ihrer Arbeit, sie vertrauen darauf, Herausforderungen bewältigen zu können (Bewältigbarkeit). Ein kleiner Teil gab an, bewusst auf die eigenen Emotionen zu achten (Emotionsbewusstsein).
<b>Berufliche Identität</b>		
PB identifizieren sich in ausgeprägter Weise mit ihrer Arbeit, was sich in ihrem hohen beruflichen Sinnempfinden und der hohen Relevanz zeigt, die sie ihrer Berufsgruppe beimessen und einem Verständnis über ihre berufliche Rolle. Diese starke Identifikation geht mit einer mittelstarken emotionalen Verbundenheit einher. Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Bewältigbarkeit (siehe oben) sind Kernelemente des Kohärenzgefühls.	Die berufliche Sinnerfüllung ist bei den PB ein hervorstechendes Merkmal, dies wird ergänzt durch ein hohes berufsbezogenes CSE und eine mittelstarke Verbundenheit zur Betroffenen- und Berufsgruppe.	PB erleben ihre Arbeit als sehr sinnvoll. Ferner hilft ihnen ein allgemeiner Lebenssinn, die beruflichen Herausforderungen zu bewältigen (Sinnhaftigkeit). Zudem verstehen sie, wie sie ihre berufliche Rolle ausfüllen können (Verständnis über berufliche Rolle).
<b>Risikofaktoren für die Gesundheit (personal)</b>		
PB machen sich überdurchschnittlich häufig Sorgen in ihrer Arbeit und erleben manchmal Einschränkungen durch ihre Erkrankung.	Der Neurotizismus-Wert der PB ist überdurchschnittlich hoch.	Einige PB schilderten Einschränkungen durch die Erkrankung, z.B. Müdigkeit durch Medikamente.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

<b>Bewältigung</b>		
<p>PB betreiben häufig Selbstfürsorge, die sich in einer hohen Abgrenzungsfähigkeit bezüglich ihrer Arbeit und hilfreichen Gewohnheiten zeigt. Ein Teil gibt jedoch an, dass sie zu hohe Erwartungen an sich haben und/oder eine Abgrenzung von Klient*innen schwerfällt.</p>	<p>PB erleben signifikant seltener Overcommitment als Pflegekräfte.</p>	<p>PB achten aktiv darauf, Grenzen zu setzen (Abgrenzungsfähigkeit). Außerdem nutzen einige PB hilfreiche Gewohnheiten. Manche PB geben allerdings an, dass sie sich schwierig von Klient*innen mit ähnlichen Erfahrungen abgrenzen können und/oder zu hohe Erwartungen an sich haben (Overcommitment).</p>
<p>PB gehen sehr häufig lösungsorientiert vor und setzen ihre sozialen Kompetenzen bewusst ein, die sich in aktiver Suche nach sozialer Unterstützung sowie bewusster Konfliktkommunikation und teilweise in Offenheit bezüglich ihrem Befinden zeigen.</p>	<p>PB nutzen mit Abstand am häufigsten Planung, aktive Bewältigung und instrumentelle Unterstützung zur Bewältigung ihrer Arbeit. Sie unterscheiden sich von den angehenden PB aus Polen in fast allen Bewältigungsstrategien.</p>	<p>PB gehen sehr lösungsorientiert vor, z.B. sich aktiv Gedanken im Vorfeld zu machen (Lösungsorientierung). Der Austausch mit anderen ist eine sehr hilfreiche Bewältigungsstrategie für die PB. Dabei achten PB darauf, Konflikte adäquat anzusprechen (Konfliktkommunikation) und ein kleiner Teil gab an, offen mit dem eigenen Befinden umzugehen.</p>

Die fünf Hauptaussagen bieten eine Grundlage für die anschließende Diskussion.

## **4.9 Diskussion**

Mit dieser Studie wurden erstmals personale Ressourcen, Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien von PB systematisch analysiert. Es zeigte sich, dass PB ein großes Repertoire an personalen Ressourcen und Bewältigungsstrategien besitzen. Allerdings wurden auch Risikofaktoren identifiziert.

### **Identifikation, Kohärenzgefühl und Sinn**

Eine wesentliche Ressource stellt die Identifikation mit der Tätigkeit dar. Es wird zwar oft auf einen niedrigen beruflichen Status von PB hingewiesen oder auf Stigmatisierung durch Kolleg\*innen (Shalaby & Agyapong, 2020) - dennoch haben die befragten PB ein hohes berufsbezogenes CSE, erleben ihre Tätigkeit als überaus sinnvoll und verstehbar, was für starke berufliche Identifikation spricht. Dammayr (2012) erklärte sich die geringe Fluktuation von Pflegekräften trotz schwieriger Arbeitsbedingungen mit deren hoher beruflicher Identifikation. Es ist davon auszugehen, dass diese Identifikation den PB ebenfalls hilft, um berufliche Herausforderungen besser bewältigen zu können.

Hinzu kommt, dass sich die PB in ihrem Beruf als selbstwirksam erleben sowie über die Arbeit hinaus ihr Leben als sinnhaft wahrnehmen. Diese Resultate verweisen auf hohes Kohärenzgefühl. Ohne die Überzeugung, Sinnvolles beitragen zu können, fällt es Menschen schwer, Schwierigkeiten dauerhaft als bewältigbar oder verstehbar wahrzunehmen (Faltermaier, 2023). Auch andere Studien weisen darauf hin, dass PB ihre Arbeit als sehr sinnvoll empfinden (Steenekamp & Barker, 2024). Eine überdurchschnittlich hohe berufliche Identifikation mit der beruflichen Tätigkeit war daher zu erwarten. Doch belegt die Arbeit, dass das Ausmaß von Sinnerfüllung durch die Tätigkeit überraschend stark ausgeprägt ist. Bei ähnlichen Berufsgruppen wie z.B. Altenpfleger\*innen, wurde ermittelt, dass berufliche Sinnerfüllung ihr Engagement steigerte (Weckmüller et al., 2020). Sinnhaftigkeit könnte für die hohe Identifikation der PB sowie für ihr Bewältigungsempfinden ein wesentlicher Faktor sein. Weitere Untersuchungen könnten diese Zusammenhänge näher untersuchen.

### **Verbundenheit vs. Ablösung von Betroffenenidentität**

PB fühlen sich mittelstark mit ihrer Betroffenen- und Berufsgruppe verbunden. Möglicherweise ist eine sehr starke Verbundenheit zur Betroffenenengruppe wenig förderlich. Nach Leamy et al. (2011) ist u.a. eine der Erholungsphasen von psychischen Erkrankungen, sich nicht mehr vorrangig als Person mit psychiatrischer Diagnose zu sehen.

Auch PB selbst berichten, dass die Loslösung von der Krankheitsidentität sehr wichtig für ihre berufliche Weiterentwicklung ist. Um sich davon zu befreien, sei es für die PB wichtig, einen wertvollen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten. Diesen Prozess bezeichneten die PB als eine Loslösung von einer abgewerteten zu einer positiven Identität (Vandewalle et al., 2018). Nach weiteren Ergebnissen ist diese Identität jedoch nicht immer eindeutig für die PB greifbar (Simpson et al., 2018), sodass sich die PB innerhalb ihrer Tätigkeit je nach Situation wie ein\*e Klient\*in, ein\*e Freund\*in der Klientel oder als Mitarbeiter\*in fühlen. Möglicherweise ist die mittelstarke Verbundenheit der befragten PB zur Betroffenenengruppe ein Hinweis auf einen gelungenen Identitätsfindungsprozess, indem beide Perspektiven integriert werden: sich emotional verbunden zur Betroffenenengruppe fühlen und die früher als vorrangig erlebte Krankheitsidentität loszulassen. Weiterführende Studien sollten den Identitätsprozess von PB im Längsschnitt untersuchen, um die dahinterliegenden Entwicklungen besser verstehen zu können.

### **Schwer veränderbare Umstände vs. internale Kontrolle**

Es gibt auch Hinweise darauf, dass PB das Gefühl haben, die Gegebenheiten in der Arbeit wenig beeinflussen zu können. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Umstände, welche PB verändern sollen, nur schwer beeinflussbar sind. Nach Brändli (2020) ist Peer Support weiterhin Pionierarbeit und PB sind der Erwartung ausgesetzt, die Psychiatrie zu verändern und das, obwohl sie ihre Berufsgruppe in einer Einrichtung meist allein vertreten. Auch äußern andere Mitarbeitende oft Bedenken gegenüber dem von PB initiierten Veränderungsprozess (Eikmeier & Lacroix, 2018). Die niedrige internale Kontrollüberzeugung scheint in diesem Zusammenhang nicht mehr überraschend. Weitere Untersuchungen sollten sich damit beschäftigen, wie PB in ihrer Rolle als „Pioniere“ adäquat unterstützt werden können.

### **Lösungsorientierung, soziale Kompetenz und Selbstmanagement**

Die Befunde zu den Bewältigungsstrategien deuten darauf hin, dass PB ein hohes Kohärenzgefühl besitzen, da die Befunde auf einen, in Abhängigkeit von der Beanspruchungssituation, flexiblen Einsatz von Bewältigungsstrategien hinweisen (Antonovsky & Franke, 1997; Faltermaier, 2023): Insgesamt decken sich die von den PB am häufigsten genutzten Bewältigungsstrategien Planung, aktive Bewältigung und Suche nach sozialer Unterstützung mit den von Lazarus und Launier (1978) als effektiv beschriebenen Strategien.

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Die Lösungsorientierung der PB scheint auch passend für ihr Arbeitsumfeld zu sein. Explorative Analysen zeigen, dass die Planungsstrategie der PB mit Entscheidungsunsicherheit in moderatem positiven ( $r(83) = .21, p = .029, N = 85$ ), und mit Rollenklarheit in moderatem negativen Zusammenhang steht ( $r(82) = -.28, p = .004, N = 84$ ). Aktiv zu planen, könnte somit eine notwendige Reaktion der PB auf ihr teilweise wenig organisiertes Arbeitsumfeld sein. Diese Hinweise sollten in künftigen Arbeiten geprüft werden.

PB scheinen darüber hinaus ihre sozialen Kompetenzen zu nutzen, um Fehlbeanspruchung vorzubeugen (Hobfoll, 1998; vgl. Kanning, 2009). Sich soziale Unterstützung zu holen, wurde auch in anderen Studien zu Peer Support als hilfreich angesehen (Burr et al., 2020; Steenekamp & Barker, 2024; Vandewalle et al., 2018). Hilfreich für diese Strategie dürfte es auch sein, dass, wie einige PB sagen, sie Konflikte bewusst angehen und offen über das eigene Empfinden sprechen.

Für die eigene Gesunderhaltung in der Peer-Arbeit ist nach McLean (2009) ein wichtiges Kriterium, dass PB über unterschiedliche Selbstmanagement-Strategien verfügen. Wie auch bei Burr et al. (2020) nannten die befragten PB z.B. hilfreiche Gewohnheiten. Gerade aufgrund ihrer persönlichen Involviertheit und der oftmals berichteten Nähe zu den Klient\*innen (Simpson et al., 2018), könnten das genannte Emotionsbewusstsein sowie ihre Abgrenzungsfähigkeit weitere wichtige Selbstmanagement-Strategien sein. Vandewalle et al. (2018) untersuchten, wie es PB gelingt, eine positive Identität aufzubauen. U.a. kristallisierte sich der „Drang zur Selbsterhaltung“ heraus, der bedeutet, dass PB regelmäßig damit beschäftigt sind, mögliche negative Stimmungen auszugleichen, ähnlich wie bei Debyser et al. (2019), wo PB besonders auf Stressanzeichen achteten und sofort Strategien zur Entlastung anwendeten. Dabei könnte Emotionswahrnehmung eine wichtige Voraussetzung für die Abgrenzungsfähigkeit sein, da die Wahrnehmung der Emotionen wichtige Hinweise auf die eigene Belastbarkeit geben kann (Schütz & Koydemir, 2018). Vandewalle et al. (2018) stellten fest, dass das Erleben starker Emotionen nicht automatisch den Schluss zulässt, PB sollten vor diesen Situationen geschützt werden. Vielmehr kann der Umgang mit Emotionen als Lernprozess gesehen werden, um Selbstfürsorge zu erhöhen. Einen Hinweis auf diese Annahme gibt der Vergleich zu den angehenden PB, die im Gegensatz zu den befragten, langjährigen PB statt problembezogener Bewältigungsstrategien, am häufigsten emotionsbezogene anwendeten (Chudzicka-Czupała & Zalewska-Lunkiewicz, 2020). Zum Umgang mit Emotionen besteht hier weiterer Forschungsbedarf.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Abgrenzungsfähigkeit als Bewältigungsstrategie ist auch vor dem Hintergrund interessant, dass PB häufig im Gegensatz zu Mitarbeiter\*innen ohne Erfahrungswissen bewusst Nähe anstatt professionelle Distanz gegenüber Klient\*innen aufbauen. Diese von den PB als „professionelle Nähe“ bezeichnete Strategie wird von Kolleg\*innen häufig kritisch gesehen (Achberger & Utschakowski, 2015). Abgrenzungsfähigkeit könnte für die PB ein hilfreicher Bewältigungsmechanismus in der Arbeit mit Klient\*innen sein und sollte dabei auch im Hinblick auf ihre professionellen Nähe zur Klientel genauer untersucht werden.

### **Mögliche Entstehungsprozesse der personalen Ressourcen**

Es gibt Hinweise darauf, dass die PB viele Ressourcen durch ihren Genesungsprozess und ihre spätere Tätigkeit (weiter-)entwickelt haben. Z.B. beschreiben Vandewalle et al. (2018), dass PB durch ihre beruflichen Aufgaben ihre sozialen Kompetenzen erweitern konnten. In einer weiteren Studie wurde festgestellt, dass die neue Rolle PB zu neuem Sinn, persönlichem Wachstum und gesteigertem Selbstwert verhalf (Gillard et al., 2022). Annahmen zu gesundheitlichen Wiederherstellungsprozessen (CHIME<sup>15</sup> Framework) (Leamy et al., 2011) verweisen darauf, dass die PB bereits durch ihre Krankheitsbewältigung personale Ressourcen wie Bewältigungsfähigkeit erwerben, die sie innerhalb ihrer Arbeit bewusst ausbauen (vgl. auch Vandewalle et al., 2018). PB betrachten es im Allgemeinen als wichtig, ihren Genesungsprozess innerhalb ihrer Tätigkeit weiterzuführen und sehen ihr persönliches Wachstum als zentrale berufliche Fähigkeit an (Debyser et al., 2019). Diesen Prozess auch im Längsschnitt zu untersuchen könnte auch für andere sozialpsychiatrische Berufe Hinweise für berufliche Gesundheitsförderung geben.

### **Abgrenzungsschwierigkeiten und Sorgen**

Zu beachten ist, dass in dieser Studie auch mögliche Risikofaktoren aufgedeckt werden konnten. Ein kleiner Teil der Befragten berichtete von mangelnder Abgrenzung, z.B. wenn Klient\*innen ähnliche Lebenserfahrungen gemacht haben oder von Einschränkungen durch ihre Erkrankung. Auch in anderen Studien wurde festgestellt, dass es den PB schwer fiel, sich von ihrer Arbeit abzugrenzen (Bailie & Tickle, 2015; Moran et al., 2012). Zudem verweisen auch andere Studien darauf, dass psychische Einschränkungen die Arbeit der PB erschweren können, z.B. traten bei einigen PB wieder depressive Symptome auf, als sie mit schwer Depressiven arbeiteten (Bailie & Tickle, 2015).

---

<sup>15</sup> CHIME steht für Connectedness, Hope, Identity, Meaning und Empowerment (Leamy et al. (2011))

Ein in dieser Untersuchung unseres Wissens neuer identifizierter Faktor ist, dass die befragten PB erhöhte Neurotizismus-Werte aufweisen. Vereinzelt finden sich in der Literatur Hinweise zu Ängsten von PB. Beispielsweise stellte Kunze (2013) fest, dass die von ihr befragten PB sich teilweise Sorgen machten, ob sie den beruflichen Erwartungen gerecht würden, oder zu viel von sich selbst zu offenbaren. Manche PB fühlten sich unter Druck, keine Krankenschreibung einzureichen, da sie befürchteten, von Kolleg\*innen vorschnell als rückfällig verurteilt zu werden (Berger, 2019). Festzuhalten ist, dass über die spezifischen Ängste von PB noch weiterer Forschungsbedarf besteht, genauso zu den Umständen, innerhalb derer es PB schwerfällt, Grenzen einzuhalten.

#### **4.10 Limitationen**

Dies ist die erste Studie, welche die personalen Ressourcen, Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien von PB systematisch erhoben hat und es besteht kein Anspruch auf Repräsentativität. Es konnten PB erreicht werden, die eine EX-IN- oder Peer Counseling-Ausbildung abgeschlossen haben, PB mit anderen Schulungen hingegen nicht. Zudem sind PB aus Deutschland überrepräsentiert.

In dieser Studie werden die personalen Faktoren der PB beschrieben und deren Frequenz mit anderen Berufsgruppen verglichen. Es werden keine Wechselwirkungen zu den Arbeitsbedingungen untersucht, die eine Rolle dabei spielen, wie sich die personalen Merkmale entwickeln. Hierbei ist zu beachten, dass die in dieser Studie befragte Stichprobe generell gute Arbeitsbedingungen vorfindet und seit durchschnittlich über vier Jahren in derselben Arbeitsstelle tätig ist. PB, die eine kürzere Zeit arbeiten und/oder schlechtere Arbeitsbedingungen vorfinden, könnten auch eine andere Konstellation an personalen Voraussetzungen aufweisen.

Des Weiteren wird in dieser Untersuchung z.B. aufgrund einiger zusätzlich induktiv gebildeter Kategorien zu den personalen Merkmalen deutlich, dass die PB sehr vielfältig auf ihre beruflichen Herausforderungen reagieren. Qualitative Untersuchungen werden für einen detaillierteren Blick erforderlich sein.

#### **4.11 Fazit**

Basierend auf dem Salutogenese-Modell wurde ein erster theoretischer Rahmen für die Bewältigung beruflicher Herausforderungen unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risikofaktoren von PB entwickelt. Die empirischen Befunde bestätigen, dass dabei Sinnhaftigkeit und das damit einhergehende Kohärenzerleben eine zentrale Rolle spielen.

Auffällig ist, dass die Befragten in hohem Maß auf ihre psychische Stabilität und Gesundheit achten. Dies könnte für die Berufsgruppe der PB ebenso wie für andere psychosoziale Berufe ein Merkmal sein, dessen Bedeutung für das Gesundheitsverhalten weiter geklärt und bei der Gesundheitsförderung beachtet werden sollte. Die ausgeprägte Identifikation der Befragten mit dem eigenen Beruf, die eine bedeutende Ressource darstellt, sollte ebenfalls näher untersucht werden. So wäre u.a. zu klären, inwieweit die Verbundenheit zur Betroffenenengruppe hierfür maßgeblich ist. Ferner ist es für die Gesundheitsförderung dieser Berufsgruppe von Bedeutung, genauer zu verstehen, wie die berichteten emotionalen Probleme im beruflichen Kontext der PB entstehen. Längsschnittstudien könnten hier einen wichtigen Beitrag leisten.

Aus Praxissicht wird deutlich, dass soziale Unterstützung für die PB eine besonders wichtige Ressource darstellt. Vor diesem Hintergrund ist entsprechenden Einrichtungen zu empfehlen, dass sie PB unabhängig vom Stellenumfang explizit Möglichkeiten zum Austausch zur Verfügung stellen. Dabei scheint ein Austausch speziell mit anderen PB förderlich zu sein, sodass es sinnvoll erscheint, mindestens zwei PB in einer Einrichtung zu beschäftigen. Für die Zusammenarbeit in den Teams gilt es darauf zu achten, dass Ängste und Sorgen, die im beruflichen Kontext stehen, von allen Teammitgliedern vertrauensvoll kommuniziert werden können.

Zudem könnte die hohe Identifikation der PB für den weiteren Implementierungsprozess von Peer Support genutzt werden. So bietet es sich an, Tätigkeitsbeschreibungen, Qualitätsstandards und Einstellungsvoraussetzungen partizipativ mit erfahrenen PB zu entwickeln. Ferner dürfte die hohe Identifikation und erlebte Sinnhaftigkeit wesentlich dazu beitragen, dass sich PB in Form von Öffentlichkeits- und Gremienarbeit für die Anerkennung eines offiziellen Berufs in sozialpsychiatrischen Einrichtungen engagieren können, z.B. i.S. einer Anerkennung als psychiatrisches Personal in der PPP-RL.

Die Ergebnisse legen schließlich nahe, dass es sinnvoll wäre, länger angestellte PB als Mentor\*innen für angehende oder neu beschäftigte PB einzusetzen und/oder Job Coachings bzw. Weiterbildungen anzubieten. Im Aufbau befindliche Recovery-Akademien nehmen diese Ideen bereits auf.

## **KAPITEL 5: SOZIALE RESSOURCEN, ARBEITZUFRIEDENHEIT, PSYCHOSOZIALE STRESSOREN UND DEPRESSIVE SYMPTOME VON EX-IN GENESUNGSBEGLEITER\*INNEN/PEER-BERATER\*INNEN: EMPIRISCHE ANALYSEN AUF BASIS DES JOB-DEMANDS- RESOURCES-MODELLS (ARTIKEL 3)**

Hoghe, J., Limmer, R., Walther, C., Mayerl, J., & Schütz, A. (2025): Soziale Ressourcen, Arbeitszufriedenheit, psychosoziale Stressoren und depressive Symptome von EX-IN Genesungsbegleiter/-innen/Peer-Berater/-innen in der Sozialpsychiatrie: Empirische Analysen auf Basis des Job-Demands-Resources-Modells. Manuskript zur Begutachtung eingereicht.

### **Contributor Roles Taxonomy (CrediT) author statement**

Jelena Hoghe: Writing - Original Draft, Formal Analysis, Conceptualization. Prof. Dr. Ruth Limmer: Writing – review & editing, Supervision, Conceptualization. Prof. Dr. Christoph Walther: Writing – review & editing, Supervision, Conceptualization. Prof. Dr. Jochen Mayerl: Formal analysis, Writing – review & editing. Prof. Dr. Astrid Schütz: Conceptualization, Writing – review & editing, Supervision.

**Zusammenfassung:** Die Einbindung von Peer Berater\*innen (PB), d.h. psychiatriee erfahrenen Mitarbeitenden in sozialpsychiatrischen Einrichtungen, wird in der Literatur als wirksamer Beitrag für eine sogenannte Recovery-Orientierung gesehen. Allerdings ist der Berufsalltag dieser Gruppe mit spezifischen Belastungen verbunden. Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Studie gesundheits- und zufriedenheitsförderliche Faktoren bei PB auf Basis des Job-Demands-Resources-Modells mittels Strukturgleichungsmodellierung ( $N = 223$ ). Soziale Ressourcen im beruflichen Kontext erklären rund 70% der Varianz der Arbeitszufriedenheit und berufliche Sinnerfüllung vermittelt diesen Zusammenhang partiell. Eine große Gruppe der PB weist depressive Symptome auf. Diese können zu rund 50% durch psychosoziale berufliche Belastungen erklärt werden. Strukturelle Probleme können soziale Herausforderungen bedingen, die wiederum depressive Symptome begünstigen.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Günstiger sozialer Kontext, insbesondere psychologische Sicherheit und soziale Unterstützung, wirken andererseits förderlich auf Arbeitszufriedenheit. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer gesundheitsfördernden Gestaltung der Arbeitsbedingungen von PB.

*Praktische Relevanz:* PB stellen eine neue Berufsgruppe in sozialpsychiatrischen Einrichtungen dar, deren Arbeitsbedingungen bislang kaum untersucht sind. Die Studie zeigt Ansatzpunkte für eine fundierte Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen auf, insbesondere im Hinblick auf soziale und organisationale Aspekte.

## **5.1 Einleitung**

Abschnitt 5.1 stellt den arbeitswissenschaftlichen Bezugsrahmen der Studie dar und ordnet berufliche Belastungen und Ressourcen von Peer-Berater\*innen (PB) in die bestehende Forschung ein. Darauf aufbauend wird die Anwendung des Job-Demands-Resources-Modell (JD-R) begründet und es werden die Forschungsfragen abgeleitet.

### **Peer Support aus arbeitswissenschaftlicher Perspektive**

Psychiatrieerfahrene Mitarbeitende bzw. PB übernehmen in sozialpsychiatrischen Einrichtungen eine besondere Rolle, indem sie eigene Genesungserfahrungen in die Versorgung einbringen und dadurch zur Verbesserung des Behandlungserfolgs beitragen (Gillard et al., 2015). Laut Jørgensen et al. (2025) ist Peer Support zentral für recoveryorientierte Angebote, da dieser nicht nur individuelle Unterstützung ermöglicht, sondern auch zu einer kooperativeren und weniger hierarchischen Ausgestaltung psychiatrischer Versorgung beiträgt.

Jedoch geht die organisationale Implementierung häufig mit Herausforderungen einher (Firmin et al., 2019). So zeigt sich, dass PB berufliche Herausforderungen z.B. durch mangelnde Teamintegration oder Stigmatisierung erleben (Kemp & Henderson, 2012; Vandewalle et al., 2016). Daraus ergeben sich berufliche Belastungen, die zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können (DIN Deutsches Institut für Normung e.V., 2017). Um solchen vorzubeugen, kommt der Tätigkeitsgestaltung von PB zentrale Bedeutung zu - mit dem Ziel, gesundheitsförderliche sowie motivierende Arbeitsbedingungen zu schaffen.

Bisherige internationale Studien zu PB befassen sich zwar mit möglichen beruflichen Belastungen und Ressourcen, weisen jedoch mehrere Einschränkungen auf.

Sie sind häufig qualitativ angelegt, basieren auf kleinen Stichproben oder fokussieren primär lediglich auf personale Merkmale als Prädiktoren für Burnout (Cronise et al., 2016; Gillard et al., 2022; Mancini, 2018; Park et al., 2016). Eine systematische Einordnung dieser Befunde in arbeitswissenschaftliche Modelle ist bisher nicht erfolgt. Das JD-R ist ein etabliertes arbeitswissenschaftliches Modell zur Erklärung von Beanspruchungs- und Motivationsprozessen (Bakker et al., 2004; Demerouti & Nachreiner, 2019; Lesener et al., 2019) Zwar wurde es im Kontext von Peer Support vereinzelt herangezogen, jedoch beziehen sich die Analysen überwiegend auf allgemeine, branchenübergreifende Arbeitsmerkmale und bleiben auf bivariate Zusammenhänge beschränkt (Scanlan et al., 2020). Tätigkeitsspezifische Belastungen und Ressourcen von PB werden bislang nicht systematisch im Rahmen des JD-R integriert.

Insofern fehlt bislang eine systematische arbeitswissenschaftliche Untersuchung zu beruflichen Belastungen und Ressourcen von PB. Insbesondere mangelt es an Studien, die diese innerhalb eines etablierten theoretischen Rahmens erfassen und ihre Bedeutung für gesundheits- und motivationsbezogene Outcomes integrativ analysieren.

### **Anwendung des JD-R für den Arbeitsbereich Peer Support: Auswahl zentraler Arbeitsmerkmale und Analyseverfahren**

Das JD-R eignet sich besonders für systematische arbeitswissenschaftliche Untersuchungen, da es berufliche Belastungs- und Motivationsprozesse gemeinsam abbildet. Zugleich ist es offen für die Einbindung tätigkeitsbezogener Arbeitsmerkmale (Demerouti & Nachreiner, 2019). In der vorliegenden Untersuchung dient es daher als theoretischer Rahmen.

Zur tätigkeitsbezogenen Präzisierung des JD-R wurden der vorliegenden Untersuchung zwei Vorstudien durchgeführt. Diese dienten der Identifikation zentraler beruflicher Belastungen und Ressourcen von PB anhand ihrer Häufigkeit sowie ihres Belastungs- bzw. Entlastungsgrads. Eine der Studien befasste sich mit externalen Faktoren (Hoghe et al., 2024), die andere mit personalen Faktoren (Hoghe et al., 2025). Hierbei wurden sowohl etablierte, branchenübergreifend eingesetzte berufliche Faktoren als auch auf Basis der Peer-Support-Literatur abgeleitete, tätigkeitsbezogene berufliche Faktoren berücksichtigt. Die Auswahl der im JD-R-Modell berücksichtigten beruflichen Belastungen und Ressourcen basiert auf den Ergebnissen dieser Vorstudien. Die aktuelle Studie führt damit die in den Vorstudien identifizierten branchenübergreifend etablierten und spezifisch tätigkeitsbezogenen Faktoren im JD-R-Modell zusammen.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Für die Modellauswahl wurden neben der Häufigkeit sowie dem Belastungs- bzw. Entlastungsgrad zusätzlich weitere explorative Korrelationsanalysen herangezogen. Dabei wurden Interkorrelationen innerhalb der Ressourcen und Stressoren sowie deren Zusammenhänge mit den untersuchten Outcomes geprüft (siehe Abschnitt 5.3). Auf dieser Grundlage werden jene Merkmale in das Modell aufgenommen, die statistisch bedeutsame Zusammenhänge mit dem Belastungs- bzw. Entlastungsgrad, den untersuchten Outcomes sowie relevante Interkorrelationen innerhalb der Ressourcen bzw. Stressoren aufweisen.

Da das JD-R postuliert, dass berufliche Belastungen und Ressourcen zusammen verschiedene Outcomes beeinflussen (Demerouti & Nachreiner, 2019), eignen sich Strukturgleichungsmodelle (SGM) als Analysemethode, um diese komplexen Zusammenhänge abzubilden. Sie ermöglichen die Modellierung latenter Konstrukte, die Berücksichtigung von Messfehlern sowie die Prüfung direkter und indirekter Effekte innerhalb eines einzigen Modells (Kline, 2016).

Die vorliegende Studie untersucht mithilfe eines solchen Modells, in welchem Zusammenhang berufliche Belastungen und Ressourcen von deutschsprachigen PB mit gesundheitsbezogenen und motivationsbezogenen Outcomes stehen.

### **Modellierung motivations- und gesundheitsbezogener Prozesse im JD-R**

Im motivationsbezogenen Prozess berücksichtigt die vorliegende Studie berufliche Ressourcen, die als theoretisch plausibel und empirisch geeignet für die Modellierung im JD-R identifiziert wurden. Diese Ressourcen werden im SGM zu einer latenten Variable zusammengefasst und in ihrem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit von PB geprüft. Arbeitszufriedenheit dient dabei im Rahmen des JD-R als Indikator für Motivation (Brennkmeijer et al., 2010). Ergänzend wird geprüft, welche Rolle personale Ressourcen in diesem Zusammenhang spielen. Im gesundheitsbezogenen Prozess modelliert die vorliegende Studie berufliche Belastungen, die als für die Tätigkeit von PB und die Modellierung im Rahmen des JD-R besonders relevant identifiziert wurden. Diese werden ebenfalls in Form einer latenten Variable in das Modell integriert und hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit depressiven Symptomen analysiert. Der Zusammenhang zwischen beruflichen Belastungen und depressiven Symptomen ist für andere Berufsgruppen gut belegt (Hentrich et al., 2016) und wird hier erstmals systematisch für PB untersucht.

## **Forschungsfragen**

Vor diesem Hintergrund leiten folgende Forschungsfragen die vorliegende Untersuchung:

- In welchem Zusammenhang stehen berufliche Ressourcen der PB zu Arbeitszufriedenheit?
- Welche Rolle spielen personale Ressourcen für den Zusammenhang zwischen beruflichen Ressourcen und Arbeitszufriedenheit?
- In welchem Zusammenhang stehen berufliche Belastungen der PB zu depressiven Symptomen?

## **5.2 Theoretische Einordnung beruflicher Ressourcen und Belastungen von PB**

Jedes Arbeitsumfeld zeichnet sich nach dem JD-R durch spezifische berufliche Belastungen sowie Ressourcen aus. Eine hohe Anzahl an beruflichen Belastungen kann zu Fehlbeanspruchungen wie etwa depressiven Symptomen führen – der gesundheitsbezogene Prozess im Modell. Demgegenüber steht der motivationsbezogene Prozess, bei dem berufliche Ressourcen das Befinden positiv beeinflussen (Schaufeli & Bakker, 2004).

### **Berufliche Ressourcen von PB**

Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kolleg\*innen sowie psychologische Sicherheit stellten sich in der Vorstudie als besonders entlastend für PB heraus (Hoghe et al., 2024). In diesem Sinne zeigen Scanlan et al. (2020), dass u.a. *soziale Unterstützung* im Arbeitsumfeld in Zusammenhang mit *Arbeitszufriedenheit* von PB steht.

Offene Haltung im Team, bei kontroversen Sichtweisen nicht ausgeschlossen zu werden, wird als *psychologische Sicherheit* bezeichnet (Edmondson, 1999). Ein Mangel daran zeigt sich bei PB z.B. dann, wenn die Offenlegung der eigenen Erkrankung zu Stigmatisierung führt (Harrison & Read, 2016). Soweit uns bekannt, liegen bislang keine empirischen Befunde zum Zusammenhang zwischen psychologischer Sicherheit und Arbeitszufriedenheit im Kontext von Peer Support vor.

Basierend auf diesen Erkenntnissen wurde folgende Hypothese (H) entwickelt:

*H1*: Je höher die wahrgenommenen beruflichen Ressourcen bei PB (Psychologische Sicherheit, Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte bzw. Kolleg\*innen), desto höher ist ihre Arbeitszufriedenheit.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Ferner zeigen die Ergebnisse der Vorstudie, dass PB in ihrer Arbeit ein besonders hohes Maß an *beruflicher Sinnerfüllung* erleben (Hoghe et al., 2025). Diese gilt als zentrale personale Ressource, die u.a. das Erleben von Bedeutsamkeit und Identifikation umfasst (Schnell, 2018). Empirische Studien belegen, dass berufliche Sinnerfüllung den Zusammenhang zwischen Tätigkeitsmerkmalen und Arbeitsengagement vermittelt (Höge & Schnell, 2012). Neuere Arbeiten weisen darauf hin, dass psychologische Sicherheit außerdem die Wahrnehmung von Sinnhaftigkeit in der Arbeit begünstigen kann, da es bei hohem Erleben von Sicherheit z.B. zu höherem Zugehörigkeitsempfinden der Mitarbeitenden beitragen kann (Rabiul et al., 2024; Shafaei & Nejati, 2024). Entsprechend zeigt sich auch soziale Unterstützung im Arbeitskontext als positiver Prädiktor beruflicher Sinnerfüllung (Allan et al., 2020).

Vor diesem Hintergrund wurde folgende Hypothese abgeleitet:

*H2*: Die personale Ressource „Berufliche Sinnerfüllung“ mediiert den Zusammenhang zwischen beruflichen Ressourcen und Arbeitszufriedenheit.

### **Berufliche Belastungen von PB**

Soweit uns bekannt, gab es bislang keine Forschung zu Prädiktoren von *depressiven Symptomen* bei PB. Aus den Ergebnissen einer Vorstudie lässt sich ableiten, dass emotionale Dissonanz, Probleme in Arbeitsabläufen und Stigmatisierung als berufliche Belastungen erlebt werden (Hoghe et al., 2024). Ob *emotionale Dissonanz*, also Diskrepanz zwischen geforderten und erlebten Emotionen, bei PB aber tatsächlich mit negativen Gesundheitsfolgen in Zusammenhang steht, wurde bislang nicht untersucht. In einer Meta-Analyse von Mesmer-Magnus et al. (2012) erwies sich emotionale Dissonanz in Dienstleistungsberufen aber als wesentlicher Prädiktor für negative Gesundheitsfolgen.

*Probleme bei Arbeitsabläufen* können zu Schwierigkeiten führen, das eigene Handeln zu steuern (Zapf & Semmer, 2004). Mancini (2018) stellte in diesem Zusammenhang fest, dass PB häufig Regulationshindernissen wie mangelnden Richtlinien oder fehlender Anleitung ausgesetzt sind.

*Stigmatisierung* aufgrund psychischer Erkrankung gilt als zentraler Stressor für davon betroffene Menschen (Rüsch, Corrigan, Powell et al., 2009). Ein häufiges Problem für PB ist Stigmatisierung durch Kolleg\*innen. So werden z.B. übliche Stimmungsschwankungen häufig als psychische Auffälligkeiten fehlgedeutet (Mancini, 2018).

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Daraus ergibt sich folgende Hypothese:

*H3*: Je höher die wahrgenommenen beruflichen Belastungen von PB (Emotionale Dissonanz, Arbeitsablaufprobleme und Stigmatisierung), desto stärker sind bei ihnen depressive Symptome ausgeprägt.

### **5.3 Methode**

Abschnitt 5.3 stellt das methodische Vorgehen der Studie dar. Es beschreibt die Rekrutierung und Stichprobe, die verwendeten Messinstrumente sowie die statistischen Analyseverfahren.

#### **Durchführung und Stichprobe**

Die Studie wurde vom Ethikrat der Universität Bamberg als ethisch unbedenklich eingestuft (Antrag 2024-01/01). Die Zielgruppe der Studie sind PB ab 18 Jahren mit Psychiatrieerfahrung und einer peerspezifischen Weiterbildung, die seit mindestens einem halben Jahr in einem deutschsprachigen Land im sozialpsychiatrischen Feld arbeiten. Folgende Ausbildungen werden berücksichtigt: EX-IN, Peer Counseling, UPSIDES, Kollegiale Depressionsbegleitung, Soziotherapeutische Assistenz sowie DBT-Peer-Coach (Braukmann et al., 2017; Förderkreis Borderline-Trialog e.V., o.J.; Freitag, 2011; Moog, o.J.; Puschner et al., 2019; Thiem, o.J.).

Eine Online-Umfrage wurde in geeignete Netzwerke gestreut und Daten in zwei Wellen (Dezember 2021 bis April 2022) erhoben (Fragebögen s. Präregistrierung: <https://osf.io/kypnd/>). Um die Bearbeitungslast für die Teilnehmenden zu reduzieren, wurde der Fragebogen in zwei Teilbefragungen aufgeteilt, die in engem zeitlichem Abstand erhoben wurden. Es handelt sich dabei um eine gemeinsame Gesamtstichprobe, nicht um zwei unabhängige Stichproben.

Insgesamt nahmen 223 Teilnehmende (TN) an mindestens einer der beiden Teilbefragungen teil (T1 und T2).<sup>16</sup> Davon bearbeiteten 87 TN (39%) beide Befragungsteile vollständig, 88 TN (39,5%) ausschließlich T1 und 48 Teilnehmende (21,5%) ausschließlich T2. Da die SGM Variablen aus T1 und T2 enthalten, ergibt bei listenweisem Ausschluss fehlender Werte eine vollständige Stichprobe von 78 bis 80<sup>17</sup> TN.

---

<sup>16</sup>Wegen unzureichender Datenqualität (fehlende Werte, Mehrfachteilnahmen, falsche Zielgruppe) wurden 243 TN aus T1 und 55 aus T2 ausgeschlossen; Details zur Datenbereinigung sind auf OSF dokumentiert: <https://osf.io/hv8bm>

<sup>17</sup> Vollständige Angaben zu den im gesundheitsbezogenen Prozess berücksichtigten Faktoren lagen für 80 Personen vor, im motivationsbezogenen Prozess für 78 Personen.

Die Analysen wurden mit der Gesamtstichprobe ( $N = 223$ ) unter Nutzung von Verfahren zum Umgang mit fehlenden Werten (Full-Maximum-Likelihood-Schätzverfahren (FIML); Imputation) durchgeführt. Ergänzend wurden alle Modelle mit der vollständigen Teilstichprobe ( $N = 78-80$ ) als Sensitivitätsanalysen geschätzt, um die Robustheit der Ergebnisse zu prüfen (Details zum analytischen Vorgehen s. Abschnitt 5.3).

Soziodemografische Angaben wurden ausschließlich in T1 erhoben und liegen für 175 TN vor.<sup>18</sup> Der Großteil der TN (78,5%) arbeitet in Deutschland, 18,8% sind in der Schweiz und 3,5% in Österreich tätig ( $N = 142$ ), meist im ambulanten Bereich (65%,  $N = 143$ ) und im Schnitt seit 4,3 Jahren an ihrem aktuellen Arbeitsplatz ( $SD = 4,4$ ,  $N = 111$ ). Die TN sind durchschnittlich 49,9 Jahre alt ( $SD = 9,9$ ,  $N = 142$ ) und zu 66,2% weiblich. Es konnten TN erreicht werden, die entweder eine EX-IN- (83,2%) oder Peer Counseling Ausbildung absolviert haben ( $N = 132$ ).

### Messinstrumente

Die Kurzskala *Psychologische Sicherheit* (Fischer & Hüttermann, 2020) besteht aus vier Items mit siebenstufigen Rating-Skalen ( $\alpha = .91$ ). Die beiden Subskalen „*Soziale Unterstützung*“ aus dem ISAK-K (Keller et al., 2013b) haben gute Reliabilität (je  $\alpha = .88$ ). Eine KFA der drei miteinander korrelierenden Konstrukte ergibt entlang der üblichen Kriterien der Modellgüte in SGM (CFI, TLI > 0.90, besser > 0.95 und RMSEA < 0.08, besser < 0.05, (vgl. z. B. Byrne, 2016; Kline, 2016; Urban & Mayerl, 2014) einen guten Fit ( $\chi^2(17) (N = 223) = 33.471$ ,  $p = .010$ , CFI = .984, RMSEA = .066).<sup>19</sup>

*Berufliche Sinnerfüllung* (Schnell, 2018) hat sieben Items mit je sechsstufigen Rating-Skalen ( $\alpha = .91$ ). Nach Korrelieren von zwei Fehlertermen<sup>20</sup> zeigt sich ein sehr guter Fit ( $\chi^2(13) (N = 223) = 28.358$ ,  $p = .008$ , CFI = .975, RMSEA = .073).

*Emotionale Dissonanz* ( $\alpha = .86$ ) wird ebenso wie *Arbeitsablaufprobleme* ( $\alpha = .75$ ) mit zwei Items innerhalb einer fünfstufigen Antwortskala gemessen (Subskalen aus ISAK-K). *Stigmatisierung* (ISMI (Sibitz et al., 2013)), besteht aus fünf Items und einer vierstufigen Antwortskala ( $\alpha = .93$ ).

---

<sup>18</sup>Differenzen in den Angaben zur Gesamtstichprobe resultieren aus studienbedingten Drop-Outs.

<sup>19</sup>In der Vorstudie wurden Langfassungen, in der Hauptstudie aus Gründen der Modellstabilität die jeweiligen Kurzversionen der Skalen verwendet. Diese sind reliabel und valide (J. Fischer und Hüttermann (2020); Keller et al. (2013b)) und wiesen auch hier gute Gütekriterien auf.

<sup>20</sup>Die Korrelation der Fehlerterme von BF02\_03 und BF02\_04 ist inhaltlich plausibel, da beide Items den allgemeinen Sinn der Arbeit bzw. deren Wirkung auf andere adressieren und sich damit von den übrigen, stärker selbstbezogenen Indikatoren unterscheiden.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Eine konfirmatorische Faktorenanalyse (KFA), bei der die drei Konstrukte in Korrelation zueinander gesetzt wurden, zeigt einen sehr guten Fit ( $\chi^2(24)(N = 223) = 43.429, p = .009, CFI = .979, RMSEA = .060$ ).

*Depression* (Forkmann et al., 2011) wird mit 10 Items und einer fünfstufigen Antwortskala gemessen ( $\alpha = .94$ ), während *Arbeitszufriedenheit* (Nübling et al., 2011) sieben Items mit je fünf Stufen umfasst ( $\alpha = .88$ ). Der Fit von Depression ist sehr gut ( $\chi^2(35)(N = 223) = 74.670, p < .001, CFI = .958, RMSEA = .071$ ), und für Arbeitszufriedenheit gut ( $\chi^2(14)(N = 223) = 38.057, p = .001, CFI = .946, RMSEA = .088$ ).

Alle erfragten soziodemografischen Merkmale wurden mit den Outcomes korreliert, um Hinweise auf mögliche Störvariablen zu erhalten. Beim gesundheitsbezogenen und dem motivationsbezogenen Prozess korrelieren die Outcomes mittelstark mit „Außerberufliches Netzwerk“<sup>21</sup>. Deshalb wird für diese Variable kontrolliert, die mit einem selbstkonzipierten Item mit fünfstufiger Antwortskala erfasst wird.

### Statistische Analysen

Zur Prädiktorenauswahl wurden bivariate Korrelationen zwischen allen in der Vorstudie erfragten beruflichen Belastungen, beruflichen Ressourcen, deren Belastungs- bzw. Entlastungsgrad und den Outcomes ermittelt. Auf dieser Grundlage wurden jene Arbeitsmerkmale für die SGM ausgewählt, die sich sowohl theoretisch als auch empirisch als besonders relevant erwiesen.<sup>22</sup> Die Analysen zu den KFA sowie SGM erfolgten über AMOS 29 (Arbuckle, 2022), alle weiteren über SPSS 29 (IBM Corp., 2023).

Angesichts hoher Korrelationen zwischen den Prädiktoren wurden KFA höherer Ordnung gerechnet.

Es wurde geprüft, ob sich je zwei Outcomes zu einem gemeinsamen latenten Faktor zusammenfassen lassen. Der Fit für Depression/Wohlbefinden ( $\chi^2(45) = 332.16, CFI = .838, RMSEA = .110$ ) sowie Arbeitszufriedenheit/Bleibeabsicht ( $\chi^2(36) = 261.39, CFI = .749, RMSEA = .132$ ) ist jedoch nicht akzeptabel. Daher wurden in der Hauptanalyse „Depression“ und „Arbeitszufriedenheit“ jeweils einzeln als latente Faktoren modelliert.

---

<sup>21</sup>Erfasst wurde die subjektiv eingeschätzte Qualität des außerberuflichen sozialen Netzwerks (z. B. Freunde, Nachbarschaft, medizinische Bezugspersonen) anhand einer fünfstufigen Skala von sehr schlecht bis sehr gut.

<sup>22</sup>Interkorrelationen, explorative Faktorenanalysen sowie einzelne Schritte der Strukturgleichungsmodellierung sind über OSF zugänglich (s. für Ressourcenprozess: <https://osf.io/7kqnj> und für Stressprozess: <https://osf.io/2g9ce>).

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

FIML ermöglichte den Einbezug aller 223 TN. Zusätzlich wurden Robustheitsprüfungen mit alternativen Schätzverfahren und der Stichprobe nach fallweisem Ausschluss (Delete-Listwise-Stichprobe (DLW-S.)) durchgeführt ( $N = [78; 81]$ ). Die alternativ eingesetzten Schätzverfahren sind ML- (Maximum-Likelihood) sowie ULS-Schätzer (Unweighted Least Squares). Mittels des regressionsbasierten Imputationsverfahrens in AMOS 29 wurden hierbei alle 223 TN berücksichtigt. Der Little's MCAR-Test bestätigte, dass die Daten zufällig fehlen, was eine Imputation gerechtfertigt.<sup>23</sup> Die Ergebnisse blieben dabei unabhängig von der gewählten Stichprobe oder dem Schätzer stabil.

Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden korrelieren mittelstark mit pandemiebedingten Belastungen (Erhebung fand während der Corona-Pandemie statt). Aufgrund der geringen Fallzahl ( $N = 40$ ) konnten diese Effekte nicht im SGM modelliert werden. Partielle Korrelationen, kontrolliert nach pandemiebedingten Veränderungen, bestätigen jedoch die Stabilität der Ergebnisse, sodass die SGM-Befunde sehr wahrscheinlich als unabhängig von coronabedingten Veränderungen im Arbeitsumfeld interpretiert werden können.

M1a zeigt berufliche Ressourcen als Prädiktor für Arbeitszufriedenheit, ergänzt um die Kontrollvariable „außerberufliches Netzwerk“ (s. Tab. 6). M1b erweitert M1a um die Integration von „beruflicher Sinnerfüllung“ (s. Abb. 5). Berufliche Belastungen als Prädiktor für depressive Symptome mit Einschluss der Kontrollvariable „außerberufliches Netzwerk“ werden in M2 dargestellt (s. Abb. 6).

Sofern nicht anders benannt, werden die Fehlerterme als unkorreliert angenommen. Die Pfadmodelle werden anhand der zuvor genannten Gütekriterien sowie des Tucker-Lewis Index (TLI) bewertet. Signifikanztests aller Modelle, inklusive alternativer Schätzer und der DLS-S., wurden zusätzlich mittels Bootstrapping (1000 Replikationen) geprüft. Die Ergebnisse blieben inhaltlich stabil.

---

<sup>23</sup>Die Gütemaße der Robustheitschecks können auf OSF nachgelesen werden (Ressourcenprozess: <https://osf.io/7w8uv>; Stressprozess: <https://osf.io/9wq6m>), ebenso wie die alternativen Schätzverfahren: <https://osf.io/35jz2>.

## 5.4 Ergebnisse

Abschnitt 5.4 berichtet zunächst die deskriptiven Ergebnisse und die Modellierung latenter Faktoren zweiter Ordnung. Darauf aufbauend werden die Pfadmodelle zur Prüfung der hypothesengeleiteten Zusammenhänge dargestellt.

### Deskriptive Statistik

PB bewerten ihre berufliche Sinnerfüllung und soziale Unterstützung durch Vorgesetzte bzw. Kolleg\*innen als hoch und schätzen die Hilfestellung durch ihr außerberufliches Netzwerk als gut ein (s. Tab. 5).

Im Mittel zeigen sich die PB zufrieden mit ihrer Arbeit. Da Scanlan et al. (2020) und Gillard et al. (2022) andere Skalen nutzen, sind direkte Vergleiche nur eingeschränkt möglich. Die Mittelwerte der Arbeitszufriedenheit liegen jedoch in ähnlicher Höhe (Scanlan et al. (2020):<sup>24</sup>  $M = 3,63$ ,  $SD = 1,04$ ; Gillard et al. (2022):  $M = 3,9$ ,  $SD = 0,66$ ).

Stigmatisierung, emotionale Dissonanz und Arbeitsablaufprobleme werden im Schnitt relativ selten erlebt. Zugleich stehen sie in signifikant positivem Zusammenhang mit depressiven Symptomen. Die Depressionswerte zwischen PB mit und ohne berufsbedingte Veränderungen<sup>25</sup> während der Coronapandemie unterscheiden sich: Die Gruppe ohne Veränderungen hat einen Mittelwert von 17,52 ( $SD = 8,5$ ,  $N = 40$ ), die mit Veränderungen 20,48 ( $SD = 8,0$ ,  $N = 42$ ). 27,5% der PB ohne Veränderungen liegen unterhalb des Schwellenwerts (DESC-I; Schwellenwert  $\geq 12$  bedeutet hohe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen depressiver Symptome) und nur 4,8% der Gruppe mit Veränderungen liegen unter diesem Wert. Mit anderen Worten, 95,2% der PB mit beruflichen Veränderungen berichten Symptome einer depressiven Episode, bei jenen ohne Veränderung sind es nur 72,5%.

---

<sup>24</sup>Die Werte wurden zur besseren Vergleichbarkeit an die ISAK-Stufen angeglichen (Originalwerte bei Scanlan et al. (2020):  $M = 7,25$ ;  $SD = 2,06$ ).

<sup>25</sup>Da die Datenerhebung während der Corona-Pandemie erfolgte, wurde erfasst, ob sich die berufliche Situation der PB seit Pandemiebeginn verändert hatte (z.B. reduzierte Arbeitszeit, vermehrtes Homeoffice). Für die Analyse der depressiven Symptome wurden PB ohne berufliche Veränderungen mit jenen verglichen, die mindestens eine Veränderung angaben.

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Tabelle 5 Mittelwerte, Standardabweichungen und Interkorrelationen

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>1. Psychologische Sicherheit</b>	3.9	1.05	-									
<b>2. Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte/n</b>	3.75	1.14	.716**	-								
<b>3. Soziale Unterstützung durch KollegInnen</b>	3.77	1.01	.772**	.742**	-							
<b>4. Berufliche Sinnerfüllung</b>	4.31	0.06	.482**	.360**	.451**	-						
<b>5. Arbeitszufriedenheit</b>	3.69	0.82	.726**	.660**	.778**	.534**	-					
<b>6. Stigmatisierung</b>	1.77	0.75	-.640**	-.441**	-.518**	-.371**	-.603**	-				
<b>7. Emotionale Dissonanz</b>	1.87	1.0	-.507**	-.405**	-.423**	-.366**	-.461**	.381**	-			
<b>8. Probleme Arbeitsabläufe</b>	1.89	0.95	-.563**	-.558**	-.522**	-.319**	-.506**	.447**	.405**	-		
<b>9. Depressive Symptome</b>	2.86	0.82	-.357**	-.260*	-.285**	-.377**	-.309**	.269*	.567**	.426**	-	
<b>10. Soziales Netzwerk</b>	4.06	0.90	.288**	.293**	.288**	.372**	.327**	-.187*	-.238**	-.188*	-.414**	-

Anmerkungen: Alle Skalen zur Vergleichbarkeit auf ISAK-Niveau (1–5) umgerechnet: z. B. Sinnerfüllung  $5,17/6 \times 5 = 4,31$ ; Depression (ursprünglich 0–4) auf 1–5 umcodiert. \* $p < .05$ ,  $p < .01$ ,  $N = [81;175]$ .

Die höchste positive Korrelation mit Arbeitszufriedenheit zeigt sich bei sozialer Unterstützung durch Kolleg\*innen, die stärkste negative bei Stigmatisierung. Depressive Symptome korrelieren am stärksten positiv mit emotionaler Dissonanz und am deutlichsten negativ mit dem außerberuflichen Netzwerk.

### **Bildung latenter Faktoren zweiter Ordnung aus korrelierenden Arbeitsmerkmalen**

Aufbauend auf den in Abschnitt 5.3 berichteten KFA der einzelnen Skalen werden inhaltlich zusammengehörige Subdimensionen zu latenten Faktoren zweiter Ordnung aggregiert. Die Subdimensionen wurden aggregiert, da sie innerhalb der beruflichen Ressourcen bzw. Belastungen hoch korrelierten und jeweils theoretisch demselben JD-R-Konstrukt zuzuordnen sind.

„Psychologische Sicherheit“, „Unterstützung durch Vorgesetzte und Unterstützung durch Kolleg\*innen“ werden zu dem latenten Faktor zweiter Ordnung „Berufliche Ressourcen“ zusammengefasst. ( $\chi^2(17) (N = 223) = 33.471$   $p = .010$ , CFI = .984, RMSEA = .066).

„Emotionale Dissonanz“, „Arbeitsablaufprobleme“ und „Stigmatisierung“ werden zu dem latenten Faktor zweiter Ordnung „Berufliche Belastungen“ zusammengeführt. ( $\chi^2(24) (N = 223) = 43.429$   $p = .009$ , CFI = .979, RMSEA = .060).

Die Modellgüte erwies sich jeweils als gut, was die Zusammenfassung der Subdimensionen zu übergeordneten latenten Variablen empirisch stützt.

### **Testung der Pfadmodelle**

Zur Prüfung der Hypothesen *H1* und *H2* bezüglich der Erklärung von Arbeitszufriedenheit wurden zwei Modelle geschätzt. Ein Modell ohne Mediatorvariable (M1a) bildet den totalen Effekt der beruflichen Ressourcen auf die Arbeitszufriedenheit ab (s. Tab. 6), während ein Modell mit Mediatorvariable den vermittelnden Effekt berücksichtigt (M1b, vgl. hierzu auch Abb. 5). M1a testet demnach im ersten Schritt, ob und wie stark berufliche Ressourcen einen Einfluss auf Arbeitszufriedenheit haben. Das Modell hat einen akzeptablen Fit ( $\chi^2(147) (N = 223) = 196.127$   $p < .001$ , CFI = .939, TLI: .916, RMSEA = .066) und erklärt 67,2% der Varianz von Arbeitszufriedenheit ( $R^2 = .672$ ). Konform zu *H1* haben berufliche Ressourcen einen hohen positiven Einfluss auf Arbeitszufriedenheit ( $\beta = .817$ ,  $p < .001$ ). Hingegen gibt es keinen Zusammenhang zwischen außerberuflichem Netzwerk und Arbeitszufriedenheit ( $\beta = .008$ ,  $p = .926$ ) (s. Tab. 6).

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Tabelle 6 M1a und M1b zur Erklärung der Arbeitszufriedenheit und M2 zur Erklärung depressiver Symptome der PB

	$\beta$	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>
<b><i>Pfadmodell M1a</i></b>				
<b>1. Soziales Netzwerk</b>	.008	.007	.072	.926
<b>2. Ressourcen</b>	.817	.957	.125	< .001
<b><i>Pfadmodell M1b</i></b>				
<b>1. Soziales Netzwerk</b>	-.06	-.052	.068	.443
<b>2. Ressourcen</b>	.686	.809	.123	< .001
<b>3. Berufliche Sinnerfüllung</b>	.287	.300	.096	.002
<b><i>Pfadmodell M2</i></b>				
<b>1. Soziales Netzwerk</b>	-.218	-.163	.080	.055
<b>2. Stressoren</b>	.615	.715	.154	< .001

Anmerkungen:  $\beta$  = standardisierte Regressionskoeffizienten, *B* = unstandardisierte Regressionskoeffizienten, *SE* = Standardfehler (unstandardisiert), *p* = Signifikanzniveau (unstandardisiert), *N* = 223;  $\beta$ -Werte und Standardfehler der anderen Schätzverfahren s. <https://osf.io/mr3q5>

Zur Prüfung von *H2* wurde in M1b im zweiten Schritt die Mediatorvariable „berufliche Sinnerfüllung“ aufgenommen (s. Abb. 5). Es hat einen guten Fit ( $\chi^2(222) (N = 223) = 362.51$   $p < .001$ , CFI = .938, TLI: .923, RMSEA = .053). Berufliche Ressourcen haben in M1b einen indirekten Effekt auf Arbeitszufriedenheit über berufliche Sinnerfüllung ( $\beta = .151$ ,  $z = 2.60$ ,  $p = .009$ ).

Gleichzeitig bleibt der direkte Effekt von beruflichen Ressourcen auf Arbeitszufriedenheit in einem signifikanten positiven Zusammenhang bestehen ( $\beta = .686$ ,  $p < .001$ ). Dies deutet auf eine partielle Mediation durch berufliche Sinnerfüllung hin.

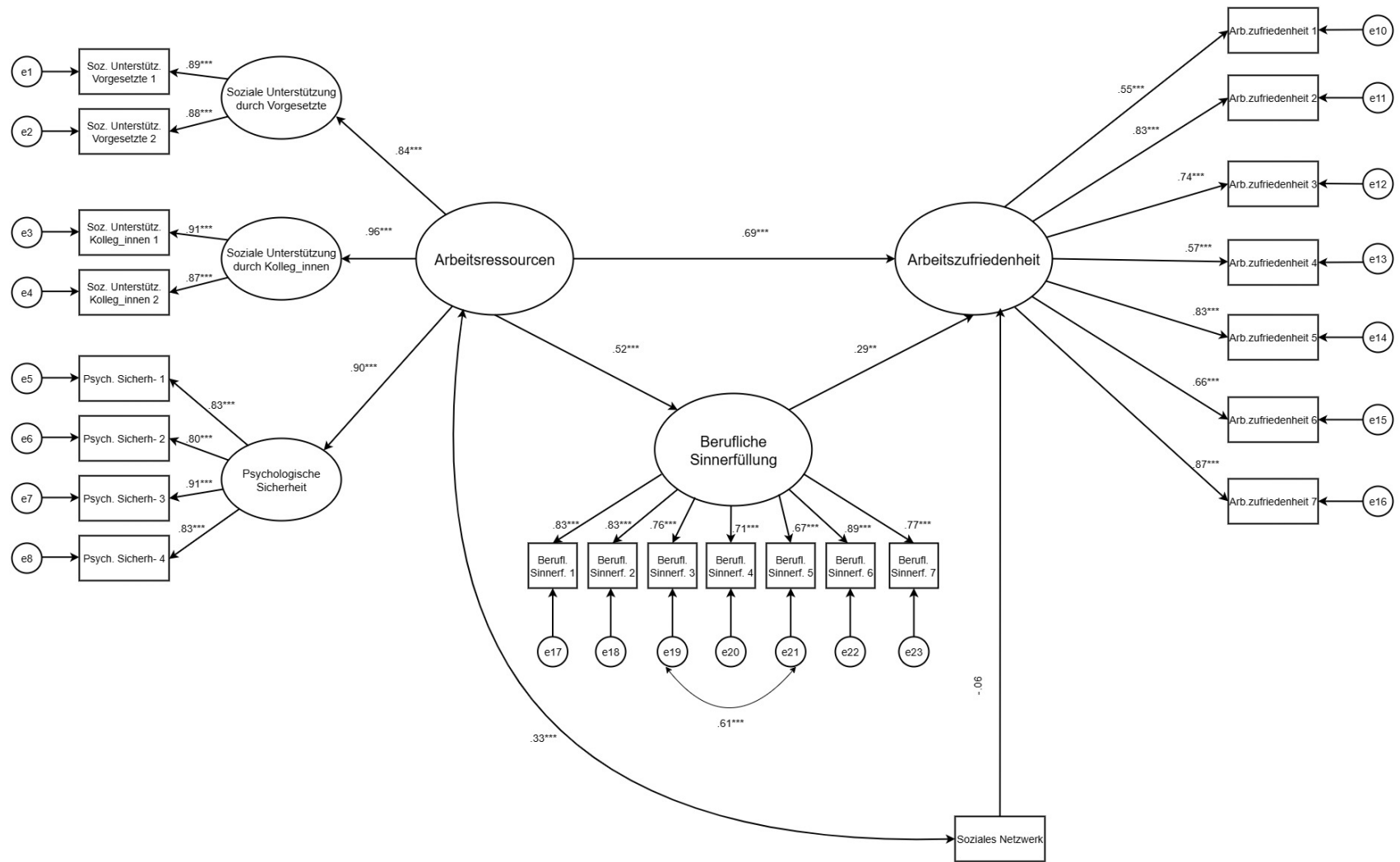


Abbildung 5 Pfadmodell M1b: SGM zur Erklärung der Arbeitszufriedenheit der PB  
 Anmerkungen: Darstellung von standardisierten Koeffizienten; die Referenzindikatoren je latenter Variable können auf OSF unter diesem Link eingesehen werden: <https://osf.io/dqjnz>

Zudem gehen höhere berufliche Ressourcen mit einer stärkeren beruflichen Sinnerfüllung einher ( $\beta = .521, p < .001$ ), die wiederum signifikant zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit beiträgt ( $\beta = .287, p = .002$ ). Insgesamt erklären die im M1b einbezogenen Prädiktoren 72,9% der Varianz von Arbeitszufriedenheit ( $R^2 = .729$ ). Berufliche Sinnerfüllung wird zu einem Varianzanteil von 27,1% erklärt ( $R^2 = .271$ ). *H2* kann damit bestätigt werden. Darüber hinaus zeigt sich, dass berufliche Ressourcen und die subjektiv empfundene Qualität des eigenen außerberuflichen Netzwerks in positiver Korrelation stehen ( $r = .327, p < .001$ ). Das außerberufliche Netzwerk übt keinen Einfluss auf Arbeitszufriedenheit aus ( $\beta = -.06, p = .443$ ) (s. Abb. 5).

*H3* betrifft die Erklärung depressiver Symptome. Hierfür wurde der totale Effekt der beruflichen Belastungen auf depressive Symptome geschätzt, während das außerberufliche Netzwerk als Kontrollvariable berücksichtigt wurde (s. Tab. 6 und Abb. 6).

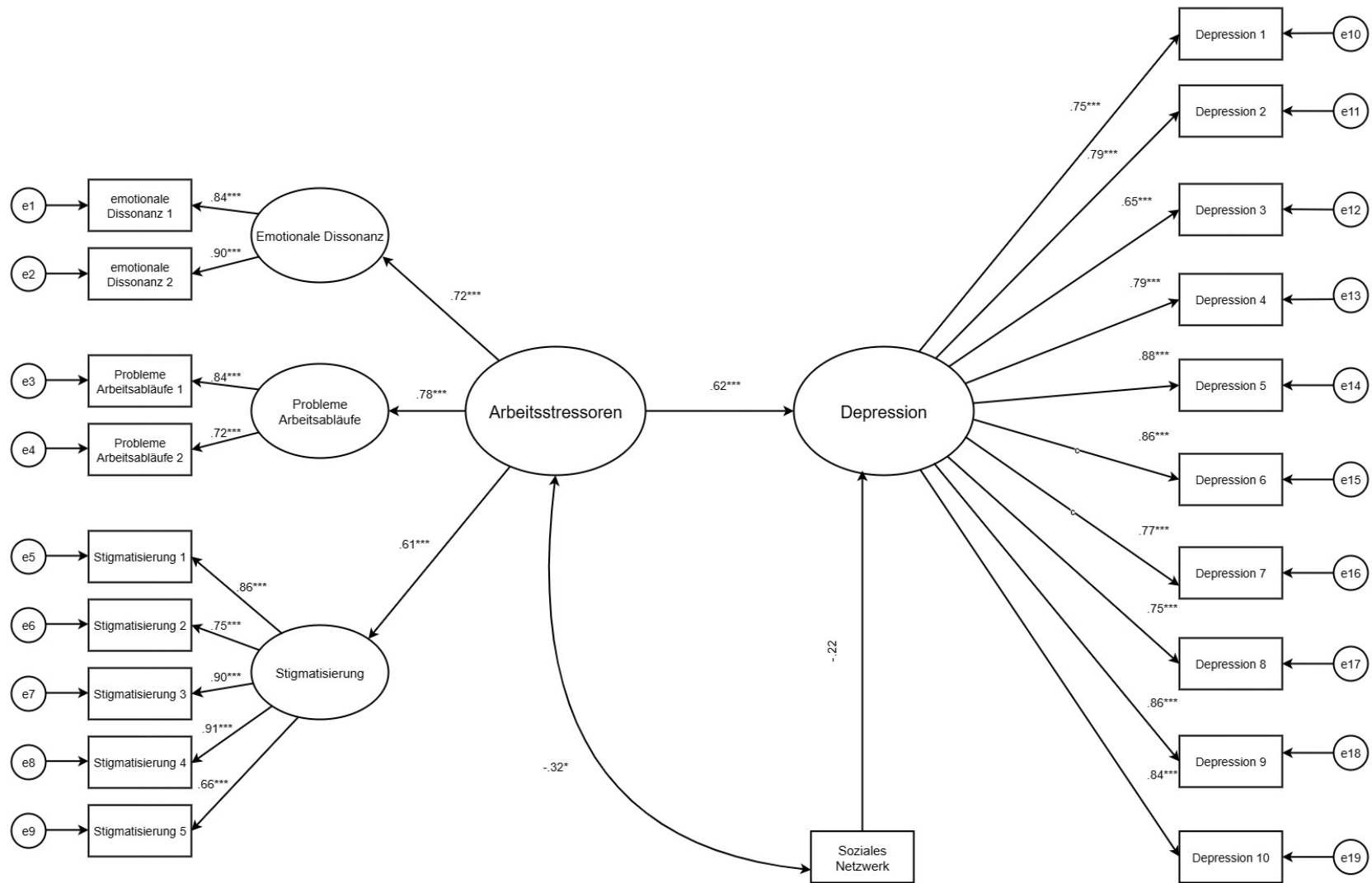


Abbildung 6 Pfadmodell M2: SGM zur Erklärung depressiver Symptome der PB

Anmerkungen: Darstellung von standardisierten Koeffizienten; die Referenzindikatoren je latenter Variable können auf OSF unter diesem Link eingesehen werden: <https://osf.io/dqnjz>

Es zeigt sich sehr guter Fit ( $\chi^2(165) (N = 223) = 253.474 p < .001$ , CFI = .955, TLI: .942, RMSEA = .049).<sup>26</sup> Im Einklang mit *H3* stehen berufliche Belastungen also in deutlich positivem Zusammenhang mit depressiven Symptomen ( $\beta = .615, p < .001$ ) und erklären 51,1% der Varianz ( $R^2 = .511$ ). Es zeigt sich außerdem ein negativer, jedoch knapp nicht signifikanter Zusammenhang zwischen außerberuflichem Netzwerk und depressiven Symptomen ( $\beta = -.218, p = .055$ ). Schließlich korrelieren berufliche Belastungen und außerberufliches Netzwerk negativ miteinander ( $r = -.318, p = .010$ ) (s. Abb. 6).

## 5.5 Diskussion

Die vorliegende Studie hat das Ziel, auf Basis des JD-R zentrale berufliche Einflussfaktoren auf Arbeitszufriedenheit und depressive Symptome bei PB im deutschsprachigen Raum zu untersuchen. Die Ergebnisse bestätigen die grundlegenden Annahmen des JD-R: Berufliche Ressourcen stehen in positivem Zusammenhang mit motivationsbezogenen Outcomes, während berufliche Belastungen mit gesundheitsbezogenen Outcomes assoziiert sind. Die Resultate zeigen zugleich, welche spezifischen beruflichen Ressourcen und Belastungen für die Gruppe der PB bedeutsam sind.

### Soziale Ressourcen im beruflichen Kontext und Arbeitszufriedenheit

Im motivationsbezogenen Prozess erklären ausschließlich soziale Ressourcen im beruflichen Kontext (SRbK) - soziale Unterstützung und psychologische Sicherheit - fast 70% der Arbeitszufriedenheit (H1). Dieser Befund steht grundsätzlich im Einklang mit bisherigen Studien zur Peer-Arbeit. So berichten Scanlan et al. (2020) dass soziale Unterstützung positiv mit Arbeitszufriedenheit von PB zusammenhängt. Darüber hinaus identifizierte dieses Team u.a. Autonomie als relevanten Einflussfaktor. Auch eine Übersichtsarbeit von Shalaby und Agyapong (2020) hebt hervor, dass neben sozialen Faktoren Merkmale wie Rollenklarheit zur Arbeitszufriedenheit beitragen. In den der Hauptstudie vorgeschalteten Vorstudien wurden ebenfalls verschiedene berufliche Merkmale berücksichtigt, darunter auch Autonomie und Rollenklarheit (Hoghe et al., 2024). Im Vergleich zu diesen Merkmalen erwiesen sich jedoch in der vorliegenden Studie die sozialen Faktoren besonders bedeutsam für das Erleben von Arbeitszufriedenheit bei PB. Der hohe Erklärungsanteil dieser Variablen ist somit bemerkenswert.

---

<sup>26</sup>Im Modell ML-Sch. mit DLW-S. ( $N = 80$ ) zeigt sich ein Heywood Case beim Prädiktor „Emotionale Dissonanz“, der in den übrigen Robustheitsanalysen nicht auftritt. Nach Entfernung von fünf Ausreißern verschwand dieser Befund. Die Ausreißer wurden im Rahmen einer explorativen Datenanalyse in SPSS anhand des Kriteriums  $\pm 3$  Standardabweichungen vom Mittelwert identifiziert.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Eine mögliche Erklärung liegt in der besonderen Rolle sozialer Anerkennung im Kontext von Peer-Arbeit. Scanlan et al. (2020) argumentieren, dass Defizite in der Arbeitsumgebung von PB häufig Ausdruck einer geringen Wertschätzung ihrer Tätigkeit durch andere Mitarbeitende sind. Da die Tätigkeit von PB eng in bestehende Teamstrukturen eingebunden ist, dürfte sich Wertschätzung vor allem im sozialen Umgang mit ihnen ausdrücken, insbesondere in der Bereitschaft von Führungskräften und Kolleg\*innen, Unterstützung zu gewähren und Offenheit gegenüber Peer-Arbeit zu zeigen.

Soziale Unterstützung und Psychologische Sicherheit könnten daher nicht nur direkt zur Arbeitszufriedenheit beitragen, sondern auch indirekt die Umsetzung weiterer arbeitsgestalterischer Merkmale ermöglichen, etwa Rollenklarheit oder Handlungsspielräume. Diese lassen sich häufig erst in einem unterstützenden und offenen Arbeitsumfeld nachhaltig etablieren.

Dabei scheint sowohl Unterstützung durch Vorgesetzte als auch durch Kolleg\*inneneine bedeutsame Rolle für Arbeitszufriedenheit zu spielen. Die Resultate einer anderen Studie deuten in ähnlicher Weise darauf hin, dass der für Peer Support notwendige organisationale Veränderungsprozess nur durch Engagement und praktisches Handeln aller Beteiligten in der Organisation möglich ist (Byrne et al., 2022).

Somit scheinen soziale Faktoren großen direkten Einfluss auf Arbeitszufriedenheit zu haben und möglicherweise zusätzlich indirekt durch die Gestaltung guter Arbeitsbedingungen die Arbeitszufriedenheit zu steigern.

Neu ist in der vorliegenden Studie die gemeinsame Betrachtung sozialer Unterstützung und psychologischer Sicherheit als SRbK für die Arbeitszufriedenheit von PB. Zwar wurden beide Faktoren bereits bei anderen Berufsgruppen untersucht, doch ergaben sich dabei unterschiedliche Befundlagen. Eine Studie stellte fest, dass soziale Unterstützung den positiven Effekt von psychologischer Sicherheit auf Engagement stärkt (Hirvikallio et al., 2024). In einer anderen Studie stärkt wiederum psychologische Sicherheit die Verbindung zwischen sozialer Unterstützung und Arbeitsleistung (Jindal et al., 2024). Hirviallio et al. (2024) argumentieren, dass beide SRbK einen wesentlichen Beitrag leisten, um Mitarbeitende im Gesundheitswesen langfristig zu binden. Dieses Argument lässt sich auch auf die vorliegenden Ergebnisse übertragen und dürfte insbesondere für PB von Bedeutung sein. Da PB im Rahmen ihrer Tätigkeit persönliche Krisenerfahrungen offenlegen und sich damit verletzlich zeigen (Brändli, 2020), sind sie in besonderem Maße auf ein unterstützendes und zugleich offenes Arbeitsumfeld angewiesen.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Insgesamt verdeutlichen die Befunde, dass Arbeitszufriedenheit von PB weniger durch einzelne strukturelle Bedingungen als durch die soziale Qualität des Arbeitsumfelds geprägt ist. Damit rückt die Teamkultur als zentrale Voraussetzung für gelingende Peer-Arbeit in den Vordergrund.

### **Berufliche Sinnerfüllung als Mediator**

Im Unterschied zu anderen Faktoren lässt sich die Varianz im Fall beruflicher Sinnerfüllung nur zu einem geringen Teil durch SRbK erklären (27,1%, H2). Dies deutet darauf hin, dass weitere Prädiktoren relevant sind. Schnell et al. (2013) zeigen etwa, dass für beruflichen Sinn auch Passung der Rolle mit dem Arbeitsinhalt und bedeutsame Aufgaben wichtig sind. Besonders relevant ist das Sinnerleben insofern, als es laut Teutsch et al. (2023) die intrinsische Motivation von Pflegekräften stärkt – ein Effekt, der auch für PB plausibel ist. Obwohl PB ihren Beruf als überaus sinnvoll erleben (Hoghe et al., 2024), dürften für eine langfristige Bindung sinnstiftende Arbeitsbedingungen entscheidend sein.

### **Berufliche Belastungen und depressive Symptome**

Im gesundheitsbezogenen Prozess erklären die beruflichen Belastungen „emotionale Dissonanz“, „Probleme bei Arbeitsabläufen“ und „Stigmatisierung“ 50% der Varianz depressiver Symptome bei PB (H3). Diese können als „psychosoziale berufliche Belastungen“ zusammengefasst werden. Der Befund steht in Einklang mit Ergebnissen einer Übersichtsarbeit, wonach konflikthafte Interaktionen und schlechtes Arbeitsklima das Risiko für Depressivität bei Angestellten aus verschiedenen Branchen deutlich erhöhen (Thinschmidt et al., 2014). Im Kontext des Peer Support ist insbesondere Stigmatisierung ein potenzielles Problem, da PB im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen ihre eigenen Krisenerfahrungen offenlegen müssen.

Emotionale Dissonanz wurde bisher vor allem im Umgang mit Klient\*innen untersucht (Mesmer-Magnus et al., 2012). Auffällig ist, dass die befragten PB der vorliegenden Studie emotionale Dissonanz gleichzeitig mit Arbeitsablaufproblemen und stigmatisierendem Verhalten erleben. Dies deutet darauf hin, dass sie emotionale Dissonanz im Teamkontext erfahren – möglicherweise als Anpassungsreaktion an stigmatisierende Situationen. Qualitative Befunde stützen diese Annahme: Einige PB verschweigen aktuelle Symptome aus Angst vor Stigmatisierung.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Auch berichten sie, dass sie es als herausfordernd erleben, ihre erfahrungsbasierte Professionalität unter dem Anpassungsdruck an fachliche Standards aufrechtzuerhalten, um als gleichwertiges Teammitglied anerkannt zu werden (Harrison & Read, 2016).

Es gibt auch Hinweise auf eine Verschränkung von Stigmatisierung und Arbeitsablaufproblemen: PB fühlen sich benachteiligt, da für andere Kolleg\*innen klare Richtlinien in Krankheitsfällen bestehen, während für PB entsprechende Regelungen fehlen (Mancini, 2018). Depressive Symptome bei PB lassen sich somit anscheinend auf berufliche Belastungen zurückführen, die eng mit der besonderen Anforderung verknüpft sind, die eigene psychische Erkrankung im Arbeitskontext offenzulegen.

### **Erhöhte depressive Symptome bei PB**

In der Stichprobe zeigt sich insgesamt ein erhöhtes Niveau depressiver Symptome im Vergleich zu einer Normstichprobe. PB, die während der Corona-Pandemie berufliche Veränderungen erlebten, wiesen dabei höhere Depressionswerte auf als jene ohne entsprechende Veränderungen. Zudem lag in erstgenannter Gruppe der Anteil der Personen oberhalb des klinischen Schwellenwerts deutlich höher als in der zweiten. Im Gegensatz zu Park et al. (2016) und Gillard et al. (2022) die geringe Burnout-Werte bei PB fanden, findet sich in älteren Studien (Repper & Carter, 2011) erhöhte Vulnerabilität, etwa durch Wiedereinweisungen. Zwar sind psychosoziale berufliche Belastungen im Gesundheitswesen verbreitet, doch PB sind durch die Einbindung eigener Krisenerfahrungen besonderem Druck ausgesetzt. So kann erlebte Unvereinbarkeit zwischen genesungsorientierter Peer-Arbeit und einem medizinisch geprägten Setting (z. B. mit stark symptomorientiertem Fokus) zu emotionaler Erschöpfung führen (Harrison & Read, 2016). Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, die psychische Gesundheit von PB nicht nur individuell, sondern auch strukturell durch bessere Arbeitsbedingungen zu schützen.

### **Bedeutung außerberuflicher Netzwerke**

Zwar beeinflusst das außerberufliche Netzwerk in den vorliegenden Daten nicht die Arbeitszufriedenheit, kann jedoch möglicherweise depressive Symptome mindern. Unsere Befunde deuten darauf hin, dass die subjektiv empfundene Qualität des eigenen außerberuflichen Netzwerks mit geringeren depressiven Symptomen einhergeht. Theoretisch lässt sich der Zusammenhang gut begründen: Soziale Unterstützung kann Belastungen abpuffern (Johnson & Hall, 1988).

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Besonders im Peer-Kontext zeigt sich, dass PB nach belastenden Kontakten mit schwer depressiven Klient\*innen Unterstützung im privaten Umfeld benötigen (Bailie & Tickle, 2015). Ein stabiles außerberufliches Netzwerk könnte daher eine weitere wichtige Ressource darstellen.

## 5.6 Limitationen

Diese hier vorgelegte erste Anwendung des JD-R auf PB erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität, da die Stichprobe nicht zufallsbasiert gezogen wurde und verlässliche Populationsdaten zu PB fehlen, die eine Prüfung der Repräsentativität ermöglichen würden. Als Querschnittsstudie mit Selbstbericht sind zudem Kausalitätsschlüsse nicht möglich. Die im SGM spezifizierten Pfade stellen daher theoriegeleitete Zusammenhänge dar und erlauben keine Aussagen über zeitliche Abfolgen oder kausale Wirkmechanismen. Diese sollten in zukünftigen Längsschnittstudien geprüft werden. Die Stichprobe mit vollständigen Daten ist für die Berechnung eines SGM relativ klein, doch Robustheitsanalysen bestätigen die Stabilität der zentralen Ergebnisse. Ein unzureichender Fit tritt nur bei M1b mit ML-Schätzung in der DLW-S. ( $N = 78$ ) auf, was vermutlich auf die geringe Stichprobengröße zurückzuführen ist. Eine Replikation mit größerer Stichprobe und ohne Imputation wäre empfehlenswert.

Aufgrund der zweigeteilten Erhebung und des damit verbundenen Dropouts kann eine Verzerrung der Ergebnisse nicht vollständig ausgeschlossen werden. Sensitivitätsanalysen mit vollständigen Datensätzen sowie alternativen Schätzverfahren ergaben jedoch stabile Effekte, was gegen eine substantielle Verzerrung der zentralen Befunde spricht.

PB, deren berufliche Situation sich seit der Ausbreitung des Coronavirus verändert hat, berichten über höhere Depressionswerte als PB ohne Veränderungen. Partielle Korrelationen sprechen gegen einen relevanten Störeinfluss durch pandemiebedingte berufliche Veränderungen, dennoch wäre eine postpandemische Replikation des gesundheitsbezogenen Modells zur Absicherung der Befunde sinnvoll.

Die Stichprobe mit TN aus unterschiedlichen sozialen Einrichtungen und Qualifikationen erschwerte den Zugang zur intendierten Zielgruppe. Trotz klarer Zielgruppendefinition im Einladungstext nahmen auch PB teil, die etwa aufgrund körperlicher Erkrankungen eine peerspezifische Weiterbildung absolviert hatten. Dies trug zur hohen Ausschlussquote bei. Künftig wäre eine strengere Auswahl nach Ausbildung und/oder Einrichtungsart sinnvoll, um den Zugang zur Zielgruppe zu erleichtern.

Trotz der Aufteilung der Erhebung in zwei Teilbefragungen zeigte sich ein erheblicher Anteil unvollständiger Datensätze. Dies deutet darauf hin, dass die Gesamtlänge der Befragung für die Zielgruppe weiterhin eine Herausforderung darstellte. Für zukünftige Untersuchungen erscheint es daher sinnvoll, partizipative Forschungsansätze zu verfolgen, bei denen PB frühzeitig in die Entwicklung von Erhebungsinstrumenten einbezogen werden. Eine stärkere Orientierung an der Zielgruppen-Perspektive könnte Akzeptanz erhöhen und zur Reduktion von Dropout beitragen.

### **5.7 Implikationen für die Theoriebildung und Ansatzpunkte für weitere Forschung**

Das JDR-Modell konnte in der vorliegenden Studie erfolgreich genutzt werden. SRbK beeinflussen die Arbeitszufriedenheit der PB positiv, während depressive Symptome durch psychosoziale Belastungen im Beruf verstärkt werden.

Es ergeben sich interessante Hinweise für künftige Forschung bezogen auf den motivationsbezogenen Prozess: Soziale Faktoren erweisen sich als besonders relevant für die Arbeitszufriedenheit von PB. Künftige Studien könnten hier weitergefasste soziale Konzepte als Prädiktoren einbeziehen, wie etwa das soziomoralische Klima (Höge & Weber, 2018). Ebenso wäre es aufschlussreich, zu untersuchen, inwiefern soziale Faktoren Arbeitsmerkmale wie z. B. Arbeitsausstattung beeinflussen, die wiederum die Arbeitszufriedenheit mitbestimmen.

Im gesundheitsbezogenen Prozess wird deutlich, dass Längsschnittstudien notwendig sind, um depressive Symptomatiken bei PB besser einordnen zu können. In der vorliegenden Studie zeigen über 70% bis 90% der Teilnehmenden deutliche depressive Symptome. Diese Befunde verdeutlichen den Forschungsbedarf hinsichtlich der zeitlichen Entwicklung und möglicher Einflussfaktoren auf solche Symptome. Ein weiterer interessanter Ansatz wäre, hierbei das Erleben emotionaler Dissonanz differenzierter zu erfassen, z.B. zu prüfen, inwieweit dieses gegenüber Klient\*innen, Kolleg\*innen oder Vorgesetzten auftritt.

Generell sollten Erhebungsinstrumente stärker auf die spezifische Arbeitssituation von PB abgestimmt sein. So könnte gezielt nach der Offenheit des Teams gegenüber Peer-Support gefragt werden, statt allgemeiner Konzepte wie psychologische Sicherheit zu verwenden. Auch die Outcomes sollten stärker auf peerspezifische Aspekte eingehen, etwa das Ausmaß der Offenheit, mit der PB ihre eigenen Krisenerfahrungen gegenüber Klient\*innen und im Team einbringen. Zur differenzierteren Erfassung solcher Zusammenhänge wäre es wünschenswert, spezifische Skalen für die Arbeit von PB zu entwickeln.

## **5.8 Implikationen für sozialpsychiatrische Arbeitsfelder**

Die Förderung von SRbK sollte für Organisationen, die PB beschäftigen, zentrales Anliegen sein. Ein wesentlicher Aspekt ist dabei offensichtlich die psychologische Sicherheit im Team. Diese kann durch flachere Hierarchien, gute Erreichbarkeit unter Kolleg\*innen und partizipative Führungsstile gefördert werden (Hirvikallio et al., 2024). Demnach sollten PB auch dann in Entscheidungs- und Teamprozesse eingebunden werden, wenn sie nur in geringem Stundenumfang angestellt sind, insbesondere wenn es um gesundheitliche Belange geht. Beispielsweise wünschen PB sich, offen über ihre Symptome sprechen zu können und einen Notfallplan für persönliche Krisensituationen zu haben (Mancini, 2018). Ein solcher Plan sollte aber idealerweise nicht nur für PB gelten, sondern für alle Mitarbeitenden, da psychische Krisen alle betreffen können. Zudem kann ein offenes Gespräch im Bewerbungsprozess über den Umgang mit möglichen Krisen von Anfang an für Transparenz sorgen und individuelle Bedarfe besser berücksichtigen helfen.

Ein weiterer zentraler Faktor ist berufliche Sinnerfüllung. Um diese zu fördern, ist es entscheidend, dass die Rolle von PB klar definiert und auf die jeweilige Person abgestimmt ist. Im Bereich Peer Support besteht hier oft noch Entwicklungsbedarf: Die Rollen von PB sind häufig unklar, was einen Anpassungsdruck erzeugen kann, sich an den professionellen Standards der nicht-peerbezogenen Kolleg\*innenauszurichten (Schulz & Afting Ijeh, 2014). Es empfiehlt sich daher, der individuellen Rollenentwicklung besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Soziale Ressourcen können auch außerhalb des Berufs gestärkt werden. Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein gutes außerberufliches Netzwerk einen schützenden Effekt auf die psychische Gesundheit von PB haben könnte. Organisationen können solche Netzwerke etwa durch gemeinsame Aktivitäten, finanzielle Zuschüsse für externe Angebote oder flexible Arbeitszeiten unterstützen (Cheng et al., 2021).

Die in dieser Studie festgestellten erhöhten Depressionswerte bei PB sind auffällig. Über 70% der Teilnehmenden zeigen deutliche depressive Symptome. Dieser Befund unterstreicht die Relevanz gezielter Interventionsprogramme, insbesondere zur Reduktion psychosozialer beruflicher Belastungen. Als besonders wirksam gelten präventive Maßnahmen, die regelmäßig aufgefrischt werden und sowohl individuelle als auch organisationale Ebenen adressieren, etwa partizipativ angelegte Programme zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen (Awa et al., 2010; Bourbonnais et al., 2006).

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Flexibilität ist für PB besonders wichtig, um bei Anzeichen von Überlastung rechtzeitig reagieren zu können (Repper & Carter, 2011). Die Förderung von Selbstfürsorge kann Burnout entgegenwirken. Arbeitgebende können dies unterstützen, etwa durch regelmäßige Gruppensupervision, Peer-Austauschformate oder Schulungen zur Burnout-Prävention (Tate et al., 2022). Diese Angebote sollten allen Mitarbeitenden offenstehen, da Burnout keine peerspezifische Problematik ist. In diesem Zusammenhang erscheint gesundheitsorientierte Führung als besonders geeigneter Führungsstil. Das Konzept der Health-Oriented Leadership (HoL) betont neben der gesundheitsbezogenen Fürsorge durch Führungskräfte auch die Förderung der Selbstfürsorge der Mitarbeitenden und weist nachweisbare Zusammenhänge mit zentralen Gesundheitsindikatoren wie psychosomatischen Beschwerden und Work-Family-Konflikten auf (Franke et al., 2014). Führungskräfte können demnach nicht nur durch strukturelle Maßnahmen, sondern auch durch ihr eigenes gesundheitsbezogenes Verhalten zur Prävention von Überlastung beitragen.

Führungskräfte sollten für psychosoziale berufliche Belastungen sensibilisiert werden, da diese oft nicht unmittelbar erkennbar sind. Wiederkehrende Probleme in Arbeitsabläufen können auf tieferliegende Ursachen hinweisen und gezielte Maßnahmen erfordern. Die Anstellung mehrerer PB in einer Einrichtung könnte zudem dazu beitragen, das Gefühl der Isolation zu verringern und offene Kommunikation über belastende Themen zu fördern.

## **KAPITEL 6: DISKUSSION**

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse zusammengefasst, Limitationen diskutiert und Implikationen für Theorieentwicklung sowie für die praktische Arbeit in der Sozialpsychiatrie abgeleitet. Abschließend folgt ein Ausblick auf künftige Forschung und Praxis.

Die Dissertation konzentrierte sich auf die Arbeitsbedingungen von PB, die als Mitarbeitende in sozialpsychiatrischen Einrichtungen tätig sind und auf Basis eigener Psychiatrie-Erfahrungen sowie einer peerspezifischen Weiterbildung Menschen in herausfordernden Lebenssituationen unterstützen. Peer Support hat sich in den letzten Jahrzehnten als relevanter Ansatz entwickelt, der nicht nur die Behandlungsqualität erhöhen kann, sondern auch die berufliche Inklusion von PB fördert. Trotz dieser positiven Effekte ist die Integration von PB in sozialpsychiatrische Einrichtungen mit verschiedenen institutionellen, strukturellen und individuellen Herausforderungen verbunden. Dazu zählen z.B. begrenzte Partizipationsmöglichkeiten, prekäre Beschäftigungsbedingungen oder psychosoziale Belastungen durch das Einbringen eigener Erfahrungen in die Arbeit. Umso wichtiger ist es, berufliche Belastungs- und Entlastungsfaktoren systematisch zu erfassen, um die Gesundheit und die Arbeitsmotivation von PB nachhaltig zu sichern.

Vor diesem Hintergrund untersuchte die Dissertation systematisch die belastenden und förderlichen Arbeitsbedingungen von PB sowie relevante personale Einflussfaktoren. Die Arbeit gliederte sich in drei aufeinander aufbauende Studien, die zum einen die beruflichen Stressoren und Ressourcen der PB identifizierten, zum anderen personale Ressourcen, Bewältigungsstrategien und Risikofaktoren eruierten und schließlich den Einfluss dieser Faktoren auf gesundheitsbezogene bzw. motivationale Outcomes analysierten. Ziel war es, die unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit, abgebildet durch depressive Symptome, sowie auf die berufliche Motivation, operationalisiert durch Arbeitszufriedenheit, differenziert zu untersuchen und daraus Hinweise für die Gestaltung stabiler und gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen im Peer Support abzuleiten.

## 6.1 Zusammenfassung

Bevor die zentralen Ergebnisse der drei Studien dargestellt werden, wird zunächst auf die *Berücksichtigung pandemiebedingter Einflüsse* eingegangen, da die Datenerhebung während der Corona-Pandemie stattfand:

- Um potenzielle Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Befunde zu prüfen, wurden ergänzende Analysen durchgeführt. Zunächst wurde untersucht, ob pandemiebedingte Belastungen die Beziehungen zwischen den erhobenen Stressoren und Ressourcen sowie deren subjektiver Bewertung als belastend oder entlastend verändern. Die Analysen ergaben keine Hinweise auf systematische Einflüsse durch die Pandemie (s. Kap. 3.5).
- Darüber hinaus wurde geprüft, ob sich die Ausprägung depressiver Symptome zwischen PB unterschied, deren berufliche Situation sich während der Pandemie verändert hatte, und jenen, bei denen dies nicht der Fall war. Hier traten Unterschiede auf, die in Abschnitt 6.1.2 erläutert werden.
- Zusätzlich wurden für die in das Strukturgleichungsmodell einbezogenen Stressoren, Ressourcen und Outcomes partielle Korrelationen berechnet, um mögliche Verzerrungen durch pandemiebedingte Belastungen statistisch zu kontrollieren. Die Ergebnisse dieser Analysen deuten darauf hin, dass die im Modell gefundenen Zusammenhänge weitgehend unabhängig von den pandemiebedingten Veränderungen zu bewerten sind (s. Kap. 5.4).

Damit liegen belastbare Befunde vor, die eine differenzierte Betrachtung der Ergebnisse ermöglichen. Zur Ergebnisstrukturierung werden beide JD-R-Prozesse - der motivationale und der gesundheitsschädigende - herangezogen, da sie alle relevanten Komponenten der Untersuchung abbilden. Die Darstellung erfolgt in zwei Schritten: Zunächst werden die Ergebnisse des motivationalen Prozesses präsentiert, anschließend die Befunde zum gesundheitsschädigenden Prozess.

### 6.1.1 Zentrale Ergebnisse zum motivationalen Prozess im Kontext von Peer Support: Soziale Ressourcen und personale Merkmale

Die wichtigsten beruflichen und personalen Ressourcen sowie deren Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit sind in Abb. 7 dargestellt. Diese Aspekte werden im Folgenden erläutert.

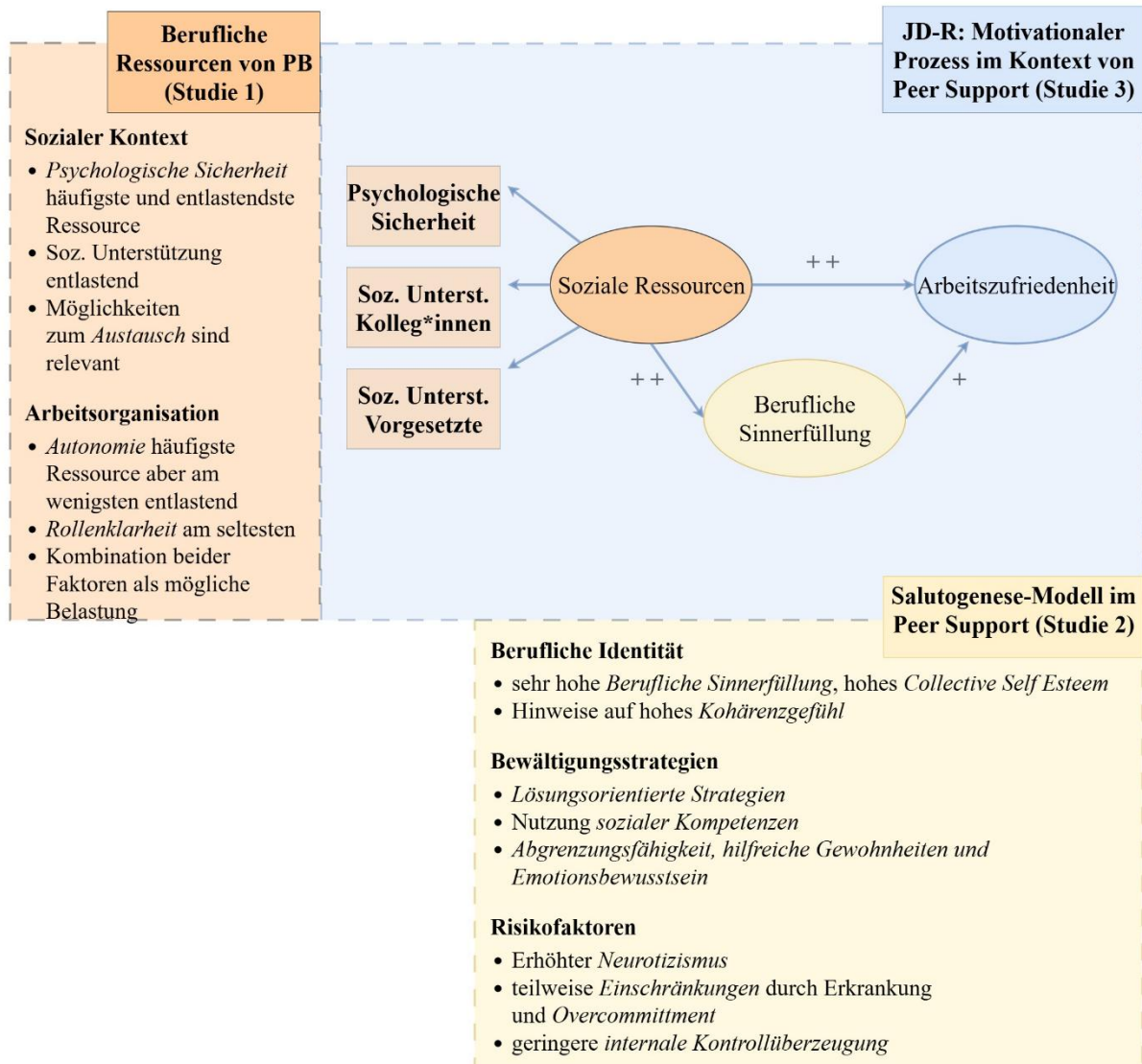


Abbildung 7 Zentrale Ergebnisse des motivationalen Prozesses (eigene Darstellung).

Anmerkung: „+“ =  $**p < .01$ , „++“ =  $***p < .001$ .

### Berufliche Ressourcen von PB (Studie 1)

Die beruflichen Ressourcen lassen sich den Kategorien „Sozialer Kontext“ und „Arbeitsorganisation“<sup>27</sup> zuordnen.

- **Sozialer Kontext:** *Psychologische Sicherheit* stellte sich als relevante Ressource heraus. Sie wurde häufig erlebt und als am meisten entlastend bewertet. An zweiter Stelle der entlastenden Ressourcen standen *soziale Unterstützung* durch Kolleg\*innen und Vorgesetzte. Qualitative Daten aus Studie 1 verdeutlichten darüber hinaus, dass PB den

<sup>27</sup>Rollenklarheit und Autonomie wurden in Studie 1 ursprünglich unterschiedlichen Kategorien zugeordnet (vgl. Kap. 3.5). Betrachtet man beide Faktoren gemeinsam, zeigen sie jedoch zentrale Dimensionen der Arbeitsorganisation. Sie verdeutlichen, in welchem Ausmaß Einrichtungen klare Strukturen schaffen und zugleich Handlungsspielräume ermöglichen, und werden daher dieser Kategorie zugeordnet.

*kollegialen Austausch* in Form von Teamsitzungen oder Supervision als besonders hilfreich erleben (s. Kap. 3.6).

- **Arbeitsorganisation:** Die Ergebnisse zeigen, dass *Autonomie* von PB zwar häufig berichtet wurde, im Vergleich zu anderen Ressourcen jedoch als kaum entlastend wahrgenommen wurde. *Rollenklarheit* hingegen wurde seltener erlebt, war im Vergleich zu Pflegekräften deutlich geringer ausgeprägt und ebenfalls mit einer geringeren entlastenden Wirkung verbunden. Eine mögliche Erklärung für die vergleichsweise geringe Entlastungswirkung von Autonomie ist, dass hohe Handlungsfreiheit bei gleichzeitiger unklarer Rollendefinition zu Überforderung führen kann. Insbesondere für eine neue Berufsgruppe kann das Fehlen klarer Strukturen sowohl in der Rolle als auch im Handeln als belastend erlebt werden (vgl. Kap. 3.7 und 3.8).

### Salutogenese-Modell im Peer Support (Studie 2)

Ausgehend vom Salutogenese-Modell lassen sich die zentralen Befunde dieser Arbeit auf drei Aspekte fokussieren: die berufliche Identität der PB, ihre Strategien zur Bewältigung von Belastungen sowie zentrale Risikofaktoren.

- **Berufliche Identität:** PB identifizierten sich in hohem Maße mit ihrer Tätigkeit. Sie erlebten hohe *berufliche Sinnerfüllung*, empfanden einen starken *berufsbezogenen kollektiven Selbstwert* und verfügten über ein klares Rollenverständnis. Diese starke berufliche Identifikation geht mit einer emotionalen Verbundenheit zur Berufs- und Betroffenenengruppe einher und spiegelt zentrale Elemente des *Kohärenzgefühls* wider (s. Kap. 4.8, Tab. 4).
- **Bewältigungsstrategien:** PB nutzten überwiegend *lösungsorientierte Strategien* wie Planung, aktive Bewältigung und die Suche nach sozialer Unterstützung. Diese Strategien entsprechen jenen, die in der Stressforschung als besonders effektiv beschrieben werden und könnten auch eine Anpassungsreaktion auf weniger organisierte Arbeitsbedingungen sein (vgl. Kap. 4.9; Unterabschnitt: „Lösungsorientierung, soziale Kompetenz und Selbstmanagement“). Gleichzeitig setzten sie ihre *sozialen Kompetenzen* gezielt ein, etwa durch Konfliktkommunikation oder den offenen Umgang mit eigenen Gefühlen. Neben den klassischen, in der Literatur beschriebenen Bewältigungsstrategien wurden weitere zentrale Copingmechanismen im qualitativen Teil identifiziert. Dazu zählten *Abgrenzungsfähigkeit*, *hilfreiche Gewohnheiten* und *Emotionsbewusstsein*. Diese Merkmale heben hervor, dass PB in ihrer Tätigkeit aktiv Ressourcen zur Selbstfürsorge und zur Regulation emotionaler Belastungen einsetzen (vgl. ebd.).

- **Risikofaktoren:** Trotz der Vielzahl an Ressourcen traten auch Risikofaktoren hervor. PB wiesen erhöhte *Neurotizismus*-Werte auf, was mit einer Neigung zu verstärkten Sorgen verbunden ist. Einige berichteten von *Einschränkungen durch ihre Erkrankung*, etwa durch Müdigkeit infolge medikamentöser Behandlung (s. Kap. 4.7). Quantitative Daten in der zweiten Studie wiesen darauf hin, dass „*Overcommitment*“ im Vergleich zu Pflegekräften nur selten erlebt wird. Qualitative Analysen machen jedoch sichtbar, dass Aspekte dieses Risikoverhaltens relevant sind: Einige PB berichteten z.B. von hohen Ansprüchen an sich selbst (s. Kap. 4.7). PB wiesen zudem eine geringere arbeitsbezogene *internale Kontrollüberzeugung* auf als die Vergleichsgruppe, was möglicherweise auf begrenzte Einflussmöglichkeiten im sozialpsychiatrischen Arbeitskontext zurückzuführen ist (vgl. Kap. 4.9, Unterabschnitt „Schwer veränderbare Umstände vs. internale Kontrolle“).

### **JD-R: Motivationaler Prozess im Kontext von Peer Support (Studie 3)**

Es zeigte sich, dass *soziale Ressourcen* für die Arbeitszufriedenheit der PB besonders bedeutsam waren. Psychologische Sicherheit und soziale Unterstützung standen in einem starken positiven Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit und erklärten knapp unter 70% der Varianz dieses Outcomes. Darüber hinaus konnte ein signifikanter indirekter Effekt über die *berufliche Sinnerfüllung* nachgewiesen werden, der zusätzlich zur direkten Wirkung sozialer Ressourcen einen teilweisen Beitrag zur Erklärung der Arbeitszufriedenheit leistete. Damit zeigt sich, dass die berufliche Sinnerfüllung den Zusammenhang zwischen sozialen Ressourcen und Arbeitszufriedenheit teilweise vermittelt.

### **6.1.2 Zentrale Ergebnisse zum gesundheitsschädigenden Prozess im Kontext von Peer Support: Psychosoziale Stressoren und depressive Symptome**

Die wesentlichen Stressoren am Arbeitsplatz von PB und ihr Zusammenhang mit depressiven Symptomen sind in Abb. 8 dargestellt. Im Folgenden werden diese Aspekte näher erläutert.

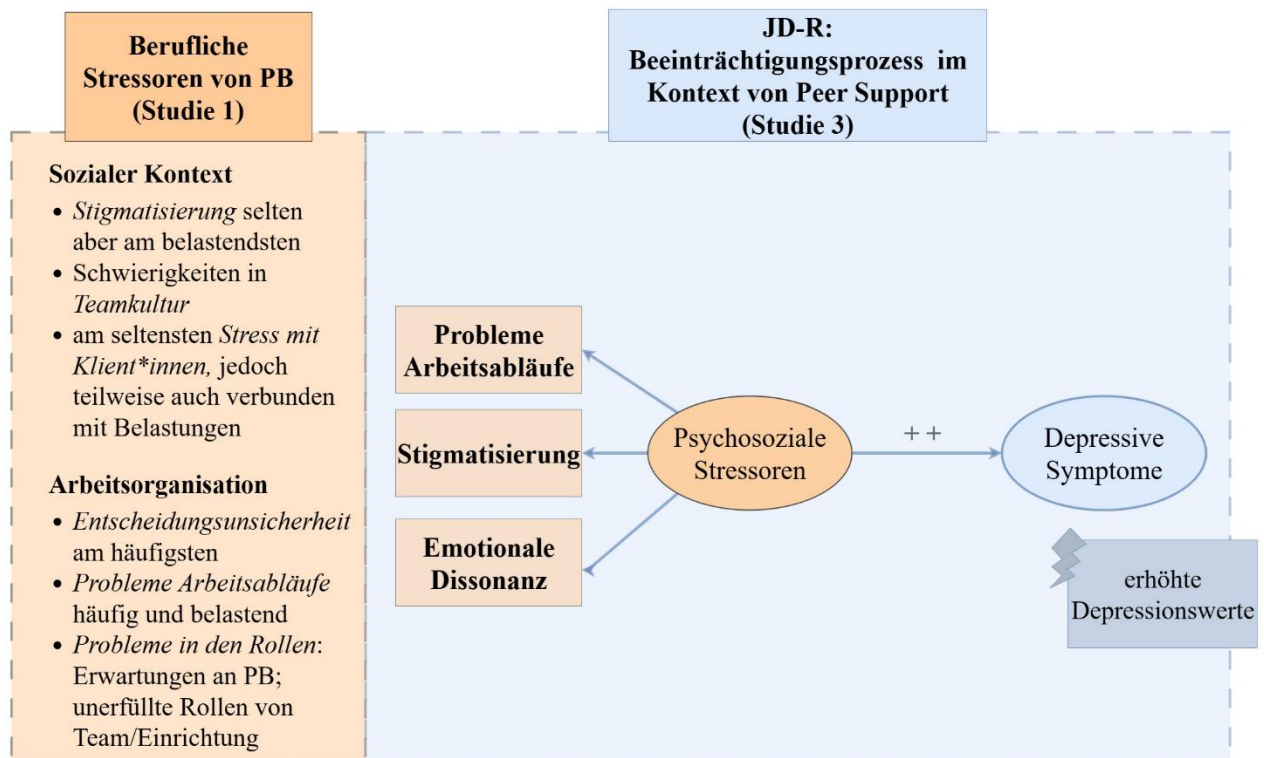


Abbildung 8 Zentrale Ergebnisse des Beeinträchtigungsprozesses (eigene Darstellung).

Anmerkung: „++“ =  $***p < .001$

### Berufliche Stressoren von PB (Studie 1)

Berufliche Stressoren lassen sich, analog zu den beruflichen Ressourcen, in die Kategorien „Sozialer Kontext“ und „Arbeitsorganisation“<sup>28</sup> einordnen.

- **Sozialer Kontext:** *Stigmatisierungserfahrungen* wurden zwar vergleichsweise selten genannt, stellten jedoch die am stärksten belastende Erfahrung dar. Ergänzend zeigte sich im qualitativen Material, dass PB *Schwierigkeiten innerhalb der Teamkultur* erleben, die sich z.B. in konflikthafter Kommunikation zeigen konnten (s. Kap. 3.6).

Während die PB in den quantitativen Erhebungen angaben, am seltensten *Stress mit Klient\*innen* zu erleben, verdeutlichten die qualitativen Befunde, dass die Arbeit mit Klient\*innen dennoch belastende Aspekte beinhalten kann, beispielsweise das Aushalten emotionaler Nähe (s. Kap. 3.6).

- **Arbeitsorganisation:** Im Bereich der Arbeitsorganisation wurden vor allem *Unsicherheiten in Entscheidungsprozessen* und *Probleme in den Arbeitsabläufen* häufig genannt, wobei die Arbeitsablaufprobleme als stärker belastend erlebt wurden.

<sup>28</sup> In Studie 1 wurden Arbeitsablaufprobleme und Unsicherheit in Entscheidungen ursprünglich unterschiedlichen Kategorien zugeordnet (vgl. Kap. 3.5). Betrachtet man sie jedoch gemeinsam, zeigen sie zentrale Aspekte der Arbeitsorganisation. Sie verdeutlichen, wie klar Arbeitsprozesse strukturiert sind und wie eindeutig Entscheidungswege geregelt werden.

Darüber hinaus wurden im qualitativen Material deutliche *Probleme in den Rollen aller Beteiligten* sichtbar (s. Kap. 3.6). Besonders häufig wurden inadäquate Erwartungen an PB berichtet, was ihre Rolle im Arbeitskontext erheblich erschwerte. Zudem ergaben sich Belastungen durch nicht erfüllte Rollen innerhalb der Organisation, beispielsweise durch fehlende Zuständigkeiten oder unklare Ansprechpersonen.

### **JD-R: Beeinträchtigungsprozess im Kontext von Peer Support (Studie 3)**

Unter Berücksichtigung des JD-R-Modells lassen sich die zentralen Belastungen der PB vor allem als psychosoziale Stressoren zusammenfassen. Darüber hinaus zeigte sich, dass das Ausmaß depressiver Symptome eine relevante Einflussgröße darstellt.

- **Psychosoziale Stressoren:** In der ersten Studie wurde emotionale Dissonanz als belastend identifiziert, jedoch weniger stark als Stigmatisierung. Dennoch zeigte die dritte Studie, dass emotionale Dissonanz den stärksten Zusammenhang mit depressiven Symptomen aufwies, stärker noch als Stigmatisierung. *Emotionale Dissonanz, Stigmatisierung und Probleme in Arbeitsabläufen* standen in engem Zusammenhang. Diese Belastungen wurden daher als zentrale *psychosoziale Stressoren* in das Strukturgleichungsmodell aufgenommen und erklärten ca. 50% der Varianz depressiver Symptome. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass psychosoziale Belastungen im Arbeitskontext von PB zu psychischen Krankheitssymptomen beitragen können.
- **Depressive Symptome:** Die Ergebnisse zur psychischen Gesundheit verdeutlichten insgesamt ein hohes Niveau *depressiver Symptome* bei PB. Dieses Muster zeigte sich unabhängig davon, ob berufliche Veränderungen durch die Corona-Pandemie eingetreten waren oder nicht. Zusätzlich wurde jedoch sichtbar, dass depressive Symptome bei Betroffenen mit pandemiebedingten Veränderungen noch einmal ausgeprägter waren.

### **6.1.3 Zusammenschau der Ergebnisse**

Es ergibt sich ein differenziertes Bild der Arbeitssituation von PB. Insgesamt zeigte sich, dass PB zwar vergleichsweise selten von Stressoren berichten, zugleich jedoch über ein breites Spektrum an Ressourcen verfügen. Für das Verständnis ihrer Arbeitsbelastung ist dabei nicht allein die Häufigkeit einzelner Faktoren entscheidend, sondern insbesondere deren wahrgenommene Belastungs- bzw. Entlastungswirkung und die spezifische Kombination der Merkmale.

Die analysierten Stressoren und Ressourcen lassen sich zwei übergeordneten Dimensionen zuordnen: dem sozialen Kontext und der Arbeitsorganisation. Beide erwiesen sich als zentral für berufliche Motivation und psychische Gesundheit der PB. Ergänzende Analysen zeigten, dass diese Zusammenhänge weitgehend unabhängig von pandemiebedingten Veränderungen in der Arbeitssituation zu interpretieren sind.

Über alle drei Studien hinweg zeigte sich die Bedeutung sozialer Faktoren besonders deutlich. Eine offene Teamkultur, die psychologische Sicherheit und soziale Unterstützung fördert, erwies sich als wichtige Ressource für Arbeitszufriedenheit. Demgegenüber stellten stigmatisierende Verhaltensweisen und konflikthafte Teaminteraktionen bedeutsame Belastungen dar. Die Kombination aus erlebter emotionaler Dissonanz, Stigmatisierung und Problemen in Arbeitsabläufen stand in engem Zusammenhang mit depressiven Symptomen. Diese Befunde deuten darauf hin, dass emotionale Dissonanz teilweise eine Reaktion auf stigmatisierende Teamdynamiken darstellen könnte, was die Bedeutung eines unterstützenden und respektvollen Arbeitsumfelds unterstreicht.

Hinsichtlich der Arbeitsorganisation wurde deutlich, dass Rollenklarheit entscheidend für die Belastungssituation der PB ist. Insbesondere die Kombination aus hoher Autonomie, geringer Rollenklarheit und Entscheidungsunsicherheit könnte für PB überfordernd wirken.

Gleichzeitig zeigten die Ergebnisse, dass PB ihre Arbeit aktiv gestalten, indem sie Herausforderungen lösungsorientiert angehen und soziale Unterstützung gezielt nutzen. Zudem verfügten sie über ein starkes berufliches Identitätsgefühl. Trotz vorhandener Ressourcen wurden auch Risikofaktoren deutlich, etwa erhöhte Neurotizismuswerte, Anzeichen depressiver Symptomatik und Schwierigkeiten bei der Abgrenzung.

Insgesamt wurde ersichtlich, dass die als tätigkeitsspezifisch angenommenen Faktoren psychologische Sicherheit, Rollenklarheit und Stigmatisierung eine zentrale Rolle für das Erleben der PB spielen. Dies unterstreicht die besonderen Anforderungen, die mit dieser Berufsgruppe verbunden sind, und betont zugleich die Relevanz gezielter organisationaler Unterstützungsmaßnahmen.

## 6.2 Limitationen

In diesem Kapitel werden die Limitationen der vorliegenden Forschungsarbeit dargestellt und Perspektiven für weiterführende Forschung abgeleitet, die sich aus den Erfahrungen dieses Projekts ergeben.

Die vorliegende Arbeit stellt die erste systematische Untersuchung der Arbeitsbedingungen von PB dar und erhebt dabei keinen Anspruch auf Repräsentativität. In die Stichprobe konnten ausschließlich Personen aufgenommen werden, die eine EX-IN- oder Peer-Counseling-Ausbildung absolviert hatten. PB mit alternativen Qualifikationen blieben unberücksichtigt. Zudem waren PB aus Deutschland überproportional vertreten.

Die Fokussierung dieses Dissertationsprojekts auf PB, die mindestens ein halbes Jahr in der aktuellen Einrichtung arbeiten, brachte Vor- und Nachteile mit sich: Einerseits wurden Personen erfasst, die bereits in die berufliche Praxis eingebunden sind, was eine Einschätzung ihrer Arbeitsbedingungen unabhängig von Einarbeitungs- und Orientierungsphasen ermöglichte und etwaigen Verzerrungen hierdurch entgegenwirkte. Andererseits fehlen dadurch Vergleiche mit PB, die sich zu Beginn ihrer Karriere befinden. Denn es ist denkbar, dass sich die Arbeitsbedingungen im Laufe der Zeit verbessert haben oder dass PB, die stärker belastende Bedingungen vorfanden, ihre Tätigkeit bereits wieder aufgegeben haben und somit nicht Teil der Stichprobe waren. Um diese Dynamiken besser zu verstehen, wären Längsschnittuntersuchungen zu Arbeitsbedingungen nach Berufseintritt sowie zu Fluktuationsabsichten und tatsächlicher Fluktuation erforderlich.

Ein weiteres methodisches Problem bestand in der hohen Dropout-Rate, die vermutlich durch die Länge des Fragebogens bedingt war. Partizipativ angelegte Forschungsansätze, bei denen PB bereits in die Entwicklung von Forschungsfragen und Erhebungsinstrumenten eingebunden werden, könnten hier zu einer höheren Akzeptanz und Passgenauigkeit beitragen. Insbesondere bei sensiblen Themen wie Prozessen der Identitätsfindung erscheint es zudem sinnvoll, PB während des gesamten Forschungsprozesses einzubeziehen - von der Formulierung der Fragestellungen bis hin zur Auswertung und Interpretation. Auf diese Weise ließe sich eine differenziertere Perspektive sicherstellen, die bereits frühzeitig zentrale Erfahrungen und Einschätzungen der PB berücksichtigt.

Ferner war die Zahl an Ausschlüssen von Fällen auffällig hoch. Neben unzureichend ausgefüllten Fragebögen lag dies auch an der heterogenen Zusammensetzung der Stichprobe. Trotz klar formulierter Zielgruppenbeschreibung nahmen z.B. auch Personen teil, die aufgrund körperlicher Erkrankungen eine peerspezifische Weiterbildung abgeschlossen hatten, was nicht dem intendierten Fokus entsprach.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Für zukünftige Studien erscheint eine strengere Eingrenzung nach Ausbildungsart oder Einrichtungstyp sinnvoll, um die Passgenauigkeit der Stichprobe zu erhöhen und Ausschlussquoten zu verringern.

Inhaltlich blieb die Analyse zudem auf bestimmte Schwerpunkte beschränkt. In Studie 1 hätten auch Zusammenhänge zwischen den erfassten Stressoren und Ressourcen systematisch untersucht werden können. Dadurch wäre erkennbar geworden, welche Faktoren typischerweise gemeinsam auftreten und welche Hinweise dies auf gezielte Maßnahmen im Umgang damit geben könnte. In Studie 3 wurde dieser Gedanke nur teilweise aufgegriffen, indem besonders hoch korrelierende Faktoren berücksichtigt wurden. Auch in Studie 2 wären zusätzliche Analysen hilfreich gewesen, etwa zu Zusammenhängen zwischen personalen Merkmalen oder zur Identifikation typischer Kombinationen von Bewältigungsstrategien, beispielsweise mithilfe von Clusteranalysen. Dadurch ließe sich untersuchen, wie unterschiedliche Bewältigungsmuster mit Gesundheit und Motivation verknüpft sind. Ebenso wäre es interessant, Wechselwirkungen zwischen organisationalen Bedingungen und Bewältigungsstrategien näher zu beleuchten, etwa ob unstrukturierte Arbeitsabläufe mit aktivem Problemlösen in Verbindung stehen. Solche Fragestellungen bedürfen vertiefter Studien, die gezielt untersuchen, unter welchen Rahmenbedingungen PB welche Strategien nutzen.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Rahmenbedingungen während der COVID-19-Pandemie. PB, deren berufliche Situation durch die Pandemie verändert wurde, berichteten über höhere Depressionswerte. Zwar zeigten partielle Korrelationen in den Studien keine Hinweise auf bedeutsame Störeinflüsse durch diese Veränderungen, dennoch erscheint eine Replikation unter postpandemischen Bedingungen sinnvoll, um die Robustheit der Ergebnisse zu prüfen.

Die dritte Studie stieß zudem aufgrund der relativ kleinen Zahl vollständiger Fälle an Grenzen. Zwar konnten Robustheitsanalysen die Stabilität der zentralen Ergebnisse zum Großteil absichern, dennoch wären Replikationen mit größeren Stichproben und ohne Datenimputation empfehlenswert, um die Befunde zu bestätigen.

Die beiden zentralen Prozesse des JD-R-Ansatzes, der motivationale und der gesundheitsschädigende Pfad, wurden in der dritten Studie zur Reduktion von Komplexität jeweils getrennt voneinander analysiert. Für zukünftige Studien erscheint es jedoch vielversprechend, das Gesamtmodell des JD-R-Ansatzes zu prüfen, indem beide Prozesse gemeinsam betrachtet und ihre potenziellen Wechselwirkungen systematisch untersucht werden.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Schließlich bleibt zu betonen, dass trotz des Einbezugs mehrerer theoretischer Modelle und der Berücksichtigung verschiedener Aspekte beruflicher und personaler Faktoren im Kontext von Peer Support nur Teilaspekte der komplexen Realität beruflicher Anforderungen von PB erfasst werden konnten. Die induktiv gebildeten Kategorien in den qualitativen Anteilen der ersten beiden Studien verdeutlichen die Vielfalt an Herausforderungen ebenso wie an individuellen Bewältigungsstrategien. Um diese Breite detaillierter abzubilden, sind weiterführende qualitative Untersuchungen erforderlich. Zudem wurde Studie 3 querschnittlich angelegt, wodurch keine kausalen Schlussfolgerungen möglich sind. Langzeitstudien könnten hier wertvolle Ergänzungen liefern.

### **6.3 Implikationen für Theorieentwicklung und Forschung**

In diesem Abschnitt wird dargestellt, welche theoretischen Implikationen sich aus den Erkenntnissen der drei Studien ableiten lassen.

Um die komplexen Arbeitsbedingungen der bislang noch nicht vollständig etablierten Berufsgruppe der PB zu untersuchen, erwies sich ein integrativer Ansatz, der verschiedene theoretische Modelle miteinander verknüpft, als besonders geeignet. Das in Studie 1 genutzte theoretische Modell *EST* sowie das in Studie 2 herangezogene *integrative Salutogenese-Modell* ermöglichten eine systematische Analyse beruflicher Stressoren, Ressourcen und personaler Merkmale sowie Bewältigungsstrategien. Auf dieser Grundlage konnte im Rahmen des *JD-R* eine gezielte Auswahl relevanter Faktoren vorgenommen werden. Dieses trug dazu bei, Mechanismen zu erklären, über die Stressoren zu gesundheitlichen Risiken wie depressiven Symptomen führen und Ressourcen zu positiven Outcomes wie Arbeitszufriedenheit beitragen. Im Folgenden werden die theoretischen Implikationen thematisch gegliedert vorgestellt.

#### **Häufigkeit externer Faktoren und subjektive Bewertung von Arbeitsbedingungen**

Die Analyse berücksichtigte sowohl externe Faktoren (Stressoren und Ressourcen) als auch subjektive Eindrücke der PB (erlebte Belastungs- und Entlastungswirkung). Es zeigte sich, dass nicht nur die objektive Häufigkeit oder Intensität von Stressoren und Ressourcen relevant ist, sondern auch die *subjektive Bewertung*. Nicht alle häufigen Faktoren wirken gleichermaßen entlastend oder belastend. Dies bestätigt das transaktionale Modell, auf dem *EST* basiert, wonach die subjektive Wahrnehmung entscheidend ist. Zukünftige Studien sollten daher subjektive Einschätzungen systematisch erfassen. Offene Fragen könnten helfen, *widersprüchliche Antwortmuster* zu erklären, etwa wenn hohe Autonomiewerte mit geringer Entlastungsbewertung einhergehen.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Auf diese Weise ließe sich genauer untersuchen, unter welchen Bedingungen solche Befunde entstehen und ob, wie in dieser Arbeit vermutet, unorganisierte Arbeitsbedingungen dazu beitragen, dass Autonomie von den PB im Vergleich zu den anderen Ressourcen als weniger entlastend wahrgenommen wird.

### **Tätigkeitsspezifische Faktoren und differenzierte Messung**

Darüber hinaus wurde deutlich, dass tätigkeitsspezifische Faktoren für PB von besonderer Relevanz sind. Instrumente, die nicht branchenübergreifend, sondern spezifisch auf die Berufsgruppe zugeschnitten sind, können Stressoren und Ressourcen differenzierter und realitätsnäher erfassen. Dies erscheint insbesondere deshalb bedeutsam, weil sich neben den im ISAK enthaltenen Aspekten zusätzliche Faktoren als relevant herausstellten und sich in den offenen Angaben weitere spezifische Merkmale identifizieren ließen. Ein weiterer Hinweis ergab sich in Studie 3: Emotionale Dissonanz kann auch innerhalb von Teamprozessen entstehen, weshalb künftig differenziert untersucht werden sollte, in welchen sozialen Situationen sie auftritt.

Die PB sind häufig widersprüchlichen Erwartungen ausgesetzt oder geraten in Konflikt mit ihrer Rolle, etwa wenn sie kritische Themen im Team ansprechen sollen, obwohl sie hierarchisch niedriger eingestuft sind. In den Studien wurde vor allem *Rollenklarheit* erfasst, nicht jedoch *Rollenambiguität* oder daraus resultierende Konflikte. Zukünftige Forschung sollte diese Aspekte systematisch berücksichtigen, beispielsweise auf Basis der Rollentheorie von Kahn et al. (1965).

Soziale Faktoren zeigten sich als zentrale Prädiktoren für Arbeitszufriedenheit. Psychologische Sicherheit, Offenheit für kritische Perspektiven und Unterstützung sind entscheidend, da PB erwartet wird, kritische Einschätzungen einzubringen. Zukünftige Untersuchungen könnten breitere soziale Konzepte wie das *soziomoralische Klima* (Höge & Weber, 2018) einbeziehen oder spezifische Konstrukte entwickeln, welche die Situation von PB direkt erfassen, z. B. Teamoffenheit für Peer Support oder für Recovery-Orientierung. Zudem sollten potenzielle Qualitätsindikatoren von Peer Support in den Blick genommen werden, etwa der Umgang von PB mit eigenen Krisenerfahrungen im Austausch mit Kolleg\*innen und Klient\*innen. Da dieses Forschungsfeld noch in den Anfängen steckt, erscheinen zunächst qualitative Studien sinnvoll, bevor darauf aufbauend standardisierte quantitative Instrumente entwickelt werden.

### **Nähere Untersuchung gesundheitsförderlicher Ressourcen**

*Gesundheitsressourcen*, die die Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit unterstützen, sind für PB besonders relevant und verdienen vertiefte Untersuchung. Dazu gehören etwa Selbstfürsorge, der adäquate Umgang mit Ängsten oder Nebenwirkungen von Medikamenten sowie die Fähigkeit, mit der Nähe zu Klient\*innen professionell umzugehen. In diesem Zusammenhang wäre es auch lohnend, das bislang theoretisch wenig präzierte Konstrukt „*professionelle Nähe*“ systematisch zu fassen und Messinstrumente hierfür zu entwickeln. So könnte geprüft werden, welche Bedeutung dieses Prinzip für die Arbeit von PB hat, insbesondere im Spannungsfeld zwischen notwendiger Beziehungsgestaltung und potenziellen Risiken.

### **Kohärenzgefühl im Arbeitskontext als relevante Ressource**

Neben allgemeinen Ressourcen spielten *identitätsstiftende Faktoren* wie berufliche Sinnerfüllung und kollektiver beruflicher Selbstwert eine zentrale Rolle. Das integrative Salutogenese-Modell berücksichtigt solche Ressourcen, insbesondere das *Kohärenzgefühl*. Auffällig war, dass alle drei Komponenten – Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit – relevant sind, nicht nur die Sinnkomponente (vgl. Kap. 4.8, Tab. 4). Anknüpfend an Eberz et al. (2011), die eine Skala zu einem arbeitsbezogenen Kohärenzgefühl entwickelt haben, wäre die Untersuchung eines *arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls* sinnvoll. Während das globale Kohärenzgefühl vor allem mit allgemeinen gesundheitsbezogenen Outcomes in Zusammenhang gebracht werden könnte, erscheint ein arbeitsbezogenes Maß für PB besonders aussagekräftig. Da ihre Arbeitssituation häufig als wenig strukturiert beschrieben wird und weiterhin durch Veränderungsprozesse geprägt ist, wäre eine differenzierte Analyse der Komponenten „Handhabbarkeit“ und „Verstehbarkeit“ in diesem Kontext von besonderem Interesse.

Es wäre außerdem lohnend zu untersuchen, *wie PB eine kohärente berufliche Identität entwickeln*, obwohl sie häufig mit unklaren Rollenprofilen und teilweise unstrukturierten Arbeitsbedingungen konfrontiert sind. Hierzu bieten sich qualitative Forschungsansätze an, wie sie beispielsweise Pratt et al. (2006) für Assistenzärzt\*innen entwickelt haben. Auf Grundlage mehrerer Theorien zur Identitätsentwicklung analysierten sie in einer sechsjährigen qualitativen Studie, wie sich berufliche Identität unter komplexen Arbeitsbedingungen formt. Ein vergleichbarer Ansatz könnte genutzt werden, um die Prozesse der Identitätsbildung bei PB systematisch zu erfassen.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

### **Zusammenspiel von Abgrenzungsfähigkeit und Emotionsbewusstsein**

Weitere relevante personale Ressourcen sind *Emotionsbewusstsein* (Boden und Thompson (2015)), das auf dem Level of Emotional Awareness Model (LEAM; Lane und Schwartz (1987)) basiert, sowie *Abgrenzungsfähigkeit* im Sinne der Fähigkeit, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und zu schützen (Wöller, 2006). Beide Ressourcen könnten im Umgang mit den vielfältigen Herausforderungen von PB eine zentrale Rolle spielen, etwa beim frühzeitigen Erkennen eigener Emotionen in belastenden Situationen oder beim professionellen Umgang mit Nähe und Distanz zu Klient\*innen. Zukünftige Forschung sollte prüfen, ob synergistische Effekte zwischen diesen Ressourcen bestehen, die zur Förderung professioneller Handlungssicherheit beitragen.

### **Untersuchung des Resilienzkonzepts im Kontext von Peer Support**

Die Kombination aus hohem Kohärenzgefühl, starker beruflicher Identität und förderlichen Bewältigungsstrategien deutet darauf hin, dass PB über besondere *Resilienz* im Arbeitskontext verfügen. Da das Resilienzkonzept (Masten, 2001; Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2023) im Bereich Peer Support bislang kaum untersucht wurde, wäre es lohnend zu erforschen, in welcher Weise PB Resilienz in diesem spezifischen Arbeitskontext entwickeln und welche gesundheitsbezogenen Wiederherstellungsprozesse im Sinne des CHIME-Frameworks (Leamy et al., 2011) dabei auftreten (vgl. Kap. 4.9, Unterabschnitt „Mögliche Entstehungsprozesse der personalen Ressourcen“). Erkenntnisse hierzu könnten auch für andere Gesundheitsberufe nutzbar sein, insbesondere zur Prävention von Burnout-Risiken.

### **Entstehung von Risikofaktoren und Mechanismen arbeitsbezogener niedriger internaler Kontrollüberzeugung**

Trotz der Vielzahl identifizierter Ressourcen traten auch Risikofaktoren auf, darunter Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von Klient\*innen, Sorgen, Ängste und erhöhte Depressionswerte. Künftige Studien sollten untersuchen, wie solche Faktoren entstehen und inwiefern individuelle Prädispositionen und externe Arbeitsbedingungen eine Rolle spielen. Von besonderem Interesse ist zudem, in welchem Ausmaß *arbeitsbezogene interne Kontrollüberzeugungen* der PB durch strukturelle Erwartungen im psychiatrischen Versorgungssystem beeinflusst werden. Dazu zählen beispielsweise institutionelle Handlungsspielräume sowie der Grad der Partizipation an Entscheidungsprozessen. In diesem Zusammenhang könnte auch das Konzept der *Partizipationsstufen* (Arnstein, 1969) gewinnbringend auf den Peer-Kontext übertragen werden.

### **Weitere Potenziale des JD-R im Bereich Peer Support**

Aufgrund seiner Flexibilität eröffnet das JD-R zahlreiche Perspektiven für weitere Forschung. So könnten beispielsweise Arbeitsmerkmale, die bislang primär als Prädiktoren betrachtet wurden, auch als moderierende oder medierende Variablen untersucht werden. Ein Beispiel ist die *Rollenklarheit*, die sich in den vorliegenden Studien als bedeutsam herausgestellt hat und möglicherweise vermittelt, wie soziale Unterstützung auf die Arbeitszufriedenheit wirkt. Auch die Bedeutung spezifischer Risikofaktoren wie *Neurotizismus* als mögliche Moderatoren im gesundheitsschädigenden Prozess wäre zu prüfen. Die Interaktion von externen und personalen Einflussfaktoren bietet hier großes Potenzial für ein vertieftes Prozessverständnis.

## **6.4 Implikationen für die Praxis der Sozialpsychiatrie**

In diesem Abschnitt werden auf Grundlage der Ergebnisse dieser Forschungsarbeit praktische Handlungsempfehlungen für die Implementierung von Peer Support abgeleitet. Diese lassen sich in mehrere Themenbereiche gliedern, die sich im Verlauf der Arbeit als besonders relevant herausgestellt haben. Zum einen betreffen sie Aspekte der *Arbeitsorganisation*, insbesondere die Klärung von Rollen, Aufgaben und Abläufen. Zum anderen beziehen sie sich auf den *sozialen Kontext*, also aufhaltungsfragen und das Ausmaß sozialer Unterstützung innerhalb der Organisation. Darüber hinaus werden Empfehlungen zu den *tätigkeitsspezifischen Herausforderungen* der Peer-Tätigkeit formuliert sowie vorgestellt, wie die *aktive Nutzung von Erfahrungswissen* der PB auch über die direkte Klient\*innenarbeit hinaus genutzt werden kann.

### **Arbeitsorganisation: Rollenklärung und Arbeitsabläufe**

Die Ergebnisse der Untersuchungen legen nahe, dass die *Klärung und Strukturierung der Rolle* PB von zentraler Bedeutung ist. Auch nach mehreren Jahren Tätigkeit blieb die Rolle teilweise unklar, sodass von Beginn an strukturierende Maßnahmen eingeplant werden sollten. Hierzu gehört, vor Aufnahme der Tätigkeit klare Stellenprofile zu erstellen, Zuständigkeiten und Ansprechpersonen festzulegen, die Aufgabenbereiche aller Beteiligten zu definieren und angemessene Rahmenbedingungen, wie geeignete Räumlichkeiten, bereitzustellen. Regelmäßige Mitarbeitergespräche zur Rolle, deren Wahrnehmung und konkret zum Aufgabenprofil können zudem sicherstellen, dass Rollenkonflikte frühzeitig erkannt und bei Bedarf angepasst werden.

Die *Expertise erfahrener PB kann gezielt genutzt werden*, um Tätigkeitsbeschreibungen, Qualitätsstandards und Einarbeitungsprozesse für neue PB zu entwickeln und zu optimieren. Diese könnten beispielsweise als Job Coaches oder Mentor\*innen fungieren.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Auf diese Weise lassen sich langfristig verbindliche Leitlinien etablieren, die insbesondere für die Einarbeitung neuer Mitarbeitender dienen können.

Neben organisatorischen Aspekten ist auch die *inhaltliche Gestaltung der Rolle* zentral. Die Aufgaben sollten sowohl sinnstiftend als auch auf die individuellen Stärken und Vorerfahrungen der PB abgestimmt sein. Dies kann die berufliche Identifikation und die Motivation fördern.

Ein weiterer zentraler Punkt betrifft die *Erwartungen an PB*. Diese sollten klar, realistisch und kontinuierlich im Arbeitsverlauf kommuniziert werden, um übermäßigen Erwartungsdruck zu vermeiden. Die Verantwortung für die Förderung einer recovery-orientierten Haltung in Einrichtungen kann nur gemeinschaftlich getragen werden, sodass die PB nicht allein für institutionelle Veränderungen verantwortlich gemacht werden sollten.

Wenn Schwierigkeiten in Arbeitsabläufen oder Entscheidungsprozessen sich wiederholen, sollte von der Führungsebene hier sensibel sein, da sie auf *tieferliegende psychosoziale Belastungen* hinweisen können. Bei Bedarf wäre es dann notwendig, diese Probleme offen anzusprechen und Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Zudem sind klare Regelungen für Krankheitsfälle erforderlich, die alle Mitarbeitenden betreffen und idealerweise bereits im Einstellungsprozess kommuniziert werden.

### **Sozialer Kontext: Offene Haltung und soziale Unterstützung**

Die Ergebnisse verdeutlichen die *besondere Bedeutung sozialer Unterstützung und psychologischer Sicherheit*. PB und auch andere Mitarbeitende sollten die Möglichkeit haben, sich offen über Ängste, Sorgen oder kritische Themen auszutauschen, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen. Auch das private soziale Umfeld kann zur Gesundheit der PB beitragen. Organisationen könnten dies durch flexible Arbeitszeiten, Angebote externer Aktivitäten oder finanzielle Zuschüsse unterstützen.

Die Förderung psychologischer Sicherheit hängt sowohl von den *individuellen Haltungen* der Mitarbeitenden als auch von den *Strukturen und Prozessen innerhalb einer Einrichtung* ab. Auf individueller Ebene sind Offenheit gegenüber Kritik, der reflektierte Umgang mit stigmatisierenden Tendenzen und die Bereitschaft, unterschiedliche Perspektiven zuzulassen, zentrale Voraussetzungen für das Gelingen von Peer Support.

Gleichzeitig spiegelt sich der langfristige Erfolg von Peer Support in der übergreifenden *Organisationskultur* wider: Die Integration von Recovery-Orientierung, die Förderung von Lern- und Veränderungsprozessen sowie die institutionelle Akzeptanz von Unsicherheiten sind Ausdruck einer Kultur, die Reflexion und Entwicklung ermöglicht.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Peer Support kann nur dann nachhaltig wirksam sein, wenn sowohl individuelle Haltungen als auch organisationale Rahmenbedingungen diese Prozesse unterstützen.

Obwohl viele sozialpsychiatrische Einrichtungen derzeit eher hierarchisch strukturiert sind und Entscheidungen häufig auf Führungsebene getroffen werden, können *flachere Hierarchien, partizipative Führungsstile und transparente Entscheidungsprozesse* zu einer offeneren Organisationskultur beitragen. Bereits kleinere Maßnahmen, wie *regelmäßige Austauschformate*, könnten einen ersten Schritt in diese Richtung darstellen. Entscheidend ist, dass im Team von Beginn an und kontinuierlich Raum für offene Gespräche über Belastungen, Unsicherheiten und Bedarfe geschaffen wird. Diese Offenheit sollte allen Mitarbeitenden zugutekommen, da psychologische Sicherheit ein zentrales Merkmal gesunder Teamkulturen ist.

### **Unterstützung bei tätigkeitsspezifischen Belastungen im Peer Support**

Ein weiterer Befund betrifft die besonderen Belastungspotenziale von PB, die in anderen Berufsgruppen seltener auftreten. Dazu zählen z.B. *Rollenunklarheit, stigmatisierende Erfahrungen, die Pionierrolle*, die mit dem Erwartungsdruck verbunden ist, in der Einrichtung Recovery-Prozesse voranzubringen, sowie die *häufig isolierte Arbeitsposition* innerhalb eines Teams. Hinzu kommen mögliche *Nachwirkungen eigener Krankheits- oder Krisenerfahrungen*, die im beruflichen Kontext fortbestehen und *emotionale Belastungen* auslösen können. Eine zentrale Herausforderung liegt ebenfalls darin, die oftmals widersprüchlichen Aspekte der *Betroffenen- und Berufsgruppenidentität* miteinander zu vereinbaren.

Um diesen Belastungen adäquat zu begegnen, ist es wichtig, dass *Leitungskräfte für die spezifischen Anforderungen der Tätigkeit sensibilisiert sind*, ohne PB dabei eine Sonderrolle zuzuschreiben, die zu Stigmatisierung führen könnte. Vielmehr sollte das Ziel sein, durch *geeignete strukturelle und personelle Maßnahmen* – etwa regelmäßige Einzelsupervisionen, Teambesprechungen zur Rollenreflexion oder die Beschäftigung von mindestens zwei PB pro Einrichtung – adäquate Rahmenbedingungen zu schaffen. Ist in einer Einrichtung nur eine PB-Stelle vorhanden, kann der Aufbau interinstitutioneller Austauschstrukturen mit PB anderer Einrichtungen den fachlichen Austausch und die soziale Unterstützung fördern.

Eine *individuell ausgerichtete Rollenbeschreibung* kann über standardisierte Stellenprofile hinaus die Entwicklung einer stabilen beruflichen Identität unterstützen. Sie trägt zur Sinnerfüllung bei, indem sie klare Erwartungsstrukturen schafft und die Auseinandersetzung mit eigenen beruflichen Wertvorstellungen anregt.

### **Psychische Gesundheit und präventive Maßnahmen**

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein großer Teil der PB eine *erhöhte depressive Symptomatik* aufweist. Hier haben sich *Interventionsprogramme*, die sowohl auf die *personale als auch auf die organisationale Ebene* abzielen, als besonders wirksam erwiesen. Solche Programme sollten daher allen Mitarbeitenden im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung zugänglich sein, um Burnout und psychischen Belastungen präventiv entgegenzuwirken. Denkbar wären beispielsweise interne Angebote zu Stressbewältigung, Achtsamkeit oder Arbeitsorganisation, die auch auf die spezifischen Anforderungen von PB zugeschnitten werden können.

Zudem ist es zentral, sowohl den PB als auch allen anderen Mitarbeitenden zu ermöglichen, *Selbstfürsorge im Arbeitsalltag* zu praktizieren. Dies kann beispielsweise durch flexible Arbeits- und Pausenzeiten oder durch Austauschformate innerhalb der Teams bzw. in peerspezifischen Gruppen unterstützt werden.

### **Nutzung der Erfahrungsperspektive von PB in Schulungen**

Darüber hinaus wurde deutlich, dass PB nicht nur selbst von adäquaten Hilfsangeboten profitieren, sondern auch einen *wichtigen Beitrag zur Schulung anderer Fachkräfte* leisten können. Sie verfügen über besondere Erfahrungs- und Handlungskompetenzen, die im lösungsorientierten Arbeiten, im Umgang mit schwierigen Arbeitssituationen sowie im Bereich der Selbstfürsorge von Bedeutung sind. Entsprechende Fortbildungseinheiten könnten sowohl für neue PB als auch für andere Berufsgruppen konzipiert werden. Ein geeigneter Rahmen hierfür könnten etwa Recovery Colleges sein, die zunehmend als Lernorte etabliert werden und die gemeinsame Weiterbildung von Fachkräften und Menschen mit eigener Erfahrung fördern.

## **6.5 Ausblick**

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit verdeutlichen die Notwendigkeit eines mehrdimensionalen Blicks auf die Arbeitsbedingungen von PB, der sowohl personale als auch externe Faktoren berücksichtigt. Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Arbeitszufriedenheit sollten daher beide Ebenen adressieren, sowohl im Rahmen von Implementierungsprozessen als auch darüber hinaus. Aufgrund der tätigkeitsspezifischen Anforderungen von PB erscheint es sinnvoll, Programme oder Handbücher zu entwickeln, die die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit systematisch unterstützen.

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

Die Erkenntnisse liefern der Praxis wertvolle Hinweise, etwa zur Gestaltung von Implementierungsprozessen, um Rollen- und Aufgabenklärung zu verbessern, sowie zu Aspekten, die in Leitlinien berücksichtigt werden sollten. Gleichzeitig zeigt sich, dass weitere Forschung notwendig ist, um die Arbeitssituation von PB detaillierter zu untersuchen und Strategien zur langfristigen Sicherung von Motivation und Gesundheit zu entwickeln. Hierbei erscheint insbesondere der Einsatz von Längsschnittstudien sinnvoll, um kausale Zusammenhänge zu prüfen und Veränderungsprozesse wie die berufliche Identitätsentwicklung, die Entstehung depressiver Symptome oder die Entwicklung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls gezielt zu analysieren.

PB verfügen über spezifische Expertise, die bewusst in Einarbeitungsprozesse, Implementierungsmaßnahmen sowie die Entwicklung von Leitlinien und Tätigkeitsprofilen eingebunden werden sollte. Darüber hinaus kann das Verständnis über das berufliche Kohärenzgefühl bei PB vertieft werden. Insbesondere wäre zu untersuchen, wie PB auch unter schwierigen Arbeitsbedingungen ein starkes Kohärenzgefühl aufrechterhalten. Erkenntnisse hierzu könnten nicht nur für den Bereich Peer Support, sondern auch für andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen wertvolle Impulse liefern.

Zuletzt bleibt zu betonen, dass bei der Implementierung von PB stets der Veränderungsprozess auf mehreren Ebenen berücksichtigt werden sollte. Ähnlich wie der Umgang der PB mit ihrer eigenen Identität als Lernprozess verstanden wird, sollte auch die Einführung von Peer Support in Einrichtungen als Lernprozess betrachtet werden. Dabei gilt es, einerseits die Anpassung an veränderte Strukturen, sei es in der Haltung aber auch in Arbeitsprozessen, zu unterstützen, und andererseits die vorgesehenen Lernprozesse der PB zu begleiten, die für andere Mitarbeitende zu Beginn nicht in gleicher Weise relevant sind. Da es sich um eine neue Situation für alle Beteiligten handelt, können trotz sorgfältiger Planung immer wieder Unwägbarkeiten auftreten. Dies erfordert Geduld und Flexibilität, lohnt sich jedoch, da der Einsatz von PB nachweislich die Behandlungsqualität verbessern und langfristig zur Entstigmatisierung von Denk- und Verhaltensweisen im sozialpsychiatrischen Bereich beitragen kann.

## Literaturverzeichnis

- Achberger, C. & Utschakowski, J. (2015). Zuversicht als Grundhaltung lohnt sich. *Soziale Psychiatrie*, 15(2), 14–15. [https://www.kerbe.info/wp-content/uploads/2012/12/2013\\_1\\_Internet.pdf](https://www.kerbe.info/wp-content/uploads/2012/12/2013_1_Internet.pdf)
- Allan, B. A., Autin, K. L., Duffy, R. D. & Sterling, H. M. (2020). Decent and meaningful work: A longitudinal study. *Journal of counseling psychology*, 67(6), 669–679. <https://doi.org/10.1037/cou0000432>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping. The Jossey-Bass social and behavioral science series*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* (2. pr). *Jossey-Bass health series*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. & Franke, A. (1997). *Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis: Bd. 36. Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (N. Schulte, Übers.) (A. Franke, Hg.). DGVT-Verl.
- Arbuckle, J. L. (2022). *Amos 29.0 User`s Guide [Computer software]*. IBM Corp.
- Aretz, T. (2016). *Experienced Involvement: Eine Befragung von Führungskräften zum Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern und Empfehlungen für das Personalmanagement [Masterarbeit]*. Alice Salomon Hochschule, Berlin.
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Awa, W. L., Plaumann, M. & Walter, U. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient education and counseling*, 78(2), 184–190. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008>
- Badura, B., Ducki, A., Baumgardt, J., Meyer, M. & Schröder, H. (2024). *Fehlzeiten-Report 2024: Bindung und Gesundheit - Fachkräfte gewinnen und halten*. Springer-Verlag.
- Bailie, H. A. & Tickle, A. (2015). Effects of employment as a peer support worker on personal recovery: a review of qualitative evidence. *Mental Health Review Journal*, 20(1), 48–64. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-04-2014-0014>
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2024). Job demands-resources theory: Frequently asked questions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 29(3), 188–200. <https://doi.org/10.1037/ocp0000376>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., Boer, E. de & Schaufeli, W. B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational behavior*, 62(2), 341–356. [https://doi.org/10.1016/S0001-8791\(02\)00030-1](https://doi.org/10.1016/S0001-8791(02)00030-1)

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

- Bakker, A. B., Demerouti, E. & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43(1), 83–104. <https://doi.org/10.1002/hrm.20004>
- Bamberg, E., Busch, C. & Ducki, A. (2003). *Stress- und Ressourcenmanagement: Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt* (1. Aufl.). Aus dem Programm Huber. Huber. [http://bvbr.bib-bvb.de:8991/F?func=service&doc\\_library=BVB01&doc\\_number=010430214&line\\_number=0002&func\\_code=DB\\_RECORDS&service\\_type=MEDIA](http://bvbr.bib-bvb.de:8991/F?func=service&doc_library=BVB01&doc_number=010430214&line_number=0002&func_code=DB_RECORDS&service_type=MEDIA)
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* (12. print). Freeman.
- Bartholdt, L. & Schütz, A. (2010). *Stress im Arbeitskontext: Ursachen, Bewältigung und Prävention* (1. Auflage). Beltz.
- Bengel, J., Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Strittmatter, R. & Willmann, H. (2009). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert ; eine Expertise* (Erweiterte Neuauflage). *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Bd. 6*. BZgA. <https://shop.bzga.de/band-06-was-erhaelt-menschen-gesund-antonovskys-modell-der-salutogen-60606000/> <https://doi.org/10.4126/38m-002470156>
- Berg, C. (2017). Zusammenhänge zwischen beruflicher Identität, Commitment und Arbeitszufriedenheit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 71(3), 169–178. <https://doi.org/10.1007/s41449-017-0066-7>
- Berger, P. (2019). *Chancen und Herausforderungen für die EX-IN Genesungsbegleitung: Eine Fragebogenerhebung bei Fachkräften im Bereich der Borderline-Persönlichkeitsstörung* [Masterarbeit]. Hochschule Landshut. <https://opus4.kobv.de/opus4-haw-landshut/frontdoor/index/index/year/2019/docId/180>
- Bock, T. (2015). Die Entwicklung des Subjekts-Triolog und Empowerment. In J. Armbruster, A. Dieterich, D. Hahn & K. Ratzke (Hrsg.), *40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn*. (S. 489–504). Psychiatrie.
- Bock, T. (2018). Strukturreform, Partizipation, soziale Gerechtigkeit. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 50(1), 53–61.
- Boden, M. T. & Thompson, R. J. (2015). Facets of emotional awareness and associations with emotion regulation and depression. *Emotion (Washington, D.C.)*, 15(3), 399–410. <https://doi.org/10.1037/emo0000057>

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

- Bono, J. E. & Judge, T. A. (2003). Core self-evaluations: a review of the trait and its role in job satisfaction and job performance. *European Journal of Personality*, 17(1\_suppl), S5-S18. <https://doi.org/10.1002/per.481>
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M., Abdous, B. & Gaudet, M. (2006). Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occupational and environmental medicine*, 63(5), 335–342. <https://doi.org/10.1136/oem.2004.018077>
- Brändli, H. (2018). Wie ich Genesungsbegleiterin wurde. *PADUA*, 13(1), 29–32. <https://doi.org/10.1024/1861-6186/a000412>
- Brändli, H. (2020). EX-IN – Erfahrungswissen in der Psychiatrie. *Familiendynamik*, 45(3), 180–186. <https://doi.org/10.21706/fd-45-3-180>
- Braukmann, J., Heimer, A., Jordan, M., Maetzel, J., Schreiner, M. & Wansing, G. (2017). *Evaluation von Peer Counseling im Rheinland - Endbericht*. Prognos AG; Universität Kassel.
- Brenninkmeijer, V., Demerouti, E., Le Blanc, P. M. & van Hetty Emmerik, I. J. (2010). Regulatory focus at work: The moderating role of regulatory focus in the job demands-resources model. *Career Development International*, 15(7), 708–728. <https://doi.org/10.1108/13620431011094096>
- Burr, C., Rother, K., Elhilali, L., Winter, A., Weidling, K., Kozel, B. & Gurtner, C. (2020). Peer support in Switzerland – Results from the first national survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 212–223. <https://doi.org/10.1111/inm.12665>
- Byrne, B. (2016). *Structural Equation Modeling With AMOS*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315757421>
- Byrne, L., Happell, B. & Reid-Searl, K. (2016). Lived experience practitioners and the medical model: world's colliding? *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 25(3), 217–223. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101428>
- Byrne, L., Roennfeldt, H., Wolf, J., Linfoot, A., Foglesong, D., Davidson, L. & Bellamy, C. (2022). Effective Peer Employment Within Multidisciplinary Organizations: Model for Best Practice. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49(2), 283–297. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01162-2>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92–100. [https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)

- Cheng, T.-M., Chang, S.-Y. & Lien, W.-H. (2021). Work-leisure balance: Perceived organizational leisure support. *Journal of Leisure Research*, 52(2), 202–226. <https://doi.org/10.1080/00222216.2020.1762518>
- Chudzicka-Czupała, A. & Zalewska-Lunkiewicz, K. (2020). Subjective well-being, general self-efficacy and coping with stress in former psychiatric patients preparing for the peer support role: an exploratory study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 1–10.
- Cooper, R. E., Saunders, K. R. K., Greenburgh, A., Shah, P., Appleton, R., Machin, K., Jaynes, T., Barnett, P., Allan, S. M., Griffiths, J., Stuart, R., Mitchell, L., Chipp, B., Jeffreys, S., Lloyd-Evans, B., Simpson, A. & Johnson, S. (2024). The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: a systematic umbrella review. *BMC Medicine*, 22(1), 1–45. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03260-y>
- Cornelißen, T. (2009). The Interaction of Job Satisfaction, Job Search, and Job Changes. An Empirical Investigation with German Panel Data. *Journal of Happiness Studies*, 10(3), 367–384. <https://doi.org/10.1007/s10902-008-9094-5>
- Cronise, R., Teixeira, C., Rogers, E. S. & Harrington, S. (2016). The peer support workforce: Results of a national survey. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 211–221. <https://doi.org/10.1037/prj0000222>
- Crosswell, A. D. & Lockwood, K. G. (2020). Best practices for stress measurement: How to measure psychological stress in health research. *Health psychology open*, 7(2), 2055102920933072. <https://doi.org/10.1177/2055102920933072>
- DAK Gesundheit. (2025). *Update Psychreport 2025: Entwicklungen d er psychischen Erkrankungen im Job: 2023 - 2024*. chrome-extension://efaidnbmnribpcajpcglclefindmkaj/https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/131624/data/4e1fc7bc25d1abe1339535a2da6d9be4/250415-download-report-psychreport-vorsaeetze-1-.pdf
- Dammayr, M. (2012). Pflege zwischen Ökonomisierung und Professionalisierung – Das Beispiel der Alten- und Langzeitpflege in Österreich. *Arbeit*, 21(4). <https://doi.org/10.1515/arbeit-2012-0405>
- Debyser, B., Berben, K., Beeckman, D., Deproost, E., van Hecke, A. & Verhaeghe, S. (2019). The transition from patient to mental health peer worker: A grounded theory approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 560–571. <https://doi.org/10.1111/inm.12561>

- Demerouti, E. (2024). Burnout: a comprehensive review. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 78(4), 492–504. <https://doi.org/10.1007/s41449-024-00452-3>
- Demerouti, E. & Nachreiner, F. (2019). Zum Arbeitsanforderungen-Arbeitsressourcen-Modell von Burnout und Arbeitsengagement – Stand der Forschung. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 73(2), 119–130. <https://doi.org/10.1007/s41449-018-0100-4>
- Dietz, A. (Hrsg.). (1998). *Ratschlag. Behandlungsvereinbarungen: Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie* (1. Aufl.). Psychiatrie-Verl.
- DIMDI, O. V. (2018). *Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen*. <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2018/index.htm>
- DIN Deutsches Institut für Normung e.V. (2017). *Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung - Teil 1: Allgemeine Aspekte und Konzepte und Begriffe (ISO 10075-1:2017): Deutsche Fassung EN ISO 10075-1*. Beuth.
- Edmondson, A. (1999). Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative science quarterly*, 44(2), 350. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Edmondson, A. & Lei, Z. (2014). Psychological Safety: The History, Renaissance, and Future of an Interpersonal Construct. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 23–43. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091305>
- Egold, N. & van Dick, R. (2015). Career and organizational identification: extending the expanded model of identification. In A. de Vos & B. van der Heijden (Hrsg.), *Handbook of Research on Sustainable Careers* (S. 99–115). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781782547037.00012>
- Eikmeier, G. & Lacroix, A. (2018). Recovery und Inklusion: ein Erfahrungsbericht über 5 Jahre Genesungsbegleitung in der Psychiatrie [Recovery and Inclusion: A Field Report on 5 Years of Peer Support in Psychiatry]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 80(2), 101–104.
- EX-IN Deutschland e.V. (2024). *Standorte - EX-IN Deutschland*. <https://ex-in.de/standorte/>
- Faltermaier, T. (2023). *Gesundheitspsychologie* (3., aktualisierte Auflage). *Grundriss der Psychologie / herausgegeben von Bernd Leplow und Maria von Salisch begründet von Herbert Selg und Dieter Ulich: Band 21*. Verlag W. Kohlhammer.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2018). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen: Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens* (2., aktualisierte Auflage). Verlag W. Kohlhammer.

- [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk  
&AN=1881131](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1881131)
- Finzen, A. (2013). *Stigma psychische Krankheit: Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen* (1. Aufl.). Psychiatrie-Verlag.  
[https://content-select.com/media/moz\\_viewer/545c87a6-2a00-4d47-8887-  
3f3fb0dd2d03](https://content-select.com/media/moz_viewer/545c87a6-2a00-4d47-8887-3f3fb0dd2d03)
- Firmin, R. L., Mao, S., Bellamy, C. D. & Davidson, L. (2019). Peer support specialists' experiences of microaggressions. *Psychological services, 16*(3), 456–470.  
<https://doi.org/10.1037/ser0000297>
- Fischer, J. & Hüttermann, H. (2020). *PsySafety-Check (PS-C)*. ZIS - GESIS Leibniz Institute for the Social Sciences.  
[https://www.researchgate.net/publication/341014855\\_PsySafety-Check\\_PS-  
C\\_Fragebogen\\_zur\\_Messung\\_psychologischer\\_Sicherheit\\_in\\_Teams](https://www.researchgate.net/publication/341014855_PsySafety-Check_PS-C_Fragebogen_zur_Messung_psychologischer_Sicherheit_in_Teams)  
<https://doi.org/10.6102/zis279>
- Fischer, L., Dadaczynski, K. & Rathmann, K. (2020). Psychosoziale Arbeitsbedingungen und Burnout-Symptome in der stationären somatischen und psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege. *Pflege, 33*(2), 93–104. [https://doi.org/10.1024/1012-  
5302/a000720](https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000720)
- Förderkreis Borderline-Trialog e.V. (o.J.). *DBT Peer Coach.: Informationen zur Weiterbildung*. <https://www.borderlinetrialog.de/dbtpeercoach>
- Forkmann, T., Böcker, M., Wirtz, M. & Norra, C. (2011). *Rasch-basiertes Depressionsscreening. Form I und II Testmanual*.  
[https://www.researchgate.net/publication/321278261\\_Rasch-  
basiertes\\_Depressionsscreening\\_DESC](https://www.researchgate.net/publication/321278261_Rasch-basiertes_Depressionsscreening_DESC)
- Franke, F., Ducki, A. & Felfe, J. (2015). Gesundheitsförderliche Führung. In J. Felfe (Hrsg.), *Psychologie für das Personalmanagement. Trends der psychologischen Führungsforschung* (S. 253–264). Hogrefe.
- Franke, F., Felfe, J. & Pundt, A. (2014). The Impact of Health-Oriented Leadership on Follower Health: Development and Test of a New Instrument Measuring Health-Promoting Leadership. *German Journal of Human Resource Management, 28*(1-2), 139–161. <https://doi.org/10.1177/239700221402800108>
- Freitag, R. (2011). Experienced Involvement–EX-IN. Einbeziehung Psychiatrie Erfahrener. *Sozialpsychiatrische Informationen, 41*(1), 30–32. [https://www.ex-  
in.info/data/files/175/Experienced\\_Involvement\\_SPI.pdf](https://www.ex-in.info/data/files/175/Experienced_Involvement_SPI.pdf)

- Ganster, D. C. & Schaubroeck, J. (1991). Work Stress and Employee Health. *Journal of Management*, 17(2), 235–271. <https://doi.org/10.1177/014920639101700202>
- Gillard, S., Foster, R., White, S., Barlow, S., Bhattacharya, R., Binfield, P., Eborall, R., Faulkner, A., Gibson, S., Goldsmith, L. P., Simpson, A., Lucock, M., Marks, J., Morshead, R., Patel, S., Priebe, S., Repper, J., Rinaldi, M., Ussher, M. & Worner, J. (2022). The impact of working as a peer worker in mental health services: a longitudinal mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 373. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03999-9>
- Gillard, S., Gibson, S. L., Holley, J. & Lucock, M. (2015). Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: a qualitative research study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(5), 435–445. <https://doi.org/10.1017/S2045796014000407>
- Goffman, E. (1967). Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. *Frankfurt a. M.: Suhrkamp*.
- Gräske, J., Forbrig, T. A., Koppe, L., Urban, S., Neumann, F. & Boguth, K. (2021). Gratifikationskrisen, Arbeitsfähigkeit und Wunsch nach beruflichen Veränderungen – eine Querschnittsstudie bei Pflegepersonen [Effort-Reward Imbalance, Ability to Work and the Desire for Career Exits: a Cross-sectional Study of Nurses]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1055/a-1706-0629>
- Greif, S. (1991). Stress in der Arbeit - Einführung und Grundbegriffe. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (S. 1–28). Hogrefe.
- Greif, S., Bamberg, E. & Semmer, N. (Hrsg.). (1991). *Psychischer Stress am Arbeitsplatz*. Hogrefe.
- Greif, S., Hamborg, K.-C., Birbaumer, N.-P., Frey, D., Kuhl, J., Schneider, W. & Schwarzer, R. (Hrsg.). (2018). *Enzyklopädie der Psychologie Methodologie und Methoden Psychologische Interventionsmethoden: Band 3. Methoden der Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie* (1. Auflage). Hogrefe. <https://elibrary.hogrefe.com/book/10.1026/01515-000>
- Gruber, D., Böhm, M., Wallner, M. & Koren, G. (2018). Sozialpsychiatrie: Trends und Herausforderungen. In W. Schöny (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie – theoretische Grundlagen und praktische Einblicke* (S. 226–272). Springer.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

- Gühne, U., Weinmann, S. & Riedel-Heller, S. G. (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Auflage).
- Harrison, J. & Read, J. (2016). *Literature Review. Challenges Associated With the Implementation of Peer Staff Roles in Mainstream Mental Health and Addiction Agencies*. Self Help.
- Hauff, S. & Kirchner, S. (2013). Wandel der Arbeitsqualität / Changes in Job Quality. *Zeitschrift für Soziologie*, 42(4), 337–355. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2013-0405>
- Heim, L. & Walther, C. (2020). Soziale Teilhabe: Ergebnisse einer Replikation der BAESCAP-Studie. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 50(1), 44–49.
- Heinrichs, M., Stächele, T. & Domes, G. (2015). *Stress und Stressbewältigung. Fortschritte der Psychotherapie: Band 58*. Hogrefe. <http://elibrary.hogrefe.de/9783840922527>
- Hentrich, S., Zimmer, A., Sosnowsky-Waschek, N., Kellner, M. & Petermann, F. (2016). Wechselwirkungen zwischen Arbeit, Persönlichkeit und psychischer Gesundheit. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 64(4), 299–309. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000291>
- Heuer, I., Schulz, G., Bock, T. & Mahlke, C. (2021). Krise als Chance?! ... *Nervenheilkunde*, 40(09), 712–717. <https://doi.org/10.1055/a-1547-8643>
- Heumann, K., Schmid, C., Wilfer, A., Bolkan, S., Mahlke, C [C.] & Peter, S. (2019). Kompetenzen und Rollen(-erwartungen) von Genesungsbegleitern in der psychiatrischen Versorgung – Ein partizipativer Forschungsbericht [Competencies and Role Experiences of Peer Support - A Participatory Research Report]. *Psychiatrische Praxis*, o.S. <https://doi.org/10.1055/a-0597-8188>
- Heumann, K., Utschakowski, J., Mahlke, C. & Bock, T. (2015). Implementierung von Peer-Arbeit. *Nervenheilkunde*, 34(04), 275–278. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1627581>
- Hirvikallio, J., Haaranen, A. & Hult, M. (2024). Psychological safety, social support, and commitment among nurse managers: A cross-sectional study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 44, Artikel 20571585241238844. <https://doi.org/10.1177/20571585241238844>
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *The American psychologist*, 44(3), 513–524. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.44.3.513>
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress. The Plenum series on stress and coping*. Plenum Press. <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0819/98039939-d.html>

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

- Höflacher, R. (2016). Selbsthilfe als Arbeits- und Genesungsperspektive. *Die Kerbe*(2), 29–31.
- Höge, T. & Schnell, T. (2012). Kein Arbeitsengagement ohne Sinnerfüllung. Eine Studie zum Zusammenhang von Work Engagement, Sinnerfüllung und Tätigkeitsmerkmalen. *Wirtschaftspsychologie*, 1, 91-99. *Wirtschaftspsychologie*, 1, 91-11.
- Höge, T. & Weber, W. G. (2018). Das soziomoralische Organisationsklima und Sinnerfüllung in der Arbeit: Erkenntnisse über zwei Gesundheitsressourcen. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report: Bd. 2018. Sinn erleben - Arbeit und Gesundheit: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft : mit 127 Abbildungen und 250 Tabellen* (S. 225–234). Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-662-57388-4\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-662-57388-4_19)
- Hoghe, J., Röseler, L., Limmer, R., Walther, C. & Schütz, A. (2022). *Work-related stress among peer workers in social psychiatry: stressors, resources and their relationship to health-related and motivational outcomes*. doi: 10.17605/OSF.IO/KYPND
- Hoghe, J., Röseler, L., Limmer, R., Walther, C. & Schütz, A. (2024). Berufliche Stressoren und Ressourcen von Genesungsbegleiter\*innen/Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie [Occupational Stressors and Resources of Peer Workers in Social Psychiatry]. *Psychiatrische Praxis*. Vorab-Onlinepublikation.  
<https://doi.org/10.1055/a-2383-8057>
- Hoghe, J., Röseler, L., Limmer, R., Walther, C. & Schütz, A. (2025). Die Bedeutung personaler Ressourcen und personaler Risikofaktoren für die Bewältigung beruflicher Belastungen bei Genesungsbegleiter/-innen/Peer Berater/-innen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*(79), 219–233. <https://doi.org/10.1007/s41449-025-00460-x>
- Hoghe, J. & Walther, C.. (2019). Förderliche Rahmenbedingungen für die Partizipation von Genesungsbegleiter\_innen in der sozialpsychiatrischen Regelversorgung. In M. Köttig & D. Röh (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Demokratie – Demokratieförderung in der Sozialen Arbeit* (S. 162–170). Verlag Barbara Budrich.
- Holler, M., Krüger, T. & Mußmann, F. (2014). Die Weiterentwicklung des DGB-Index Gute Arbeit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 68(3), 163–174.  
<https://doi.org/10.1007/BF03374442>
- IBM Corp. (2023). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Version 29.0) [Computer software]. IBM Corp.
- Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., Mueller-Stierlin, A., Ryan, G., Mahlke, C., Shamba, D., Puschner, B., Repper, J. & Slade, M.

- (2020). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55(3), 285–293. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01739-1>
- Irmer, J. P., Kern, M., Schermelleh-Engel, K., Semmer, N. K. & Zapf, D. (2019). The Instrument for Stress-Oriented Task Analysis (ISTA). *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 63(4), 217–237. <https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000312>
- Jahnke, B. (2015). EX-IN-Genesungsbegleiter - ein neues Berufsbild in der Psychiatrielandschaft. In J. Storck & I. Plöbl (Hrsg.), *Handbuch Arbeit. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben*. (S. 123–128). Psychiatrie.
- Jindal, P., Mittal, A., Gupta, P. & Chaudhry, R. (2024). Mediating Role of Psychological Safety on Support at the Workplace and its Association with Organization Performance: Context of Indian IT Sector. *The Open Psychology Journal*, 17(1), Artikel e18743501311004. <https://doi.org/10.2174/0118743501311004240710111216>
- Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American journal of public health*, 78(10), 1336–1342. <https://doi.org/10.2105/ajph.78.10.1336>
- Jørgensen, K., Lerbæk, B., Frederiksen, J., Watson, E., Søren Hansen, M., Hansen, M., Juhl, R., Bay Østergaard, A., Bjerrum, M. & Karlsson, B. (2025). Healthcare Professionals' Experience with the Implementation of a Recovery-Oriented Approach across in-Patient Units and Assertive Community Treatment. *Issues in mental health nursing*, 46(2), 197–205. <https://doi.org/10.1080/01612840.2025.2456180>
- Kahn, R. L., Levinson, H., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D. & Rosenthal, R. A. (1965). Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity. *Administrative science quarterly*, 10(1), 125. <https://doi.org/10.2307/2391654>
- Kanning, U. P. (2009). *Diagnostik sozialer Kompetenzen. Kompendien Psychologische Diagnostik*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG. <https://books.google.de/books?id=1JmbEAAAQBAJ>
- Karasek, R. & Theorell, T. (1999). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life* [6. Dr.]. Basic Books.
- Keller, M., Bamberg, E., Kersten, M. & Nienhaus, A. (2013a). Instrument for stress-related job analysis for hospital physicians: validation of a short version. *Journal of*

- occupational medicine and toxicology (London, England)*, 8(1), 10.  
<https://doi.org/10.1186/1745-6673-8-10>
- Keller, M., Bamberg, E., Kersten, M. & Nienhaus, A. (2013b). Validierung des Instruments zur stressbezogenen Arbeitsanalyse für Klinikärztinnen und -ärzte (ISAK). *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 57(1), 3–21.  
<https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000096>
- Kemp, V. & Henderson, A. R. (2012). Challenges faced by mental health peer support workers: peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatric rehabilitation journal*, 35(4), 337–340. <https://doi.org/10.2975/35.4.2012.337.340>
- Keupp, H. (2020). Individualisierte Identitätsarbeit in spätmodernen Gesellschaften Riskante Chancen zwischen Selbstsorge und Zonen der Verwundbarkeit. In U. Deppe (Hrsg.), *Studien zur Schul- und Bildungsforschung. Die Arbeit am Selbst: Theorie und Empirie zu Bildungsaufstiegen und exklusiven Karrieren* (1st ed. 2020, S. 41–65). Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint: Springer VS.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. (4. Aufl.).
- Koch-Stoecker, S. & Driessen, M. (2017). Moderne Versorgungsformen in der Psychiatrie. *DNP - Der Neurologe & Psychiater*, 18(1-2), 40–48. <https://doi.org/10.1007/s15202-017-1491-3>
- Kotera, Y., Newby, C., Charles, A., Ng, F., Watson, E., Davidson, L., Nixdorf, R., Bradstreet, S., Brophy, L., Brasier, C., Simpson, A., Gillard, S., Puschner, B., Kidd, S. A., Mahlke, C., Sutton, A. J., Gray, L. J., Smith, E. A., Ashmore, A., . . . Slade, M. (2023). Typology of Mental Health Peer Support Work Components: Systematised Review and Expert Consultation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01126-7>
- Kovaleva, A., Beierlein, C., Kemper, C. J. & Rammstedt, B. (2014). *Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4 (IE-4)*. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). [https://zis.gesis.org/pdfFiles/Dokumentation/Kovaleva+\\_Int-Ext-Kontrollueberzeugung\\_c.pdf](https://zis.gesis.org/pdfFiles/Dokumentation/Kovaleva+_Int-Ext-Kontrollueberzeugung_c.pdf)
- Kunze, N. (2013). *Peer-Beratung in der Psychiatrie:: Empirische Untersuchung der Wirkung der Peer-Tätigkeit auf die Peer-Berater selbst* [unveröffentlichte Masterarbeit]. Universität Hamburg.
- Küpper, C. (2017). Are you experienced? - Einige Überlegungen zum Verhältnis von subjektiver Erfahrung, Professionalität und Betroffenheit in Psychiatrie und Antipsychiatrie. *Forum Gemeindepsychiatrie*, 22(1), 1–10.

- Lacroix, A. (2016). Genesungsbegleiter als neue Berufsgruppe in der vollstationären Versorgung-wie geht das? In J. Utschakowski, G. Sielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.), *Experten aus Erfahrung: Peerarbeit in der Psychiatrie* (1. Aufl.). Psychiatrie.
- Lane, R. D. & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American journal of psychiatry*, 144(2), 133–143. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.2.133>
- Laux, L. & Schütz, A. (Hrsg.). (1996). *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Bd. 108. Stressbewältigung und Wohlbefinden in der Familie: Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (4. Aufl.). W. Kohlhammer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978). Stress-Related Transactions between Person and Environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Hrsg.), *Perspectives in Interactional Psychology* (S. 287–327). Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3997-7\\_12](https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3997-7_12)
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Leiner, D. J. (2023). *SoSci Survey (Version 3.4.19) [Computer software]*. <https://www.soscisurvey.de>
- Lesch, H., Schäfer, H. & Schmidt, J. (2013). Vol. 62 (2013), Issue 5. *Sozialer Fortschritt*, 62(5), 139–148. <https://doi.org/10.3790/sfo.62.5.139>
- Lesener, T., Gusy, B. & Wolter, C. (2019). The job demands-resources model: A meta-analytic review of longitudinal studies. *Work & Stress*, 33(1), 76–103. <https://doi.org/10.1080/02678373.2018.1529065>
- Lincke, H.-J., Vomstein, M., Lindner, A., Nolle, I., Häberle, N., Haug, A. & Nübling, M. (2021). COPSOQ III in Germany: validation of a standard instrument to measure psychosocial factors at work. *Journal of occupational medicine and toxicology (London, England)*, 16(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12995-021-00331-1>
- Luhtanen, R. & Crocker, J. (1992). A Collective Self-Esteem Scale: Self-Evaluation of One's Social Identity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(3), 302–318. <https://doi.org/10.1177/0146167292183006>

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

- Mahlke, C., Schulz, G., Sielaff, G., Nixdorf, R. & Bock, T. (2019). Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung [Models of peer support in psychiatric care]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 62(2), 214–221.
- Mahlke, C. I., Priebe, S., Heumann, K., Daubmann, A., Wegscheider, K. & Bock, T. (2017). Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness - a randomised controlled trial. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 42, 103–110.
- Mancini, M. A. (2018). An Exploration of Factors that Effect the Implementation of Peer Support Services in Community Mental Health Settings. *Community Mental Health Journal*, 54(2), 127–137. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0145-4>
- Martinez, A. G. (2014). When “They” Become “I”: Ascribing Humanity to Mental Illness Influences Treatment-Seeking for Mental/Behavioral Health Conditions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(2), 187–206. <https://doi.org/10.1521/jscp.2014.33.2.187>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *The American psychologist*, 56(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.227>
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- McLean, J. (2009). *Evaluation of the delivering for mental health peer support worker pilot scheme*. Scottish Government Social Research Edinburgh.
- Melzer, M. & Hubrich, A. (2014). *Einfluss arbeitsbezogener und individueller Ressourcen auf positive Aspekte der mentalen Gesundheit*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Dortmund, Berlin, Dresden.
- Mesmer-Magnus, J. R., DeChurch, L. A. & Wax, A. (2012). Moving emotional labor beyond surface and deep acting. *Organizational Psychology Review*, 2(1), 6–53. <https://doi.org/10.1177/2041386611417746>
- Michel, A. & Hoppe, A. (2022). *Handbuch Gesundheitsförderung bei der Arbeit*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-28651-4>
- Moog, S. (o.J.). *Stiftungsfamilie - peers at work*. <https://www.stiftungsfamilie.de/unterstuetzung/angebote-projekte-fuer-berufstaetige/peers-at-work>

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

- Moran, G. S., Russinova, Z. & Stepas, K. (2012). Toward understanding the impact of occupational characteristics on the recovery and growth processes of peer providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 376.
- Mücke, B. (2010). Peers in der Berliner Krisenpension. *Die Kerbe*(1), 38–40.
- Nerdinger, F. W., Blickle, G. & Schaper, N. (2019). *Arbeits- und Organisationspsychologie* (4., vollständig überarbeitete Auflage). *Springer-Lehrbuch*. Springer.  
<http://www.springer.com/>
- Nübling, M. (2005). *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen: Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ) ; [Abschlussbericht zum Projekt "Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen - Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ)" - Projekt F 1885. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Forschung: Bd. 1058. Wirtschaftsverl. NW Verl. für Neue Wiss.*  
<https://www.copsoq.de/assets/pdf/BUCH-coposq-dt-baua-2005-Fb1058.pdf>
- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaels, M. & Hofmann, F. (2011). *Erfassung psychischer Belastungen anhand eines erprobten Fragebogens – Aufbau der COPSOQ-Datenbank. Stand 11/2010.* <https://www.copsoq-datenbank.de/db-abfrage.php>
- Oexle, N. & Rüscher, N. (2018). Stigma – Risikofaktor und Konsequenz suizidalen Verhaltens : Implikationen für die Suizidprävention [Stigma - risk factor and consequence of suicidal behavior : Implications for suicide prevention]. *Der Nervenarzt*, 89(7), 779–783. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0450-8>
- Orkibi, H. (2019). Creative Arts Therapists Report Lower Collective Self-Esteem but Higher Job Satisfaction Than Other Professionals. *Art Therapy*, 36(2), 98–102.  
<https://doi.org/10.1080/07421656.2019.1609332>
- Park, S. G., Chang, B.-H., Mueller, L., Resnick, S. G. & Eisen, S. V. (2016). Predictors of Employment Burnout Among VHA Peer Support Specialists. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 67(10), 1109–1115. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500239>
- Perrez, M. & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping, and health: A situation-behavior approach ; theory, methods, applications*. Hogrefe & Huber.  
[https://www.researchgate.net/publication/242655636\\_Stress\\_coping\\_and\\_health\\_A\\_situation-behavior\\_approach\\_Theory\\_methods\\_applications](https://www.researchgate.net/publication/242655636_Stress_coping_and_health_A_situation-behavior_approach_Theory_methods_applications)
- Peter, S. von (o.J.). *Studie. Impeer*. <https://www.impeer.de/>
- Peter, S. von, Kraemer, U. M., Cubellis, L., Fehler, G., Ruiz-Pérez, G., Schmidt, D., Ziegenhagen, J., Kuesel, M., Ackers, S., Mahlke, C., Nugent, L. & Heuer, I. (2024).

- Implementing peer support work in mental health care in Germany: The methodological framework of the collaborative, participatory, mixed-methods study (ImpPeer-Psy5). *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 27(1), e13938. <https://doi.org/10.1111/hex.13938>
- Plöbl, I. & Jahnke, B. (2016). Editorial. *Die Kerbe*(2), 3.
- Pratt, M. G., Rockmann, K. W. & Kaufmann, J. B. (2006). Constructing Professional Identity: The Role of Work and Identity Learning Cycles in the Customization of Identity Among Medical Residents. *Academy of Management Journal*, 49(2), 235–262. <https://doi.org/10.5465/amj.2006.20786060>
- Puschner, B., Repper, J., Mahlke, C., Nixdorf, R., Basangwa, D., Nakku, J., Ryan, G., Baillie, D., Shamba, D., Ramesh, M., Moran, G., Lachmann, M., Kalha, J., Pathare, S., Müller-Stierlin, A. & Slade, M. (2019). Using Peer Support in Developing Empowering Mental Health Services (UPSIDES): Background, Rationale and Methodology. *Annals of Global Health*, 85(1). <https://doi.org/10.5334/aogh.2435>
- R Core Team. (2023). *R: A language and environment for statistical computing.*: R Foundation for Statistical Computing, Wien, Österreich. <https://www.R-project.org/>
- Rabiul, M. k., Rashed, K. & Rashid, H. O. (2024). Transformational leadership style and psychological safety to meaningful work: moderating role customer incivility. *Journal of Management Development*, 43(1), 49–67. <https://doi.org/10.1108/JMD-09-2023-0292>
- Rammstedt, B., Kemper, C. J., Klein, M. C., Beierlein, C. & Kovaleva, A. (2014). *Big Five Inventory (BFI-10). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)*. <https://doi.org/10.6102/zis76>
- Rau, R. & Buyken, D. (2015). Der aktuelle Kenntnisstand über Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 59(3), 113–129. <https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000186>
- Reif, J., Spieß, E. & Stadler, P. (2018). *Effektiver Umgang mit Stress*. Springer.
- Repper, J. & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of mental health*, 20(4), 392–411.
- Richter, G., Schütte, M. & Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014). Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse–SALSA. *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Erfahrung und Empfehlungen*, 240–244.

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

- Rizzo, J. R., House, R. J. & Lirtzman, S. I. (1970). Role Conflict and Ambiguity in Complex Organizations. *Administrative science quarterly*, 15(2), 150.  
<https://doi.org/10.2307/2391486>
- Robert, A. & Karasek, J. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285–308.
- Rohwer, E., Mojtahedzadeh, N., Harth, V. & Mache, S. (2021). Stressoren, Stresserleben und Stressfolgen von Pflegekräften im ambulanten und stationären Setting in Deutschland. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 71(1), 38–43.  
<https://doi.org/10.1007/s40664-020-00404-8>
- Rönnau-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2023). *Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne*. Kohlhammer Verlag.
- Ruiz-Pérez, G., Küsel, M. & Peter, S. von (2025). Changes in attitudes of mental health care staff surrounding the implementation of peer support work: A qualitative study. *PLOS ONE*, 20(4), e0319830. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319830>
- Ruppelt, F., Mahlke, C., Heumann, K., Sielaff, G. & Bock, T. (2015). Peer-Stadt Hamburg? Doppelte Peer-Beratung an der Schnittstelle ambulant-stationär. *Nervenheilkunde*, 34(4), 259–262.
- Rüsch, N., Berger, M., Finzen, A. & Angermeyer, M. C. (2004). Das Stigma psychischer Erkrankungen–Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. *Psychische Erkrankungen–Klinik und Therapie*, 807–812. [http://berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/ergaenzung\\_ruesch.pdf](http://berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/ergaenzung_ruesch.pdf)
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S. & Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophrenia Research*, 65–71.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.005>
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S. & Batia, K. (2009). Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 120(4), 320–328.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01403.x>
- Scanlan, J. N., Still, M., Radican, J., Henkel, D., Heffernan, T., Farrugia, P., Isbester, J. & English, J. (2020). Workplace experiences of mental health consumer peer workers in New South Wales, Australia: a survey study exploring job satisfaction, burnout and turnover intention. *BMC Psychiatry*, 20(1), 270. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02688-9>

Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315. <https://doi.org/10.1002/job.248>
- Schmid, C. (2020). *Ver-rückte Expertisen: Ethnografische Perspektiven auf Genesungsbegleitung*. transcript Verlag.
- Schmidt, M. & Dimpker, H. (2013). Genesungsbegleitung in der medizinischen und sozialen Rehabilitation: erste Praxiserfahrungen. *Die Kerbe*(2), 23–24.
- Schmidt, S. (2012). *Gesundheit am Arbeitsplatz: Meta-Analysen zum Zusammenhang von Arbeitsmerkmalen und Depression*. <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2012/0613>
- Schmolke, M. & Nuißl, K. (2022). Experienced Involvement. *Sozial Extra*, 46(5), 333–337. <https://doi.org/10.1007/s12054-022-00517-9>
- Schnell, T. (2018). Von Lebenssinn und Sinn in der Arbeit. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report: Bd. 2018. Sinn erleben - Arbeit und Gesundheit: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft : mit 127 Abbildungen und 250 Tabellen* (S. 11–21). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-57388-4\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-662-57388-4_2)
- Schnell, T., Höge, T. & Pollet, E. (2013). Predicting meaning in work: Theory, data, implications. *The Journal of Positive Psychology*, 8(6), 543–554. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.830763>
- Schröder-Abé, M. & Schütz, A. (2007). Collective self. In R. F. Baumeister, K. D. Vohs & Sage Publications. (Hrsg.), *Encyclopedia of social psychology* (S. 154–155). SAGE Publications.
- Schuler, R. S., Aldag, R. J. & Brief, A. P. (1977). Role conflict and ambiguity: A scale analysis. *Organizational Behavior and Human Performance*, 20(1), 111–128. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(77\)90047-2](https://doi.org/10.1016/0030-5073(77)90047-2)
- Schulz, G. & Afting Ijeh, M. (2014). Können Genesungsbegleiter die Resilienz von psychiatrischen Organisationen und den dort tätigen Mitarbeitern erhöhen? *Die Kerbe*(1), 25–28. [https://www.kerbe.info/wp-content/uploads/2014/01/1\\_2014\\_Internet.pdf](https://www.kerbe.info/wp-content/uploads/2014/01/1_2014_Internet.pdf)
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2001). *Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung*. [http://userpage.fu-berlin.de/~health/swe\\_norm.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/~health/swe_norm.pdf)
- Schuster, T. & Kohorst, J. (2016). Belastung und ihre Bewältigung: Strategien für Pflegekräfte : Wenn Pflege krank macht. *Pflegezeitschrift : Fachzeitschrift für*

- stationäre und ambulante Pflege*, 69(8), 447. [https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/deliver/index/docId/716/file/fischer\\_diss.pdf](https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/deliver/index/docId/716/file/fischer_diss.pdf)
- Schütz, A. & Koydemir, S. (2018). Emotional Intelligence: What It Is, How It Can Be Measured and Increased and Whether It Makes Us Successful and Happy. In V. Zeigler-Hill & T. Shackelford (Hrsg.), *The SAGE Handbook of Personality and Individual Differences: Volume III: Applications of Personality and Individual Differences* (S. 397–423). SAGE Publications Ltd.  
<https://doi.org/10.4135/9781526451248.n17>
- Schütz, A., Rüdiger, M. & Rentzsch, K. (2016). *Lehrbuch Persönlichkeitspsychologie* (1. Auflage). Hogrefe. <http://elibrary.hogrefe.de/9783456955926/>
- Schwarz, J., Geissler, M., Küsel, M., Müller, K., Unterlauf, C., Bechdorf, A. & Peter, S. von (2020). Genesungsbegleitung und stationsäquivalente Behandlung. *Nervenheilkunde*, 39(11), 731–738.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung*. [https://psycharchives.org/bitstream/20.500.12034/320/1/PT\\_9001003\\_SWE\\_Autorenbeschreibung.pdf](https://psycharchives.org/bitstream/20.500.12034/320/1/PT_9001003_SWE_Autorenbeschreibung.pdf)
- Seibert, M., Pfaff, H., Scholten, N. & Kuntz, L. (2021). Do trained nurses feel more psychologically safe?-Results from a multi-level modelling approach. *Nursing open*, 8(6), 3024–3035. <https://doi.org/10.1002/nop2.1015>
- Shafaei, A. & Nejati, M. (2024). Creating meaningful work for employees: The role of inclusive leadership. *Human Resource Development Quarterly*, 35(2), 189–211. <https://doi.org/10.1002/hrdq.21512>
- Shalaby, R. A. H. & Agyapong, V. I. O. (2020). Peer Support in Mental Health: Literature Review. *JMIR Mental Health*, 7(6), e15572. <https://doi.org/10.2196/15572>
- Sibitz, I., Friedrich, M. E., Unger, A., Bachmann, A., Benesch, T. & Amering, M. (2013). Internalisiertes Stigma bei Schizophrenie: Validierung der deutschen Version der Internalized Stigma of Mental Illness-Skala (ISMI) [Internalized Stigma of Schizophrenia: Validation of the German Version of the Internalized Stigma of Mental Illness-Scale (ISMI)]. *Psychiatrische Praxis*, 40(2), 83–91. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1332878>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.1.1.27>

- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. & Peter, R. (2004). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1483–1499. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00351-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00351-4)
- Simpson, A., Oster, C. & Muir-Cochrane, E. (2018). Liminality in the occupational identity of mental health peer support workers: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 662–671. <https://doi.org/10.1111/inm.12351>
- Six, B. & Felfe, J. (2004). Einstellungen und Werthaltungen im organisationalen Kontext. In H. Schuler, N.-P. Birbaumer & C. F. Graumann (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie Praxisgebiete Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie: Bd. 3. Organisationspsychologie: Grundlagen und Personalpsychologie* [Vollst. Neuausg.], S. 597–672). Hogrefe.
- Steenekamp, B. L. & Barker, S. L. (2024). Exploring the Experiences of Compassion Fatigue Amongst Peer Support Workers in Homelessness Services. *Community Mental Health Journal*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01234-1>
- Tate, M. C., Roy, A., Pinchinat, M., Lund, E., Fox, J. B., Cottrill, S., Vaccaro, A. & Stein, L. A. R. (2022). Impact of Being a Peer Recovery Specialist on Work and Personal Life: Implications for Training and Supervision. *Community Mental Health Journal*, 58(1), 193–204. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00811-y>
- Teutsch, D., Frick, E. & Kubitzka, J. (2023). What motivates critical care nurses to stay in their job? A scoping review protocol. *Spiritual Care*, 12(3), 286–291. <https://doi.org/10.1515/spircare-2023-0017>
- Thiem, M. (o.J.). *Unser Haus. Laufer Mühle*. <https://www.suchthilfe-franken.de/unser-haus>
- Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F. S. & Seidler, A. (Hrsg.). (2014). *Systematischer Review: Der Einfluss arbeitsbedingter psychosozialer Belastungsfaktoren auf die Entstehung psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen: Forschung Projekt F 2264/Los 1*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin baua.
- Tropp, L. R. & Wright, S. C. (2001). Ingroup Identification as the Inclusion of Ingroup in the Self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(5), 585–600. <https://doi.org/10.1177/0146167201275007>
- Urban, D. & Mayerl, J. (2014). *Strukturgleichungsmodellierung: Ein Ratgeber für die Praxis*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-01919-8>
- Urlichuk, L., Hrabok, M., Hay, K., Spurvey, P., Sosdjan, D., Knox, M., Fu, A., Surood, S., Brown, R., Coulombe, J., Kelland, J., Rittenbach, K., Snaterse, M., Abba-Aji, A.,

## Berufliches Stresserleben von Peer-Berater\*innen in der Sozialpsychiatrie.

- Li, X.-M., Chue, P., Greenshaw, A. J. & Agyapong, V. I. O. (2018). Enhancing peer support experience for patients discharged from acute psychiatric care: protocol for a randomised controlled pilot trial. *BMJ open*, 8(8), e022433.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022433>
- Utschakowski, J. (2009). Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen. In Utschakowski, J. Sielaff, G. Bock, T. (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern* (1. Aufl., S. 14–21). Psychiatrie-Verl.
- Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Deproost, E., van Hecke, A. & Verhaeghe, S. (2018). Constructing a positive identity: A qualitative study of the driving forces of peer workers in mental health-care systems. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 378–389. <https://doi.org/10.1111/inm.12332>
- Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., van Hecke, A. & Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 234–250.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.018>
- ver.di Bundesfachkommission Psychiatrische Einrichtungen. (2020). *Genesungsbegleiter\*innen: Rollen klären, Stellen sichern und finanzieren, Arbeit angemessen entlohnen*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/[https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/++file++5da6d3029194fb07ccab605d/download/20201105\\_Positionspapier\\_Genesungsbegleiter.pdf](https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/++file++5da6d3029194fb07ccab605d/download/20201105_Positionspapier_Genesungsbegleiter.pdf)
- Weckmüller, H., Wendel, Y. & Schwarz, J. (2020). Sinnvolle Arbeit in der Altenpflege. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 15(1), 43–49. <https://doi.org/10.1007/s11553-019-00729-0>
- Weisz, J. (2020). Überwindungsmomente: Ressourcen des Pflegefachpersonals der professionellen ambulanten Pflege. *Werkstücke*, 11, 20–59.
- Werner, S. (2017). Ex-Patienten helfen in der Psychiatrie. *Ärzte-Zeitung*(90), o. S.  
[https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische\\_krankheiten/depressionen/article/935522/psychische-krankheiten-ex-patienten-helfen-psychiatrie.html](https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/depressionen/article/935522/psychische-krankheiten-ex-patienten-helfen-psychiatrie.html)
- Witt, S. (2016). *acitech - Erfassung psychischer Belastung für die BGW | Arbeitsanalyse: Klinikärzte*. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).

[http://www.acitech.de/#Fav=E2.1.2&panel=E2/E2.1/E2.1.2/&W=true&DateiName=kl  
inik.htm&a=2](http://www.acitech.de/#Fav=E2.1.2&panel=E2/E2.1/E2.1.2/&W=true&DateiName=kl<br/>inik.htm&a=2)

- Wöller, W. (2006). Sich schützen und sich abgrenzen. In W. Wöller (Hrsg.), *Trauma und Persönlichkeitsstörungen: Psychodynamisch-integrative Therapie ; mit 18 Tabellen* (S. 391–397). Schattauer.
- Wydler, H. (2002). *Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines Gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. Juventa-Verl.
- Zapf, D. & Semmer, N. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler, N.-P. Birbaumer & C. F. Graumann (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie Praxisgebiete Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie: Bd. 3. Organisationspsychologie: Grundlagen und Personalpsychologie* [Vollst. Neuausg.], S. 1007–1112). Hogrefe.
- Zaudig, M., Berberich, G. & Konermann, J. (2012). Persönlichkeit und Burnout – eine Übersicht. *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie*, 16(2), 75–84.  
<https://elibrary.klett-cotta.de/journal/ptt/16/2>
- Zuaboni, G. & Burr, C. (2022). War es das schon oder geht es erst richtig los? *PPH*, 7(1), 13–16. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000404>

### **Transparenzhinweis zur Textverarbeitung**

Im Rahmen der Texterstellung wurde ChatGPT (Version Oktober 2025, OpenAI) als Unterstützung bei Formulierungsalternativen und stilistischer Überarbeitung verwendet. Die Autorin hat sämtliche Inhalte eigenständig entwickelt und trägt die alleinige Verantwortung für die Ausarbeitung und Schlussfolgerungen dieses Textes.