

Susanne Iris Bauer



# Experienced Involvement in der sozialpsychiatrischen Versorgung Deutschlands

Professionalisierte Peers als Teammitglieder

Susanne Iris Bauer  
Experienced Involvement in der  
sozialpsychiatrischen Versorgung Deutschlands



Susanne Iris Bauer

# Experienced Involvement in der sozialpsychiatrischen Versorgung Deutschlands

Professionalisierte Peers als Teammitglieder

Budrich Academic Press  
Opladen • Berlin • Toronto 2025

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen  
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über  
<https://portal.dnb.de> abrufbar.

Dissertation am hochschulübergreifenden Promotionszentrum Soziale Arbeit der  
hessischen Hochschulen für Angewandte Wissenschaften Hochschule Darmstadt,  
Hochschule Fulda, Frankfurt University of Applied Sciences und Hochschule RheinMain  
zur Erlangung des Titels Doktorin der Geisteswissenschaften (Dr. phil.)

Verfasserin: Susanne Iris Bauer  
M.A. Soziale Arbeit Gemeindepsychiatrie

Pegnitz, den 30.01.2025  
Betreuung: Prof. Dr. Petra Gromann  
Fachbereich: Sozialwesen  
Begutachtung:  
Prof. Dr. Henning Daßler  
Prof. Dr. habil. Christiane Schöl

Diese Publikation wurde durch den Open-Access-Publikationsfonds der Hochschule Fulda  
– University of Applied Sciences gefördert.

Gedruckt auf FSC®-zertifiziertem Papier, CO2-kompensierte Produktion. Mehr Informationen  
unter <https://budrich.de/nachhaltigkeit/>. Printed in Europe.

© 2025 Dieses Werk ist bei der Budrich Academic Press GmbH erschienen und steht unter der  
Creative Commons Lizenz Attribution 4.0 International  
(CC BY 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>  
Diese Lizenz erlaubt die Verbreitung, Speicherung,  
Vervielfältigung und Bearbeitung unter Angabe der  
UrheberInnen, Rechte, Änderungen und verwendeten Lizenz.  
Stauffenbergstr. 7 | D-51379 Leverkusen | [info@budrich.de](mailto:info@budrich.de) | [www.budrich-academic-press.de](http://www.budrich-academic-press.de)



Die Verwendung von Materialien Dritter in diesem Buch bedeutet nicht, dass diese ebenfalls der  
genannten Creative-Commons-Lizenz unterliegen. Steht das verwendete Material nicht unter der  
genannten Creative-Commons-Lizenz und ist die betreffende Handlung gesetzlich nicht  
gestattet, ist die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers für die Weiterverwendung  
einzuholen. In dem vorliegenden Werk verwendete Marken, Unternehmensnamen, allgemein  
beschreibende Bezeichnungen etc. dürfen nicht frei genutzt werden. Die Rechte des jeweiligen  
Rechteinhabers müssen beachtet werden, und die Nutzung unterliegt den Regeln des  
Markenrechts, auch ohne gesonderten Hinweis.

Dieses Buch steht im Open-Access-Bereich der Verlagsseite zum kostenlosen Download bereit  
(<https://doi.org/10.3224/96665108>).

Eine kostenpflichtige Druckversion kann über den Verlag bezogen werden. Die Seitenzahlen in  
der Druck- und Onlineversion sind identisch.

ISBN 978-3-96665-108-0 (Paperback)  
eISBN 978-3-96665-887-4 (PDF)  
DOI 10.3224/96665108

Umschlaggestaltung: Bettina Lehfeldt, Kleinmachnow – [www.lehfeldtgraphic.de](http://www.lehfeldtgraphic.de)  
Druck: Libri Plureos, Hamburg

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	11
Informationen zu Experienced Involvement (EX-IN) .....	20
<b>Teil I – Theoriebezüge .....</b>	<b>25</b>
<b>1. Bezüge zum Verständnis Sozialer Arbeit .....</b>	<b>25</b>
1.1 Professionalität in der Sozialer Arbeit .....	28
1.2 Soziale Arbeit als Hilfe zur Selbsthilfe .....	33
1.3 Auftrag Sozialer Arbeit im Bereich Teilhabe an Arbeit bei Menschen mit psychischen Erkrankungen .....	36
1.3.1 Exklusion von Teilhabe an Arbeit bei Menschen mit psychischen Erkrankungen .....	37
1.3.2 Exklusion von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Erkrankungen erfordern systematische Maßnahmen der Inklusion .....	40
1.4 Blick auf die gesellschaftliche Bedeutung der Prävalenz psychischer Erkrankungen .....	43
<b>2. Verständnis von Gesundheit und Krankheit .....</b>	<b>50</b>
2.1 Kontinuum statt dichotomer Betrachtung – als Grundlage für Partizipation, Rehabilitation und Prävention .....	50
2.2 Peer-Arbeit als Baustein professioneller Hilfen im Kontext von Rehabilitation .....	55
<b>3. Spannungsfeld Leistungsfähigkeit und Stigmatisierung im beruflichen Kontext .....</b>	<b>58</b>
3.1 Stigma psychischer Erkrankung .....	64
3.2 Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen .....	67
3.3 Konzepte im Kontext von Tätigsein .....	75

3.3.1 Capabilities Approach und Peers als Kolleginnen* und Kollegen.....	79
<b>4. Spannungsfeld Ehrenamt und Fachlichkeit.....</b>	<b>82</b>
4.1 Ehrenamt im Sozialen .....	84
4.1.1 Ehrenamt in der Psychiatrie.....	85
4.2 Selbsthilfe.....	87
4.2.1 Entwicklung der organisierten Selbsthilfe .....	90
4.2.2 Selbsthilfegruppen .....	91
4.3 Hürden für ehrenamtliches Engagement in der Psychiatrie .....	93
4.3.1 Widerstände gegen ehrenamtliches Engagement in der Psychiatrie .....	93
4.3.2 Vorbehalte Professioneller gegenüber Selbsthilfe .....	94
4.3.3 Ableitungen aus den Handlungsempfehlungen für die Gestaltung der Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen .....	95
4.4 Professionalisierung in Selbsthilfe und Ehrenamt im Sozialen.....	97
4.4.1 Professionalisierung Ehrenamtlicher in der Psychiatrie .....	98
4.4.2 Sorge vor Vereinnahmung der Selbsthilfe und Abwertung des ehrenamtlichen Engagements durch Integration in das Gesundheitssystem und oder Professionalisierung .....	98
<b>5. Genesungsbegleitung in der Psychiatrie.....</b>	<b>101</b>
5.1 Spannungsfeld Leistungsfähigkeit und Stigmatisierung von Genesungsbegleitungen.....	103
5.2 Erwartungen und Erfordernisse an die „Professionsträger“ der Genesungsbegleitung .....	105
5.2.1 Stress und Wohlbefinden.....	105
5.2.2 Stress und Bewältigung bei einer Betätigung in sozialen Arbeitsfeldern .....	109
5.2.3 Stress und Bewältigung bei einer Betätigung im psychiatrischen Bereich.....	112

**Teil II – Zum Forschungsdesign ..... 116**

**1. Forschungsethische Überlegungen ..... 116**

**2. Mixed Methods-Design ..... 118**

2.1 Begründung der Designkonstruktion und Beschreibung der Elemente..... 120

2.2 Qualitatives Element 1 – Fokusgruppen ..... 123

2.2.1 Fokusgruppen Runde 1 ..... 125

2.2.2 Fokusgruppen Runde 2 ..... 126

2.2.3 Impact auf die Gestaltung von Fragebogen und die Interviewleitfäden ..... 126

2.3 Quantitatives Element – Fragebogen ..... 127

2.3.1 Verteilungsstrategie: ..... 127

2.3.2 Rücklauf ..... 128

2.4 Qualitatives Element 2 – leitfadengestützte Experteninterviews in Tandems ..... 129

2.4.1 Zur Leitfadenkonstruktion..... 131

2.4.2 Interviews ..... 132

**3. Resümierende Begründung zur Konstruktion dieses Mixed Methods-Designs ..... 140**

3.1 Methodenkritik ..... 141

**Teil III – Präsentation der empirischen Ergebnisse ..... 142**

**1. Ergebnispräsentation aus der quantitativen Untersuchung..... 143**

1.1 Zur Auswertung der Fragebögen ..... 143

1.1.1 Umfang der Befragung und Grundgesamtheit..... 143

1.1.2 Form der Befragung und Rücklauf ..... 144

1.1.3 Weitere Besonderheiten zur Berücksichtigung bei der Auswertung..... 148

1.1.4 Pool für die Zufallsauswahl..... 148

1.2	Darstellung der Ergebnisse aus den Fragebögen .....	149
1.2.1	Übersicht zum Wissensbestand über das Konzept EX-IN .....	149
1.2.2	Beschäftigungssituation von EX-IN .....	150
1.2.3	Gründe für die Nicht-Beschäftigung von EX-IN.....	151
1.2.4	Beschäftigung von EX-IN ist vorstellbar in folgenden Bereichen.....	156
1.2.5	Daten zur aktuellen und bereits erfolgten Beschäftigung von EX-IN.....	158
1.2.6	Dienststellen mit EX-IN in aktuellen Beschäftigungsverhältnissen .....	159
1.2.7	Erfahrungszeiträume in den Bundesländern mit der Beschäftigung von EX-IN .....	161
1.2.8	Angaben zur Beschäftigung von EX-IN – Dauer der Beschäftigungsverhältnisse .....	162
1.2.9	Beschäftigung von EX-IN: Übersicht über die Befristung von EX-IN Stellen.....	164
1.2.10	Konstellationen der Beschäftigung von EX-IN.....	165
1.2.11	Übersicht zu den Einsatzfeldern für EX-IN .....	167
1.2.12	Übersicht über die Finanzierung der EX-IN-Stellen .....	171
1.2.13	Übersicht über den Umfang der Beschäftigung.....	172
<b>2.</b>	<b>Ergebnispräsentation aus den Interviews mit EX-IN und deren Teamkolleginnen* und -kollegen .....</b>	<b>176</b>
2.1	Übersicht – Codierleitfaden:.....	176
2.1.1	Codes für Erfolgsfaktoren, Erfolgserleben, Bedingungen für Erfolg.....	176
2.1.2	Codes für Fürsorge, Support und Selbstfürsorge.....	177
2.1.3	Codes für Herausforderungen.....	177
2.1.4	Codes für Stigmatisierung, Selbststigmatisierung, Vorurteile und den Umgang damit .....	178
2.1.5	Codes für Effekte/ Wirkung von EX-IN-Betätigung im Dienst .....	179
2.1.6	Codes für das Erleben von Zugehörigkeit der EX-IN zum Team.....	179
2.1.7	Codes für Auftrag im Dienst an EX-IN .....	179

2.1.8	Codes zur Erfassung von Aufgaben der EX-IN im Dienst .....	180
2.2	Darstellung der Ergebnisse aus den Interviews mit EX-IN und deren Teamkolleginnen* und -kollegen.....	180
2.2.1	Erfolg und Bedingungen für Erfolg .....	180
2.2.2	Fürsorge, Support und Selbstfürsorge.....	199
2.2.3	Herausforderungen in der Betätigung von EX-IN.....	221
2.2.4	Stigmatisierung, Selbststigmatisierung, Vorurteile und der Umgang damit .....	243
2.2.5	Effekte der Betätigung von EX-IN, Wirkung von EX-IN .....	253
2.2.6	Zugehörigkeit.....	274
2.2.7	Auftrag EX-IN.....	291
<b>Teil IV – Diskussion und Resümee.....</b>		<b>308</b>
<b>1.</b>	<b>Zentrale Ergebnisse .....</b>	<b>308</b>
1.1	Soziale Arbeit und Peer-Involvement in der Sozialpsychiatrie.....	309
1.1.1	Sozialpsychiatrische Reform und Bedeutung des eröffneten Handlungsfeldes für Soziale Arbeit .....	309
1.1.2	Interprofessionelle Zusammenarbeit unter Einbeziehung der Selbsthilfe als Gestaltungsaufgabe Sozialer Arbeit .....	311
1.1.3	Deprofessionalisierung durch die Beteiligung von Peers an professionellen Settings.....	312
1.1.4	Peer Involvement setzt Partizipation und Anti-Stigmatisierung als zentrale Aufgaben Sozialer Arbeit in der sozialen Psychiatrie um.....	313
1.2	Erweiterung professioneller Strategien Sozialer Arbeit durch Pionierarbeit, der Selbstreflexion von Störgefühlen und der Überprüfung von Routinen.....	315
1.3	Einbeziehung von EX-IN als gesundheitsfördernde Strategie für Fachkräfte.....	316
1.4	Positive Effekte und Bedingungen für das Gelingen von EX-IN-Beteiligung: .....	318
1.5	Bedeutung von EX-IN- Beteiligung für Adressatengruppen der Sozialpsychiatrie .....	320
1.5.1	Identifizierte Barrieren bei Teilhabe an Arbeit.....	320

1.5.2	Ent-Dramatisierung und Ambiguitätstoleranz .....	321
1.5.3	Reflexivität und Selbstfürsorge .....	322
1.5.4	Herausforderungen.....	322
1.5.5	Selbsthilfe als Motor für Veränderung – Herausforderung Peerness .....	323
1.6	Peerarbeit als Möglichkeit zur Rehabilitation – Selbsthilfe oder neue Berufsrolle: zum Diskurs um Weiterbildung oder Ausbildung einer neuen Berufsrolle .....	325
<b>2.</b>	<b>Weitergehende Fragen und Empfehlungen zu weiteren Forschungsprojekten .....</b>	<b>328</b>
2.1	Limitationen des Forschungsdesigns .....	329
2.2	Offene Fragen und weiterer Forschungsbedarf .....	330
<b>3.</b>	<b>Praktische Voraussetzungen einer strukturellen Implementation .....</b>	<b>334</b>
<b>4.</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>335</b>
	Literaturverzeichnis .....	336
	Abbildungsverzeichnis .....	367
	Tabellenverzeichnis .....	368

## Einleitung

„Experienced Involvement“, mit dem sich diese Studie befasst, bedeutet wörtlich übersetzt das Einbeziehen von Betroffenen – hier Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung. Es geht auf das gleichnamige europäische Leonardo Da Vinci Projekt 2005–2007 zurück (Projects and Products Portal for Leonardo da Vinci, 2005). Mit diesem Projekt sollte, den Empfehlungen der Regionalkonferenz der WHO 2005 (WHO, 2005, S. 107f) folgend, die Beteiligung von Peers als Genesungsbegleitungen in der psychosozialen Versorgung durch die Professionalisierung von Expertinnen\* und Experten aus Erfahrung zur Umsetzung geführt werden. Entsprechend werden in dem hier vorgestellten Forschungsprojekt Koster & van Haaster (2005) folgend Expertinnen\* und Experten durch Erfahrung in der Gesundheitsversorgung Personen benannt, die aktive Erfahrungen mit Krankheit, Behinderung und/ oder psychischen Problemen gemacht haben. Vorausgesetzt wird dabei, dass diese Experten spezifische Kompetenzen haben, mit psychischen Erkrankungen und/ oder psychischen Beeinträchtigungen umgehen zu können. Dabei ist insbesondere die Bewältigung der Erfahrungen mit einer psychiatrischen Erkrankung/ Behinderung zu leben und mit den jeweiligen soziokulturellen und institutionellen Folgen, wie auch mit Ausgrenzung und Stigmatisierung umzugehen, von Bedeutung (Koster & van Haaster, 2005). Das europäische Projekt erarbeitete ein Curriculum, dessen zentrale Bestandteile in Modulen zu Empowerment, Recovery, Salutogenese und mit der Herstellung des sogenannten „Wir-Wissens“ vermittelt wurden und werden. Die Absolventinnen\* und Absolventen des Kurses, im folgenden Text „EX-IN“ (ExIn partners, 2019) genannt, sollen mit ihrer Teilnahme vorbereitet werden auf eine Betätigung als Kolleginnen\* und Kollegen in den vielfältigen Einsatzfeldern sozialpsychiatrischer Versorgung. Diese reichen von Settings psychiatrischer Kliniken über komplementäre Dienste bis zu Beratung, mit eigenständigen Angeboten und dem Einsatz in Fortbildungen, Angehörigen- und Öffentlichkeitsarbeit. Eine detailliertere Vorstellung von Inhalten des EX-IN Curriculums und Zielsetzung der Qualifizierung aber auch zu den Voraussetzungen für eine Kursteilnahme findet sich im Abschnitt ‚Informationen zu Experienced Involvement (EX-IN)‘.

Zu Beginn werden zunächst die Grundlagen zusammengefasst, die das Forschungsinteresse für das Projekt fokussierten und die Ausgestaltung beeinflussten.

In Deutschland wurde im Jahr 2009 die Behindertenrechtskonvention (UN BRK) der Vereinten Nationen (United Nations, 2006) ratifiziert, diese beinhaltet in Artikel 27 ein Recht auf Arbeit (ebd. S.16) und formuliert dabei auch den

Anspruch an Inklusion im Kontext von Arbeit für Menschen mit Beeinträchtigungen (ebd.). Weitere rechtliche Grundlagen, die eine Beteiligung Betroffener im Sinne von Teilhabe, Teilgabe und Inklusion erfordern sind mit den inzwischen als fortgeschritten zu bezeichnenden Umsetzungsstufen des Bundes-teilhabegesetzes SGB IX (BMAS, 2016) vorhanden und zu diskutieren. Rückblickend werden Entwicklungslinien der deutschen Psychiatrie-Reform im Hinblick auf Partizipation kurz skizziert. Weiter wird die Rolle von und der Auftrag an Soziale Arbeit in der Umsetzung der sozialpsychiatrischen Reformprozesse erörtert.

Mit Fokus auf Peerarbeit durch EX-IN, werden Fragen zum State of the Art – der Verbreitung und Umsetzung des Konzepts – anschließend vorgestellt. Inhaltlich stellen sich Fragen zu Chancen, aber auch Barrieren für die Beteiligung von Erfahrungsexpertise. Aktuell ist das EX-IN-Kursangebot in vielen Regionen Deutschlands durch den 2011 gegründeten EX-IN e.V. etabliert, wenn auch noch immer nicht flächendeckend etabliert worden. Kurse finden nach Angaben auf der Homepage von EX-IN an einer Vielzahl verschiedener Standorte in Deutschland, statt (EX-IN Deutschland e. V., 2025, S. k. A.). Weitere Anbieter zur Professionalisierung von Peers im Bereich der psychosozialen Versorgung sind mit „UPSIDES“ (UPSIDES project group, 2025, S. k. A.) und der Qualifizierung „DBT Peer-Coach“ (Dachverband für Dialektisch Behaviorale Therapie e.V., kein Datum, S. k. A.) zu erwähnen. Die Studie hier beschränkt sich zugunsten der Vergleichbarkeit und Einordnung der Daten auf das Konzept von EX-IN bei dessen deutlich dominierender Präsenz in Deutschland (von Peter et al., 2023, S. 3).

Zu Erfahrungen mit der Beschäftigung von EX-IN liegen bereits aus 2009 erste Berichte aus der Zusammenarbeit mit den ersten Absolventinnen\* und -Absolventen des Kurses von Utschakowski et al. 2009 vor (Utschakowski, Sielaff, & Bock, 2010). Umfassend wird hier auch zu Peer Arbeit und ihren Effekten aber auch zu Empfehlungen für die Implementierung berichtet. Weitere Informationen und Materialien wurden, ebenfalls von Utschakowski (2015) als psychosoziale Arbeitshilfe mit dem „Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung“ (Utschakowski, 2015, S. k. A.) aus dem Projekt „Missing Link“ (ebenfalls mit europäischer Förderung) bereitgestellt (ebd.).

Beiträge von Genesungsbegleitungen, die Erweiterung der Konzepte von Peerarbeit um spezifische Zielgruppen, die Bereitstellung von Erfahrungen in unterschiedlichen Settings und ihr Potential für die Veränderung psychiatrischer Hilfen werden diskutiert und breit gefächert Informationen für die Auseinandersetzung bereitgestellt (Utschakowski et al., 2016). Erfahrungsexper-

tise wird auch aus eigener Perspektive mit der journalistischen Erkundungsreise durch Deutschland von Jahnke (2014) mit den „EX-IN Kulturlandschaften – Zwölf Gespräche zur Frage: Wie gelingt Inklusion?“ (Jahnke, 2014, S. k. A.) geboten. In diesen Gesprächen wird unter anderem nicht nur die Idee eines eigenständigen Berufsbilds für EX-IN mit Bock und Sielaff erörtert (ebd. S. 17ff), sondern auch kritische Fragen nach der Rolle von EX-IN im Gefüge des Hilfesystems (ebd. S. 31ff) besprochen. Jahnke tauscht sich zudem zur Bedeutung von Selbsthilfe für Peerarbeit aus (ebd. S. 118ff) und zieht schließlich selbst ein Fazit zur Inklusion durch EX-IN mit drei Wirkungsebenen:

- Individuell mit der Reflexion eigener Einstellungen und Haltungen zu Inklusion und der Dichotomie von Gesundheit und Krankheit im Kontext beruflicher Betätigung,
- Organisational mit der Schaffung von Freiräumen und Bewegung durch Leitungskräfte mit einer Abkehr von paternalistischen Impulsen und dem Verweis auf den Wirkfaktor der Passung von Organisation und Mitarbeitenden,
- Gesellschafts- und gesundheitspolitisch mit der Betonung der Bedeutung aktiver Selbsthilfe und der strukturellen Verankerung von Erfahrungsexpertise und Inklusionsbeauftragten in regionalen und kommunalen Gremien als Impulsgebende für die Weiterentwicklung von Inklusion (ebd. S. 190ff).

Nachweise zu Effekten wurden von Mahlke et al. (2017) beschrieben bei „Eins-zu-Eins Peer-Support für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“, so wurden in einem RCT-Verfahren für die Interventionsgruppe höhere Werte in Selbstwirksamkeit 6 Monate nach der Intervention festgestellt. (Mahlke et al., 2017, S. k. A. )

Mit Veröffentlichungen und Forschungsberichten aus teils parallel stattfindenden Projekten und teils deutlich nach Beginn der hier vorliegenden Untersuchung aus dem deutschen Sprachraum, wird der Bedarf der Anreicherung vorhandener Wissensbestände in Ausschnitten beispielhaft dokumentiert. Ein Kriterium für die Auswahl liegt dabei in der Beschränkung auf Genesungsbegleitung in beruflicher Tätigkeit jenseits von Ehrenamt und Praktika.

So befasste sich das Projekt „Dialog in der Praxis. Peer-Beratung in sozialpsychiatrischen Einrichtungen (TriP) 2016–2018“ mit Erwartungen und Schwierigkeiten bei der Integration von Peer-Beratung in sozialpsychiatrischen Einrichtungen und förderlichen Rahmenbedingungen in der Region Unterfranken (Walther, 2018, S. k. A.). Eines der Ziele lag in konkreter Unterstützung und Beratung interessierter sozialpsychiatrischer Einrichtungen. Befragt wurden 17 Einrichtungen, aus der Darstellung der Ergebnisse geht eine Differenzierung zwischen angestellten EX-IN und EX-IN im Praktikum hervor, der Beschäftigungsumfang wird mit 2–8h/Woche für 77% und mit mehr

als 8h/Woche für 13% angegeben. Nicht differenziert, aber bei den vorliegenden Zahlen mit geringem Anteil zu erwarten, sind hier sozialversicherungs-pflichtige Beschäftigungsverhältnisse (ebd.). Die Literaturrecherche von TriP kommt zu dem Schluss, dass der Einsatz von Genesungsbegleitungen einen Beitrag zur Inklusion darstellt und die Integration sinnvollerweise in vier Phasen zu unterteilen ist, mit jeweils einhergehenden Einzelmaßnahmen der Unterstützung. Weiter verweist die Arbeit mit den Ergebnissen aus ihrer Literaturrecherche auf die Bedeutung der Haltung von Mitarbeitenden und Einrichtungsleitungen für ein Gelingen der Implementierung (Hoghe & Walther, 2019, S. 164). Eine inkludierende Gesprächskultur trägt ebenfalls dazu bei. Sorgen vor der Abwertung der Berufsausbildungen und unklare Erwartungshaltungen finden sich auch hier als mögliche Barrieren (ebd. S. 165). Empfehlungen werden gefunden für eine Vorbereitung der Teams auch struktureller Natur für Einarbeitung und Begleitung, zur Bestimmung einer Ansprechperson und der Notwendigkeit sich mit Rollendefinition zu befassen und weiter, mehrere EX-IN parallel zu beschäftigen (ebd. S.166f). Die Autorinnen\* und Autoren schließen mit dem Verweis auf unzureichende Evidenz der einbezogenen Studien und empfehlen diese mit weiterer Forschung herzustellen (ebd. S. 168). Als Folgeprojekt von TriP wurde mit "Triolog im Netz (TriN)" eine interaktive Online-Plattform entwickelt, die zum Austausch und Vernetzung rund um Fragen und Themen um EX-IN seit Februar 2020 unter [www.tri-netz.de](http://www.tri-netz.de) zur Verfügung steht (Baatz-Kolbe & Zauter, 2021, S. k. A.).

Aus der Arbeitsgruppe Sozialpsychiatrische und Partizipative Forschung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf berichten Mahlke et al. (2019) zu bestehenden Barrieren im Einsatz:

„Obwohl sich Genesungsbegleitung in vielen verschiedenen Kontexten als erfolgreich gezeigt hat, wird vielfach auch von Schwierigkeiten bei der Implementierung in der psychiatrischen Praxis berichtet“ (Mahlke et al. 2019, S. 216).

Ackers und Nuißl (2021) zeichnen mit den Erfahrungsberichten von Genesungsbegleitungen aus der Praxis verschiedene Perspektiven auf die Betätigung von und als EX-IN auf. Es wird aus unterschiedlichen Einsatzfeldern und Aufträgen in Klinik, Begleitung und Beratung, in Alltagsbewältigung, von Begegnungen, Spannungsfeldern und darüber hinaus berichtet (Ackers & Nuißl, 2021). Neben diesen Informationen aus einem breit gefächerten Spektrum subjektiver Perspektiven, ist auf verschiedene Forschungsprojekte zu verweisen.

Die systematische Literaturreview von Reviews zu Effekten von Genesungsbegleitung von Walde & Völlm (2024) umfasst 16 Reviews mit mehr als 3200 Einzelarbeiten und empfiehlt ebenfalls weitere Forschung wegen mangelnder Evidenz (Walde & Völlm, 2024, S. k. A.). Differierende Begriffsverwendung werden als Hinderungsgrund für eine statistische Auswertung ange-

geben, eine grobe Einteilung der Effekte gelingt dennoch, so werden „Klinische Effekte, psychosoziale Effekte und jene, die übergeordnete Strukturen betreffen“ (ebd.) angegeben, weiter wird auf das Fehlen von Daten zu nicht intendierten Nebenwirkungen von EX-IN verwiesen (ebd.).

Ebenfalls in 2024 berichten Stolz et al. aus einer qualitativen Studie mit insgesamt je vier Interviews mit Genesungsbegleitungen und Patientinnen\* und Patienten sowie zwölf weiteren Mitarbeitenden, die Genesungsbegleitung in akutpsychiatrischem Setting untersuchte (Stolz, et al., 2024): Genesungsbegleitungen vermittelten zwischen Teams und Betroffenen und erzeugten Verständnis und Vertrauen, Hoffnung und Selbstwirksamkeit.

„Die anderen Mitarbeitenden profitierten von der Weitergabe wichtiger Informationen über Patient:innen, Entlastung durch Aufgabenübernahme und Sensibilisierung für Stigmatisierungen sowie Förderung ihrer Recovery-Einstellung“ (ebd.).

Keine Aussagen können hingegen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen gegeben werden, wenn auch Verweise auf deeskalierende Wirkung zu finden sind (ebd.).

Der noch zu erwartende Abschlussbericht des Forschungsprojekts „ImpPeer-Psy5 – Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung – Implementierungsbedingungen im SGB V“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020, S. k. A.) lässt auf weitere Ergebnisse zur Anreicherung der Datenlage hoffen. Das Projekt erhielt Förderung aus dem Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (ebd.), hervorzuheben ist das partizipative Design der Studie (von Peter, et al., 2023, S. 1).

Schließlich ist zum Stand der Verankerung von EX-IN in Deutschland die Aktualisierung der „S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen der Deutschen Gesellschaft für und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde“ (DGPPN, 2018) in ihrer 2. Auflage aus Oktober 2018 zu erwähnen: Hier wird, wenn auch mit einem schwachen Empfehlungsgrad bei Verweis auf die unzureichende Datenlage, das Konzept von Experienced Involvement aufgenommen (ebd. S. 88f).

Somit wurde der Bedarf für die Erhebung von Daten deutlich: Für eine erste quantitative Einschätzung der Verankerung von EX-IN ist die Erfassung und Verteilung von EX-IN-Stellen nach Regionen und Settings sowie nach Umfang und Einsatzfeld erforderlich. Weiter lagen keine Daten über Konstellationen dieser Beschäftigungsverhältnisse vor oder deren Umfang, Auftrag und Refinanzierung. Qualitativ stellte sich die zentrale Frage danach, wann EX-IN sich selbst als professionell handelnd erleben und wann sie von den Fachkräften in ihren Teams als solche erlebt werden. Mit dieser Forschungsfrage eröffnet sich ein Diskurs um Partizipation und Teilhabe und die Rolle Sozialer Arbeit. Die Verweise aus den genannten Forschungsarbeiten liefern

in ihrer Zusammenschau vielversprechende Ansätze für die Stärkung einer nutzer- und recovery-orientierten psychiatrischen Begleitung, eine ausreichende Datenlage mit Effekten durch die Betätigung, Hindernissen und Erfolgsbedingungen in der Umsetzung der psychosozialen Versorgung in Deutschland ist jedoch noch zu erarbeiten.

In Teil I der Arbeit wird der theoretische Diskurs geführt: Um mit der Studie aus der Perspektive Sozialer Arbeit heraus die Ausgangslage der Verankerung von EX-IN in der psychosozialen Versorgung Deutschlands zu explorieren, werden zunächst Bezüge zum Verständnis Sozialer Arbeit hergestellt. Daraus werden Ansprüche an die Profession und die Professionalität Sozialer Arbeit und von Sozialer Arbeit als Hilfe zur Selbsthilfe im Kontext des Arbeitsfelds der Sozialpsychiatrie formuliert. Dem folgend wird ein Auftrag Sozialer Arbeit im Bereich der Teilhabe an Arbeit bei Menschen mit psychischen Erkrankungen abgeleitet. Hierzu befasst sich die Arbeit zum einen mit der Exklusion dieser Personengruppe von Teilhabe an Arbeit. Zum anderen werden Ausschlussmechanismen von Maßnahmen zu beruflicher Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Erkrankungen (Ommert 2019) und der daraus resultierende Bedarf an systematischer Inklusion dargelegt. Schließlich wird ein Blick auf die gesellschaftliche Bedeutung der Prävalenz psychischer Erkrankungen erarbeitet, bevor zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit ausgeführt wird. Dem Konzept der Salutogenese (Antonovsky, 1997 [1987]) folgend, wird ins Abkehr von einer dichotomen Betrachtung Gesundheit und Krankheit als sich zwischen diesen Polen bewegendem Zustand in einem Kontinuum dargelegt. Dies wiederum dient als Grundlage für weitere Überlegungen zu Partizipation, Rehabilitation und Prävention. Anschließend wird auf die Rolle von Peer-Arbeit als ein Baustein in den Leistungen professioneller Hilfen im Kontext von Rehabilitation eingegangen. Im Arbeitsfeld von Psychiatrie ist in besonderem Maß der Themenkomplex von Stigmatisierung (Thornicroft, 2006), Selbststigmatisierung und dem Umgang damit zu berücksichtigen (Goffman, 1975 [1963]). Dies gilt auch und vielleicht in besonderem Maß, für den Kontext von Leistungsfähigkeit und beruflicher Betätigung. Mit dem Diskurs dazu, wird das erste Spannungsfeld eröffnet und nach einer Einführung zum Stigma psychischer Erkrankung über die Mechanismen der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (und ihres Umfelds) ausgeführt. Im nächsten Schritt werden verschiedene Konzepte im Kontext von Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung dargelegt mit den Konzepten des Othering (Reuter, 2002), Labeling (Scheff, 2013) und dem Capability Approach (Nussbaum, 2011). Im Anschluss daran wird das Spannungsfeld um Ehrenamt und Fachlichkeit eingeführt und zunächst mit Perspektiven auf das Ehrenamt im Sozialen und das Ehrenamt in der Psychiatrie beleuchtet, bevor zu Selbsthilfe übergegangen wird: Die Entwicklung organisierter Selbsthilfe, die Funktion und Bedeutung von Selbsthilfegruppen, bevor auf Widerstände

gegen ehrenamtliches Engagement in der Psychiatrie eingegangen wird und die Vorbehalte von Fachkräften in der sozialpsychiatrischen Versorgung gegenüber Selbsthilfe thematisiert werden. Hierzu werden Ableitungen aus den Handlungsempfehlungen für die Gestaltung der Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen formuliert. Mit einer Einführung zu Professionalisierung in Selbsthilfe und Sozialem wird der Diskurs zur Professionalisierung Ehrenamtlicher in der Psychiatrie eröffnet. Abschließend wird diskutiert, ob Befürchtungen von Vereinnahmung der Selbsthilfe einerseits zutreffen und andererseits daraus eine Abwertung ehrenamtlichen Engagements durch die Integration in das Gesundheitssystem und/ oder die Professionalisierung selbst erfolgt. Die Darlegung der theoretischen und wissenschaftlichen Bezüge endet mit der Erörterung von Genesungsbegleitung in der Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Leistungsfähigkeit und Stigmatisierung. In diesem Abschnitt werden Erwartungen und Erfordernisse an die als „Professionsträgerinnen\* und -träger“ eingeordneten Genesungsbegleitungen thematisiert und anhand der Kategorien von Stress und Wohlbefinden und Bewältigung im Kontext von beruflicher Betätigung an sich, aber auch in Bezug auf Betätigung in sozialen Arbeitsfeldern und schließlich im Arbeitsfeld Psychiatrie dargelegt.

Mit dieser theoretischen Rahmung wird in Teil II der Arbeit die empirische Bearbeitung vorgestellt: Nach einer Einführung zum Forschungsdesign und den forschungsethischen Überlegungen wird das methodische Vorgehen mit einem Mixed Methods Design dargelegt. Die Begründung für die Designkonstruktion und eine Erläuterung zu Anwendung und Umsetzung der qualitativen und quantitativen Elemente folgt. In der Arbeit wurden Fokusgruppen einbezogen, mit denen die Perspektive angehender EX-IN auf ihre künftige Betätigung erhoben wurden.

Der Impact der Ergebnisse wurde in Bezug auf die Konstruktion des Fragebogens an potentielle und aktuelle Dienststellen für EX-IN operationalisiert, daraus entstanden dann auch die Interviewleitfäden für die teilstrukturierten Interviews mit EX-IN und ihren Teamkolleginnen\* und -kollegen. Im ersten Teil der Ergebnisdarstellung werden Konstruktion und Ergebnisse der quantitativen Erhebung vorgestellt. Auch für den qualitativen Teil werden Stichprobe und Leitfäden als Übersicht vorgestellt. Die Ergebnisse der Auswertung und Kategoriebildung mit der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz, 2018, S. 100f) werden ausführlich erläutert. Anschließend erfolgt eine kritische Reflexion der Konstruktion des Mixed Methods-Forschungsdesigns.

Vor der Präsentation der erhobenen Daten in Teil III wird auf Besonderheiten zur Berücksichtigung im Auswertungsprozess und die Bildung des Pools für die Zufallsauswahl des qualitativen Teils der Exploration mit den Tandem-Interviews geblickt. Die Ergebnisse aus den Fragebögen werden schematisch durchgängig nach der Verteilung in den Bundesländern und jeweils

anschließend in der Verteilung nach den Dienstarten in denen die Beschäftigungssituation erfragt wurde, abgebildet. Der Abfolge in den Fragebögen folgend wird zunächst die Bekanntheit des Konzepts von EX-IN eruiert, bevor die Beantwortung der Frage nach einer Beschäftigung von EX-IN an der Dienststelle einen weiteren Pfad zur Exploration der Bedingungen von Beschäftigungsverhältnissen öffnet. Abschließend wird zu den Ergebnissen aus der Frage nach dem Umfang der Betätigung von EX-IN berichtet, welche eine Aussage über den Anteil an sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen erlaubt.

Die Präsentation der Ergebnisse aus den Interviews mit EX-IN und ihren Teamkolleginnen\* und -kollegen wird von einem Blick in den Codierleitfaden eingeleitet: Die Codes der insgesamt acht entwickelten Kategorien finden sich jeweils zu Beginn der Darstellung der erhobenen Daten in der jeweiligen Kategorie wieder.

Die Kategorien befassen sich mit Aspekten zu den Themenkomplexen um

- Erfolg und Bedingungen für Erfolg,
- Fürsorge, Support und Selbstfürsorge
- Herausforderungen in der Beschäftigung von EX-IN
- Stigmatisierung, Selbststigmatisierung, Vorurteilen und dem Umgang damit
- Effekte der Beschäftigung und Wirkung von EX-IN
- Zugehörigkeit und Teamarbeit
- Auftrag an und von EX-IN

Innerhalb der Kategorien werden jeweils nach den Aussagen von EX-IN, jene der Teamkolleginnen\* und -kollegen dargestellt, bevor eine tabellarische Gegenüberstellung beider Perspektiven und schließlich eine Zusammenfassung der Thesen daraus dargeboten wird.

Mit dem Resümee in Teil IV werden die Ergebnisse diskutiert, Lücken und Limitationen in der Forschungsarbeit dargelegt, Schlüsse gezogen und teils konkrete Empfehlungen, aber auch weitere Implikationen abgeleitet und weiterer Forschungsbedarf formuliert. Nicht berücksichtigt werden die Auswirkungen von EX-IN auf die Anwendung bzw. Reduktion von Zwangsmaßnahmen und Suizidalität.

Allgemeine Hinweise zu Begriffsverwendung und Sprache:

- Service User – kurz SU: Mit diesem Begriff werden die Nutzerinnen\* und Nutzer von Sozialer Arbeit bezeichnet und Anschlussfähigkeit zum internationalen Diskurs hergestellt.

- Peer/ Peers Der Begriff wird allgemein verwendet für Personen, die in kontextabhängig relevanten Kategorien Gleichheit aufweisen – hier im Kontext der Erfahrung mit psychischen Krisen ist dies das angewandte Kriterium. Personen, die in diesem Kontext als Peers bezeichnet werden, werden dennoch nicht weniger als Personen mit vielfältigen weiteren Merkmalen anerkannt.

Vor der Eröffnung des theoretischen Diskurses ist auf die Verwendung gendersensibler Sprache hinzuweisen: Gerade im Kontext Sozialer Arbeit und der Befassung mit menschenrechtlichen Fragen und der Verwendung von Sprache über und mit Menschen mit Erfahrungsexpertise, erscheint es besonders wichtig, sprachlich sensibel mit Sichtbarkeit, aber auch Neutralität zu arbeiten. Einmal erfolgt also die Anwendung genderneutraler Bezeichnungen, wie Genesungsbegleitung, Mitarbeitende etc.. Ebenfalls verwendet wird das sogenannte Gendersternchen, mit dem die Diversität an Geschlechtern sichtbar gemacht wird: Hierzu wurde die Form gewählt dieses an die weibliche Form anzuhängen und die männliche Form nach einem Verbindungswort (und, oder) zu nennen. So kann auf den folgenden Seiten genderunspezifisch von Teammitgliedern zu lesen sein, oder aber von Kolleginnen\* und Kollegen. Letzterer Form wurde der Vorzug vor Verwendung des Gendersternchens analog zum Binnen-I gegeben, da dies zwar kürzere Texte produziert, aber keine für sich stehende Bezeichnung herzustellen vermag.

## Informationen zu Experienced Involvement (EX-IN)

Das Curriculum zur Qualifizierung von EX-IN wurde von zehn Organisationen aus Deutschland, den Niederlanden, Norwegen, Slowenien und Großbritannien erarbeitet und im Rahmen des gleichnamigen europäischen Leonardo Da Vinci-Projekts finanziert (Projects and Products Portal for Leonardo da Vinci, 2005). In den teilnehmenden Ländern wurden Verbände Psychiatrie-Erfahrener, Ausbildungseinrichtungen und psychiatrische Dienste einbezogen (ExIn partners, 2019, S. 4).

In Begründung für die Notwendigkeit der Entwicklung dieses Curriculums wird auf die Erweiterung des oft als medizinisch orientierten Verständnisses und der demzufolge medizinisch orientierten Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen um die Perspektive von Genesungserfahrung verwiesen, die sich aus weiteren individuellen und sozialen Ressourcen speist. So soll ein Beitrag zur Stärkung der Beteiligung Psychiatrieerfahrener geleistet werden und eine Grundlage für Anstellungen geschaffen werden (ExIn partners, 2019, S. 5). Dieser Anspruch findet sich in der Philosophie der Ausbildung wieder: So geht diese zunächst von der individuellen Erfahrung einzelner Teilnehmender aus, festigt in einem Prozess der Strukturierung und Reflexion Genesungserfahrungen, um diese dann, in gemeinsamer Arbeit, weiterzuentwickeln. So entsteht, was van Haasters im Sinne einer Validierung individueller Erfahrung über Gruppenarbeit hin zur Erfahrungsexpertise beschreibt und was weitgehend als *Wir-Wissen* bezeichnet wird (van Haaster, 2016, S. 55f).

Als Ziele des Curriculums werden formuliert:

- Erfahrungswissen weiterzuentwickeln und anzuerkennen
- Stärkere Orientierung psychiatrischer Angebote im Sinne von Recovery
- Einbezug von erweitertem Erfahrungswissen in psychiatrische Begleitung und Ausbildung
- Vorbereitung der Teilnehmenden in verschiedenen Rollen und Settings ihre Expertise einzubringen
- Förderung der Partizipation Psychiatrieerfahrener an Maßnahmen zur Förderung seelischer Gesundheit
- Förderung der persönlichen Entwicklung als lebenslanger Prozess und auf Basis von Wertschätzung und Antidiskriminierung (ExIn partners, 2019, S. 9).

Die Umsetzung erfolgt in Theorie- und Praxisphasen, in denen verschiedene Lehr- und Lernstrategien eingesetzt werden, inklusive eines Mentorings und unter Durchführung von Praxisprojekten. Der Kurs erfordert als Grundlage die Bereitschaft eigene Erfahrungen einzubringen und zu reflektieren sowie zur Erweiterung dieses Erfahrungswissens um das der anderen Teilnehmenden. Basis für diese Erweiterung durch Gruppenprozesse ist das während der Entwicklung des persönlichen Kompetenzprofils entstehenden eigenen Portfolios (ebd. S. 9f).

Die Voraussetzungen für die Aufnahme in den Kurs werden in einem Gespräch mit den Auszubildenden diskutiert, diese sind

- „gelebte Erfahrung mit psychischen Krisen
- Mindestens seit 1,5 Jahren aktive Beteiligung in Selbsthilfe-/ Nutzer-/ Expertengruppen oder in Trialogseminaren  
oder
- In einer Situation zu sein, in der das in dem EX-IN Kurs erworbene Wissen direkt praktisch angewendet werden kann (sic!)“ (ebd. S. 10).

In diesem Auswahlgespräch wird folgenden vier Kriterien besondere Beachtung beigemessen: Reflexionsfähigkeit und Selbstbestimmung, der Fähigkeit Erfahrungen zu teilen und sich nicht in einer akuten Krise zu befinden (ebd. S.10).

Das Programm selbst ist in zwölf Module mit einem Umfang von 22h/ Modul gegliedert, diese finden über den Zeitraum eines Jahres statt. Darin enthalten sind zwei Praktika mit 40h und 80h (EX-IN Deutschland e.V., 2023, S. k. A.) sowie Zeit in Eigenarbeit für die Erarbeitung des Portfolios: Die Qualifizierung erfordert eine Abschlusspräsentation, basierend auf diesem individuellen Portfolio. Dieses soll eine Ausrichtung auf ein mögliches Arbeitsfeld sowie die Einschätzung der eigenen Qualitäten und Möglichkeiten beinhalten und eine Reflexion der Kursinhalte. Die Anzahl der Teilnehmenden in den Kursen ist begrenzt.

In den Aufbaumodulen werden weitere Aspekte erarbeitet, wie die Rolle unabhängiger Fürsprecherinnen\* und Fürsprecher, mit einem Schwerpunkt Stimmen-Hören, praktischer Genesungsunterstützung, Begleitung und Unterstützung sowie dem Lernen und Lehren selbst (ebd.). Mit der folgenden Tabelle wird eine Übersicht zu Struktur, Inhalt und Umfang der Basis-Module gegeben:

Tabelle 1 – Übersicht Basis-Module EX-IN- Qualifizierung (ebd. S. 14, eigene Darstellung)

Basis-Modul	Ziele	Bemerkungen
A) Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbau von Kompetenzen und Wissen zur Entwicklung von Recovery für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung</li> <li>• Entwicklung individueller Modelle von Gesundheit und Wohlbefinden</li> <li>• Erkundung von Strategien und Ressourcen zur Gesundheitsförderung</li> </ul>	30h Unterricht, vorrangig Gruppenarbeit
B) Empowerment in Theorie und Praxis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ermöglichung einer differenzierten Auseinandersetzung mit Empowerment-Konzepten</li> <li>• Förderung Empowerment von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung</li> <li>• Wertschätzung der Erfahrungen von Teilnehmenden</li> <li>• Umsetzung erfahrungengeleitete Forschung</li> <li>• Förderung der Durchsetzungsfähigkeit der Teilnehmenden</li> </ul>	50h Unterricht + 50h Praxis
C) Erfahrung und Teilhabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewusstsein über individuelle und kollektive Erfahrungen</li> <li>• Faktoren und Prozesse in Entscheidungsfindung</li> <li>• Vielfalt von Lösungswegen und Ressourcen</li> <li>• Kommunikationsfähigkeit zu eigenen Erfahrungen</li> <li>• Wissen über unterschiedliche psychische Probleme</li> <li>• Stärkung von Reflexivität</li> <li>• Stärkung der Fähigkeit des Zuhörens</li> </ul>	35h Unterricht
D) Trialog	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexion der eigenen Perspektive im Verhältnis zu Angehörigen und dem professionellen Hilfesystem</li> <li>• Erkennen der Subjektivität der drei Perspektiven</li> <li>• Berücksichtigung der drei Perspektiven in eigener Lehr-/ Begleitungstätigkeit</li> <li>• Umsetzung von Trialog</li> </ul>	30h Unterricht davon: 15h Trialog-Seminar und 15h Gruppenarbeit
E) Perspektiven von Erfahrung und Genesung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Über eigene Erfahrungen verständlich sprechen können</li> <li>• unterschiedliche Ansätze und Orientierungen kennen (Ressourcenorientierung, Fähigkeiten-Ansatz, Steuerungsvermögen)</li> </ul>	Auch bezeichnet als „Recovery-modul“

Hier folgt eine Übersicht über die Aufbau-Module und deren Struktur:

Tabelle 2 – Übersicht Aufbaumodule EX-IN Qualifizierung (ebd., S. 14, eigene Darstellung)

Aufbau-Module	Theorie	Praxis	Bemerkungen
Unabhängige Betroffenen-Fürsprecherinnen* und Fürsprecher	30h	90h	Voraussetzung: Basis-kurs
Psychotische Erfahrungen	30h	30h	Insbesondere Stimmen-hören; Voraussetzung: Keine
Recoveryorientiertes Assessment und Planung für Menschen in Krisen	k.A.	k.A.	Auch „Genesung unterstützen – praktisch“ (S.10)
Begleiten und unterstützen/ Genesungsbegleitung	30h	90h	
Lehren	30h	40h	

Neben der Qualifizierung für Betroffene und der Möglichkeit zur Weiterqualifizierung als EX-IN-Trainerin\* oder -Trainer bei entsprechender Berufserfahrung als EX-IN-Genesungsbegleitung gibt es die EX-IN-Trainerkurse mit 8 Modulen für Fachleute in der psychiatrischen Versorgung. Für langjährige EX-IN-Trainerinnen\* oder -Trainer wird ein Kurs für die Ausbildung neuer EX-IN-Trainerinnen\* oder -Trainer angeboten. Für Angehörige gibt es eine Qualifizierung als EX-IN-Angehörigenbegleitung (EX-IN Deutschland e.V., 2023).

Die Kosten für den EX-IN-Kurs für Betroffene liegen etwa bei 2.400€, eventuell anfallende Kosten für Anfahrt, Übernachtung und Verpflegung kommen hinzu. Fördermöglichkeiten für die Kursteilnahme sind in den Bundesländern unterschiedlich, hierzu werden teils auf den Seiten der Landesverbände Informationen – aber ohne Gewähr – geboten. Darin finden sich Verweise auf die unterschiedlichen Zuständigkeiten je nachdem ob die Anfrage von Erwerbsfähigen, medizinischen Rehabilitanden, aus dem Bezug einer Erwerbsunfähigkeits-Rente heraus oder im Rahmen der Eingliederungshilfe erfolgt. Darüber hinaus wird auf die Finanzierung nach SGB V über Krankenkassen oder weitere Sponsoren verwiesen (EX-IN Bayern e.V., 2022).

Die Bezeichnung „Ausbildungsprogramm für Psychiatrie-Erfahrene zur Qualifizierung als Ausbilder und als Genesungsbegleiter“ (ExIn partners, 2019, S. 1) wirkt mit der synonymen Begriffsverwendung des „anerkannten

Ausbildungsberufs“ im Sprachgebrauch missverständlich und weckt hinsichtlich der Einstufung in Tarifsysteme und Einordnung als Beruf zunächst nicht zu erfüllende Erwartungen: EX-IN ist kein anerkannter Ausbildungsberuf im Sinne des Berufsbildungsgesetzes (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2022, S. k. A. ). Definiert ist der Begriff der Ausbildung tatsächlich breiter:

„Eine Ausbildung ist eine Bildungsmaßnahme, bei der Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt beziehungsweise entwickelt werden und deren Abschluss zur Aufnahme einer bestimmten Tätigkeit qualifiziert. Zur Ausbildung werden neben der allgemeinen Schulbildung auch eine Berufsausbildung sowie ein Studium an einer Hochschule (Universität oder Fachhochschule) gezählt“ (Bendel, 2019, S. k. A.).

In dieser Arbeit wird daher der Begriff der Qualifizierung verwendet.

Der dem EX-IN-Curriculum zugrundeliegende emanzipatorische Impetus ist in mehreren Aspekten festzustellen. Im konkreten Ringen um Autonomie Betroffener Entscheidungen zu Behandlung und Maßnahmen, aber auch in der Entwicklung von Perspektiven: die Bedeutung von Hoffnung auf Genesung, aber auch die Hoffnung auf ein gemeinsames Verständnis von Recovery, als ein durch ausgebildete Fachkräfte und den Erfahrungen individuell und personenzentriert zu erarbeitendes Ziel. (Chamberlin, 1998, S. 49f). Chamberlin, als Psychiatrieerfahrene und Mitbegründerin des National Empowerment Center Lawrence, MA. formulierte hierzu den Anspruch:

„Recovery should mean finding ways to compensate for what one may be unable to do“ (Chamberlin, 1998, S. 52).

Ebenso hohe Relevanz zeitigte die Erfahrung erlebter und internalisierter Stigmatisierung und deren Folgen, wie am Appell Deegans zur Bezeichnung von Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich wird:

„We now feel it is pejorative to refer to us as „the mentally ill“ or „schizophrenics,“ „bipolars,“ „multiples,“ etc. We are people who have be labeled with mental illness, people who have been labeled with schizophrenia, people with dissociative disorders, etc. We want our personhood to be recognized before our psychiatric diagnosis. When referring to ourselves in relationship to doctors, many of us call ourselves patients or partners in health care. However, in the community when attending rehabilitation programs, we are no longer „patients.“ Instead we are program participants, service users, or consumers of mental health services. When incarcerated against our will, many of us refer to ourselves as inmates, not inpatients“ (Deegan, 1997).

Weitere Informationen auch zu Kooperationen, aktuellen Veröffentlichungen, Formulare etc. sind auf der Homepage des EX-IN Deutschland e.V. [www.ex-in.de](http://www.ex-in.de) zu finden.

# Teil I – Theoriebezüge

## 1. Bezüge zum Verständnis Sozialer Arbeit

Zunächst erfolgt eine Vorstellung theoretischer Bezüge Sozialer Arbeit mit Bezug auf die Professionalisierungsdebatte, bevor der Fokus auf die zentrale Fragestellung, dem Anspruch Sozialer Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen im Kontext Arbeit gelegt wird. Hierzu wird im ersten Schritt eine Erläuterung zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit, zu Vorurteilen und Stigmatisierung gegeben. Der Kontext von psychischer Erkrankung, deren Bewältigungsformen wie die Bedeutung von Teilhabe an Arbeit für Betroffene wird kurz vorgestellt, um dann für die betroffene Personengruppe fachbezogene Leistungsfähigkeit, Ehrenamts-Engagement wie Selbsthilfe zu beleuchten. Diese theoretischen Bezüge leiten dann über um das Spannungsfeld „Experienced Involvement“ Genesungsbegleitung mit den Konzepten von Partizipation, Ressourcenorientierung und Empowerment zu diskutieren. Dies geschieht in den für die Forschungsfrage relevanten Dimensionen: gesellschaftlich, bezogen auf die Dienste, auf Teams, auf EX-IN selbst und Adressatinnen\* und Adressaten.

Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession, wie ihr systemischer Ansatz, verorten Partizipation als wesentliche Dimension:

„Aus systemischer Perspektive sind und bleiben alle individuellen und kollektiven Akteure, die in irgendeiner Weise mit dem Problem zu tun haben, also Teil des Problems und/oder seiner Lösung sind, angesprochen und soweit möglich einzubeziehen also die Problembehafteten, Problemverursacher, soziale Bewegungen, Selbsthilfe und Aktionsgruppen, Parteien und Gewerkschaften, Justiz, sozialverantwortliche Wirtschaftsunternehmen, private wie öffentliche Träger des Sozialwesens, Nichtregierungsorganisationen usw.“ (Staub-Bernasconi in Sünker, 2012, S. 253).

Ob und wie weit Partizipation auch im Selbstverständnis der Berufsrolle verankert sein sollte und nicht nur als methodischer Fokus verstanden werden kann, bleibt jedoch offen. Im aktuellen Diskurs zur Professionalisierung Sozialer Arbeit wird über die Zuschreibung einer eigenständigen wissenschaftlichen Profession oder eines eigenen Berufes gerungen. Eine Einigung auf eine gemeinsame Definition erfolgte erst vor wenigen Jahren:

„Es war ein mehr als 10-jähriger Aushandlungsprozess zwischen Delegierten von über 90 Nationen der beiden internationalen Vereinigungen International Association of Schools of Social Work (IASSW) und International Federation of Social Workers (IFSW), dessen Ergebnis in einem Supplement der Zeitschrift International Social Work von 2007 festgehalten

wurde: Er umfasst eine „International Definition of the Social Work Profession“ (Staub-Bernasconi S. , 2013, S. 31).

Diese lautet in der aktualisierten Version von 2014:

„Social work is a practice-based profession and an academic discipline that promotes social change and development, social cohesion, and the empowerment and liberation of people. Principles of social justice, human rights, collective responsibility and respect for diversities are central to social work. Underpinned by theories of social work, social sciences, humanities and indigenous knowledge, social work engages people and structures to address life challenges and enhance wellbeing. The above definition may be amplified at national and/or regional levels“ (IFSW/ IASSW, 2014, S. o. A.).

Wenn Soziale Arbeit als eigenständiger Wissenskanon betrachtet wird, müssen jedoch auch die Bezugswissenschaften wie Psychologie, Soziologie, Pädagogik und Ethik in Kontrastierung zu einer eigenständigen Wissensgenerierung betrachtet werden. Kleve differenziert die Dimensionen Sozialer Arbeit systemtheoretisch in drei Ebenen: Auf der Mikro-Ebene stellt er Bezug zur Interaktionstheorie her, denn sie:

„...- beobachtet (beschreibt, erklärt und bewertet) auf konkreter Ebene potentiell alles soziale Handeln und Kommunizieren unter Anwesenden, also in der Face-to-Face-Kommunikation in der Sozialen Arbeit und bezüglich ihrer AdressatInnen. Auf der Meso-Ebene wird mittels Organisationstheorie: ...- beobachtet (beschreibt, erklärt und bewertet) potentiell alle (formalen und informellen) Kommunikationen, die sich in rechtlich, bürokratisch und rational strukturierten sozialen Institutionen (eben sozialen Organisationen) vollziehen. Auf der Makro-Ebene: ...- beobachtet (beschreibt, erklärt und bewertet) auf gesellschaftliche Ebene Strukturen und Prozesse, die sowohl die Funktion Sozialer Arbeit als auch die sozialen Probleme/ Entwicklungen in den Blick bringen, auf die Soziale Arbeit reagiert“ (Kleve, 2003, S. 11).

In Bezug auf die Partizipation des Erfahrungswissens wären so EX-IN Kompetenzen wesentlich auf der Mikroebene zu verorten. Das Spannungsfeld zwischen Beteiligung, Teilhabe und Professionsverständnis wie eigenständiger wissenschaftlicher Theoriebildung bleibt jedoch bestehen.

Eine richtungweisende Perspektiverweiterung in Bezug auf die Professionalisierungsdebatte erfolgte durch Maja Heiner (2004). Sie entwickelte auf handlungstheoretischer Basis, empirisch ein „konsensfähiges Modell professionellen Handelns“ (Heiner, 2004, S. 37). Auf Grundlage von Experteninterviews erarbeitete sie zentrale Kompetenzen für professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit (mit)

„reflektierter Parteilichkeit und hilfreicher Kontrolle, Planungs- und Zielfindungsorientierung, empathischer aber zugleich zielorientierter Beziehungsgestaltung, interinstitutioneller und interdisziplinärer Kooperation, Interesse an einer Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen des eigenen professionellen Handelns, (und) diskursive Reflexivität“ (Heiner, 2010, S. 431).

Die Argumentation dieser Arbeit folgt diesem fachlichen Diskurs nach Heiner, da mit diesem Ansatz das Spannungsfeld der Forschungsfragen differenzierter betrachtet werden kann. Der Bezug auf die kritische Handlungswissenschaft mit dem Verständnis einer Dichotomie um Inklusion und Exklusion in Gesundheitsberufen ist notwendig, um das ambivalente Handlungsfeld zwischen Partizipation, Beteiligung und Fachlichkeit zu beleuchten. Heiners Ansatz stellt eine Polarität dar, die Klarheit in der Zuordnung zu bieten scheint. Für das Forschungsinteresse dieser Arbeit ist die Auseinandersetzung mit Macht entscheidend: sie erfasst in der „Symmetrie und Asymmetrie der Beziehung zwischen Fachkraft und KlientIn“ das Verhältnis von Reziprozität und Komplementarität als entscheidend für die Konstellation in der Rollenverteilung und damit für die Gestaltung des Machtgefälles (Heiner, 2010, S. 466f). Einen essentiellen Beitrag hierzu leistet die emanzipatorische Förderung von Ressourcen:

„... Soziale Arbeit setzt auf Partizipation: Der Begriff Partizipation könnte uns in der Zukunft leiten, wenn Leistung als gegenwärtig oberstes gesellschaftliches Ziel überwunden ist. Partizipation bedeutet Mitgestaltung, Mitsprache, Teilhabe im Sinne der Theorie von Silvia Staub-Bernasconi: Teilhabe an Ressourcen wie Macht, Kultur, Arbeit usw. Partizipieren heißt eine wichtige Rolle im Hilfe-prozeß zu haben, so an der Planung und im Aushandeln von Vereinbarungen mitzuwirken. Echte Partizipation beschleunigt den Hilfe-prozeß. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sind Helfer und Konfliktmanager in einem System und bei einem Prozeß. Experte für seine Probleme bleibt jedoch der Klient. Die Professionellen sind weder Vormund noch Richter oder Ratschlaggeber; sie sind Partner“ (sic!) (Karolus, 1995, S. 112f).

Im Ringen um Kooperation, Partizipation und Adhärenz sind Versatzstücke aus der Geschichte gewaltförmiger psychiatrischer Behandlung mit paternalistischen Vorstellungen und vormundschaftlicher Vertretung der (vermeintlichen) Interessen von Betroffenen strukturell wie inhaltlich noch immer zu finden. Ein grundlegendes Muster von (therapeutischem oder helfendem) Expertentum war in dem Selbstverständnis begründet, notwendig legitimer Krankheits-(be-)urteilerin\* oder -(be-)urteiler zu sein vgl. dazu die Theorie des Labeling-Ansatzes weiter unten). Gleichzeitig lag das Wohlergehen der „Patienten“ in allen Lebensvollzügen in der Hand der Behandler (vgl. dazu Institutionalierungs- und Hospitalisierungskritik (Goffman, 1961)). Der sogenannte „bürgerliche Tod“ (Brink, 2013, S. 195), mit der Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung, unterminierte jede Glaubwürdigkeit Betroffener. Damit wurde das Selbstverständnis eines psychiatrischen Handelns auch zu einer entmachtenden Notlösung. Zudem erfahren Betroffene die Zuweisung einer überdauernden Krankenrolle in allen Lebensäußerungen (Fengler & Fengler, 1980, S. 102ff). Erst die Auseinandersetzung mit den dennoch erhalten gebliebenen Fähigkeiten, dem Eigensinn, der Individualisierung von Hilfen und der Entwicklung einer abgestuften Angebotsstruktur sozialpsychiatrischer Reformen

ermöglichte Ressourcen zu erkennen und zu nutzen. Damit verbunden ist der zweifache Wechsel der Rolle vom Dasein als Patientin\*/ Patienten hin zum der als Nutzerin\* oder dem als Nutzer und mit dem bereits zitierten „Ende der Unheilbarkeit“ (Amering & Schmolke, 2007) bis hin zur Expertin\* oder zum Experten aus Erfahrung.

Schwer fallen solche Rollenwechsel aber auch in die andere Richtung, von kompetent Helfenden hin zu selbst hilfsbedürftigen Personen:

„Während die Angehörigen der helfenden Berufe danach trachten, ihren Klienten glaubhaft zu machen, daß die Annahme von Hilfe keine Schande ist, fällt es vielen von ihnen selbst sehr schwer, selbst an diese Maxime zu glauben. (...) Die Schwere der eigenen Krankheit wird bagatellisiert und verleugnet; Medikamente werden unregelmäßig und in zu geringer Dosis eingenommen, ...“ (Schmidbauer, [1977] 2011, S. 24).

Wenn auch das angeführte Beispiel sich auf ärztliche Fachkräfte als Helfende bezieht, so sind Parallelen zu anderen helfend Tätigen anzuerkennen. Die implizite Ablehnung dieses Rollenwechsels zeigt deutlich, dass der Macht- und Autonomieverlust von Hilfe- oder Behandlungsbedürftigen noch immer im Bewusstsein von Fachkräften als wesentliches Deutungsmuster einer nicht reziproken Interaktion verankert ist.

## 1.1 Professionalität in der Sozialer Arbeit

Mit der Frage nach der Professionalität Sozialer Arbeit, wie sie sich in der Praxis realisiert, erarbeitete Heiner ein Professionalitätsmodell Sozialer Arbeit (Heiner, 2004, S. 40). Dieses orientiert sich explizit an Expertise und fokussiert „auf das spezifische Wissen und Können zur Bewältigung der beruflichen Aufgaben“ (Heiner, 2004, S. 42). Dieses handlungstheoretische Modell stellt eine wesentliche Grundlage dieser Arbeit dar. Heiner definiert

- die Aufgabe der Sozialen Arbeit als Vermittlung zwischen Individuum und Gesellschaft im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle,
- Autonomie der Lebenspraxis als Ziel dieser Vermittlung, mit dem Abbau von Abhängigkeit von gesellschaftlicher Unterstützung bei Ermöglichung von sozialverantwortlicher Selbstverwirklichung,
- Als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit mit dem Spezifikum zweier parallel und unterschiedlich zu akzentuierende Aufgabentypen: Einmal mit der Unterstützung und Befähigung und einmal mit der Veränderung der Existenzbedingungen,

- Die Methodik Sozialer Arbeit als ressourcenorientiert, mehrdimensional, mehrperspektivisch, vernetzend, alltagsorientiert, umfeldbezogen und partizipativ,
- Als fundamentales Merkmal Sozialer Arbeit: Reflexivität (Heiner, 2004, S. 42f).

In den Ausführungen zu professionellen Reflexivität in der Sozialen Arbeit verdeutlicht Heiner, die Notwendigkeit unterschiedliche Wissensbestände einzubeziehen:

„Als reflexives Handeln verlangt professionelles Handeln die Integration von drei Arten von Wissen: von wissenschaftlichem Wissen, beruflichem (Erfahrungs-)Wissen und aktuellem Alltagswissen. Diese Wissensarten werden aufgabenbezogen kombiniert und auch das wissenschaftliche Wissen wird dabei zunächst auf seine Tauglichkeit geprüft, nicht bloß umgesetzt bzw. angewendet. (...) Sie wird nicht nur in der Ausbildung erworben, sondern in der Berufspraxis kontinuierlich (...) weiterentwickelt bzw. gesichert“ (Heiner, 2004, S. 44). Als unverzichtbaren Kern der Handlungskompetenz definiert sie für ihre Untersuchung des professionellen Handelns „Reflexivität als Bereitschaft und Fähigkeit zur systematischen, methodisch kontrollierten und selbstkritischen Analyse des eigenen Tuns und der dazugehörigen Rahmenbedingungen (der Institution, des Hilfesystems, etc.)“ (ebd. S. 44).

Damit ist eine Basis professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit umrissen, die in ihrer Reflexivität umfassend Wissensbestände aktiviert. Mit dem Einbezug „beruflichen (Erfahrungs-)Wissens“ (ebd. S. 44) und dem Verweis auf die anwachsende, sich entwickelnde Grundlage auf der die Reflexion fußt, sind Aktualisierungen und Rückgriffe auf Gelerntes, Erlebtes und Verarbeitetes möglich. Die Beschränkung des Erfahrungswissens allenfalls auf berufliches Wissen jedoch schließt weitere wertvolle Wissensbestände aus, die dennoch eine Rolle in der Sozialen Arbeit haben, insbesondere in Arbeitsfeldern, da Beziehungsarbeit und persönliche Begleitung zu den Hauptaufgaben gehören. Wertvolle, außerhalb des beruflichen Kontexts erworbene Wissensbestände können eigene Erfahrungen sein, die sich intrapersonal in der eigenen Perspektive, der Perzeption oder interpersonell in der professionellen Beziehungsgestaltung zeigen. Außerberuflich erworbenes Wissen oder Alltagswissen, im Sinne von Wissen,

„...wie man einen Computer oder ein Telefon bedient (...) Werte und Normen, die wir kennen bzw. in Gestalt von Deutungsmustern verinnerlicht haben“ (Becker-Lenz & Müller-Hermann, 2023, S. 124)

sind damit explizit nicht gemeint. Hier geht es um Wissensbestände, die gelebten Erfahrungen entstammen

- zu Vulnerabilität und Bewältigung,
- zu Krankheit und Genesung,

- als Nutzerin\*/ Nutzer oder Nicht-Nutzerin\*/ Nutzer des Hilfesystems oder der Selbsthilfe,
- als Angehörige\* oder Angehöriger
- als Teil einer marginalisierten Gruppe mit Erfahrung gesellschaftlicher Reaktion und oder Zuschreibungen/ Selbstzuschreibungen hinsichtlich Kultur, Gender, sexueller Orientierung, Alter, Herkunft, Religion, Armut etc.,
- als Überlebende\*/ Überlebender, als Opfer von Gewalt.

Diese persönlichen Erfahrungen werden bislang nicht in der Lehre aktiviert und in die Praxis Sozialer Arbeit einbezogen, sie können jedoch Wissensbestände und damit Ressourcen darstellen, die einen nicht zu ersetzenden Beitrag in der Begleitung bieten können. Ebenso gut möglich kann das persönlich prägende Erfahrungswissen auch unthematisiert für Irritation beim Gegenüber sorgen, in beiden Fällen jedoch sollte es in die Reflexion aufgenommen werden.

Zusammengefasst können diese Erfahrungswissensbestände als „Shared Experience of Diversity, Equity and Inclusion (DEI)“ (Corrigan, 2024, S. 599) verstanden werden, die letztlich auch die Grundlage für „Peerness“ bilden, also der Kompetenz aus gelebter Erfahrung heraus Personen in einer ähnlichen Lage eben diese reflektiert zur Verfügung zu stellen. Peerness ist dabei immer bedingt und an bestimmte Erfahrungen gebunden, was regelmäßig zu Diskussionen führt, wann von Peerness gesprochen werden kann, wie Peerness erhalten bleiben kann und inwieweit Peerness zu einem Grundverständnis von Inklusion – Exklusion beitragen kann.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Professionalität in der Sozialen Arbeit anstrebt, mit dem Einsatz verschiedener Wissensformen in flexibler und fallspezifischer Anwendung bei einem hohen Maß an Reflexivität und selbstkritischer Analyse, die Vermittlung zwischen Individuum und Gesellschaft in multiplen sozialen, wirtschaftlichen und politischen Konstellationen um Autonomie und Unabhängigkeit von Unterstützungssystemen zu ermöglichen. Bevor dies diskutiert werden kann, folgt zunächst ein Abriss zu Ehrenamt und Selbsthilfe, um Aufträge und Rollen zu verdeutlichen, die sich mit Professionalisierung teils verschieben.

Ein entscheidender Schritt zur Ausrichtung psychiatrischer Dienste hin zu ressourcenorientierten Hilfen und partizipativer Gestaltung von Angeboten ist mit dem Konzept von Recovery möglich geworden, das sich in den 90er Jahren entwickelt hat. Es erkennt die Erfahrungsexpertise Betroffener an und bestärkt/empowert Betroffener zu einer aktiven Rolle in ihrem Genesungsprozess:

„A mental health service system based on the recovery concept incorporates the services of a community support system organized around the rehabilitation model's description of the impact of severe mental illness. Each service is examined in terms of amelioration of impairment, dysfunction, disability, and disadvantage. A recovery-based mental health system assumes that recovery can occur without professional intervention, requires support from an outside person, and can occur even though symptoms recur. Such a system also assumes that recovery can change the frequency and duration of symptoms, and that recovery is not a linear process" (Anthony, 1993, S. 11).

Der prozedurale Charakter wird, neben der veränderten Rolle Betroffener in diesem Prozess, auch von Amering & Schmolke (2007) betont:

„Für eine Definition lässt sich zusammenfassen, dass Recovery-Konzepte die Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle heraus hin zu einem selbstbestimmten, sinnerfüllten Leben beschreiben. Es handelt sich dabei meist um individuell fortlaufende Prozesse, die sich an für die einzelnen betroffenen Menschen wesentlichen Werten und Zielen orientieren“ (Amering & Schmolke, 2007, S. 97).

In systemtheoretischer Betrachtung wird der zentrale Bestandteil von Recovery, die Ermächtigung, weitgehend gleichgesetzt mit dem Begriff Empowerment:

„Bei genauerer Betrachtung meint man mit Empowerment in den meisten Fällen partizipative Formen von Beteiligung“ (Staub-Bernasconi S. , 2007, S. 52).

Die Verortung der Rolle von Genesungsbegleitungen im Hilfesystem ließe sich so mittels des „doppelten Mandats“ (Böhnisch & Löscher 1975; Heiner 2004, Staub-Bernasconi 2007) darstellen: So bildet sich der gesellschaftliche Auftrag mit einer Kontrollfunktion ab, wohingegen Seitens Nutzender die Ausstattung mit individuellen Hilfeleistungen vorrangig ist. Die Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen findet sich im Ringen der Fachkräfte Sozialer Arbeit um die Ausgewogenheit von Rechtsansprüchen, Bedürfnissen und Interessen der Klienten und den sozialen Interessen seitens öffentlicher Steuerungsagenturen wieder (Staub-Bernasconi S., 2007b, S. 11f). Innerhalb dieses Komplexes nimmt Genesungsbegleitung eine vermittelnde Position mit den bereits beschriebenen Wirkungen als Hoffnungsträgerin\* oder Hoffnungsträger einerseits und andererseits einem Korrektiv im besten Sinn ein. Der kritisch-reflexive Umgang mit den Aspekten der Kontrollfunktion als Teil des Auftrags der Sozialen Arbeit prägt den Diskurs und spiegelt sich im „Wandel des Selbstverständnisses“ Sozialer Arbeit wider:

„... War es nicht schon immer Ziel von Sozialarbeiter\*innen eine gerechte Welt zu schaffen? Welche Rolle spielen dabei die Klienten? Und wie verhält es sich mit möglichen Konflikten zwischen deren Bedürfnissen und den Vorstellungen professioneller Sozialarbeit sowie der ihrer Auftraggeber? Die Einbeziehung der Klienten sollte eigentlich selbstverständlich sein. So wichtig die Basisbeteiligung aber auch ist, kann sie doch nicht das alles Entscheidende sein. Eine professionelle Sozialarbeit kann ihre Selbstdefinition nicht aufgeben, auch nicht

um den Preis existentieller Konflikte mit Betroffenen, Trägern, Institutionen“ (Mühlum, 1995, S. 119f).

Die Etablierung von Teilhabe und Partizipation wie sie durch den Recovery-Ansatz systematisch verfolgt wird, schließt weder die Existenz noch die Notwendigkeit von Konflikten aus. Die Gestaltung von Rahmenbedingungen ermöglicht die in der Weiterentwicklung der Angebote liegenden Chancen zur qualitativen Verbesserung nutzbar zu machen. Eine damit verbundene Veränderung des Hilfesystems gründet dabei in der Ermächtigung und geschieht über die Aushandlung von Spielräumen:

„Der Handelnde bleibt immer in Bezug zu anderen Handelnden und von ihnen abhängig; souverän gerade ist er nie“ (Arendt, 1994, S. 294).

Um nun das Konzept von Vulnerabilität und der Gestaltung annehmbarer Hilfen zu erfassen, bieten anthropologische Theorien psychischer Erkrankungen wertvolle Hinweise:

„Zusammengefasst fragt die psychiatrische Anthropologie nach der spezifischen Vulnerabilität der psychischen Organisation von Homo sapiens: Was sind die Bedingungen der Möglichkeit dafür, dass Menschen überhaupt psychisch erkranken können? Worin bestehen die Entgleisungsmöglichkeiten der psychischen Struktur? Unter welchen grundsätzlich problematischen Bedingungen hat der Mensch sein Leben zu führen, so dass ihn die Aufgabe der Existenz auch überfordern kann? Antworten auf diese Fragen ermöglichen ein vertieftes Verständnis für die existenziellen Widersprüche und Konflikte, mit denen sich besonders psychisch kranke Menschen konfrontiert sehen oder unter denen sie unbewusst leiden“ (Fuchs, 2017, S. 420).

Diese Kontextbedingungen verdeutlichen die Grundlage von „advocacy“ und antipsychiatrischen Diskursen, die Parteilichkeit und Selbsthilfe in diesem Feld begründen. In den beiden Spannungsfeldern um Ehrenamt und Fachlichkeit sowie Leistungsfähigkeit und Stigmatisierung im beruflichen Kontext wird dies weiter aufgefächert. Hierzu wurde erneut eine handlungswissenschaftliche Herangehensweise gewählt in Anlehnung an Sagebiel:

„Allgemein, da das Wissen für alle Bereiche der Sozialen Arbeit qualifiziert, und normativ, weil es wertebegründend und handlungsorientiert ist, und wissenschaftlich, weil Wissen der Lösung von sozialen Problemen dient“ (Sagebiel, 2010, S. 53).

Auf den folgenden Seiten wird im Diskurs zu den beiden Spannungsfeldern näher auf die Dimensionen von Fachlichkeit und Ehrenamt, aber auch der Stigmatisierung im beruflichen Kontext eingegangen, aufbauend auf dem hier skizzierten Verständnis von Sozialer Arbeit.

Mit der Exploration, welche Wirkung die Etablierung von EX-IN Genesungsbegleitung in den Angeboten und Diensten der professionellen sozialpsychiatrischen Begleitung hat, wird in den qualitativen Anteilen der Forschungsarbeit mit den Fragen nach dem Erleben von Veränderungen bei EX-IN und deren

Teamkolleginnen\* und -kollegen nachgegangen: Zugänglichkeit und Niedrigschwelligkeit werden dabei ebenso beleuchtet wie qualitative Entwicklungen.

## 1.2 Soziale Arbeit als Hilfe zur Selbsthilfe

Galuske et al. (2002) verweisen auf den zentralen Auftrag Sozialer Arbeit als Hilfe zur Selbsthilfe und verdeutlichen, dass die Vielfalt an Themen und Konstellationen nicht mit einer einzigen Methode zu bewältigen ist, vielmehr ist hierfür eine Vielzahl an Methoden erforderlich. Eben dies macht diese Profession aus:

„Soziale Arbeit ist gekennzeichnet durch ihre Nähe zum Alltag der Klienten und ihren Alltagsproblemen. Wenn Soziale Arbeit ihrem klassischen Anspruch der „Hilfe zur Selbsthilfe“ genügen will, so muss sich ihr methodisches Handeln am Kriterium der Alltagsnähe bewähren und messen lassen. Der Vielfalt des Alltags kann nicht Rechnung getragen werden, indem man Methoden als starres Instrument versteht“ (Galuske & Müller, 2002, S. 592f).

Soziale Arbeit soll sich idealerweise selbst überflüssig machen, indem Ressourcen aktiviert, Strategien erarbeitet und Rahmenbedingungen so angepasst werden, dass die Person eigenständig und idealerweise ohne weitere professionelle Hilfen ihren Alltag bewältigen kann. Ansprüche auf notwendige Hilfeleistungen sollen damit nicht in Frage gestellt werden, jedoch der Blick einerseits auf die Erfordernisse des Einwirkens auf politische und gesellschaftliche Entwicklung und andererseits auf immer wieder auszuhandelnde Grenzen des Guten und die Akzeptanz autonomer Entscheidungen und individueller Lebensentwürfe, die möglicherweise nicht dem Ideal der Person entsprechen, die die professionelle Begleitung leistet. Es geht also auch um die Frage, wann der professionelle Auftrag als erfüllt gilt. Der Ansatz gilt als „klassisch“ und stellt nach Kleve (2012) einen Selbstdekonstruktivismus dar:

„Soziale Arbeit soll eine Hilfe zur Selbsthilfe sein, sich bestenfalls sogar als Fremdhilfe überflüssig machen. Das ist die klassische und aus meiner Sicht auch nach wie vor passende Vorstellung sozialarbeiterischer Unterstützung. In einer Gesellschaft, die aufgrund ihrer Risiko-Dynamik, permanent soziale Probleme schafft, ist dieses selbstdekonstruktive Bestreben für das Fortbestehen der Sozialen Arbeit als professionelle Praxis zweifellos ungefährlich“ (Kleve, 2012, S. k. A.).

Die teils gegensätzlichen Ansprüche an Sozialarbeitende erfordern Ambiguitätstoleranz, also die Fähigkeit eine Zwei- (oder Mehr-)deutigkeit von Rollen auszuhalten und damit auch, dass situativ nicht alle Bedürfnisse befriedigt werden können (Krappmann, 1969, S. 132). Diese Ambivalenz findet sich wieder im selbstkonstruktiven Helfen als helfendem Handeln Sozialer Arbeit, das kein

Ende findet und die Deutungshoheit für sich behält, wodurch der Anspruch Hilfe zur Selbsthilfe zu sein verfehlt wird. Verstärkt wird diese Dynamik durch die kapitalistische Systematik, die eine Fortführung von Hilfeleistungen als ein existenzsichernder Faktor für die Finanzierung von Organisationen darstellt (Kleve, 2012, S. o. A.).

Mit der 2014 in Melbourne von der Generalversammlung von IFSW und IASSW verabschiedeten Definition Sozialer Arbeit wird der Anspruch an die Aktualisierung des Handelns Sozialer Arbeit hinsichtlich gesellschaftlichen Wandels deutlich. So wird darin die Bedeutung gesellschaftlicher Entwicklung und der Ermächtigung und Befreiung von Menschen betont, die Menschenrechte als Grundlage gesehen und als Ziele Ermöglichung und Herstellung oder Steigerung von Wohlbefinden formuliert: Vgl. oben (IFSW/ IASSW, 2014). Bereits in der vorherigen Definition Sozialer Arbeit von IFSW und IASSW aus dem Jahr 2000 wurde entlang des Diskurses zur Umsetzung von Menschenrechten und entlang neoliberaler Betrachtungen von Sozialer Arbeit als Dienstleistung die Verortung sozialarbeiterischen Handelns in Schnittstellen zwischen Individuum und Umgebung herausgearbeitet:

„Soziale Arbeit ist eine Profession, die sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen fördert, um ihr Wohlbefinden zu verbessern. Indem sie sich auf Theorien menschlichen Verhaltens sowie sozialer Systeme als Erklärungsbasis stützt, interveniert Soziale Arbeit im Schnittpunkt zwischen Individuum und Umwelt/ Gesellschaft. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit von fundamentaler Bedeutung“ (Staub-Bernasconi S. , 2007a, S. 9).

Stellt man diese Definitionen dem Diskurs um Peearbeit in der sozialpsychiatrischen Versorgung und hier konkret von Experienced Involvement/ Geneungsbegleitung voran, so zeigt sich rasch die Dimension des Auftrags von Sozialer Arbeit als Menschenrechtsprofession. Im Spannungsfeld Professionalität versus Selbsthilfe (Expertise aus eigener Erfahrung) stellt sich im Arbeitsfeld psychiatrischer Arbeit ein spezifischer Auftrag für Fachkräfte.

Dabei steht die Kompetenz von Psychiatrie-Erfahrenen weiter implizit in Frage. Ihre Expertise aus Erfahrung bleibt in Bezug auf deren Professionalität nach wie vor unklar. Anti-Stigma-Kampagnen (wie seit rund 10 Jahren im aktiven Zusammenschluss von 120 Mitgliedsorganisationen „Aktionsbündnis seelische Gesundheit [www.seelischegesundheit.net](http://www.seelischegesundheit.net)“ (Aktionsbündnis seelische Gesundheit, 2006)), haben bisher keinen grundlegenden Einstellungswandel erreichen können (Schomerus & Angermayer, 2011). Auch die Ratifizierung der UN-BRK (UN General Assembly, 2007) im Jahr 2009 und des sich in stufenweiser Umsetzung befindlichen Bundesteilhabegesetzes/ SGB IX haben das Narrativ des notwendigen Entzugs von Glaubwürdigkeit

bei psychischen Erkrankungen nur oberflächlich thematisiert: Es ist davon auszugehen, dass Diskriminierung und Vorurteile für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland weiterhin aktuell sind:

„Nationale und internationale Untersuchungen legen nahe, dass Vorurteile und Ablehnung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Öffentlichkeit immer noch weit verbreitet sind. Man spricht auch von einem öffentlichen Stigma psychischer Krankheiten. Hierbei handelt es sich um die Wahrnehmung, die von der Allgemeinbevölkerung geteilt wird, dass Personen, die psychotherapeutische Hilfe suchen (oder brauchen), nicht akzeptabel bzw. sozial erwünscht sind“ (Aydin & Fritsch, 2015, S. 248).

Die Auswirkungen psychischer Erkrankungen sind nicht nur in der Gestaltung der persönlichen Lebensführung festzustellen, sie werden als umfassend beschrieben:

„Psychische Erkrankungen wirken sich für Betroffene und ihre Angehörigen auf nahezu alle Lebensbereiche aus“ (DGPPN e.V., 2020, S. 8).

Die Anforderungen an die Grundhaltung von Fachkräften der Sozialen Arbeit lässt sich somit zusammenfassen:

„Sozialarbeiter arbeiten in einer professionellen Grundhaltung, die auf ethischen Grundprinzipien fußt. Leitwerte sind dabei u. a. Respekt, weitestgehende Achtung der Autonomie, Diversität und Selbstbestimmung, Orientierung an den Menschenrechten, sozialer Gerechtigkeit und individuellen Ressourcen, Rücksicht auf Wünsche zu kreativen subjektiven Lebensentwürfen sowie Partizipation während des gesamten Betreuungsprozesses. Empowerment und Recoveryorientierung sind Leitmotive in dieser Grundhaltung. In einer professionellen Distanz kann der Sozialarbeiter die aktuelle Beziehungsgestaltung zwischen sich, den kooperierenden Institutionen und dem Klienten kritisch reflektieren und holt sich bei Bedarf in Supervision oder kollegialer Beratung Unterstützung und Rückmeldung zur Situationsklärung“ (Walther, 2021, S. 208).

Entsprechung findet diese Grundhaltung auch in der gesetzlichen Grundlage des Handelns von Fachkräften und lässt sich im Arbeitsfeld der Eingliederungshilfe mit Blick auf die §§1 und 4 SGB IX herstellen, wie Röh (2021) ausführt:

„Insgesamt steht der Anspruch auf Förderung der „Selbstbestimmung und vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe in der Gesellschaft“ (§ 1 SGB IX) zur Rede, der jedoch einerseits dadurch gewährleistet wird, dass gemäß § 4 SGB IX durch die Teilhabeleistungen Behinderung abgewendet, beseitigt, gemindert, ihre Verschlimmerung verhütet oder ihre Folgen gemildert werden sollen, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden, gemindert oder eine Verschlimmerung verhütet sowie der vorzeitige Bezug anderer Sozialleistungen vermieden oder laufende Sozialleistungen gemindert, die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft gesichert oder die persönliche Entwicklung ganzheitlich gefördert und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung ermöglicht oder erleichtert werden soll“ (Röh, 2021, S. 235).

In dieser Arbeit wurden mit den Fragen nach der Beschäftigungsperspektive aber auch der Nicht-Beschäftigung von EX-IN Genesungsbegleitungen Optionen und Hindernisse für die Teilhabe an (sozialpsychiatrischer) Arbeit standardisiert über einen Fragebogen erhoben und ein Einblick in Art und Umfang der Arbeitsverhältnisse von EX-IN Genesungsbegleitungen in Deutschland möglich. Im qualitativen Teil wird mit Experteninterviews der Frage nach dem Erleben von Fachlichkeit und professionellem Handeln von EX-IN-Genesungsbegleitungen nachgegangen. Es werden Veränderungen in Angeboten aber auch dem Umgang mit und der Sicht auf Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie auf Peers als Kolleginnen\* und Kollegen beleuchtet.

### **1.3 Auftrag Sozialer Arbeit im Bereich Teilhabe an Arbeit bei Menschen mit psychischen Erkrankungen**

Überdeutlich sind Ausgrenzungserfahrungen im Kontext von Teilhabe an Arbeit (Gromann & Deuschle, 2021, S. 11f). Dies bedeutet für den Diskurs um Professionalität und Selbsthilfe im Rahmen psychiatrischen Tätigseins, dass der Kontext beruflichen Tätigseins und die Berücksichtigung und Nutzung des Selbsthilfepotentials in der Begegnung mit Service Usern einem verschärften Spannungsfeld unterliegt, weil zum Diskurs um professionelle Kompetenzen versus persönliche Kompetenzen noch die „doppelte“ Entwertung von Glaubwürdigkeit/ Verlässlichkeit/ Kompetenz durch die Folgen einer psychischen Erkrankung Betroffener hinzutreten. Menschen – insbesondere Frauen – mit der Erfahrung einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung wird beispielsweise bei der Finanzierung beruflicher Rehabilitation oder einer Umschulung von der Deutschen Rentenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit eine Rückkehr in einen „Sorgeberuf“ (Erziehung, Pflege, soziale Arbeit) ausdrücklich nicht finanziert (Ommert, 2019, S. 381f).

Vor diesem Hintergrund sind Leitlinien aller dem Sozialwesen angehörenden Berufsgruppen im Anspruch hervorzuheben:

„Wenn es eine grundlegende Wertprämisse für alle Professionen im Feld des Sozialwesens gibt, dann ist es die Bejahung der Menschenrechte. Und wenn es ein zentrales komplexes methodisches Problem gibt, das alle Sektoren des Arbeitsfeldes umfasst ... dann ist es die Frage, wie man Menschenrechte umsetzt, schützt und im Alltag der Menschen unter Stress konkretisiert“ (Pusic, 1969, S. VI).

Mit dieser Verankerung in den ethischen Leitlinien Sozialer Arbeit (IASSW International Association of Social Work, 2018) wird das Ziel Sozialer Arbeit, in jedem Arbeitsfeld Partizipation und Selbsthilfe zu stützen, formuliert – für die Berufsrollenträgerinnen\* und -träger Sozialer Arbeit im Arbeitsfeld der Psychiatrie stellt dies folglich eine besondere Herausforderung dar.

Um die Merkmale dieser Herausforderung in psychiatrischen Versorgungsstrukturen zu beleuchten, wird zunächst auf Erklärungsmuster zum Ausschluss vom Zugang zu Erwerbsarbeit bei psychischen Erkrankungen eingegangen, dies wird dann vertieft am Diskurs um psychische Erkrankungen an sich. Mit diesem Fokus wird dann erläutert, welche Bedeutung ein bio-psycho-soziales Grundverständnis von mentaler Beeinträchtigung im Kontext der ICF (WHO, 2005) einschließlich der Sozialgesetzgebung mit SGB IX (BMAS, 2001) und Bundesteilhabegesetz, kurz BTHG (BMAS, 2016) für den Bereich Teilhabe an Arbeit hat. Schließlich werden Bezüge zur gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit herausgearbeitet und mit rehabilitativen wie präventiven Ansätzen der Auftrag an Soziale Arbeit in der Implementierung und Begleitung von Peerarbeit in der Sozialpsychiatrie formuliert.

### *1.3.1 Exklusion von Teilhabe an Arbeit bei Menschen mit psychischen Erkrankungen*

Der Diskurs um die Kausalität von Erkrankung und dem daraus folgenden Ausschluss von Erwerbsarbeit kann mit der klassischen Studie von Hudson (2005) eröffnet werden: Hudson verfolgte u. A. die Klärung der Frage, ob eine psychische Erkrankung und ihre mentalen Funktionseinbußen den Ausschluss von Erwerbsarbeit und damit Armut zur Folge hat – oder ob die Diagnose und Behandlung in der Psychiatrie den sozialen Abstieg über Diskriminierungs- und Stigmatisierungsprozesse auslöst. Dabei kam er zum Ergebnis, dass beiderlei Phänomene wirken und sich substantiell und jenseits der Art der psychischen Erkrankung und unabhängig vom herangezogenen Indikator für die Erhebung des sozioökonomischen Status (im Folgenden wird ‚socioeconomic status‘ abgekürzt mit ‚SES‘) abbilden:

„The current study reveals a remarkably strong and consistent negative correlation between socioeconomic conditions and mental illness, one that supports the role of social causation in mental illness and cannot be accounted for by geographic or economic downward mobility. (...) the poorer one’s socioeconomic conditions are, the higher one’s risk is for mental disability and psychiatric hospitalization. This substantial correlation was found regardless of the particular indicator of SES or type of mental illness examined” (Hudson, 2005, S. 16).

Aktuell können folgende Aussagen zusammengefasst zur Gesundheitssituation und zur Gesundheitsversorgung getroffen werden:

- „Frauen und Männer mit niedrigem Einkommen haben eine geringere Lebenserwartung.
- Das Risiko für bestimmte Erkrankungen, wie z. B. Herzinfarkt, Diabetes mellitus und chronische Bronchitis, ist bei Armut erhöht.

- Von Armut betroffene Personen sind häufiger aufgrund von Gesundheitsproblemen in der Alltagsbewältigung eingeschränkt.
- Gesundheitsriskante Verhaltensweisen sind bei Personen, die in Armut leben, stärker verbreitet.
- Armut geht mit einer geringeren sozialen Unterstützung einher.
- Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit hat sich in den letzten Jahrzehnten nicht verringert“ (Ortmann, 2021, S. 244).

Die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf den ökonomischen Status und umgekehrt sind in „Poverty, Depression, and Anxiety: Causal Evidence and Mechanisms“ (Ridley, Rao, Schilbach, & Patel, 2020, S. 1) dokumentiert:

„Mental illness predicts worse labor market outcomes later in life. Following a diagnosis of depression or anxiety, employment rates and incomes have been estimated to fall by as much as half, relative to the non-depressed or non-anxious (Hakulinen et al., 2019; Mojtabai et al., 2015)“ (Ridley, Rao, Schilbach, & Patel, 2020, S. 10).

Arbeitslosigkeit selbst ist mit den finanziellen aber auch sozialen und intrapersonellen Folgen ein zentraler Faktor für Gesundheit:

„Die präsentierten Ergebnisse zeigen eindrücklich, dass viele Krankheiten und Beschwerden bei Personen mit geringem Einkommen, unzureichender Bildung und niedriger beruflicher Stellung vermehrt vorkommen. (...) Die stärkere Verbreitung von Krankheiten, Gesundheitsproblemen und Risikofaktoren findet letztlich in einer höheren vorzeitigen Sterblichkeit und geringeren Lebenserwartung der benachteiligten Einkommens-, Bildungs- und Berufsgruppen Ausdruck. Darüber hinaus ist Arbeitslosigkeit mit einer schlechteren Gesundheit verbunden. Die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit sind zum einen unter materiellen Aspekten zu sehen, zum Beispiel dem engeren finanziellen Handlungsspielraum und dem geringeren Lebensstandard. Zum anderen sind psychosoziale Belastungen von Bedeutung, die zum Beispiel aus Zukunftsorgen oder Ausgrenzungserfahrungen resultieren können“ (RKI-Robert-Koch-Institut, 2021, S. 345).

Auch ohne primäres Vorliegen einer psychischen Erkrankung beeindruckend diese Zusammenhänge in ihrer Wirkmacht als schwer zu überwindende Hürden. Nebenwirkungen, wie die schwerer fassbaren psychosozialen Komponenten von Armut und Arbeitslosigkeit verstärken sich, je länger dieser Zustand anhält, die Auswirkungen derselben auf die Chance zur Wiedereingliederung und Rehabilitation, sind ebenfalls festzuhalten:

„Der Verlust des Arbeitsplatzes hat nicht nur Konsequenzen für die Einkommenssituation und den Lebensstandard, sondern ist auch mit psychosozialen Belastungen und einer Verminderung des Selbstwerts verbunden. Auswirkungen auf die Gesundheit sind vor allem dann zu erwarten, wenn die Arbeitslosigkeit länger andauert und die Aussichten auf eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt gering sind. Zudem unterliegen gesundheitlich eingeschränkte Personen einem höheren Risiko, ihren Arbeitsplatz zu verlieren, und haben schlechtere Chancen auf eine berufliche Wiedereingliederung“ (RKI-Robert-Koch-Institut, 2021, S. 339).

Die stabilisierende Wirkung materieller Absicherung, sozialer Vernetztheit und Arbeitsplatzsicherheit wird anhand der Kontrastierung mit diesen verunsichernden Faktoren sichtbar – und sind, mit Blick auf präventive Maßnahmen, in besonderem Maße für Personenkreise anzustreben, deren gesundheitliche, wie wirtschaftliche Ausstattung bereits gelitten hat:

„Nicht erst Arbeitslosigkeit, sondern bereits Arbeitsplatzunsicherheit ist mit einem häufigeren Auftreten von Gesundheitsproblemen assoziiert. Beschäftigte, die ihren Arbeitsplatz als gefährdet ansehen, sind häufiger stressbelastet und weisen ein deutlich erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen auf als erwerbstätige Männer und Frauen in ungefährdeten Beschäftigungsverhältnissen“ (RKI-Robert-Koch-Institut, 2021, S. 340).

Insgesamt ist eine Zunahme von Befristungen festzustellen, wobei diese vor der Corona-Pandemie bei über 50% der Beschäftigten die Laufzeit von weniger als einem Jahr betragen:

„Knapp jeder vierzehnte Arbeitsvertrag hat ein Verfallsdatum (Titel, Anm. d. Autorin) 2019 waren in Deutschland 7,4 % der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab 25 Jahren befristet beschäftigt. (...) 1991 waren 6,9 % der Frauen und 5,2 % der Männer in einem befristeten Arbeitsverhältnis beschäftigt. Die meisten, (53,4 %), der befristet Beschäftigten besaßen 2019 einen Arbeitsvertrag mit einer Laufzeit von weniger als einem Jahr. Bei 22,0 % der Befragten betrug die Befristung ein bis unter zwei Jahre, bei weiteren 13,1 % zwei bis unter drei Jahre“ (Statistisches Bundesamt, 2019).

Damit einhergehende existentielle Unsicherheit, Anforderungen an Anpassungsleistungen und Flexibilität werden deutlich, zieht man die üblichen Regularien zu Probezeiten von 3–6 Monaten heran, in denen eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses ohne Angabe von Gründen und binnen 14 Tagen durch den Arbeitgebenden ausgesprochen werden kann (BGB, § 622 Abs. 3 - Kündigungsfristen bei Arbeitsverhältnissen, 2021): Zudem ist gemäß SGB III §38 Abs.1 drei Monate vor Ende der Beschäftigung die Meldung zur Arbeitsuche bei der Arbeitsagentur einzugeben (BMAS, 1997) – die Dauer der Phase, in der Arbeitnehmende nicht konkret mit Unsicherheit ob ihrer konkreten Beschäftigungssituation befasst sind, beträgt somit lediglich 3–6 Monate. Im Leistungsbezug von SGB II (BMAS, 2003) zeigen sich erwartungsgemäß auch Belastungen mit psychischen Erkrankungen ausgeprägter:

„Während der Anteil psychisch erkrankter Menschen in der erwachsenen Gesamtbevölkerung bei circa 28 Prozent liegt, wird er unter den Leistungsberechtigten im Rechtskreis des SGB II deutlich höher geschätzt. So haben fast die Hälfte der arbeitslosen Leistungsbeziehenden ernste körperliche oder psychische Gesundheitsprobleme, geschätzte 37 Prozent der Leistungsberechtigten eine psychiatrische Diagnose“ (Riedel-Heller, Gühne, & Kupka, 2020, S. 9).

Dabei ist zudem ein Anstieg des Anteils von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Leistungsbezug nach SGB II (BMAS, 2003) zu erkennen:

„Dies spiegelt sich auch darin wider, dass psychiatrische Diagnosen bei erwerbsfähigen SGB-II-Leistungsberechtigten deutlich häufiger vorkommen als bei Beschäftigten; darüber hinaus lässt sich im Verlauf der letzten Jahre ein merklicher Anstieg des Anteils an Personen mit psychischen Einschränkungen unter den Leistungsberechtigten feststellen“ (Oschmiansky, et al., 2017, S. 6).

### *1.3.2 Exklusion von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Erkrankungen erfordern systematische Maßnahmen der Inklusion*

Arbeit hat als Ressource für Bewältigung und Abmilderung von Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Betroffenen durch ihre multifaktorielle Wirkungsmacht mit tagesstrukturierenden, sozialen und existenzsichernden Komponenten einen besonderen Stellenwert. Dieser reicht bis hin zum Prädiktor für psychische Stabilität, wird jedoch eben gerade für diese Personengruppe zu gering bewertet:

„Die gesundheitsförderlichen Aspekte von Arbeit werden gegenwärtig systematisch unterschätzt. (...) Die gesundheitsförderlichen Aspekte von Arbeit wurden in der Behandlung psychisch Kranker schon lange erkannt und genutzt. Auch aktuelle Studien verweisen darauf, dass gelingende Teilhabe am Arbeitsleben die Anzahl und Dauer subsequenter stationärer und teilstationärer psychiatrischer Behandlungen reduziert“ (Riedel-Heller & Gühne, 2015, S. 383).

Überdurchschnittlich häufig jedoch, werden Menschen mit psychischen Erkrankungen frühberentet. Die Rentenzugänge wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Störungen lagen 2020 anteilig bei 41,5%. Die als Voraussetzung für einen Renteneintritt vorangehenden Rehabilitationsmaßnahmen von Leistungen zur Teilhabe können dann Anwendung finden, wenn zunächst die Rehabilitationsbedürftigkeit festgestellt wurde:

„Leistungen zur Teilhabe sind dann aus fachlicher Sicht indiziert, wenn eine Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegt. Weiterhin hat die Rehabilitationsfähigkeit einer Person vorzuliegen und das Teilhabeziel muss in Verbindung mit einer positiven Rehabilitationsprognose stehen.“ (Ommert, 2019, S. 60).

Zugleich stellt Ommert fest, dass eben diese Zugänge für bestimmte Personengruppen (hier Frauen mit Schizophrenie) Limitierung erfahren (ebd. S. 406f) und verweist auf eine Einschätzung der Vereinten Nationen:

„Die Vereinte Nationen (2015) zeigen sich im Rahmen der dreizehnten Tagung des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Bezug auf Art. 27 der UN-BRK und dessen Umsetzung in Deutschland besorgt über die Segregation auf dem Arbeitsmarkt, über finanzielle Fehltreize, die Menschen mit Behinderung am Eintritt oder am Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt hindern und über die Tatsache, dass Werkstätten für

Menschen mit Behinderung ihr Klientel weder auf den Übergang (allgemeiner Arbeitsmarkt) vorbereiten, noch fördern“ (Ommert, 2019, S. 40).

Eben jener Artikel 27 der UN-Behindertenrechtskonvention (im weiteren Text abgekürzt mit UN-BRK) formuliert das Recht auf und die Bedingungen für berufliche Betätigung für Menschen mit Behinderungen:

„1. States Parties recognize the right of persons with disabilities to work, on an equal basis with others; this includes the right to the opportunity to gain a living by work freely chosen or accepted in a labour market and work environment that is open, inclusive and accessible to persons with disabilities. States Parties shall safeguard and promote the realization of the right to work, including for those who acquire a disability during the course of employment, by taking appropriate steps, including through legislation“ (UN General Assembly, 2007).

Dabei stützt die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (2019) die Forderung nach der Organisation entsprechender Unterstützungsleistungen:

„Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und dem Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollen im Rahmen der Förderung beruflicher Teilhabe Programme mit dem Ziel einer raschen Platzierung direkt auf einem Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes und notwendiger Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden“ (DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, 2019, S. 39f).

Strukturelle Defizite in der Umsetzung von Inklusion in der Arbeitswelt wie diese, stellen dabei eine ebenso große Hürde dar, wie der Mangel an Berücksichtigung weiterer Bedingungen von gelingender Inklusion am Arbeitsplatz. Dazu gehört maßgeblich die Herstellung eines inklusiven und unterstützenden Betriebsklimas:

„Eine häufig wahrgenommene Unterstützung durch den Vorgesetzten sowie ein häufig erlebtes Gemeinschaftsgefühl erhöhen die Zufriedenheit mit den Möglichkeiten des Einsatzes eigener Fähigkeiten signifikant. Für Beschäftigte mit Behinderungen gilt dies in stärkerem Maß als für Beschäftigte ohne Behinderungen“ (Flüter-Hoffmann, Hammermann, & Monsef, 2021, S. 1).

Mit Fokus auf die Einbeziehung von Peers in die psychosoziale Versorgung ist das Erleben von Zugehörigkeit aber auch von Selbstwirksamkeit von besonders prägender Bedeutung. Die auf Shore (2011) basierende Grafik des „Inclusion Framework“ differenziert dabei zwischen der Bedeutung von Einzigartigkeit und Zugehörigkeit und grenzt sie zugleich von Assimilation ab. Die Einordnung von Inklusion stellt sich als das Ergebnis von starker Zugehörigkeit bei hohem Level an Einzigartigkeit (Shore, et al., 2011, S. 1266) dar und liefert zugleich einen ersten Verweis auf eine Herausforderung in professionalisierter Peerarbeit mit dem Erhalt der speziellen Peerperspektive, auf die später näher eingegangen wird.

Abbildung 1 – Inclusion Framework (Shore et al. 2011, A. 1266)

		<b>Inclusion Framework</b>		
		Low Belongingness	High Belongingness	
Low Value in Uniqueness	<b>Exclusion</b>	Individual is not treated as an organizational insider with unique value in the work group but there are other employees or groups who are insiders.	<b>Assimilation</b>	Individual is treated as an insider in the work group when they conform to organizational/dominant culture norms and downplay uniqueness.
	<b>Differentiation</b>	Individual is not treated as an organizational insider in the work group but their unique characteristics are seen as valuable and required for group/ organization success.	<b>Inclusion</b>	Individual is treated as an insider and also allowed/encouraged to retain uniqueness within the work group.
High Value in Uniqueness				

Für die Betätigung, auch als Genesungsbegleitung, lässt sich ableiten, dass Arbeitsverhältnisse eine stabilisierende und Gesundheit erhaltende oder gar fördernde Wirkung entfalten können, wenn diese ohne (ständige) Befristungen und finanziell jenseits prekärer Bezahlung ausgestattet sind. Insgesamt und langfristig ist von Teilhabe und Teilgabe mittels Arbeit durch Menschen mit psychischen Erkrankungen ein Abbau von Vorurteilen auch zur Leistungsfähigkeit gegen eben diese Gruppe zu erwarten. Teilhabe und Teilgabe werden hier als ein Begriffspaar verwendet, das die Reziprozität, dieser Prozesse kennzeichnet. Während bei Teilhabe das Ermöglichen von Beteiligung im Vordergrund zu stehen scheint, verdeutlicht der Begriff der Teilgabe die Dimension der Einbringung durch Betroffene. Teilhabe und Teilgabe werden folglich in diesem Sinne als Grundbedürfnis „Selbst am Leben teilzunehmen (Teilhabe) und andere am eigenen Leben teilhaben zu lassen (Teilgabe)“ (Jerosenko, 2020, S. 4) verwendet.

Mit den Fragen der später vorgestellten qualitativen Untersuchung wann Fachkräfte EX-IN als professionell handelnd erleben und welche Herausforderungen sich zeigten, geht die Arbeit diesen Diskursen nach. Die Gestaltung des Forschungsdesigns beinhaltete, dass nur Dienste in die Stichprobenauswahl für die qualitative Untersuchung aufgenommen wurden, deren EX-IN sich in Beschäftigungsverhältnissen von mindestens 450€ (der 2018 geltenden Minijob-Grenze entsprechend) oder darüber hinaus in Sozialversicherungspflicht befanden, um eine Einschätzung zu Leistungen und Belastbarkeit und Effekten

von Stabilität/ Stabilisierung zu ermöglichen. Dabei wurde das Erleben von Zugehörigkeit der EX-IN zum Team selbstreflexiv in beiden Interessenpositionen exploriert und gleichzeitig die Rahmung durch Teamgeschehen und fachliche Zusammenarbeit einbezogen.

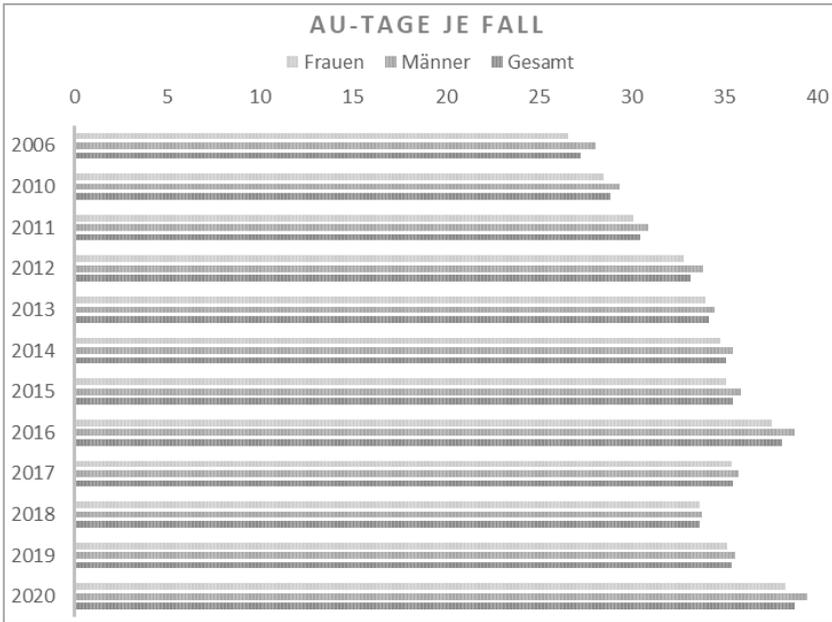
## **1.4 Blick auf die gesellschaftliche Bedeutung der Prävalenz psychischer Erkrankungen**

Die gesellschaftliche Relevanz psychischer Erkrankungen wird anhand des Rankings der Ursachen von Arbeitsunfähigkeit und Ausfalltagen plausibel:

„Im Jahr 2020 dauerte eine durchschnittliche Krankschreibung aufgrund einer psychischen Erkrankung (ICD-10 F00-F99) in Deutschland 38,8 Tage. (...)Im vergangenen Jahrzehnt hat sich das Arbeitsunfähigkeitsvolumen aufgrund psychischer Diagnosen um knapp 70 Prozent erhöht. (...). Insgesamt sind psychische Erkrankungen mit derzeit mit 17,1 Prozent aller AU-Tage die zweitwichtigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit in der Bundesrepublik“ (Radtke, 2022, S. o.S.).

Die Abbildung aus dem Krankenkassenbericht der Deutschen Allgemeinen Krankenkasse (DAK) dokumentiert dies:

Abbildung 2 – Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer aufgrund von psychischen Erkrankungen 2006–2020 (DAK 2021, S. 117, eigene Darstellung)



Diese Perspektive auf Ausfälle in Produktivität und Einschränkung in der Flexibilität arbeitsorganisationaler Abläufe lässt den Bedarf an struktureller Veränderungen in der Arbeitswelt erkennen:

„Die Exklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen von Teilhabe an Arbeit verweist gesamtgesellschaftlich auf eine Produktionseinbuße und stellt individuell den Verlust an Entscheidungsfreiheit und soziale Exklusion, den Verlust an Fertigkeiten (der langfristig einen Verlust an Selbstvertrauen einschließt) und psychische Beeinträchtigungen, Resignation und sinkende Motivation dar. Gemäß einer nachhaltigkeitsorientierten Betrachtung hat Exklusion von Lohnarbeit nicht nur individuelle soziale Folgen wie die Verschlechterung familiärer Beziehungen und des Verlusts von sozialen Kontakten. Auch auf der Ebene arbeitgebender Institutionen oder Betriebe kann dies als eine Verringerung des Wertschöpfungsvermögens verstanden werden: daraus entsteht mangelnde organisatorische Flexibilität und geringere arbeitstechnischer Erneuerung (Leßmann, 2014, S. 47ff). Die verweist darauf, dass ein nachhaltiges Verständnis von Teilhabe an Arbeit auch auf die Veränderung der Rahmenbedingungen von Arbeit zielt“ (Gromann & Deuschle, 2021, S. 14).

Analog hierzu ist die Bereitstellung von Konzepten zur Rehabilitation von Menschen mit psychischen Belastungen im Sinne nachhaltiger Maßnahmen

anzupassen, denn die Zielvorstellung einer regulären Beschäftigung nachgehen zu können, ist für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen Antrieb und Bedürfnis. Zugleich sind auch hier die Zugänge zu rehabilitativen Maßnahmen beschränkt – es bedarf einer positiven Prognose, um berufliche Rehabilitation in Anspruch nehmen zu können. Die Wirkmacht von Arbeit als Faktor für Stabilität und/ oder Stabilisierung wird auch aus dieser Perspektive zu wenig berücksichtigt:

„Die Ausgrenzung (schwer) psychisch Kranker in den Bereichen Ausbildung und berufliche Teilhabe ist immens. Barrieren einer gelingenden beruflichen Teilhabe sind vielfältig und sowohl struktureller, ökonomischer und klinischer Art als auch in den Haltungen und Einstellungen der Gesellschaft und ihrer Mitglieder zu psychisch Kranken zu finden. „Normale Arbeit“ ist jedoch ein Bedürfnis vieler psychisch Kranker; ihr gesundheitsförderliches Potenzial für diese Patientengruppe wird systematisch unterschätzt. Gelingende berufliche Teilhabe stellt ein zentrales Rehabilitationsziel für Menschen mit psychischen Erkrankungen dar und sollte als wichtiges Outcome-Kriterium des Behandlungsprozesses etabliert werden“ (Riedel-Heller & Gühne, 2015, S. 385).

Mit der Gegenüberstellung der Determinanten und der Risiko- und Schutzfaktoren psychischer Gesundheit in Anlehnung an die WHO durch das Robert-Koch-Institut im Bericht zur psychischen Gesundheit aus 2021, wird die Komplexität der Ursachen für die Entwicklung psychischer Erkrankungen verdeutlicht (RKI Robert-Koch-Institut, 2022, S. 20):

Abbildung 3 – Berücksichtige Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit im Überblick (RKI 2022, S. 20 eigene Darstellung).

Determinanten	Risiko- und Schutzfaktoren
(A) Individuelle Eigenschaften und Verhalten	Alter und Geschlecht Chronischer Stress Sportliche Aktivität Gesunde Ernährung Körperliche Gesundheit/ (Ko-)Morbidity
(B) Sozio-ökonomische Bedin- gungen	Bildung, Einkommen, Beruf (SES*) Familienstand, Partnerschaft Erwerbsstatus Soziale Unterstützung
(C) Gesellschaftlich-ökologi- sche Faktoren	Region Gemeindegröße

\*Der sozioökonomische Status (Socio-Economic-Status, SES) wird aus Bildung, beruflicher Stellung und Einkommen abgeleitet (ebd.)

Die ressourcenorientierte Fokussierung auf die protektive Wirkung der oben benannten Schutzfaktoren wie guter Arbeitsbedingungen, Arbeitsplatzsicherheit mit auskömmlichen Einkommen und gelungener sozialer Vernetzung auf psychische Gesundheit, eröffnet die Gestaltung präventiver Maßnahmen folglich als nachhaltig wirksame Strategie auch bei psychischen Erkrankungen Lebensqualität zu erhalten und Wiedererkrankung zu vermeiden. Wertvolle Hinweise ergeben sich aus der gemeinsamen Betrachtung der Kausalitätshypothese von Jahoda, Lazarsfeld et al. aus 1933 und der Selektionshypothese von Grobe und Schwartz aus 2003. Mit der Untersuchung „Die Arbeitslosen von Marienthal“ (Jahoda, Lazarsfeld, & Zeisel, [1933] 2014) stellten sie fest, dass langfristige Arbeitslosigkeit und der Verlust jeglicher Perspektive (Anm. der Autorin: die Arbeit entstammt der Zeit der Weltwirtschaftskrise, als in Marienthal, einem Vorort Wiens, nahezu die gesamte Bevölkerung arbeitslos wurde) zu einem erhöhten Krankheitsrisiko führt. Die Betroffenen reagierten auf die Situation mit unterschiedlichen Verhaltensmustern: Die Resignierten – sie stellten mit 48% den größten Anteil, lebten bei relativ ruhiger Stimmung ohne jede Erwartung auf Besserung und den Verzicht auf Planung oder Phantasie. Die 16% der Ungebrochenen, die sich von ersteren vor allem im Energielevel unterschieden, lebten hingegen mit weniger stark reduzierten Bedürfnissen. 11% wurden den Verzweifelten zugeordnet – geprägt von eben dieser Grundstimmung. In diesen drei Gruppen kümmerte man sich weiterhin um Haushaltsführung und Kinder, so vorhanden. Dagegen zeigte die Gruppe der Apathischen mit 25% als prägendes Merkmal Tatenlosigkeit und Indolenz, ihre Wohnungen und Kinder wirkten unsauber und ungepflegt (Jahoda, Lazarsfeld, & Zeisel [1933] 2014, S. 70f).

Grabe und Schwarz stellten mit ihrer Untersuchung der Versicherten gesetzlicher Krankenkassen ein erhöhtes Risiko für Erkrankungen unter arbeitslosen Menschen fest: Diesen Zusammenhang formulierten sie in der Selektionshypothese: Krankheit führt zu einem erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko (Grobe & Schwartz, 2003, S. k. A.). So legen sie differenziert mit Diagnosezuordnung und binär gegendert dar:

„Zusammenfassend lässt sich sagen, dass unter den Versicherten der GEK Arbeitslosigkeit mit einer deutlich erhöhten Inanspruchnahme stationärer Leistungen verbunden ist, wobei insbesondere psychische Störungen (gemäß Einteilung in der ICD10) eine entscheidende Rolle spielen. Unter arbeitslosen Männern dominieren dabei Aufenthalte im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch. Auf arbeitslose Männer dürfte nach diesen Auswertungen etwa die gleiche Anzahl von Behandlungstagen wegen Alkoholmissbrauch entfallen wie auf die etwa zehnmal größere Gruppe aller männlichen Berufstätigen. Die Beobachtung erscheint auch

insofern bedenklich, als dass nach Erfahrungen aus stationären Einrichtungen bei Arbeitslosen im Vergleich zu Berufstätigen deutlich schlechtere Rehabilitationserfolge erwartet werden können“ (Grobe & Schwartz, 2003, S. k. A.).

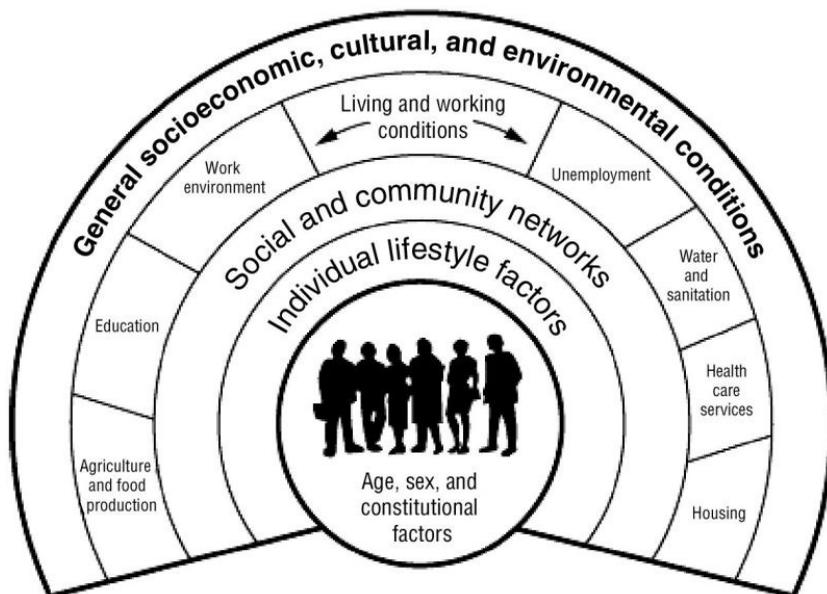
In der Zusammenschau der beiden Hypothesen von Kausalität und Selektion lässt sich ableiten, dass sie sich eher ergänzen denn kontrastieren: Krankheit kann arbeitslos machen, Arbeit vermag jedoch auch zur Stabilisierung und Schutz vor Verschlechterung oder Wieder-Erkrankung bieten. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2020) formuliert hierzu:

- „keine andere einzelne Aktivität [neben der Arbeit] ist so vielfältig und komplex in ihrer psychologischen, sozialen und materiellen Bedeutung.
- Arbeit vermittelt
- ein Gefühl für persönliche Leistung und Können durch erfolgreiche Bewältigung äußerer Anforderungen und die Erfüllung der Erwartungen anderer,
- eine Möglichkeit, sich in einer normalen Rolle zu betätigen und damit einen Gegenpol zur Rolle des Patienten zu bilden,
- ein einfach zu erkennendes Kriterium für Genesung von Krankheit,
- ein Gefühl für sozialen Status und Identität, soziale Kontakte und Unterstützung,
- Struktur für den Tages- und Wochenablauf (Arbeit/ Freizeit, Wach- und Schlafrhythmus),
- Entlohnung und damit finanzielle Anerkennung“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), 2020, S. 50).

Mit dem bio-psycho-sozialen Modell als Grundlage für die International Classification of Functions – kurz ICF (WHO, 2005) – wird die Bedeutung von Arbeit für das Wohlbefinden explizit und der Auftrag an gesundheitsbezogene Soziale Arbeit kontextualisiert:

„In der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit ist der fachliche Zugang zu gesundheitlich beeinträchtigten und gefährdeten Menschen verbunden mit der Fragestellung, welche Faktoren Einfluss auf die Entstehung von gesundheitlichen Störungen und Krankheiten nehmen und welche psychosozialen Folgen für die Person bezogen auf ihre Umwelt zu erwarten sind. Die vielfältigen Einflussfaktoren sind sehr übersichtlich in dem Regenbogenmodell von Dahlgren und Whitehead (1991) zusammengestellt worden, das mit dem Selbstverständnis Sozialer Arbeit der IFSW kompatibel ist“ (Dettmers, 2021, S. 22):

Abbildung 4 – Regenbogenmodell der Gesundheitsdeterminanten (Dahlgren & Whitehead, 1991)



Aufträge an Soziale Arbeit und sich daraus abgeleitete Interventionen von Sozialarbeitenden in der Sozialpsychiatrie fokussieren insbesondere auf die soziale Dimension innerhalb des bio-psycho-sozialen Modells:

„Jeder Mensch ist Teil einer Gesellschaft, die natürliche Ressourcen (z. B. Wasser, andere Menschen) und bestimmte kulturelle Errungenschaften für alle dem Grunde nach zur Verfügung stellt (z. B. Geld, Wohnung, Arbeit, Mobilität), die je nach individuellen Bedürfnissen genutzt werden oder auch nicht. Mit „sozial“ sind alle Bezugsgrößen gemeint, die dem Menschen die Verwirklichung der Teilhabe an der Gemeinschaft ermöglichen, in der er lebt. (...) Die Profession der Sozialen Arbeit kümmert sich um die soziale Dimension bei psychisch kranken Menschen und deren Angehörigen. Die soziale Dimension ist der zu behandelnde Problembereich, wenn psychisches Leiden durch soziale Determinanten (mit-) verursacht ist oder das Leiden soziale Auswirkungen und Folgen hat – und sie ist zugleich eine Ressource zur Bewältigung dieser Leiden bzw. ihrer Auswirkungen. Alle drei Dimensionen stehen immer in Wechselwirkung. Das ist die Grundaussage des bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses“ (Walther, 2021, S. 204).

Mit der Ermöglichung von Teilhabe und Teilgabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch die Mitarbeit in der sozialpsychiatrischen Versorgung können die Ressourcen zum Umgang mit psychosozialen Herausforderungen um Erfahrungswissen erweitert werden. Über eine Einbindung dieser Ressource in Genesungsprozesse, in die Konzeption von Hilfestellungen und deren Rahmung kann systematisch eine Verfügbarkeit dieser ergänzenden Wissensbestände hergestellt werden. Auch ist durch eine Betätigung als EX-IN eine Verbesserung der individuellen Lebenssituation mit stabilisierenden und protektiven Faktoren zu erwarten. Dennoch sind im Alltag sozialpsychiatrischer Betätigung auch herausfordernde Situationen Bestandteil, in den Interviewleitfäden werden diese explizit erfragt, um Grenzen im Einsatz von EX-IN zu erfassen und gegebenenfalls Mechanismen im Umgang von Teamkolleginnen\* und -kollegen und EX-IN selbst damit sichtbar werden zu lassen.

## 2. Verständnis von Gesundheit und Krankheit

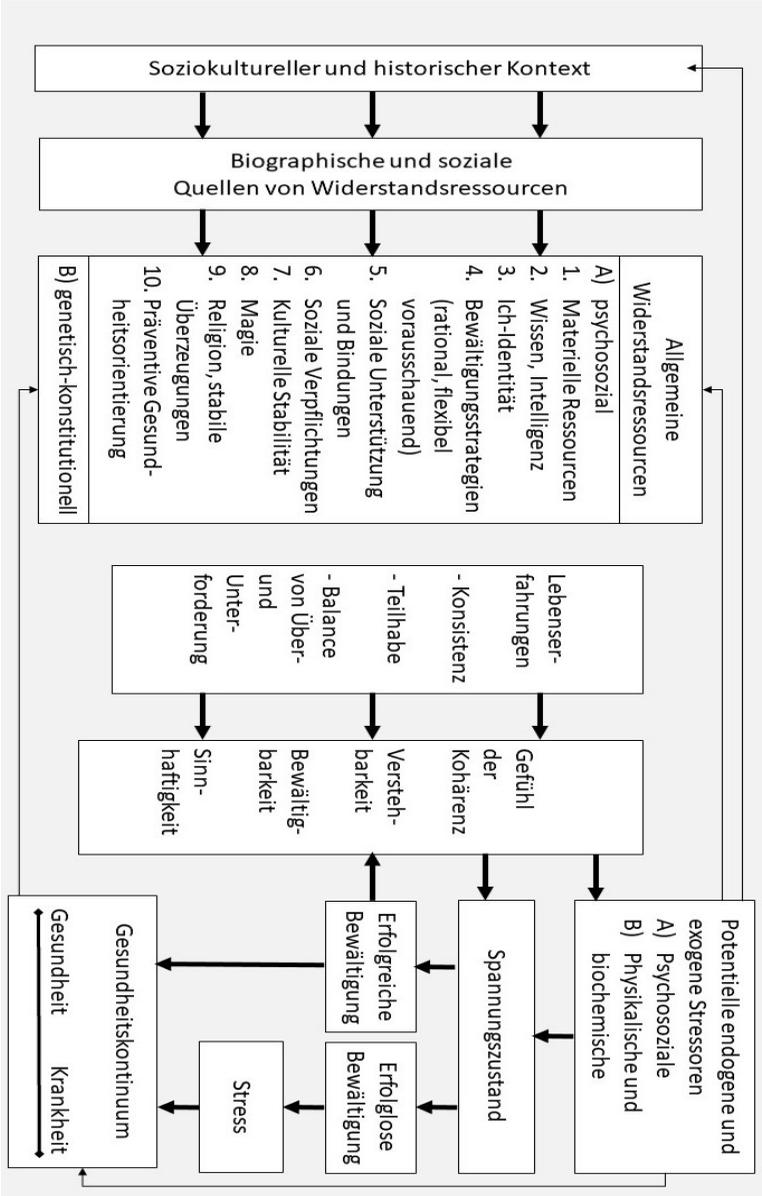
### 2.1 **Kontinuum statt dichotomer Betrachtung – als Grundlage für Partizipation, Rehabilitation und Prävention**

Bei der bisherigen Argumentation zur Bedeutung von Arbeit an sich und in der Bedeutung von Arbeit für psychische Gesundheit ist noch keine Einordnung zum Verständnis des Begriffspaares von Gesundheit und Krankheit erfolgt. Dabei ist die Bedeutung dieses Begriffspaares kontextual betrachtet unterschiedlich aufgeladen: aus medizinischer Perspektive geht es um Diagnostik und Behandlung. Mit sozialmedizinischer Perspektive modellierte Antonovsky (1997) in seinem Gegenentwurf zur dichotomen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit und in Polarität zum Konzept der Pathogenese mit der Salutogenese den prozeduralen Charakter für sein Gesundheitskontinuum zwischen den Polen Krankheit und Gesundheit. Hierzu befasste er sich mit der Fragestellung:

„Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen Sie sich auf den positiven Pool zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position?“ (Antonovsky, 1997, S. 15).

Bei Faltermaier (2017) findet sich in grafischer Darstellung das komplexe Modell der Salutogenese von Antonovsky, in dem die Bedingtheiten von kontextualen Gegebenheiten wie soziokulturellen und historischen Gegebenheiten in Resonanz mit Widerstandsressourcen und Stressereignissen und deren Bewältigung einfließen.

Abbildung 5 – Modell des Gesundheitskontinuums nach Antonovsky (1979, S. 184f. in Faltermaier 2017, S.7)



Antonovskys ethische Orientierung basierte bei der Entwicklung auf zwei grundlegenden Hypothesen: So formulierte er zum einen

„die grundsätzliche Annahme von Heterostase, Unordnung und ständigen Druck in Richtung aufzunehmen der Entropie als dem prototypischen Charakteristikum des lebenden Organismus“ (Antonovsky, 1979, S. 22).

Sie bildete damit den Gegenentwurf zur in der Pathogenese vertretenen Annahme ab, die von einer grundsätzlich herrschenden Ordnung ausgeht, welche nur gelegentlich gestört und durch Regulationsprozesse wieder in den Zustand dieser Ordnung gebracht würde. Die zweite Hypothese artikuliert, basierend auf seinen epidemiologischen Betrachtungen, die Abweichung vom Zustand der Gesundheit als normal:

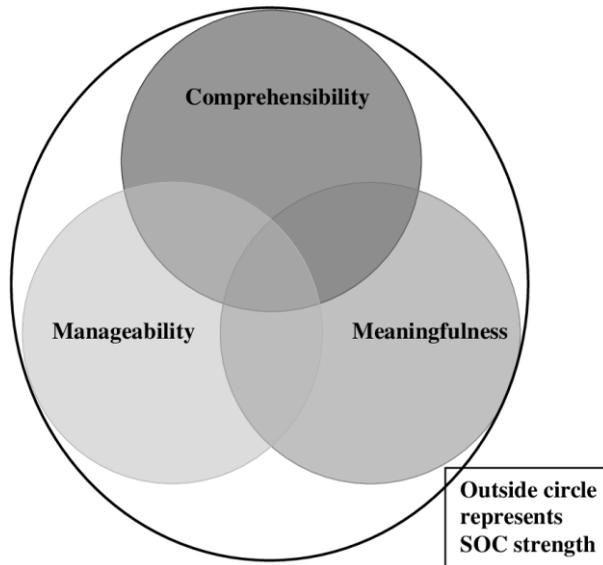
„..., dass Krankheit, wie auch immer sie definiert sein mag, kein unübliches Ereignis ist“ (Antonovsky, 1997, S. 22).

Dies brachte eine Abkehr von der reduzierten Perception des erkrankten Menschen auf das Dasein als Patientin\* oder Patienten, einem (etymologisch) leidenden, passiv-erduldenden Wesen, hin zur ganzheitlichen Betrachtung als Person mit ihrer Geschichte mit sich (ebd. S. 27). Eben dieser Perspektivwechsel hin zum Menschen mit einer Erkrankung, der sich nicht auf das Krankheitsgeschehen und reine Regulationsprozesse reduzieren lässt oder zwischen den Positionierungen als ‚Kranke\*/ Kranker‘ – ‚Gesunde\*/ Gesunder‘ wechselt, ist in der Fortführung für die Betätigung von Experten aus Erfahrung für Menschen mit psychischen Erkrankungen bedeutsam. Denn in der Auseinandersetzung mit Gesundheits- und Risikofaktoren verändert sich auch die Sicht auf Stressoren: Diese müssten damit nicht als zwingend negativ bewertet und vermieden werden, sie könnten ebenso Entwicklung auslösen und facilitieren und zur Bildung von Strategien zum Umgang mit Herausforderungen führen (ebd. S. 24f). Im Modell des Sense of Coherence (SOC, Kohärenzgefühl) bildete er die drei zentralen Komponenten „Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit“ (ebd. S. 34) heraus, welche auf das Geschehen in einem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit wirken. Dabei geht Antonovsky von einer grundlegend positiven Einstellung bezüglich der Einschätzbarkeit künftiger Ereignisse aus. Dies betrachtet er weniger als emotionale, denn als kognitive Leistung:

„... eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Dinge sich so gut entwickeln werden wie vernünftigerweise erwartet werden kann“ (ebd. S. 34).

Mit der folgenden Grafik wird das interaktionale Modell des SOC dargestellt, bevor näher darauf eingegangen wird:

Abbildung 6 – Sense of Coherence interaction model (Griffiths, 2010, S. 42)



Als *Verstehbarkeit* (Comprehensibility) definierte Antonovsky die kognitiv geprägte Komponente im SOC:

„(...) sie bezieht sich auf das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt (...). Die Person mit einem hohen Ausmaß an Verstehbarkeit geht davon aus, dass Stimuli, denen sie in Zukunft begegnet, vorhersagbar sein werden oder dass sie zumindest, sollten sie tatsächlich überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können“ (Antonovsky, 1997, S. 34).

*Handhabbarkeit* (Manageability) hingegen beschrieb Antonovsky als

„(...) das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli mit denen man konfrontiert wird, ausgehen. „Zur Verfügung“ stehen dabei solche Ressourcen, die man selbst unter Kontrolle hat oder solche, die von legitimierte anderen kontrolliert werden (...) von jemandem, auf den man zählen kann, jemandem, dem man vertraut. Wer ein hohes Ausmaß an Handhabbarkeit erlebt wird sich nicht durch die Ereignisse in die Opferrolle gedrängt oder vom Leben ungerecht behandelt fühlen“ ebd., S. 35).

In der Trias des SOC ist die emotional wirksame *Bedeutsamkeit* (Meaningfulness) das

„(...) motivationale Element (...). Diejenigen die nach unserer Einteilung ein starkes SOC hatten, sprachen immer von Lebensbereichen, die ihnen wichtig waren, die ihnen sehr am

Herzen lagen, die in ihren Augen „Sinn machten“ und zwar in der emotionalen, nicht nur der kognitiven Bedeutung des Terminus. Ereignisse, die sich in diesen Bereichen abspielten Herausforderung wurden tendenziell als wichtig genug angesehen, emotional in sie zu investieren und sich zu engagieren“ (ebd. S. 35).

Mit der *Sense of Coherence Scale* (ebd. S. 71f) lassen sich individuell gewichtete Anteile erfassen. In der Betrachtung des Wechselspiels der drei Faktoren beschreibt Antonovsky bezüglich der Tendenz hin zu Stabilisierung oder positiver Veränderung hohe Werte in der emotionalen Komponente der Bedeutsamkeit mit ihrer motivationalen Wirkung als entscheidend, gefolgt von einem hohen Maß in der Kategorie von Verstehbarkeit (ebd. S. 37).

Anhand dieses vorangestellten Modells werden nicht nur multiple Ansatzpunkte für präventive und rehabilitative Ansätze gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit deutlich, die Bedeutung von Tätigsein wird mit den Quellen für Widerstandsressourcen aufgezeigt. Psychische Krisen werden als Prozesse von Bewältigung des Erlebens von Krankheit, den dadurch bedingten Beeinträchtigungen und den funktionalen Folgen erlebbar und verlieren in ihrer Wirkung an lebenslanger Stigmatisierung.

In der Psychiatrie wirkt eine Vielfalt an Krankheitskonzepten auf die Gestaltung von Hilfen und Hilfebeziehungen. Die Diskriminierung der unterschiedlichen Kulturen in der Versorgung und deren Mischformen nach Schürmann (1997) verdeutlicht diese:

- „Die *Fürsorgekultur*, mit freundlich paternalistischem Umgang bei bevormundend und in die Autonomie Betroffener eingreifender Prägung
- Die *Behandlungskultur*, die Compliance fordert und Experten-orientiert agiert und innerhalb der sich die psychotherapeutischen und biomedizinischen Behandlungskonzepte auf unterschiedliche, wenn nicht sich ausschließende, Modelle der Krankheitsursachen berufen
- Die *pädagogische Kultur*, die freundlich und strukturiert mit pädagogischen Mitteln versucht der normativen Zielvorgabe zu nähern
- Die *Empowermentkultur*, die gekennzeichnet durch die Abgabe von Experten-herrschaft, nach ausgeglichenen Machtverhältnissen strebt und deren Anliegen es ist Rahmenbedingungen ressourcenorientiert zur Ermöglichung einer eigenständigen Entwicklung der Betroffenen zu erarbeiten“ (Amering & Schmolke, 2007, S. 19).

Letztere, die Empowermentkultur, spiegelt die Hoffnung auf eine Entwicklung zum Guten hin wieder, wie sie sich in Antonovskys Konzept des SOC abzeichnet. Dies findet wiederum im Recovery-Modell von Amering & Schmolke Entsprechung, so formulieren sie in ihrem Vorwort:

„Alle wissenschaftlichen Daten zu Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten von schweren psychiatrischen Erkrankungen weisen darauf hin, dass es keinen Sinn macht, sich von einer

Diagnose zu einer ungünstigen Prognose verleiten zu lassen. Die Tatsache, dass psychiatrische Erkrankungen sehr unterschiedlich verlaufen können, darf uns nicht dazu verführen, das Schlimmste anzunehmen. (...) das Stigma der Unbeeinflussbarkeit und der Unheilbarkeit kann überwunden werden“ (Amering & Schmolke, 2007, S. 12).

Der Recovery-Begriff wird in dieser Arbeit in Anlehnung an Amering und Schmolke im Verständnis eines Begriffs-Spektrums verwendet, welcher, wie folgt, umfasst:

- Rückkehr zum Normalzustand,
- Vorgang, Prozess, Periode, eine Veränderung des Zustands, der mit der Integration eines eindrucksvollen Geschehens einhergeht,
- Wiederherstellung und Gewinn, mit einem Zuwachs an Erfahrung, Erkenntnis und Bewusstsein
- Vorgang, bei dem Nützlich aus unnützen Quellen gewonnen wird (Amering & Schmolke, 2007, S. 94f).

Für die Exploration der Forschungsfrage zum Erleben professionellen Handelns von EX-IN Genesungsbegleitungen in der sozialpsychiatrischen Versorgung ist die Rahmung der Hilfen für Betroffene ein wesentlicher Baustein. Dabei ist zu erörtern, inwieweit diese Recovery-Orientierung in der Gestaltung ihrer Angebote und der Haltung ihren Service Usern gegenüber erkennen lassen. Darüber hinaus wird Hilfreiches, aber auch Barrieren in Implementation und der Zusammenarbeit im Team erfragt und die Effekte der Mitarbeit von EX-IN auf Teams, Teamkolleginnen\* und -kollegen, Service User, EX-IN selbst und Angebote der Dienste beleuchtet.

## **2.2 Peer-Arbeit als Baustein professioneller Hilfen im Kontext von Rehabilitation**

Die Anschlussfähigkeit von Peerarbeit und EX-IN-Genesungsbegleitung ist im Verständnis der Unterstützungsleistungen im Prozess von Recovery gegeben, die Beteiligung von Peers am Prozess selbstverständlich:

„(...), dass State-of-the-art-Behandlungskonzepte integrativ sind (...) Viele psychiatrische Störungen verlangen komplexe Interventionen. Das bedeutet, dass unterschiedliche Berufsgruppen koordiniert zum Einsatz kommen müssen. (...) Psychiaterinnen und Psychologen, Pflegepersonen, Sozialarbeiterinnen, Ergo- und Physiotherapeuten, Laienhelferinnen, Peers – müssen im multiprofessionellen Team zusammenarbeiten. Die Aufgaben der Team- und Organisationsentwicklung sind mit entsprechender Expertise wahrzunehmen“ (Amering & Schmolke, 2007, S. 51).

Die Definition ethischer Prinzipien in der Forschung zur operationalisierten Messung psychischer Gesundheit durch Tansella & Thornicroft leistete Übersetzungsarbeit, sie verwiesen darüber hinaus auf Defizite und weitere Forschungsbedarfe.

Diese umfassten:

- „Autonomie,
- Kontinuität,
- Effektivität,
- Zugänglichkeit,
- Umfang,
- Gerechtigkeit,
- Verantwortlichkeit,
- Koordination,
- Wirksamkeit und darüber hinaus mit der Beteiligung an Forschung“ (Thornicroft & Tansella, 1999, S. 763f).

Weiter wiesen sie nach, dass der Einbezug Betroffener zu entscheidenden Beiträgen in allen Bereichen gemeindenaher Psychiatrie führt, von der Definition der Kernprinzipien über die Umsetzung in Praxis und Forschung (Thornicroft & Tansella, 2005, S. 2). So lässt sich an Peerberatung, als einer Möglichkeit der Partizipation von Peers in der Versorgungslandschaft, der Auftrag und die Rolle darstellen. Sie versteht sich als:

„... ein Angebot von Gleichbetroffenen, zielt aber in Abgrenzung zur gemeinschaftlichen Selbsthilfe auf eine ergänzende individuelle Beratung und Information. (...) Peers bieten Beistand in Krisensituationen, geben Informationen zu den vorhandenen Selbsthilfe- und Versorgungsstrukturen und vermitteln in konkrete Angebote der Selbsthilfe“ (Liebherz et al. 2022, S. o. A.).

Somit trifft die Erweiterung des Angebots der sozialpsychiatrischen Versorgung um Peerberatung zunächst auf die vorhandenen vielfältigen Strukturen von klassischer Selbsthilfe. Letztere hatte, bis zur Etablierung als feste Größe, selbst erhebliche Widerstände zu überwinden:

„Damit ist die Entwicklung der Selbsthilfe vor allem im Gesundheitsbereich eine Erfolgsgeschichte. War in den 1970er Jahren noch von „wild gewordenen Patientenmeuten“ die Rede (NAKOS 2018b), wird die gesundheitliche Selbsthilfe heute als „vierte Säule“ des Gesundheitswesens beschrieben“ (Liesener, 2021, S. 250).

Bei der Etablierung von Peerarbeit wirkt die fehlende Einheitlichkeit in der Begriffsverwendung erschwerend: oft werden synonym Peer, Genesungsbegleitung oder Suchtkrankenhelferin\* oder -helfer genannt. Als Gemeinsamkeit im Gebrauch der Bezeichnungen ist die persönliche Betroffenheit und damit Erfahrungsperspektive zu nennen, jedoch liegen dem Angebot nur teilweise und unterschiedlich intensive Qualifizierungen zu Grunde. Als bundesweit

vorhandene Qualifizierungsangebote werden im Bereich psychischer Erkrankungen EX-IN-Kurse genannt, aus anderen Fachbereichen die Peerberatungen des Deutschen Schwerhörigenbundes oder die Peers im Krankenhaus (PiK), welche zum Leben mit Amputationen beratend tätig sind (Liesener, 2021, S. 250).

Am Beispiel von EX-IN kann verdeutlicht werden, wie der Zugang zu einer solchen professionalisierten Erfahrungsexpertise gestaltet sein kann. Um an der Qualifizierung zur EX-IN-Genesungsbegleitung teilnehmen zu können sind, wie expliziert, im EX-IN-Curriculum als Voraussetzungen u.a. die persönliche Erfahrung mit psychischen Krisen und die aktive Beteiligung an Selbsthilfe und/oder Trialog formuliert (Utschakowski & van Haaster, 2019, S. 10).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine Peerberatung in ihrer professionalisierten Form neben ihrer eigenen Position in Abgrenzung von der ursprünglichen Selbsthilfebewegung und mit der Positionierung im gemeinsamen Tätigkeitsfeld mit Sozialer Arbeit als Profession eine zusätzliche Herausforderung zu bewältigen hat. Mit dem Bundesteilhabegesetz und der Einführung der Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung EUTB, §32 SGB IX (BMAS, 2017) wird diese Auseinandersetzung in ihrer Notwendigkeit verstärkt. In der Betrachtung der Beschäftigungssituation von EX-IN in Deutschland werden nicht nur Konstellationen von Betätigung und Einsatzfelder erfasst, sondern auch Stundenumfänge der Beschäftigungsverhältnisse. Hinsichtlich der Rehabilitation und (Wieder)-Eingliederung in Arbeit ist eine Berücksichtigung der EX-IN-Kurse im Maßnahmenkatalog zu diskutieren. Das Spannungsfeld zwischen professionalisierter Peerarbeit und dem Selbstverständnis von Sozialer Arbeit als Profession bietet Reibungsflächen und Chancen auf die Weiterentwicklung der Unterstützungsleistungen, hierzu folgt der Diskurs, nachdem zunächst die Bedeutung der Wirkmechanismen von Vorurteilen, Diskriminierung und Stigmatisierung reflektiert wird. Die Arbeit zielt darauf ab, Kenntnis über Hürden für Beteiligung und Bedingungen für die Ermöglichung von Zugängen zur Teilhabe Psychiatrie-Erfahrener zu erlangen und dabei einen Beitrag zur Einschätzbarkeit der spezifischen Kompetenzen von EX-IN-Genesungsbegleitungen zu leisten.

### 3. Spannungsfeld Leistungsfähigkeit und Stigmatisierung im beruflichen Kontext

Zur Einordnung der Komplexität und des Charakters der Pionierarbeit im Etablierungsprozesses von EX-IN als Psychiatrieerfahrene in den Teams wird im Spannungsfeld um Leistungsfähigkeit und Vorurteile im beruflichen Kontext zunächst die ‚Natur von Vorurteilen‘ betrachtet:

Die Gültigkeit dessen, was Allport (1954) in seinem Werk „The nature of prejudice“ (Allport, 1954, S. o. A.) zum Diskurs um Vorurteile, Diskriminierung und dem Umgang damit formuliert hat, beeindruckt und bereichert die Auseinandersetzung noch heute. Seine breit angelegte Forschungsarbeit verfasste er vor dem Hintergrund des Holocaust und der Nürnberger Prozesse. Parallel dazu formierte sich in den USA das Civil Rights Movement gegen die Rassendiskriminierung. Allport setzte sich bei seinem Aufenthalt in Deutschland mit Gestalttherapie auseinander und forschte intensiv und über die Grenzen seiner Disziplin hinaus zur Entstehung von Vorurteilen. Er fokussierte in seiner Arbeit zudem praktische, aber auch gesellschaftliche und politische Implikationen für den Abbau und die Bekämpfung dieser. Dabei kritisierte er den bis dahin vorherrschenden Ansatz des Behaviourismus, da hierin Kognition als entscheidender Einflussfaktor für die Mechanismen von Vorurteilen keine Berücksichtigung fand:

„Allport suggested that how people think about things—cognition—was a much more significant factor in conquering prejudice. He believed that once it was better understood why prejudice occurred, social scientists would then be moved to act to influence policymakers to curb discrimination by political means“ (O’Connor, 2017, S. 12).

Allport liefert zur Definition von Vorurteilen eine Entwicklung der Wortbedeutung mit. Abgeleitet vom Lateinischen, da ein *Præjudicium* noch ein Urteil aufgrund vorheriger Entscheidungen und Erfahrungen bedeutete, wandelte sich die Begriffsverwendung mit der Zeit. Prägend hierfür wurde der Verzicht auf Prüfung der Faktenlage: die Wortbedeutung veränderte sich hin zur Bezeichnung einer hastigen, unreifen Entscheidung. Schließlich fand die emotionale Bewertung Einzug, mit der der Begriff des Vorurteils auch heute Aktualität hat.

„The word prejudice, derived from the Latin noun *præjudicium* has, like most words, undergone a change of meaning since classical times. (...)

- (1) To the ancient, *præjudicium* meant a precedent – a judgement based on previous decisions and experiences.
- (2) Later, the term. In English, acquired the meaning of a judgement formed before due examination and consideration of the facts – a premature and hasty judgement

- (3) Finally the term acquired also its present emotional flavor of favorableness or unfavorableness that accompanies such a prior and unsupported judgement“ (Allport, 1954, S. 6).

Mit „thinking ill of others without sufficient warrant“ (ebd.), also dem grundlos schlechten Denken über Andere, entliehen von Rev. John LaFarges ‚The Race Question and the negro‘ (LaFarge, 1945, S. o. A.) liefert Allport eine Kurzdefinition von hohem praktischem Nutzen. Eine weitere kurze Beschreibung Allports besagt, Vorurteile zeigten sich mit Tendenz der Ausweitung von Generalisierungen mit negativer Einfärbung gegenüber Personen:

„Whenever a negative attitude toward persons is sustained by a spurious overgeneralization we encounter the syndrome of prejudice“ (Allport, 1954, S. 12).

Vorurteile, so Kritiker von Allport, wirken auch ohne Hass und verweisen auf Paternalismus:

„In addition, Katz, Peter Glick, Susan Fiske, and others argued that the idea of prejudice as understood by Allport was limited. Allport defined prejudice as “an antipathy based on faulty and inflexible generalization.” Later research, however, showed that there is prejudice without antipathy, such as paternalistic beliefs. This is when the group in power thinks that they need to make decisions for some other groups because those groups will function better that way. Paternalism and other forms of prejudice without antipathy were shown to have effects just as bad as those caused by prejudice resulting from hatred“ (O’Connor, 2017, S. 53 f).

Die Differenzierung von der Vorannahme zum handfesten Vorurteil ist nach Allport an der fehlenden Berücksichtigung erlangten Informationsgewinns zu erkennen:

„Prejudgements become prejudices only if they are not reversible when exposed to new knowledge“ (Allport, 1954, S. 9).

Mit dieser Feststellung öffnet Allport einen ersten Blick auf die Herausforderungen die in Überwindung und Abbau von Vorurteilen liegen. Werden Vorurteile nicht korrigiert oder beispielsweise durch den Wunsch nach Zugehörigkeit oder aber durch demagogische Instrumentalisierung verstärkt, so können diese in Abstufungen bis hin zu gewaltsamen Akten führen, denn so Allport, wenige Menschen behalten ihre Antipathien vollständig für sich:

„It’s true that any negative attitude tends somehow, somewhere, to express itself in action. Few people keep their antipathies entirely to themselves. (...) we may distinguish certain degrees of negative action from the least energetic to the most“ (ebd. S. 14).

Allport benennt folgende Stufen vorurteilsgeprägten Handelns:

1. Antilocution – das Verbreiten von Vorurteilen in der eigenen Filterblase.
2. Avoidance – Kontakte zur vorverurteilten Gruppe werden vermieden, auch wenn dies Umstände oder Nachteile für die Person selbst bedeutet.

3. Discrimination –für die vorverurteilte Gruppe werden schädigende Unterscheidungen vorgenommen, die auf verschiedene Lebensbereiche, wie Arbeit, Wohnen, politische Rechte, Bildung, auf alle möglichen sozialen Privilegien Auswirkungen zeitigen können. Als Sonderform führt Allport Segregation an.
4. Physical attac – in aufgeheizter Stimmung können direkte oder indirekte Gewaltakte folgen. Vertreibung, Bedrohung, Zerstörung bedeutungsvoller Orte oder Symbole.
5. Extermination – Als ultimative Eskalationsstufe können Vorurteile in Lynchjustiz, Pogromen, Massakern und Genozid münden. (Allport, 1954, S. 14f).

Die multifaktorielle Genese von Vorurteilen und die zutiefst menschliche Natur derselben belegte er mit den weltweit und in verschiedensten Kulturen wirkenden Mechanismen dieser. Sein Anliegen ist heute so aktuell wie 1954: der Abbau von Vorurteilen und Diskriminierung braucht ein breites Verständnis über deren Wirkweisen und gesellschaftliche wie politische Maßnahmen:

„Allport wanted to integrate already-existing research on prejudice with his own ideas to show that:

- prejudice is widespread
- prejudice does not have a single cause, but is the result of many different factors
- prejudice and discrimination can be limited and, ultimately, combated“ (O’Connor, 2017, S. 10).

Die zugrundeliegenden Wirkmechanismen beschrieb Allport als Teil der kognitiven Überlebensstrategien: Die Vereinfachung multipler Reize und Eindrücke durch Zuordnung zu Kategorien ermöglichen individuelle Handlungsfähigkeit. Zugleich liegt darin die Gefahr, dass Entscheidungen auf dieser Basis zu stark verallgemeinernd und entsprechend unpräzise geraten oder auch schlicht Irrtümer und Fehler verursachen.

„His theory suggests that prejudice is the result of cognitive processes, of patterns of thinking and beliefs. Allport described one of these cognitive processes, the “least-effort principle,” before anyone else in relation to prejudice. In the least-effort principle, a person uses generalizations and stereotypes as a mental shortcut to form a view of someone, rather than taking the longer route, drawing on memory and judgment. Allport said that these stereotypes, or shortcuts, are often based on visible features, such as a person’s race” (ebd. S. 11).

Allport beschreibt also die Funktion von Vorurteilen als Kategorisierung, die zunächst physiologisch lediglich ökonomischen Prozessen zu Herstellung und Erhalt von Handlungsfähigkeit in komplexen Lebenssituationen dient. Die Bildung von Vorurteilen und den daraus möglicherweise resultierenden Akten von Diskriminierung und Stigmatisierung wird dabei von oben beschriebenen Bestrebungen der Abgrenzung/ Zugehörigkeit zu Gruppen, aber auch durch intrapersonelle Dispositionen befördert. In Bezug auf den Anspruch Vorurteile und Stigmatisierung im beruflichen Kontext zu beleuchten, wird hier der Aspekt der Funktionalität von Vorurteilen angeführt: So gelang es Allport aufzuzeigen, dass „Functional Prejudice“ (Allport. 1954 S. 397) einhergeht mit

Lebenseinstellungen die dem Bedürfnis nach Sicherheit und Ordnung in einer als per se bedrohlich erlebten Welt und dem Wunsch nach mehr Disziplin entsprechen.

„Underlying insecurity seems to lie at the root of personality. The individual cannot see the world unflinchingly and in a forthright manner. He seems fearful of himself, of his own instincts, of his own consciousness, of change, and of his social environment“ (Allport, ebd. S. 397).

Diese, wie Allport sie bezeichnet „voreingenommene Persönlichkeitsstruktur“ neigt zu rigiden moralistischen Strukturen, Dichotomisierung, den Wunsch nach Eindeutigkeit, externalisiert Vorgänge statt sie zu gestalten und bevorzugt Institutionalisierung sowie autoritäre Strukturen (ebd. S. 397 ff). Bedeutsam im Kontext der Forschungsarbeit sind zudem die von Allport ausgeführten soziokulturellen Faktoren, die Genese und Manifestation von Vorurteilen begünstigen wie dargestellt in seiner

„... list of ten sociocultural conditions...

1. Heterogeneity in the population
2. Ease of vertical mobility
3. Rapid social change with attendant anomie
4. Ignorance and barriers to communication
5. The relative density of minority group population
6. The existence of realistic rivalries and conflict
7. Exploitation sustaining important interests in the community
8. Sanctions given to aggressive scapegoating
9. Legend and tradition that sustain hostility
10. Unfavorable attitudes toward both assimilation and cultural pluralism“ (ebd. S. 240).

Mit der Berücksichtigung kognitiver Mustererkennung und Kategoriebildung leistete Allport einen völlig neuen Blickwinkel in der Debatte. Die funktionelle Bedeutung von Vorurteilen als Strategie von Komplexitätsreduktion und Reizmanagement stellt er in Kontext mit Zugehörigkeit:

„It is difficult to define an in-group precisely. Perhaps the best that can be done is to say that members of an in-group all use the term *we* with the same essential significance. Members of a family do so, likewise schoolmates, members of a lodge, labour union, club, city, state, nation. (...) Some *we*-organizations are transitory (e.g. an evening party), some are permanent (e.g. family or clan)“ (ebd. S. 31f).

Das ‚Wir‘-Gefühl ist also zum Teil als gegeben zu betrachten und zu einem anderen Teil, nach Anlass, temporär, passager oder auf Dauer angelegt oder angestrebt. Dabei kann die Bedeutsamkeit von Zugehörigkeit oder das Bedürfnis der Identifikation mit einer Gruppe stark variieren. Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit zu einer Gruppe erzeugt das Bedürfnis nach Abgrenzung gegen-

über anderen Gruppen oder Nicht-Zugehörigen, die Gruppenmitglieder erfahren Schutz durch den Zusammenschluss: Die Stärkung des Zusammenhalts der eigenen Gruppe kann durch die Idee einer Bedrohung von außen geschehen, ein alter aber machtvoller Kniff:

„In favor of Le Dantec’s view is the well-known Machiavellian trick of creating a common enemy in order to cement an in-group. Hitler created the Jewish menace not so much to demolish the Jews as to cement the Nazi hold over Germany“ (Allport, 1954, S. 41).

Die Einordnung von Zugehörigkeit sei mit dem ebenda angeführten Beispiel Susan Isaacs zu einem neu hinzukommenden Schulkind in die Betreuungsgruppe abgeschlossen:

„The existence of an outsider is in the beginning an essential condition of any warmth or togetherness in the group“ (ebd. S. 41).

In den 1970er Jahren erfuhr die Auseinandersetzung um Zugehörigkeit und Ausgrenzung Erweiterung mit der Einführung des Begriffs Stigma und den Mechanismen um Stigmatisierung und Selbststigmatisierung durch Erving Goffman. Die Entwicklung der Begrifflichkeiten vom Vorurteil zur Stigmatisierung erläutert Finzen wie folgt:

„Nach Gordon Allport (1971), einem der Pioniere der Vorurteilsforschung, bestehen Vorurteile aus den beiden Komponenten »Einstellung« und »Überzeugung«. Sie äußern sich bei zunehmender Stärke als Verleumdung, Kontaktvermeidung, Diskriminierung, körperlicher Gewalt und Vernichtung. Die Begriffe des Stigmas und der Stigmatisierung fehlen bei Allport, wie in der gesamten frühen sozialpsychologischen Literatur. Sie werden erst mit Erving Goffmans (1975) Analyse und deren allmählicher Rezeption in den siebziger und achtziger Jahren üblich. Seither werden sie in einer Reihe mit Vorurteilen und Diskriminierung als Steigerungsform genannt“ (Finzen, 2013, S. 28).

Goffman differenziert zunächst drei grundlegend verschiedene Typen von Stigma mit den

„Abscheulichkeiten des Körpers (...) individuelle Charakterfehler, wahrgenommen als Willensschwäche (...) die phylogenetischen Stigmata von Rasse, Nation und Religion“ (Goffman, 1975 [1963], S. 12f).

Als Gemeinsamkeit dieser formuliert er:

„Ein Individuum, das leicht in gewöhnlichen sozialen Verkehr hätte aufgenommen werden können, besitzt ein Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit aufdrängen und bewirken kann, daß wir uns bei der Begegnung mit diesem Individuum abwenden, wodurch der Anspruch den seine anderen Eigenschaften an uns stellen gebrochen wird. Es hat ein Stigma, das heißt, es ist in unerwünschter Weise anders, als wir es antizipiert hatten“ (sic!) (Goffman, 1975 [1963], S. 13).

Goffman bietet ebenfalls einen sich daraus ableitenden Mechanismus der Abgrenzung und eröffnet damit eine Perspektive auf Zugehörigkeit:

„Uns und diejenigen, die von den jeweils in Frage stehenden Erwartungen nicht negativ abweichen, werde ich die *Normalen* nennen“ (ebd. S. 13).

Die Bedeutsamkeit dessen wird mit Erläuterung deutlich:

„Von der Definition her glauben wir natürlich, daß eine Person mit einem Stigma nicht ganz menschlich ist. Unter dieser Voraussetzung üben wir eine Vielzahl von Diskriminationen aus, durch die wir die Lebenschancen wirksam, wenn auch oft gedankenlos, reduzieren“ (sic!) (ebd. S. 13f).

Dies zeige sich im Sprachgebrauch, aber auch in der Tendenz zur Unterstellung zahlreicher weiterer Unvollkommenheiten oder Eigenschaften basierend auf dem Stigma“ (ebd. S. 15).

Die Notwendigkeit sich mit der sozialen Funktion von Stigmatisierung und den Mechanismen derselben als dem Versuch der Aufrechterhaltung einer sozialen Identität zu befassen betont Finzen (2013):

„Es ist eine gefährliche Illusion zu glauben, Stigmatisierung als soziales Phänomen könne aufgehoben werden. Wenn das Stigma allgegenwärtig ist, in einfachen Gesellschaften genauso verbreitet ist wie in komplexen, in historischen wie in der Gegenwart, dann müssen wir uns fragen, ob die Stigmatisierung bestimmter Individuen mit bestimmten Wurzeln der Stigmatisierung körperlichen, psychischen oder sozialen Merkmalen nicht gesellschaftliche Notwendigkeit ist. Wir müssen uns fragen, ob die Kennzeichnung und Ausgrenzung »Andersartiger« nicht eine der Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung der aktuellen sozialen Identität der »Normalen« ist. Es spricht viel dafür, dass das so ist“ (Finzen, 2013, S. 41).

Garfinkel (1956) beschreibt dies als verbreitete Methode, die lediglich in de-rangierten Gesellschaften nicht nachzuweisen sei, die zur Abgrenzung und zur Förderung eigener Identität diene, inklusive der Zuschreibung, die zur eigenen Gemeinschaft erklärte sei die überlegene, in den „Conditions of Successful Degradation Ceremonies“ (Garfinkel, 1956, S. 420f). Goffman stellt dar, wie un-ausweichlich sich das Erleben von Stigmatisierung, Entwürdigung und Ausgrenzung auf davon Betroffene auswirkt und Verhaltensweisen zum Umgang damit provoziert werden. Eine Differenzierung hierbei ergibt sich durch die Ausprägung und ob der Offensichtlichkeit des Stigmas: ist dieses nicht unmittelbar zu erkennen, die Person also nicht unmittelbar diskreditiert, so bleibt sie doch diskreditierbar. In der Folge seien Bemühungen zur Informationskontrolle zu beobachten, die dazu dienen der Entdeckung dieses Zustandes vorzubeugen (Goffman, 1975 [1963], S. 56). Als mögliche Strategie diesen Mechanismen zu entgehen beschreibt Goffmann, wie Verhaltensweisen nach situativer Einschätzung und teils vorsorglich angepasst werden:

„Auf der Grundlage dessen, was das stigmatisierte Individuum wohl beim Eintritt in eine gemischte soziale Situation zu gewärtigen hat, kann es dazu neigen, antizipatorisch zu reagieren durch defensives Sichverkröchen“ (ebd. S. 27).

Insbesondere bei nicht-sichtbarer Beeinträchtigung stellt sich für Betroffene oder ehemals Betroffene die Frage nach ihrem Outing, der Selbstoffenbarung

und der Frage nach Zeitpunkt, Art und Weise und Gründlichkeit. Entschließe sich die Person, die sich selbst als diskreditierbar erlebt (hat), jedoch dazu sich eben nicht zu eröffnen und dem auszusetzen, so bleibt dennoch ein Unbehagen, entdeckt werden zu können:

„(...) es ist nicht so, daß er Vorurteilen gegen sich begegnen muß, sondern eher so, daß er unwissentlicher Akzeptierung seiner selbst durch Individuen begegnen muß, die voreingenommen sind gegen Personen von der Art, als deren Angehöriger er enthüllt werden kann (sic!)“ (ebd. S. 57).

### 3.1 Stigma psychischer Erkrankung

Finzen gelingt eine plastische Beschreibung für die Situation in der sich Menschen mit psychischen Erkrankungen befinden:

„Psychisch Kranke sind beides: diskreditiert und diskreditierbar. Ein innerer Kreis von Menschen, mehr oder weniger groß, weiß, dass sie krank sind. Andere sehen es ihnen an, zum Beispiel aufgrund von extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen ihrer Medikamente. Die meisten aber wissen es nicht. Diejenigen, die von ihrer Krankheit wissen, aktualisieren das Bild von psychisch Kranken, das sie im Laufe ihrer eigenen Sozialisation verinnerlicht haben, in der Begegnung mit ihnen. Da finden sich mehr oder weniger ausgeprägte Vorurteile und Angst vor ihrer angeblichen Unberechenbarkeit, ihrer Gefährlichkeit. Auf jeden Fall aber sind sie auf der Hut. Die Selbstverständlichkeit des sozialen Umgangs mit den »Normalen« ist aufgehoben. Das Grundvertrauen in die Verlässlichkeit der sozialen Erwartungen, das man üblicherweise im Umgang mit anderen Menschen hat, ist erschüttert. Die soziale Distanz, die die Gesunden zu psychisch Kranken wahren, ist größer als der Abstand zu Menschen, bei denen psychische Störungen nicht bekannt sind“ (Finzen, 2013, S. 46).

Die Gruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bezeichnet Falk (2001) als die, die am stärksten Stigmatisierung ausgesetzt ist:

„By comparison with other disorders, mental illnesses are typically more stigmatised, and this has been called the ultimate stigma“ (Falk, 2001, S. 39).

Das Erleben von Diskriminierung wirkt auf nahezu alle Lebensbereiche. Die Studie von Thornicroft et al. (2009) untersuchte dies global mit Fokus auf Menschen mit Schizophrenien. Hierbei wurden neben der Erfahrung von Nachteilen auch Vorteile in den verschiedenen Lebenssituationen erfragt. Zentrale Ergebnisse sind dabei, dass negative Erfahrungen im Bereich persönlicher Beziehungen besonders stark ausgeprägt sind (Freundschaften 47%, Veränderungen im familiären Miteinander 43%, intime Beziehungen zu 26%). Auch Arbeit (die Nachteile bei Jobsuche und Arbeitsplatzverlust liegen gleichermaßen bei 29%) und das Erleben einer Beeinträchtigung von persönlicher

Sicherheit und Geborgenheit werden von 26% sowie der Privatsphäre von 23% der Befragten genannt. Weiter unten in der Tabelle finden sich Schwierigkeiten Versicherungsschutz zu erlangen oder ein Bankkonto zu eröffnen, aber auch bei Wahlen. Mit geringen Zahlen sind Schwierigkeiten bei der Kindererziehung aber auch während Schwangerschaft und bei Geburt benannt, mit dem Hinweis, die Zahlen relativ zu betrachten und in ihrer Bedeutsamkeit nicht zu unterschätzen, da teilweise nur ein Ausschnitt der befragten Personen zu verschiedenen Items auskunftsfähig ist (Thornicroft et al. 2009, S. 410).

Zur Repräsentation des umfassenden Spektrums auf das sich die Erfahrung mit Diskriminierung ausdehnen kann, ist hier die Tabelle als Übersicht zu finden:

Abbildung 7 – Responses for positive and negative experienced discrimination (Thornicroft et al., 2009, S. 410; eigene Darstellung)

	Disadvantage	No different treatment	Advantage	Not applicable
Advantage or disadvantage of having diagnosis schizophrenia	357 (49%)	120 (16%)	188 (26%)	49 (7%)
Making or keeping friends	344 (47%)	316 (43%)	50 (7%)	19 (3%)
Treated differently by family	315 (43%)	232 (32%)	174 (24%)	7 (1%)
Keeping a job	215 (29%)	268 (37%)	50 (7%)	177 (24%)
Treated differently in other important ways	209 (29%)	268 (37%)	50 (7%)	177 (24%)
Finding a job	209 (29%)	249 (34%)	47 (6%)	219 (30%)
Relationships with neighbours	211 (29%)	422 (58%)	52 (7%)	42 (6%)
In intimate or sexual relationships	196 (27%)	340 (46%)	34 (5%)	154 (21%)
In personal safety and security	191 (26%)	444 (61%)	10 (1%)	78 (11%)
In personal privacy	172 (23%)	502 (69%)	22 (3%)	30 (4%)
When dating	167 (23%)	298 (41%)	38 (5%)	223 (30%)
When wanting to start a family	146 (20%)	199 (27%)	18 (2%)	352 (48%)
In education	136 (19%)	229 (31%)	63 (9%)	298 (41%)
By the police	122 (17%)	353 (48%)	66 (9%)	189 (26%)
For physical health problems	111 (15%)	506 (69%)	57 (8%)	57 (7%)
In social life	106 (15%)	481 (66%)	28 (4%)	114 (16%)
In terms of marriage or divorce	101 (14%)	121 (17%)	19 (3%)	484 (66%)
With housing	100 (14%)	331 (45%)	83 (11%)	215 (29%)

Act as a parent for children	91 (12%)	107 (15%)	5 (1%)	514 (70%)
In religious practices	74 (10%)	410 (56%)	56 (8%)	191 (26%)
Getting welfare benefits/ disability pensions	72 (10%)	356 (49%)	129 (18%)	173 (24%)
When using public transport	71 (10%)	537 (73%)	45 (6%)	78 (11%)
When getting or keeping a driving license	68 (9%)	259 (35%)	4 (1%)	78 (11%)
In becoming homeless	58 (8%)	81 (11%)	16 (2%)	574 (18%)
Borrowing money or taking out a loan	57 (8%)	224 (31%)	21 (3%)	429 (59%)
For dental problems	46 (6%)	538 (73%)	67 (9%)	78 (11%)
In arranging payment for me- dical treatment	45 (6%)	364 (50%)	85 (12%)	234 (31%)
Getting any type of insurance	34 (5%)	301 (41%)	4 (1%)	388 (53%)
Opening a bank account	26 (4%)	456 (62%)	23 (3%)	225 (31%)
Voting in elections	20 (3%)	586 (80%)	9 (1%)	114 (16%)
During pregnancy and child- birth	16 (2%)	39 (5%)	3 (0%)	523 (71%)
When getting visas to visit other countries	11 (2%)	189 (26%)	7 (1%)	523 (71%)

Mit Fokus auf das Diskriminierungserleben von Menschen mit Schizophrenien in Deutschland ist eine ähnliche Verteilung der Werte festzuhalten, wenn auch mit Abweichungen im Kontext von Familie und Ausbildung:

„Die Ergebnisse der im Rahmen dieser Studie durchgeführten Befragungen in Deutschland stimmen grundsätzlich mit den internationalen Ergebnissen überein. Bei der Frage nach negativen Erfahrungen (d.h. anders als andere behandelt worden zu sein) wird auch hier der Bereich der zwischenmenschlichen Kontakte (Freundschaft, Familie) am häufigsten genannt, allerdings nur von jeweils ca. einem Drittel der Befragten. Bemerkenswert ist, dass gleichzeitig knapp die Hälfte der Befragten (46%) von positiven Erfahrungen innerhalb der Familie berichtete. In Deutschland wurde zudem der Bereich Ausbildung von über einem Drittel der Befragten genannt (26%). Von erlebter Diskriminierung bezüglich der Jobsuche berichteten dagegen nur 15% (Zäske et. al., 2009)\* (Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, 2010, S. 54).

## 3.2 Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Von der Dynamik um Stigmatisierung wird das soziale Umfeld miterfasst, wenn auch in weniger deutlicher Ausprägung als bei unmittelbar Betroffenen, wie hier, in der Systematisierung der Dimensionen von Stigmatisierung nach Angermeyer et al. (2003), beschrieben:

1. die interpersonelle Ebene mit der Erfahrung von Stigma und Diskriminierung in ihren sozialen Beziehungen – dazu gehören die Verminderung ihrer Sozialkontakte, die Zuschreibung von Schuld (und Scham) sowie als Konsequenz das Verstecken der Krankheit;
2. die Auswirkungen des metaphorischen und faktischen Umgangs der Medien mit dem Leiden und den davon Betroffenen sowie der Verbreitung von Stereotypen und Vorurteilen;
3. die strukturelle Diskriminierung infolge der Auswirkungen des Stigmas auf den sozialen Rahmen, auf gesetzliche Regelungen sowie auf die psychiatrische Versorgung (einschließlich der Legitimierung von gesetzlicher Betreuung, Zwangsmaßnahmen einschließlich Zwangsmedikation und anderer Formen des sozialen Zwangs);
4. die Einschränkung des Zugangs zu bestimmten sozialen Rollen und Funktionen.

Alle diese Teilaspekte gelten in erster Linie für die Betroffenen selbst. Sie gelten aber auch für die Mitbetroffenen, wenn auch in abgemilderter Form – zumindest meistens (siehe auch Corrigan u.a. 2004, 2006 und 2009; Pryor u. a. 2012)“ (Angermeyer, 2003, S. 54).

Stigmatisierung weitet sich nicht nur auf alle Lebensbereiche, sondern insbesondere auch auf die sozialen Kontakte aus:

„Es geht im Kern darum, dass Stigmata das gesamte soziale Umfeld der unmittelbar Betroffenen treffen. Es geht nicht einmal in erster Linie um Stigmatisierung, sondern um das gesamte Bündel der sozialen Auswirkungen einer solchen Erkrankung auf das Familiengefüge und den Familienzusammenhalt. Und dazu gehört die Stigmatisierung der Mitbetroffenen, die im Krankheitsverlauf ganz allmählich Platz greift“ (Finzen, 2013, S. 42f).

Dieses „stigma by courtesy“ (Goffman, 1975, S. 30f) oder auch „stigma by association“ (ebd.) findet sich nicht nur in Effekten auf Angehörige oder in-group von Menschen mit psychischen Erkrankungen, sondern wirkt auch auf Mitarbeitende psychiatrischer Einrichtungen. Es ist nicht selten geprägt von der medialen Darstellung in diese wahlweise mit übernatürlichen Kräften vom Röntgenblick bis zum Gedankenlesen versehen werden. Mindestens aber sind sie exzentrisch bis möglicherweise selbst nicht ganz bei Trost, abgesehen von der hier nicht vorzuenthaltenden Vorstellung, dass insbesondere das ärztliche Personal der Psychiatrie bärtig zu sein hätte (Thornicroft, Shunned, 2006, S. 96). Zuschreibungen können in diesem Kontext die Problematik verstärken, wenn sie Schuldzuweisungen beinhalten:

„Die Attributionstheorie sagt voraus, dass die Ablehnung psychisch Kranker umso größer ist, je stärker diese von ihrer Umgebung für ihren Zustand verantwortlich gemacht werden“ (Schomerus & Angermeyer, 2011, S. 350).

Dies verdeutlicht beispielhaft nicht nur der Begriff der „schizophrenen Mutter“ (Fromm-Reichmann, 1950), dessen Relativierung Dörners „Freispruch der Familie“ (Dörner, Egetmeyer & Koenning, 1982, S. k. A.) und Simons Vokabular „Die Sprache der Familientherapie“ (Simon, Clement, & Stierlin, [1984] 2004, S. 289) zu Beginn der 80er Jahre kritische Einordnung förderte. Der Impact auf innerfamiliäre Beziehungen und die Mutter-Kind-Beziehung erfuhren mit dieser Begrifflichkeit einen drastischen Wandel hin zur Täterin-Opfer Konstellation, mit all seinen Konsequenzen (ebd.). Die Attributionstheorie nach Heider (1958) und Weiner (1972) beschreibt das Grundbedürfnis des Menschen als rational denkendem Wesen Beobachtungen auf Ursachen zurückzuführen, was ihm wiederum ermöglicht Einschätzungen über künftige Ereignisse zu treffen und gegebenenfalls Maßnahmen zur Steuerung oder Kontrolle derselben zu ergreifen (Stumm & Pritz, 2000). Aus attributions-theoretischen Überlegungen folgt eine kritische Bewertung von Kampagnen

„die Aufklärung über den Krankheitscharakter der Störungen in den Mittelpunkt stellen und damit eine „Entlastung“ der Betroffenen von der Verantwortung für ihren Zustand erreichen wollen“ (Schomerus & Angermayer, 2011, S. 350).

Die Funktion des sozialen Netzwerks zur Unterstützung im Umgang mit Problemen und Herausforderungen erlebt somit einen Zirkel aus Einschränkungen: durch die Heimlichkeit, gehe ein Teil des Grundvertrauens verloren, die Folgen sind Vereinsamung und die Verstärkung von Schuldgefühlen aber auch die Herausforderung die Bewältigung mehr oder minder allein bewerkstelligen zu müssen (Finzen, 2013). Das Erleben von Stigmatisierung oder die Erwartung/ Beobachtung davon erzeugt Verhaltensweisen zur Begegnung mit derlei Reaktionen. Goffmann beschreibt diesen Prozess als Teil der Identitätsbildung mit „Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“ (Goffman, 1975 [1963]). Heimlichkeit und Verbergen ob eigener Betroffenheit bedeuten Schutz einerseits, andererseits stellen sie auch eine Anstrengung dar. Zugleich können dies auch zu einer Verschlimmerung der Situation führen, wenn eigentlich Rücksichtnahme oder Respekt vonnöten wäre:

„Während die »Normalen« gegenüber bekannten psychisch Kranken – Vorurteile hin oder her – ein gewisses Maß an Takt bewahren, erleben »verdeckte« Kranke immer wieder, dass Vorbehalte und Vorurteile im informellen Gespräch in aller Brutalität geäußert werden. Auf diese Weise werden sie in einer Heftigkeit mit solchen Vorurteilen konfrontiert, die sie in der Regel nicht aushalten müssten, wenn sie ihr Leiden offenbarten. Dazu kommt, dass sie nicht mit Rücksichten rechnen können, die bekannten psychisch Kranken unter Umständen gewährt werden, wenn Restsymptome bestehen: Verminderung des Antriebes, Depressivität, allgemeine Verletzlichkeit. Mit anderen Worten: Das Verbergen der Krankheit mag einige Probleme lösen, andere verschärft es“ (Finzen, 2013, S. 47).

Zu dem um sich greifenden Impact von Stigmatisierungsmechanismen auf das soziale Leben statuieren Krupa et al. einerseits die Intensität, andererseits auch die Komplexität der Vorgänge und Auswirkungen:

„Stigma is one of the most profound barriers to the full social inclusion and community participation of persons with mental illness. A powerful process of social control, stigma denies access to important community social roles and to equity and full participation in those roles“ (Krupa, et al. 2009, S. 413f).

Für Betroffene selbst stellt eine im Laufe eines Lebens hinzugekommene psychische Erkrankung wegen der zuvor Erlernten normativen Perspektive ebenfalls eine Herausforderung dar:

„Die Betroffenen sind mit einer besonderen Situation konfrontiert: Sie selbst sind mit den Vorbehalten und Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken aufgewachsen, die unter den »Normalen« vorherrschen. Entsprechend entwickeln sie – und ihre Angehörigen – zwangsläufig eine Missbilligung ihrer selbst. Sie tun das umso mehr, je ausgeprägter die gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber ihrer Krankheit sind, je stärker sie im alltäglichen Leben zurückgewiesen, geächtet, ausgeschlossen oder verhöhnt werden. Auf diese Weise wird das Stigma zur zweiten Krankheit, die ebenso belastend sein kann wie die erste und die zum Genesungshindernis ersten Ranges werden kann“ (Finzen, 2013, S. 45).

Einhergehend damit ist das Phänomen der Vorwegnahme künftiger Stigmatisierung, wie sie häufig mit dem Begriff der Selbststigmatisierung beschrieben wird, aber wie bei Angermeyer mit antizipierter Stigmatisierung (Angermeyer, 2003, S. 360). Die Vorwegnahme von Diskriminierung gegen die eigene Person versteht Thornicroft (2006) mit der Rahmung eines Stigma-Bewusstseins, ein Begriff den zunächst Pinel (1999) verwendete und führt dazu aus:

„Another way to look at this anticipation is to refer to it as ‚stigma consciousness‘ (...) people who do expect to be discriminated against are less likely to take opportunities to challenge or reject stereotypes about their condition. (...) [They] are more likely to accept it, when it does occur: a self fulfilling cycle“ (Thornicroft, 2006, S. 156).

Für die Diskussion hier wird der Begriff der Selbststigmatisierung im Verständnis nach Corrigan et al. (2009) verwendet:

„Self-stigma comprises three steps: awareness of the stereotype, agreement with it, and applying it to one’s self. As a result of these processes, people suffer reduced self-esteem and self-efficacy. People are dissuaded from pursuing the kind of opportunities that are fundamental to achieving life goals because of diminished self-esteem and self-efficacy“ (Corrigan, Larson, & Rüsch, 2009, S. 75).

Dies lässt sich mit dem Ansatz der sozialen Konstruiertheit der Vorstellung über die eigene Identität (Cooley, 2009 [1911]), die sich an den Reaktionen des sozialen Umfelds entwickelt, erklären:

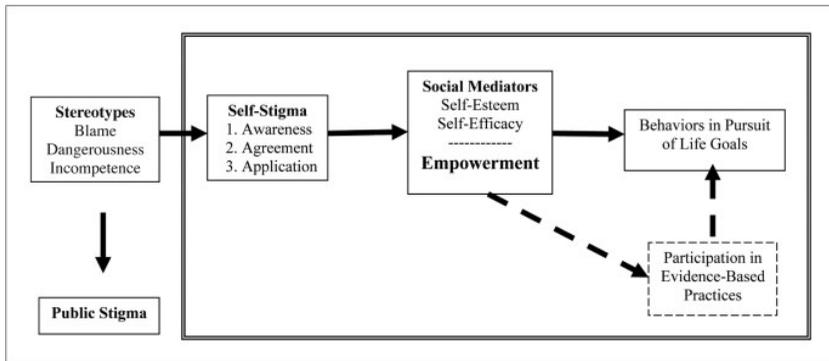
„In the early 1900s Cooley’s concept of the “looking glass self” (Cooley, 1902, 1909) articulated that ideas about ourselves are profoundly shaped by how we believe others see us—

that one's self concept is socially constructed. As a result, negative judgments from others are often incorporated into one's self concept (Allport, 1954; Crocker & Major, 1989; Link, Cullen, Struening, et al., 1989; Mead, 1934), resulting in 'shame' (Allport, 1954; Crocker & Major, 1989; Goffman, 1961; Scheyett, 2005)" (Lucksted & Drapalski, 2015, S. 99).

Cooley differenzierte dabei die Einflussstärke auf das Selbstbild mit der Zuordnung in Primärgruppen und Sekundärgruppen nach Intensität, Kontinuität und Intimität der Beziehung (Cooley, 2009 [1911], S. 23ff).

In Erwartung negativer Reaktionen also werden legitime Aktivitäten der Lebensführung nicht ausgeführt (Thornicroft, 2006, S. 161), etwas, das Corrigan verschlagwortete als den „Why-Try-effect“ (Corrigan, Larson, & Rüsche, 2009, S. 75). Demnach führen Stereotypen einerseits zu öffentlichem Stigma, die Konfrontation damit kann aber auch Selbststigmatisierung erzeugen und wirkt dabei auf Selbstwert und Selbstwirksamkeit sowie Empowerment und letztlich auf das Verhalten in der Verfolgung von Lebenszielen. Eine Abfolge, die durch die Einbeziehung in evidenzbasierte Praxis verändert werden kann. Siehe hierzu die schematische Darstellung des „Why-try-effects“ (ebd.).

Abbildung 8 – „Der Why-try-effect“ (Corrigan, Larson & Rüsche 2009, S. 76)



Einer Konnotation möglicher Zuweisungen ob der Berechtigung dieser Einschätzung Betroffener zuvorkommend ist die Differenzierung subjektiver Stigmatisierung aus dem Erleben Betroffener anzuführen: In „Das Stigma psychischer Krankheit aus Sicht der Patienten“ (Angermeyer, 2003, S. o. A.) wird in konkreten Erfahrungen, antizipierte Stigmatisierung und Stigmacoping unterschieden, mit dem Ergebnis, dass Stigmatisierungserleben von 45–78% dabei vorwiegend im interpersonellen Kontakt berichtet wurde (Angermeyer, 2003, S. 359), dabei die antizipierte Stigmatisierung diese jedoch noch überwiege,

insbesondere was die Arbeitsplatzsuche betrifft. Mit zunehmender Antizipation stiegen auch die Aktivitäten des Stigmacoping mit Vermeidung, Verheimlichung oder Aufklärung als offensiver Strategie, in der Hoffnung Verständnis zu erzeugen – allen folgten zunächst negative Auswirkungen für das Individuum (ebd. S. 360ff.). Die Dynamik der (vorweggenommenen) Anpassung von Verhaltensweisen kann entgegen der angestrebten Entlastung und Absicherung weiteren Anlass für das Erleben von Stigmatisierung hervorrufen, wie von Kardoff (2010) beschreibt:

„Krankheitsbedingte Verhaltensweisen, wie sozialer Rückzug, Misstrauen und gesteigerte Empfindlichkeit werden durch Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung noch bekräftigt. ... Zur seelischen Vulnerabilität tritt eine soziale Vulnerabilität hinzu. Eine Folge davon ist, dass viele psychisch kranke Menschen gegenüber Diskriminierung nur geringe Widerstandsressourcen mobilisieren können. In einer fatalen Logik bestätigen sie durch ihr Verhalten wiederum diese Bilder im Blick der Anderen“ (von Kardoff, 2010, S. 5).

Selbststigmatisierung ist, wie oben bereits angedeutet, eng mit dem Empfinden von Scham verhaftet. Diese starke Emotion ist als Reaktion auf ein Fehlverhalten oder eine Schwäche eingeübt und eng mit der Vorstellung von schuldhaftem Benehmen verknüpft. Im Kontext von psychischer Erkrankung beschreibt Thornicroft:

„Shame stems in part from how far a person feels guilty of some moral failing or weakness. It is as if there is an unwritten rule of correct moral conduct that has been broken for which the person deserves to be punished. (...) The sense that there has been a *failure by the individual*, can be overwhelming“ (Thornicroft, Shunned, 2006, S. 159).

In der Betrachtung dieser Dimensionen von Stigmatisierung und deren Auswirkungen auf das Individuum schlägt Angermeyer (2003) vor, die Bemühungen von Anti-Stigma-Arbeit fortzuführen, aber die subjektiven Perspektiven Betroffener stärker einzubeziehen und ebenfalls zu bearbeiten (Angermeyer, 2003, S. 365). Eine Ressource hierfür kann Peer-Involvement darstellen mit Perspektivwechsel, der Brückenfunktion in der Kommunikation zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen, aber auch mit der Vermittlung von Hoffnung und Empowerment. Die Umsetzung erfordert das Engagement nicht nur Betroffener sondern auch der Mitarbeitenden in der sozialpsychiatrischen Versorgung: Für die Gestaltung von Teamprozessen und Konzeptionen, aber auch in Verhandlung mit den Kostenträgern zu Herstellung entsprechender Rahmenbedingungen.

Eine konkretere Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfordert einen Blick auf eine Auswahl gängiger Vorurteile, erstere sind dabei für Menschen mit Beeinträchtigungen im Allgemeinen zu finden, letztere sind ausschließlich in Anwendung auf Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu anzutreffen:

Eine besondere Hürde für Bemühungen um Inklusion und Barrierefreiheit stellt dabei sicherlich die Vorstellung dar, dass Probleme, denen sich eine Person mit Behinderung gegenübersteht, ihre Ursache in der Beeinträchtigung haben. Die Folge der Betrachtung von Menschen mit Behinderung als Opfer kann sich im Absprechen von Kompetenz und Autonomie äußern. Die Wahrnehmung der Person wird der Wahrnehmung der Beeinträchtigung untergeordnet, mit der Idee, der Angewiesenheit von Menschen mit Beeinträchtigungen auf andere, wird die Beziehungsgestaltung auf Unterstützungs- und Hilfsbedarfe reduziert.

Unter den Menschen mit psychischen Erkrankungen sind jene mit Schizophrenie den meisten Vorurteilen ausgesetzt (Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, 2010, S. 54): Vorstellungen über eine gespaltene Persönlichkeit, eine von ihnen ausgehende Gewalttätigkeit und Gefahr sind weit verbreitet, ebenso die Hoffnungslosigkeit, dass damit keine Lebensziele erreicht werden können.

Weitere hartnäckige Mythen über Menschen mit psychischen Erkrankungen sind:

- Faulheit und die Weigerung einen besseren Zustand anzustreben, insbesondere würde es helfen, wenn Menschen mit Depression sich nur mehr anstrengen würden
- Psychische Erkrankungen sind mit Willensstärke zu bekämpfen, die Inanspruchnahme von psychiatrischen Hilfen ist ein Zeichen von Versagen oder Schwäche
- dass arbeiten nicht möglich ist
- die Fähigkeit zu eigenen Entscheidungen wird abgesprochen
- es gibt keine Hoffnung auf Recovery,
- die Ursache ist genetisch/ zeugt von einer Charakterschwäche/ kommt von schlechter Erziehung
- psychische Erkrankungen sind keine echten medizinischen Krankheiten wie Diabetes (Thornicroft, 2006, S. 187f).

In der Debatte nicht zu vernachlässigen ist die Mehrfach-Belastung und Verstärkung des Erlebens von Stigmatisierung und deren Folgen. Treffen mehrere dieser Faktoren zusammen, können diese zynisch als Stigmatisierungsgelegenheiten gefasst werden. Mit dem Konzept der Intersektionalität gelang es der Juristin Crenshaw (1989) erstmals die Wirkung von mehrfacher Diskriminierung darzustellen – zunächst in der Kombination aus feministischer und anti-rassistischer Perspektive in arbeitsrechtlichen Prozessen. Diese wurde bis dahin als zwar parallel existierend, aber als Phänomene allenfalls getrennt voneinander wahrgenommen:

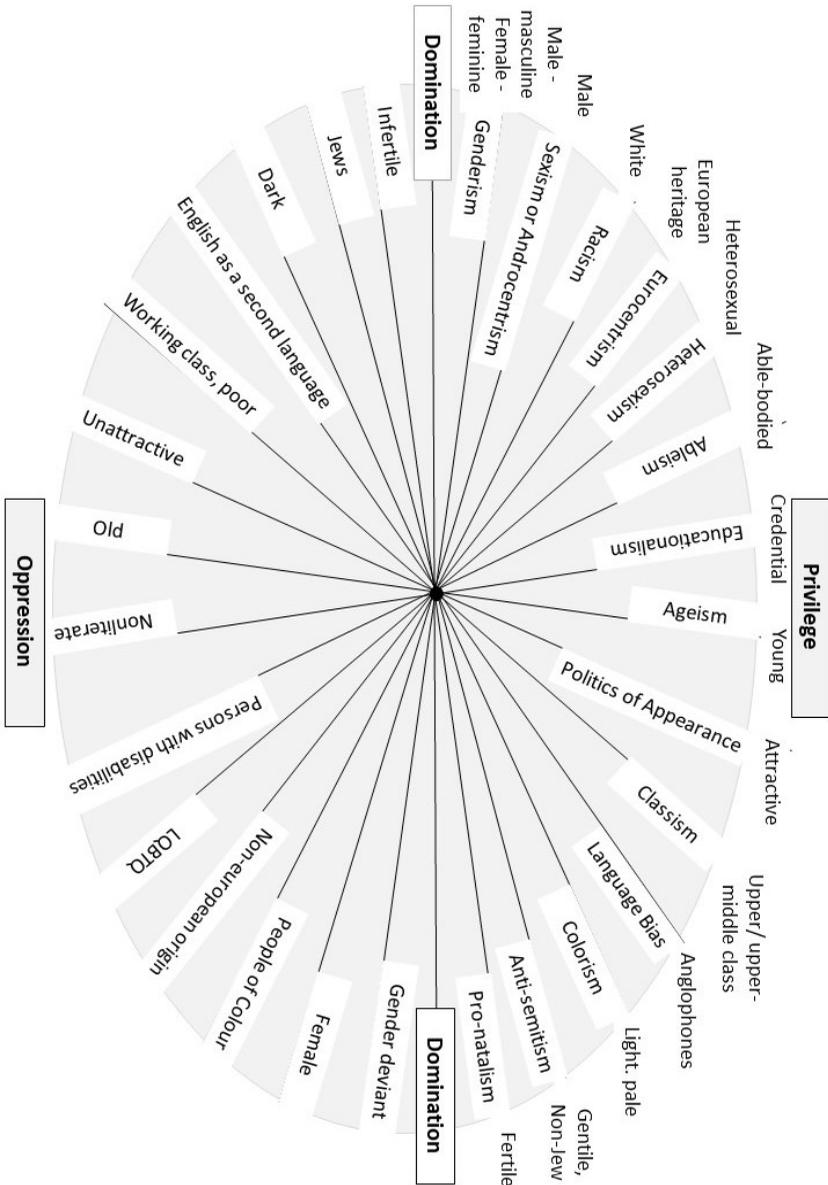
„Because the intersectional experience is greater than the sum of racism and sexism, any analysis that does not take intersectionality into account cannot sufficiently address the particular manner in which Black women are subordinated“ (Crenshaw, 1989, S. 140).

Mit einer Anerkennung der Komplexität kombinierter Diskriminierungserfahrungen wären nach Crenshaw Verbesserungen für alle, auch die dies nur mit einem Benachteiligungsaspekt erfahren, leichter zu erreichen (ebd. S. 167) und weitet die feministische und antirassistische Perspektive um weitere Kategorien:

„(...) all people who are disadvantaged on the basis of race, sex, class, sexual preference, age and/or physical ability...“ (Crenshaw, 1989, S. 149).

Mit der folgenden Grafik werden Systeme dargestellt, die Erfahrungen zwischen Privilegiertheit und Oppression repräsentieren und mit einer Trennachse von Dominanz zwischen den beiden Polen einzieht (awis - Association for Women in Science, 2018, S. 1f). Mit dieser kann die Dimension der Vielfalt an erlebbaren Faktoren für Benachteiligung, aber auch in der Perzeption einer teilweise variablen Positionierung oder Einordnung auf den Achsen zwischen den Polen visualisiert werden:

Abbildung 9 – Intersektionalität – Darstellung als Systematik (awis, 2018, S. 1)



### 3.3 Konzepte im Kontext von Tätigsein

Zum Umgang mit Vorurteilen entwickelte Allport die Hypothese, dass der Kontakt zwischen verschiedenen Gruppen die Einstellungen gegenseitig verändert:

„Allport’s highly influential intergroup contact hypothesis was first outlined here. This hypothesis suggests that if people have increased experience of a group outside their own, then their attitudes toward that group will improve“ (O’Connor, 2017, S. 10f).

Der Soziologe Cloerkes diskutiert in seinem Werk ‚Soziologie der Behinderten‘ (Cloerkes, 2007, S. o. A.) die Frage nach der Zugehörigkeit von Menschen mit Behinderung zu marginalisierten Gruppen und bejahte dies schließlich – trotz der Größe der Gruppe Betroffener mit geschätzten acht Millionen Personen allein in Deutschland, als eine Zahl, die Vorsicht in der Interpretation erfordert:

„Angaben über die Zahl der behinderten Menschen sind widersprüchlich und sollten mit großer Zurückhaltung interpretiert werden. Auch hinter scheinbar objektiven Zahlen stecken Interessen. Mindestens 10% der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland können als behindert gelten“ (Cloerkes, 2007, S. 37).

Trotz dieser großen Zahl Betroffener ergibt ein Abgleich mit den Kennzeichen von Minoritäten hohe Übereinstimmungen, die die Zuordnung zum Minoritätenansatz plausibel machen:

„Zur Frage, ob Behinderte eine Minorität sind, gibt es unterschiedliche Auffassungen. Die Ähnlichkeiten mit andere Minoritäten überwiegen: Isolationstendenzen, Zuschreibung von Minderwertigkeit, Rationalisierung diskriminierender Reaktionen, Generalisierung vom Gruppenmerkmal auf die ganze Person“ (Cloerkes, 2007, S. 36).

Die von Park und Stonequist eingeführten und weiterentwickelten Bezeichnungen der „marginal group“ (Stonequist, 1935) und des „marginal man“ (Park, 1928, S. o. A.) befassen sich mit dem Zwischenstadium der Personen, deren Zugehörigkeit zwischen zwei (oder mehr) Gruppen nicht geklärt ist:

„Das Lexikon der Soziologie führt zum *marginal man* aus: Die Bezeichnung trifft besonders auf die Lage von Personen zu, die auf der Grenze zwischen zwei Gruppen oder Klassen stehen und weder in die eine noch in die andere voll integriert sind (...) Marginale Individuen leiden im allgemeinen unter Norm- und Rollenkonflikten, Statusunsicherheit und Desorientierung und werden häufig diskriminiert (Fuchs et al, 1978, 476)“ (Cloerkes, 2007, S. 35).

Wenn auch das Konzept des Othinging sich an ethnischen, religiösen oder gender-Zugehörigkeiten aus postkolonialer und kulturwissenschaftlicher Theorie entwickelte, so sind die Mechanismen auch im Kontext anderer marginalisierter Gruppen wirksam. Der Begriff selbst verdeutlicht mit der Verlaufsform – dem „progressive ’tense (also continuous ’tense)“ (Oxford University Press,

1989, S. 996) ein andauerndes Geschehen, eine nicht abgeschlossene Handlung. Die Übersetzung von Reuter mit „VerAnderung“ (Reuter, 2002, S. 143) transportiert diesen fortlaufenden, prozesshaften Charakter nur bedingt. Inhaltlich befasst sich das Othinging mit der Distanzierung der eigenen sozialen Gruppe von anderen sozialen Gruppen, auch durch Zuschreibung tendenziell negativer Eigenschaften (Reuter, 2002, S. 35) und ist gerade mit der Wirkung auf Prozesse von Zugehörigkeit und Anerkennung von Peers als Kolleginnen\* und Kollegen von Bedeutung. Mit der Abgrenzung und Hervorhebung der Andersartigkeit und Fremdheit einhergehend ist ein Machtgefälle verbunden, das die eigene Gruppe als die erhabeneren versteht. Aus soziologischer Perspektive dienen Grenzen der Regulierung von Zugehörigkeit, einem Bedürfnis nach geordneten Verhältnissen in der Gesellschaft, jedoch werden diese Zuordnungen zu Selbstverständlichkeiten, das Wissen um ihre Konstruiertheit tritt in den Hintergrund und verliert sich:

„Die Trennung des Eigenen vom Fremden erscheint im Handeln und Bewußtsein der Menschen aber nicht pausenlos als Folge einer Ordnungskonstruktion, also als menschliche Produktion, sondern besitzt vielerorts den Status des »Selbstverständlichen«. Das liegt vor allem daran, daß die Trennung zwischen Eigenem und Fremdem eine Trennung zwischen sozial verhandelten Bedeutungskategorien ist, die zum Großteil habitualisiert, institutionalisiert, durch Sozialisation und Typisierung zu einer »objektiven Tatsache« der gesellschaftlichen Wirklichkeit geronnen ist (sic!)“ (Reuter, 2002, S. 10).

Mit den so geordneten Verhältnissen werden Überlegenheiten und Machtgefälle manifestiert und transportiert, selbst wenn die Begegnungen mit dem Fremden in vertrauter Umgebung stattfinden:

„Läßt man jedoch territoriale und ethnologische Entdeckungen außer Acht, ereignete sich die Begegnung mit dem Fremden in den seltensten Fällen tatsächlich in der fernen »Außenwelt«. Vielmehr waren es die »nahen Fremden« der vertrauten Umgebung, die in Gestalt des »Juden«, des »Zigeuners«, des »Gastarbeiters«, des »Einwanderers«, des »Asylsuchenden«, des »Ausländers«, des »Geisteskranken« oder einfach nur als »Du« das soziologische Interesse fanden. Je nachdem, welche Gruppenmuster und Ordnungsstrukturen dabei als vertraut identifiziert wurden, mußte sich der in der Minderheit auftretende »nahe Fremde« der mehrheitlichen gesellschaftlichen Logik der Ein- und Ausgrenzung »einpassen«. Denn die Konstruktion des Anderen als Fremder beruft sich – je nach Semantik der Grenzziehung – auf unterschiedliche Besonderheiten des Eigenen und entspringt somit keinem symmetrischen Verhältnis. So ist es noch heute gerade nicht die kulturelle Abstammung oder Herkunft der Fremden, sondern die »Überlegenheit« der Einheimischen, die sie zu einem Dasein am Rande zwingt – am Rande der Gesellschaft, am Rande der Ordnung, am Rande der Legalität und der Relevanz. In diesem Sinne qualifizieren sich Fremde zu jenen Menschen, die uns weder örtlich noch kulturell nahestehen, die nicht zugehörig und unvertraut, konträr und widersinnig erscheinen“ (ebd. S. 13).

Reuter erläutert hierzu die Bedeutung von Begegnungen und deren Gestaltung:

„Konstruktionen erlangen erst dann ihre volle Bedeutung, wenn sie in konkreten Interaktionskontexten in die Praxis umgesetzt werden. Die Fremden sind daher gerade so fremd, wie sie von der vertrauten Gemeinschaft behandelt werden“ (ebd. S.15).

Die Wechselseitigkeit dessen, was hier unter Fremdheitsrelationen beschrieben wird, spiegelt den Diskurs im Kontext von Stigmatisierung und dem Umgang mit der Erwartung und oder der Erfahrung – in Ermangelung eines besseren Begriffs – Selbststigmatisierung wieder:

„Trotz der Asymmetrie von Fremdheitsrelationen greift die einseitige Interpretation des Zuschreibungsbegriffs zu kurz, die eine vorschnelle Konvergenz zwischen »Zuschreibenden« und »Zugeschriebenen« mit einem eindeutigen »Täter-Opfer-Schema« dort vermuten läßt, wo Zuschreibungen im wechselseitigen Austausch hergestellt werden. Gerade dann, wenn die Wechselwirkung zwischen beiden Gruppen so eng ist, daß oft nicht mehr zu unterscheiden ist, was Ursache und was Wirkung ist. »Very often, the status of a stranger is not only defined by the ›receiving‹ group. The strangers, then, define themselves as such« (Hahn 2000: 16), so daß es eine – mehr oder weniger implizite – gemeinsame Verständigung darüber gibt, wer »heimisch« ist und wer »fremd«“ (ebd. S. 37).

Zugehörigkeit stellt somit eine bedeutsame Kategorie im sozialen Gefüge dar, die Vorstellung ablehnbar zu sein und zu den Abgelehnten zu gehören, ist immanent:

„Darüber hinaus erfahren die Betroffenen durch die Übernahme bzw. Konstruktion von Stereotypen auch ein Gefühl der Kohärenz, da sie die Zuschreibung »fremd« sowohl als Teil einer Kollektivität als auch einer geordneten Wirklichkeit ausweist. Die Zuschreibung ist daher das Konstrukt einer Wechselbeziehung, weshalb es nicht ausreicht, die Wahrnehmung von Personen oder Personengruppen als Fremde als einseitigen und destruktiven Prozeß zu deuten, vor allem dann, wenn die Etikettierten von den »Normalen« dafür belohnt werden, daß sie die an sie gestellten klischeehaften Erwartungen erfüllen. Wenngleich die Machtverhältnisse in Zuschreibungsprozessen in der Regel eindeutig sind, täuscht ein zu streng benutzter Zuschreibungsbegriff darüber hinweg, daß Zuschreibungen möglicherweise für höchst heterogene und voneinander separierte Minderheiten Möglichkeiten bieten, sich als zusammengehörige Gruppe zu fühlen (sic!)“ (ebd. S.37).

Für die Soziale Arbeit mit Peers als Kolleginnen\* und Kollegen ergibt sich hieraus also eine Reflexionsfläche für Machtstrukturen und die eigene Rolle im Setting von Teamarbeit und der Gestaltung sozialer Dienste sowie dem Anspruch an Inklusion im Arbeitsfeld.

Im Kontext von Tätigsein wird eine Sanktionierung durch die Zuschreibung, wie hier, einer möglichen Unberechenbarkeit oder auch nur von Schwierigkeiten in der Einschätzbarkeit von Leistungsfähigkeit, vorweggenommen:

„Wie immer eine solche gesellschaftliche Gruppierung aussieht, ihre Mitglieder müssen imstande sein, die Regeln, Normen und Werte zu erkennen und einzuhalten. Es ist eine Grundvoraussetzung menschlichen Zusammenlebens, dass die Mitglieder einer Gruppe sich auf die Berechenbarkeit des Verhaltens der übrigen Mitglieder verlassen können. Deswegen wird abweichendes Verhalten mit Sanktionen belegt, gleichgültig ob es beabsichtigt oder

unabsichtlich ist. Deswegen wird die Verletzung zentraler Regeln und Werte mit dem Ausschluss bestraft. Dann greifen im Extremfall jene Degradierungszeremonien, die Harold Garfinkel (1956) vor allem als soziale Grenzsicherungsmaßnahmen gegen existenzielle Bedrohungen des sozialen Zusammenhalts verstanden hat“ (Finzen, 2013, S. 49).

Der Labeling Approach eröffnet die Perspektive ausgehend von abweichendem Verhalten, basierend auf dem symbolischen Interaktionismus (Mead, 1934, S. o. A.). Auch hier findet sich im ursprünglichen englischen Begriff die Verlaufsform, die, prägnanter als die Übersetzung mit Etikettierungs-Theorie, das prozedurale Geschehen augenscheinlich werden lässt. Die Komponente der Identitätsbildung wird als Ergebnis von Sozialisation oder, nach Cooley, als Ergebnis des komplexen Prozesses und der damit einhergehenden emotionalen Bewertung der eigenen Betrachtung aus der gesellschaftlich-kulturellen Umgebung heraus wiederum beschrieben mit dem bereits eingeführten „looking glass self“ (Cooley, [1902] 1922, S. 184). Cooley's weitere Arbeit erlaubt durch die Fokussierung auf das Selbst-Bewusstsein in äußerer Reflexion eine Perspektive auf die intrapersonellen emotionalen Vorgänge als Teil innerer Regulation zur Vermeidung von (sanktionierbarer) Abweichung: Mit Scham und Stolz werden zwei Emotionen als primäre Triebfedern für Handlung – oder eben auch Vermeidung erfasst:

„Cooley's approach implies that all social interaction gives rise to either pride or shame, and that these emotions are social as well as psychological. They signal the state of relationship: either connectedness (pride) or disconnect (shame). It further implies that the degree of solidarity or alienation determines the prevailing emotional states in a society“ (Scheff, 2013, S. 88).

Zugleich stellt Scheff fest, dass die Thematisierung von Scham selbst zu einer überaus starken Vermeidung führt, bis dahingehend, dass wissenschaftliche Arbeiten, die sich unmittelbar mit dem Begriff von Scham beschäftigen oder gar betitelt sind, wenig bis keine Aufmerksamkeit erhalten. Jene Arbeiten dagegen, die sich mit Erniedrigung befassen hingegen werden rezipiert, selbst eine fragmentierte Beschreibung hilft:

„A taboo is implied in the many studies of shame that do not use the forbidden word at all“ (Scheff, 2013, S. 89).

Scham könnte auch im Prozess der Implementierung von Peers als Kolleginnen\* und Kollegen eine entscheidende und hemmende Rolle einnehmen: Davon ausgehend, dass das Erkennen eigener Vorurteile schamhaft besetzt ist, so dies nicht, wie Allports Einordnung ermöglicht, als natürlicher Vorgang aus menschlicher Überlebensstrategie zugeordnet wird und erst das Verharren und unreflektierte Ausleben das eigentlich problematische Verhalten darstellt (Allport, 1954, S. 6f). Das Labeling von Menschen mit psychischen Erkrankungen erweist sich, wie dargelegt, als besonders umfassend und führt zu Stigmatisierung bei Zuschreibung von Gefährlichkeit:

„The stigma of mental illness is the product of labeling. This means that mental patients and former mental patients suffer social rejection because they have acquired a label that appears to indicate that they are dangerous“ (Falk, 2001, S. kindle Pos 617-618).

Abschließend zu Identitätsbildung und zur Betonung der Dynamik derselben sei auf die Definition von Krappmann verwiesen, welche den prozesshaften und dynamischen Charakter verdeutlicht und zugleich Identität in die Dimension von Leistung stellt:

„Identität ist die Leistung, die das Individuum als Bedingung der Möglichkeit seiner Beteiligung an Kommunikations- und Interaktionsprozessen zu erbringen hat“ (Krappmann, 1988, S. 207).

### *3.3.1 Capabilities Approach und Peers als Kolleginnen\* und Kollegen*

Mit dem auf den Ökonomen Amartya Sen (Sen, 2000) und die Philosophin Martha Nussbaum (Nussbaum, 1998) zurückgehenden Capability Approach wird ein Anspruch an die tatsächliche Verwirklichbarkeit persönlicher Ziele und der dafür herzustellenden Handlungsbefähigung formuliert. In der Auseinandersetzung mit der Implementierung von Peerarbeit ist dies in mehreren Aspekten ein interessanter Ansatz: Der Anspruch des Capability- oder auch „Capabilities Approach“ (Nussbaum, 2011, S. 18) mit der Betonung der Vielfalt erforderlicher Befähigungen um Lebensqualität herzustellen oder zu erhalten, beinhaltet die Betonung der Freiheit, diese Fähigkeiten auch einsetzen zu können:

„What are capabilities? (...) what Sen calls „substantial freedoms,“ a set of (usually interrelated) opportunities to choose and to act. In one standard formulation by Sen, „a person’s capability’ refers to the alternative combinations of functionings that are feasible for her to achieve. Capability is thus a kind of freedom: the substantive freedom to achieve alternative functioning combinations.“ In other words, they are not just abilities residing in a person but also the freedoms or opportunities created by a combination of personal abilities and the political, social, and economic environment“ (Nussbaum, 2011, S. 20).

Als zentraler Bestandteil des Capability Approach nach Nussbaum ist die Frage nach dem gelingenden Leben zu bezeichnen. Sie formulierte hierfür einen Fragenkatalog in „Creating Capabilities – The Human Development Approach“ (Nussbaum, 2011), die das Mindestmaß an Faktoren für ein menschenwürdiges Leben mit dem Capabilities Index sichtbar werden lassen:

„What are people actually able to do and to be? What real opportunities are available to them?“ (ebd. S. x).

Für die Erreichung der so implizierten Ziele sind wohlüberlegte politischen Entscheidungen und das Engagement Vieler erforderlich. Der Index dient letztlich auch dem übergeordneten Ziel ein Gegengewicht für die Bemessung

des Wohlstands eines Landes auf der Basis des Bruttoinlandsprodukts zu bilden. Denn dieser, so die Kritik, beinhaltet keine Aussagen über die Verteilung von Wohlstand oder über das tatsächliche Wohlergehen der Bevölkerung (ebd. S. ixff).

Diese gerechtigkeitstheoretische Perspektive wird als Alternative zu Instrumentalisierungsbestrebungen Sozialer Arbeit als Aktivierungspädagogik zur Überwindung von Defiziten bei nur scheinbaren Wahlmöglichkeiten eingesetzt (Böllert, 2012, S. 631): Nussbaums Fokus auf die Freiheit zwischen Alternativen wählen zu können betont dabei auch das Recht auf den Verzicht der Inanspruchnahme der jeweiligen Optionen:

„...the approach (...), ((is)) asking not just about the total or average of well-being but about the opportunities available to each person. It is *focused on choice or freedom*, holding that the crucial good societies should be promoting for their people is a set of opportunities, or substantial freedoms which people then may or may not exercise in action: the choice is theirs“ (Nussbaum, 2011, S. 18).

Mit dem Capabilities Approach sieht Böllert (2012) die Weiterentwicklung der Profession Sozialer Arbeit adressiert:

„Folgt man dieser Perspektive, dann wird eine partizipatorische Dienstleistungsorientierung Sozialer Arbeit letztendlich nur dann möglich, wenn sie ihre professionellen Potentiale zu einer Gerechtigkeitsprofession weiter entwickelt, d. h. die Befähigung ihrer AdressatInnen zur Selbstbestimmung anstrebt und dabei gleichermaßen die strukturelle Aufgabe der Bereitstellung von Verwirklichungschancen nicht aus dem Auge verliert (Schrödter 2007). Erst in diesem Sinne wäre dann auch eine kontinuierliche Fortentwicklung der Sozialen Arbeit von der sozialdisziplinierenden Intervention hin zu einer partizipatorischen Dienstleistung theoretisch begründbar und professionell gestaltbar“ (Böllert, 2012, S. 632).

In der Argumentation für eine Implementierung von Peerarbeit als Teil der psychiatrischen Versorgung bietet der Capability Approach somit Ansatzpunkte, die mit der Gestaltung der Rahmenbedingungen von Diensten und Leistungsvereinbarungen einen Auftrag an Soziale Arbeit in Administration und Praxis ableiten lassen. Die Adressierung einer Ermöglichung von Verbesserung der individuellen ökonomischen und sozialen Situation durch eine berufliche Betätigung als EX-IN-Genesungsbegleitung ist ebenso heranzuziehen im Diskurs um den hier angewandten Begriff des ‚Well-Being‘:

„Certainly, an increase in the production of goods and services is positively correlated with an increase in social progress. After all, such resources can aid us in satisfying needs and personal goals and thereby improve human welfare. Accordingly, it is not surprising that well-being improves as those with little income begin to earn more (Sachs, 2012)“ (Yanke, 2016, S. 19).

Ebenso lässt sich, weitergedacht, ein Auftrag für die Etablierung von Strukturen zur Qualifikation von Peers sowie Aufträge an Lehre bezüglich der Vorbereitung angehender Sozialarbeitender auf die Praxis mit Peers als Kolleginnen\*

und Kollegen sowie für die Forschung Sozialer Arbeit diese Entwicklungen zu flankieren aufzeigen: inklusive einer partizipatorischen Gestaltung dieser Bemühungen.

In der vorliegenden Untersuchung wird der Frage nach Inklusion und Exklusion durch die Beschäftigung und Zusammenarbeit mit EX-IN als Kolleginnen\* und Kollegen auf verschiedene Weisen nachgegangen: Zum einen werden mit dem Fragebogen nicht nur die Beschäftigungssituation von EX-IN, sondern auch Gründe für eine Nicht-Beschäftigung erfragt, sowie offene Antworten in Freitextfeldern ermöglicht. Weiter bietet der Fragebogen für Dienste ohne EX-IN die Frage, ob und wenn ja in welchen Bereichen eine künftige Betätigung von EX-IN vorstellbar wäre. Im qualitativen Teil werden in den Interviews zudem mit Teamkolleginnen\* und -kollegen wie auch mit EX-IN selbst, die Zusammenarbeit, Rahmenbedingungen und vorbereitende Maßnahmen für das Team beleuchtet.

## 4. Spannungsfeld Ehrenamt und Fachlichkeit

Vor der eigentlichen Diskussion des Spannungsfelds folgt zunächst die Darstellung des Verständnisses von Professionalität in der Sozialen Arbeit, Ehrenamt, Selbsthilfe und Professionalisierung mit einem Blick auf die Entwicklungsprozesse derselben, daran anschließend wird zu Fachlichkeit und Handlungskompetenz und der Konfigurierung von Wissen ausgeführt.

Der Anspruch an eine eigenständige Profession der sozialen Arbeit wird im Kontext sozialarbeitswissenschaftlicher Theoriebildung seit ca. 150 Jahren diskutiert. Salomon formulierte anlässlich der Gründung ihrer ersten sozialen Frauenschule, einem emanzipatorisch bedeutsamen Akt, Ansprüche an Soziale Arbeit als Beruf:

„den Mädchen und Frauen unserer Stadt, unseres Landes Arbeit zu geben. Arbeit, das heißt nicht Beschäftigung, nicht Zeitvertreib, sondern eine Tätigkeit, die nicht nur ihre Zeit - sondern auch ihre Gedanken, ihr Interesse in Anspruch nimmt; die zunächst für einige Jahre den Inhalt ihres Lebens ausmachen soll, um den herum alles andere, was das Leben ihnen an Freuden, Genüssen, Anregungen bietet, sich nur - gleichsam wie eine schmückende Aarbeske - als Beiwerk gruppiert“ (Peysers, 1958, S. 59).

Mit der Wiederentdeckung von Salomons Schriften wird zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit seit den 1970er Jahren diskutiert:

„Das erstmals in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts deutlicher formulierte Professionalisierungskonzept vitalisierte die Diskussionen um die akademische Ausbildung und die Theorie und Praxis einer verberuflichten Sozialen Arbeit sowie die darauf konzentrierten forschungsbezogenen Fragestellungen durch eine zugleich gesellschaftstheoretisch fundierte, auf wissenschaftliches Wissen vertrauende wie auf reflexiv-analytische Kompetenzen aufbauende Grundidee“ (Thole, 2002, S. 29).

Die Soziale Arbeit als Beruf bewegt sich in der Betrachtung ihrer Umsetzung permanent zwischen Begriffspolen, wie sie mit „Hilfe und Kontrolle“ im Doppelmandat (Böhnisch & Löscher, 1975) angeführt werden. Weitere kennzeichnende Gegensätze ergänzt Heiner (2004) als Paradoxien:

„(...) pädagogisches vs. administrativ-rechtliches Handeln; Unterstützung vs. Manipulation; Fremdbestimmung vs. Selbstbestimmung; Klientifizierung vs. Förderung der Autonomie; Selbsthilfe vs. Fremdhilfe; mitmenschliche vs. professionelle Beziehung; Empathie vs. Expertokratie; dialogische Begegnung und Beziehung vs. gezielte professionelle Einflussnahme; Solidarität vs. technische Beeinflussung; kommunikatives Handeln vs. zweckorientiertes Handeln; wissenschaftliches Wissen vs. hermeneutisches Verstehen; Theoriewissen vs. intuitives Fallverstehen; biographisches Verstehen vs. diagnostisch-prognostisches Wissen“ (Heiner, 2004, S. 29).

Mit der Darstellung solcher Unvereinbarkeit in diesen Gegensätzen und der implizierten Notwendigkeit sich für einen Pol zu entscheiden, entwickelte die Soziale Arbeit in Theorie und Praxis in sich selbst die Polarisierung zwischen

„Allmachtsphantasien und Resignation“ (ebd.). Heiner verweist auf Entwicklungen in den 90ern, mit denen sich, analog zum Wandel der dichotomen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit hin zu einer Betrachtung als Bewegung innerhalb eines Kontinuums (Antonovsky, 1997 [1987], S. 15), eine Auseinandersetzung mit fallspezifischen Mischverhältnissen eröffnete. Heiner (2010) leistete mit ihrer Entwicklung von Handlungsmodellen aus der Praxis einen weiteren wertvollen Beitrag zum beruflichen Selbstverständnis von Fachkräften: Die in teilstrukturierten Leitfadeninterviews erfassten Ähnlichkeiten und Unterschiede in Handlungsmustern fasste sie verallgemeinernd in vier Handlungstypen zusammen:

- „1. Das Dominanzmodell,
2. das Aufopferungsmodell,
3. das Modell der Sozialen Arbeit als Serviceleistung und
4. Das Modell einer Passung von Unterstützungsbedarf und -angebot“ (Heiner, 2010, S. 406).

Im Kontext der Ausweisung einer professionellen Haltung der Sozialen Arbeit kann mit Staub-Bernasconi (2013) die Linie der persönlichkeitsorientierten Denkweise weiterverfolgt werden. Sie beschreibt, dass der reflektierende Professionelle sein/ ihr „Wissen als Angebot“ (Staub-Bernasconi S. , 2013, S. 40) behandeln sollte, der dieses eigene Wissen im Bewusstsein des Expertentums als „Aufforderung, etwas auf dieser Basis zu versuchen“ (ebd.) bereitstellt. Die Verantwortung ob einer und wie weitgehender Annahme von Hilfen bleibt hier bei den Adressatinnen und Adressaten. Expertise selbst kann sich als herausfordernd erweisen, so in konfligierender Positionierung bei einem konkurrierenden Verständnis der praktisch Tätigen: Thole bezeichnete dies als „Neigung zur differenzierten Expertenhegemonie“ (Thole, Grunwald, & Königter, 2012, S. 179). Das Ringen um Anerkennung der Expertise von Peers zeigt sich im Kontext der Implementierung von EX-IN-Genesungsbegleitung ebenfalls als noch unentschieden:

„Die meisten Projekte jedoch haben mit zwei Problemen zu kämpfen: der fehlende Erfahrungsaustausch und die fehlende offizielle Anerkennung der Expertise von Psychiatrie-Erfahrenen“ (Utschakowski, 2009, S. 8).

In ähnlicher Lage finden sich viele ehrenamtlich Tätige gegenüber professionell Tätigen, eine weitere Dimension, die für die Anerkennung professionellen Handelns Leitgedanken bieten kann. Kritik zur Art und Weise des Einsatzes von EX-IN-Genesungsbegleitung ist ebenfalls zu berücksichtigen, wie hier exemplarisch seitens des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V.:

„Anstatt, dass das Erfahrungswissen der PE (Psychiatrie-Erfahrenen, Anmerkung der Verfasserin) zur Verbesserung der Psychiatrie genutzt wird, müssen sich Psychiatrie-Erfahrene den Normen und Gepflogenheiten des Systems anpassen“ (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V., 2009, S. 2).

Im Folgenden wird zunächst das Ehrenamt im Sozialen betrachtet, bevor das Ehrenamt im Feld der Psychiatrie beleuchtet wird und die Rolle, Entwicklung und das Selbstverständnis von Selbsthilfe behandelt werden. Daran anschließend werden für die weitere Einordnung von Maßnahmen zu Überwindung von Barrieren zunächst Hürden für Ehrenamtliches Engagement in der Psychiatrie und Vorbehalte seitens Professioneller dargelegt. Schließlich werden Ableitungen aus Handlungsempfehlungen für die Zusammenarbeit zwischen Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen formuliert.

## 4.1 Ehrenamt im Sozialen

Ehrenamtliches Engagement ist tief verankert im menschlichen Zusammenleben, bereits in der Antike finden sich hierzu Aufzeichnungen, wie über die „honores“ im alten Rom (Universität Wien, 2024). Die Verwendung der Begriffe von Ehrenamt, bürgerlichem Engagement, Freiwilligendienst werden synonym verwendet und entsprechen damit nicht mehr ihrer historischen Begriffsentwicklung. Hier wird Ehrenamt im Anschluss an Hollstein (2017) verwendet:

„Ehrenamt definiere ich als Tätigkeiten, die freiwillig und nicht auf materiellen Gewinn gerichtet, sowie gemeinwohlorientiert sind, öffentlich beziehungsweise im öffentlichen Raum stattfinden und in der Regel gemeinschaftlich oder kooperativ ausgeübt werden“ (Hollstein, 2017, S. 36).

Dies beinhaltet die Betonung von Ehrenamt als aktiver Tätigkeit, in Abgrenzung von passiver Mitgliedschaft oder Unerstützung durch Spenden, ebenso wie der Freiwilligkeit und dem Fehlen einer materiellen Gewinnerzielungsabsicht. Die hier benannte Gemeinwohlorientierung dient der Abgrenzung des Engagements zur Freizeitgestaltung im Sinne eines Hobbies:

„Ehrenamt soll auch einen Fremdnutzen – also Gemeinwohl – produzieren, ohne dass dies das primäre Ziel des Ehrenamtlichen sein muss. Ehrenamtliche, die sich in Selbsthilfegruppen engagieren, haben möglicherweise zunächst ihren Selbstnutzen im Blick und tragen dennoch zum Gemeinwohl bei. Ehrenamt kann aber nicht soziale Arbeit ersetzen“ (ebd. S. 36).

Eine Vereinfachung mit einer rein monetär gedachten Abgrenzung zwischen beruflicher und ehrenamtlicher Tätigkeit ist nicht möglich, denn auch im Ehrenamt ist (Teil-)Entlohnung möglich: z.B. mit der Übungsleiterpauschale oder in vielen Modellen werden mit geringfügigen Beschäftigung oder Aufwandsentschädigung verschiedene Aufgaben bedacht. In der Regel geht mit der Entlohnung ein Anspruch an eine bestimmte Leistung einher, die jeweils eigene

Qualität von Leistungen aus Ehrenamt oder Erwerbstätigkeit sind zu differenzieren und nicht konkurrierend darzustellen, plädiert Sozialwissenschaftler Roß:

„Mit einem „Besser“ oder „Schlechter“ (bezahlte Arbeit ist „besser“, weil professioneller – Ehrenamt ist „besser“, weil uneigennützig) hat das nichts zu tun. Freiwilliges Engagement und Erwerbsarbeit folgen erstens einer unterschiedlichen Leitlogik: hier die monetäre Entgeltung nach klaren, einklagbaren Vereinbarungen über Leistung und Gegenleistung – dort der nicht-monetäre „benefit“ in Form interessanter Erfahrungen, sinnvoll verbrachter Zeit, neuer Kontakte usw. Zweitens verfügen freiwilliges Engagement und Erwerbsarbeit über eine je eigene Qualität: Erwerbsarbeit steht für die Qualität der Erwartbarkeit bestimmter Leistungen auf einem bestimmten fachlichen Niveau. Freiwilliges Engagement steht für Qualitäten wie Kreativität und neue Ideen, Mobilisierung privater Netzwerke, Alltagskontakte von Mensch zu Mensch, Brücken in die Lebenswelt und Lobbyarbeit für bestimmte Anliegen und Menschengruppen“ (Roß, 2007, S. 26f).

Zur rechtlichen Differenzierung führt Armbruster aus:

„Das Ehrenamt wird – überwiegend anders als andere Vertragstypen des BGB – verstanden als die Ausübung einer ethischen und/oder moralischen Verantwortlichkeit. Um es noch mal wiederholt auszudrücken: Dort wo eine Vergütungserwartung Platz greift, hat das Ehrenamt nichts zu suchen. Das Ehrenamt hat dort seinen Platz, wo es eine Manifestation der Würde des Dienens ist“ (Armbrüster, 2014).

#### *4.1.1 Ehrenamt in der Psychiatrie*

Vorstellungen, was Ehrenamtliche in der Psychiatrie einbringen sollten, erwiesen sich in den Jahren um und nach der Psychiatrie Enquete 1975 als ein „phantastisches Feld der Zuweisungen“ (Kruse, 2008, S. 21). Kruse führt eine Liste von mehr als 20 Aspekten, die sich strukturellen Herausforderungen, Aufgaben des Qualitätsmanagements, dem Abbau von Vorurteilen und einer Brückenfunktion in der Kommunikation zwischen Fachkräften und ‚Patienten‘ zuordnen lassen (ebd. S. 21f). In der Kooperation von Fachkräften mit Ehrenamtlichen wurden Befürchtungen um Stellenabbau, wie sie sich auch bei der Etablierung von Peers als Kolleginnen\* und Kollegen finden, ebenfalls bereits 2007 diskutiert:

„Vielfach ist das [Werben um bürgerschaftliches Engagement, Anm. d. Autorin] verbunden mit der Erwartung, dass bürgerschaftliches Engagement professionelle bzw. bezahlte Hilfe ersetzen oder zumindest reduzieren könnte. Die wertgeschätzten engagierten Bürgerinnen und Bürger finden sich so unversehens in einem Einsparkalkül der Politik wieder“ (Schöck, Schulte-Kemna, & Bombosch, 2007, S. 3).

Die Effekte bürgerschaftlichen Engagements in der Psychiatrie hält der Name des der historische ersten Institution fest, nämlich des Vereins: „Verein zur

Beaufsichtigung und Unterstützung der aus dem Korrekptions-, Zucht- und Irrenhause entlassenen Individuen im Herzogthum Nassau“. Dieser Verein unternahm pragmatische Schritte der Nachsorge und damit auch der Vorsorge, so gehörte es zu den satzungsgemäßen Aufgaben des 1829 gegründeten Vereins

„...Hilfsbedürftigen, welche aus dem Irrenhause als hergestellt austreten, ein angemessenes Unterkommen zu verschaffen und sie mit Rath, Verwendung und, wenn es erforderlich ist, auch mit Geldmitteln zu unterstützen“ (Schöck G. , 2007, S. 7).

In 16 Jahren wurden insgesamt 81 Entlassene unterstützt, mit dem positiven Vermerk: „Die meisten sind vor dem Rückfalle sicher gestellt worden.“ Mit Recht gilt dieser Verein als der „Urvater“ aller psychiatrischen Hilfsvereine“ (ebd.). Die Gründung des Dachverbands der psychosozialen Hilfsvereinigungen 1976 bündelte die inzwischen entstandenen Initiativen und Vereine. Mit gemeinsamen Zielen einer reformorientierten Psychiatrie und einer moderneren Perspektive auf das Ehrenamt in der Psychiatrie, mit deutlicher Abgrenzung von den Ordnungsaufgaben psychiatrischer Organisationen wird den Ehrenamtlichen hier zugesprochen, in einer ganz eigenen Qualität verlässliche und persönliche Beziehungen zu bieten:

„Solche Kontakte und Beziehungen aufzubauen, Brücken zu schlagen zwischen dem sekundären, dem professionellen Hilfesystem einerseits und der bürgerlichen Gesellschaft andererseits (...). Leitbegriffe dafür sind gelebte Solidarität, Gleichberechtigung und Mitbestimmung“ (ebd. S. 8).

Der Anspruch bezieht sich also auf Austausch jenseits professioneller Begleitungsmaßnahmen, hin zu einer Auflösung oder zumindest Relationierung der Sonderwelt von Institutionen, gilt aber auch dem Abbau von Vorurteilen und der Gestaltung von Hilfen unter der Prämisse von Gleichberechtigung und primär als Hilfe zur Selbsthilfe (ebd. S.8f).

In dieser Arbeit wurden zur Abgrenzung von ehrenamtlichen Leistungen durch Peers Rückläufer aus den Fragebögen mit Daten über Peers als Praktikantinnen\* und Praktikanten und in unentgeltlicher, ehrenamtlicher Betätigung von der Auswertung ausgenommen und auch nicht in den Pool für die Zufallsauswahl für die Interviews einbezogen. Der Fokus der Arbeit liegt auf Peers als Kolleginnen\* und Kollegen, was in keinster Weise die Leistungen in Ehrenamt und Praktikum in Abrede stellen soll, jedoch werden auf diese Weise Bedingungen für Betätigung differenziert.

## 4.2 Selbsthilfe

Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe ist in der Gesundheitsversorgung inzwischen fest etabliert, mit sozialrechtlicher Verankerung und Relevanz in Politik und Versorgung (Kofahl & Trojan, 2021, S. o. A.). Der Weg dorthin ist, wie in der Darlegung des Spannungsfeldes um Stigmatisierung und Vorurteile in der Sozialen Arbeit näher beleuchtet, gekennzeichnet von Hürden – teils sind diese noch immer vorhanden (Thierhoff, 2007). Impetus der Selbsthilfebewegung ist die Kritik an herrschenden Zuständen, wie der Knappheit öffentlicher Mittel für die Versorgung sowie als entmündigend erfahrenen Angeboten professioneller Versorgung und zielt auf die Behebung dieser Mängel und Partizipation ab (Kofahl & Trojan, 2021, S. o. A.). Dies beinhaltet neben der Kritik auch eine Eröffnung des Diskurses um Machtverhältnisse und Experten Herrschaft (Thole, 2002, S. 165). In der Bezeichnung hat sich die Unterscheidung von Fachkundigen für Expertinnen\* und Experten durch Qualifizierung über Ausbildung oder Studium und Sachkundigen oder Expertinnen\* und Experten aus Erfahrung für Betroffene und Angehörige ohne formale Qualifikation etabliert. Letztere sind mit dieser Benennung legitimiert an offiziellen Gremien des Bundes oder des Gesundheitswesens teilzunehmen (Kofahl & Trojan, 2021, S. o. A.). Die Entwicklung der unterschiedlichen Bezeichnungen für jene, die Anspruch auf oder Bedarf an Hilfen oder Rat haben, macht zugleich deutlich, wie sich die Perspektiven und Attributionen verändert haben hin zu jenen, deren eigener Beitrag in den Prozessen von Hilfestellung anerkannt wird: Zunächst war die Rede von (jeweils dem Lateinischen entstammend) erduldenen, leidenden „Patientinnen/ Patienten“ (DWDS-Digitales Wörterbuch der Deutschen Sprache, S. o. A.) über, zu den sich-Anlehnenen, Schutzbefohlenen, den „Klientinnen/ Klienten“ (DWDS - Digitales Wörterbuch der Deutschen Sprache, S. o. A.). Dörners Verweis auf die Paradoxie in der Verwendung der Begriffe soll hier nicht unerwähnt bleiben: sind doch oft jene, die als

„Patient:innen bezeichnet wurden, die eigentlich aktiv mit ihrem Zustand und Sein befassten, während de, 'm Personal oftmals die Rolle zufällt, sich zu gedulden und also patient zu sein“ (Dörner, 2017, S. 24).

Beiden Bezeichnungen, also denen von Patientinnen\* oder Patienten ebenso, wie denen von Klientinnen\* und Klienten, ist in ihrer herkömmlichen Bedeutung gemein eine Unterordnung gegenüber einer bestimmenden Person, einem ‚Patron‘. Inzwischen ist die Verwendung von *Nutzerinnen\* und Nutzern* oder, im eingedeutschten Sprachgebrauch, Service Usern (Bauer, Dettmann, & Weser, 2025, S. 128) verbreitet. *Betroffene* ist ein weiterer, üblicher Begriff, der hier teils alternierend mit Menschen mit psychischen Erkrankung Anwen-

dung findet, jedoch nicht ohne kritische Einordnung: Betroffene\* oder Betroffener ist im Wortsinn eine „Person, der Unerfreuliches widerfährt (...) auf die sich eine Maßnahme oder Aussage bezieht“ (DWDS – Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache, S. k.A.), was wiederum eine passive Konnotation mit sich bringt: Jemandem widerfährt etwas, die Person ist einem Geschehen ausgesetzt: Dies mag durchaus in Teilen zutreffend sein, jedoch ist dies der Wahrnehmung der so bezeichneten Person mit einer eigenständigen, aktiven, Entscheidungen treffenden oder teilnehmenden, sich beteiligenden oder mindestens zu beteiligenden Rolle wenig zuträglich. Wo sinnvoll möglich, wird die Bezeichnung Erfahrungsexpertinnen\* und -experten vorgezogen, mit der Erfahrungswissen sichtbar gemacht wird. Etymologisch ist der Begriff der Expertin\*/ des Experten auf das Lateinische „experire, kundig, erprobt, bewährt“ (DWDS - Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache, S. o. A.) zurückzuführen, noch deutlicher wird dies bei Betrachtung des dazugehörigen Verbs „experiri“ (ebd.) das mit experimentieren übersetzt werden kann und einen noch deutlicheren Verweis auf das Sammeln von Erfahrungen und eine praktische Vorstellung von Erfahrungheit bietet. Weitere Klärungsschritte bleiben in der Reflexion des mit der Verwendung von Expertise erzeugten Erwartungshorizonts dennoch erhalten, da diese Begrifflichkeit zunächst keinen Aufschluss gibt, ob damit eine Person mit Expertise aus und für die eigene persönliche Erfahrung spricht oder aber eine Person mit weiter zu fassender, möglicherweise professionalisierter Expertise gemeint ist. In der psychologischen Perspektive aus der Expertiseforschung haben Gruber und Mandl folgende Kennzeichnung gefasst:

„Unter den Kriterien von Expertise befinden sich demnach:

- (1) große Wissensbasis;
- (2) reichhaltige Erfahrung im Umgang mit domänenspezifischen Anforderungen;
- (3) überdurchschnittlicher Erfolg beim Erkennen und Bearbeiten von Problemen;
- (4) metakognitive Kontrolle über Handlungen;
- (5) Effizienz, Fehlerfreiheit und große Genauigkeit der Handlungen;
- (6) hohe Flexibilität gegenüber neuen Problemsituationen“ (Gruber & Mandl, 1996, S. 19).

Doch auch sie verweisen auf eine mangelnde Eindeutigkeit der Definition, wann genau von Expertise zu sprechen ist und verweisen auf die mangelnde Erfahrung als Kennzeichen des Novizen, der mit dem Experten ein Begriffspaar darstellt und eben noch „keine einschlägigen Erfahrungen sammeln konnte“ (Gruber & Mandl, 1996, S. 8). Weiter ist für die Attribution von Expertise eine entsprechende Performanz von Kompetenzen erforderlich (ebd.). Offen bleibt auch hier, ob die Performanz der oben genannten Kriterien permanent und in hervorragendem Maße vorhanden sein müsse, um die Expertise als gerechtfertigt anzuerkennen (ebd., S. 9). Auch hier bleiben also Klärungs-

bedarfe bestehen. Als eine entscheidende Komponente im Kontext der Verwendung des Begriffs von Erfahrungsexpertise in der Sozialpsychiatrie kann die Auseinandersetzung mit Problemstellungen gelten, für die das verfügbare Wissen zur Zielerreichung nicht genügt und weitere Informationen erforderlich sind (Hron, 2000, S. S. 27). Mit dem englischen *Peer/ Peers* weitere Bezeichnung für Akteurinnen\* und Akteure der Selbsthilfe, welche in verschiedenen Relationen auf Gleichheit abzielt: Dies kann Alter, sozialen Status, Betroffenheit mit einer Erkrankung oder Behinderung und weiteres umfassen und wurde ebenso in den Sprachgebrauch übernommen, wie das Wort Peer-Group. Der Begriff der Peerberatung wird synonym mit Genesungsbegleitung oder Suchtkrankenhelferin\*/ Suchtkrankenhelfer verwendet, denn er ist nicht geschützt, wenn auch mit der Etablierung von EUTB (Ergänzende Unabhängige Teilhabe-Beratung) durch das Bundesteilhabegesetz (BMAS, 2016) der Einsatz von Peers in der Beratung gestärkt wurde (Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG), 2019, S. 6). Bereits zu Beginn des letzten Jahrhunderts formulierte Salomon mit beeindruckender Klarheit und in vielen Aspekten bis heute gültig zum Auftrag der Wohlfahrtspflege, welche Bedeutung der Selbsthilfe darin zukommt:

„Jede zweckmäßige Fürsorge soll sich nicht damit begnügen, den Armen zu unterstützen, sondern sie soll, wenn es möglich ist, seine wirtschaftliche Selbständigkeit wieder herbeiführen helfen. Sie soll eine Verwertung seiner Kräfte innerhalb der gegenwärtigen Wirtschaftsform anstreben, wie auch diese Kräfte beschaffen fein mögen. Sie soll auf feine Lebensgestaltung und Lebensführung einwirken und die Eigenschaften in ihm zu entwickeln trachten, die ihm eine Einordnung in das Räderwerk der Volkswirtschaft ermöglichen. Insofern gibt die Fürsorge nicht nur, sondern macht vorhandene Kräfte dem Ganzen nutzbar“ (Salomon, 1921, S. 2).

Etwas später führt sie – auch heute noch zutreffend – als gemeinsamen und, wie sie betont, für alle Zweige der Wohlfahrtspflege geltenden Grundsätze aus:

„Die Aufgaben, die sich jede Form der Wohlfahrtspflege stellen muß, die Grundsätze, nach denen sie zu gestalten ist, gleichviel ob es sich um Unterstützung, Fürsorge, Versicherung, Versorgung oder gesetzlichen Schutz handelt, sind für alle Zweige dieselben, einheitlichen: Die Wohlfahrtspflege soll

1. die vorhandenen Kräfte nach Möglichkeit schützen und fördern,
2. die geschädigten Kräfte nach Möglichkeit wiederherstellen oder ausgleichen,
3. bei völliger Hilflosigkeit Versorgung gewähren“ (sic!) (ebd. S. 23).

Auch die Erweiterung von Perspektiven zum gegenseitigen Verständnis führt sie an, als Bemühen um innere Versöhnungsarbeit und Pazifismus – wenn auch sie sich hier auch soziale Siedlungen mit der Durchmischung von Klassen bezog, so ist doch Grundlegendes damit ausgedrückt:

„Schließlich stehen außerhalb der verschiedenen Gebiete der Wohlfahrtspflege Versuche und Bemühungen, die zwar nicht durch ihren Umfang, wohl aber durch ihre geistig-sittliche Grundlage, ihren sozialen Idealismus als Wohlfahrtsarbeit Bedeutung haben: die sozialen Siedlungen (Settlements), die durch Niederlassung von Menschen der höheren Berufsschichten in Arbeitervierteln ein gegenseitiges Verstehen und eine Überbrückung von Klassegegensätzen anstreben; die eine Versöhnungsarbeit, einen Pazifismus im Inneren betreiben“ (ebd. S. 31).

Die Reziprozität mit der diese Versöhnungsarbeit zu leisten ist, lässt sich an der Vorsicht oder auch dem Misstrauen gegenüber professionellen Hilfen ablesen:

„Ich nehme keinem Scheiß-Fachmann mehr was ab“ ist eine Folgerung, die zum Beispiel in Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke laut wird“ (Schmidbauer, 1983, S. 241)

und ob deren Berechtigung aus gewaltvoller Historie oder individueller aktueller Erfahrung nicht befunden wird. Sie zeigt jedoch auf, dass Vertrauen qua Expertise nicht vorausgesetzt werden kann und dass in der Gestaltung von Hilfsstrukturen und -beziehungen noch immer und weiter Bedarf an gemeinsamer Gestaltung und Weiterentwicklung vorhanden ist.

#### *4.2.1 Entwicklung der organisierten Selbsthilfe*

Die Bedeutung der Selbsthilfe wurde, nicht zuletzt auch und wieder von Überlegungen der Ökonomisierung getrieben, die ebenfalls bereits Salomon schon viele Jahre früher anführte (Salomon, 1921, S. 145f). Selbsthilfeszusammenschlüsse waren bereits seit den 1950er Jahren in der gesundheitlichen Versorgung etabliert:

„Seit den 1950er Jahren entwickelten sich Selbsthilfeszusammenschlüsse zu einem festen Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Zu den Ursachen gehören die zunehmende und offene Kritik an der Gesundheitsversorgung sowie die Kostendämpfungsmaßnahmen seit Mitte der 1970er Jahre. Zudem wurde die Dominanz von professionellen Leistungserbringern kritisiert, die eine Beteiligung von Laien an der Gestaltung des Versorgungssystems behindere. Dagegen rückten Selbsthilfegruppen die persönliche Begegnung und die Stärkung durch die Gemeinschaft in den Mittelpunkt; Ziele sind individuelle Problembewältigung, gegenseitige Hilfe, Hilfe für andere und soziale Veränderung“ (NAKOS, 2019, S. 30).

Seit den 70er Jahren ist auch in der Selbsthilfelandschaft eine Zunahme an Gruppen zu verzeichnen, die sich mit Problemlagen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen befassen, mit den 80er Jahren erhielt zudem die gemeinschaftliche Selbsthilfe Aufschwung (ebd.).

„Schätzungen zufolge arbeiten in Deutschland derzeit etwa 70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen mit rund 3 Millionen Betroffenen oder Angehörigen. (...) Heute werden mehr als

1.100 gesundheitsbezogene, psychosoziale und soziale Themen in Selbsthilfegruppen bearbeitet“ (ebd. S. 32).

Mit fast einer Verdopplung der Anfragen seit 2018 verzeichnet die NAKOS einen signifikanten Bedeutungszuwachs der Selbsthilfe (NAKOS, 2023, S. 7). Der Anteil an Anfragen zu psychischen und psychosozialen Problemen lag darin bei mehr als 30%. (ebd. S.17). Auch in rechtlicher Hinsicht ist Selbsthilfe längst etabliert und wird als Voraussetzung für die Gewährung von Sozialhilfeleistungen formuliert:

„Die Anleitung bzw. Aufforderung zur ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ ist inzwischen wesentliches Ziel des Sozialgesetzbuches. So zählt die ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ zu den übergreifenden Aufgaben des Sozialgesetzbuches. Gemäß § 1 Allgemeiner Teil sollen Belastungen des Lebens auch durch Hilfe zur Selbsthilfe abgewendet oder ausgeglichen werden, wird Sozialhilfe gemäß § 9 SGB I gewährt, um den / die Hilfeempfänger/in zur Selbsthilfe zu befähigen“ (NAKOS, 2008, S. 38).

Das Bundesgesundheitsministerium informiert auf seiner Seite über die verschiedenen Dachverbände von Selbsthilfeorganisationen und schreibt Selbsthilfe neben der gegenseitigen Unterstützung von und für Betroffene und Ratsuchende mit einer beratender Einbindung im Gesundheitswesen die Funktion zu „die medizinische Versorgung patientenorientierter auszurichten“ (Bundesgesundheitsministerium, 2024, S. o. A.). Mit Verweisen auf die Verankerung der Selbsthilfe mit der Selbsthilfeförderung im SGB V §20 h und die Projektförderungen des Bundesgesundheitsministeriums seit 1987 wird dies untermauert (ebd.).

#### *4.2.2 Selbsthilfegruppen*

Der Begriff der Selbsthilfe wird zum Teil auch in erweitertem Verständnis dargestellt, Leistungen die Soziale Arbeit zur Unterstützung von Selbsthilfe erbringt, umfassend (NAKOS, 2008, S. 38). Hier wird jedoch auf die Definition von Selbsthilfe rekurriert, wie sie von der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. erarbeitet wurde:

„Anders als es der Begriff „Selbsthilfe“ vermuten lässt, geht es bei der Selbsthilfe nicht nur darum, „sich selbst zu helfen“. Im Gegenteil: Die Selbsthilfe ist ein kollektiver Prozess, der auf dem Grundprinzip der gegenseitigen Unterstützung und Hilfe beruht“ (BAG Selbsthilfe e.V., 2024).

Nach diesen Prinzipien wird in Selbsthilfegruppen vorgegangen und neben individueller gegenseitiger Unterstützung und dem Austausch auch Lobbyarbeit im gesellschaftlichen Umfeld geleistet und auf die Politik eingewirkt: Da-

bei wird ohne Gewinnerzielungsabsicht agiert, wie die DAG Selbsthilfe in Ihrem Orientierungsrahmen zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen formuliert:

„Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selber oder als Angehörige – betroffen sind. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. In der regelmäßigen, oft wöchentlichen Gruppenarbeit betonen sie Authentizität, Gleichberechtigung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe. Die Gruppe ist dabei ein Mittel, die äußere (soziale, gesellschaftliche) und die innere (persönliche, seelische) Isolation aufzuheben. Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem auf ihre Mitglieder und nicht auf Außenstehende; darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern geleitet; manche ziehen jedoch gelegentlich Experten zu bestimmten Fragestellungen hinzu“ (DAG- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., [1987] 2024).

Selbsthilfe agiert somit außerhalb und flankierend zu professioneller Rahmung.

Als Ziele der Selbsthilfe formuliert die Bundesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen:

„Selbsthilfe ermöglicht gegenseitige Unterstützung

Selbsthilfe bietet Erfahrungs- und Informationsaustausch

Selbsthilfe fördert die Stärkung des Selbstwertgefühls

Selbsthilfe schafft Zugang zu Beratungen und Informationen

Selbsthilfe vertritt die politischen Interessen Betroffener“ (BAG Selbsthilfe e.V., 2024, S. o. A.).

Mit der partizipativ entwickelten SHILD-Studie wurde die „Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland-Entwicklungen, Wirkungen, Perspektiven (2014–2017)“ im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums untersucht (Kofahl, et al. 2019, S. 7). Dabei stand als Forschungsfrage im Zentrum:

„In welchen Faktoren (z.B. Bewältigung der Erkrankung, Lebensqualität, Gesundheitskompetenz, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Gesundheitsverhalten, gesundheitliche Outcomes) unterscheiden sich Betroffene und Angehörige, die in Selbsthilfegruppen aktiv sind von nicht selbsthilfeaktiven Betroffenen bzw. Angehörigen?“ (ebd. S. 26).

Die große Vielfalt an Selbsthilfegruppen und deren Ausgestaltung in Selbstbestimmtheit und Zielsetzungen erschwert eine Eindeutigkeit der Zuordnung von Wirkungen (ebd. S. 80f). In der Interpretation der Ergebnisse erklären Kofahl et al. Selbsthilfegruppen trügen insgesamt zur Steigerung der sozialen, gesundheitlichen Kompetenzen sowie dem Selbstmanagement ihrer Mitglieder bei, was je nach Gruppe durchaus variieren könne. Möglicherweise gäbe es auch

Gruppen, die negative Wirkung erzielen. Eine Diskrepanz stellt sich zwischen den Ergebnissen aus den standardisierten Instrumenten mit der auf Gruppeneffekte abzielende Befragung von Gruppenmitgliedern dar. Während erstere sich an die als „Profis“ kategorisierte Gruppe, denen auch „geschulte Peers“ (ebd. S. 85) zugeordnet werden wandte, richtete sich die Erfassung letzterer eher an eine als „Laien“ gefasste Gruppe (ebd. S.84f). Dies liefert weiter einen Hinweis darauf, welche unterschiedlichen Perspektiven abgebildet werden und welche Herausforderung hinsichtlich der Überprüfung von Wirksamkeit darin liegt, diese wissenschaftlich zu erfassen und zugleich das Erleben abzubilden. Die progrediente Integration der Laiensysteme in das Gesundheitssystem mit Patientenvertretungen zur sozial- und gesundheitspolitischen Steuerung, aber auch durch Kooperationen in der unmittelbaren Krankenversorgung, wird sichtbar: Unter anderem kann dies von Gesundheitseinrichtungen durch die Aufnahme in das 2009 ins Leben gerufene Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit (Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG), 2024, S. o. A.) bei Erreichen entsprechender Qualitätskriterien dargestellt werden. Andererseits kann dies aber auch durch den Einzug von Selbsthilfaspekten als Indikatoren in Qualitätsmanagementsystemen genutzt werden (Kofahl, et al. 2019, S. 95).

### **4.3 Hürden für ehrenamtliches Engagement in der Psychiatrie**

#### *4.3.1 Widerstände gegen ehrenamtliches Engagement in der Psychiatrie*

In der Auseinandersetzung mit Widerständen für ehrenamtliches Engagement lassen sich folgende Motive identifizieren:

- Angst vor Stellenreduktion, Sorge vor Abwertung oder Infragestellung der professionellen Leistungen
- Freiwillige werden als Konkurrenten erlebt, die spezifische Leistung und der eigenständige Auftrag werden nicht anerkannt
- Intransparenz und Unsicherheit: Ziele und Aufgaben der Freiwilligen sind nicht klar definiert, Entwicklungsmöglichkeiten oder Lernbedarfe sind unklar, On-Boarding und Begleitung sind ungeklärt, Erwartungen sind intransparent/ bleiben ungeklärt
- Sorge vor Eigenmächtigkeit und zu großer Selbstständigkeit

- Fehlende Ressourcen für Begleitung Ehrenamtlicher seitens des Trägers – Aufgabe on top

Als weitere Hürden werden der Mangel an Zeit und Raum für die gemeinsame Entwicklung von Zugehörigkeit und Austausch, mangelnde gemeinsame Ziele und Reflexion angeführt (Thierhoff, 2007, S. 28).

#### 4.3.2 Vorbehalte Professioneller gegenüber Selbsthilfe

Analog zu den Widerständen von professionell Sozialarbeitenden gegenüber Ehrenamtlichen sind die Entwicklungen von Peerarbeit weiterhin von Vorbehalten betroffen. Ein Argument ist die als zusätzlich erlebte Zuordnung von Aufgaben, die mit Selbsthilfeengagement einhergehen:

„Die Unterstützung von Selbsthilfe und anderen Formen Bürgerschaftlichem Engagements steht zwar als Arbeitsauftrag immer öfter in vielen Konzeptionen sozialer Einrichtungen. Angesichts der hohen Arbeitsbelastung bedeutet dies aber einen zusätzlichen Aufwand, für den es keine Ressourcen gibt. Aus dieser Situation erklären sich unter anderem die Vorbehalte von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern gegenüber der Selbsthilfe“ (Hill, Kreling, & Hönigschmid, 2012, S. 16).

Die Professionalisierung Sozialer Arbeit selbst führt nach Hill et. al nicht nur zu mehr Unübersichtlichkeit bei konkurrierenden Konzepten, sondern auch zur Einschätzung der Überforderung von Laien:

„In diesem hoch spezialisierten und verregelten Feld können sich Professionelle also oft kaum vorstellen, wie Laien darin allein zurechtkommen“ (ebd.)

Ein weiterer Beleg für Distanzierungstendenzen mag die rückblickende Perspektive auf Selbsthilfe-Aktive als „wildgewordene Patientenmeuten“ (Matzat, 2022, S. 4) sein, mit der wiederum die Deutungshoheit der Experten herrscht Ausdruck findet. Dieses Verständnis professioneller Expertise, erschwert Unvoreingenommenheit und Ressourcenorientierung und damit die Gestaltung partizipatorischer Rahmenbedingungen. Mit der Konzeption von Empowerment wird einer „Expertisierung“ (Hill, Kreling, & Hönigschmid, 2012, S. 16) notwendigerweise ein Gegenentwurf zu Bevormundung und Entmündigung geliefert (ebd.). Jedoch wird dies zugleich als ein Ansatz von vielen thematischen und konkurrierenden Trends wahrgenommen, bei denen es schwer fällt „die Übersicht zu wahren und konkurrierende Konzepte zu bewerten“ (ebd. S. 16).

Zur Gestaltung der Zusammenarbeit formuliert wiederum schon Salomon (1921) die Notwendigkeit zwischen verschiedenen Beteiligten im multiprofessionellen Team mit ehrenamtlichen Kräften zu vermitteln und empfiehlt eine Orientierung an den Aufträgen an diese:

„Die ausführenden Kräfte, deren die Wohlfahrtspflege bedarf, sind sehr verschiedener Art. Man unterscheidet in der Regel nach der Stellung der Mitarbeiter unbesoldete und besoldete, berufliche und ehrenamtliche Kräfte. Aber wichtiger ist eine Gliederung im Hinblick auf die zu leistende Arbeit: die Unterscheidung von organisierenden oder leitenden und ausführenden pflegerischen und technischen Kräften“ (Salomon, 1921, S. 152).

Mit Handlungsempfehlungen und Weiterbildungen im Ehrenamtsmanagement in sozialen Einrichtungen finden sich inzwischen verschiedene Möglichkeiten solche Prozesse in den Diensten zu flankieren. Aus diesen lassen sich durchaus Hinweise ableiten, die auch für die Implementierung von Peers als Kolleginnen\* und Kollegen in der Sozialen Arbeit gelten, die hier formulierten Herausforderungen weisen deutliche Parallelen zu den Bedenken gegenüber diesen auf.

### *4.3.3 Ableitungen aus den Handlungsempfehlungen für die Gestaltung der Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen*

Die Empfehlungen des Praxis-Leitfadens des BMFSFJ „Kooperation von Haupt- und Ehrenamtlichen als Gestaltungsaufgabe“ (Schumacher, 2015) bilden einige Parallelen in Herausforderungen und Chancen ab, die sich auch bei der Implementierung neuer Berufsgruppen in Einrichtungen zeigen und wie sie auch in der Etablierungsprozessen von Experienced Involvement Genesungsbegleitungen zu finden sind. Die Studie orientiert sich zum einen an von Hauptamtlichen geführten Diensten, deren Angebote/ Leistungen durch (hier) ehrenamtlich Aktive ergänzt oder unterstützt werden, zum anderen an der Umbruchsituation für den Dienst mit der Neueinführung dieser Kräfte. So wird die Sorge um „Jobkiller“-Effekte in Relation zu arbeitsplatzsichernden Aspekten gestellt mit Bekanntheit, Attraktivität und Annahme der Angebote des Dienstes durch den Beitrag Ehrenamtlicher. Zur Be- und Entlastung Hauptamtlicher durch die Einbeziehung Ehrenamtlicher wird eine Differenz in der Wahrnehmung aus den beiden Perspektiven thematisiert. Diese zeigt, dass seitens Hauptamtlicher Belastungen in Kauf genommen werden, wenn Benefits daraus für Service User erkannt werden. Eine Entlastung von anderen Aufgaben für Hauptamtliche zum Ausgleich wird empfohlen (Schumacher, 2015, S. 15f). Hinsichtlich unterschiedlicher Auffassungen über die Art und Weise der Aufgabenerfüllung findet sich hier die Empfehlung diese offen auszutragen und es wird insbesondere auf den Bereich des Ehrenamts in der Pflege verwiesen: Dort meldeten fast 30% der Ehrenamtliche den Eindruck rück, dass ihr Einblick in Arbeitsprozesse den Hauptamtlichen nicht behage, insbesondere, wenn das Engagement als Chance für Partizipation und Mitgestaltung verstanden wurde (ebd. S. 19). Zugleich besteht der Eindruck, dass Ehrenamtliche

viele Dinge anders sehen als Hauptamtliche. In der Pflege ist dies „mit 73 bzw. 78% in besonders hohem Maße der Fall“ (ebd. S.19). Die Empfehlung lautet, Ehrenamtlichen Informationen zu Rahmenbedingungen der hauptamtlichen Tätigkeit zu bieten, aber auch für getrennte Arbeits- und Rückzugsräume zu sorgen. Weiter befasst sich die Studie mit der Verlässlichkeit und Planbarkeit ehrenamtlicher Arbeit und daraus resultierender Belastung. Die hier präsentierten Ergebnisse verdeutlichen, dass die Praxis mit ehrenamtlichen Kräften von rund 70% der Befragten als verlässlich und planbar erfahren wird und verweist auf eine Bedingung hierfür: Voraussetzung für Zuverlässigkeit der Ehrenamtlichen ist wiederum deren Erleben, dass ihr Einsatz gebraucht wird (ebd. S. 21). Mit dem Verweis auf insbesondere bei personenbezogenen Tätigkeiten besonders relevanten „Ressource Zeit als Qualitätsmerkmal ehrenamtlichen Engagements“ (ebd. S. 22f) wird die vorwiegend bei Hauptamtlichen vorhandene Sorge vor Qualitätsverlusten skizziert. Hierzu wird u.a. auf Qualifizierung von Ehrenamtlichen, aber auch das Saldo der Qualitätssteigerung durch den Einsatz von Ehrenamtlichen verwiesen. Schließlich findet sich „Der Verlust an „schönen Seiten“ im hauptamtlichen Tätigkeitsspektrum“ (ebd. S. 23). So wird befürchtet, beispielsweise zwischenmenschlichen Aspekte in persönlichem Kontakt und Beziehungsgestaltung mit Service Usern könnten für hauptamtliche Kräfte verloren gehen, da diese durch ehrenamtliche Kräfte erfüllt seien. Diese Aspekte sind als Teil der Gründe für die Wahl eines sozialen Berufes/ Engagements zu berücksichtigen: Ehrenamtliche melden, diese Sorge erfahren zu haben (im Bereich der Pflege) mit 70% zurück, wohingegen Hauptamtliche nur zu etwa einem Drittel erleben, dass Ehrenamtliche die schönen Dinge machen dürfen, für denen ihnen selbst keine Zeit bleibt. Dennoch ist dies ein wichtiger Faktor für Arbeitszufriedenheit, der zusätzlich unter Druck geraten kann, wenn die Arbeit Hauptamtlicher zu wenig Anerkennung erfährt (ebd. S. 24). Zu Partizipation formuliert Schumacher:

„Zunächst muss festgestellt werden, dass es formeller Regelungen für Partizipation und Mitgestaltung umso weniger Bedarf, je höher die Hauptamtlichen die Ehrenamtlichen und ihre spezifischen Beiträge schätzen. Ist dies der Fall ergibt sich die Mitgestaltung durch die Ehrenamtlichen gewissermaßen von selbst“ (Schumacher, 2015, S. 34).

Mit Qualifizierungsangeboten an Ehrenamtliche kann Anleitungsbedarf durch Hauptamtliche reduziert werden, was jedoch fehle, sei ein Angebot an Hauptamtliche zur Gestaltung des Arbeitsalltags mit Ehrenamtlichen jenseits der Freiwilligenmanagement-Fortbildungen, welche von 35% der Hauptamtlichen in der Pflege durchaus begrüßt würden (ebd. S. 37).

## 4.4 Professionalisierung in Selbsthilfe und Ehrenamt im Sozialen

Die Herausforderungen denen Menschen mit Beeinträchtigungen begegnen sind unbestritten mannigfaltig: Hürden können alle Lebensbereiche umfassen und ihre Wirkung sozial, wirtschaftlich, baulich, behördlich, strukturell, physisch wie psychisch und intersektional entfalten. Das erforderliche Wissen, um für Ausgleich, Unterstützung und oder Entlastung sorgen zu können, um praktische, wie individuelle Lösungen und Hilfen oder auch nur die richtige Ansprechperson für das jeweilige Anliegen zu finden, ist entsprechend breit gefächert. Salomon berichtet bereits 1921 von Fortbildungsangeboten, die sich auch und oder an Ehrenamtliche richteten, wenn auch noch ohne Systematik (Salomon, 1921, S. 159). Ehrenamtlichen Kräften legt sie als Pflicht auf, sich um Kenntnisse zu bemühen, die es ihnen erlauben ihre Unterstützung im Ehrenamt

„... mit berufsmäßigem Ernst zu erfassen, damit sie gleichwertige Arbeit leisten und eine rechte Arbeitsfreude entwickeln können“ (ebd. S. 162).

Eingebettet in den historischen Hintergrund der Professionalisierung der Arbeitsleistung von Frauen mag dies zwar zu relativieren sein, jedoch bildet dies zugleich einen Anspruch an Hilfen, aber auch eine Anmutung der Komplexität an Herausforderungen ab, denen sich Ehrenamtliche bereits vor hundert Jahren gegenübersehen. Mit wachsenden Beteiligungsmöglichkeiten für das Engagement der Selbsthilfe im Sozial- und Gesundheitswesen steigen auch die Erwartungen an Selbsthilfe. Diese reagiert mit zunehmender Professionalisierung und trifft zugleich auf die Herausforderung, ihre Aktiven, ebenso wie die Selbsthilfeorganisationen, nicht damit zu überfordern (Beier, 2020, S. 3f). Aus psychoanalytischer Sicht erfolgt Kritik dahingehend, dass eigene Beiträge zur Heilung Entwertung erfahren können durch die Verortung von Zuständigkeiten bei den professionellen Helfenden:

„Die Professionalisierung jener Dienstleistungen, die lange Zeit in den Familien autonom und ohne Verwissenschaftlichung geleistet wurden, bringt die Gefahr mit sich, daß sich die Betroffenen nichts mehr zutrauen und damit Selbstheilungskräfte verlieren, die durch die Hilfe der Spezialisten nicht ersetzt werden können“ (Schmidbauer, 1983, S. 24).

Zugleich verweist er auf die schwindende Hilfsbereitschaft des Umfelds, wenn professionelle Hilfe naht (ebd.). Der Diskurs um die Professionalisierung Ehrenamtlicher trifft auf einen wunden Punkt der Sozialen Arbeit in ihrer eigenen Professionalisierung, da gerade hier, so Beher et al.

„... – so selbstverständlich wie in keinem anderen gesellschaftlichen Bereich – in weiten Teilen immer noch der Verdacht besteht, dass die durch ausgebildete Kräfte geleistete Arbeit auch durch Laien erbracht werden könnte“ (Beher & Liebig, [2002] 2012, S. 979).

#### 4.4.1 *Professionalisierung Ehrenamtlicher in der Psychiatrie*

Die Notwendigkeit der Professionalisierung ehrenamtlicher Hilfen und einer professionell organisierten Entlastung wiederum von Ehrenamtlichen wurde auch seitens der Selbsthilfe diskutiert, beispielsweise in der Fachzeitschrift *Kerbe, Forum für Soziale Psychiatrie*: „Brauchen Bürgerhelfer und Bürgerhelferinnen eine Qualifizierung?“ (Schöck & Fahr-Armbruster, 2007, S. 10). Einerseits wurde seitens der Bürgerhelferinnen\* und -helfer vermerkt, dass eben der unverstellte Blick auf den Menschen jenseits von Diagnosen und Patienten-Dasein als zentral für ihre wenig hierarchische Beziehungsgestaltung zu erhalten sei, andererseits wurde der Bedarf nach Austausch formuliert. Diese grundsätzliche Positionierung diente schließlich der Gestaltung von – hier dialogischen – Fortbildungsangeboten. Diese befasste sich mit der Rolle der Laienhelferinnen\* und -helfer selbst, bot Reflexionsräume für sie und vermittelte Grundkenntnisse über psychische Erkrankungen und professionelle Ansätze ebenso, wie sie den Austausch über Möglichkeiten und Grenzen der Begleitung und der Kooperation mit den Professionellen eröffnete (ebd. S. 12). Schulungen werden im Rahmen verschiedener Projekte angeboten, mit denen Öffentlichkeitsarbeit zum Abbau von Stigmatisierung und zugleich Prävention angestrebt wird, wie beispielsweise „Verrückt? Na und!“ (Irrsinnig menschlich e. V., 2000, S. o. A.) oder „Basta!“ (BASTA - Bündnis für psychisch erkrankte Menschen - Gegen Diskriminierung psychisch Erkrankter, 2002, S. o. A.). Mit der Ausrichtung auf die Arbeit innerhalb der sozialpsychiatrischen Versorgung ist das Qualifizierungsangebot „Experienced Involvement“ deutlich umfassender: Dieses bereitet zwar auch auf den Einsatz in der Öffentlichkeitsarbeit vor, fokussiert jedoch auf eine grundlegende Befähigung zur Mitarbeit in den Diensten mit Modulen zu Konzepten wie Recovery, Empowerment, Dialog und zu individueller Begleitung (ExIn partners, 2019, S. 9).

#### 4.4.2 *Sorge vor Vereinnahmung der Selbsthilfe und Abwertung des ehrenamtlichen Engagements durch Integration in das Gesundheitssystem und oder Professionalisierung*

Die Integration der Selbsthilfe in das Gesundheitssystem wird, ebenso wie die Professionalisierung von Selbsthilfe, durchaus kritisch beleuchtet und das Ringen um den Erhalt der Unabhängigkeit von Selbsthilfe wird betont: Kofahl et

al. verweisen in der SHILD-Studie auf die Selbstbestimmtheit von Selbsthilfegruppen, berichten jedoch auch über Schulung der Sprecherinnen in Moderation, Kommunikation und/ oder Gruppendynamik oder zu indikationsbezogenen Inhalten und Versorgungsfragen. Nutzung und Ausrichtung von Schulungsangeboten und Informationsveranstaltungen bleibt weitgehend intransparent, systematische Trainingsprogramme wurden im untersuchten Feld nur für ige Angebote, wie für Tinnitus- Betroffene und Angehörige Demenzkranker festgestellt (ebd. S. 81f).

Selbsthilfegruppenleitungen berichten von Einladungen zu Umfragen mit starker Häufung von Anfragen seitens Pharmaunternehmen. Der drohenden Vereinnahmung getrieben von merkantilen Interessen wird mit Transparenz-Leitlinien und klaren Regeln begegnet: Unklar bleibt, wie in nicht organisierten, eigenständig agierenden Selbsthilfegruppen Schutz dahingehend gewährleistet wird (Arens, 2019, S. 55f). Diese Prozesse können in ihrer Dynamik erhebliche Intensität entwickeln, die an Selbstverteidigung erinnert (Schaller, 2019). Ein besonders starkes Anliegen liegt darin Neutralität und Transparenz der Angebote abzusichern, bei der Inanspruchnahme von Förderungen (ebd.).

In der ehrenamtlich agierenden Selbsthilfe in der Sozialpsychiatrie werden seit vielen Jahren vielfältige Beiträge zu Genesung, oft als Angehörigen-Hilfe, aber auch in der Peerberatung ohne Inanspruchnahme von Qualifizierungsmaßnahmen geleistet. Die Ausrichtung der Bemühungen ist in den von der Monitoring-Gruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe formulierten Leitsätzen verdeutlicht:

„Die Selbsthilfeorganisationen richten ihre fachliche und politische Arbeit ausschließlich an den Bedürfnissen und Interessen von behinderten und chronisch kranken Menschen und deren Angehörigen aus“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, 2022, S. 2).

Hinsichtlich der Professionalisierung dieser Hilfen stellen sich Fragen nach Vereinnahmung, Beeinflussung oder inhaltlicher Übernahme. Das Kriterium der Orientierung an der Art der Hilfe hat hohe Relevanz für die Unterscheidung ehrenamtlicher Selbsthilfe, von den angestellten und damit den Vorgaben der Trägerorganisationen verpflichteten Genesungsbegleitungen:

„Es gab ... Bedenken gegenüber EX-IN, die von einzelnen Personen aus der organisierten Selbsthilfe geäußert wurden. Da hieß es: “Wieso braucht es diese Ausbildung? Wir machen all das bereits seit Jahren. Wieso sollen wir im Gegensatz zu Euch eigentlich ehrenamtlich arbeiten?“... Uns geht es nicht darum, unser Modell zu verallgemeinern, sondern uns geht es darum, eine Modellvielfalt zu sichern. Peerarbeit und Selbsthilfe unterstützen und ergänzen sich“ (Bock & Sielaff, 2014, S. 22).

Zugleich werden Bedenken über einen möglichen Verlust der Wirkung von Peerarbeit durch zu starke Annäherung an ein berufliches Selbstverständnis oder eine unreflektierte Einordnung in das bestehende Hilfesystem geäußert.

Hierzu formuliert Jurand Daszkowski für den Bund der Psychiatrie-Erfahrenen in seiner Kritik:

„Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener hat vor einiger Zeit sehr kritisch über die EX-IN-Ausbildungen und ihre Umsetzung in Deutschland Stellung bezogen. (...) Ich möchte damit auch sagen, dass die EX-IN-Absolventen keine feste Zuordnung und eher einen niedrigen Rang in den oft noch streng hierarchisch organisierten Institutionen haben. Wenn aber für die relativ raren Stellen meistens auf Zuverdienstbasis Psychiatrieerfahrene gesucht werden, dann wird doch ein -Zertifikat verlangt. Ich empfinde das aber als Diskriminierung von Menschen, die vergleichbare oder sogar höhere Qualifikation haben, als beispielsweise psychiatrieerfahrene Profis oder auch langjährige Selbsthilfeaktivisten. Es hat für mich den Anschein, dass diese Menschen nicht genommen werden, weil sie für die Institutionen oft zu unbequem sind. Stattdessen werden die meistens profihörigen EX-IN-Absolventen genommen trotz mangelnder Selbsthilfeerfahrung und trotz mangelndem Wissen über das psychiatrische und psychosoziale Hilfesystem in Deutschland“ (Daszkowski, 2012, S. 203).

In der Praxis zeigen sich Konflikte in besonderem Maß, liegen keine oder unzureichende Stellenbeschreibungen vor. Bock bemerkt zur Möglichkeit der Angliederung von Genesungsbegleitungen an Teams:

„Meine Sorge war ursprünglich, dass die EX-INler, wenn sie von Anfang an in den Stationsalltag integriert werden, Aushilfsarbeiten zugeschustert bekommen, ehe sie überhaupt die Gelegenheit haben ein eigenes Profil zu entwickeln“ (Bock & Sielaff, 2014, S. 19).

Eine Sorge, die der Vorstand der Psychiatrieerfahrenen e.V., in seiner Stellungnahme 2022 teilt, worin zwar der Einbezug von Peers begrüßt, jedoch in Verbindung mit einer Warnung formuliert wird:

„Die Einbeziehung von Peer-Genesungsbegleiter\*innen finden wir grundsätzlich unterstützenswert. Aus unserer Erfahrung hat sich allerdings leider gezeigt, dass die Arbeitssituation für Peer-Genesungsbegleiter\*innen im psychiatrischen System oft sehr schlecht ist. Sie stehen in der Hierarchie weit unten und scheinen mehr eine Alibi-Funktion zu erfüllen, als tatsächlich mitwirken zu können“ (BPE - Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen e.V., 2022, S. 2).

Potentiale zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen durch den systematischen Einbezug von Peers, formuliert die deutschschweizerische Sektion der schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie in ihrer Forderung:

„Genesungsbegleiter\*innen (Peers) und Vertrauenspersonen sollen systematisch in die psychiatrische Behandlung und zur Vermeidung von Zwangsbehandlungen einbezogen werden. Auch sollen sie seitens der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) als FU-Gutachter\*innen (Abkürzung für „Fürsorgerische Unterbringung“, Anm. d. Autorin) zusätzlich zur psychiatrischen Gutachter\*in eingesetzt werden“ (Deutschschweizerische Sektion der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, 2021, S. 2).

## 5. Genesungsbegleitung in der Psychiatrie

Mit Genesungsbegleitungen als Expertinnen\* und Experten aus Erfahrung wird eine neue Personengruppe im sozialpsychiatrischen Hilfesystem etabliert. Neben persönlicher Erfahrung psychiatrischer Erkrankung, ist Genesung im Sinne von Recovery Voraussetzung zur Qualifikation als EX-IN Genesungsbegleitung (ExIn partners, 2019, S. 1f). Die Zuschreibung von Aufgaben an EX-IN bedarf der Überprüfung psychiatrischer Angebote in Abkehr von paternalistischer Kultur, hier expliziert am Begriff „Compliance“:

„Compliance wurde mit der Entwicklung moderner Medikamente, wie Antibiotika und auch Psychopharmaka in der Zeit nach dem 2. Weltkrieg etabliert, in wörtlicher Übersetzung rangiert die Bedeutung von Compliance zwischen „Einverständnis, Einhaltung, Einwilligung, Fügsamkeit, Nachgiebigkeit. In der Medizin wurde der Begriff eingeführt, um die Befolgung ärztlicher Anordnungen durch den Patienten zu bezeichnen. ... Der Begriff der Compliance fand früh Kritiker. Zum einen wurde das zugrundeliegende Verständnis der Arzt- (Therapeuten-) Patientenbeziehung kritisiert, zum anderen, dass meist nur eine Outcomevariable als Ergebnis eines therapeutischen Prozesses verstanden wird und nicht der komplexe soziopsychologische Prozeß, der mit einer ärztlichen Anweisung verbunden ist bzw. schon vorher beginnt und mit deren Befolgung endet“ (Meißel, 2000, S. 113).

So berichtet Sielaff am Beispiel des ersten Einsatzes einer Genesungsbegleiterin:

„Nicht zu vergessen ist die mögliche Gefahr von Instrumentalisierung und Vereinnahmung. Im EX-IN Kurs erzählte eine Teilnehmerin von übergriffigem Verhalten seitens des Personals im Praktikum: „Wie schön, dass Sie da sind. Hier haben wir eine Patientin, die ihre Medikamente nicht nehmen will. Vielleicht könnten Sie mit ihr das Gespräch suchen, um sie umzustimmen““ (Bock & Sielaff, 2014, S. 19f).

Die Kritik am Konzept von „Compliance“ beförderte die Auseinandersetzung mit „Adherence“ als Begriff für Einhaltung oder Aufrechterhaltung von Vereinbarungen, aber auch Therapietreue. Die WHO definierte Adhärenz im Jahr 2003:

„the extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider“ (WHO - World Health Organisation, 2003, S. 17).

Analog zu Forderungen nach Schulung der Teams bei Implementierung der neuen Rolle von Genesungsbegleitungen, fordert die WHO dies für die Implementierung von Adhärenz als entscheidendem Kriterium von Empowerment:

„Health professionals need to be trained in adherence. Health providers can have a significant impact by assessing risk of nonadherence and delivering interventions to optimize adherence. To make this practice a reality, practitioners must have access to specific training in adherence management, and 10 the systems in which they work must design and support

delivery systems that respect this objective“ (WHO - World Health Organisation, 2003, S. 12).

Ebenda findet sich auch ein Verweis, zur Rolle von Peers in diesem Prozess und die Empfehlung zur Koordination desselben:

„Family, community and patients’ organizations: a key factor for success in improving adherence. For the effective provision of care for chronic conditions, it is necessary that the patient, the family and the community who support him or her all play an active role. Social support, i.e. informal or formal support received by patients from other members of their community, has been consistently reported as an important factor affecting health outcomes and behaviours. There is substantial evidence that peer support among patients can improve adherence to therapy while reducing the amount of time devoted by the health professionals to the care of chronic conditions. A multidisciplinary approach towards adherence is needed. A stronger commitment to a multidisciplinary approach is needed to make progress in this area. This will require coordinated action from health professionals, researchers, health planners and policymakers“ (WHO - World Health Organisation, 2003, S. 12).

Widerstände professionell Helfender sind dabei bereits in der Ausrichtung der EX-IN-Ausbildung am Recovery-Konzept selbst festzustellen, wie Amering (2016) in ihren „Top-Ten-Einwände der Professionellen gegen Recovery“ (Amering, 2016, S. 62f) beschreibt. Dort finden sich die Überbetonung von Risiken, Entwertung professioneller Tätigkeit, mangelnde Abrechenbarkeit der Leistungen, dichotom geprägte Begriffe von Gesundheit und Krankheit, Recovery als Modeerscheinung, als Ausnahmeerscheinung bei Menschen mit leichter Erkrankung, als Zusatz-Belastung etc. (ebd.). Mit dieser Aufzählung kann nahezu nahtlos an die Pauschalität der Widerstände gegen ehrenamtliches Engagement angeschlossen werden (s. o.): Vor allem aber wird dadurch deutlich, dass Neues und Anderes Abwehrmechanismen auslösen kann, welche ein Interesse an Lösungen für bestehende Herausforderungen oder qualitative Aufwertungen in den Hintergrund zu drängen vermögen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in den Bemühungen zur Professionalisierung von Ehrenamt und Selbsthilfe ebenso, wie in der Formulierung der Sorgen um ihre Vereinnahmung deutlich wird, welche Potentiale im Einbezug von Peers für die qualitative Aufwertung von sozialpsychiatrischen Angeboten liegen. An der Einbeziehung von Peers als Kolleginnen\* und Kollegen kristallisieren sich Herausforderungen, die ohnehin des Diskurses bedürfen: Fragen nach dem Selbstverständnis Sozialer Arbeit, Fragen nach der Gestaltung von Partizipation in Praxis, Lehre und Forschung Sozialer Arbeit, Fragen nach der Haltung gegenüber anspruchsberechtigten Menschen, auch in der Gestaltung von Angeboten und Konzeption annehmbarer Hilfen. Dabei ist das Erfahrungswissen nicht zu ersetzen, welches Menschen mit Hilfebedarfen und angenommenen oder eben auch abgelehnten Leistungen einbringen können:

„Der Zugang zur Lebenswirklichkeit von SU (Service User, Anmerkung der Autorin) durch Erfahrungswissen ist einzigartig und nicht aus der Theorie abzuleiten, er kann nur von betroffenen Personen hervorgebracht werden“ (Bauer, Dettmann, & Weser, 2025).

## **5.1 Spannungsfeld Leistungsfähigkeit und Stigmatisierung von Genesungsbegleitungen**

Leistungsfähigkeit im beruflichen Kontext birgt einerseits mit finanziellen und sozialversicherungsrechtlichen Aspekten von Vergütung und Umfang des Tätigseins als EX-IN eine existentielle Dimension, andererseits sind Vulnerabilität, Stigmatisierung und Selbststigmatisierung (im Verständnis als antizipierte Stigmatisierung) auch im Arbeitsumfeld zu betrachten. Im Kontext Arbeit und psychische Erkrankung ist Stigmatisierung ein verbreitetes Phänomen:

„There is evidence that people with mental health problems report being turned down for a job because of their mental health problem or stopping themselves from looking for work because they anticipate discrimination“ (Thornicroft et al. 2009, S. 414).

Aus der Untersuchung öffentlicher Statements und frei verfügbarer Texte zur Integration von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Arbeit entwickelten Krupa et al. folgende Einschätzung:

„Stigma of mental illness in the work context is the central phenomena of interest. Stigma is defined as a disposition, in the work context, to act in a discriminatory manner towards persons with mental illness. Stigma of mental illness in the work context is the central phenomena of interest. Stigma is defined as a disposition, in the work context, to act in a discriminatory manner towards persons with mental illness“ (Krupa et al.2009, S. 416).

Die Konkretisierung problematischer Annahmen und Vorurteile zeigt die Dimensionen von Diskriminierung einerseits, aber auch eine Unbeholfenheit im Umgang mit psychischen Erkrankungen auf, so finden sich folgende Kernaussagen:

„People with mental illness lack the competence required to meet the considerable task requirements and social demands of work. ... People with mental illness are dangerous or unpredictable in the workplace. ... Mental illness is not a legitimate illness. ... Working is not healthy for people with mental illness. Providing employment for people with mental illness is an act of charity“ (Krupa et al.2009, S. 418f).

Selbststigmatisierung zeigt sich zudem besonders deutlich, wenn Sozialarbeitende selbst psychische Erkrankungen erleben:

„In den seltensten Fällen geschieht es, dass eine Fachperson von ihren eigenen psychischen Lebensproblemen spricht oder diese Erfahrungen zumindest an ihrem Arbeitsplatz offenlegt. Eigene psychische Probleme sind für Fachpersonen in der Regel tabu. Zu groß scheint die Befürchtung zu sein, bei einem „Coming out“ die fachliche Reputation zu verlieren oder

zumindest fortan mit einem geringeren Vertrauen vonseiten der Kolleginnen und Kollegen konfrontiert zu sein“ (Zuaboni & Werder, 2013, S. 113).

Die Implementierung von Genesungsbegleitung eröffnet die Möglichkeit Wertschöpfung aus der eigenen Betroffenheit, den einhergehenden Erfahrungen und dem Ringen um Genesung zu generieren:

„Ich habe meine Diagnose nun schon seit ca. 20 Jahren und ich bin eigentlich immer ganz gut damit zurechtgekommen. Erst als mein Vater gestorben ist und meine Ehe auseinandergegangen, konnte ich das einfach nicht mehr kompensieren .... Es gab in meinem beruflichen Alltag schon ein paar Situationen, wo ich das gern mehr genutzt hätte, weil ich in manchen Situationen ein viel besseres Gefühl und Verständnis für unsere Nutzer\*innen (im soziotherapeutischen Langzeitwohnheim, Anm. d. Autorin) habe. Das versuche ich auch ins Team einzubringen, allerdings weiß da niemand etwas von meiner eigenen Erfahrung. Jetzt würde ich das gern nutzen: ich dachte, da bei dem Träger eine so intensive Auseinandersetzung mit EX-IN und Recovery ... kann ich das hier wagen offen zu sprechen, denn ich mag mich eigentlich nicht mehr verstecken und würde meine Erfahrungen auch viel lieber bei Nutzer\*innen offen kommunizieren. Meine berufliche Vorerfahrung als Ergotherapeutin hat mir hier schon viel geholfen, aber dass mich mal meine eigene Diagnose überhaupt erst zu einer Fortbildung qualifiziert und ich das beruflich richtig nutzen könnte, das finde ich schon stark, so hat das wenigstens noch einen Sinn!“ (nicht veröffentlichte Quelle, Bauer, 2016).

Die Forderung nach Belastbarkeit und Verlässlichkeit von Arbeitskräften verdeutlicht sich am praktischen Beispiel eines Vorstellungsgesprächs: „Das Eingeständnis einer schizophrenen Erkrankung wird heute allzu oft immer noch zu einer sozialen Katastrophe. Allein die Vorstellung erscheint widersinnig, dass sich jemand mit diesen Worten um eine Stellung bewirbt:

„Ich war schizophren. Jetzt bin ich wieder gesund. Ich möchte bei Ihnen arbeiten““ (Finzen, 2010, S. 9).

Dem Dilemma, dem sich Arbeitssuchende oder bereits Beschäftigte gegenübersehen, mit zu viel Offenheit möglicherweise Zweifel an der Eignung für eine Tätigkeit auszulösen, sehen sich Genesungsbegleitungen nur vordergründig nicht ausgesetzt. Dennoch begleitet sie die Frage nach Leistungsfähigkeit und Einschätzbarkeit derselben. In der Praxis sind Leistungsfähigkeit und Stressresistenz wichtige Themen im kollegialen Miteinander von Teams. Es gilt herauszufinden ob und wenn ja, welche Rahmenbedingungen in der sozialpsychiatrischen Versorgung der Gestaltung bedürfen, um Mitarbeit im Kollegium zu ermöglichen.

Ein Wechsel vom Service User hin zum Teammitglied in der Sozialpsychiatrie ist ebenfalls mit erheblichen Hürden durch Vorurteile und Stigmatisierung belegt:

„Der Rollenwandel-Wandel von der Patientin zu einem Mitglied der Gesundheitsdienstleistung ist nirgends so schwer zu vollziehen, wie in der Psychiatrie. Dieser Umstand kann nicht

allein durch Innovationswiderstände begründet werden. (...) Vorurteile und Stigmatisierungen sind auch bei psychiatrischen Fachpersonen wider besseres Wissen auch heute noch verbreitet“ (Zuaboni & Werder, 2013, S. 113).

Zum Wandel der Rolle in der Umkehrung, von Sozialarbeitenden hin zu Service Usern sind keine Daten bekannt, jedoch ist vorstellbar, dass auch dies eine nicht seltene, aber doch besondere Konstellation darstellt: Sowohl für jene, die nun zu den Anspruchsberechtigten im Hilfesystem zählen über das sie Vieles wissen, als auch für jene, die sie professionell begleiten und unterstützen.

Zusammenfassend ist festzustellen: Stigmatisierung nimmt erheblichen Raum in der Betätigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein und erfordert entsprechendes Management – gerade auch im Betätigungsfeld der Psychiatrie. Um besser zu verstehen, welche Herausforderungen im konkreten Arbeitsumfeld optional im Vordergrund stehen können, folgt nun ein Blick in die Strukturen und Kompetenzerwartungen an Fachkräfte des sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldes in Deutschland.

## **5.2 Erwartungen und Erfordernisse an die „Professionsträger“ der Genesungsbegleitung**

Kompetenzerwartungen bestehen zunächst für alle in der Psychiatrie Tätigen, in Anlehnung an Dörner (2017) ist dies zunächst als etwas Gemeinsames herauszustellen:

„Ein psychiatrisch Tätiger ist ein Mensch, der dafür bezahlt wird, so auf der Beziehungsebene zu sein und auf der Handlungsebene sich um die Grundbedürfnisse von psychisch Kranken zu sorgen und ihre Störung so zu stören, dass psychisch Kranke dadurch ihren Sinn erfassen können und die Störung dadurch überflüssig werden kann“ (Dörner, 2017, S. 20).

Mit dem Bezug auf Konzepte von Bewältigungshandeln (Lazarus & Folkman, 1984, S. k. A.), von Gesundheitsförderung und von Burn-Out-Prävention (Freudenberger, 1974) im Kontext von Sozialen und Gesundheitsberufen (Cherniss, 1999, S. o. A.) wird zunächst eine Rahmung für Kompetenzerwartungen hergestellt und so Bedeutungshintergründe für die Implementation von EX-IN- Genesungsbegleitung verdeutlicht.

### *5.2.1 Stress und Wohlbefinden*

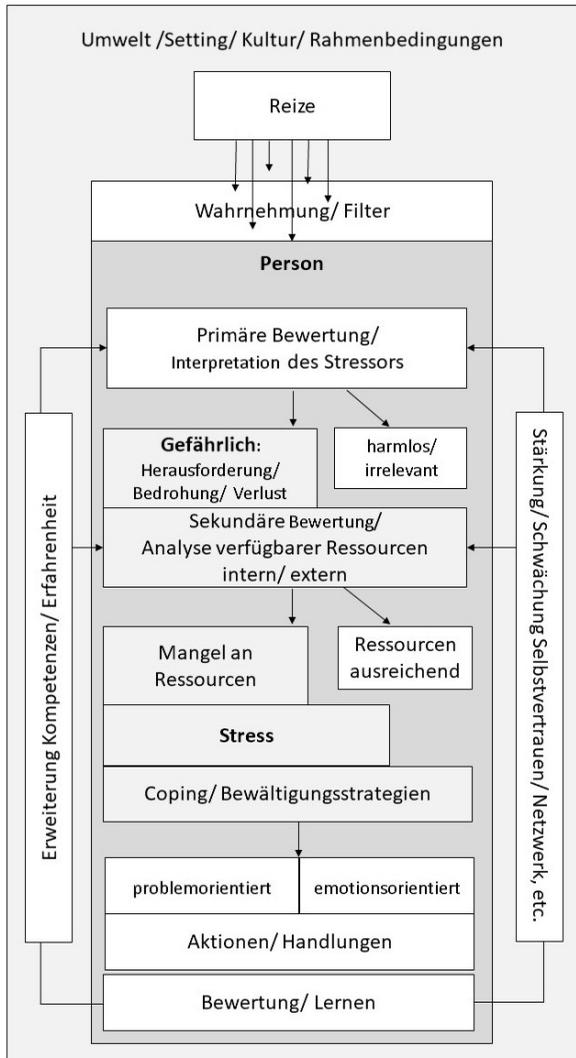
Mit der Frage nach dem Wohlergehen, ausgehend davon dass psychischer Stress und physisches Befinden korreliert sind, befasst sich auch das „Transactional Model of Stress and Coping“ nach Lazarus & Folkman (Lazarus &

Folkman, 1984, S. k. A.) Mit diesem eröffnen sie den Blick in die Black-Box der Vorgänge zwischen Reiz und Reaktion: Demnach folgt der Prozess des Bewältigungshandelns beginnend mit der primären Bewertung eines Ereignisses, über die subjektive Einschätzung dem Geschehen mit den verfügbaren Ressourcen begegnen zu können, bis schließlich zur Anwendung der Bewältigungsstrategie. Diese kann mit problemfokussiertem Management oder emotionsbasiertem Aktivitäten zur Regulation von Distress dem Bewältigungshandeln zugeordnet werden. Erstere erlaubt den Einsatz von Werkzeugen oder eine Planung der Aktionen zur Lösung des Problems, kann aber auch eine Eskalation oder die Konfrontation weiterer Personen bedeuten. Zweitere ermöglicht die Aneignung des Problems oder das Einholen sozialer Unterstützung in den Prozess (Lazarus & Folkman, 1984, S. 178f). Das Gelingen der Strategien ist dabei nicht nur abhängig von erlernten Coping-Strategien, sondern auch von der eigenen Persönlichkeit, wie Erikson et al. in „Psychological Stress and Its Personality Correlates“ (Erikson, Lazarus, & Strange, 1952, S. 1f) belegen. Weiter relevant sind die in dem Moment zur Verfügung stehenden oder aktivierbaren inneren Ressourcen, wie beispielsweise Willenskraft, Erfahrungheit und Selbstvertrauen oder die externen Ressourcen, wie finanzielle Absicherung, soziale Unterstützung, etc.. Stressoren wiederum können in drei Kategorien eingeordnet werden:

- „(...) major changes, often cataclysmic and affecting large numbers of persons
- major changes affecting one or a few persons
- daily hassels“ (Lazarus & Folkman, 1984, S. 12).

Die hier benannten kataklystischen Ereignisse sind solche, die sich der Kontrolle der einzelnen Person entziehen. Hierzu zählen neben dem Tod eines geliebten Menschen unter anderem auch lebensbedrohliche Erkrankungen oder solche, die die Eigenständigkeit deutlich beschränken, die, wörtlich übersetzt „eine Person außer Gefecht setzen“ auch Jobverlust und weitere (Lazarus & Folkman, 1984, S. 13f). Positiv bewertete Ereignisse werden im transaktionalen Modell als irrelevant verstanden, jedoch können auch diese Stress auslösen oder/ und zu Erkrankungen führen, als Beispiele hierfür können die postmatri-monale bzw. postpartale Depression dienen.

Abbildung 10 – Stress & Coping-Model nach Lazarus (Lazarus & Folkman 1984 – eigene Darstellung mit Rückbindung von Erfahrung/ Gelerntem)



In dieser Arbeit wird der Definition von Stress nach Lazarus & Folkman (1984) gefolgt, die da lautet:

„Psychological stress is a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being“ (Lazarus & Folkman, 1984, S. 19).

Weiter führen sie zum prozeduralen Charakter der Stressbewältigung und den Effekten aus

„(...) the concept of a dynamic state points us toward important aspects of stress processes that might otherwise be missed, such as resources available for coping, the costs, including disease and distress, and their benefits, including growth of competence and the joy of triumph against adversity“ (ebd. S. 3).

Für den Umgang mit potentiellen Stresssituationen ist demnach die Überzeugung diese unter Kontrolle zu haben hilfreich, um Chancen auf Einfluss erkennen und ergreifen zu können. Weiter noch ist sie zu beeinflussen durch ihre Bewertung und damit das Level an Stress.

„It is clear that beliefs about control, whether shaped more by person factors or situational contingencies, play a major role in determining the degree to which a person feels threatened or challenged in a stressful encounter. To the extent that a person's beliefs about control are general, they will color all appraisals, regardless of the situation“ (ebd., S. 76).

Diese Einschätzung über die eigene Fähigkeit Situationen kontrollieren oder deren Ergebnis beeinflussen zu können, steht in Relation zu Überzeugungen, wie sie auf Basis sozialer Lerntheorie im Konzept von Rotter (1966) mit dem „Locus of Control“ (Rotter, 1966, S. 1f) dargelegt werden: Je nachdem, ob eine Person überzeugt ist durch ihr Verhalten Einfluss auf Geschehnisse nehmen zu können oder ob diese fremdbestimmt sind und sich der eigenen Macht entziehen, ist eine Einfärbung der Situationsbewertung und in der Folge der unmittelbaren sowie künftiger Aktivitäten zu erwarten.

„One of the determinants of this reaction is the degree to which the individual perceives that the reward follows from, or is contingent upon, his own behavior or attributes versus the degree to which he feels the reward is controlled by forces outside of himself and may occur independently of his own actions“ (ebd. S. 1).

Begünstigt wird die Einschätzung hinsichtlich der Kontrollierbarkeit einer Situation durch die Verfügbarkeit von Informationen. Im Kontext psychischer Erkrankung und Genesung sind neben dem Einbezug externer Informationsquellen die Erarbeitung individueller Wissensbestände zum eigenen Krankheitserleben durch Reflexivität hilfreich. Diese ermöglichen Einschätzungen zu Handlungsbedarfen und die Anwendung entsprechender Maßnahmen, wie sie wiederum im EX-IN -Curriculum verankert sind (ExIn partners, 2019, S. 3).

### 5.2.2 *Stress und Bewältigung bei einer Betätigung in sozialen Arbeitsfeldern*

Erwartungen sind es, nach Freudenberger (1974), die maßgeblichen Einfluss haben, ob eine berufliche Betätigung im Sozialen dauerhaft bewältigbar ist oder ob sie zu Überlastung bis hin zum Krankheitsausfall durch Burn-Out führt. In die Untersuchung sind auch Ehrenamtliche einbezogen (Freudenberger, 1974, S. 159f). Besonders, wenn hohe Erwartungen an die Institution oder die Leitung vorhanden sind, kann eine als enttäuschend erlebte Erkenntnis der Realität das Diskrepanzerleben zwischen eigenem Einsatz und (übersteigter) Erwartung in krankheitsrelevanter Erschöpfung und Burn-Out münden (Freudenberger, 1974, S. 160). Engagement und Einsatzbereitschaft werden bei hohen Stundenumfängen, intensiven Einsätzen, geringer Entlohnung und wiederum dem Erleben hoher intrapersonaler wie externer Erwartungen an die Beschäftigten als Risikofaktoren benannt. Mit einer eher gelangweilten, routinierten und nicht zufriedenstellenden Betätigung beschreibt Freudenberger den Auslöser dessen, was heute als „Bore-Out“ benannt wird: Monotonie und die Wahrnehmung, die Antworten auf die ähnlich erscheinenden Probleme zu kennen (ebd.). Als Präventionsmaßnahmen werden, differenziert für ehrenamtlich und hauptamtlich Tätige, angeführt:

- **Für Ehrenamtliche:** Durchführung eines Trainingsprogramms, das idealerweise der Person selbst oder dem Dienst eine Einschätzung ob der Eignung erlaubt, bevor persönlicher Schaden durch Burn-Out oder Schaden für das Team/ den Dienst durch rasche Wechsel entstehen, zumal sich diese auch auf das Personal insgesamt auswirken können.
- **Hilfestellung für das Trainingspersonal** zur besseren Einschätzung und realistischer Einstellung gegenüber der Aufgabe kann die Berücksichtigung motivationaler Beweggründe, Ausgleich durch Freizeitgestaltung aber auch der Beobachtung von gesundheitlichem Zustand und bei Häufung von Krankheitsausfällen beinhalten (ebd.).

Der Begriff des Burn-Out, der das Syndrom zunächst ausschließlich für soziale Berufe bezeichnete, wurde fast ebenso rasch übernommen, wie der Begriff des Stress, so führt Müller in seinem Vorwort als Übersetzer von Cherniss Arbeit „Beyond Burnout“ (Cherniss, 1999, S. 12) aus. Dessen Untersuchung von Stress und Burn-Out schloss Menschen in lehrenden, helfenden und beratenden Berufen ein. Der Begriff des Burn-Out entstammt der Raumfahrt und bezeichnet den Vorgang bei dem Trägerraketen, die ihrem Zweck gemäß nach Freisetzung der Energie für den Transport ihrer Nutzlast in den Weltraum, ausgebrannt herabfallen und bei Eintritt in die Atmosphäre verglühen (Cherniss, 1999, S. 9). In der Übertragung des Begriffs auf soziale Arbeitsfelder beschreibt er als Ursachen für die Entwicklung von Burn-Out den Praxisschock

mit Eintritt in die Tätigkeit und das Vorliegen einer idealistisch-überhöhten Vorstellung von der Tätigkeit selbst, den zu Helfenden und/ oder der einhergehenden gesellschaftlichen Anerkennung (Schmidbauer, [1977] 2011, S. 13f) auch die Rahmenbedingungen des beruflichen Handelns. Bei den als Überlebenden bezeichneten, also jenen denen es gelang nach der Überwindung einer Burn-Out-Erfahrung weiter in sozialen Berufen tätig zu bleiben attestiert er:

„Nach ihren ersten großen Burnout-Erfahrungen waren sie bei der Investition allzu großer seelischer Energiemengen in ihren beruflichen Alltag oder in ihre Klienten zurückhaltend. Nach und nach gelang es ihnen aber mehr Zutrauen zu ihren eigenen Fähigkeiten zu gewinnen“ (Cherniss, 1999, S. 34).

Als Quellen für Stress werden verschiedene Komponenten angeführt:

- **Kompetenzkrise:** bei Eintritt in die Tätigkeit folgt die Feststellung einer mangelnden Vorbereitung auf die Praxis, die als Professionelle bewältigt werden sollen. Die Kompensation der Diskrepanz zwischen innerer und äußerer Erwartung und dem Erleben wirkt sich zulasten Idealismus, Altruismus und Mitleidsfähigkeit aus.
- **Profi vs. System:** mangelnde Anerkennung von Expertise und übergeordnete Ziele der Institution im Widerstreit mit den Leitbildern beruflicher Praxis erschweren die Kompetenzentwicklung und die Umsetzung von bedarfsorientierten Zielen.
- **Schwierigkeiten mit Klientinnen\* und Klienten:** das Selbstbild Helfender aber auch ihre Vorstellung von annehmbaren Hilfen oder notwendiger Aktivitäten kann deren Ambiguitätstoleranz strapazieren. Frustrationen entstehen durch unerfüllbare Erwartungen an Helfende und nicht-Nutzung gebotener oder auch per Manipulation erlangter Hilfen durch Klientinnen\* und Klienten.
- **Routine und Langeweile:** die Vielzahl zeitintensiver und teils einfacher Tätigkeiten zur Erfüllung bürokratischer Gegebenheiten, gleichförmig erscheinende Problemlagen und Begleitprozesse und Wiederholungen können zu Desillusionierung führen, insbesondere, wenn sie in dienstleistungsorientierten Einrichtungen zu schlechteren Bewertung durch diese führen können.
- **Mangel an kollegialer Unterstützung:** Erwartungen zu Beginn einer Tätigkeit auf Erfahrungsaustausch, Feedback und Beratung durch Kolleginnen\* und Kollegen wird enttäuscht (Cherniss, 1999, S. 40ff).

Diese Erfahrungen können, neben Burn-Out, zum Verlassen des Berufsfeldes, zu Bevorzugung angepasster Klientel und umgekehrt der Abkehr von der Befassung mit als schwierig erlebten Fällen führen. Das Erleben mangelnder (beruflicher) Kompetenz und fehlender Einflussmacht auf das Geschehen einerseits und die Gefahren der Entwicklung eines sog. Helfer-Syndroms mit narzisstischen Bedürfnissen andererseits adressiert Schmidbauer mit „Hilflose Helfer“ (Schmidbauer, [1977] 2011, S. o.A.). Er verweist auf schwierige Abgrenzungs- und Zuordnungsprozesse:

„Im Bereich der Psychologie ist die Grenze zwischen <<gesund>> und <<krank>> hierbei selten leicht zu ziehen. Besonders schwierig ist das angesichts eines sozial so hoch geachteten Verhaltens wie der Hilfe für andere, des Altruismus“ (ebd. S. 13).

Dagegen kann mit wachsender Erfahrung auch eine Offenheit und das Selbstvertrauen für neue Wege entstehen (ebd. 81ff). Als Empfehlungen zur Burn-Out-Prävention formuliert Cherniss (1999) die folgenden sieben Punkte:

1. Gestaltung besserer Arbeitsbedingungen: Beteiligung der Betätigten an der Gestaltung von Abläufen und Berücksichtigung und ggf. Kompensation von Auswirkungen von Veränderungen, z.B. durch Verlagerung von Arbeitsanteilen, Ermöglichung organisatorischer Autonomie und das Einbringen von Verbesserungsvorschlägen
2. Möglichkeiten zur Entwicklung spezieller Interessen schaffen: durch Ermöglichung Fähigkeiten und Fertigkeiten jenseits der beruflichen in die Angebote des Dienstes einzu-bringen
3. Die Arbeit mit schwierigen Klientinnen\* und Klienten erleichtern: durch Unterstützung durch Supervision, Trainingsprogramme und kollegialen Austausch, aber auch die Entwicklung einer realistischen Erwartungshaltung im Spannungsfeld zwischen Gesellschaft, Klientel und eigenen Ansprüchen an Fachlichkeit sowie eine bessere Vorbereitung auf die Praxis während der Ausbildung
4. Befähigung zum intra-institutionellen Handeln
5. Anerkennung der Qualität bisheriger Leistungen, Erfolge feiern
6. Stärkung berufsorientierter Beratung und professioneller Entwicklung
7. Einbeziehen professionell Tätiger in Veränderungsprozesse (Cherniss, 1999, S. 184ff).

Aus Cherniss Analyse zu Beginn und Rahmung beruflicher Betätigung im Sozialen können Hinweise auf Einstieg und Begleitung von EX-IN gewonnen werden: Weil deren Aufträge weniger klar formuliert sind, exploriert diese Arbeit den Prozess der Entwicklung und Gestaltung von Aufträgen in der Praxis und sucht nach Empfehlungen von EX-IN selbst und deren Teamkolleginnen\* und -kollegen für die Phase der Implementierung und darüber hinaus. Der Wechsel der Rolle von der hilfeempfangenden Person, hin zum Teil des Hilfesystems erfordert ebenfalls eine Befähigung zum intra-institutionellem Handeln, kann aber eben auch durch die Erfahrung aus anderer Rolle mit dem System, korrigierende oder bereichernde Prozesse einleiten und begleiten. In der Forschungsarbeit wird mit Fragen nach dem Erleben von Veränderungen im Dienst, aber auch nach den EX-IN zugewiesenen Aufträgen und deren Einbezogenheit in die Prozesse in den Interviews diesen Faktoren nachgegangen.

### 5.2.3 *Stress und Bewältigung bei einer Betätigung im psychiatrischen Bereich*

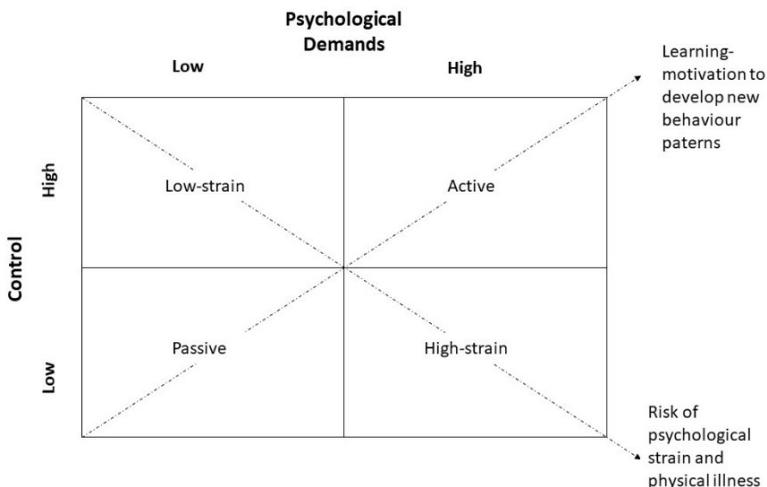
Das Arbeiten in der psychiatrischen Versorgung findet in verschiedenen Settings als Teil von vollstationärer Krankenhausbehandlung, in unterschiedlichen Wohnformen, in begleitenden, beratenden oder tagesstrukturierenden Diensten oder als Notfalldienst statt. Entsprechend trifft psychiatrische Arbeit breit gefächert auf unterschiedlichste Rahmenbedingungen und strafrechtliche wie zivilrechtliche Anforderungen bis hin zur Ausführung von Zwang über alle Abstufungen an Leistungsbedarfe in der Begleitung und Beratung bis zu präventiven Angeboten. Je nachdem kann psychiatrische Arbeit bedeuten, mit lebensbedrohlichen oder gesundheitsgefährdenden auto-/ aggressiven Handlungen und Gewalt konfrontiert zu sein, mit schweren Verläufen und gegebenenfalls wiederkehrenden und/ oder sich verschlimmernden Episoden von Belastung, mit Trauma und Retraumatisierung, auch mit dem Tod aber eben auch mit Fortschritten, gelingenden Genesungsprozessen und Recovery-Erfahrungen, dem Zugewinn von Eigenständigkeit bis zu Autonomie, mit Lebensbewältigung und positiven Verläufen. Einige Herausforderungen für Erwartungen an psychiatrisch Tätige lassen sich trotz der unterschiedlichen Bedingungen für die Betätigung übergreifend formulieren.

Matthews und Williamson (2016) untersuchten besondere Belastungen von Tätigkeit im Rahmen stationärer Settings in der psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen und erfassten hierzu drei zentrale Aspekte:

- „Normalizing an abnormal environment“,
- „Between compassion and control“
- „Imbalance between occupational demands and support“ (Matthews & Williamson, 2016, S. 1046f).

Zur Einschätzung beruflicher Belastung im Kontext von Anforderung und Befähigung entwickelte Karasek mit seinem „Job-Demand-Control-Model“ (Karasek, 1979) auf welches sich auch Matthews und Williamson (2016) beziehen:

Abbildung 11 – Karaseks Job-Demand-Control-Model (Karasek & Theorell 1990, S. 32; eigene grafische Darstellung)



Sie formulierten hierzu:

„When a patient engages in self-harm the demand on Marcus’ psychological well-being is high and his control low“ (Matthews & Williamson, 2016, S. 1046).

Die Effekte auf Mitarbeitende können dabei gravierend sein:

„In situations with high levels of stress or strain, the resulting arousal becomes damaging when the worker has little to or no control over his environment and the constraints that restrict how he can respond to the strain“ (Karasek & Theorell, 1990, S. 31).

Ein weiteres Modell zu Stress in Berufstätigkeit bietet das Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach Siegrist (1996): Ausgeprägte Stressreaktionen sind demnach vor allem da zu erwarten, wo hoher Einsatz oder andauernde Anstrengung nicht auf angemessene Belohnung, also Aufstiegsmöglichkeiten, persönliche Wertschätzung und oder Vergütung trifft (Siegrist, 1996, S. 29). Dies ist u. a. angesichts der bereits erwähnten weitgehend unklaren Einstufung für EX-IN in das Vergütungssystem zu berücksichtigen.

Zur Bedeutsamkeit beruflichen Tätigseins, zu Zugehörigkeit und Selbstregulation vermerkt Siegrist:

„I maintain that the work role in adult life defines a crucial link between self-regulatory functions such as self-esteem and self-efficacy and the social opportunity structure. In particular, the availability of an occupational status is associated with recurrent options of contributing and performing, of being rewarded or esteemed, and of belonging to some significant group (e.g., work colleagues)“ (ebd.).

McCarthy und Gastmans subsumieren das Diskrepanzerleben zwischen ethischen Ansprüchen und Handlungsrealität wie folgt:

„The term ‘moral distress’ has been deployed to describe the psychological, emotional and physiological suffering that nurses and other health professionals experience when they act in ways that are inconsistent with deeply held ethical values, principles or commitments“ (McCarthy & Gastmans, 2015, S. 132).

Die Frage nach der spezifischen Belastbarkeit von Peerkolleginnen\* und -kollegen beantworten Miller et al. sehr deutlich in ihrer „Review of evidence and experience“ (2012) unter der Überschrift:

„Common practitioner concerns: Aren’t peer staff too „fragile“ to handle the stress of the job? No. Jobs in mental health settings are stressful for everyone, not just for peer staff. As a result, self-care is an important area of focus for all mental health staff, not just peer staff. It is true, however, that peer staff are asked to take on the additional burdens of disclosing some of their most personal experiences and putting these experiences to good use in helping others as well as bearing the additional scrutiny of having to represent all peers (i.e., if they do not do well in the job, it may factor in whether or not the agency will continue to value peer services). Managing these processes are important foci for supervision. With respect to “fragility”, though, people in recovery should be considered to have shown a considerable amount of persistence and resilience, as opposed to fragility, in battling back against the illness. Recovery, after all, is hard, taxing, and ongoing work“ (Miller, et al. 2012, S. 126).

Entscheidend ist die passende Platzierung der Genesungsbegleitung und wie die Reflexion eigener Anteile im Kontakt mit Service Usern aber auch im Kontext von Teamarbeit eingebracht werden kann.

Für die Leistungsfähigkeit von Teams statuieren Bock und Kluge in „Der sich selbst und anderen helfende Mensch“ die Kriterien fachliche Diversität und Perspektivenvielfalt, sofern der Austausch des unterschiedlichen Wissens erfolgt:

„Ein Team ist dann therapeutisch wirksam, wenn sowohl die individuelle Besonderheit jedes einzelnen Teammitglieds als auch die seiner beruflichen Spezialerfahrung im Team voll zum Tragen kommen... Zwar streben im Team alle die gleiche Grundhaltung an, doch die berufliche und persönliche Spezialisierung und Unterschiedlichkeit macht das Team erst sinnvoll“ (Bock & Kluge, 2017, S. 70).

Die Multiprofessionalität ist nach Bock bereits weitgehend gegeben:

„Auch, wenn dies vielerorts noch nicht so ist, gehen wir davon aus, dass jemand in einem psychiatrischen Team auf folgende Berufsangehörige trifft: zu den „Kernteams“ im psychiatrischen Kontext gehörend werden folgende Berufsgruppen genannt: Pflegefachpersonen, Ärztin, Sozialarbeiter, Ergotherapeutin, Psychologe und Bewegungs- oder Physiotherapeut.

(...) Gleichwohl machen diese Berufe das Kernteam aus. Dann können je nach Einrichtung Soziologinnen, Pfarrer, Laien, Musikerinnen zu einem Team gehören oder Biochemiker, Laborantinnen, Werkmeister oder Erzieherinnen“ (ebd.).

Noch nicht dagewesen ist die Ergänzung von multiprofessionellen Teams um professionalisierte Peers, die einen Teil ihrer Wirkung allein durch ihre Präsenz vermitteln:

„Neu im Beziehungsgeflecht der Psychiatrie sind vor allem die Peerarbeiter, die in der Regel nach einjähriger EX-IN-Fortbildung (...) eigenständige Aufgaben im stationären Milieu oder im ambulanten Setting übernehmen und schon durch ihre bloße Existenz der Dichotomie von gesund und krank sowie der einseitigen Verteilung von Macht und Verantwortung entgegenwirken. Ihre nachgewiesene Wirkung sind Ermutigung und Stärkung der Selbstwirksamkeit (Bock & Krämer, 2015, S. 226f), also das Zutrauen zu sich selbst und die Wahrnehmung der eigenen Optionen und Lösungsmöglichkeiten“ (Bock & Kluge, 2017, S. 75).

Erfahrungen in der Arbeit mit Genesungsbegleitungen zeitigen einen weiteren Aspekt von Recovery, was Moran et al. (2012) mit den „Benefits of Being a Peer Provider“ (Moran et al. 2012, S. 282f) beschreibt: Neben persönlicher Entwicklung und Selbstwirksamkeit wird der Ausbau persönlicher Netzwerke, eine sinnstiftende Betätigung zu haben erlebt und Job Skills erweitert. Hinzu kommt die Entwicklung einer beruflichen Karrierevorstellung und schließlich positive Effekte auf Recovery und Verbesserung in verschiedenen Bereichen von Well-Being. Diese umfassen Verbesserungen im Bereich Gesundheit und psychischer Gesundheit ebenso wie in den Bereichen Emotion, Soziales, Beschäftigung betreffend und Spiritualität. Bei reduzierter Hospitalisierung und Stärkung von Hoffnung, Genesung, Selbstwert. Sie sind bereits in einem frühen Stadium und schon bei Aufnahme in ein Peer Involvement Trainingsprogramm festzustellen (ebd. S. 282ff).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass mit der Betätigung, aber auch schon während der Ausbildung zu EX-IN auf verschiedenen Ebenen positive Effekte erzielt werden. Somit ist die Befürchtung einer Gefährdung durch die Betätigung als Genesungsbegleitung nicht zu halten, im Gegenteil kann eine weitere Stabilisierung hierdurch erwartet werden.

Vor dem Hintergrund der umfassenden Auswirkungen psychischer Erkrankung auf die gesamte Lebensführung einerseits und der erheblichen stabilisierenden Faktoren von Arbeit andererseits ist eine Verstärkung der Bemühungen um Integration in Arbeit unabdingbar. Mit den zusätzlichen Effekten, die eine Betätigung von EX-IN sowohl für gesamtgesellschaftliche Aufgaben (Abbau von Stigmatisierung, Zugehörigkeit, Inklusion) aber auch auf die qualitative Aufwertung von Diensten, der Erweiterung der Perspektiven und damit der Konzeption annehmbarer Hilfen und Glaubwürdigkeit in Ressourcenorientierung, Empowerment und Recovery, sowie der Effekte für Service User und auf sie selbst erzeugt, möchte diese Forschungsarbeit einen kleinen Beitrag auf diesem Weg leisten.

## Teil II – Zum Forschungsdesign

### 1. Forschungsethische Überlegungen

Die Untersuchung befasst sich in der Exploration und inhaltlichen Auseinandersetzung einer beruflichen Betätigung von EX-IN Genesungsbegleitenden in der sozialpsychiatrischen Versorgung mit menschenrechtlichen Perspektiven Sozialer Arbeit auf Partizipation und Inklusion in diesem Arbeitsfeld. Dies erfordert eine stete Überprüfung forschungsethischer Überlegungen in allen Phasen der Bearbeitung:

„Welche ethisch relevanten (positiven wie auch negativen) Einflüsse eine forschende Intervention einer Person zumuten darf, ist im konkreten Fall jeweils eine schwierige und stets neu zu stellende Frage, da der Forschungsprozess nicht restlos vorhersehbar, sondern vielmehr dynamisch verläuft. Aber die Berücksichtigung ethischer Aspekte bereits in der Forschungsplanung gehört inzwischen zu den zentralen Qualitätsmerkmalen, was sich auch zunehmend in den jeweiligen Prüfkriterien von Drittmittelgebern, insbesondere im Bereich der gesundheitsbezogenen Forschung, niederschlägt. Insbesondere gilt es im Forschungsprozess die Verhältnismäßigkeit der Mittel zu prüfen. Dazu gehört nicht nur die Frage, wem die Forschung nützt (cui prodest?), sondern auch die Prüfung der Legitimität des Forschungsziels und die Wahl derjenigen Methoden, die erforderlich und angemessen sind. Forschung ist immer dem Schutz derjenigen Subjekte, auf die sie sich richtet, verpflichtet. Sie bedarf daher der freiwilligen informierten Einwilligung der Teilnehmenden und muss in ihren je konkreten Vorhaben den Respekt vor der Menschenwürde wahren“ (Lob-Hüdepohl, 2011).

Entsprechend finden sich in dieser Arbeit an verschiedenen Stellen (z.B. hier, in der Beschreibung des Forschungsdesigns, in Teil I Theoriekapitel, dem Resümee) reflexive Elemente zu forschungsethischen Aspekten, den Empfehlungen des inzwischen erarbeiteten Forschungsethikkodex der DGSA (DGSA, 2020, S. 2f) folgend.

So wurden im Sinne guter wissenschaftlicher Praxis bereits vorab ausführliche Informationen zur Befragung an die späteren Teilnehmenden der Fokusgruppenrunden und der leitfadengestützten Experteninterviews gesandt. Diese enthielten Informationen über die Bedingungen der Teilnahme mit dem Recht auf Widerruf der Zusagen dieser und zur Verwendung des Materials, dem Umgang mit dem Datenmaterial (Anonymisierung und Pseudonymisierung, Lö-

schung der Aufzeichnungen, Verwendungszweck), etc. und in der Einwilligungserklärung festgehalten (ebd. S. 9). Ebenso wurde die Rahmung der Forschungsarbeit als Promotionsprojekt an der Hochschule Fulda und das Vorhaben der Veröffentlichung der Dissertationsschrift sowie die Eigenständigkeit des Projekts ohne Förderung durch Dritte erklärt.

Die Forschungsteilnehmenden wurden informiert, dass zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit bestand Fragen zu stellen, Bedenken zu äußern, Fragen nicht zu beantworten, das Gespräch abzubrechen und zu verlassen ohne Forderungen oder gar Sanktionen zu befürchten zu müssen. So wurden auch die Risiken für die Teilnahme und die Belastungen minimiert. Weiter wurde das Interesse an Ergebnissen der Forschungsarbeit und das Einverständnis für eine spätere Kontaktaufnahme zur Zusendung dieser erfragt.

Für den Gegenstand der Forschungsarbeit und der Befassung mit Betroffenen-Perspektiven wäre ein stärker partizipativ ausgerichtetes Forschungsdesign nahegelegen. Limitation bot hier die mangelnde Ausstattung des Projekts mit finanziellen Mitteln, so dass ein Abwägungsprozess hinsichtlich dieses Dilemmas erforderlich war:

„Dilemmata entstehen insbesondere, weil sich in konkreten Forschungsprojekten die unterschiedlichen Prinzipien widersprechen können und deren Gewichtung fallbezogen abgewogen werden muss“ (Unger 2014a:18). Forschungsethisches Handeln bedeutet damit immer auch, die Relevanz forschungsethischer Prinzipien zu erkennen, diese abzuwägen und dann begründete Entscheidungen zu treffen“ (Franz & Unterkofler, 2021, S. 12).

Ein solcher Abwägungsprozess kam zu dem Ergebnis, dass mit der Forschungsarbeit und der Befragung von Mitarbeitenden mit und ohne EX-IN-Qualifikation dennoch relevante Beiträge erfasst werden können, wenn die quantitativ und qualitativen Elemente des Forschungsdesigns inhaltlich um Fragen und Themen aus Betroffenen-Perspektive erweitert werden können, wie in der folgenden Beschreibung des Designs mit den Fokusgruppen dargelegt. Weiter in die Abwägung einbezogen wurde, mit der Aussicht auf die Abbildung der Beschäftigungssituation von EX-IN einerseits und der Exploration von Bedingungen für Erfolg und Herausforderungen für die Betätigung andererseits, in der theoretischen Rahmung des Auftrags Sozialer Arbeit und der Spannungsfelder um Leistungsfähigkeit und Stigmatisierung in beruflichem Kontext und Professionalität, Fachlichkeit, Selbsthilfe und Ehrenamt Beiträge zum aktuellen Diskurs um Inklusion und Partizipation zu erwarten sind. Als Auftrag in die weitere Ausarbeitung der Forschungsarbeit wurde die Auseinandersetzung und Darlegung dieser forschungsethischen Fragen genommen, wie auf den folgenden Seiten dargestellt wird.

## 2. Mixed Methods-Design

Für die Exploration der Fragestellung findet ein erkenntnisorientiertes Forschungsdesign mit verschiedenen qualitativen und quantitativen Methoden Anwendung. Dabei kommt ein Mixed Methods-Ansatz zur Anwendung bei dem sowohl qualitative als auch quantitative Daten erfasst werden:

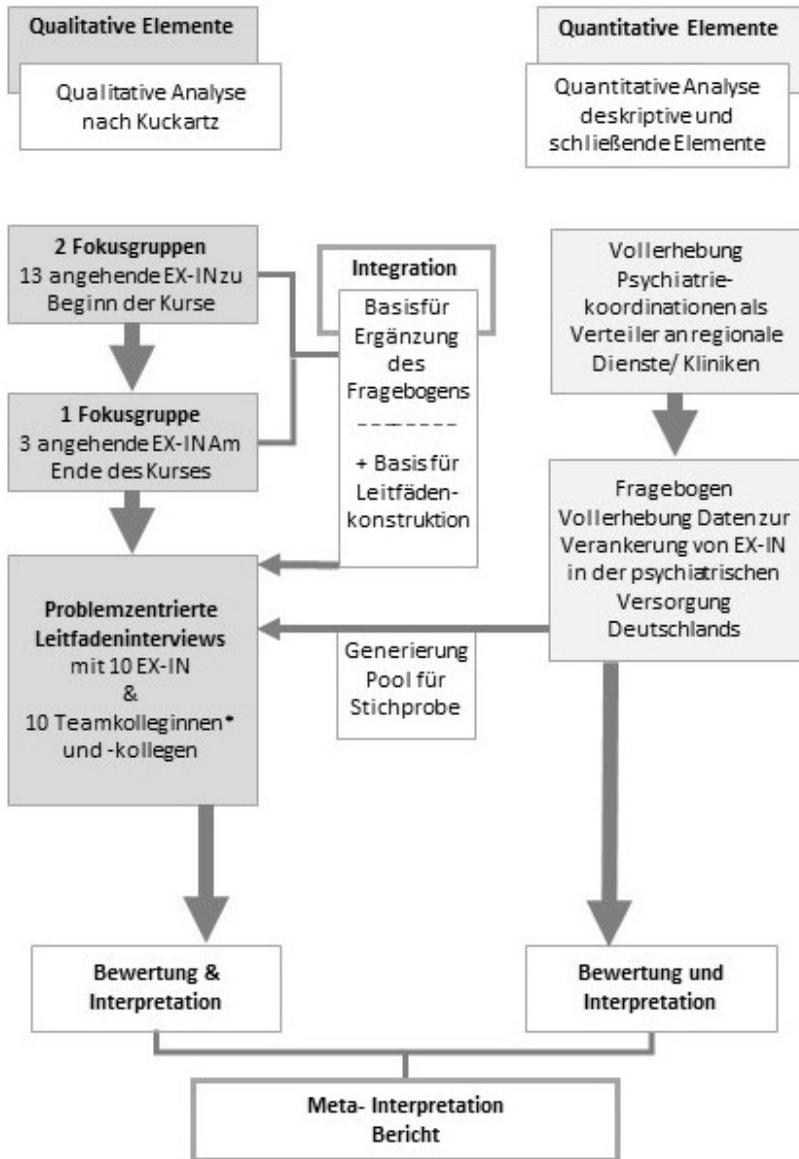
„... We defined mixed-methods designs as those that include at least one quantitative (designed to collect numbers) and one qualitative method (designed to collect words), where neither type of methods is inherently linked to any particular inquiry paradigm“ (Greene, Caracelli, & Graham, 1981, S. 256)

Zur weiteren Beschreibung des Forschungsdesigns ist ein Vorgehen in Anlehnung an Kuckartz (2014) anzumerken. Nach dessen Ausführungen „heute eine Mixed-Methods-Studie eine Reihe von Kriterien methodischer Strenge erfüllen muss; dazu gehören:

- eine eindeutige Begründung für die Methodenintegration,
- ein Design, das zur Mixed-Methods-Forschungsfrage passt,
- die Spezifizierung eines bestimmten Designtyps,
- ein Diagramm des Designs,
- die Identifikation von methodischen Problemen (oder Herausforderungen), die dem Design inhärent sind,
- tabellarische oder graphische Darstellungen, die beide Datenarten miteinander in Verbindung bringen, sogenannte Joint Displays,
- eine Strukturierung des Forschungsberichts, die zum Designtyp passt, und
- die Evaluationskriterien für die Beurteilung der Qualität einer Studie“ (Kuckartz, 2014, S. 21).

Dieser Auflistung folgend, ist zunächst die Entscheidung für das gewählte Mixed-Methods Design zu begründen. Um einen ersten Überblick über das Design zu erleichtern folgt die Visualisierung in der schematischen Darstellung:

Abbildung 12 – Mixed Methods-Design (eigene Darstellung)



## 2.1 Begründung der Designkonstruktion und Beschreibung der Elemente

In der Recherche zum Wissenstand über EX-IN in Deutschland und mit dem Prozess zur Formulierung der Forschungsfragen zu Fachlichkeit und Etablierung in der sozialpsychiatrischen Versorgung zeitigten sich Erkenntnisbedarfe sowohl quantitativer als auch qualitativer Natur. Weder lagen ausreichend Informationen oder eine Übersicht zu Beschäftigungsumfang und – situation von EX-IN in Deutschland vor, noch zur Umsetzung des Konzepts und der Einbindung von EX-IN in die Gestaltung der Stellen. Zugleich ist diese Arbeit in besonderer Weise hinsichtlich emanzipatorischer und partizipatorischer Einbettung verpflichtet, sich auch ohne Ausstattung mit entsprechenden Mitteln um die Einbeziehung der Perspektiven von EX-IN hinsichtlich der Fragestellungen zu bemühen. Um Beteiligung im Rahmen der Gegebenheiten zu ermöglichen, wurden in Vorbereitung der Fragebögen zur quantitativen Erfassung relevanter Daten und der Formulierung von Fragen für teilstrukturierte problemzentrierte Leitfadenterviews in zwei zeitlich abgesetzten Runden Fokusgruppen mit angehenden EX-IN-Genesungsbegleitungen durchgeführt. Fokusgruppen werden als Partizipationsmaßnahme eingesetzt zur Datenerhebung mittels einer moderierten Diskussion zu einem durch die forschende Person eingebrachten Thema (Schulz, 2012, S. 9). Es wurde darauf geachtet, dass Teilnehmende aus den Fokusgruppen im nächsten Schritt nicht als Interviewpartnerinnen\* und -partner ausgewählt werden würden. Der so zu erreichende Grad an Beteiligung ist dabei in die unterschiedlichen Definitionen partizipativer Forschungsansätze einzuordnen.

„Partizipation“ ist ein mehrdeutiger Begriff, der nicht nur Hoffnung auf Mitsprache, sondern auch auf Mitentscheidung weckt. Zunächst meint Partizipation nicht mehr als „Beteiligung“ und ähnlich wie der Begriff „Mitbestimmung“ sagt er noch nichts über das Maß der Entscheidungskompetenz der Mitbestimmungsberechtigten aus. Vor Entscheidungen zumindest informiert und gehört zu werden, stellt die Minimalvariante der Partizipation dar. Entscheidungsfindung nach dem Konsensprinzip – verbunden mit einem zwar nicht endgültigen, aber aufschiebenden Vetorecht bei fehlendem Konsens ist die Maximalvariante. Nur eine in allen Phasen des Interventionsprozesses gegebene Partizipation, die von der Zielfindung über die Abwägung der Handlungsalternativen bei der Umsetzung des Handlungsplanes bis zur Auswertung der Ergebnisse reicht, kann eine ausreichende Beteiligung gewährleisten, sonst verkommt Partizipation leicht zum „Abnicken“ halbverstandener Vorschläge.“ (Heiner 2010, S. 464).

Der Gefahr des „ethischen greenwashing“ ist mit Transparenz zu begegnen:

„Als Greenwashing werden Kampagnen und PR-Aktionen bezeichnet, die einzelne Produkte, ganze Unternehmen oder politische Strategien in ein „grünes“ Licht stellen, sodass der Eindruck entsteht, die Akteure würden besonders umweltfreundlich, ethisch korrekt und fair handeln“ (RESET gemeinnützige Stiftungs-GmbH, 2020, S. k. A.).

So ermöglicht die Zuordnung einzelner Schritte in den Stufen der Partizipation nach Wright et al. (2008), wie in der folgenden Abbildung dargestellt, sowie die kontextuale Betrachtung von Partizipation eine Differenzierung der zur Anwendung kommenden Grade von Beteiligung.

Abbildung 13 – Stufen von Partizipation (Wright, Block & von Unger 2008)

Selbstorganisation	Über Partizipation hinaus
Entscheidungsmacht	Partizipation
Teilweise Entscheidungskompetenz	
Mitbestimmung	
Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
Anhörung	
Information	
Anweisung	Nicht-Partizipation
Instrumentalisierung	

In den Fokusgruppen der ersten Runde wurden zunächst Themen zur Diskussion gestellt, damit wurde nach dem Schema von Wright et al. (2008) Anhörung als Vorstufe von Partizipation erreicht. Teil der Gesprächsimpulse der zweiten Runde waren einzelne intensiver diskutierte Punkte aus Runde 1, weiter wurde Offenheit für die Einbeziehung der Perspektive mit der Frage hergestellt: „Was sollte darüber hinaus in der Forschungsarbeit thematisiert werden?“ (s. Anhang Leitfaden Fokusgruppenrunde 1). Die Einarbeitung der als zentral erlebten Aspekte aus den Fokusgruppen in den Interviewleitfäden kann als Einbeziehung in die weitere Bearbeitung und damit als weitere Vorstufe

von Partizipation verstanden werden. Echte Partizipation im Sinne einer Entscheidungsmacht konnte so nicht erreicht werden, hierfür wären Ressourcen notwendig gewesen, die schlicht nicht vorhanden waren. Partizipation in der Forschung kann nur mit entsprechenden Rahmenbedingungen gelingen, die insbesondere für die Lebenswelt betreffenden Fragestellungen, Anwendung finden sollten: „Nothing about us without us“ (Charlton, 2000, S. o. A.). Auch wenn dies mit dieser Arbeit nur in milder Abstufung möglich war, so ist doch wenigstens am Rande ein Schlaglicht auf diese Entwicklung zu mehr Empowerment zu richten.

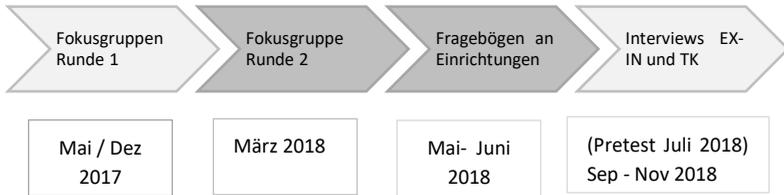
Das individuell entwickelte Forschungsdesign weist parallele Strukturen sowie sequentielles und vertiefendes Vorgehen in der Kombination qualitativer und quantitativer Elemente auf, so wurden Ergebnisse aus den beiden Fokusgruppen-Runden sowohl in die Konstruktion der Leitfäden für die Interviews mit den Genesungsbegleitungen und deren Teamkolleginnen\* und -kollegen eingespeist als auch in die des Fragebogens. Aus dem Rücklauf der Fragebögen wiederum gingen Teilaspekte in die Leitfadenkonstruktion ein und hieraus wurde der Pool an Kandidatinnen\* und Kandidaten für die Tandem-Interviews definiert sowie die Kriterien hierfür entwickelt. Die Bedeutsamkeit für die komplementäre Erfassung des Felds ist als gleichwertig anzusehen und spiegelt sich in der komplementären Erfassung des Geschehens wieder. Zu den unterschiedlichen Motivationen der Forschung, die mit Mixed Methods Designs abzudecken angestrebt werden führt Kuckartz (2014) an: „convergent findings“ (Kuckartz, 2014, S. 69) wie sie am ehesten der früher verwendeten Triangulation entsprechen, der „additional coverage“ (ebd.), welche nach zusätzlicher Abdeckung, erweiterter Sichtweise und vertiefendem Wissen strebt, sowie der „sequential contribution“ (ebd.), welche eine sequenzielle Erfassung von qualitativen und quantitativen Beiträgen ermöglicht. Dem folgend ist die Konstruktion des hier vorliegenden Forschungsdesigns mit seiner Komplementarität in den Fragestellungen zur Beschäftigungssituation dem Anspruch an die zusätzliche Abdeckung aus unterschiedlichen Quellen und mit einmal quantitativer und einmal qualitativer Herangehensweise zu betrachten. Somit entspricht dies der Erarbeitung von Komplementarität durch Mixed Methods Designs:

„... complementarity, in which different methods are used to assess different study components or phenomena, to assess the plausibility of identified threats to validity, or to enhance the interpretability of assessments of a single phenomenon—for example, via broader content coverage or alternate levels of analysis“ (Greene, Caracelli, & Graham, 1981, S. 3)).

Weiter unterscheidet Kuckartz (2014) unter Bezugnahme auf Morse (1991) verschiedene Varianten von Mixed Methods Designs anhand der Gewichtung ihrer qualitativen und quantitativen Elemente: „Unter Einbezug des Kriteriums der Priorität lassen sich hier drei Varianten unterscheiden: QUAL + QUANT

für gleiche Priorität und QUAL + quant bzw. qual + QUANT für Designs, in denen jeweils einer Methode die größere Relevanz zugesprochen wird.“ (Kuckartz, 2014, S. 69f). Somit ergibt sich für die Arbeit hier die Kurzbezeichnung „QUAL+QUANT“ in der Notation nach Morse (Morse, 1991, S. 120f). Im letzten Schritt schließlich folgt die Integration der Ergebnisse, nachdem beide Stränge ihre eigenständige Auswertung durchlaufen haben, die qualitativen Elemente mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz, 2018), die quantitativen Elemente durch deskriptive und in Teilen auch schließende Statistik. Durch die Kombination wurde eine Fokussierung auf und Vertiefung einzelner Aspekte möglich. Die Chronologie zur Durchführung der Datenerhebung stellt sich dar wie folgt:

Abbildung 14 – Chronologie Phasen der Datenerhebung



## 2.2 Qualitatives Element 1 – Fokusgruppen

Zur Vorbereitung der Fragebogenentwicklung für die quantitative Datenerfassung sowie der qualitativen Exploration via Experteninterviews fanden Fokusgruppen in Anlehnung an Lamnek (2010) statt. Dieser definierte die Methode als

„Gespräch einer Gruppe von Untersuchungspersonen zu einem bestimmten Thema unter Laborbedingungen“ (Lamnek, 2010, S. 413).

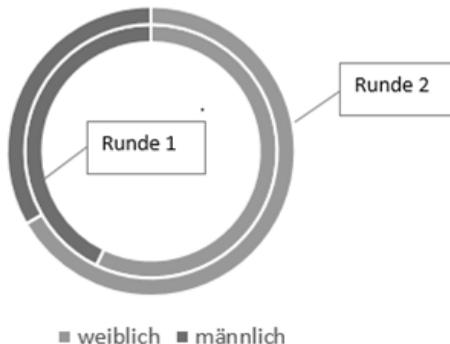
Eine Vergleichbarkeit der Rahmenbedingungen wurde durch die Festlegung des zeitlichen Aufwands von einer Stunde, der Durchführung in für die Befragten gewohntem Umfeld, hier, in den sonst für die EX-IN-Schulungen genutzten vertrauten Räumlichkeiten und in verschiedenen Bundesländern (Bayern, Berlin). Die Moderation konnte in allen Gruppen durch meine Person geleistet werden, so dass Schulungsmaßnahmen Dritter entfielen. Die Gruppen erlaubten die Aufzeichnung und Transkription der Diskussion, die anonymisiert verschriftlichten Beiträge wurden qualitativ nach Kuckartz analysiert, eine detaillierte Beschreibung findet sich in der Abhandlung zu Auswertungsstrategien. Die Aufzeichnung erfolgte mittels eines Laptops ohne Verwendung der Kameraoption. Die Nutzung dieses alltäglichen Gegenstands trug zur Erzeugung einer gewohnten Gesprächsatmosphäre bei.

Tabelle 3 – Geschlechterverteilung in den Fokusgruppen

Fokusgruppen/ Geschlecht	Weiblich	Männlich	Divers
Runde 1 Gruppe 1	3	4	0
Runde 1 Gruppe 2	5	2	0
Runde 2 eine Gruppe	2	1	0
Gesamt	10	9	0

Die Verteilung der Geschlechter in den Fokusgruppen in der graphischen Darstellung:

Abbildung 15 – Grafische Darstellung Geschlechterverteilung in den Fokusgruppen



Die exzerpierten Themen und Aspekte zu Erwartungen der angehenden Praktikerinnen\* und Praktiker wurden in einer zweiten Runde in einer Fokusgruppe aus Teilnehmenden am Ende ihres Kurses diskutiert und gewichtet. Impulse hieraus flossen in die Fragebögen rund um Beschäftigungsbedingungen von EX-IN und in die Interviewleitfäden für die Experteninterviews, jeweils mit EX-IN und Teamkolleginnen\* und -kollegen, ein. Zudem wurde auf mögliche Äußerungen, die auf die Entwicklung von Professionalität hindeuten fokussiert: Die Kursteilnehmenden waren zum Zeitpunkt der zweiten Runde bereits an verschiedenen Praktikumsstellen aktiv und konnten dort mit neuer Rolle und aus anderer Perspektive weitere Erfahrungen sammeln.

Für die Stichprobenauswahl wurde die Befragung angehender Genesungsbegleitungen festgelegt, da hier von einer Vertretung der Betroffenenperspektive aus einer unmittelbaren eigenen Erfahrung mit der sozialpsychiatrischen Versorgung ausgegangen werden konnte. Zugang zu den Gruppen wurde via Zufallsauswahl aus dem Pool des Kursangebots von EX-IN Deutschland e.V. über die Trainerinnen\* und Trainer hergestellt. (EX-IN Deutschland e. V., 2017). Die Kurse fanden in zwei verschiedenen Bundesländern statt, die Fokusgruppen der ersten Runde konnten im Mai und Dezember 2017 erfolgen. Für die zweite Runde wurde die Stichprobenauswahl dahingehend verändert, dass die Kursteilnehmenden sich am Ende des Kurses befinden sollten, um mögliche Veränderungen und oder eine deutlichere Fokussierung hinsichtlich der zu stellenden Fragen aus der Praxiserfahrung zu erfassen. Die Auswahl schränkte sich durch die zeitlichen Gegebenheiten weiter ein. Aus der im Mai 2017 durchgeführten Fokusgruppe erklärten sich Teilnehmende bereit für eine weitere Fokusgruppe in Runde 2.

### *2.2.1 Fokusgruppen Runde 1*

In der ersten Runde wurden EX-IN zur Diskussion ihrer Erwartungen bezüglich der angestrebten Betätigung als EX-IN gebeten. Hierzu wurde das Vorgehen erläutert und nacheinander drei Statements in die Gruppe mit der Bitte um Diskussion eingegeben, die sich mit den erhofften Bedingungen und erwarteten Herausforderungen bezüglich einer künftigen Betätigung als EX-IN befassten (s. Anhang).

An den beiden Gruppen dieser ersten Runde beteiligten sich insgesamt 14 Personen, davon sieben Personen in Bayern und sieben Personen in Berlin, bei letzterer war zudem eine Beobachterin anwesend, die keine Beiträge formulierte.

### 2.2.2 *Fokusgruppen Runde 2*

An der zweiten Runde nahmen drei Personen teil, sie fand in Bayern statt. Diskutiert wurden ausgewählte Beiträge aus den beiden Fokusgruppen der ersten Runde, nun vor dem Hintergrund der neu hinzugekommenen Erfahrungen der angehenden EX-IN aus den Praxisstunden der Weiterbildung. Darüber hinaus wurde Offenheit für die Thematisierung weiterer Fragen im Kontext der Forschungsarbeit geboten, hieraus generierten sich konkret zwei Fragestellungen die in den Interviewleitfäden für die Gespräche mit Teamkolleginnen\* und kollegen von EX-IN eingingen. Auch hier wurde von den Teilnehmenden der Aufzeichnung und anonymisierten Transkription zugestimmt, die Beiträge wurden ebenfalls der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz unterzogen.

### 2.2.3 *Impact auf die Gestaltung von Fragebogen und die Interviewleitfäden*

Für die Fragebogenkonstruktion wurde hinsichtlich des Beschäftigungsumfangs eine stärkere Differenzierung zwischen stundenweiser Betätigung bis hin zu sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung bis hin zu vollzeitnaher Tätigkeit vorgenommen, sowie die Abgrenzung vom Angebot als reine Praktikumsstellen verdeutlicht. Die Erfassung von Gründen für Nichtbeschäftigung wurden, wenn auch nicht ganz so unmittelbar – ebenfalls durch die Fokusgruppen angereichert.

Die Interviewleitfäden für die Gespräche mit EX-IN wurden konkret ergänzt um Nachfragen nach Situationen, in denen es EX-IN schwerfällt, Entscheidungen von Kolleginnen\* und Kollegen ohne Psychiatrieerfahrung zu akzeptieren:

- „Insbesondere ist die Medikation ein spannungsreiches Thema: wie erleben Sie das in Ihrem Berufsalltag?
- Die Forderung nach stärkerer Klientenzentrierung ist ebenfalls vieldiskutiert: wie ist das in Ihrem Arbeitsalltag?“ (s. Anhang Interviewleitfäden Endversion EX-IN-GB).

Die Interviewleitfäden für die Teamkolleginnen\* und -kollegen von EX-IN wurden analog dazu angereichert: Mit den Nachfragen um mögliche kontroverse Standpunkte mit der Genesungsbegleitung:

- „Insbesondere die Medikation ist ein spannungsreiches Thema: wie erleben Sie das in Ihrem Berufsalltag?
- Die Forderung nach stärkerer Klientenzentrierung ist ebenfalls vieldiskutiert: wie ist das in Ihrem Arbeitsalltag?“ (s. Anhang Interviewleitfäden Endversion EX-IN-Kolleginnen)

Darüber hinaus ist weiterer, impliziter Impact auf Inhalte der Fragestellungen und der Art und Weise ihrer Formulierung nicht auszuschließen, da diese unter dem Eindruck der Gesprächsrunden entstanden sind. Zur Leitfadiskonstruktion wird weiter unten ausgeführt.

## 2.3 Quantitatives Element – Fragebogen

Mittels eines Fragebogens wurde die Zielsetzung der bundesweiten Erfassung der Verankerung von EX-IN in der sozialpsychiatrischen Versorgung in Deutschland angestrebt. Die Fragebögen wurden an sozialpsychiatrische Einrichtungen wie Kliniken und komplementäre Einrichtungen gerichtet.

### 2.3.1 *Verteilungsstrategie:*

Da hierzu keine zentrale Übersicht vorliegt, wurde als Rekrutierungsstrategie der Weg über die Psychiatriekoordinationen in Deutschland gewählt: Hier sind in den meisten Regionen Stellen eingerichtet, wenn auch in sehr unterschiedlicher Ausprägung, die Erfassung war nicht zentral möglich, die Recherche gelang über die Ländervertretungen. In Regionen ohne explizite Psychiatriekoordination konnten dennoch Personen mit einer entsprechenden Funktion ermittelt werden. Die Psychiatriekoordinationen wurden gebeten, den Fragebogen als Gatekeeperinnen\* und Gatekeeper Mail an alle Leistungserbringer sozialpsychiatrischer Angebote und an alle Kliniken mit psychiatrischem Versorgungsauftrag in ihrer Region weiterzugeben, da diese damit grundsätzlich als Arbeitgebende für EX-IN in Frage kommen. Die Weiterleitung sollte geschehen, auch wenn dort nach ihrem Kenntnisstand (noch) keine EX-IN beschäftigt werden. Zudem sollten auch die Gatekeeperinnen\* und Gatekeeper selbst den Bogen bearbeiten, insofern sie in einer entsprechenden Stelle tätig sind. Um die Verteilung der Fragebögen quantitativ einschätzen zu können wurde eine Rückmeldung zur Zahl der Kontakte an die weitergeleitet wurde erbeten. Hieraus ergab sich bei einer Verteilung an 290 Psychiatriekoordinationen eine Verteilung an rund 2500 Dienststellen. Als Zeitraum für die Bearbeitung wurden zunächst 14 Tage anberaumt, zum Ende dieses Zeitraums wurde mit einem Erinnerungsschreiben eine Verlängerung der Frist um weitere 14 Tage angeboten.

Dem Fragebogen liegt ein Weichenkonzept zugrunde, die Beantwortung wurde durch das Angebot vorgegebener Multiple Choice Antwortoptionen mit einigen wenigen offenen Antwortfeldern erleichtert, zur Beförderung der

Rücklaufwahrscheinlichkeit. Bei zutreffender Differenzierung wurden in offenen Antwortfeldern weitere Angaben abgefragt um beispielsweise die Zahl der beschäftigten EX-IN oder die Jahre an Erfahrung mit der Beschäftigung von EX-IN zu erfassen.

Mit dem Fragebogen wurde

- von allen: Die Bekanntheit des Konzepts eruiert.
- so gegeben: Gründe für eine Nicht-Beschäftigung von EX-IN erfasst und potentielle Einsatzfelder erhoben.
- so gegeben: Rahmenbedingungen und Erfahrung in der Beschäftigung von EX-IN abgebildet und die Konstellationen und Einsatzfelder sowie Refinanzierung erfragt.
- von allen: Der Zugang zum Fragebogen dargestellt.
- von allen: Die Einordnung des Dienstes in Orientierung am Auftrag erfasst.

### 2.3.2 Rücklauf

Für den Rücklauf der Fragebögen wurden mit der Zusendung der eingescannten Bögen via Mail oder auf dem Postweg verschiedene Zugangswege eröffnet. Die Datenanalyse ermöglicht die Darstellung regionaler Erfahrungen mit EX-IN, Hinderungsgründe und Beschäftigungspotentiale, Einsatzfelder und zur Beschäftigungssituation (Teamkonstellationen, Umfang der Beschäftigung und Refinanzierung)

Die Auswertung mit deskriptiver Statistik erlaubt die Darstellung beispielsweise von Verbreitung und Verteilung von EX-IN, mit unterschiedlicher Fokussierung, so nach regionaler Verteilung oder über verschiedene Einsatzgebiete hinweg.

Die Ausarbeitung und Gegenüberstellung einzelner Aspekte in Kreuztabellen als Element der schließenden Statistik ermöglicht Rückschlüsse, beispielsweise auf Innovationskraft durch die Betrachtung der Verteilung der EX-IN je nach Dienstart oder zur Etablierung von Stellenanteilen über verschiedene Einsatzfelder hinweg.

Der sich aus den Fragebögen ergebende Pool an Dienststellen die EX-IN beschäftigten, diente zudem für die Zufallsauswahl für die Anfragen nach Interviewpartnerinnen\* und -partnern im Tandem von EX-IN und Teamkolleginnen\* und -kollegen.

## 2.4 Qualitatives Element 2 – leitfadengestützte Experteninterviews in Tandems

Für die qualitative Exploration der Beschäftigungssituation wurde die Konstruktion von Interview –Tandems aus je EX-IN und einer\*m Teamkollegin\*/-kollegen gewählt, um die Pioniererfahrung aus verschiedenen Perspektiven beleuchten zu können. Angestrebt wurden jeweils zehn Einzel-Interviews mit EX-IN und zehn Interviews mit Teamkolleginnen\*/-kollegen, jeweils aus denselben Teams. Um auf ein Mindestmaß an Erfahrungen zurückgreifen zu können wurden nur Dienststellen in den Pool für die Zufallsauswahl aufgenommen, die folgende Kriterien erfüllen konnten:

### Die EX-IN-Genesungsbegleitung

- sollte mindestens seit einem Jahr in ihrem Dienst tätig sein
- sollte mindestens auf 450€-Basis oder darüber hinaus tätig sein

### Die\* der Teamkollegin\*/- kollege

- sollte möglichst länger als die EX-IN-Genesungsbegleitung im Dienst sein
- sollte mindestens mit 50% tätig sein.

So wurde angestrebt, Veränderungen durch die Etablierung von EX-IN im Team der jeweiligen Dienststelle anhand problemzentrierter Experteninterviews mit Teamkolleginnen\*/-kollegen abzubilden und umgekehrt die Erfahrungen von EX-IN mit dem erstmaligen Einbringen ihrer Expertise im Dienst zu erfassen.

Die Zufallsauswahl erfolgte nach Proporz bezogen auf Bundesländer/ Stadtstaaten, hierfür wurden Cluster mit annähernd gleich großer Bevölkerungszahl gebildet. Eine Saturierung des Informationsbedarfs wurde mit je 10 Interview-Tandems angenommen.

Tabelle 4 – Verteilung der Lose für Interview-Tandems

Pool für Auswahl	Anzahl Tandem-Lose
Berlin	
Bremen	1
Hamburg	
Brandenburg	
Mecklenburg-Vorpommern	1
Schleswig-Holstein	
Sachsen	1

Sachsen-Anhalt	
Bayern	1
Baden-Württemberg	1
Hessen	1
Niedersachsen	1
Nordrhein-Westfalen	2
Rheinland Pfalz	1
Gesamt	10

Die Interviews wurden anhand zweier Leitfäden jeweils einzeln mit EX-IN und Teamkollegin\*/ -kollegen durchgeführt, die Abfolge der Fragestellungen orientiert sich dabei weitgehend parallel, einige Fragen wurden unterschiedlich ausdifferenziert. Für beide Interviews wurde als zeitlicher Rahmen jeweils ca. eine Stunde geplant. Mit beiden Leitfäden wurden Pretests durchgeführt, geringfügige Anpassungen gingen in die Finalversionen ein. (s. Anhang)

Bei der Auswahl wurden zudem Genderaspekte beachtet, um die Erfassung der Perspektiven nicht auf eine Gruppe zu beschränken. Die Verteilung konstellierte sich wie folgt. Anzumerken ist, dass ein Interview mit einem der männlichen EX-IN nicht stattfinden konnte, da dieser über längere Zeit nicht zur Verfügung stand, musste letztlich darauf verzichtet werden.

Tabelle 5 – Geschlechterverteilung Interviewpartnerinnen\*/ -partner

Rolle/Geschlecht	Weiblich	Männlich	Divers
EX-IN	5	4 (+1)	0
Teamkolleginnen*/ -kollegen	6	5	0

Die Verteilung der Geschlechter in den Interviewtandems in der graphischen Darstellung:

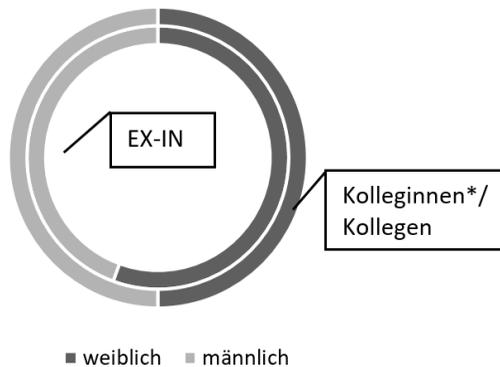
### 2.4.1 Zur Leitfadenkonstruktion

Es wurden separate Leitfäden für EX-IN und Teamkolleginnen\*/-kollegen konstruiert, die neben dem persönlichen Erleben der Teamarbeit auch jeweils Bedingungen für Erfolg, aber auch Hinderliches erfragen sollten.

Die methodische Entscheidung für problemzentrierte Interviews gründet darin, dass hierdurch

Abbildung 16 – Grafische Darstellung Geschlechterverteilung Interviewpartnerinnen\* und -partner (eigene Darstellung)

#### Geschlechterverteilung Interviewpartnerinnen\* /-partner



„eine sehr lockere Bindung an einen knappen, aber der thematischen Orientierung dienenden Leitfaden mit dem Versuch verbindet den Befragten sehr weitgehende Artikulationschancen einzuräumen und sie zu freien Erzählungen anzuregen“ (Hopf, 1995, S. 178).

Für beide Leitfäden wurden Pretests durchgeführt, um die Fragestellungen hinsichtlich Angemessenheit und Verständlichkeit in der Formulierung sowie der Erzeugung eines Gesprächsduktes und der Generation inhaltlicher Aussagen im Kontext der Forschungsfragen zu prüfen. Hierfür wurde ein Interview-Tandem aus einem sozialpsychiatrischen Dienst ausgewählt. Da sich die Anpassungsbedarfe als geringfügig herausstellten, flossen die Ergebnisse in die Untersuchung mit ein:

„Idealerweise wird man einen Fall wählen, der für die Hauptuntersuchung hätte gewählt werden können. Wenn die Methoden nicht allzu viele Fehler aufweisen, erhält man dann nämlich zusätzliche auswertbare Informationen“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 108).

## 2.4.2 Interviews

Die Durchführung der Interviews erfolgte in gewohntem Setting für die Interviewpartnerinnen\* und -partner vor Ort in den Räumen der Dienste. Zur Aufzeichnung ist anzumerken, dass hierfür, analog zum Vorgehen in den Fokusgruppen, ein Laptop zur ausschließlichen Tonaufnahme genutzt wurde. Mit der Verwendung dieses Alltagsgegenstands wurde auch hier die Entstehung einer entspannten Atmosphäre begünstigt. Ausnahme stellten zwei Interviews dar, bei denen aus unvorhersehbaren Gründen der Termin nicht analog stattfinden konnte, sie wurden im Einvernehmen telefonisch durchgeführt. Mit der folgenden Übersicht wird die Durchführung der Interviews dokumentiert:

Tabelle 6 – Übersicht Interviews im Tandem EX-IN und Teamkolleg\*/in/-kollege

Nr.	Interviewwees	Codierung	Bundesland	Zeitraum	Modus	Dauer in h:min:sec	Anmerkung
1	EX-IN	000GB	Bayern	07/18	vor Ort	32:45	Pretest
2	TK	000TK	Bayern	07/18	vor Ort	30:34	Pretest
3	EX-IN	001GB	Hessen	09/18	vor Ort	1:12:41	
4	TK	001TK	Hessen	09/18	vor Ort	50:37	
5	EX-IN	002GB	NRW	09/18	vor Ort	1:04:13	
6	TK	002TK	NRW	09/18	vor Ort	1:07:18	
7	EX-IN	003GB	Rheinland Pfalz	09/18	vor Ort	47:39	
8	TK	003TK	Rheinland Pfalz	09/18	vor Ort	46:32	
9	EX-IN	004GB	Brandenburg	09/18	Telefonisch	39:22	
10	TK	004TK	Brandenburg	09/18	vor Ort	42:52	
11	EX-IN	005GB	Niedersachsen	10/18	vor Ort	1:06:31	
12	TK	005TK	Niedersachsen	10/18	Telefonisch	53:12	
13	EX-IN	006GB	Hamburg	10/18	vor Ort	45:42	
14	TK	006TK	Hamburg	10/18	vor Ort	39:00	
15	EX-IN	007GB	Sachsen-Anhalt	xxx	xxx	xxx	Entfallen wegen Krankheit
16	TK	007TK	Sachsen-Anhalt	10/18	vor Ort	54:48	

17	EX-IN	008GB	Baden-Württemberg	10/18	vor Ort	1:05:31
18	TK	008TK	Baden-Württemberg	10/18	vor Ort	45:48
19	EX-IN	009GB	Bayern	10/18	vor Ort	54:19
20	TK	009TK	Bayern	10/18	vor Ort	42:32

Der Vorbereitung als Interviewende diene die Auseinandersetzung mit vermeidbaren Kunstfehlern in

„Kommunikationsstil, (...) Probleme mit den passiv rezeptiven Anteilen des Interviewers (...) eine aus Angst und Unsicherheit resultierende Unfreiheit im Umgang mit dem Frageleitfaden“ (Flick et al. 1995, S. 182).

Der Gesprächssituation vorausgehend wurde mit der Anfrage der Bereitschaft für ein Interview und der Vereinbarung von Terminen Vorab-Informationen zum Thema der Untersuchung und zur Person der Untersuchenden geboten. Für das Prozedere vor Ort wurde mit formalen Schritten zur bereits zugesandten und der Datenerhebung einiger weniger Items zur Person weitere vertrauensschaffende Elemente durchgeführt, bevor zum eigentlichen Anliegen, der Durchführung des Interviews übergegangen wurde.

„Ein leitfadengestütztes Experteninterview zu führen heißt also, einen Kommunikationsprozess zu planen und zu gestalten, der an den kulturellen Kontext des Befragten angepasst ist und alle Informationen erbringt, die für die Untersuchung benötigt werden. Diese Aufgabe kann man nur lösen, wenn man den Interviewpartner zur Kooperation motivieren kann. Da der Interviewpartner freiwillig in die oben beschriebene Rollenverteilung einwilligt und jederzeit davon zurücktreten kann, muss der Interviewer ständig um ein vertrauensvolles Gesprächsklima bemüht sein. Je besser das Gesprächsklima ist, desto eher wird der Interviewpartner ausführlich erzählen, sein Gedächtnis anstrengen, wohlüberlegte Bewertungen abgeben usw.“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 114f.).

Die Transkription und inhaltsanalytische Auswertung erfolgte zeitlich unmittelbar nach der Erfassung und nach Kuckartz, da mit dieser Vorgehensweise bei guter Lesbarkeit besondere Betonungen und Pausen dokumentiert werden und somit der individuelle Ausdruck weitgehend erhalten bleibt. (Kuckartz, 2008, S. 25f). Zur Kategoriebildung wird hierbei die Orientierung am Material betont:

„Während Philipp MAYRING (2010) die qualitative Inhaltsanalyse jedoch wesentlich als theoriegeleitetes Verfahren versteht (ebenso RUSTEMEYER 1992), betonen Udo KUCKARTZ (2012) sowie Margrit SCHREIER (2012) die Bedeutung der Entwicklung von Kategorien (auch) am Material“ (Schreier, 2014, S. 3).

Dabei folgt der Prozess in Orientierung am Ablauf der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz in sieben Schritten ausgehend von der Forschungsfrage, gemäß folgender Darstellung:

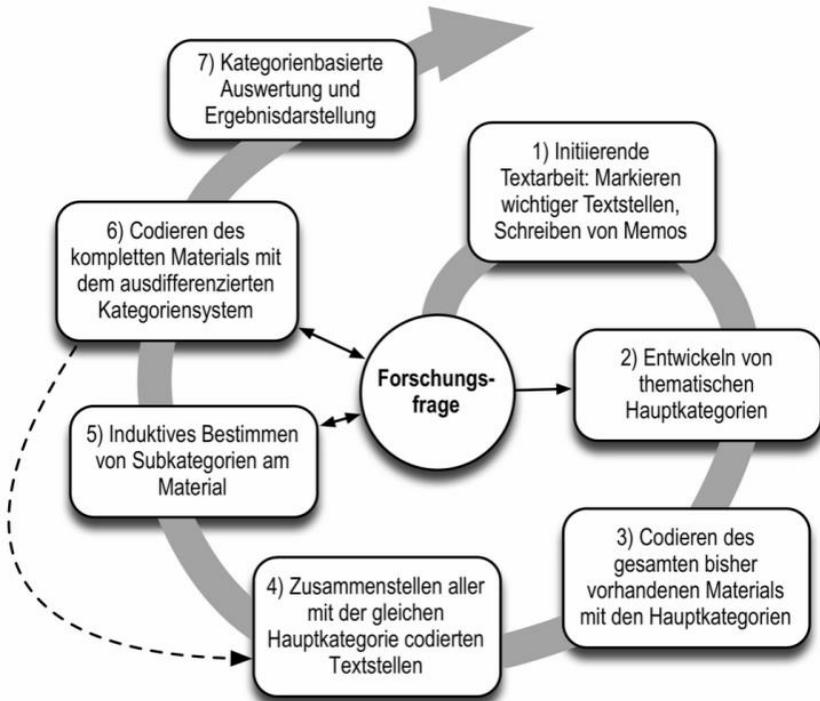


Abbildung 17 – Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018, S. 100)

### 2.3.2.1 Allgemeines zur Auswertung der Interviews

Die Auswertung wurde im computergestützten Verfahren mit MaxQDA durchgeführt. Zu verschiedenen Zeitpunkten der Auswertungsphase, so in den Schritten

„3) Codieren des gesamten bisher vorhandenen Materials mit den Hauptkategorien, 4) Zusammenstellen aller mit der gleichen Hauptkategorie codierten Textstellen und 5) Induktives Bestimmen von Subkategorien am Material“ (Kuckartz, 2018, S. 100).

wurde gemeinsam mit Kolleginnen\* und Kollegen des Promotionskollegs an den Interviewtranskripten gearbeitet, um für die Zuordnung zu Kategorien und Subkategorien und die Bezeichnung derselben die Perspektivenvielfalt zu erweitern. Hierzu wurden zunächst die Forschungsfragen und der Kontext der Fragestellung erläutert, dann wurde eine Auswahl von Textpassagen aus verschiedenen Interviews überprüft.

„Das Vorgehen ist systematisch, regelgeleitet, an den Gütekriterien der Validität und der Reliabilität orientiert. Die Bedeutung des Reliabilitätskriteriums zeigt sich darin, dass meist ein intersubjektiv-konsensuales Textverständnis angestrebt wird“ (Schreier, 2014, S. 4).

### 2.3.2.2 Deduktive Kategorien anhand der Forschungsfragen

Die Kategoriebildung folgte zunächst deduktiv anhand der Forschungsfragen angestrebten Ergebnisse.

„Für die Hauptthemen gilt, dass sie häufig mehr oder weniger direkt auch der Forschungsfrage abgeleitet werden können. Dabei werden häufig Themen und Subthemen als Auswertungskategorien verwendet“ (Kuckartz, 2018, S. 101).

Die Entwicklung der Forschungsfragen wurde vom Diskurs zu den Spannungsfeldern um Ehrenamt und Fachlichkeit, sowie um Leistungsfähigkeit und Stigmatisierung im Kontext beruflichen Handelns geleitet. Darüber hinweg spannt sich der Horizont eines Reformwunsches der Angebote und Leistungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Hierzu liegen bereits internationale Erfahrungen und eine Empfehlung der WHO vor:

„Die Beteiligung von Nutzern psychiatrischer Dienste und ihrer Angehörigen ist ein wichtiger Bestandteil des Reformprozesses. Es ist nachgewiesen, dass die aktive Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Familien die Qualität der Versorgung und der Dienste verbessert. Sie sollten ebenso an der Entwicklung und Durchführung von Ausbildungen beteiligt werden, um Mitarbeitern in der Psychiatrie ein besseres Verständnis ihrer Bedarfe zu vermitteln“ (WHO, 2005, S. 108).

Zur Erläuterung der Kategoriebildung wird in der nachfolgenden Tabelle eine Übersicht geboten, welche die Kategoriebildung in deduktiver Ableitung aus den Forschungsfragen illustriert. Dafür wurden beispielhaft an den Kategorien Auftragsklärung und Zugehörigkeit ausgewählt.

Tabelle 7 – Beispielhafte Zuordnung von Kategorien

Übergeordnete Fragen	Differenzierung Erwartungsspektrum	Einordnung in Hauptkategorien
Reformierung der Dienstleistungen in der sozialpsychiatrischen Versorgung Deutschlands	Pionierleistung	Auftragsklärung, Zugehörigkeit
	Verbesserung Verständnis für Bedarfe	Auftragsklärung
	Veränderung Beziehung (Machtgefälle)	Auftragsklärung
	Veränderung Rollenverständnis/ Irritation	Zugehörigkeit
	Deutlichere Ressourcenorientierung (Empowerment, Recovery)	Auftragsklärung
	Stärkere Partizipation	Auftragsklärung, Zugehörigkeit
Spannungsfeld zwischen Ehrenamt und Fachlichkeit	Veränderung durch Wirkung auf Teams/ Dienste selbst	Auftragsklärung
	Faktoren für Gelingen	Zugehörigkeit
	Professionalisierung: Einordnung in die personelle und finanzielle Ausgestaltung der Dienste	Auftragsklärung, Zugehörigkeit
	Abgrenzung zu Ehrenamt	Auftragsklärung
Spannungsfeld Leistungsfähigkeit und Stigmatisierung im Kontext beruflichen Handelns	Kompetenz- und Wirksamkeitserleben	Auftragsklärung
	Vereinnahmung von Peers als Teil des Systems/Verlust der Wirkung von Peerperspektive	Auftragsklärung
	Zuordnung zu Hilfstätigkeiten ohne profilierte Peerwirkung	Auftragsklärung
Spannungsfeld Leistungsfähigkeit und Stigmatisierung im Kontext beruflichen Handelns	Hürden beim Rollenwechsel von „Patientin*/ Patient“ zu Mitarbeiterin*/ Mitarbeiter	Zugehörigkeit
	Stigmatisierung durch psychiatrisches Fachpersonal	Zugehörigkeit

Selbststigmatisierung als Folge erlebter Stigmatisierung im Kontext beruflichen Handelns  
Absprechen von Leistungsfähigkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen  
Effekte des Tätigsein auf EX-IN selbst    Auftragsklärung (soziale) Teilhabe  
Unterstützungsleistungen und Anspruch an Arbeitsleistung

---

Am Beispiel der Hauptkategorie „Auftragsklärung“ lässt sich das Vorgehen erläutern:

Im Interviewleitfaden für EX-IN zielten die ersten Fragen im Besonderen auf die Erfassung von Aspekten diesbezüglich ab, in den Aussagen zu weiteren Fragen konnten zudem Passagen zum Thema identifiziert werden:

„1a) Wie läuft so ein Arbeitseinsatz bei Ihnen ab?

1b) Welche Situation würden Sie als typisch für Ihren Arbeitsalltag beschreiben?

1c) Werden Ihnen im Team spezielle Aufgaben zugeordnet/ werden Sie gezielt als EX-IN eingesetzt und wenn ja, welche Aufgaben sind das?“

Der Interviewleitfaden für Teamkolleginnen\* und -kollegen von EX-IN steuerte ebenfalls mit zwei konkreten Fragen Aussagen zum Auftrag an EX-IN an, auch aus weiteren Fragestellungen konnten hierzu Textpassagen zugeordnet werden:

„2. Mit welchen Aufgaben oder Fragen wird im Team insbesondere an die Genesungsbegleitung herangetreten? (...)

4.        Wobei beziehen Sie die Genesungsbegleiter im Team ein?“

Die Auswertung eröffnete mit der Definition der Begrifflichkeit des „Auftrags“ in diesem Kontext und berücksichtigte dabei wieder beide Perspektiven, die der\*/ des Teamkollegin\*/ -kollegen von EX-IN und der EX-IN selbst. Hierzu wurde formuliert:

„Aufträge, i. S. v. Zweck, Mission, Anliegen, auch innerer Antrieb, die spezifische EX-IN-Fähigkeiten erfordern/ an EX-IN herangetragen werden“ (Teil III, Abschnitt 2.1.7)

Sowie in der Auswertung der Interviews von EX-IN die

„Eigene Agenda, die EX-IN-GB mit und durch ihr Tätigsein verfolgen“ (Teil III, Abschnitt 2.2.7).

Hierzu wurden Textpassagen anhand der Definitionen zum Begriff „Auftrag“ zugeordnet, paraphrasiert und generalisiert und so Unterkategorien entwickelt:

Mit der „Zuweisung von Aufgaben“ (ebd.) wurde die Auftragserteilung in Differenzierung zur „inhaltlichen Gestaltung“ (ebd.) erfasst. Als Unterkategorien wurde der Auftrag hinsichtlich seiner Ausrichtung differenziert als

„Auftrag: Innerhalb des Teams/ Gegenüber Klientinnen\*/ Klienten / eigene Agenda von EX-IN und der gesellschaftliche Auftrag“ (ebd.)

Diese Differenzierung ermöglichte die Zusammenfassung zentraler Aussagen, wie „das Einbringen und die Vermittlung der Perspektive“, aber auch spezifische Aufträge, wie „das Wissen für innerbetriebliche Weiterbildungen und konzeptionelle Arbeit zu nutzen“ (ebd.). Als Auftrag gegenüber Service Usern fand u.a. „das Zuhören und Begleiten, Ängste abbauen, Hoffnung vermitteln“ (ebd.) Ausdruck.

Die Erfassung von Aussagen zur eigenen Agenda von EX-IN zeitigte sich in „dem inneren Antrieb anwaltlich tätig zu sein und die Auseinandersetzung der Teamkolleginnen\* und -kollegen mit Selbstfürsorge zu stärken“ (ebd.) neben weiteren Zielen wie „eigene Stabilität und existentielle Absicherung“ (ebd.). Als Auftrag gegenüber der Gesellschaft wurden beispielhaft Aussagen zum „Abbau von Vorurteilen... und Anerkennung (von EX-IN) in der Öffentlichkeit“ (ebd.) zugeordnet.

Zur Verdeutlichung der Herangehensweise dieser ersten Codierung wird weiter die Kategorie ‚Zugehörigkeit‘ angeführt, die, wie in der Tabelle oben gezeigt, Überschneidungen mit anderen Hauptkategorien (hier Auftragsklärung) aufweist.

„Die in der klassischen Inhaltsanalyse erhobene Forderung nach disjunkten, präzise definierten Kategorien wird häufig so missverstanden, dass man annimmt eine Textstelle können nur einer einzigen Kategorie zugeordnet werden. (...) Bei thematischer Codierung ist aber davon auszugehen, dass in einem Textabschnitt durchaus mehrere Themen angesprochen sein können, sodass dann auch die entsprechenden Kategorien zuzuordnen sind“ (Kuckartz, 2018, S. 103).

Im Interviewleitfaden für EX-IN findet sich dies in sehr explizit in Frage 3 wieder, aber auch in den weiteren Fragen bietet die offene Gesprächsführung weitere Optionen Material für diese Kategorie zu generieren:

„3. Werden Sie als Genesungsbegleitung im Team gehört? Ggf. Nachfragen: Haben Sie das Gefühl Teil des Teams zu sein?“

Analog dazu ist im Interviewleitfaden für Teamkolleginnen\* und -kollegen Frage 4 Hauptlieferant für diese Kategorie, auch wenn hier, analog zu den Gesprächen mit den EX-IN weitere Anknüpfungspunkte für Aussagen zu Zugehörigkeit vorliegen:

„4. Wobei beziehen Sie die Genesungsbegleitung(en) im Team ein? Ggf. Nachfrage: Betrachten Sie den/die Genesungsbegleitungen als Teil des Teams?“

Die Zuordnung zur Kategorie wurde definiert:

„Zu Zugehörigkeit werden Aussagen angeführt, die Informationen zu Teilhabe/ Teilgabe, Rolle, Partizipation und Kooperation und dem Status von Integration befasfen.

**Teilhabe/Teilgabe** Formell mit Teilnahme an Teamsitzungen, Supervision, kollegialer Beratung, der Partizipation durch Beteiligung an Prozessen und Entscheidungen. Informell mit persönlichem Austausch/ persönlichem Kontakt im Team, Kollegialität (gleiche Rechte), Gefühl der Passung

**Rolle** im Team/ gegenüber Nutzerinnen\* und Nutzern/ Zielgruppe, Aussagen zu Rollenfindung, Rollenzuweisung, Rollenwechsel

**Kooperation:** Gestaltung von Kooperation, Anerkennung eigene Bereiche, Austausch, Einfluss auf Procedere, Prozesse, Entscheidungen

**Integration:** Hinweise auf Status der Integration ins Team, „normaler“ Umgang, wie mit anderen Teamkolleginnen\* und -kollegen, gegenseitige Akzeptanz, Raum Vorgaben, zeitl. Rahmen, Druckerleben wie Team, Aufgabenübernahme, Fehlerkultur analog zu Kolleginnen\*/ -kollegen“ (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.1.6).

Für die Auswertung via MaxQDA wurde ein Kodierleitfaden erstellt und anhand der Relevanz zur Beantwortung der Forschungsfragen geprüft. Die Kategoriebildung orientierte sich in Deduktion anhand der Leitfadenfragen und in den Subkategorien zudem induktiv anhand der durch die Offenheit der Erzählimpulse eingebrachten weitere Themen durch die Interviewpartnerinnen\* und -partner.

Die qualitative Analyse nach Kuckartz erlaubte eine Gegenüberstellung der Themen und Betrachtungen, aber auch in einem weiteren Schritt die Zusammenschau quantitativer und qualitativer Daten.

### 3. Resümierende Begründung zur Konstruktion dieses Mixed Methods-Designs

Weder die alleinige quantitative Datenerhebung noch die rein qualitative Exploration würde der Komplexität einer Aussage zur Etablierung von EX-IN in der sozialpsychiatrischen Versorgung in Deutschland gerecht: neben harten Fakten sind es die weichen Erfahrungsschätze, die die Einbindung peerzentrierter Ansätze befördern oder aber auch behindern können. Die Zugänge zu den unterschiedlichen Dienststellen via der als Psychiatriekoordinationen angesiedelten Netzwerkstellen sowie das EX-IN-Netzwerk selbst zeigte bereits eine regionale Heterogenität der Strukturen, so dass das Zusammentragen von Erfahrungen und die Verfügbarkeit dieser Informationen über die Ländergrenzen hinweg die Entwicklung der Versorgung mit einem Wissenstransfer befördern kann. Der Herangehensweise im Forschungsprojekt zugrundeliegend ist der Diskurs zum Pragmatismus, oder, wie Creswell und Plano Clarks formulieren der „World View“, die die Wahl der Methoden bestimmt, wie Kuckartz festhält:

„Recht charakteristisch für diese Auseinandersetzung mit dem Grundsätzlichen ist das zweite Kapitel in Creswells & Plano Clarks Mixed Methods-Lehrbuch (2011). Dort werden zunächst die als „World Views“ bezeichneten philosophischen Grundpositionen dargelegt, aus denen heraus sozialwissenschaftliche Forschung betrieben wird, wobei Creswell und Plano Clark zwischen vier Positionen unterscheiden, nämlich postpositivistische, konstruktivistische, partizipatorische und pragmatistische Weitsicht“ (Kuckartz, 2014, S. 40).

Die Kombination der in dieser Arbeit verwendeten Methoden schafft eine Grundlage an Wissensbeständen, die neben deduktiver und induktiver Schlüsse Abduktion befördert und so den Erkenntnisbestand erweitern kann. In diesem Sinne lässt sich die Art und Weise das Angestrebte zu erreichen näherungsweise dem Pragmatismus nach Peirce und James zuordnen:

„Die Forschungsfrage und mögliche Erfordernisse einer gesellschaftlichen Praxis werden für vorrangig erklärt und was dieser nützt, das gehört im Forschungsprozess auch eingesetzt, wobei es eben aus dieser Perspektive keine Rolle spielt, ob sich die tatsächlichen oder vermeintlichen World Views, die hinter den qualitativen und quantitativen Methoden stehen, vereinbaren lassen oder nicht. Die Frage der Vereinbarkeit bzw. Unvereinbarkeit wird eben nicht primär methodologisch angegangen, sondern aus dem Blickwinkel der Forschungspraxis.“ (Kuckartz, 2014, S. 44)

Das Design wurde eigens zur Beantwortung der Forschungsfrage und zur Berücksichtigung des Anspruchs trotz knapper Ressourcen wenigstens in Teilen unter Einbeziehung von Peerperspektiven entwickelt.

Um besonders in den qualitativen Forschungselementen eine angemessene Studiengüte zu gewährleisten diente in mehreren Einheiten über den gesamten

Zeitraum von Beginn der Forschungsarbeit bis über den Analyseprozess zur Validierung insbesondere von Kategoriebildung und –Zuordnung Peer Debriefing: „Besprechung mit nicht an der Forschung Beteiligten“ (Lamnek, 2010, S. 161) das Promotionskolleg der Hochschule Fulda als Teil des hessischen HAW Promotionszentrums Soziale Arbeit selbst und mit einer zusätzlichen Arbeitsgruppe Promovierender darüber hinaus.

### **3.1 Methodenkritik**

Um eine verlässliche Aussage zur Verankerung von EX-IN Genesungsbegleitung in der sozialpsychiatrischen Versorgung Deutschlands treffen zu können, war eine Vollerhebung geplant: Doch bleibt unklar, inwieweit die Grundgesamtheit abzubilden ist. Zwar wurde mit dem Zugang via Psychiatriekoordinationen mit hoher regionaler Kenntnis ein weitgehend flächendeckendes Netz erreicht. Jedoch bleibt unklar, inwieweit die Vernetzung strukturell, wie organisatorisch in ihrer Ausprägung eine tatsächliche Erfassung der potentiellen Arbeitgebenden für EX-IN darstellt. Der Rücklauf von rund 20% der von Gatekeeperinnen\* und Gatekeepern angegebenen Weitergabe an rund 2500 Dienste ließ eine fast ebenso flächendeckende Erfassung der Erfahrungen zu. Eine tatsächliche Übersicht über Angebote sozialpsychiatrischen Versorgung in Kliniken wie komplementären Diensten in Deutschland ist nicht vorhanden.

Weiter waren partizipative Elemente nur in überschaubarem Maß aufgrund mangelnder Mittelausstattung möglich.

## Teil III – Präsentation der empirischen Ergebnisse

Die Auswertung der quantitativen und qualitativen Elemente erfolgte zum Teil parallel, zum Teil sequentiell: in der Chronologie des Vorgehens lag zunächst der Fokus auf partizipativen Elementen mit der Erweiterung der Perspektive um die der Peers: Also angehender EX-IN deren Sicht mittels der beschriebenen Fokusgruppen in die Fragestellungen einging.

Erfragt wurden Erwartungen zu Bedingungen und Herausforderungen hinsichtlich der angestrebten Betätigung als EX-IN. Hierbei dienten Erzählimpulse um verschiedene Dimensionen in den Fokus zu nehmen und sowohl soziale, fachliche, aber auch ökonomische Aspekte in die Diskussion zu bringen.

„Zu Erwartungen bezüglich des Einsatzfeldes wurde ein breites Spektrum von geschlossener akupsykiatrischer Station in der Klinik bis hin zu ambulanter Begleitung und Beratung bis hin zu Autoren- und Dozententätigkeit in der Weiterbildung benannt. Darüber hinaus wurde der Wunsch formuliert Übergänge zwischen Settings begleiten zu können und ein Bewusstsein über die Erbringung von Pionierarbeit formuliert“ (s. Anhang „Ergebnisse aus den Fokusgruppen“).

In der Differenzierung arbeitsfeldbezogener Erwartungen wurden Herausforderungen, wie das Arbeiten in schwierigem Umfeld und die Anforderung der Flexibilität bei wechselnden Kontakten mit Service Usern benannt. Zahlreiche Angaben zeitigten die Anforderungen im direkten Kontakt mit Service Usern, so die Komplexität verschiedener Krankheitsbilder und Diagnosen oder das Wissen zu Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikation. Ebenso intensiv fanden intrapersonelle Aspekte Berücksichtigung, wie Anforderungen an die eigene Reflexionsfähigkeit mit dem Anspruch das Eigene von dem der Anderen zu trennen. Thematisiert wurden die Selbstfürsorge im Sinne der Balance zwischen Anforderung und Überforderung oder auch der Umgang mit Stigmatisierung und Selbststigmatisierung sowie damit verbundene Ängste. Die Erwartungen an die Arbeit im Team und zur Integration in das Kollegium führte zu einem breit angelegten Nachdenken über Barrieren, zum Beispiel durch hierarchisch geprägte Strukturen, die Sorge vor Abhängigkeit vom Team und die Erwartung von Unsicherheiten der Teamkolleginnen\* und -kollegen (TK) im Umgang mit der eigenen Belastbarkeit.

Eine neue Rolle im sozialpsychiatrischen Gefüge in Pionierleistung zu etablieren ist verbunden mit der Hoffnung auf eine entsprechende Vorbereitung der Teams und ihrer Bereitschaft, sich auf die neue Perspektive einzulassen; dies wurde als zentraler Bestandteil des Auftrags formuliert. In verschiedenen Kontexten wurden Integration als Prozess sowie Zugehörigkeit als Ziel artikuliert;

dies könnte sich realisieren lassen durch die Teilnahme an Teamsitzungen und Supervision, aber auch durch die Entwicklung eines gemeinsamen Auftragsverständnisses. Als Sorge formuliert wurde der Umgang mit dem Erleben von möglichen Übergriffen durch Personal oder von Sanktionierung, falls Kritik geäußert werde.

Der Anspruch an die Tätigkeit als EX-IN für die Teilnehmenden der Fokusgruppen selbst, fand Ausdruck in der Priorisierung von Selbstfürsorge.

In der zweiten Fokusgruppen-Runde wurden einzelne Aspekte, unterlegt mit Zitaten aus der ersten Runde, zur Diskussion gestellt. Der Erfahrungshorizont der teilnehmenden EX-IN war zu diesem Zeitpunkt teils durch Erfahrungen in Praktika (als Teil der EX-IN-Qualifikation) angereichert. Als Grundlage für die Diskussion wurde der Fokus auf Stigmatisierung/ Selbststigmatisierung, Hierarchie und Konkurrenz in der Teamarbeit und Selbstfürsorge gerichtet. Mit den Fragen zur Einbindung in Teamarbeit, Herausforderungen und Wirkung auf den Dienst gingen Aspekte dieser Diskussionsergebnisse in die Arbeit ein: Sie fanden Berücksichtigung in der Konstruktion des Fragebogens und Eingang in beide Leitfäden für die teilstrukturierten Experteninterviews mit EX-IN und deren Teamkolleginnen\* und -kollegen.

## 1. Ergebnispräsentation aus der quantitativen Untersuchung

### 1.1 Zur Auswertung der Fragebögen

#### 1.1.1 Umfang der Befragung und Grundgesamtheit

Die Verteilung der Fragebögen an die Dienststellen mit sozialpsychiatrischem Versorgungsauftrag war zunächst über die Psychiatriekoordinationen vorgesehen, als weitere Optionen wurde die Verteilung zudem über EX-IN Deutschland e.V. und die Plattform Genesungsbegleiter.net angenommen sowie in

- Hessen: Via Städte- und Landkreistag
- Bayern: Via Psychiatriekoordinationen der Bayerischen Bezirke, zudem über Psychiatriekoordinationsstellen in Nürnberg und München, in Schwaben zusätzlich über regionale Psychiatriekoordinationen

- Hamburg: Hier wurde, da keine als solche zu bezeichnenden Psychiatriekoordinationen vorhanden waren, die durchaus vorhandene Struktur über zentrale Ansprechpersonen in den sieben Bezirken genutzt
- Schleswig-Holstein: Kontaktaufnahme erfolgte über eine zentrale Stelle.

Der Zugang zu den Mailkontakten der Psychiatriekoordinationen gestaltete sich allerdings sehr unterschiedlich. Während beispielsweise Rheinland-Pfalz eine vollständige Liste aller Koordinationen in einem Wegweiser zur Verfügung stellt, waren in anderen Bundesländern zentrale Stellen wie die Länderministerien für Gesundheit, der Städtetag oder andere als Gatekeeper fungierende Positionen zu eruieren. Teilweise erfolgte dann die Herausgabe der Kontaktdaten, teilweise verteilten die Gatekeeperinnen\* und Gatekeeper an die entsprechenden Positionen. Diese Zwischenschritte waren für den Zugang zum Teil eine Verstärkung des Anliegens, zum Teil erschwerten sie diesen jedoch, da unklar war, wer wann die Nachrichten erhalten hat.

Über die Weitergabe via Genesungsbegleiter.net konnten rund dreihundert Personen kontaktiert werden. Eine Verteilung über EX-IN Deutschland e.V. wurde freundlicherweise angeboten, konnte jedoch aufgrund von IT-Problemen im Befragungszeitraum nur teilweise stattfinden. Ebenfalls weitgehend unbeantwortet blieben Fragen nach der geschätzten Größe des Verteilers. Direkt angeschrieben wurden 330 Psychiatriekoordinationen bzw. Gatekeeper sowie EX-IN Deutschland e.V. mit der Bitte den Fragebogen an alle Dienstleister und Kliniken in der eigenen Region zu senden, die mit dem Auftrag psychiatrischer Versorgung entweder als potentielle Dienststellen von EX-IN in Frage kommen oder aber bereits EX-IN beschäftigen. Dieser Zugangsweg wurde gewählt, da es zu diesem Zeitpunkt keine Übersicht über psychiatrische Kliniken oder Kliniken mit psychiatrischem Versorgungsauftrag in Deutschland noch über die Dienste der psychiatrischen Versorgung existierte.

### *1.1.2 Form der Befragung und Rücklauf*

Für den Rücklauf der per Mail versandten Fragebögen wurden folgende Optionen angeboten:

- a) Antwort per Mail mit Anhang oder
- b) postalische Rücksendung.

Hierzu gab es vereinzelt Rückmeldungen, dass eine Online-Befragung bevorzugt worden wäre. Einzelne Rückmeldungen bezogen sich auf die Datei-Form, denn der Fragebogen wurde als pdf-Datei versandt, um Veränderungen am Fragebogen selbst zu erschweren. Einige der Antwortenden hätten eine word-Datei bevorzugt; in einigen Fällen wurde dem nachgegeben und bei der Auswertung präzise auf den Erhalt der Formulierungen im Fragebogen geachtet.

In wenigen Einzelfällen wurden die pdf-Formate konvertiert und Fragestellungen verändert, was, bei inhaltlichen Änderungen, zum Ausschluss von der Auswertung führte. Der Befragungszeitraum wurde mit 14 Tagen und einer Erinnerungsmail mit weiteren 14 Tagen Fristverlängerung festgelegt. Zum Rücklauf ist zunächst auf die oben beschriebene Verteilungsstrategie zu verweisen: eine definitive Aussage zur Grundgesamtheit kann trotz Nachfragen nicht geboten werden. Bekannt ist die Verteilung an insgesamt 2415 Dienste und Kliniken bei einem Rücklauf von 519. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 21,49%.

Der Rücklauf, geordnet nach Bundesländern, zeigt Unterschiede in der Beteiligung. Diese regionalen Unterschiede scheinen während der gesamten Befragung auf und werden daher immer wieder expliziert. Kontrastierend dazu werden die Daten weitgehend durchgängig in der Sortierung nach den Dienst-arten Klinik, komplementärer Dienst und Behörde geboten.

Tabelle 8 – Rücklauf des Fragebogens nach Bundesländern

Bundesländer/ Rücklauf	Rücklauf absolut	Rücklauf in Prozent
Baden-Württemberg	13	2,50%
Bayern	121	23,31%
Berlin	22	4,24%
Brandenburg	16	3,08%
Bremen	10	1,93%
Hamburg	13	2,50%
Hessen	22	4,24%
Mecklenburg-Vorpommern	24	4,62%
Niedersachsen	69	13,29%
Nordrhein-Westfalen	101	19,46%
Rheinland-Pfalz	48	9,25%
Saarland	3	0,58%
Sachsen	38	7,32%
Sachsen-Anhalt	3	0,58%
Schleswig-Holstein	11	2,12%
Thüringen	3	0,58%
Nicht zuzuordnen, anonym per Post	2	0,39%
Gesamt	519	100,00%

Die antwortenden Institutionen und Dienste verteilten sich wie folgt – die Angaben wurden hier den Fragebögen selbst oder den Daten aus den Absendern entnommen.

Tabelle 9 – Rücklauf des Fragebogens nach Dienstarten (vgl. n eigener Übersetzung (Bauer 2023, S. 3)

Art des Dienstes/ Rücklauf	Rücklauf absolut	Rücklauf in Pro- zent
Kliniken, Klinikabteilungen, -verbünde	78	15,03%
komplementäre Dienste	379	73,03%
Behörden	29	5,59%
Sonstige	33	6,36%
Gesamt	519	100%

Aus den Eingängen waren einige Bögen nicht verwertbar, da sie von Stellen ausgefüllt worden sind, die in Orientierung an den Einsatzfeldern für EX-IN nicht primär als Betätigungsfeld für sie in Frage kommen.

Tabelle 10 – Bereinigung des Rücklaufs - Antworten außerhalb eines sozial-psychiatrischen Versorgungsauftrags

Ausgenommene Rückläufe: ohne psychiatrischen Versorgungsauftrag	Anzahl absolut	Anzahl in Pro- zent
Dienste für Menschen mit Suchterkrankung	8	1,54%
Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung	1	0,19
Kinderjugendpsychiatrie	2	0,38
Geriatric (ohne gerontopsychiatrischen Auftrag)	2	0,38
Büros für gesetzliche Betreuungen	2	0,38
Arztpraxen	3	0,58
Keine Angaben zur Spezifikation, aber Ausschluss psychiatrische Versorgung	7	1,35
Sonstige soziale Dienstleister ohne psychiatrischen Versorgungsauftrag	7	1,35
Fehlerhafte Angaben, nicht auswertbar	2	0,38
Gesamt (n=519)	34	6,55%

Somit wird für die weitere Bearbeitung die Zahl der relevanten Dienststellen mit einer Grundgesamtheit N=485 angenommen. Dies entspricht 93,45% des Rücklaufs.

Enthalten bleiben als potentielle EX-IN-Dienststellen jene,

- bei denen zu einer die Angabe der Art des Dienstes nicht gemacht, jedoch als Auftrag psychiatrische Versorgung angegeben wurde,
- Stellen, bei denen angegeben wurde, dass grundsätzlich die Beschäftigung von Genesungsbegleitungen vorstellbar ist, sowie
- ein EX-IN-Landesverband und ein EX-IN e.V., bei denen ebenfalls EX-IN angestellt sind.

Der entsprechend auswertbare Rücklauf (n=485) ergibt folgendes Bild der Beteiligung aus den Bundesländern unter Angabe der Dienststellenarten:

Tabelle 11 – Bereinigter Rücklauf des Fragebogens nach Bundesländern

Bundesland/ Art der Dienststelle	Rücklauf be- reingt	Behörde	komplemen- tärer Dienst	Klinik	Sonstiges
Baden-Württemberg	13	1	10	2	0
Bayern	112	2	91	19	0
Berlin	22	2	18	2	0
Brandenburg	13	2	10	1	0
Bremen	10	0	9	1	0
Hamburg	13	1	9	3	0
Hessen	21	1	15	5	0
Mecklenburg-Vorpommern	24	3	16	3	0
Niedersachsen	68	4	49	14	1
Nordrhein-Westfalen	92	2	71	16	3
Rheinland-Pfalz	43	4	35	3	1
Saarland	3	0	3	0	0
Sachsen	36	3	26	7	0
Sachsen-Anhalt	3	0	3	0	0
Schleswig-Holstein	10	0	8	2	0
Thüringen	2	0	2	0	0
Gesamt	485	25	375	78	5
In %	100%	5,2%	77,3%	16,1%	1%

### *1.1.3 Weitere Besonderheiten zur Berücksichtigung bei der Auswertung*

Vom Curriculum abweichende Ausbildungsstrategien finden sich in Baden-Württemberg und in Nordrhein-Westfalen. Ursache für die Veränderung in Baden-Württemberg ist die per Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden Württemberg, 2015) beschlossene Errichtung unabhängiger Vorschlags- und Beschwerdestellen, welche mit EX-IN zu besetzen seien. Da derzeit weder das Kursangebot noch die Nachfrage der mit Frist belegten Forderung entsprechen, entschloss man sich zu einer Verkürzung des EX-IN-Kurses mit Spezifikation, einhergehend mit einer Beschränkung der Qualifikation auf den Einsatz in Vorschlags- und Beschwerdestellen.

In Nordrhein-Westfalen wurde das Curriculum um weitere Praxisstunden angereichert. In beiden Fällen ist zum Zeitpunkt der Befragung nicht geklärt, inwiefern die Bezeichnung EX-IN noch seitens des Trägervereins akzeptiert wird. Bei der Zufalls-Auswahl von Interviewpartnerinnen\* und -partnern wird dies expliziert.

### *1.1.4 Pool für die Zufallsauswahl*

In den Pool für die Zufallsauswahl der Interviewtandems wurden alle Dienste aufgenommen, in denen die Angaben folgende Kriterien erfüllten (s. auch Kapitel Forschungsdesign):

- eine EX-IN-Genesungsbegleitung, die
  - mindestens seit einem Jahr im Dienst tätig ist
  - auf 450€-Basis oder darüber hinaus tätig ist
- eine Teamkollegin\* oder -kollege, die\*der
  - möglichst länger als die EX-IN-Genesungsbegleitung im Dienst tätig
  - mindestens mit 50% VZÄ tätig ist

Um Regionalität zu berücksichtigen, fand die Zuordnung zu den Bundesländern Beachtung: Wurde ein anzufragender Dienst gelöst, wso wurde für dieses Bundesland maximal noch ein stellvertretend anzufragender Dienst erfasst zur Gewährleistung aus möglichst unterschiedlichen Regionen Menschen zu beteiligen. Stadtstaaten wurden zusammengefasst, Nordrhein-Westfalen als be-

völkerungsreichstes Bundesland erhielt dagegen zwei Lose und zwei Ersatzlose. Waren bei einem Dienst mehrere in Frage kommende Personen beschäftigt, so wurde eine gendergerechte Auswahl getroffen. Einzelne erfasste Dienste (Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein), wurden regional und nach Bevölkerungszahl zugeordnet, um in den Auswahlpool zu gelangen.

Die für den Pool zur Auswahl von Interviewpartnerinnen\* und -partner relevanten Rückläufe beliefen sich auf 125 Antworten. Auf den nächsten Seiten wird zu den erfassten Items berichtet.

## 1.2 Darstellung der Ergebnisse aus den Fragebögen

### 1.2.1 Übersicht zum Wissensbestand über das Konzept EX-IN

Zunächst wurde erfragt, ob Kenntnis ob des EX-IN-Konzepts vorhanden ist. 90,31% bejahten dies. In der nach Bundesländern differenzierten Betrachtung zeigt sich ein sehr unterschiedliches Bild in Bezug auf die Kenntnisse über das EX-IN-Konzept. Einschätzungen über den Kenntnisstand in den Bundesländern sind in Relation zu den absoluten Zahlen zu betrachten, die differenzierte Darstellung gewährt dennoch einen Einblick in die Situation vor Ort.

Tabelle 12 – Bekanntheit des EX-IN Konzepts in den Bundesländern

Bundesland/ Bekanntheit EXIN-Konzept	EXIN- Konzept bekannt	EXIN- Konzept nicht bekannt	Rücklauf
Baden-Württemberg	12	1	13
Bayern	110	2	112
Berlin	22	0	22
Brandenburg	11	2	13
Bremen	10	0	10
Hamburg	12	1	13
Hessen	20	1	21
Mecklenburg-Vorpommern	14	10	24
Niedersachsen	61	7	68
Nordrhein-Westfalen	82	10	92
Rheinland-Pfalz	39	4	43
Saarland	2	1	3
Sachsen	29	7	36
Sachsen-Anhalt	3	0	3
Schleswig-Holstein	9	1	10
Thüringen	2	0	2
Gesamt (n=485)	438	47	485

in%            90,31%            9,69%            100,00%

In der Differenzierung nach Dienstarten zeigen sich kaum Unterschiede in der Verbreitung der Kenntnis zwischen komplementären Diensten und Kliniken:

Tabelle 13 – Bekanntheit des EX-IN-Konzepts nach Dienstarten

Art der Dienststelle/ Bekanntheit EXIN-Konzept	EXIN Konzept be- kannt	EXIN Konzept nicht bekannt	Gesamt (n=485)
Niedergelassene Dienste (n=402)	90,05%	9,95%	100%
Klinik (n=78)	91,03%	8,97%	100%
Sonstige (n=7)	71,43%	28,57%	100%

### 1.2.2 Beschäftigungssituation von EX-IN

Hierzu wurde erfragt, wie viele EX-IN-Genesungsbegleitungen (abgekürzt EX-IN) insgesamt bereits an der Dienststelle der antwortenden Person beschäftigt wurden und wie viele EX-IN zum Zeitpunkt der Befragung beschäftigt waren. Ausgenommen wurden ehrenamtliche Betätigung und Praktika für die Vorbereitung der Qualifizierung zu EX-IN. Hieraus ergaben sich im Überblick 171 Dienststellen, die bisher bereits EX-IN beschäftigten, sowie 147 Dienststellen, die zum Zeitpunkt der Befragung angaben, EX-IN zu beschäftigen. Aktuell keine EX-IN-Beschäftigten vermerkten 314 Dienststellen. Die Zahl der aktuell beschäftigten EX-IN summiert sich auf 241. Insgesamt wurde von 328 Beschäftigungsverhältnissen inklusive der aktuell beschäftigten EX-IN berichtet. Weiter zeigt dies, dass an einigen Dienststellen mehr als eine EX-IN-Stelle besetzt ist. Zu erkennen sind deutliche regionale Unterschiede: Der Rücklauf enthält insgesamt mehr Dienste ohne EX-IN-Beschäftigte: Aus den vorliegenden Antworten können im Saarland und in Thüringen keine EX-IN-Beschäftigten berichtet werden, in Schleswig-Holstein und in Sachsen-Anhalt jeweils eine Stelle. In den anderen 14 Bundesländern werden teils zweistellig sowohl alte als auch aktuelle Beschäftigungsverhältnisse angegeben. Dies zeigt sich in der Betrachtung der Beschäftigungssituation von EX-IN in den Bundesländern:

Tabelle 14 – Dienststellen mit Beschäftigung von EX-IN nach Bundesländern

Bundesland/ Beschäftigung von EXIN	Dienste, die EXIN-be- schäftigen oder be- schäftigt haben	Dienststellen, die aktuell EXIN be- schäftigen	Dienste, die bislang keine(n) EXIN beschäf- tigten	Rücklauf
Baden-Württemberg	9	8	4	13
Bayern	55	47	57	112
Berlin	6	6	16	22
Brandenburg	5	3	8	13
Bremen	7	7	3	10
Hamburg	9	9	4	13
Hessen	10	9	11	21
Mecklenburg-Vorpommern	3	3	21	24
Niedersachsen	15	13	53	68
Nordrhein-Westfalen	32	28	60	92
Rheinland-Pfalz	6	6	37	43
Saarland	0	0	3	3
Sachsen	12	6	24	36
Sachsen-Anhalt	1	1	2	3
Schleswig-Holstein	1	1	9	10
Thüringen	0	0	2	2
Gesamt (n=485)	171	147	314	485
In %	35,26%	30,31%	64,74%	100,0%

Bevor eine eingehendere Betrachtung der Beschäftigung von EX-IN erfolgt, richtet sich das Augenmerk zunächst auf die Dienststellen, die bislang keine EX-IN beschäftigten.

### 1.2.3 Gründe für die Nicht-Beschäftigung von EX-IN

Zur Beantwortung dieser Frage bestand die Möglichkeit folgende Aussage zu vervollständigen: „Nein, bislang wurde keine EX-IN Genesungsbegleitungen beschäftigt, weil ...“. Dafür wurden zunächst formulierte Antworten zur Auswahl angeboten:

- keine Bewerbungen vorlagen
- es kein EX-IN-Kursangebot in der Region gibt
- zu wenig Informationen vorhanden sind
- die Finanzierung der Stelle unklar ist
- seitens des Trägers kein Interesse besteht, da ...“

Die Antwortoption „weil kein Interesse seitens des Trägers besteht, da ...“ bot die Möglichkeit für Freitext. Darüber hinaus wurde Raum für Angaben zu anderen Kooperationen mit Betroffenen gegeben und eine offene Antwort ermöglicht.

Tabelle 15 – Gründe für Nicht-Beschäftigung von EX-IN (Bauer 2023, S. 3)

Bundesland/ Gründe für Nicht-Beschäfti- gung von EXIN	Kein EXIN be- schäftigt	keine Bewer- bungen	kein Kursan- gebot	zu wenig Info	Finanzierung unklar	kein Interesse	ohne Angabe	sonstige Ko- operation	Keine Angabe zu Koopera- tion
Baden-Württem- berg	4	2	0	0	1	0	0	1	0
Bayern	57	21	3	7	17	0	3	10	0
Berlin	16	5	0	1	5	0	5	4	0
Brandenburg	8	1	1	2	4	1	2	1	0
Bremen	3	0	0	0	2	0	0	0	1
Hamburg	4	2	0	0	2	0	1	0	1
Hessen	11	6	0	1	4	1	0	3	0
Mecklenburg- Vorpommern	21	7	7	9	10	1	3	3	0
Niedersachsen	53	20	10	10	23	8	1	10	0
Nordrhein-West- falen	60	31	8	10	21	3	5	0	1
Rheinland-Pfalz	37	15	6	4	18	3	3	7	0
Saarland	3	0	1	2	2	0	0	0	1
Sachsen	24	6	6	1	11	0	1	4	0
Sachsen-Anhalt	2	1	0	0	1	0	1	2	0
Schleswig-Hol- stein	9	3	0	0	3	1	2	4	0
Thüringen	2	1	0	1	2	0	0	0	1
Gesamt (n=314)	314	121	42	48	126	18	27	49	5
In Prozent	100,0 %	38,54 %	13,38 %	15,29 %	40,13 %	5,73%	8,60%	15,61 %	1,59%

Hinweis: Mehrfach-Nennungen waren möglich, rund 30% der Antwortenden nutzten die Option in dieser Kategorie in Freitextfeldern zu kommentieren.

Tabelle 16 – Gründe für Nicht-Beschäftigung von EX-IN nach Kategorien

	Begründung	N	In %
Vorgegebene Antworten	Keine Bewerbungen	131	26,9
	Kein EXIN-Kursangebot in der Region	47	9,7
	Zu wenig Information	56	11,5
Antwort mit Raum für Ausführungen	Finanzierung unklar	132	27,1
	Träger kein Interesse	21	4,3
	Sonstiges	123	25,7
	Andere Kooperationsformen	88	18,1
	Keine Angaben	17	3,5

Die Antwortoption „unklare Finanzierung“ wurde zudem ergänzt um

- „in Klärung“ Bei der Antwortoption „kein Kursangebot in der Region“ fand sich folgende Kommentierung:
- Zu wenig
- Neu, ab Herbst 2017
- Die Option der offenen Beantwortung wurde mehrfach genutzt. Dabei begründeten die Antwortenden das fehlende Trägerinteresse damit, dass
- „keine Einsatzmöglichkeiten bestehen“ (SpDi 006)
- „kein entsprechender Stellenplan vorliegt“ (SpDi 028)
- „kein Bedarf gesehen wird, Vermutung meinerseits“ (Stadtverwaltung 260)
- „da keine finanziellen Mittel zur Verfügung stehen“ (SpDi 078)
- „da sich bisher keiner zuständig fühlte“ (Klinik 117)
- da zu wenig Informationen und unklare Finanzierung (SpDi 136)
- „... Psychiatrie ein schwieriges Thema ist“ (Klinik 162)
- keine tarifliche Einordnung über Qualifizierung möglich, Einsetzung unklar (SpDi 199)
- Träger=Kreisverwaltung, Stellenbesetzung orientiert sich an Erfüllung gesetzlicher Pflichtaufgaben (SpDi 203)
- da das Einsatzgebiet für die Personengruppe nicht geeignet erscheint (329)
- „da 1 EX-IN Praktikantin und 1 ehrenamtliche Mitarbeiterin beide wegen Überlastung >Tätigkeit vorzeitig beendet haben“ (SPZ 306)
- da das Konzept zu unbekannt ist und es eine freiwillige Leistung darstellen würde
- weil bei einem Teil der Mitarbeiter wegen (1) unklarer Evidenz und (2) Befürchtung der Finanzierung zu Lasten des Personalbudgets der PsychPV-Berufsgruppen bestehen

Die Möglichkeit „Sonstiges“ auszuführen wurde ebenfalls angenommen, teils mit Mehrfach-Botschaften. Die folgenden Kommentierungen wurden sinngemäß geordnet und teilweise wiesen sie Überschneidungen mit dem Freitextfeld zur Abfrage bei mangelndem Trägerinteresse auf.

- Vakante Stelle/ Stellenschaffung in Arbeit
- unsere EX-IN hat gekündigt, die Stelle ist z.Zt. vakant
- die Anstellung eines EX-IN ist vorbereitet und wird aktuell geprüft
- Antrag auf Stelle läuft, ab Ende des Jahres Beschäftigung möglich
- Einstellung mit vier Wochenstunden in Kürze geplant, bisher Praktikum, ab 01.08.18 450€ Stelle
- Da unser EX-IN Praktikant seine Ausbildung noch nicht beendet hat.
- Bereits drei Praktika im Dienst, Anstellung ab 01.10.18 geplant
- ab August '18 macht bei uns ein EX-IN in Ausbildung Praktikum mit der Option auf Weiterbeschäftigung
- derzeit Praktikantin, ggf. Übernahme und Anstellung
- seit 2013 ca. acht bis zehn EX-IN Praktika
- EX-IN Praktikum, Einsatz als MA geplant, Finanzierung dann über PsychKHG
- Einstellung ist geplant im zweiten Halbjahr auf 450€ Basis, aus Projektmitteln finanziert
- weil bislang wenig GB in der Gegend leben, zwei davon sind leider oft krank. Praktika wurden ermöglicht
- Die Durchführung von EX-IN-Praktika wird mehrfach angegeben, da der Fokus der Arbeit auf EX-IN in Beschäftigungsverhältnissen liegt, wird dies hier als Erfahrungsraum angeführt, jedoch nicht in der Auswahl der Interviewtandems berücksichtigt.
- Fehlende Bewerbungen/ fehlende Passung der Bewerbungen
- weil die sich bisherig Bewerbenden sich eine Tätigkeit in der Akutpsychiatrie nicht zutrauten
- wir hatten eine Person zur Hospitation und haben uns darauf geeinigt, dass es nicht zur Zusammenarbeit kommt, der Bewerber wollte eine ausschließlich beratende Tätigkeit, dies konnten wir nicht leisten
- Stelle war explizit für EX-IN ausgeschrieben, keine Resonanz
- im hiesigen Raum (anonymisiert, Anm. d. Autorin) kaum bekannt, es dürfte keinen EX-IN geben, der irgendwo beschäftigt wäre
- z.Z. kein EX-IN-Begleiter in der Region und kein Ausbildungsangebot
- bisher zwei Bewerbungen, die aber für den stationären Bereich nicht in Frage kamen
- Andere Form von Peerarbeit/ Service User Involvement ist etabliert – teils im Ehrenamt

- bereits viele psychisch Kranke, die bei uns ehrenamtlich mitarbeiten
- anderer Peercounselor wurde eingestellt
- Kosten für EX-IN-Kurs als Hürde
- Kosten für Ausbildung müssen von Betroffenen selbst getragen werden
- keine Finanzierungsmöglichkeit der Ausbildung
- wir bezahlen ggf. die EX-IN Ausbildung
- Refinanzierung der Stelle als Hürde
- wenn die Finanzierung geklärt ist und geeignete Bewerber gefunden werden können, ist eine Zusammenarbeit sehr wünschenswert
- keine Genehmigung im Stellenplan durch Kostenträger
- weil beim Kostenträger keine entsprechenden Stunden beantragt wurden
- keine Planstellen/ organisatorische Einbettung nicht geregelt
- Bedenken wegen der fachlichen Eignung/ des Auftrags
- weil mein Vorgänger das Konzept nicht unterstützt hat
- Beratung bei Suizidgefahr
- kein Interesse seitens der Klinikleitung da Nutzen nicht hinreichend belegt
- (noch kein Konzept...) auch besteht in den Teams mangels Erfahrung Skepsis hinsichtlich des Einsatzes
- zu kleine Abteilung
- aufgrund der Größe der Wohngruppe und der personellen Besetzung (oft arbeitet man alleine) ist ein Einsatz nur begrenzt möglich
- weil es in der ambulanten Arbeit schwierig ist
- eine Beschäftigungsmöglichkeit gäbe es im SpDi, die Mitarbeiter befürchten jedoch die Nähe zu Patientenakten, so dass der Datenschutz nicht gesichert ist. Frage des Vertrauens zu ehemaligen Klienten des SpDi, die die EX-IN Ausbildung absolviert haben. Problem: Nähe-Distanz zw. Arzt u. ehemaligen Patienten, der als GB ausgebildet ist und arbeiten möchte
- erforderliche Qualifikation fehlt, Peer Group nicht umsetzbar
- AUFWAND: Bewerber zu instabil, hoher Aufwand der Begleitung
- weil Psychiatrie ein schwieriges Thema ist
- bisher zwei Praktika: einerseits fanden die Praktikanten die Belastung in einer stationären Einrichtung für sich sehr hoch, andererseits waren auch eine Reihe von Vorbehalten seitens der Bewohner den Praktikanten gegenüber, sich nicht von einem ebenfalls psychisch erkrankten Menschen unterstützen zu lassen
- Kommentierung mit Dienststellenbezeichnung, z.B. SpDi, Beratungsstelle, Rehaklinik
- eine Begleitung in der ambulanten Arbeit nicht gewährleistet werden kann
- als SpDi sind wir nicht wirklich am Genesungsprozess beteiligt
- Noch keine Auseinandersetzung/ kein Konzept/ zu wenig Information vorhanden

- weil wir die Klinik erst vor einem Jahr eröffnet haben und uns mit dem Thema noch nicht auseinandergesetzt haben
- noch kein Konzept für den Einsatz von EX-IN GB in unserem Wohnverbund (auch besteht in den Teams mangels Erfahrung Skepsis hinsichtlich des Einsatzes)
- Weil bis dato keine Praktika i. R. der Ausbildung in unseren Häusern erfolgten
- Kontakt zu EX-IN kam bisher nicht zustande, war bereits geplant
- solche Stellen sind im öffentlichen Dienst bisher nicht vorgesehen, da Verwaltung recht starr ist, braucht es sicherlich einen langen Vorlauf
- hier in der Einrichtung keine Stelle dafür frei ist
- weil in unserer Einrichtung nur Pflichtpraktika möglich sind, ein Bewerber, dieser hatte die Pflichtpraktika schon geleistet
- Tätigkeitsfelder und Inhalte unklar, keine freie Stelle
- noch nie davon gehört (für die Region), auch keine Info von der Psychiatriekoordinatorin
- Rechtliche Bedenken
- die Tätigkeit ist rechtl. nicht abgesichert (Verträge) und nicht finanziert
- weil nur Sozialarbeiter beschäftigt werden dürfen gemäß LV-LK
- seitens des Kostenträgers nicht erlaubt
- Sonstiges
- Bezirk Schwaben ist Kostenträger i.R. einer Pauschalförderung für EX-IN, in unseren Bezirkskliniken sind ebenfalls welche angestellt
- EX-IN-Kurse wurden in unserem Dienst durchgeführt
- wir beschäftigen eine Genesungsbegleiterin die auch SozPäd ist als SozPäd
- Kurse und formlose Zusammenarbeit finden statt!
- Es trotz Interesses zu keinem Kontakt gekommen ist
- eine Bewerbung, zu der Zeit jedoch keine freie Stelle

#### *1.2.4 Beschäftigung von EX-IN ist vorstellbar in folgenden Bereichen*

Bei Diensten, die bislang keine EX-IN beschäftigten, wurde abgefragt, in welchem Bereich eine Beschäftigung von EX-IN vorstellbar wäre, Mehrfachnennungen waren möglich. Nicht ganz ausgeschlossen werden kann, dass auch Dienststellen, die bereits EX-IN beschäftigen, hier antworteten. Es zeigen sich für ambulant aufsuchende mit 40,1% und ambulant beratende Tätigkeiten mit 33,8% die höchsten Zustimmungswerte, auch in der Angehörigenarbeit mit 28% und stationär begleitend mit 22,3% war dies vorstellbar. Für Fort- und

Weiterbildung mit 15,9% und nicht näher bezeichnetes Sonstiges mit 14 % kann von Zustimmung zum Einsatz ausgegangen werden. Keine Angabe, in welchem Bereich für sie eine Betätigung von EX-IN vorstellbar wäre, machten 22,6% der Antwortenden. In der Übersicht nach Bundesländern ist folgende Verteilung zu erkennen:

Tabelle 17 – Beschäftigung von EX-IN vorstellbar (Bauer 2023, S. 4)

Bundesland/ vorstellbare Bereiche der Be- schäftigung von EXIN	stationär begleitend	ambulant aufsuchend,	ambulant beratend	Angehörigen- arbeit	Fort- / Weiter- bildung	Sonstiges	k. A.
Baden-Württemberg	3	2	1	1	1	0	2
Bayern	10	22	18	12	6	10	12
Berlin	2	10	9	9	3	2	1
Brandenburg	2	5	4	2	3	1	1
Bremen	0	1	1	0	1	1	1
Hamburg	1	4	3	2	1	0	0
Hessen	2	4	6	6	3	0	3
Mecklenburg- Vorpommern	2	8	5	4	2	2	7
Niedersachsen	12	17	21	14	9	8	11
Nordrhein-West- falen	13	28	21	20	11	4	13
Rheinland-Pfalz	9	13	7	6	5	8	9
Saarland	3	2	1	0	0	1	0
Sachsen	8	4	5	7	3	5	5
Sachsen-Anhalt	1	2	0	0	0	0	0
Schleswig-Hol- stein	1	4	4	4	2	2	4
Thüringen	1	0	0	1	0	0	2
Gesamt (n=314)	70	126	106	88	50	44	71
In %	22,3	40,1	33,8	28,0	15,9	14,0	22,6

### 1.2.5 Daten zur aktuellen und bereits erfolgten Beschäftigung von EX-IN

Zur Erfassung der Beschäftigung von EX-IN wurde wie oben beschrieben erfragt, wie viele EX-IN insgesamt bereits an der jeweiligen Dienststelle beschäftigt wurden und wie viele EX-IN genau zum Zeitpunkt der Befragung beschäftigt waren. Dies diente der Darstellung der tatsächlich zum Zeitpunkt aktiven Beschäftigungsverhältnisse einerseits und andererseits zur Darstellung der Zahl der Dienste in denen mit EX-IN gearbeitet wird und schon wurde, in denen also bereits Erfahrungen vorhanden sind. Aus der Datenerhebung der 171 Dienststellen die insgesamt bereits EX-IN beschäftigten, und den 147 Dienststellen, die zum Zeitpunkt der Befragung angaben, EX-IN zu beschäftigen wurde eine Gesamtzahl von 241 zum Befragungszeitraum beschäftigten EX-IN angegeben, bei 328 Beschäftigungsverhältnissen insgesamt. (Ausgenommen sind weiterhin ehrenamtliche Betätigung und Praktika)

Dies zeigt, dass an einigen Dienststellen mehrere EX-IN angestellt sind. Auch sind hier wieder deutliche regionale Unterschiede zu erkennen, während in neun Bundesländern zweistellige Beschäftigungszahlen vorzufinden sind und in fünf Bundesländern Dienststellen mit Anstellung von EX-IN ebenfalls Zweistelligkeit erreichen, so sind aus zwei Bundesländern keine Daten zur Beschäftigung von EX-IN eingegangen.

Tabelle 18 – Beschäftigung von EX-IN nach Bundesländern

Bundesland/ Beschäftigung von EXIN	Dienste, die EXIN-beschäftigen oder beschäftigt haben	Dienststellen, die aktuell EXIN beschäftigen	Zahl der aktuell beschäftigten EXIN	insgesamt bereits beschäftigte EXIN	Dienste bislang ohne EXIN
Baden-Württemberg	9	8	14	16	4
Bayern	55	47	62	88	57
Berlin	6	6	11	12	16
Brandenburg	5	3	5	9	8
Bremen	7	7	17	33	3
Hamburg	9	9	13	18	4
Hessen	10	9	25	31	11
Mecklenburg-Vorpommern	3	3	5	7	21
Niedersachsen	15	13	15	21	53

Nordrhein-Westfalen	32	28	47	57	60
Rheinland-Pfalz	6	6	14	20	37
Saarland	0	0	0	0	3
Sachsen	12	6	8	10	24
Sachsen-Anhalt	1	1	1	1	2
Schleswig-Holstein	1	1	4	5	9
Thüringen	0	0	0	0	2
Gesamt (n=485)	171	147	241	328	314
In %	35,26%	30,31%	---	---	64,74%

### 1.2.6 Dienststellen mit EX-IN in aktuellen Beschäftigungsverhältnissen

Die Anstellung von EX-IN erfolgt mit 75,2% überwiegend in komplementären Diensten, mit 22,4% in Kliniken und mit nur 0,6% an Behörden sowie an sonstigen Stellen mit 1,9%. Dabei ist zu erkennen, dass EX-IN in zehn Bundesländern sowohl in komplementären Diensten als auch in Kliniken beschäftigt sind; in drei Bundesländern wurden Angaben zu EX-IN in komplementären Diensten, nicht aber in Kliniken gemacht und nur einmal sind EX-IN in der Klinik ohne parallel in komplementären Diensten zu erscheinen. Dies mag ein Hinweis auf die Richtung sein, in der Peearbeit sich verbreitet und Akzeptanz findet. Zumindest jedoch verdeutlichen diese Ergebnisse die Rolle der komplementären Dienste in der Etablierung von EX-IN, die sich in der S3-Leitlinie der DGPPN wiederfindet (DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, 2019, S. 88).

Tabelle 19 – Art der Dienststellen mit EX-IN-Beschäftigung nach Bundesländern

Bundesland/ Art der Dienststelle in der EXIN beschäftigt wurden/ sind	in Behörde in %	in komplement- ärem Dienst in %	in Kliniken in %	Sonstiges in %
Baden-Württemberg	0,0	77,8	22,2	0,0
Bayern	0,0	79,2	20,8	0,0
Berlin	0,0	83,3	16,7	0,0
Brandenburg	0,0	80,0	20,0	0,0
Bremen	0,0	85,7	14,3	0,0
Hamburg	0,0	77,8	22,2	0,0

Hessen	0,0	90,0	10,0	0,0
Mecklenburg-Vorpommern	0,0	33,3	0,0	66,7
Niedersachsen	0,0	69,2	30,8	0,0
Nordrhein-Westfalen	0,0	60,0	36,7	3,3
Rheinland-Pfalz	16,7	66,7	16,7	0,0
Saarland	0,0	0,0	0,0	0,0
Sachsen	0,0	100,0	0,0	0,0
Sachsen-Anhalt	0,0	100,0	0,0	0,0
Schleswig-Holstein	0,0	0,0	100,0	0,0
Thüringen	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt (n=171)	0,6	75,2	22,4	1,9

In der Betrachtung der Stellenverteilung in den Bundesländern zeigen sich wenige Abweichungen, lediglich in Mecklenburg-Vorpommern war eine Zuordnung zur Kategorie Sonstige Dienststellen vorzufinden, in Sachsen und Sachsen-Anhalt zeigt die Übersicht eine Verortung von 100% der Stellen in komplementären Diensten und umgekehrt in Schleswig-Holstein zu 100% in Kliniken: allerdings sind hier Fallzahlen von ein bis acht Stellen zu berücksichtigen.

Die Erfassung aller bisher beschäftigten EX-IN in Kontrastierung zu den Daten aus der Abfrage von zum Befragungszeitpunkt angestellten EX-IN, erlaubt den Rückschluss einer Zunahme des Beschäftigungsanteils in Kliniken:

Tabelle 20 – Beschäftigung von EX-IN nach Art der Dienststelle

Beschäftigung von EX-IN/ Art der Dienststelle	Behörde absolut	Behörde in %	Dienste absolut	Dienste in %	Klinik absolut	Klinik in %	Sonstiges absolut	Sonstiges in %
Zahl EX-IN-Beschäftigte 2018 (n=241)	1	0,4%	175	72,6%	60	24,9%	5	2,1%
Zahl aller EX-IN-Beschäftigten insgesamt (n=328)	1	0,3%	243	74,1%	78	23,8%	6	1,8%

### 1.2.7 Erfahrungszeiträume in den Bundesländern mit der Beschäftigung von EX-IN

Ein erster Überblick zeigt, dass in Deutschland zum Zeitpunkt der Befragung (2018) Erfahrungen mit der Beschäftigung von EX-IN in den Dienststellen in Zeiträumen von weniger als einem Jahr (der Befragungszeitpunkt war Mitte 2018) bis hin zu 18 Jahren vorliegen. In Rheinland-Pfalz und Bremen werden EX-IN bereits seit mehr als 15 Jahren beschäftigt, der Durchschnitt lag zum o.g. Zeitpunkt bei einem Zeitraum von ein bis drei Jahren. Markiert sind darüber hinaus die anhand der Datenlage vorhandenen Angaben zur ersten Beschäftigung von EX-IN im jeweiligen Bundesland:

Tabelle 21 – Erfahrungszeiträume mit EX-IN in Jahren nach Bundesländern

Bundesländer/ EXIN werden be- schäftigt seit	2000–2002 >15 Jahre	2003–2005 13–15 Jahre	2006–2008 10–12 Jahre	2009–2011 7–9 Jahre	2012–2014 4–6 Jahre	2015–2017 1–3 Jahre	2018 eingestellt >1 Jahr	Ohne Angabe	Gesamt
Baden-Württemberg	0	0	0	1	3	4	0	1	9
Bayern	0	0	0	0	16	34	1	2	53
Berlin	0	0	0	1	2	2	1	0	6
Brandenburg	0	0	0	1	2	1	1	0	5
Bremen	1	1	0	1	0	4	0	0	7
Hamburg	0	0	0	1	5	2	0	1	9
Hessen	0	0	0	1	3	5	0	1	10
Mecklenburg- Vorpommern	0	0	0	0	0	2	1	0	3
Niedersachsen	0	0	0	0	1	11	1	0	13
Nordrhein-West- falen	0	0	1	3	8	14	3	1	30
Rheinland-Pfalz	2	0	0	0	1	3	0	0	6
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	0	0	0	0	4	1	2	1	8
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Schleswig-Hol- stein	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Thüringen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	3	1	1	9	45	85	10	7	161

Zwischen 2009 und 2011 hat eine signifikante Zahl von Bundesländern erstmals EX-IN beschäftigt, insgesamt ist, wie oben bereits angedeutet, tendenziell eine Zunahme der Beschäftigungszahlen festzustellen, wobei die Befragung Mitte 2018 stattfand und hier somit nicht alle der 2018 begonnenen Beschäftigungen erfasst werden konnten. Diese Tendenz lässt die Vermutung zu, dass die Erfahrungen mit EX-IN als positiv erlebt wurden. Zugleich ist in Bayern, NRW und Niedersachsen zwischen 2012 und 2027 eine deutliche Zunahme in der Anzahl der EX-IN-Beschäftigten zu verzeichnen, dies sind auch die Länder mit der höchsten Anzahl der beschäftigten EX-IN unter den Antwortenden.

### 1.2.8 Angaben zur Beschäftigung von EX-IN – Dauer der Beschäftigungsverhältnisse

Rund 70% der Antwortenden geben eine durchschnittliche Beschäftigungsdauer von mehr als einem Jahr an. Bei über 50% der EX-IN liegt die durchschnittliche Beschäftigungsdauer bei mehr als zwei Jahren.

Anmerkung: Bei drei Antwortbögen gab es Doppelmeldungen bei der Angabe zur durchschnittlichen Beschäftigungsdauer, hier wurde jeweils der niedrigere Wert angenommen. Zudem gibt es eine Abweichung um eine Angabe, so dass gesamt nur über 240 Stellen berichtet werden kann.

Tabelle 22 – Dauer der Beschäftigungsverhältnisse nach Bundesländern

Bundesländer/ Dauer der Beschäftigung	<6Mon	<1Jahr	<2Jahre	>2Jahre	Ohne Angabe
Baden-Württemberg	0	0	4	9	1
Bayern	3	14	15	22	11
Berlin	1	2	2	5	1
Brandenburg	0	0	0	5	2
Bremen	0	2	2	5	1
Hamburg	0	0	2	9	1
Hessen	0	2	1	22	1
Mecklenburg-Vorpommern	0	4	0	1	0
Niedersachsen	1	5	5	3	1
Nordrhein-Westfalen	3	6	13	21	3
Rheinland-Pfalz	1	0	0	13	0
Saarland	0	0	0	0	0

Sachsen	2	0	2	4	2
Sachsen-Anhalt	0	0	1	0	0
Schleswig-Holstein	0	0	0	4	0
Thüringen	0	0	0	0	0
Gesamt(n=240)	11	35	47	123	24
In %	4,6%	14,6%	19,6%	51,3%	10,0%

Mit einer Beschäftigungsdauer von über einem Jahr ist von einer erfolgreichen Implementation von EX-IN im Team auszugehen, übliche Probezeiten bei Neueinstellung betragen selten mehr als sechs Monate. Die Fortführung der Beschäftigung deutet auf beiderseitiges Einverständnis bezüglich der Erwartungen an Stelle und Stelleninhabende hin, möglicherweise auch in Bezug auf die Stabilität in den erwarteten Leistungen und Effekten für die Beteiligten. Zudem lässt sich an weiteren Einstellungen von EX-IN über die Jahre auf positive Erfahrungen in jenen Ländern schließen.

In komplementären Diensten zeigt sich ein Wert von 31,6% für die durchschnittliche Betätigungsdauer von mehr als einem Jahr bis zu zwei Jahren zum Befragungszeitpunkt; für mehr als zwei Jahre ergibt sich ein Wert von 52,9%. Bei Kliniken ist der Wert für die durchschnittliche Betätigung von mehr als einem Jahr bis zu zwei Jahren bei 38,3%, für mehr als zwei Jahre ergibt sich ein Wert von 48,3%, bei geringfügig unterschiedlicher Quote in der Kategorie ohne Angabe (komplementäre Dienste 10,9%, Kliniken 8,3%). Hier zeigen sich also nur geringfügige Unterschiede zwischen den Dienstarten, was die Aussicht auf längerfristige Arbeitsverhältnisse angeht. Die Ergebnisse hier sind als Momentaufnahme zu betrachten; wie in Tabelle 13 dargestellt, ist eine erhebliche Anzahl an Beschäftigungsverhältnissen erst in den Jahren 2015-2017 neu hinzugekommen. Dennoch zeichnet sich hier eine Tendenz hin zu längerfristigen Beschäftigungsverhältnissen ab. Begrenzende Faktoren wie die Finanzierung über Projektmittel werden unten beleuchtet.

Tabelle 23 – Dauer der Beschäftigungsverhältnisse von EX-IN nach Art der Dienststelle

Art des Dienstes/ durchschnittliche Dauer der Betäti- gung (in %)	<6Mon	<1Jahr	<2Jahre	>2Jahre	Ohne An- gabe	Gesamt
Behörde	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Dienst	4,6%	12,6%	19,0%	52,9%	10,9%	100,0%

Klinik	5,0%	15,0%	23,3%	48,3%	8,3%	100,0%
Sonstiges	0,0%	80,0%	0,0%	20,0%	0,0%	100,0%

### 1.2.9 Beschäftigung von EX-IN: Übersicht über die Befristung von EX-IN Stellen

Insgesamt sind 50,9% der Stellen als unbefristet angegeben, 9,3% der Antwortenden machten keine Angaben. Die Handhabung in den Bundesländern ist sehr unterschiedlich, die Zahl unbefristeter Stellen variiert zwischen 22,2% und 77,8%.

Tabelle 24 – Angaben zur Befristung der Beschäftigungsverhältnisse von EX-IN nach Bundesländern

Bundesländer/ Angaben zu Befristung	Dienststellen gesamt	Einstellung mit Befristung		Einstellung ohne Befristung		Ohne Angabe	
		in %	in %	in %	in %		
Baden-Württemberg	9	5	55,6%	2	22,2%	2	22,2%
Bayern	53	23	43,4%	30	56,6%	0	0,0%
Berlin	6	3	50,0%	2	33,3%	1	16,7%
Brandenburg	5	2	40,0%	3	60,0%	0	0,0%
Bremen	7	4	57,1%	2	28,6%	1	14,3%
Hamburg	9	1	11,1%	7	77,8%	1	11,1%
Hessen	10	2	20,0%	7	70,0%	1	10,0%
Mecklenburg-Vorpommern	3	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0%
Niedersachsen	13	5	38,5%	7	53,8%	1	7,7%
Nordrhein-Westfalen	30	12	40,0%	14	46,7%	4	13,3%
Rheinland-Pfalz	6	1	16,7%	4	66,7%	1	16,7%
Saarland	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Sachsen	8	3	37,5%	2	25,0%	3	37,5%
Sachsen-Anhalt	1	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Schleswig-Holstein	1	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Thüringen	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gesamt	161	64	39,8%	82	50,9%	15	9,3%

In komplementären Diensten sind 47,1% der Stellen unbefristet (bei 10,7% Enthaltungen), wohingegen EX-IN-Stellen in Kliniken zu 63,9% unbefristet sind (bei 5,6% Enthaltungen). Dieser Unterschied mag bedeutsam sein für die Wahl der Stelle, wenn auch die individuelle Passung für die gegenseitige Zufriedenheit mit der Betätigung das ausschlaggebende Kriterium zu sein scheint. Befristungen hingegen bieten den Arbeitgebenden Sicherheit bezüglich einer Testmöglichkeit hinsichtlich einer Passung der Beschäftigten sowie die Möglichkeit wirtschaftlicher Steuerungsmaßnahmen. Für die angestellte Person jedoch bedeutet eine Befristung über die Unsicherheit während der üblichen Probezeit hinaus eine weitere Unsicherheit über die Fortführung der Beschäftigung. Hinzu kommt die Sorge vor dem Jobverlust, was die positiven Effekte von Arbeit deutlich schmälert. Gemäß §38 SGBIII hat sich die angestellte Person mindestens drei Monate vor dem Ende des Arbeitsvertrags bei der Arbeitsagentur als arbeitssuchend zu melden (§38 SGB III Abs. 1), was zudem einen zusätzlichen behördlichen Aufwand mit sich bringt.

Tabelle 25 – Befristung der Beschäftigung von EX-IN nach Art der Dienststellen

Art des Dienstes/ Angaben zu Befristung	befristet		unbefristet		Ohne Angabe		Gesamt
		in%		in%		in %	
Behörde	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1
Dienst	51	42,1%	57	47,1%	13	10,7%	121
Klinik	11	30,6%	23	63,9%	2	5,6%	36
Sonstiges	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0%	3
Gesamt	64		82		15		161

### 1.2.10 Konstellationen der Beschäftigung von EX-IN

Mit den folgenden Items wurden Teamgrößen, aber auch Einsatzfelder von EX-IN erfasst. Hier waren Mehrfachnennungen möglich, die Gesamtheit der Dienste, die EX-IN beschäftigen ist n=161, die Zahl der Angaben zu den beschriebenen Fragestellungen beträgt dagegen n=179, dies erklärt sich mit teils

mehreren EX-IN im Dienst, die in verschiedenen Konstellationen und Teams aktiv sind:

Der Einsatz von EX-IN findet zu 35,8% in Teams mit mehr als zehn Personen statt. In Teams von sechs bis neun Personen arbeiten 24% der EX-IN, fast ebenso viele in kleinen Teams mit ein bis fünf Kolleginnen\* und Kollegen zusammen. 7,8% kommen in mehreren Teams zum Einsatz, Einzelstellen/ Stabstellen werden nur von 5% der EX-IN besetzt. Der Einsatz in mehreren Teams scheint in Baden-Württemberg mit 27,3% am häufigsten praktiziert zu werden, wohingegen Einzel- oder Stabsstellen nur aus sechs Bundesländern berichtet werden:

Tabelle 26 – Größe des Teams mit EX-IN nach Bundesländern

Bundesland/ Teamgröße von EXIN	>10Pers	6-9Pers	1-5Pers	Einzel-/ Stabstelle	Einsatz in mehreren Teams	Ohne Angabe
Baden-Württemberg	36,4%	0,0%	27,3%	9,1%	27,3%	0,0%
Bayern	32,7%	40,0%	16,4%	0,0%	7,3%	3,6%
Berlin	42,9%	0,0%	42,9%	0,0%	14,3%	0,0%
Brandenburg	20,0%	20,0%	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bremen	50,0%	10,0%	30,0%	10,0%	0,0%	0,0%
Hamburg	54,5%	27,3%	0,0%	9,1%	9,1%	0,0%
Hessen	41,7%	33,3%	16,7%	0,0%	8,3%	0,0%
Mecklenburg- Vorpom- mern	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	66,7%
Niedersachsen	30,8%	7,7%	46,2%	7,7%	7,7%	0,0%
Nordrhein-Westfalen	44,1%	17,6%	20,6%	11,8%	5,9%	0,0%
Rheinland-Pfalz	33,3%	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%	0,0%
Saarland	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sachsen	0,0%	37,5%	62,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Sachsen-Anhalt	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Schleswig-Holstein	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Thüringen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt (n=179)	35,8%	24,0%	25,1%	5,0%	7,8%	2,2%

Nach Dienstarten geordnet zeigt sich der Einsatz von EX-IN in komplementären Diensten eher gleichmäßig verteilt in den unterschiedlichen Teamgrößen

und nur 3,8% arbeiten in Einzel-/ Stabsstellen sowie 9,8% mit Einsätzen in mehreren Teams. In Kliniken dagegen erfolgt der Einsatz überwiegend in größeren Teams und wird mit 66,7% angegeben – der Personalstruktur von Stationen entsprechend. Hier findet kaum teamübergreifende Betätigung statt (2,4%) in kleineren Teams mit sechs bis neun oder eins bis fünf Personen sind jeweils 11,9% der EX-IN tätig, in Einzel-/ oder Stabsstellen sind 7,1% der EX-IN beschäftigt.

Tabelle 27 – Größe von Teams mit EX\_IN nach Art der Dienststelle

Art des Dienstes/ Teamgröße	>10 Personen	6–9 Personen	1–5 Personen	Einzel-/ Stabstelle	in mehreren Teams	Ohne Angabe
Behörde	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Dienst	27,1%	27,8%	29,3%	3,8%	9,8%	2,3%
Klinik	66,7%	11,9%	11,9%	7,1%	2,4%	0,0%
Sonstiges	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%
Gesamt (n=179)	35,8%	24,0%	25,1%	5,0%	7,8%	2,2%

In der Gesamtbetrachtung zeigt sich eine deutliche Präferenz bei der Beschäftigung in größeren Teams mit sechs und mehr Personen, mit einer Tendenz zu relativ großen Teams (im Kliniksetting). Dies lässt eine stark multiprofessionelle Struktur mit einer erheblichen Zahl verschiedener Berufsgruppen und deren professionsspezifischen Perspektiven vermuten, die von der EX-IN-Perspektive ergänzt werden.

### 1.2.11 Übersicht zu den Einsatzfeldern für EX-IN

Die Einsatzfelder wurden differenziert erfragt, dabei waren Mehrfachnennungen möglich, darüber hinaus nutzten einige das Feld um die Angebote von EX-IN zu kommentieren, was weitere Potentiale sichtbar werden lässt. Im Feld „Sonstiges“ verbleiben nur jene Angaben, die nicht zu den gebotenen Kategorien zugeordnet werden konnten. Beratungsangebote wurden mit 41,6% als häufigstes Einsatzfeld genannt, dann folgten aufsuchend/ ambulante Angebote mit 34,2% und begleitend/ stationäre Angebote mit 31,1%.

Die Unterschiede in der Verteilung der Einsatzfelder in den Bundesländern ist bemerkenswert: Für angehende EX-IN bedeutet dies sehr unterschiedliche Bedingungen für mögliche Einsatzfelder und zeigt zudem ein hohes Maß an Pionierarbeit in den unterschiedlichen Settings. Während in Hamburg 88,9% der EX-IN in Beratungsstellen eingesetzt sind, ist in Bayern die Verteilung über begleitend/ stationäre, aufsuchend/ ambulante, Beratungs- und Beschäftigungsangebote eher homogen. In zwölf Bundesländern werden EX-IN in begleitend/ stationären Kontexten eingesetzt, ebenso in Beratungsangeboten und Beschäftigungsangeboten. In zehn Bundesländern sind EX-IN in aufsuchend/ ambulanten Diensten beschäftigt. Neun Bundesländer bringen EX-IN in der Angehörigenarbeit zum Einsatz. In sieben Bundesländern wurden EX-IN in Fort- und Weiterbildungsangeboten angeeignet, in sechs Bundesländern fanden sich EX-IN-Trainerinnen\* und -Trainer.

Tabelle 28 – Einsatzfelder von EX-IN nach Bundesländern

Bundesländer/ Einsatzfelder von EXIN	Begleitend/ stationär	aufsuchend/ ambulant	Beratungsangebot	Beschäftigungsangebot	Angehörigenarbeit	EXIN-Trainer/-Trainerin *	Fort- und Weiterbildung	Sonstiges	k. A.
Baden-Württemberg	44,4%	33,3%	33,3%	11,1%	0,0%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Bayern	24,5%	34,0%	32,1%	26,4%	5,7%	7,5%	7,5%	15,1%	1,9%
Berlin	33,3%	0,0%	50,0%	16,7%	16,7%	0,0%	16,7%	16,7%	0,0%
Brandenburg	40,0%	0,0%	20,0%	40,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bremen	42,9%	57,1%	57,1%	28,6%	14,3%	14,3%	28,6%	14,3%	0,0%
Hamburg	11,1%	11,1%	88,9%	11,1%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hessen	20,0%	50,0%	50,0%	40,0%	20,0%	20,0%	10,0%	30,0%	0,0%
Mecklenburg-Vorpommern	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%
Niedersachsen	38,5%	38,5%	23,1%	38,5%	15,4%	0,0%	7,7%	15,4%	0,0%
Nordrhein-Westfalen	46,7%	40,0%	53,3%	10,0%	16,7%	3,3%	20,0%	6,7%	3,3%
Rheinland-Pfalz	33,3%	66,7%	33,3%	33,3%	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%	0,0%
Saarland	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sachsen	12,5%	25,0%	50,0%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%
Sachsen-Anhalt	0,0%	0,0%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Schleswig-Holstein	100%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Thüringen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt (n=161)	31,1%	34,2%	41,6%	23,0%	10,6%	6,2%	9,9%	13,0%	1,9%

Differenziert nach Dienstarten bietet sich ein Überblick über Einsatzfelder, der mit erkennbaren Lücken auch Potentiale für den Ausbau aufzeigen kann: so sind 17,4% der EX-IN aus komplementären Diensten begleitend/ stationärer Behandlung im Einsatz und 16,7% der EX-IN an Kliniken sind im Einsatz aufsuchend/ ambulant. Die Übergänge zwischen Angeboten ambulanter und stationärer Hilfen bedeuten neben dem Wechsel des Settings den Verlust vertrauter Personen. Die Gestaltung von Übergängen und Konstanz in der Begleitung ist ein häufig geäußertes Wunsch von Menschen mit Hilfebedarfen: Auch für den Einsatz von EX-IN kann es eine potentielle (Teil-)Aufgabe darstellen, Kontinuität zu schaffen.

Tabelle 29 – Einsatzfelder von EX-IN nach Art der Dienststelle

Art des Dienstes/ Einsatzfelder von EXIN	Begleitend/ stationär	aufsuchend/ ambulant	Beratungsangebot	Beschäftigungsangebot	Angehörigenarbeit	EX-IN-Trainer/-Trainerin*	Fort-/ Weiterbildung	Sonstiges	k. A.
Dienst	17,4%	39,7%	44,6%	26,4%	9,1%	8,3%	9,9%	14,0%	1,7%
Klinik	80,6%	16,7%	33,3%	13,9%	16,7%	0,0%	11,1%	8,3%	0,0%
Sonstiges	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%
Gesamt (n=161)	31,1%	34,2%	41,0%	23,0%	10,6%	6,2%	9,9%	13,0%	1,9%

Zu den Angaben in der Kategorie „Sonstiges“ wurden folgende Betätigungsfelder für EX-IN gesammelt und hier angeführt, um die Unterschiedlichkeit und Vielfalt zu repräsentieren. Zu beachten ist, dass regionale Unterschiede in den Bezeichnungen vorhanden sind und teils unterschiedliche Kontexte mit sich bringen, so dass eine strikte Zuordnung als nicht sinnvoll erscheint. Als weitere Einsatzfelder wurden benannt:

- Tagesstätte
- Gruppenangebot mit und ohne Einzelfallarbeit
- Krisendienst
- Therapeutischer Tiergarten
- Vertrauens- und Beschwerdestelle
- Teilstationäres Setting
- Bereich Arbeit und Berufs-/ Jobcoach

- Erwachsenenbildung/ Fortbildung
- Freizeitangebote
- Hilfeplanerstellung
- Kontaktangebot
- Moderation Netzwerkgespräche
- Nachtcafé
- Öffentlichkeitsarbeit
- Fallbesprechungen
- Projektarbeit
- Schlafbereitschaft

Die Übersicht zu den Einsatzfeldern lässt überdies erkennen, dass 43,5% der Einrichtungen EX-IN in zwei und mehr Bereichen einsetzen. Das Spektrum an gesammelten Erfahrungen, aber auch die Anzahl an Kontakten mit Service Usern der Dienste ebenso wie mit Teamkolleginnen\* und -kollegen ist somit entsprechend erweitert:

Tabelle 30 – Anzahl der Einsatzbereiche von EX-IN nach Bundesländern

Bundesland/ Anzahl der Einsatzbereiche	1 Bereich	2 Bereiche	3 Bereiche	>3 Bereiche	k. A.
Baden-Württemberg	77,8%	11,1%	11,1%	0,0%	0,0%
Bayern	58,5%	32,1%	3,8%	3,8%	1,9%
Berlin	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Brandenburg	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bremen	42,9%	14,3%	14,3%	28,6%	0,0%
Hamburg	77,8%	11,1%	11,1%	0,0%	0,0%
Hessen	30,0%	20,0%	40,0%	10,0%	0,0%
Mecklenburg-Vorpommern	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%
Niedersachsen	53,8%	23,1%	23,1%	0,0%	0,0%
Nordrhein-Westfalen	36,7%	30,0%	20,0%	10,0%	3,3%
Rheinland-Pfalz	50,0%	16,7%	16,7%	16,7%	0,0%
Saarland	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sachsen	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sachsen-Anhalt	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Schleswig-Holstein	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Thüringen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt (n=161)	54,7%	26,1%	11,8%	5,6%	1,9%
		Summe 43,5%			

### 1.2.12 Übersicht über die Finanzierung der EX-IN-Stellen

Für EX-IN-Stellen eingebrachte Mittel aus dem Europäischen Sozialfond wurden teils bei Projektmitteln, teils bei Sonstigem dokumentiert, dies wurde wie angegeben übernommen. In manchen Dienststellen wurden unterschiedliche Angaben zu Mischfinanzierungen, Zuschüssen und/ oder verschiedenerlei Finanzierungsmodalitäten genannt, so ergibt sich n=180 bei einer Gesamtheit von 161 Dienststellen. Die Finanzierung erfolgt mit 62,2% über die Regelfinanzierung, Projekt/ Spendenfinanzierung wurde für 14,4% der Stellen, spezielle Leistungsvereinbarungen mit den Kostenträgern waren nur in 8,3% bzw. in sechs Bundesländern angegeben. Mit 12,8% sonstiger Finanzierungen und 2,2% ohne Angabe bleiben 15% unklar.

Regionale Unterschiede sind auch hier zu finden: Während in Niedersachsen 84,6% der Stellen regelfinanziert sind, so ist dies in Bremen nur bei 46,2% der Stellen der Fall. Projektmittel- oder spendenfinanzierte Stellen finden für mehr als 14% der EX-IN Stellen Anwendung. Dies hat zur Folge, dass durch die Natur der Fristgebundenheit von Projekten und den nicht planbaren Eingang von Spenden Arbeitsplatzunsicherheit besteht. Beim Einsatz von Projektmitteln sind Anschlussfinanzierungen nur in Einzelfällen möglich, eine Verstetigung der Stellen ist damit nicht gewährleistet.

Tabelle 31 – Finanzierung der EX-IN Stellen in den Bundesländern

Bundesland/ Finanzierung EXIN-Stellen	Regelfinanzierung	Projektmittel/ Spenden	Spezif. Leistungsvereinbarung	Sonstiges	k.A.
Baden-Württemberg	50,0%	25,0%	16,7%	8,3%	0,0%
Bayern	68,4%	8,8%	14,0%	3,5%	5,3%
Berlin	50,0%	25,0%	0,0%	25,0%	0,0%
Brandenburg	60,0%	20,0%	0,0%	20,0%	0,0%
Bremen	46,2%	30,8%	7,7%	15,4%	0,0%
Hamburg	80,0%	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%
Hessen	60,0%	20,0%	0,0%	10,0%	10,0%
Mecklenburg-Vorpommern	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%
Niedersachsen	84,6%	7,7%	7,7%	0,0%	0,0%
Nordrhein-Westfalen	63,6%	12,1%	6,1%	18,2%	0,0%
Rheinland-Pfalz	66,7%	0,0%	16,7%	16,7%	0,0%
Saarland	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sachsen	37,5%	25,0%	0,0%	37,5%	0,0%
Sachsen-Anhalt	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Schleswig-Holstein	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Thüringen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Gesamt (n=161)	62,2%	14,4%	8,3%	12,8%	2,2%
----------------	-------	-------	------	-------	------

Bei Betrachtung der Verteilung der Finanzierungsarten auf die Art der Dienststellen zeigt sich, dass eine Refinanzierung über Projektmittel/ Spenden mehr als doppelt so häufig von komplementären Dienststellen genutzt wird, wie in Kliniken. Zugleich sind spezielle Leistungsvereinbarungen dort mit 9,4% ebenfalls fast doppelt so oft vorzufinden wie in Kliniken.

Tabelle 32 – Finanzierung der EX-IN Stellen nach Art der Dienststelle

Art des Dienstes/ Finanzierung relativ	Regelfinanzierung	Projektmittel/ Spenden	Spezif. Leistungsvereinbarung	Sonstiges	k. A.
Behörde	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Dienst	58,0%	15,9%	9,4%	13,8%	2,9%
Klinik	78,9%	7,9%	5,3%	7,9%	0,0%
Sonstiges	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%
Summe	62,2%	14,4%	8,3%	12,8%	2,2%

### 1.2.13 Übersicht über den Umfang der Beschäftigung

Für die Abfrage des Umfangs der Beschäftigungsverhältnisse wurden folgende Auswahlmöglichkeiten angeboten:

- Stundenweise Beschäftigung
- Bis zu 450€ und damit unterhalb der Sozialversicherungspflicht 2018
- Teilzeit mit bis zu 15 Wochenstunden
- Teilzeit mit 16–30 Wochenstunden
- Vollzeitnahe Tätigkeit ab mehr als 30 Wochenstunden.

Bei den Angaben zu Stellenumfang der Betätigung fanden sich mehr Angaben (n=271) als aktuell beschäftigte EX-IN (n=242) vermerkt waren. Zu erklären ist dies entweder, mit Angaben über variierende Stellenumfänge oder aber mit der Angabe aus allen, also auch vergangenen Beschäftigungsverhältnissen. Daher werden nur die relativen Häufigkeiten angegeben. Als bemerkenswertes

Ergebnis festzuhalten ist, dass rund 48% der Stellen sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse sind. Auffällig sind die Unterschiede zwischen den Bundesländern: Während in Baden-Württemberg über 75% der Stellen ohne Sozialversicherungspflicht bestehen, haben EX-IN in anderen Bundesländern gute Chancen auf Beschäftigungsverhältnisse, die unter anderem, Rentenpunkte einbringen.

Tabelle 33 – Umfang der Beschäftigungsverhältnisse nach Bundesländern (Bauer 2023, S. 6)

Bundesland/ Stundenumfang EXIN	Stunden-weise	Bis 450€ (Minijob 2018)	Teilzeit bis 15h/ Woche	Teilzeit 16–30h /Woche	Teilzeit >30h/ Woche bis Vollzeit	Beschäftigung in Sozialversicherungspflicht
Baden-Württemberg	35,3%	41,2%	5,9%	11,8%	5,9%	23,5%
Bayern	18,3%	49,3%	22,5%	7,0%	2,8%	32,4%
Berlin	27,3%	9,1%	9,1%	54,5%	0,0%	63,6%
Brandenburg	0,0%	20,0%	20,0%	60,0%	0,0%	80,0%
Bremen	12,5%	20,8%	4,2%	29,2%	33,3%	66,7%
Hamburg	14,3%	57,1%	14,3%	14,3%	0,0%	28,6%
Hessen	11,1%	29,6%	22,2%	25,9%	11,1%	59,3%
Mecklenburg-Vorpommern	22,2%	44,4%	33,3%	0,0%	0,0%	33,3%
Niedersachsen	0,0%	37,5%	25,0%	25,0%	12,5%	62,5%
Nordrhein-Westfalen	20,0%	20,0%	14,0%	34,0%	12,0%	60,0%
Rheinland-Pfalz	42,9%	0,0%	0,0%	28,6%	28,6%	57,1%
Saarland	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sachsen	12,5%	50,0%	25,0%	12,5%	0,0%	37,5%
Sachsen-Anhalt	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Schleswig-Holstein	0,0%	50,0%	0,0%	25,0%	25,0%	50,0%
Thüringen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt (n=271)	18,1%	33,9%	16,2%	21,8%	10,0%	48,0%

In Unterscheidung nach Dienstarten zeigt sich der Anteil sozialversicherungspflichtiger Stellen in Kliniken 52,1% als am höchsten, gefolgt von kompletären Diensten mit 46,8% und sonstigen Stellen mit 44,4%.

Tabelle 34 – Umfang der Beschäftigungsverhältnisse von EX-IN nach Art des Dienstes (Bauer, 2023, S.6)

Art des Dienstes/ Stundenumfang	stunden- weise	Bis 450€	Teilzeit 15h/ Woche	Teilzeit 16– 30h/ Woche	Teilzeit >30h/ Woche - Vollzeit	Beschäftigung in Sozialversi- cherungspflicht
Behörde	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0%
Dienst	22,1%	31,1%	15,8%	19,5%	11,6%	46,8%
Klinik	7,0%	40,8%	15,5%	31,0%	5,6%	52,1%
Sonstiges	11,1%	44,4%	33,3%	0,0%	11,1%	44,4%
Gesamt (n=271)	18,1%	33,9%	16,2%	21,8%	10,0%	48,0%

Unter Berücksichtigung des Ausgangspunktes für eine EX-IN-Qualifikation, also dem Vorliegen einer persönlichen Genesungserfahrung, der häufig jahrelange Krankheit oder Krankheitsphasen vorangehen, ist – wenn auch hier nicht erfasst – davon auszugehen, dass die Erwerbsfähigkeit und damit die finanzielle Ausstattung ebenfalls Beschränkungen erfahren hat. Der Bezug von Bürgergeld/ ALGII, Hilfen zum Lebensunterhalt nach SGB oder Berentungen wegen Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit dürften entsprechend häufig vorliegen. Die Regelungen zur Berechtigung des Rentenbezugs beinhalten neben ausreichend langer Beschäftigung vor der Leistungseinschränkung eine entsprechend dauerhaft geminderte Arbeitsleistung. Sollte also der Rentenbezug eine finanziell bessere Ausstattung ermöglichen als das Existenzminimum, so bedeutet eine Beschäftigung über 3h/d oder 15h/w hinaus den Verlust dieses Anspruchs. Das Risiko, bei einer erneuten langfristigen Verschlechterung der gesundheitlichen Situation künftig geringere finanzielle Mittel zur Verfügung zu haben, liegt beim Individuum. Übergangsmodelle mit der Garantie, auf das zuvor erwirtschaftete Rentenniveau zurückzukehren, könnten betroffenen EX-IN die Sicherheit verschaffen ihre Leistungen über eine geringfügige Beschäftigung hinaus auszubauen und zu erproben, wenn ihnen ohne persönliches Risiko, der Wechsel in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse ermöglicht wird.

Die quantitativen Daten zeigen, dass das Modell der EX-IN in der sozialpsychiatrischen Versorgung noch entfernt von flächendeckender Verbreitung ist. Vielerorts sind es die ersten Erfahrungen von und mit EX-IN, die gesammelt werden, wenn auch der Pool an Erfahrungen bereits einen fruchtbaren Austausch ermöglicht. Mit den nun folgenden qualitativen Ergebnissen lassen sich einige dieser Erfahrungen konkretisieren. Sowohl die Pionierleistung, die erbracht wird, als auch die Hürden, die bei den Gründen für den bisherigen Verzicht auf EX-IN im Dienst zu erkennen sind (s. Gründe für Nicht-Beschäftigung von EX-IN), spiegeln sich wider.

Bei den Fragen nach Bedingungen für die gelungene Implementation hingegen zeigen sich Gründe für die erhobenen Zahlen zu langfristigen Beschäftigungsverhältnissen (Dauer der Beschäftigungsverhältnisse), aber auch die Herausforderungen, die hierbei zu überwinden sind.

## 2. Ergebnispräsentation aus den Interviews mit EX-IN und deren Teamkolleginnen\* und -kollegen

Die Ergebnisse aus den Interviews erscheinen in der Abfolge beginnend mit den Antworten der EX-IN zur jeweiligen Kategorie, dann jenen der Teamkolleginnen\* und -kollegen (TK). Dem folgt eine tabellarische Gegenüberstellung der beiden Perspektiven mit der Explikation von Parallelen und Unterschieden, bevor zur nächsten Kategorie ausgeführt wird.

Die Grundlage für die Codierung der Interviews von EX-IN als auch von deren TK werden in der folgenden Übersicht dargestellt:

### 2.1 Übersicht – Codierleitfaden:

#### 2.1.1 *Codes für Erfolgsfaktoren, Erfolgserleben, Bedingungen für Erfolg*

Erfolgsfaktoren sind Rahmenbedingungen, die Erfolg ermöglichen, aber auch Erlebnisse/ Erfahrungen die als Erfolge reflektiert werden

- Erfolgsbedingungen: Hilfreiche Strukturen und Rahmenbedingungen auch „gleiche“ oder „normale“ Arbeit wie Kolleginnen\* und Kollegen, Begleitung, Empfehlung, Arbeitszeiten, Absprachen, ...
- Erfolg: Als positiv erlebte persönliche Effekte, positive Umschreibungen, direkt attribuierte Erfolgserlebnisse, als positiv/ hilfreich erlebtes Feedback, eigene Stabilisierung, Selbstsicherheit, soziales Netzwerk gebildet, Verringerung Krankheitserleben, Gefühl der persönlichen Weiterentwicklung, Nutzen können individueller Fähigkeiten ...
- Wirksamkeitserleben: Positiv erlebte Wirkung auf Service User, Angehörige, Team, Teamkolleginnen\* und -kollegen  
Annahme des Angebots EX-IN/ der daraus resultierenden neuen/ angepassten Angebote
- Kompetenzerleben: Erlebt sich als/ wird als kompetent erlebt, Vermittlung von Zutrauen, Übertragung von Verantwortung für Aufgaben, Entwicklung von Strategien im Umgang mit Anforderungen/ Herausforderungen/ neuen Situationen

- Weiterentwicklung des Dienstes: Kooperationen mit Teamkolleginnen\* und -kollegen, positiv erlebte Veränderung/ Erweiterung der Angebote/Atmosphäre/ Kommunikation/ im Umgang

### 2.1.2 *Codes für Fürsorge, Support und Selbstfürsorge*

Fürsorge/ Support im Sinne von aktivem Bemühen um EX-IN, im Dienst gegebenenfalls mit EX-IN organisierte Unterstützung/ Angebote hierzu für und von EX-IN für Team und Teamkolleginnen\* und –kollegen, etc.

- Aspekte von Fürsorge die vom Dienst/ Team/ etc. gegenüber EX-IN geleistet wird
- Team/ Leitung erbringt Unterstützung für EX-IN (Begleitung, Support...)
- auch Vorbereitung auf EX-IN-Etablierung im Dienst
- Ausnahme von Regeln/ bestimmten Aufgaben, individuelle Vereinbarungen
- Rückzugsmöglichkeiten/ Entlastungsmöglichkeiten/ Schonräume,
- auch Umgang mit EX-IN, in Unterscheidung von Umgang mit anderen Kolleginnen\* und Kollegen
- Aspekte von Selbstfürsorge, die EX-IN leistet
- Berücksichtigung eigener Grenzen, Einschätzung Leistungsfähigkeit
- Stärkung eigener Ressourcen,
- Umgang mit persönlichen Grenzen gegenüber anderen
- Wechselwirkung Fürsorge/ Selbstfürsorge
- Effekte auf Zusammenarbeit im Team (Umgang miteinander, mit Problemen)
- Reflexion von Fürsorge/ Selbstfürsorge aus Zusammenarbeit heraus

### 2.1.3 *Codes für Herausforderungen*

Herausforderungen für EX-IN und deren Teamkolleginnen\* und -kollegen hinsichtlich Aufgaben, Auftrag, Umgang mit Service Usern, EX-IN-Pionierarbeit, anderen EX-IN ..., etc.

- Arbeitsbedingungen  
Vertretungssituationen, allein Dienst machen/ Entscheidungen treffen, Passung, Beteiligung an Supervision, Zeitl. Begrenzung, geringer Stundenumfang refinanziert, Entlohnung
- Betroffenheit

- eigene Geschichte, Eigenheiten, Krankheitserleben, individuelle Erfahrungen, besondere (Schutz-) Maßnahmen eruieren, Schwierigkeiten Leistungsfähigkeit/ Belastbarkeit einzuschätzen
- Strukturelles/ Übergreifendes  
Refinanzierung, Verbandsarbeit, Trägerarbeit, Projektcharakter, auch konfligierende Interessen
  - Kontakt mit Service Usern  
Nähe, Distanz, Abgrenzung, sich zurücknehmen, „fremde“ Krankheitsbilder, Einschätzung, herausforderndes Verhalten, nicht-Annahme von Hilfen, ...
  - Integration in Dienst  
Rollenfindung, Akzeptanz Rolle, persönliche Aufnahme, Einordnung ins Team, gemeinsame Regeln, in Hierarchie (auch hier Aspekte der Pionierarbeit), Konkurrenz, Nutzung der EX-IN-Kompetenzen (Stärkung von Reflexivität, ...), ...
  - Inhaltlich-Fachliche Anforderungen  
Verständnisprobleme, fehlendes (verselbständigtes) Fachvokabular, methodisches Wissen, Anforderung Arbeit, Einschätzung Klientel, Vorgehen, Umgang damit
  - Pionierarbeit  
explizite Anforderungen durch Pionier-Dasein, Neue Fragen/ Probleme, Rollen- Findungsprozesse, Einschätzbarkeit, unterschiedliche Leistungsfähigkeit, Selbstverständnis

#### *2.1.4 Codes für Stigmatisierung, Selbststigmatisierung, Vorurteile und den Umgang damit*

Stigmatisierung im Sinne von Zuschreibung negativer Eigenschaften in Bezug auf das Arbeitsfeld, die Zusammenarbeit, die Belastbarkeit, auch infolge des Erlebens dessen durch Selbststigmatisierung. Vorurteile im Sinne der Zuordnung pauschaler Annahmen über Menschen mit psychischen Erkrankungen und EX-IN.

- Sich beweisen müssen,
- Zuweisung überholter Vorstellungen, alter Rollenbilder in der Dichotomie von Krankheit und Gesundheit,
- Bedenken haben wegen der Einhaltung von Vorgaben und Absprachen
- Grundsätzliche Ablehnung der Zusammenarbeit, Distanzierung
- Vermeidung und oder Weigerung der Auseinandersetzung mit EX-IN
- ... und der Umgang damit

### 2.1.5 *Codes für Effekte/ Wirkung von EX-IN-Betätigung im Dienst*

Welche Effekte werden bemerkt, welche Veränderungen reflektiert in ihrer Wirkung auf

- das Team,
- die Teamkolleginnen\* und -kollegen als einzelne Personen
- die Service Usern,
- den Dienst (Weiter-/ Entwicklung von Angeboten, Konzeptionsarbeit),
- EX-IN selbst

### 2.1.6 *Codes für das Erleben von Zugehörigkeit der EX-IN zum Team*

Aspekte von

- Integration, Assimilation, Separation, Segregation, Prozedere, Stand der Integration, Gestaltung der Zusammenarbeit, ...
- Teilhabe formell Teamsitzungen, Supervision, an Prozessen, Konzeptionen, Projekten, in der Begleitung von Service Usern ...
- Teilhabe informell Austausch, persönlicher Kontakt, Kollegialität (gleiche Rechte)
- Art des Sprechens übereinander, Ausdruck gemeinsamen Erlebens
- Hinweise auf Rolle, Prozess der Rollenfindung, Rollenzuweisung (Einklassungen/ Abgrenzungen durch Alleinstellungsmerkmale, Schonräume/ Maßnahmen der Fürsorge, Erarbeiten von Gemeinsamem, Benefits für Team/ Service Usern, Rolle im Team)

### 2.1.7 *Codes für Auftrag im Dienst an EX-IN*

Auftrag,

- im Sinne von Zweck, Mission, Anliegen, an EX-IN/ von EX-IN auch innerer Antrieb von EX-IN
- insbesondere, wenn dieser spezifische EX-IN-Fähigkeiten erfordert

### 2.1.8 Codes zur Erfassung von Aufgaben der EX-IN im Dienst

Aufgaben im Sinne von Aufgabenstellung, Konkretisierung eines Auftrags in Maßnahmen, Handlungen, Abläufe, welche im Dienst EX-IN

- zugeordnet wurden
- von diesen übernommen wurden
- entwickelt wurden von/ für oder gemeinsam mit EX-IN
- die EX-IN spezifisch gestaltet wurden/ die deren spezifischen Fähigkeiten nutzen

Zwischen den Kategorien gibt es Überschneidungen: so sind beispielsweise Erfolgsfaktoren nicht trennscharf von der Wirkung von und für EX-IN oder die Dienste und ihre Service User oder von Fürsorge, Selbstfürsorge und Support darzustellen. Um Redundanz zu vermeiden, wird auf diese Überschneidungen hingewiesen, aber auf eine erneute Ausführung der entsprechenden Textstellen verzichtet.

## 2.2 Darstellung der Ergebnisse aus den Interviews mit EX-IN und deren Teamkolleginnen\* und -kollegen

Die Darstellung der Ergebnisse folgt einem Schema und präsentiert zugeordnet zu den Kategorien gekennzeichnet der Kennzahl des Interviewtandems „00x“ zunächst Aussagen von EX-IN, mit dem Kürzel „GB“ für Genesungsbegleitung, dann der\*des Teamkollegin\* oder -kollegen mit dem Kürzel „TK“. Dem schließt sich eine tabellarische Gegenüberstellung der Kernaussagen und eine kurze Zusammenfassung dieser an.

### 2.2.1 Erfolg und Bedingungen für Erfolg

#### 2.2.1.1 EX-IN zu Erfolg und Bedingungen für Erfolg

Aus den Gesprächen mit EX-IN wurden die Aussagen zu Erfolgsfaktoren, Bedingungen für Erfolg und das Erleben von Erfolg sowie sich daraus ergebende Empfehlungen herausgearbeitet. Dabei wurden Ankerzitate den im Codierleitfaden dargestellten Begriffen zugeordnet.

- Erfolgsbedingungen:  
hilfreiche Strukturen und Rahmenbedingungen auch „gleiche“ oder „normale“ Arbeit wie Kolleginnen\* und Kollegen, Begleitung, Empfehlung, Arbeitszeiten, Absprachen, ...

Die als rasch und *gelingen erlebte Integration* ins Team, dies führt die EX-IN-Genesungsbegleitung auch darauf zurück, dass es zu keinen Krankphasen gekommen war, im Vorfeld waren *im Team Vorbehalte thematisiert* worden:

„Ja, genau... und das merkt man, mittlerweile merkt man eine ungeheure Wertschätzung von Seiten des Teams- (...) obwohl auch hier im Team Vorbehalte waren, (...) das ging eigentlich sehr schnell so das Gefühl, dass mir vermittelt wurde, aber in der Praxis würde ich halt sagen hat das halt so ein halbes Jahr gedauert, bis man wusste wo man so dran ist und dass ich eben auch zuverlässig bin und dass ich nicht dauernd krank bin, nicht hier heulend zusammenbreche und so weiter.“ Z. 59f (001GB, 2018)

Als eine der *strukturellen Erfolgsbedingungen* wurde das Benennen einer *Ansprechperson* oder aber die Empfehlung dazu durchgängig von allen Befragten angeführt. Auch *Freiheiten in der Einteilung und Gestaltung der Arbeit* zu haben (vgl. Z. 187 (005GB, 2018) und der Arbeitszeiten, wurden als positiv erlebt:

„Ich hab das Glück, dass ich hier normalerweise erst um 9 Uhr anfangen, das kommt mir sehr entgegen, halbe Stelle- ich konnte mir das relativ frei setzen in Absprache mit den Kollegen (...), aber wie gesagt bin da sehr froh drüber, ... dass ich so viele verschiedene Betätigungsfelder habe, die nicht nur mit meinem Erfahrungshintergrund Experten hintergrund zu tun haben sondern auch mit dem was ich mag oder was ich vorher gemacht habe“ Z. 7f (001GB, 2018).

„(...) Aber das war schon eine Hilfe, dass ich gesagt habe, dass ich hinkomme und sage: Ich weiß jetzt echt nicht mehr weiter hier. Und/ (.) Also das ist was, was, glaube ich, für alle Ex-In-ler, die anfangen zu arbeiten, gut ist, wenn es eine Ansprechperson gibt. Wenn man irgendwie überfordert ist und man kann zu jemanden (...)“ Z. 302f (009GB, 2018).

Die Möglichkeit zur *Teilnahme an Teamsitzungen und Teamsupervision* war darüber hinaus benannt worden, wird aber in der Kategorie Zugehörigkeit näher betrachtet. An dieser Stelle ist zu vermerken, dass Teilnahmen insbesondere bei Tätigkeit mit geringen Stundenumfängen nur begrenzt stattfinden. *Informelle Bedingungen* für Erfolg wurden ebenso angeführt, hier finden sich Hinweise zur *Art und Weise der Zusammenarbeit* von Ansprechpersonen und EX-IN, aber auch das Erleben eines ‚Gewolltsein‘ und von ‚Akzeptiert sein von Leitung und Team‘ wird als hilfreich erlebt.

„(...) also die, ähm, Freundlichkeit von den oder von den Leuten, die dort arbeiten hat mir sehr geholfen“ Z. 200 (004GB, 2018).

Hierauf wird unter dem Aspekt der Zugehörigkeit näher eingegangen.

Die Gestaltung der Zusammenarbeit im Team kann sich individuell differenziert darstellen, so gibt es den *Bedarf an Schonräumen*, hier im Kontext der Anwendung von Zwangsmaßnahmen, ebenso, wie das Erleben nach einigen Jahren der Zusammenarbeit gerade *keine Sonderstellung im Team* zu haben:

„Also meine Grenze ist zum Beispiel da, wenn es um Fixierung geht oder so. Wenn man jemand fixiert wird, da bin ich nie dabei und ich mache auch nichts mit dabei.

Weil, das ist da, so Situationen, die ich nicht, ähm, ertragen kann. (...) Da zieh ich mich zurück dann“ Z. 76f (004GB, 2018).

„(...) ist Gang und Gebe, dass ich von meinen Erfahrungen berichte oder wir uns da auch austauschen oder ich sage: Das war für MICH das Beste, was wir machen konnten. Ne? (...) Ja, (..) Es/ ich denke, durch die sieben Jahre, die ich dort arbeite, ist das/ hat sich das so (.) vermischt. (.) Und wir sind ein Team geworden, wo Genesungsbegleitung auch bei den Kolleginnen eine ganz große Rolle spielt. Also dieses, Aufmerksamkeit (..) und, ja, das ist halt im Team über/ greifend geworden. Ne? Ich bin da auf keinen Fall die große Sonderstellung. Ne? Das ist eins, würde ich sagen“ Z. 149f (003GB, 2018)

Eine weitere Empfehlung um Akzeptanz zu erzeugen und Integration zu ermöglichen ist das *Herstellen von Transparenz* im Team darüber, was die EX-IN GB mit den Klienten macht. (Vgl. 006GB 205)

*Vorbereitende Maßnahmen* werden sowohl für EX-IN selbst als auch für die Dienste empfohlen, die Beratung interessierter Dienste durch EX-IN-erfahrene Kollegen wird als hilfreich erlebt. Praktika spielen dabei für beide Seiten eine zentrale Rolle um *individuelle Passung* zu ermöglichen.

„Also erst mal biete ich immer an, ähm, den Dienst zu besuchen als EX-IN Dozentin, als Leitung des EX-IN Kurses, um das Team oder die Stationen auf Genesungsbegleiter vorzubereiten. Die können mich alles fragen und (.) wir können entwickeln: Was kann denn ein Genesungsbegleiter überhaupt (.) in dem Dienst (.) MACHEN? Dann empfehle ich direkt AUCH Genesungsbegleiter, wenn ich sehe: Okay, der könnte da und dort hinpassen. Dann sage ich: Pass auf, bewirb dich mal da. (...) Und meistens, (.) würde ich sagen, ist über das Praktikum ein guter Einstieg“ Z. 206f (003GB, 2018).

Auch die EX-IN selbst sollten sich auf das angestrebte Einsatzgebiet vorbereiten:

„Begleiter selber sollten sich, ähm, darauf einstellen, dass es, äh, in der Akutpsychiatrie, ähm, verschiedene Krankheitsbilder gibt und, (...) verschiedene Bedingungen gibt, also bei denen, die Patienten dort sind“ Z. 170f (004GB, 2018).

Die *gemeinsame Aufgabenfindung* und die Heranführung an Aufträge werden empfohlen (003GB, 009GB) und vor allem *Zeit einzuplanen für die Etablierung im Team*, die Einarbeitung an sich und auch den Austausch miteinander.

- Erfolg – als positiv erlebte persönliche Effekte

positive Umschreibungen, direkt attribuierte Erfolgserlebnisse, positives/hilfreich erlebtes Feedback, eigene Stabilisierung, Selbstsicherheit, soziales Netzwerk gebildet, Verringerung Krankheitserleben, Gefühl der persönlichen Weiterentwicklung, Nutzen der individuellen Fähigkeiten ...

Arbeit selbst wird als Faktor für Stabilität in Phasen eigener Schwäche durch eine *Kultur des offenen Umgangs* mit dem persönlichen Befinden im Team, mit einem sich gegenseitig Stützen zu können, explizit als Errungenschaft aus der Etablierung von EX-IN im Dienst erlebt. Der Aspekt von *Arbeit als stabilisierender Faktor* wird im Zuge dessen expliziert:

„Ich habe das Glück, dass ich das in meinem Unternehmen sagen kann. Also das ich wirklich sagen kann: (.) Ich bin/ habe so eine (.) depressive/ irgendwas ste/ ist da in mir. Ich weiß nicht, wie es ausgehen wird, ich muss auf mich achten. Und dann darf ich auch jederzeit/ mein Hilfsmittel ist Fahrrad fahren hier/ ich darf jederzeit abhauen und kann das für mich nutzen oder auch weniger Dienst machen. (...) Es wurde mir auch gesagt: ‚Ja, willst du zu Hause bleiben, äh, ist das besser für dich?‘ Und/ Aber genau das ist (.) kontraproduktiv. Wenn ich, äh, den ganzen Tag zu Hause bin, dann (.) ist es schlimmer. Jeder Mensch braucht seine Tagesstruktur. (...) Und dann zu arbeiten, ich/ (.) ist für mich einfach besser“ Z. 111f (003GB, 2018).

Das eigene Lernen und Reflektieren von Erfolgen führt zum Erleben, dass die EX-IN „als EX-INlerin in einem ganz normalen Job arbeiten kann“ Z.152 (002GB, 2018), was mit persönlicher Entwicklung in Verbindung gebracht wird:

„(...) letztendlich ich sehe auch den Erfolg darin, dass ich glaube ich in den letzten vier Jahren noch nie so viel gelernt habe, wie jetzt. (...) ich glaube, die letzte Jahre waren noch mal absolut prägnant für mich und vor allem auch für meine eigene Entwicklung sehr hilfreich, weil ich immer so gedacht habe so: ‚Selbständiges Arbeiten, das kann ich gar nicht‘ und hier habe ich ja von Anfang an selbständig gearbeitet (...) - also diese Erfahrung zu machen –mmmh, dass ich, obwohl ich eine psychische Erkrankung habe, (...) Entscheidungen treffen zu können und und eigenständig arbeiten zu können, das ist schon toll. Natürlich immer in Absprache mit den Kolleginnen und Kollegen, das ist ja klar, das gehört ja einfach beim BeWo dazu, aber so dieses Gefühl ‚ich kann das und ich kann eigentlich genauso viel wie die anderen auch‘, das gibt schon ein gutes Gefühl“ Z. 148f (002GB, 2018).

*Selbstwirksamkeit und Teilhabe* zu erleben, aber auch das *Gefragt-Sein als Person* mit Empathie und der eigenen Perspektive werden benannt, auf die Frage nach Kompetenzerleben.

„(...) ansonsten geht es, weil ich ja auch mal in der Krise war, auf jeden Fall um Selbstwirksamkeit, um/ um/ um Teilhabe. Und das heißt, wenn ich mich gut/ Teil vom Team fühle und meine/ meine Stimme, meine Pers/ Perspektive gefragt ist, äh, fühlt sich das natürlich auch in dem Bereich sehr erfolgreich an. (...), auch im/ im Team, äh, wenn einfach meine Person, so wie ich bin, od/ das habe ich ja nicht irgendwo studiert. Wenn/ wenn das zum Tragen kommt, das finde ich eigentlich am Wertvollsten“ Z. 109f (008GB, 2018)

Bezogen auf EX-IN selbst wurde die Betätigung als EX-IN häufig als *Lernfeld* bezeichnet, sowohl für den *Umgang mit der eigenen Sensibilität* als auch für das *Einteilen der eigenen Kräfte* (vgl. Z.163 (006GB, 2018)) oder mit eigenen Triggern (vgl. Z. 73 (000GB, 2018)). Das Tätig-Sein selbst wird als prägend (vgl. Z. 148 (002GB, 2018)) für die eigene Entwicklung erlebt, wenn es um das Überwinden von Ängsten geht (vgl. Z.48 (002GB, 2018)) und sich etwas zuzutrauen (ebd. Z. 158). Termine können wieder wahrgenommen werden, ein *Prozess der Stabilisierung* setzt ein (vgl. (001GB, 2018); (008GB, 2018))

Die Erfahrung sich nicht verstecken zu müssen und die Vorsicht nicht zu viel preisgeben ablegen zu können wird dabei als bedeutsam und genesungsfördernd erlebt:

„(...) Das ist für mich ja auch so neu, aber ganz toll, dass ich ja als EX-INlerin sagen soll und darf, äh, im Kontakt mit den Klienten, äh, wie es mir auch authentisch geht. Ja? Also dass es hilfreich ist. Und die Person merkt ja auch, wenn ich hilflos bin. Wenn ich sage: ‚Ich weiß es ehrlich gesagt, grade nicht, äh, was ich jetzt mit Ihnen machen soll. Helfen Sie mir. Ich bin gern für Sie da. Aber ich weiß grade nicht, wie ich es am besten sein kann‘ Dass das hilfreich ist, dass ich das sagen darf. Das ist für mich ganz neu. Ja? Und toll. Weil ich da ja auch wieder sein darf, wie ich bin. Und das ist unheimlich genesungsfördernd auch für mich“ Z.111f(008GB, 2018).

Die durch die Auseinandersetzung mit und das Tätig-Sein als EX-IN initiierte *Ausbau und qualitative Veränderung sozialer Kontakte* ist sowohl das berufliche Umfeld als auch das Privatleben betreffend von Bedeutung:

„Einmal die Vernetzung. Ich kenne unglaublich viele Menschen. Egal, ob es Ärzte, Erfahrene. Also mein Leben ist sehr, sehr bunt geworden. Und ich habe also unglaublich viele Menschen kennengelernt, mit denen ich kooperiere und so weiter und so fort. Ähm, privat, ähm, habe ich mein Leben ganz neu kennengelernt, mit meiner Mutter und mit meiner Tochter, mit denen ich mich vorher nicht so gut/ nicht/ Was heißt, nicht vertragen? Wir kamen nicht miteinander klar. Und durch die beiden, Ex-In-Kurs, durch mein Umdenken, hat sich das vollkommen verändert.

(...) durch meine psychische Erkrankung, mein gesamtes Umfeld, meine gesamten Freunde weggefallen sind, habe ich jetzt einen kleinen, aber sehr guten Freundeskreis. Ne? Die m/ mit denen kann ich auch über meine psychischen Erfahrungen sprechen. Ne? Ja, es wissen alle. Und meine Mutter ist mittlerweile stolz auf mich. (...) Ja und das/ privat hat sich eigentlich (.) SEHR, sehr viel verändert.“ Z. 161f(003GB, 2018)

- Erleben positiver Effekte  
Als positiv erlebte Wirkung auf Service Usern, Angehörige, Team, Annahme des Angebots EX-IN/ der daraus resultierenden neuen/ angepassten Angebote

Als Erfolg in der Zusammenarbeit im Team wurde die *Inanspruchnahme kollegialer Beratung* seitens Teamkolleginnen\* und -kollegen bei der EX-IN-Gesnungsbegleitung zum Erhalt der eigenen Arbeitsfähigkeit erlebt:

„... äh Themen meinen Sie? Naja gut halt so Umgang mit den Klienten, oder wie sie halt selber- wenn sie selber halt an Grenzen stoßen, wie es überhaupt weitergehen soll, oder ... wenn sie das Gefühl haben sie brennen aus, oder sie kriegen Reaktanz oder was auch immer, dass man da halt auch beruhigen kann oder rück spiegeln kann was machen sie denn schon gut um dann auch weiterzublicken, wie kann ich so mit mir umgehen, dass ich dableiben kann (...):“ Z.16 (000GB, 2018)

*Zugang zu Service Usern in schwierigen Situationen zu schaffen und Hoffnung zu vermitteln* durch die EX-IN kann zur Entlastung von Teamkolleginnen\* und -kollegen beitragen, wenn diese im Kontakt Barrieren erleben:

„(...) Also ich habe das Gefühl, wenn der/, wenn die Bezugsbetreuer nicht so richtig weiterkommen, (...) dann bin ich, äh, dann einer, der dann dazukommt. (...) heute war es wirklich extrem. Also es war ein Mensch, der also sehr stark belastet ist. Und, äh, äh, keinen Ausweg mehr sieht. Und da war dann auch für die Bezugsbetreuerin, äh, war eine Grenze erreicht, da konnte sie jetzt nicht mehr, und da hat sie mich dann dazu geholt. Ne? Und, äh, ich habe mich dann versucht auf sie einzustellen und durch die Möglichkeiten, die ich dann habe, aufgrund meiner Ausbildung, bin ich dann ziemlich schnell in Kontakt gegangen und so. Und wir haben jetzt ein Gespräch vereinbart für nächste Woche. Gucken wir mal, wie es dann weitergeht. Aber, was wir mitgegeben haben: Hoffnung. Diesem Menschen haben wir ein Stück weit Hoffnung mitgegeben. (...):“ Z. 28f (006GB, 2018)

In der Kontaktaufnahme und –gestaltung wird zur Herstellung von Zugang zu Klienten, insbesondere bei stark belasteten oder im Hilfesystem erfahrenen Menschen, das rasche Gelingen expliziert, hier mit der Konnotation des *Auslebens einer Aktivierung erlernter Abwehrmechanismen*.

„also ich hatte schon auch den Eindruck, dass fiel auch relativ früh auch schon auf, dass die aufgrund meiner Art, wie ich auf Klienten zugegangen bin, dass ich da doch schon schneller Zugang bekommen habe (...), also das hat mir ein anderer Kollege aus einem anderen psychiatrischen Dienst auch schon mal gesagt: so , ich bin jemand der keine Bedrohung für die Klienten darstellt,... also ich ich wirke sehr vorsichtig, sehr empathisch, durch meine Art (...) Das hat sich dann so ergeben, das so im Kontakt sein. Ja...“ Z41f (002GB, 2018)

„(...) wir hatten gerade einen Neueinzug vor zwei, drei Monaten. Und bei dieser Bewohner/ Bewohnerin. ähm, war die Wirkung unglaublich, wie sie hörte, dass ich auch Psychiatrie-erfahren bin. Und gerade bei ihr, sie ist manchmal sehr ruppig gegenüber meinen Kolleginnen und zu mir ist sie das nicht. Da merkt man also, ja, wir sind gleich. Und so weiß das jeder im Wohnheim und, ähm, das entsteht mehr durch/ mittlerweile durch die Gespräche, dass ich weiß: Ja, mir ging es mal genauso. Und darüber tauschen wir uns aus. (...):“ Z. 21f (003GB, 2018)

Neben absichtloser Kommunikation und dem niedrigen Tempo formuliert die EX-IN von nachstehendem Zitat hierzu den Gedanken *„Inseln frei von psychotischer Getriebenheit“* (Vgl. 009GB 260–262) zu generieren bzw. im Sinne

von *Empowerment* die Fähigkeit hierzu in den Klienten anzuerkennen als kennzeichnend für die Gestaltung des Kontakts. Erwähnung findet zudem die Wirkung des (ungewohnt) *zweckungebundenen, von Langsamkeit geprägten Kommunikationsstils*.

„Nein, am liebsten ist es mir, wenn die Leute einfach, da ist ja ein großes Wohnzimmer, und wenn die Leute einfach sich ruhig hinsetzen und mal/ erstmal nichts sagt und dann so langsam irgendwie ins Gespräch kommt. Weil, das tut dem gut und mir tut es auch gut. Und, ähm, ich war ja auch zweimal selber in der Klinik. Und das war immer sehr, äh, wie sagt man da? Ja, getrennt. Also da waren die Ärzte. Die sind immer so zu fünf oder zu sechst aufgetaucht. Alle weiß gekittelt. Und dann der Patient. Und das war immer/ also ich habe da richtig auch Angst gehabt vor denen. Weil, wenn die dann so: ‚So, wie geht es uns heute?‘ Und dann musst du sagen: ‚Ja, mir geht es eigentlich gut, mir geht es schlecht.‘ Und dann soll aber erst mal schauen, dass man die, äh dass man irgendwas mit den Medikamenten machen. Ich weiß nicht, das war sehr anonym. Und, ähm, da war dann einmal eine Praktikantin, da so ein Mädchen. Die hat irgendwie Psychologie studiert oder so. Und die hat, wo die gemerkt hat, mir geht es ganz schlecht, die hat mich dann so begleitet. Und die war sehr verschwiegen, die hat nichts gesagt. Die war einfach nur ganz ruhig da. Und ich habe immer gemerkt: Wow, das tut total gut, wenn einfach/, wenn/, wenn jemand da ist. Und möglichst/ derjenige möglichst ruhig ist (...).“ Z. 21 (009GB, 2018)

- **Kompetenzerleben**  
als kompetent erlebt/ Zutrauen/ Verantwortung für Aufgaben und/ oder Strategien entwickelt im Umgang mit Anforderungen, Herausforderungen, neuen Situationen

Inklusionsleistungen durch Übersetzungstätigkeit und der Vermittlung der Betroffenenperspektive an Teamkolleginnen\* und -kollegen, wurden als Auftrag an EX-IN formuliert, Voraussetzung dafür ist Offenheit für die Perspektive und die Bereitschaft Zeit in die Etablierung zu investieren, in deutlicher Abgrenzung von der Rolle der Service User:

„(...) Auf jeden Fall, äh, Offenheit für die, äh, Perspektive. Weil sie hilfreich sein kann und, äh, wenn es geht, äh, dass das Gefühl oder die Unsicherheit von: Der meint jetzt vielleicht, er könnte es besser machen, äh, wegtun. Und es in jedem Fall als/ als Ergänzung sehen, als wertvolle. (...) Ja, im/ im Zuge dessen auch mehr in Betracht zu ziehen, ähm, bei verschiedenen Angeboten Klienten tatsächlich mit einzubeziehen. (...). Weil die, die es betrifft, können wohl am Besten sagen, was sie brauchen. Ich bin ja dann Übersetzer. Weil, ich bin nicht die Klienten(...) und würde es aber schon als, ähm/ als/ wirklich als Bestandteil zukünftig sehen. Und nicht nur als, äh, Bonbon. (...) Ist halt ein Prozess, ist eine Entwicklung. Und deswegen würde ich es aber auch so ganz klar sagen. Äh, das muss man sich wirklich vornehmen und da muss man dran arbeiten. Und das heißt, man muss sich Zeit dafür nehmen. (...) Z. 177f (008GB, 2018)

Mit dem Bewusstsein als EX-IN – Pionierin\* oder Pionier allein vor Ort die Stelle im Dienst neu zu gestalten und zu entwickeln zeigt sich *eigenes Kompetenzerleben im Anknüpfen an frühere berufliche Erfahrung* einerseits, aber auch im *Herangehen mit eigener Lernbereitschaft und eine Fokussierung auf den Prozess*:

„(...) ich wende ja schon viel Energie, äh, um jetzt in einen für mich ganz neuen Arbeitsbereich reinzukommen. Weil, ich auch vorher was Anderes gearbeitet habe. Und es ist unheimlich wichtig für mich, nach meiner Krise jetzt, den Platz zu finden, wo ich mich wohlfühle. Und dann müssen die Umstände in Ordnung sein. Und, äh, speziell, wenn ich noch eine andere Perspektive einbringe. Und da die einzige bin und eine neue Stelle aufbaue, erst recht. (...)“ Z. 23f (008GB, 2018)

- Weiterentwicklung des Dienstes  
Kooperationen mit Teamkolleginnen\* und -kollegen, positiv erlebte Veränderung/ Erweiterung der Angebote, Atmosphäre, Kommunikation, Umgang, ...

Neben der vielerorts als neu installierten Recoverygruppen wurde im Hinblick auf die *Angebotsentwicklung* durch die Implementierung von EX-IN in den Diensten der *Schluss von Versorgungslücken* in der psychosozialen Versorgung durch die Einführung niedrigschwelliger Angebote für Menschen, die neu erkrankt sind, erreicht:

„(...) hab diese Gruppe gemacht und hab da ganz bewusst auch gesagt, die ist nicht mitten am Tag, die ist auch für Werktätige – ich will auch ein neues Publikum hier ... neue, neue neue Klientel...weg von dem sehr Niederschwelligen, und äh- chronifiziertem Publikum, das diese Einrichtung wahrscheinlich lange braucht oder lebenslänglich... besucht quasi,... ich empfinde hier in <Ortsname> und allgemein einen ein Manko an Aufklärung über die typischen Krankheiten, Depression und so weiter, ich will da ein Angebot für die machen die meinetwegen auch erstmals mit so einer Diagnose, Krisen, äh äh konfrontiert sind (...)“ Z. 49f (001GB, 2018) (Bauer, 2023, S. 11)

### 2.1.2.2 Teamkolleginnen\* und -kollegen (TK) zu Erfolg und Bedingungen für Erfolg in der Betätigung von EX-IN

- Erfolgsbedingungen:  
hilfreiche Strukturen und Rahmenbedingungen auch „gleiche“ oder „normale“ Arbeit wie Kolleginnen\* und Kollegen haben, Begleitung, Empfehlung, Arbeitszeiten, Absprachen, ...

Empfehlungen für die Etablierung von EX-IN seitens der Teamkolleginnen\* und -kollegen:

Für die Etablierung im Dienst wird empfohlen, dies aus einer entsprechenden Haltung heraus zu entwickeln und vorbereitende Maßnahmen zu treffen: *Informationen zu EX-IN* sind bereitzustellen „(...) dass da auch wirklich auch alle mit im Boot sind und aufgeklärt sind“ Z. 147 (006TK, 2018). Wichtig sei es *Einwände aus den Teams zu klären und beidseits offen zu sein für Begegnungen*, zum Beispiel durch Hospitationen und dabei die individuelle Passung zu ermöglichen:

„Und ich würde auch noch mal wirklich so die innere Bereitschaft des Teams/ vorher noch mal auch mir angucken. Auch, ähm, mögliche Einwände innerhalb des Teams noch mal miteinander abfragen und mir angucken. So. Also, dass man wirklich auch/ das Team sich drüber klar wird: Mit welcher Voreinstellung gehen wir auf die Sache zu? (...) Also ich würde jetzt sagen, auch organisierte Austauschmöglichkeiten sind.“ Z. 97f (009TK, 2018)

„(...) Wo wird das funktionieren? Wo/ Wo funktioniert das gut und wird das noch gebraucht. Genau. Und nicht so, dass es irgendwie so von oben kommt: Es soll jetzt in den Beratungsstellen passieren. So les/ wurden die jetzt (lachend) gefragt. Na und die Genesungsbegleiter selber natürlich auch. Mehr Hospitationen anbieten. Die Offenheit: Kommen Sie und schauen wir. Weil, ich glaube, nicht jeder kann auf einer akuten Klinikstation arbeiten. Nicht jeder Mitarbeiter.“ (008TK, 2018).

Die Anerkennung von EX-IN im Kollegium als gleichwertige Teammitglieder wird betont.

„Das ist ja das Wichtige, dass wir auch mit dem EX-INlern auch auf Augenhöhe arbeiten. Als Teamkollegen und nicht irgendwie als Handlanger oder als, äh, ja, das ist jetzt ein Therapeut der zweiten Klasse. Sondern, das sind gleichwertige Teamkollegen.“ Z. 21f (003TK, 2018)

Mindestens für die Phase der Etablierung wird empfohlen eine *Ansprechperson zu benennen*, auch auf Passung zu achten und ggf. die Findung einer passenden Ansprechperson durch die Zusammenarbeit zu ermöglichen.

„... was sicherlich nicht schlecht ist, ist ein Ansprechpartner zu haben im Team. Ja, das denke ich so, der so die Zeit vielleicht auch bisschen mitbegleiten kann. Auch jemand, der jemand, der vielleicht auch ein bisschen (.), äh, der auch Erfahrung ist in Beziehungen/, äh, Erfahrung hat im Beziehungsaufbau, (...) Das ist jetzt sicherlich nicht verkehrt. (...) Ja, ähm, (.) dass das irgendwie passt, dass es menschlich halt einfach auch zwischen den zweien, (...) dass der Genesungsbegleiter auch einen vernünftigen Start hat“ Z. 132 (004TK, 2018)

„(...) Ähm, vielleicht sollte man das eher machen, dass man ihm nicht eine zuweist, sondern dass derjenige sich einen sucht. äh, ja, weil er sucht ja und findet nicht umsonst, sondern da ist ja irgendwas was verbindet. Oder wo man sagt: Da/ Da kann ich. Das passt.“ Z. 213f (007TK, 2018)

EX-IN haben wie die anderen Kolleginnen\* und Kollegen auch *Gestaltungsspielräume* in ihrem Tätigsein, vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten können genutzt werden:

„...ich habe, ähm, ein sehr/ also meine Vorgehensweise ist: Ich habe immer relativ freie Hand in dem, was ich tun konnte. (...). Das gilt für meine Mitarbeiter genauso für meine/ äh, die Genesungsbegleiter. (..)“ Z. 72f (003TK, 2018)

Weitere Wünsche zur Zusammenarbeit

Auf die Frage nach Wünschen bezüglich EX-IN ist die Erweiterung des Stundenumfanges, aber auch die Erweiterung der Vielfalt von EX-IN im Team genannt:

„(...) Also, ich glaube ich hätte schon gerne eine Vielfalt an, äh, Genesungsbegleitern. (...) mehr Köpfe. Und dadurch natürlich auch mehr Stunden. Ist klar.“ Z. 225f (007TK, 2018)

- Erfolg – als positiv erlebte persönliche Effekte für EX-IN selbst positive Umschreibungen, direkt attribuierte Erfolgserlebnisse, positives/ hilfreich erlebtes Feedback, eigene Stabilisierung, Selbstsicherheit, soziales Netzwerk gebildet, Verringerung Krankheitserleben, Gefühl der persönl. Weiterentwicklung, Nutzen der individuellen Fähigkeiten ...

Positiv erlebte Effekte der Beschäftigung als EX-IN auf EX-IN

Die Bedeutung der Betätigung als EX-IN findet Ausdruck anhand der Fragestellung, ob die Tätigkeit eine übermäßige Belastung im Feld der befragten Teamkollegin darstellen könnte und wird deutlich verneint, eine *stabilisierende, gesund-haltende Wirkung von Arbeit wird betont*:

„Ich glaube die Frage habe ich mir auch mal zwischenzeitlich gestellt, gerade in Phasen auch wo mir Fr. X. auch selbst gesagt hat, dass sie grade eine schlechte Phase hat und ... aber Fr. X. hat mir auch immer wieder- also manchmal habe ich das Gefühl gehabt, sie hat mir quasi an den Augen abgelesen, was ich gerade denke und sie hat dann gesagt: ‚Nein, mach dir keine Sorgen, das ist nicht die Arbeit an sich, das sind die Strukturen und das ist der Chef. Aber das Arbeiten hält mich gesund.‘ Ich habe sie halt in der Arbeit mit den Klienten gesehen und sie ist da auch ein Stück weit aufgeblüht und dann wusste ich: egal wie schwer das hier ist, ...“ Z. 91 (002TK, 2018)

Mit dem Begriff ‚Quantensprung‘ beschreibt ein Teamkollege die *Entwicklung* einer ehemaligen Nutzerin der Einrichtung durch die Qualifizierung zur EX-IN-Kollegin.

„(...) Und da saß so ein/ so ein/ man kann es nicht anders sagen, so ein Häufchen Elend vor einem. Und es war unheimlich schwer, so ein Gespräch zu führen, weil, man musste ihr alles aus der Nase ziehen und sie war sehr zurückhaltend, sehr introvertiert (...) Jetzt ist sie seit drei Jahren meine Kollegin und, ähm sie ist Genesungsbegleiterin, aber sie ist auch Musiktherapeutin und Heilpädagogin. Ja? Und jetzt ist sie auch so bei uns angestellt. Das ist ein Quantensprung. (...). Und, ja, es ist toll, was man da sieht, was man bewegen kann und was

ich halt tun kann. Menschen, die sonst, ähm, abgeschrieben waren, ja oder sie sagen: Ja, mir geht es nicht gut. Ja?“ Z. 37 (003TK, 2018)

- **Wirksamkeitserleben**  
Als positiv erlebte Wirkung auf Service User, Angehörige, Team, und Teamkolleginnen\* und -kollegen  
Annahme des Angebots EX-IN/ der daraus resultierenden neuen/ angepassten Angebote

Von Teamkolleginnen\* und -kollegen als positiv reflektierte Effekte der Beschäftigung von EX-IN auf Dienst, Team und Teamkolleginnen\* und -kollegen:

Durch die Beschäftigung einer EX-IN *verändert sich die Haltung gegenüber Betroffenen*, dies wird zurückgeführt auf eine zuvor nicht dagewesene Möglichkeit des Austauschs zur Betroffenenperspektive. Darüber hinaus ist *mehr Sensibilität in der Wortwahl* festzustellen:

„(...) also ein Aspekt für mich so ist auch die Haltung- ja genau, also, dass sich die Haltung verändert hat, also ähm, dass wir unseren GB fragen können, also wie ‚Wie ist denn das aus deiner Sicht‘ und das ist noch mal etwas Anderes, wie wenn ich diese Frage dem Betroffenen stelle im Beratungskontext. Sondern so, so ähm, damit wir das nutzen können um unsere Überlegungen und unsere Sichtweisen so ein bisschen abzugleichen und zu relativieren, also, dass es nicht so einseitig ist...., und die, ja so würde ich das sagen (...) und dass man- dass sich das natürlich, ähm, dass man einfach achtsamer ist auch mit der Sprache,... mit dem Ausdruck.“ Z. 5f (000TK, 2018)

Die Perspektiverweiterung durch die EX-IN ermöglicht eine *andere Betrachtung des Faktors Zeit*, so dass auch länger währende Prozesse- mit Hoffnung begleitet werden.

„(...) bei X. ist es so, dass der immer wieder mal von Erfahrungen berichtet. Dass der sagt: ‚Und ich war so und so lange in einer WG, ich habe das so und so erlebt. Ich habe/ (.) ich hatte selber diese und jene Schwierigkeiten. Ja, ich habe zu bestimmten Dingen ein paar Jahre gebracht, um da drüber wegzukommen. ‘ Ich, ähm/ Also der äußert aus einer langen Erfahrung heraus/ machen auf eine andere Art und Weise Verständnis. Grade auch, was den Faktor Zeit oder (.) Gelassenheit betrifft. So. (...) es sind so Bemerkungen die so was reinbringen, ähm, (...) man kann auch weiterhin Schwierigkeiten haben, aber, ähm, deswegen bricht die Welt nicht zusammen sozusagen. Manches braucht einfach ein verdammt langes an Zeit. So. (...)“ Z. 29 (009TK, 2018)

Darüber hinaus wurden Teamkolleginnen mit dem durch die EX-IN *Sichtbarwerden des Genesungsprozesses* in der Hoffnung auf Recovery bestärkt (vgl. (000TK, 2018). In der Kommunikation mit Klienten ist eine neue *Leichtigkeit* eingezogen durch die Offenheit in Bezug auf die eigene Betroffenheit der EX-IN als Teil des Teams (vgl. (001TK, 2018). Komplementär wird die *Reflexion zu Gesundheit und Krankheit* im Team angeregt (008TK, 2018).

- Positiv erlebte Effekte auf Service User  
Zu den von Teamkolleginnen\* und -kollegen als positiv erlebten Effekten auf die Klientel gehört neben der Fähigkeit Zugang und Beziehungsaufbau durch die damit vermittelte *Glaubwürdigkeit des Angebots* zu schaffen auch die *Stärkung der Bereitschaft sich mit den individuellen Gegebenheiten auseinanderzusetzen*, als ein Teil des Ganzen, was auf die Klienten wirkt:

„(...) wir müssen das als GANZES sehen, wir sind ein Team, wo, äh, äh, äh, eine, äh, Genesungsbegleiterin dabei ist und, ähm, das sind ja manchmal viele Puzzleteile, die so eine Beziehung herstellen oder auch eine, äh, Behandlungsbereitschaft und eine Krankheitseinsichtsbereitschaft. Und DAS ist nur einer dieser Schlüsselteile oder dieser Puzzleteile, die dann irgendwann auch zielführend sind. (...)“ Z. 34f (004TK, 2018)

„(...) Also ich ziehe schon mal bei Menschen, die, äh, sehr schwierig sind, äh, ich sage mal auch (...), wo noch keine wirkliche Krankheitseinsicht da ist, wo es schwierig ist, mit dem umzugehen, ziehe ich gerne auch zu Bewerbungsgesprächen mit neuen Klientel oft Genesungsbegleiter mit hinzu. Weil, sie sind halt wirklich ein Brückenbauer. (...) manche Menschen sagen zu mir: ‚Ja, Herr X., Sie müssen das ja sagen, dass es mir bald besser geht, weil, sie werden dafür bezahlt.‘ (...) das sind Menschen, die selbst eine Erfahrung gemacht haben, diesen Weg hinter sich haben. Ja? Teilweise beruflich wieder integriert sind oder im Team integriert sind und die können natürlich den Menschen das ganz anders überbringen. Und zwar, ne, als das/ also ich denke mal, auf so eine/ auf so eine Art Glaubwürdigkeit, auch dem Team oder unserer Arbeit auch ein Stück weit helfen. (...)“ Z. 19f (003TK, 2018) (Bauer, 2023, S. 10)

„Ja, ich konnte (...) gut Sachen auch abgeben, wo ich gemerkt habe, dass einfach einen viel, viel besseren Zugang zu den Menschen, die zu uns kamen oder kommen einfach hat. Also, dass ich nicht mehr in die Bredouille gekommen bin: Ich muss alles, was ich ja vorher als Sozialdienst gemacht habe, sondern ich konnte wirklich einen Teil der Aufgaben des Zieles abgeben. Äh, weil wie gesagt der Zugang durch seine Erkrankung, durch seine Ausbildung einfach nur ein ganz anderer zu den Menschen war, als den ich habe als Profi in Anführungsstrichen. Ja. Experte in eigener Sache. Das Zuwenden.“ Z. 19f (007TK, 2018)

Über den Einsatz von EX-IN wie hier im ambulanten Setting hinaus, wird die Beschäftigung im stationären Bereich gewünscht, um *Selbststigmatisierung abzubauen* und *Hoffnung auf eine Perspektive* insbesondere für jüngere Klientel in nicht freiwilligem Aufenthalt, in der zu differenzierenden und EX-IN-eigenen Qualität mit Expertise aus Erfahrung bieten zu können.

„(...) Aber im vollstationären Bereich, da würde ich mir Genesungsbegleiter wünschen. Grade, äh, weil die Menschen doch große Probleme damit haben: Ja, sie sind jetzt in einer Einrichtung. (...) Und man fühlt sich ohnehin, ja, wie/ ich sage das immer: platt wie ein Aussätziger. (...), das sind ja dann eher jüngere Menschen, die natürlich auch nicht freiwillig hier sind. (...). Also wenn denen jemand an die Seite gestellt wird, der/ der mit seiner Erfahrung und seinem Einfühlungsvermögen da anders mit umgehen kann, als die Pflegekräfte, die ja auch umsorgen und kümmern. Aber, ach, das ist ja/ ist ja noch mal was anderes.“ Z. 253f (005TK, 2018)

- Kompetenzerleben  
als kompetent erlebt/ Zutrauen/ Verantwortung für Aufgaben und/ oder Strategien entwickelt im Umgang mit Anforderungen, Herausforderungen, neuen Situationen

Die *Entlastung zeitlicher Kapazitäten* von Teamkolleginnen\* und -kollegen übersteigenden Bedarfen von Klienten nach Kontakt (vgl. 004TK), aber auch inhaltlich und wenn Grenzen überschritten werden, wird EX-IN und der durch sie eröffnete Zugang als hilfreich erlebt. Gerade der Zugang zu Service UserInnen wird an verschiedenen Stellen thematisiert, im Kontext absichtsloser Kommunikation (vgl. 009TK), als rasches Herstellen von Beziehung (vgl. 003TK) oder eben durch die anderen Informationen, die helfen können etwas einzuordnen:

„(...) Manchmal bei Klienten, ähm, (..) wo das hier in der Begegnungsstätte ein bisschen schwierig ist. (.) Also die, (.) ja, sich hier nicht an Regeln halten und, ja, wo, (..) genau, wir dann auch da an unsere Grenzen kommen. Und da, ist es/ war es manchmal gut, in der/ in der Dienstbesprechung, wenn wir eine Fallbesprechung zu dem Klienten gemacht haben, ähm, ja, dass er noch mal auf/ mehr Hintergrundinformationen manchmal auch liefern kann. Also weil sich die Klienten manchmal ihm auch ganz anders öffnen.“ Z. 27 (006TK, 2018)

- Weiterentwicklung des Dienstes  
Kooperationen mit Teamkolleginnen\* und -kollegen, positiv erlebte Veränderung/ Erweiterung der Angebote, Atmosphäre, Kommunikation, Umgang

Als positiv erlebte Effekte auf die Außenwirkung des Dienstes

Bei der *Zielgruppe* wird die Beschäftigung einer EX-IN positiv aufgenommen:

„Ja, genau, genau, genau, ja. Ja, sonst so als Einrichtung und als Einrichtungsleitung ist es für mich natürlich auch in der Außendarstellung- da habe ich gemerkt, also dass ich da das immer voller Stolz verkünden kann, also dass wir einen GB beschäftigen und dass ich schon das Gefühl hab in der Außenwirkung, dass es schon von Betroffenen... positiv wahrgenommen – anerkennend wahrgenommen wird, (...)“Z. 7f (000TK, 2018) (Bauer, 2023, S. 11)

Die Pionierleistung führt zur *Auseinandersetzung mit Beteiligung* von Experten aus Erfahrung bei anderen Anbietern und komplementären Einrichtungen und auch zu Überlegungen wie die Etablierung von EX-IN in der Versorgung mit der *Refinanzierung von Stellenanteilen* unterstützt werden kann.

„(...) Wir haben ja hier im Kreis <Name> auch noch andere Anbieter und das Gesundheitsamt und die Klinik und die Tagesstätte und was auch immer. Und im Lauf der Zeit wird hier bekannt, dass wir einen Genesungsbegleiter haben ... und das führt dazu, dass andere zumindest mal in die Richtung auch denken. Und das allein finde ich, hat sich gelohnt. Das ist eigentlich der größte Effekt, dass im Kreis –also bei der Kreisbehörde inzwischen schon

nachgedacht wird, können wir vielleicht irgendwie eine viertel-Stelle mitfinanzieren, (...) Z. 138f (001TK, 2018)

Rückmeldungen aus dem Erleben spezifischer Kompetenzen der EX-IN  
Ein Beleg für das *Erleben der Kompetenz* von EX-IN ist der gezielte Einsatz der EX-IN bei bestimmten Klienten:

„(...) ich habe sie bei einer Klientin halt ganz speziell eingesetzt, weil diese Klientin mir mal erzählt hat, dass sie ihr Leben lang, von klein auf, Sozialarbeiter um sich herumhatte. Die war schon im Kinderheim und die ist so von einem zum nächsten, von Einrichtung zu Einrichtung geschickt worden und sie hatte, einfach so im Laufe ihres Lebens ich sage mal, so eine Grund-Wut auf Sozialarbeiter entwickelt, ja? (...): es ging irgendwie um eine vertrauensvolle Beziehung zu dieser Klientin aufzubauen, da habe ich mir so gedacht, dass ich da Fr. X jetzt mit reinnehmen sollte, weil Fr. X. eben keine Sozialarbeiterin ist, weil Fr. X. da vollkommen empathisch ist und sich in die Klientin hinein fühlen kann und in ihrer Art sehr ruhig ist und nicht wertend ist. Das war einfach klar, das kann keiner sonst, das muss Fr. X. machen. (...)“ Z. 27f (002TK, 2018) (Bauer, 2023, S. 11)

Durchgängig wurde in allen Interviews die Frage danach, ob der Aufwand EX-IN zu implementieren anhand der erreichten Effekte gerechtfertigt sei, bejaht. Die *Vermittlung von Erfahrungsexpertise* und die *Kooperation miteinander* werden als beispielhaft als geschätzte Kompetenzen der EX-IN-Kolleginnen\* und Kollegen reflektiert:

„(...) das ist eine Kooperation, eine Zusammenarbeit, die habe ich in dieser Qualität noch nie erlebt, also die Frau ist wirklich gut... (...) wie die das den Teilnehmer da erläutert und auch mit mit Beispielen aus Ihrem Erleben erklärt, da sitze ich jedes Mal dabei und denke mir: ‚Das kann ich nicht!‘... das ist einfach ein super-gute Kooperation ....“ Z. 111f (001TK, 2018)

In der Teamarbeit wird über die Art und Weise der *kollegialen Beratung durch EX-IN* zu Kompetenz reflektiert, die *fachliche Ebene wurde hier als gekoppelt mit Empathie* erlebt (vgl. 002TK). (Bauer, 2023, S. 11)

Die Qualität der Leistung des *Empowerment* von EX-IN wird formuliert: „vorher waren sie (die Service User, Anm. D. Autorin) auch schon motiviert, aber jetzt sind sie auch noch gestärkt“ Z. 29 (003TK, 2018). EX-IN werden als „konstruktive Vermittler“ Z. 35 (006TK, 2018) (Bauer, 2023, S. 10) wahrgenommen, als „entspannende Ressource“ Z. 25 (009TK, 2018) (Bauer, 2023, S. 10) für Kollegen wie Klienten erlebt und *synonym für Klientenzentrierung*:

„(...) für mich war Fr. X. die Klientenzentrierung, ein Stück weit (lacht). Also dadurch, dass sie einfach immer noch mal die Sichtweise der Klienten mehr verstanden hat, als wir und dadurch, dass sie das in die Entlastungsgespräche und die Teams eingebracht hat, dadurch hat sie zu mehr Klientenzentrierung beigetragen, (...).“ Z. 83f (003TK, 2018) (Bauer, 2023, S. 10)

- Positiv erlebte Effekte auf Angebote des Dienstes aus Sicht von Teamkolleginnen\* und -kollegen

Die Zusammenarbeit mit EX-IN wird in Fortführung der Zusammenarbeit mit Peers zum Empowerment durch Teilgabe und als *logische Konsequenz trialogischen Arbeitens* gesehen:

„(...) Ja, wir haben sehr früh angefangen schon, also bevor wir EX-IN hatten, da habe ich schon sehr stark auf Peer-Arbeit gesetzt. Das heißt, Klienten, die irgendwas an besonderen Fähigkeiten hatten, sei es durch ihren beruflichen Hintergrund oder sei es durch ihren erworbenen Hintergrund, (...), dass sie halt eigene Gruppen hier auch geleitet haben (...). Also gerade auf ihre Biografie hin. Und das hat vielen schon sehr geholfen und sie bestärkt, dass sie doch wieder im Leben stehen können und doch wieder sich beteiligen können.“ Z. 9f (003TK, 2018)

„Ja, wir/ wir arbeiten eh häufig trialogisch (...) Von daher ist es für mich nur eine logische Konsequenz, dass wenn es sowas gibt, dass wir dann auch Genesungsbegleiter, äh, bei uns haben.“ Z. 100f (004TK, 2018)

Der Konsens mit EX-IN für die Gestaltung eines Angebots im Dienst wird als eine Art ‚*Qualitätskontrolle*‘ reflektiert:

„Ich glaube diese Erfahrung, äh, äh, ähm, in Bezug auch auf seine eigene Begleitung her irgendwann mal erlebt hat. Und gewisse Stigmatisierungen äh, umso mehr konnte er dieses Modal/ modularisierte und individuelle und personenzentrierte auch annehmen, weil er gemerkt hat es ist tatsächlich so ok. ‚Das hätte ich mir früher vielleicht auch gewünscht.‘ Z. 157 (007TK, 2018) (Bauer, 2023, S. 11)

### 2.1.2.3 Gegenüberstellung der Faktoren für Erfolg und Erfolgsbedingungen:

In der Gegenüberstellung der Aussagen zu Erfolg und Erfolgsbedingungen aus den beiden Perspektiven zeigen sich Parallelen und Unterschiede:

Tabelle 35 – Gegenüberstellung der Kernaussagen zu Erfolg und Erfolgsbedingungen

Erfolg/ Bedingungen für Erfolg	EX-IN	TK	Bemerkung
Perspektiv-erweiterung	Annehmende Grundhaltung einbringen können/ Empowerment	Durch Möglichkeit zum Abgleich Haltung verändern	Haltungsänderung
		Zeitliche Dimension anders berücksichtigen	Langsamkeit als Prozessfaktor
	Abbau von Vorurteilen bei TK	Abbau von Vorurteilen (gleichwertige Teammitglieder)	Reduktion Vorurteile
	Vermittlung von Erfahrungsexpertise	Rückmeldung/ Input zu Symptomerleben, Erleben von Übergriffigkeit	Einblicke in Betroffenesicht
Reflexionsfähigkeit/-bereitschaft	Inanspruchnahme kollegialer Beratung seitens TK	Kollegiale Beratung mit EX-IN in eigener Qualität	Erweiterung kollegialer Angebote
	Gehör finden, Austausch erleben	Sicht erfragen, Meinung berücksichtigen	Austausch stärkt bilaterale Reflexion
Sprachgebrauch	Eigenen Kommunikationsstil einbringen, Gehör für Rückmeldung zu Botschaften	Sensibilisierung für Wortwahl, Ausdruck, Botschaften	Weiterentwicklung Kommunikation
Zugang	Zugang bei Barrieren schaffen können	EX-IN schaffen Zugang in schwierigen Konstellationen	Herstellen von Kontakt erleichtern
Beschäftigung von EX-IN	Vermittelt Hoffnung auf Genesung	Bedeutet Sichtbarwerden von Genesungsprozessen auch für TK/ stärkt Hoffnung auf Recovery	Selbstwirksamkeit Hoffnung realistisch werden lassen
		Wirksam sein der Bemühungen um Klientel, Erfolge erleben	Selbstwirksamkeit motiviert Teamkolleginnen* und

	Kultur des offenen Umgangs mit Schwächen	Fördert Reflexion der Kategorien von ‚gesund‘ und ‚krank‘ bei TK	-kollegen Stärkung Reflexion
	Abbau von Vorurteilen	Abbau von Vorurteilen	Leistungsfähigkeit unter Beweis stellen, Teilgabe
Entwicklung der Angebote des Diensts	Versorgungslücken werden verkleinert/ Ansprache von Zielgruppen früher möglich	Inhaltliche Fortführung trialogischen Arbeitens	Weiterentwicklung
		Aufwertung i. S. v. Qualitätskontrolle und Klientenzentrierung	Qualitative Aufwertung
	Sich in (gemeinsamen) Kursangeboten einbringen	Aufwertung von Angeboten durch Kooperation	Qualitative Aufwertung
	Übersetzungstätigkeit	Fachliche Aufwertung durch Stärkung von Empathie	Qualitative Aufwertung
Effekte auf Klientel	Zugänge ermöglichen	Stärkung der Glaubwürdigkeit der Bemühungen gegenüber Klientel	Vertrauen schaffen
	Abwehrmechanismen umgehen	Vertrauen für Zusammenarbeit schaffen	Niedrigschwelliger werden
	Empowerment der Service User	Empowerment zur Gestaltung individueller Bedarfe	Empowerment
	Abbau von Selbststigmatisierung/ Vermittlung von Hoffnung	Abbau von Selbststigmatisierung/ Vermittlung von Hoffnung	Abbau von Vorurteilen/ Vermittlung von Hoffnung
Bedeutung des Tätig Seins für EX-IN selbst	Arbeit als stabilisierender Faktor	Arbeit als stabilisierender Faktor	Faktor für Stabilität
	Fokussierung auf Prozesse, Lernfeld	Ermöglicht persönliche Weiterentwicklung	Lernfeld persönlich

	<p>Anknüpfen an berufliche Erfahrung, Lernfeld</p> <p>Erfolgreich/ wirksam/ gefragt sein, stärkt Selbstwertgefühl</p> <p>Umgang mit eigenen Bedarfen entwickeln – Lernfeld</p> <p>Offener Umgang mit Betroffenheit entlastet</p> <p>Auf- und Ausbau soziales Netzwerk, privat wie beruflich</p>	<p>Ermöglicht berufliche Weiterentwicklung (Sprungbrett)</p>	<p>Lernfeld beruflich</p> <p>Verbesserung Selbstwertgefühl</p> <p>Ausbau Selbstfürsorge</p> <p>Abbau Selbststigmatisierung</p> <p>Soziales Netzwerk wächst</p>
Außenwirkung	Zugang früher möglich	Anerkennung seitens Betroffener für Dienst	Anerkennung/ Verringerung von Barrieren
	Beitrag zu Inklusion	<p>Fördert Diskurs zu Partizipation</p> <p>Fördert Etablierung auch in Leistungsvereinbarungen – Refinanzierbarkeit</p> <p>Dienst gewinnt Aufmerksamkeit für Pionierleistung/ Innovativität</p>	<p>Gesellschaftliche Impulse</p> <p>Verbreitung EX-IN stärken</p> <p>Besonderheit/ Pionierarbeit</p>
Empfehlungen	Durch Vorbereitung ‚Gewollt sein‘, ‚Akzeptiert sein‘ von Kollegium und Leitung generieren	Vorbereitung auf EX-IN – positive Einstellung erzeugen (Bedenken und Befürchtungen zulassen, Informationen bereitstellen)	Akzeptanz schaffen, Offenheit herstellen
	Passung ermöglichen durch Praktika/ sich auf Einsatzfeld vorbereiten	Begegnungen schaffen, Passung/ Erwartungen prüfen durch Praktika	Passung durch Praktika
	Ansprechperson hilfreich, ggf. selbst wählen lassen	Ansprechperson hilfreich, ggf. selbst wählen lassen	Ansprechpartner sind hilfreich

Teilnahme an Teamsitzungen und Supervision	Organisierten Austausch ermöglichen	Austausch gewährleisten
Gestaltungsspielräume/ gemeinsame Auftragsformulierung und Arbeitszeit	Gestaltungsspielräume für Auftragsentwicklung ermöglichen	Gemeinsam EX-IN im Dienst entwickeln
Zeit für Findung und Etablierung einplanen		Zeit als Prozessfaktor
Transparenz herstellen um Akzeptanz zu erzeugen		Aktiv um Akzeptanz bemühen

So wird, beispielhaft, die Gelegenheit zur Perspektiverweiterung beiderseits sehr konkret mit Haltungsänderungen in Verbindung gebracht, wohingegen in Effekten der Betätigung von EX-IN auf das Team die Kultur des Umgangs mit eigenem „Schwach Sein“ Widerhall findet im Aufweichen dichotomer Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit.

Reflexivität als Kernkompetenz sozialarbeiterischen Handelns erfährt nach beiderlei Einschätzung eine Aufwertung durch die Möglichkeit zum bilateralen Austausch und die kollegiale Beratung erfährt Aufwertung durch EX-IN. Zur Entwicklung der Dienste zeigen sich ebenfalls hohe Übereinstimmungen in der qualitativen Aufwertung zu dialogischen Strukturen, durch Kooperationen in Einzelangeboten sowie in der Erweiterung des Verstehens.

In der Wirkung auf Klientel sind kaum Unterschiede im Erleben festzustellen, die Erfahrungen hinsichtlich der Generierung von Vertrauen und niedrigschwelligeren Zugängen, der Stärkung von Empowerment und der Vermittlung von Hoffnung finden in beiden Erzählungen Resonanz.

Die deutlich stärkere Differenziertheit der Betrachtung von Effekten des Tätig Seins für EX-IN selbst aus Sicht der EX-IN zeigt neben Arbeit als Faktor für Stabilität und der Betrachtung als Lernfeld auf Entlastung durch den offenen Umgang mit eigener Betroffenheit und dem Ausbau des sozialen Netzwerks.

In der Außenwirkung für die Dienststelle hingegen ist der Fokus der TK breiter: Neben der Verringerung von Barrieren bei der Zugänglichkeit der Hilfen wird mit der Etablierung auch die Refinanzierung der Leistungen thematisiert.

Als Empfehlung wird neben der Vorbereitung des Dienstes auf EX-IN besonders die Notwendigkeit einer Passung und die vorherige Erprobung via Praktika formuliert. Ebenfalls aus beiden Perspektiven als hilfreich erlebt wird die Installation einer Ansprechperson und die gemeinsame Formulierung des Arbeitsauftrags. Darüber hinaus wird seitens der EX-IN auf Zeit als Prozessfaktor verwiesen.

## 2.2.2 Fürsorge, Support und Selbstfürsorge

### 2.2.2.1 EX-IN zu Fürsorge, Support und Selbstfürsorge

Aspekte von Fürsorge die vom Dienst/ Team/ etc. gegenüber EX-IN geleistet werden

- Team/ Leitung erbringt Unterstützung für EX-IN (Begleitung, Support...)
- auch Vorbereitung auf EX-IN-Etablierung im Dienst
- Ausnahme von Regeln/ bestimmten Aufgaben, individuelle Vereinbarungen
- Rückzugsmöglichkeiten/ Entlastungsmöglichkeiten/ Schonräume,
- Auch Umgang mit EX-IN, in Unterscheidung von Umgang mit anderen Kolleginnen\* und Kollegen

In der *Einarbeitungsphase* war die Freundlichkeit der Teamkolleginnen\* und -kollegen besonders wichtig für die EX-IN (vgl. Z. 200 (004GB, 2018), empfohlen wird überdies *Best practice* einzuholen und das Team frühzeitig einzubinden:

„Ja, ich denke, es wäre gut, (...) dass man sich, äh, darauf vorbereitet, einen Genesungsbegleiter einzustellen. Also wirklich damit auseinandersetzen, was es bedeutet, ähm, und wie woanders vielleicht schon gearbeitet wird. (...) das muss dann schon für alle ein Thema sein. Dann ist es auch, äh, einfacher“ Z. 185f (009GB, 2018)

*Fürsprache* EX-IN-erfahrener Teammitglieder und bereits im Dienst vorhandenes Wissen zu Experienced Involvement werden als wichtige Einflussfaktoren auf das Team wahrgenommen.

„... es gab natürlich die EX-IN Trainerin, die hier im Haus arbeitet auch und ist ja klar, dass die das Projekt auch mitinitiiert hat. Es ist wahrscheinlich ein unschätzbare Vorteil, weil die war auf jeden Falls schon mal, ist Fürsprecher und jemand der Bescheid weiß, auch die Kollegen beeinflusst, (...)“ Z. 125 (001GB, 2018)

*Unterstützung in der Aufgabenfindung* wird als konkrete Hilfestellung benannt, darüber hinaus, werden Gefühle von ‚Aufgehobensein‘ und ‚Gewolltsein‘ (000GB, 2018) als hilfreich reflektiert:

„... ähm, also ich habe mich sehr gut aufgehoben gefühlt. Also als ich kam ins Team, ähm, die haben, ich kann Ihnen gar nicht genau sagen was sie gemacht haben richtig direkt. Aber, ähm, (..) also die haben mir einfach geholfen, wenn sie irgendwie halt mir gesagt haben mit wem ich zum Beispiel rausgehen kann oder so. Und was ich jetzt machen kann und so. Solche Sachen.“ Z. 178 (004GB, 2018)

Eben dieses Gefühl des ‚Aufgehobenseins‘ findet sich wieder im Kontext mit dem ‚Gewolltsein‘ durch die Leitungsebene und dem sich Zeit nehmen derselben:

„also das ist so, ich fühle mich im Team soweit wohl, bis auf meine persönliche Geschichte, dass ich in manchen Teamsituationen einfach getriggert bin, das ist so, da kann ich nichts dafür, da lerne ich aber gerade – hab es, was die Chef-Ebene angeht– super: also er will das unbedingt, dass wir das machen und dass es sich weiter etabliert, nimmt sich die Zeit und ich bin gut aufgehoben- also ich muss sagen, ich muss mich nicht abkämpfen.“ Z. 73f (000GB, 2018)

EX-IN einen guten Einstieg zu verschaffen sollte versucht werden, *Behutsamkeit* bei der Einführung in Abläufe und *Klarheit* bezüglich der Aufgaben ist hilfreich:

„Also so einen guten Einstieg ermöglichen, das glaube ich, wäre für viele gut, für alle, äh, Genesungsbegleiter, die irgendwo anfangen. Dass man so eine Art/, dass einen die so ein bisschen behutsam das zeigen, wie es hier so abläuft.“ Z. 360f (009GB, 2018)

„...und ich glaube so klare Strukturen und eine Arbeitsplatzbeschreibung ist wichtig: so wie sieht die Arbeit aus, so was was mache ich, wie wie wie, was sind meine Aufgaben, was wird verlangt, so, dann an den Teamsitzungen teilnehmen auch, weil sonst kann ja keine gute Arbeit gewährleistet sein, so regelmäßig und nicht nur unregelmäßig, weil man ja sonst gar nicht so viel mitkriegt, finde ich... ähm...“ Z. 202f (002GB, 2018)

Unter den Erfolg und den Bedingungen für Erfolg wurde bereits die Bedeutung von *Ansprechpersonen* erwähnt, hier werden die erbrachten Leistungen im Kontext des Arbeitsalltags, aber auch wegen eigener Betroffenheit expliziert:

„(...), die Hauptgrundlage: zwei feste Pfeiler die stützen, ist einmal mein direkter Vorgesetzter, der Herr X., also mein Chef und meine Beraterin-SpDi-Beraterin die Frau X. die geben mir –geben mir eigentlich das Rüstzeug, dass das gut hinhaut und die spiegeln mich auch wieder und ich kann auch mal Realitätsbezug schaffen, wenn die Manie oder Ähnliches mir mal in die Quere kommt (...). Und bei den Kollegen habe ich sogar Einzelkollegen, die ich mal fragen kann, wenn ich nicht weiß, was ist in meinem Kopf und was geht gerade wirklich ab– kann ich mich sehr gut wiederfinden, ich fühle mich gut aufgehoben“ Z. 91f (000GB, 2018)

„ja also auf jeden Fall Begleitung. (...) auch, wenn man vielleicht jetzt so ein bisschen an seine eigene Geschichte so rankommt, dass man das dann besprechen kann mit jemandem. (...), dass man, wenn man jemanden in der Krise hat, dass man da auch jemanden an der Seite hat –ich glaube, wenn man selber betroffen ist, ist das noch einen Tacken schwerer, damit umzugehen“ Z. 202f (002GB, 2018)

Die *Passung von Ansprechperson und EX-IN* wird als entscheidend erlebt um vertrauensvolle Zusammenarbeit herzustellen.

„... ja also das Problem war – also gut am Anfang hatte ich- wirklich auch einen kollegialen Ansprechpartner, was wirklich auch sehr gut für mich gelaufen ist, hinterher war das dann sehr unglücklich, weil da sollte ich als kollegialen Ansprechpartner den Chef haben – nee ehrlich- also das fand ich dann etwas unglücklich, da habe ich mich dann geweigert, da habe ich gesagt „Nee, das mache ich nicht“. Ja (Lacht)“ Z. 126f (002GB, 2018)

Der *Austausch in Teamsitzungen und Supervision* wird in den Aspekten zu Leistungen von Selbstfürsorge der EX-IN selbst und vor allem auch in der Kategorie „Zugehörigkeit“ weiter ausgeführt und daher an dieser Stelle nur angeschnitten:

„Ja, also äh, wichtig ist, im Rahmen des Berufes auf jeden Fall eine Begleitung, dass man nicht alleine mit der Arbeit da steht, das finde ich wichtig, dass man auch die Möglichkeit hat auch an der Supervision teilzunehmen, das finde ich ganz wichtig, dass man kollegiale Gespräche hat, das habe ich ja grade schon gesagt, ja auf jeden Fall irgendeinen Ansprechpartner zu haben, ja und dass man Probleme wo auch immer die auftauchen, dass da auch darüber gesprochen werden kann.“ Z. 200f (002GB, 2018)

Bei den Aussagen zum Support, den der Dienst oder das Team leistet, finden sich neben *Adaptionen der Dienstzeiten oder der Übernahme von Teilaufgaben* aber auch das Gefühl eigenständig arbeiten zu dürfen und *Freiräume* (001GB, 2018) zu haben:

„Ja. Aber ich habe wenig zu tun mit so schriftlichen Sachen. Also Dokumentation, (.) äh, ja, das mache ich eigentlich nicht.“ Z. 51 f (009GB, 2018)

„(...) (stöhnt) Ich bin in der glücklichen Lage, dass ich einen Chef habe, der uns recht freie Hand lässt. Ähm, machen, (.) äh, mach, tue, mach. Und wir eben halt, äh, dadurch, dass wir ein kleines Team sind, äh, das auch jede Woche irgendwo besprechen, auch wirklich so arbeiten dürfen, wie wir uns das vorstellen. (...) Natürlich müssen wir unsere Arbeitszeiten einhalten. Natürlich müssen wir, äh, äh, pünktlich sein und/ und/ Genau wie bei jedem anderen Arbeitgeber. Nur wir ha/ können am Tag unsere Struktur, äh, recht eigenständig und selbständig, eigenverantwortlich machen (...).“ Z. 187f (005GB, 2018)

Die eigenständige Umsetzung des Auftrags wird dabei im regelmäßigen Austausch begleitet, flexible Einsätze sind gefolgt vom Abbau der dabei entstehenden Mehrstunden, dies kann beim Bedarf an *Tagesstrukturierung* herausfordernd sein.

„Überwiegend klappt das gut, nur wenn halt viele Sachen kommen muss man halt auch wieder Stunden abbauen, also da, das ich ja so wenig habe- ich bin halt so scharf auf meine Arbeit, also aber jetzt „gesund“ und mein Chef hat halt ganz klar gesagt, wie halt jeder andere auch, wenn du Überstunden hast, dann musst du sie halt abbauen, da muss ich dann eben mal daheimbleiben, zwischendurch, was für die Strukturgebung als Kranker manchmal echt scheiße ist (lacht)- aber es ist halt so.“ Z. 99f (000GB, 2018)

Um ein eigenständig entwickeltes Angebot umsetzen zu können, wurde vom Team ein *unterstützender Hintergrunddienst* organisiert, was diese EX-IN auch als kollegiale Fürsorge benennt:

„(...) ich habe fühle mich da nicht in jeder Situation immer ganz... sicher und da bin ich ganz ...froh, dass ich da nicht -selten alleine bin im Haus (...), da kann's halt auch mal sein dass jemand zum ersten Mal kommt, den ich nicht kenne – soll so nicht sein, weil normalerweise sollen sie sich anmelden und ein Gespräch möglicherweise führen, aber es kann sein, dass ich dann nicht nein sage und da sitzt dann jemand, den ich nicht einschätzen kann, für

den Fall ist aber Hintergrunddienst-mäßig eine – immer noch ein Kollege (...) da um... das haben die aber von sich aus angeboten....(...) die Fürsorge der Kollegen- also das war es was das ermöglicht hat...“ Z. 89f (001GB, 2018)

Wenn notwendig, können Skills umgesetzt werden, eine *akzeptierende Atmosphäre* ermöglicht den offenen Umgang mit individueller Verfassung. Das Aufrechterhalten der als *stabilisierend erlebte Tagesstruktur* kann auch in diesen Phasen stattfinden:

„Ich habe das Glück, dass ich das in meinem Unternehmen sagen kann. Also das ich wirklich sagen kann: (.) Ich bin/ habe so eine (.) depressive/ irgendwas ste/ ist da in mir. Ich weiß nicht, wie es ausgehen wird, ich muss auf mich achten. Und dann darf ich auch jederzeit/ mein Hilfsmittel ist Fahrrad fahren hier/ ich darf jederzeit abhauen und kann das für mich nutzen oder auch weniger Dienst machen.“ Z. 111f (003GB, 2018)

„Mhm. (zustimmend) Es wurde mir auch gesagt: Ja, willst du zu Hause bleiben, äh, ist das besser für dich?“ Und/ Aber genau das ist (.) kontraproduktiv. Wenn ich, äh, den ganzen Tag zu Hause bin, dann (.) ist es schlimmer. Jeder Mensch braucht seine Tagesstruktur.“ Z. 113f (003GB, 2018)

Der Aufgabenteilung kommt Bedeutung zu, um *Überlastungen zu vermeiden*, *Schonräume*, wie hier, durch Rückzug in hochgespannten Situationen, werden ermöglicht:

„(...) wir machen das auch manchmal so, dass wir uns abwechseln an der Tür. Dass dann halt jemand anders dran sitzt und (...) ich dann halt nicht, ähm, selbst die ganze Zeit dasitze.“ Z. 64f (004GB, 2018)

I: Ja. (.) Und wie machen Sie das dann, wenn es so eine Situation gibt wo eine Fixierung erforderlich wird?

004GB: Da zieh ich mich zurück dann. (...); ich zieh mich halt einfach zurück und das ist in Ordnung so.“ Z. 80f (004GB, 2018) (Bauer, 2023, S. 8)

Die Berücksichtigung von *Passung* mit Service Usern und Bezugsperson für die Einsätze von EX-IN wird geleistet und auch als Schutz erlebt:

„Ja, also ich habe/ wie gesagt, ich habe eine, äh, Ansprechpartnerin, die Leitung von dem Dienst, äh, die mir die Klienten zuteilt. Das heißt wohl, sie überlegt, ähm, (.) sind die, äh, aufnahmefähig? Komme ich überhaupt so an die ran? Äh, würde das von der Person her passen? Ähm, und, äh/ (.) Oder/ oder passt es auch in Bezug auf die Bezugsperson?“ Z. 27f (008GB, 2018)

„aber ich werde auch ganz klar geschützt, dass ich jetzt nicht gleich zu den schwierigsten Menschen, die grade so ins Ambulante gekommen sind, aber da noch große Schwierigkeiten haben, ähm, (.) dass ich da nicht unbedingt hinmuss. Oder es gab auch schon Abruf von dem Kontakt, wo ich paar Mal sehr verunsichert war, weil die Person dann psychotisch geworden ist, was ich nicht kenne.“ Z. 29 (008GB, 2018)

Aspekte von Selbstfürsorge, die die EX-IN-Genesungsbegleitung leistet:

- Berücksichtigung eigener Grenzen, Einschätzung Leistungsfähigkeit
- Stärkung eigener Ressourcen,
- Umgang mit persönlichen Grenzen gegenüber anderen

Selbstfürsorge wird verstanden als Achtsamkeit gegenüber der eigenen Verfassung und der Anwendung verschiedener Maßnahmen, die der Herstellung von Bedingungen dienen, um Stabilität und Teilhabe zu erhalten und/ oder zu generieren. Dies geschieht teils gemeinsam in Abstimmung mit anderen, teils intrapersonell und kann sich konkret in der Gestaltung von Kontakten und Organisation von Strukturen auch unter Berücksichtigung zeitlicher Bedarfe darstellen.

Als Teil der Selbstfürsorge wird das *Tätigsein als EX-IN* an sich reflektiert, sinnstiftende Tätigkeiten sind dabei von Relevanz, die Bedeutung existentieller Absicherung wird ebenfalls thematisiert:

„Weil, äh- da würde ich Langeweile kriegen – ich hab kostbare Zeit und meine Ressourcen und um möglichst präzise und wirkungsvoll zu sein...“ Z.31f (000GB, 2018)

„(...) Und es ist natürlich unglaublich erleichternd, so für mich auch mal angestellt zu sein. ... äh und zu wissen, mit was ich Ende des Monats zu rechnen habe, (...) ... und insofern, wir haben hatten jetzt heute das Thema „Vulnerabilität“ (...). Also dass ich viel stabiler, das ist mir da so bewusst geworden, viel resilienter, ausgeglichener bin als vorher... also für mich ist das eine neue Situation, nicht? Wir haben darüber gesprochen, warum ist das hier fast schon eine traumhafte Situation, wenn ich- weil hier die Situation, die Faktoren und die Rahmenbedingungen, finanzielle Sicherheit, soweit ich davon sprechen kann, die Regelmäßigkeit und so weiter Übereinkommen und mir gleichzeitig immens viel äh äh Motivationschübe und Höhepunkte und Besonderheiten bescheren. (...)“ Z. 107f (001GB, 2018)

„Ich weiß aber auch noch nicht, äh, zu wieviel Prozent ich das machen kann oder möchte. Also hier steht es mir offen bis fünfzig Prozent im Moment. Heißt nicht, dass es nicht mehr erweiterbar wäre (...) Aber vielleicht muss ich, um mich selber zu schützen und stabil zu bleiben, dann, äh, damit ich davon leben kann, äh, noch etwas Anderes machen, wie ich es mir vorstellen könnte.“ Z. 197 (008GB, 2018)

Die Möglichkeit zur *persönlichen Weiterentwicklung und der eigenen Stabilisierung* durch die Tätigkeit als EX-IN wird dabei als Wert an sich erkannt und darüber hinaus als Faktor für die Qualität der Arbeit mit Service Usern geschätzt:

„(räuspern) Also hm, fü/ also für mich persönlich hat sich was verändert. Weil, ähm, das ist meins und das kann mir keiner wegnehmen. (...) Und das war mir ganz wichtig, um auch, äh, sage ich mal, mit den Menschen vielleicht doch noch anders und besser zu arbeiten.“ Z. 161f (005GB, 2018)

„(...) diese Arbeit ist im Grunde genommen, äh, (...) für mich (.) die Möglichkeit, mich immer wieder selbst zu hinterfragen, ob das, äh, mit meinen eigenen Vorstellungen, mit eigenen

Werten, mit eigenem Selbstbild übereinstimmt. Ich bin permanent praktisch in der Aktualisierung. (...) Und, äh, dadurch habe ich die Möglichkeit, mich permanent weiterzuentwickeln. Und es stabilisiert mich auch ziemlich. (...)“ Z. 152f (006GB, 2018)

„(...) und für mich ganz wichtig, äh, für mich ist es auch genesungsfördernd. Ich bin ja auch nicht ganz styb/ stabil. Das ist ja immer noch aufregend auch, diese Entwicklung. Ähm, aber in den Momenten, wo ich bei den Klienten bin, äh, bin ich im Moment in/ in Verbindung. Also auch Teil. Also geht ja auch arg um/ um Teilhabe für mich. Und natürlich, wenn/, wenn sich das gut anfühlt und hilfreich ist, dann nehme ich natürlich auch unheimlich viel Wertschätzung mit.“ Z. 11f (008GB, 2018)

In der Betrachtung zur Wirkung von EX-IN wird näher auf die Effekte eingegangen, die das Tätigsein auch für EX-IN selbst mit sich bringt, jedoch ist die *Art und Weise des Herangehens an das Tätig Sein* als EX-IN für den Aspekt der Selbstfürsorge relevant.

„Ja. Es hat für mich auch einen positiven Effekt, wenn/ hierher zu kommen und zu arbeiten. Und mal/ (.) Also ich bereite mich da, ehrlich gesagt, ziemlich/ (.) ziemlich drauf vor, auf die Tage, die ich jetzt hier bin. (..) Weil, ich meine, da muss ich halt schauen, dass ich selber möglichst (.) nicht auch noch zusätzlich Verwirrung dazu bringe. Zu denen Verwirrung. Sondern das ist für mich eine gute Übung, äh, also nur aufmerksam zu sein und dem anderen Raum gehen und so mich um andere zu kümmern, das tut mir selber auch gut.“ Z. 274f (009GB, 2018)

Um Überforderung und *persönlichen Grenzen* zu begegnen sind *Eigenreflexion und Offenheit* von Vorteil in der Zusammenarbeit:

„also ich glaube das ist ein Riesenvorteil, dass ich weiß, wo meine Grenzen sind und weil ich einfach schon so lange in diesem Bereich arbeite und ich, glaube ich, ganz gut reflektiert bin und das war hier auch immer ganz gut hilfreich hier so. Und wenn ich das Gefühl hatte, irgendetwas überfordert mich, etwas oder irgendwie, passt nicht, dann habe ich das ganz offen gesagt und das war natürlich gut“ Z. 76f (002GB, 2018)

Sich selbst gut kennen, Hilfen annehmen können und Psychohygiene zu nutzen wird als Voraussetzung betrachtet:

„(...) ich muss schon wissen, was kann ich machen oder was überfordert mich so, dass man da selber guckt: was traue ich mir zu, was traue ich mir nicht zu ... ja irgendwie alle möglichen Formen der Psychohygiene, ja... ja, dass man gut auf sich achtet halt..., dass man halt auch seine eigenen Stärken und Schwächen kennt, finde ich auch wichtig, wenn man merkt dass es irgendwie schwierig wird, dass man sich dann Hilfe holt, damit das nicht... nicht noch weiter ausartet und man selber der ist, der in eine Krise kommt, ne?“ Z. 204f (002GB, 2018)

Dabei wird in der Offenheit unter Kolleginnen\* und Kollegen durchaus differenziert: Nicht alles muss preisgegeben werden, auch wenn zur eigene Geschichte gestanden wird:

„Oder, letzten habe ich noch/ meine Kollegin, mit der ich gegenüber sitze, äh, hat dann eine Frage gestellt und meinte: ‚Das habe ich mich nicht getraut, dich zu fragen.‘ Ich so: (geflüstert) ‚Warum nicht? Warum nicht, ne? Wenn ich es nicht beantworten möchte, dann beantworte ich es nicht.‘ Ne? Aber ansonsten stehe ich ja auch (.) zu meiner Geschichte. Und meine Geschichte musste so sein.“ Z. 255f (003GB, 2018)

Durch das Agieren in *gewohnter Umgebung und strukturierte Abläufe* entsteht ein Gefühl von Sicherheit, die dann auch weitervermittelt werden kann an Klienten:

„Auch so, wenn/ ich war früher, ich habe 15 Jahre von meinem Leben/ ich wollte eigentlich die Welt kennenlernen. ... Das ist jetzt überhaupt nicht mehr so. Ich bin froh, wenn ich irgendwo bin, wo ich weiß: Das ist/ dann fühle ich mich wohl, da/ da kenne ich es. (lachend) Die/ die/ alles, da so die Umgebung. So richtig spießig fast schon. Ach so passt es da. (lacht)“ Z. 236f (009GB, 2018)

„(räuspern) Typische Sia/ äh, Situationen sind so, dass ich, äh, schon eine gewisse Struktur in meinem Arbeits-äh-Alltag habe. Um den Menschen auch eine gewisse Sicherheit zu geben, mit denen ich arbeite. Ähm, die Struktur, die Tagesstruktur ist sehr wichtig.“ Z. 9f (005GB, 2018)

*Selbstfürsorge wird als eigene Aufgabe* der EX-IN angenommen, Selbstschutz und Abstand zur eigenen Betroffenheit sind dafür ebenso bedeutsam, wie das Sorgen für Ausgleich (vgl. 008GB 199) und die Entwicklung eigener Rituale.

„Ja und/ und, ich muss halt auf mich selber achten. Das ist mein/ meine eigene Aufgabe. Ne?“ Z. 103 (003GB, 2018)

„Das ist// erst mal das Allerwichtigste, dass auch sich jeder selber schützen kann. (...) Man qualifiziert sich: (.) Kann ich (.) mit meiner Geschichte so dastehen? Bin ich nicht zu sehr in meinem Leid verhaftet? Und kann ich über den Tellerrand?“ Z. 259f (003GB, 2018)

„Wir geben unsere Erfahrung dem anderen. Und der/ Und versuchen ihm damit zu helfen. Aber wir brauchen selbst auch was. Und das kann manchmal sein, dass diese/ äh, dass dieses Geben dann so mächtig wird, dass man das Gefühl entwickelt: Und wo bleibe ich?“ Z. 122f (006GB, 2018)

„Erfolg. Also, ähm, (...) ich würde eher sagen: Wann bin ich zufrieden mit mir selber? Dass ich das, was ich meine, was mich mit diesen Menschen erarbeiten kann, auch erarbeitet habe. Also da, äh, ist da //in mir/ in mir selber eine Zufriedenheit.“ Z. 123f (005GB, 2018)

„(...) Mein Dienst geht um zwölf an. Aber ich komme immer eine halbe Stunde vorher, weil/ (.) weil ich gern erst mal ankomme und schaue, was los ist. Und wie es wem geht. (...). Also, das ist mittlerweile ziemlich strukturiert. Ich habe mir das selber so ein bisschen das zusammengebastelt, dass ich, auch wenn es mir mal nicht so gut geht, dass ich weiß, was ich tun kann.“ Z. 7f (009GB, 2018)

In der praktischen Umsetzung von Arbeitsaufträgen an EX-IN werden verschiedene Aspekte von Selbstfürsorge deutlich.

Mit der *Gestaltung von Kontakten und Settings* gehen Fachlichkeit und Selbstfürsorge einher:

„(...) also mit Klienten anstrengend ist, ist wenn jemand nur jammern muss. Das fällt mir auch manchmal schwer, wenn das nicht ein Ende nimmt, dann muss jeder selber seine Ressourcen einteilen, dann macht man halt lieber kürzere Zeitintervalle – (...) dann kann man das ein bisschen steuern...“ Z. 77f (000GB, 2018)

„Na auch, durch/ die Termine habe ich anders gesetzt. Es gab Phasen, wo drei hintereinander waren. So, das geht gar nicht. Da reichen diese zehn Minuten nicht aus, um/ um praktisch einen Schnitt zu machen und zum nächsten zu gehen. Das mache ich alles nicht mehr. Also muss mindestens eine halbe Stunde Pause.“ Z. 165f (006GB, 2018)

„...Also ich habe unterschiedlichste Erfahrungen da gemacht. Ich kann sagen, für mich ist/ für persönlich sind immer größere Gruppen schwieriger. Vor allem, wenn ich die Leute noch nicht so kenne. Weil ich dann halt, äh, wenn ich alleine bin, das Gefühl habe, äh, ich weiß es nicht, ob ich da alle im Griff habe. (...)“ Z. 159f (008GB, 2018)

*Im Umgang mit eigener Betroffenheit ermöglichen Routinen mit der Zeit Distanz zu entwickeln.*

„Wenn ich selbst/, wenn ich//, wenn, äh/, wenn ich selbst berührt werde. Wenn ich/, wenn es selbst irgendwas mit mir zu tun hat, was die Menschen erleben. Und bei mir was ausgelöst wird. Das habe ich, äh, in der Anfangsphase ziemlich deutlich immer gehabt. Jetzt ist mittlerweile so eine Routine, so eine/ Erfahrung habe ich mittlerweile. Dass ich also, äh, das nicht so/ Distanz behalte dann, das nicht so an mich ranlasse. Aber das ist für mich die größte Herausforderung“ Z. 112f (006GB, 2018)

„ich bin glaube ich auch jemand der ähm sich da relativ gut abgrenzen kann, das sage ich jetzt nun immer wieder aber das kommt wohl, weil ich in dem Bereich nun schon so lange arbeite, ich glaube, daher besteht einfach eher die Möglichkeit, dass ich mich abgrenze“ Z. 104f (002GB, 2018)

*Medikation wird als Teil der individuellen Selbstfürsorge genutzt:*

„Jaa. Ich würde- ich würde nie gegen Medikamente schießen, weil ich ja selber gespürt hab- ich krieg ein soziales Leben dadurch. Also ein Sozialleben und- und überhaupt eins. Wäre ich psychotisch, dann könnten wir gar nicht reden, dann müsste ich Ihnen erzählen, die Welt geht unter und alles ist schrecklich und Ihnen klar machen, dass Sie sich jetzt vorbereiten müssen, innerlich ...“ Z. 55f (000GB, 2018)

*Individuelle Lernprozesse durch Begegnungen und die Reflexion derselben im Rahmen der Tätigkeit ermöglichen EX-IN eine weitere Stabilisierung:*

„Äh, habe ich gelernt, äh, es zu verstehen für mich. Und es/ äh, es gibt viele Dinge, die ich verstanden habe. Und eins ist auch, dass äh/ Ich habe so einen/ so einen/ so einen, äh/ so einen Leitsatz, der mich immer begleitet/ ist: Das was ich erlebt habe (.) ist sehr/ hat sehr gewaltig auf mich gewirkt. Hat Vieles ausgelöst, Ängste, Panik, Depression und so weiter. Alles, Trauma. Alles diese Themen, mit denen war ich beschäftigt. (..) und das hat mich alles massiv bedroht. Nur heute bedroht es mich nicht mehr. (...) Und dadurch, äh, kann ich so eine gewisse Distanz/ Und wenn ich merke, dass ich unruhig werde und bestimmte Situationen nicht/ nicht bewältigen kann oder, äh, Unruhe entsteht, können wir dann/ dann hier mal wieder die Frage: „Wo ist jetzt/ wo kommt das jetzt her? Was ist der Auslöser? Was hat das mit meiner eigenen Erfahrung, meiner eigenen Biografie zu tun? Wo liegt da der Grund?“

Und dann finde ich meistens Antworten. Und dann baut sich das wieder ab. So mache ich das.“ Z 118f (006GB, 2018)

„ich, bin jetzt sehr emotional und sehr hochempfindlich und sehr hochsensibel. (...) Ich bin in der Anfangsphase voll reingegangen. Bis ich dann gemerkt habe, dass/ Du überforderst dich hier komplett selbst mit deiner/, Weil, Emotionalität bedeutet viel Energie, die man verbraucht. Und äh, (...) das habe ich dann so ein bisschen irgendwann gelernt.“ Z. 163f (006GB, 2018)

EX-IN leisten häufig als einzige EX-IN im Dienst *Pionierarbeit* bei noch wenig vorhandenem Hintergrund- oder Erfahrungswissen im System, eine Erleichterung wäre daher mit mehr EX-INS in die Etablierung zu gehen. In der Pionierarbeit liegende Chancen werden erkannt und im Sinne der Selbstfürsorge genutzt:

„Also, ähm, was ich vielleicht ganz gut fände, äh, wenn ein Arbeitgeber einen Genesungsbegleiter einstellen möchte, hm, (...) sollte er vielleicht darüber nachdenke, zwei einzustellen. (...) Weil, als Genesungsbegleiter ist man schon recht Einzelkämpfer. Ähm zurzeit noch. Weil es so wenig, äh, äh, darüber an Erfahrung geht und, äh, auch wenig, äh, Informationen bei den Arbeitgebern“ Z. 201f (005GB, 2018)

„(...) es ist unheimlich wichtig für mich, nach meiner Krise jetzt, den Platz zu finden, wo ich mich wohlfühle. Und dann müssen die Umstände in Ordnung sein (...). Und da die einzige bin und eine neue Stelle aufbaue, erst recht. Und deshalb, ähm, //zeige ich das von vorn herein“ Z. 23f (008GB, 2018)

Neben der Teamsupervision, so vorhanden und die EX-IN dabei eingeladen, wird auch eigene Supervision genutzt, um Inhalte aus dem Arbeitsleben einzuordnen oder auch sich mehr Beteiligung zu erkämpfen:

„(...) wer Angst- wer meine Meinung nicht haben will, muss sie auch nicht haben. Da, da hab ich mir gedacht- aber da hat dann meine Therapeutin gesagt „Nein, nein, nein nein nein: jetzt sind Sie schon mal da, jetzt können Sie das auch: Bleiben Sie, werden Sie jetzt nicht beleidigt, bleiben Sie am Ball. Sie hat mir dann den Tipp gegeben, der Chef soll so ein bisschen erklären, wie es gedacht ist, um das aufzulösen...“ Z. 35f (000GB, 2018)

„Mir hier mehr Raum zu erkämpfen und- oder um auch ähnliche Möglichkeiten zu haben, ähm...weil ich denke, wenn ich ähnliche oder die gleiche Arbeit mache, wie die Kollegen auch, dann steht mir eigentlich auch Supervision zu. So, das war meine Devise und ähm dann hab ich mir ähm die ersten Jahre habe ich mir private Supervision geleistet.“ Z. 54f (002GB, 2018)

## Wechselwirkung Fürsorge/ Selbstfürsorge

- Effekte auf Zusammenarbeit im Team (Umgang miteinander, mit Problemen)
- Reflektion zur Fürsorge/ Selbstfürsorge aus Zusammenarbeit heraus

*Wechselwirkungen* basieren auf den Bedingungen des Tätigseins: Herrscht hoher Arbeitsdruck im Dienst, wirkt sich das auf EX-IN und auch deren Leistungen der Selbstfürsorge aus:

„Aber den Druck hatte ich dann auch ... und ähm ... ja also ... das war ein schönes Arbeiten, aber es war auch kein leichtes Arbeiten, also... unter bestimmten Bedingungen, wenn man bestimmte Bedingungen berücksichtigt... ja also... ich hab zum Beispiel nie krank gefeiert, ich weiß nicht, das wäre bestimmt nicht gut gekommen, wenn ich hätte krank gefeiert...

I naja gut krank „feiern“ kommt ja in aller Regel nicht gut, aber wenn man krank ist...?

E jaja, naja, aber ich habe mich immer zusammengerissen, also ich bin nicht jemand der, ich bin jemand der auch bei – war vielleicht nicht so gut: ... ich hatte einen Bandscheibenvorfall und dann war ich trotzdem arbeiten. Ja. ... ja... weil ich natürlich auch so eine Sorge hatte, ne? Dass das halt negativ rüberkommt, oder dass es dann heißt, es ist wegen der Belastung... oder...“ Z. 194f (002GB, 2018)

Die *Entlastung durch Anwendung von EX-IN-Kurs-Regeln* und die wechselseitige Unterstützung werden von Teamkolleginnen\* und -kollegen wahrgenommen:

„Aber auch, jede Kollegin kann sagen, wenn es mal nicht gut geht. Ne. Also wir (.) stützen uns da gegenseitig.“ Z. 117f (003GB, 2018)

„... bei Ex-In, wir stellen da auch so diese Gruppenregeln auf: Man DARF zu spät kommen, man muss sich nicht abhetzen, man kann auch erst mal noch draußen bleiben, wenn man noch einen Kaffee trinken will oder eine Zigarette rauchen und geht DANN rein. Muss sich nicht entschuldigen, hah, tut mir leid oder mein Bus, mein Auto, ich stand im Stau und so weiter. Und das habe ich so bei meiner Fortbildung für Kollegen auch mit reingebracht, gemütliches Ex-In Ankommen. Ne? Und da merkt das, ach ja, //das ist gut, ne//?“ Z. 125 f (003GB, 2018)

Das *Anerkennen persönlicher Grenzen* ermöglicht gegenseitige Fürsorge im Rahmen von Supervision und darüber hinaus:

„Ja nicht nur das. Sondern es hat auch was mit, äh, (.) mit der eigenen Biografie zu tun. Ne? Denn, äh, und die stoßen dann irgend mal an ihre Grenzen. Und dann/ das haben wir alles hier schon gehabt. Das ist dann richtig, äh, (.) Alarm dann. Ne? Wenn der eine von den Mitarbeitern dann, äh, plötzlich unten im Keller da auf der Couch liegt und sagt: Es geht nicht mehr weiter.“ Z. 48f (006GB, 2018)

„Ja, das passiert in Supervisionen. (...) Dort habe ich dann die Möglichkeit eben auch, mich dazu zu äußern und, äh, für/ Es ist immer wieder die Situation entstanden, dass sie sich dann, äh, äh sehr erleichtert gefühlt haben und sehr, äh/ und auch verstanden gefühlt haben. (.) Und genauso ist es bei mir. Ich bin ja auch einer, der dann, äh, auch mal was hat. Und auch mal über einen Klienten dann, äh, ein Thema aufkommen lässt. Und dann helfen mir die andern (...).“ Z. 144f (006GB, 2018)

### 2.2.2.2 TK zu Fürsorge, Support und Selbstfürsorge

#### Supportleistungen im Dienst für EX-IN:

Team/ Leitung erbringt spezielle/ angepasste Unterstützung, auch Vorbereitung auf EXI mit Begleitung, Ausnahme von bestimmten Aufgaben, Rückzugsmöglichkeiten, Entlastungsmöglichkeiten, Schonräume, individuelle Vereinbarungen, Umgang miteinander. Dazu wurden auch erfasst

- vorbereitende Maßnahmen zur Etablierung von EX-IN im Dienst, auch mit EX-IN i.R. der Einarbeitung
- der Umgang EX-IN, in Unterscheidung von Umgang mit anderen Kolleginnen\* und Kollegen
- die Unterstützung für EX-IN durch Begleitung, Supportleistungen, etc. durch
- Ausnahme von Regeln/ bestimmten Aufgaben, individuelle Vereinbarungen
- Rückzugsmöglichkeiten/ Entlastungsmöglichkeiten/ Schonräume, etc.

#### Bereitschaft zur Vorbereitung auf die Betätigung von EX-IN im Dienst.

Eine Empfehlung des Austauschs zu möglichen Bedenken – auch mit der EX-IN findet sich hier:

„Also von daher auch im Interesse des neuen Kollegen muss alles auf den Tisch, was Last machen könnte, was Sorgen macht oder was so Ängste und Befürchtungen einfach sind, ja? ... das soll –finde ich- soll der neue Kollege einfach auch wissen, ... also man muss sich im Klaren sein“ Z. 126f (001TK, 2018)

Darüber hinaus wird von der förderlichen Wirkung der *Positionierung des „Gewolltsein“* von EX-IN im Dienst seitens der Leitung gesprochen:

„Und, dass es dann auch auf jeden Fall vom/ (.) von einer vorgesetzten Person, ähm, auch noch mal klar kommuniziert wird: So, und das ist jetzt auch/ das haben wir bewusst installiert. Das ist gewünscht. Dass sich dann nämlich nicht der Genesungsbegleiter sein/ seine Daseinsberechtigung selbst erarbeiten muss, sondern genau das auch klar ist.“ Z. 151 (006TK, 2018)

Zur Vorbereitung wurde neben der Besprechung möglicher Schwierigkeiten eine *gemeinschaftliche Erarbeitung des Auftrags* für EX-IN empfohlen:

„Das definitiv. Also ich denke, dass man vielleicht von vorneherein, was einfach schwierig ist ja. Oder eine gemeinsame Ausarbeitung der genauen Arbeitspunkte.“ Z. 205f (007TK, 2018)

Zu Beginn der Einarbeitungsphase wurde der *Umgang mit Krankphasen* thematisiert, um Ängsten vor Jobverlust entgegenzutreten:

„Und der – ich dem Herrn A das von Anfang an klargemacht habe, dass hier das für mich kein Thema ist: und wenn er ein halbes Jahr oder ein Jahr hier krankgeschrieben ist, dann ist das so, dann warten wir bis er wieder da ist und dann machen wir hier wieder weiter (...). Also ich wollte ihm halt diese Sorgen nehmen, na, also dass, dass derjenige dann auch belastbar bleibt, als dass er Angst hat er verliert hier auch seine Berechtigung (...)" Z. 63f (000TK, 2018)

- Formulierungen von Unterstützungsleistungen im Prozess der Etablierung

Zur *Organisation unterstützender Maßnahmen* gab es Unterscheidungen von dauerhaftem Support und während der nach erfragten Erfahrungswerten zwischen 6–12 Monaten dauernden *Etablierungs-/ und Eingewöhnungsphase*. Zu Beginn der Betätigung wird eine höhere Frequenz der Austauschtermine mit EX-IN erwähnt, die der Rollenklärung, Möglichkeiten und Grenzen im Einsatz, aber auch der Beseitigung von Unklarheiten dienen:

„Das, das war zum Anfang mehr Aufwand aber das flachte dann ab, aber ich würde sagen so so nach einem halben Jahr hatten wir das geklärt“ Z 15f (001TK, 2018)

„Da hat es, ja hat es so ein bisschen Unruhe gegeben und wir mussten zu Beginn sehr viel miteinander reden, um Unklarheiten zu beseitigen, um die Rollen zu definieren, um zu sagen: ‚Was machst Du – Was machst Du nicht‘ oder auch er konnte sagen, was er kann und was er nicht kann.“ Z. 11 (001TK, 2018)

Die Erfordernisse des *Aufwands bei der Etablierung* ist dabei nicht zu unterschätzen:

„(Es braucht...) „Ein bisschen mehr Zeit, ein bisschen mehr Erklärung, ein bisschen mehr Fürsorge. Nicht? Das, äh, habe ich ein bisschen unterschätzt.“ Z. 129 (005TK, 2018)

Mit einer *gewollten Leuchtturmfunktion* versehen, wurde dem entsprechende Unterstützung für die EX-IN eingerichtet:

„Genau das wollte ich eben von Anfang an, dass ich ihm, dass das so ist, dass er eine Leuchtturmfunktion hat, dass er damit aber nicht alleine da ist, sondern dass wir ihn stützen und unterstützen und das hat bisher auch hervorragend funktioniert.“ Z. 75f (000TK, 2018)

Die gemeinsame Leitung von Kursen mit Manualen erfordert *Zeit und Bereitschaft zur fachlichen Auseinandersetzung* mit der EX-IN in der praktischen Umsetzung, da der Erfahrungshintergrund sich unterscheidet.

„... ja, also wir haben ja im Moment im Rahmen dieses Projekts auch Kurse und der Herr A. ist bei dem einen Kurs mit dabei in der Leitung und wir machen das zu dritt..., und ich merke schon immer mal in diesem Kurs Manual, in dieser Vorgabe, dass er da an dem Design immer mal zu knabbern hat. Dass er das blöd findet oder: ‚Das passt nicht!‘, weil er selbst eine ganz andere Erfahrung hat oder irgendwas vielleicht auch nicht so ganz versteht, ... weil ihn da was fehlt in der Fachlichkeit oder am Überbau. Und das ist dann manchmal schon anstrengend, weil das ganz viel Kommunikation erfordert, dass man da den Ablaufplan macht für die Stunde, dass man überlegt, welches Material und sich da (...) Und dann auch

er darf seinen Standpunkt vertreten und ich vertrete meinen auch und wir versuchen dann einen Konsens zu finden. Bis das bis das gelungen ist, braucht es Zeit und Mühe, das ist anstrengend.“ Z. 89f (001TK, 2018)

- Erfordernisse der Begleitung im Alltagsgeschehen jenseits der Etablierungsphase

Auf der handlungspraktischen Ebene der alltäglichen Abläufe in der Dienststelle wurden verschiedene Supportleistungen für und nicht selten mit EX-IN entwickelt: organisatorisch durch die *Sequenzierung und Teilübernahme von Abläufen* oder Bestandteilen, *strukturell durch Rahmenbedingungen* wie durch die Gestaltung von Dienstzeiten, und inhaltlich durch Schonräume und Rückzugsmöglichkeiten.

Für die Arbeit mit Sevice Usern wird Unterstützung in der Rollenkongruenz als Mitarbeiterin geboten:

„Das haben wir vorab mit Fr. X. besprochen, dass die Klienten sie per Sie ansprechen, wie uns. Dass sie wirklich von sich das gibt, was ihr au/ was im Rahmen auch ist. Und das sagen wir auch zu den Klienten. Klar, dass Fr. X. jetzt mit ihrer Perspektive kommt. Aber sie ist trotzdem dann, äh, Mitarbeiterin der Sozialpsychiatrischen Hilfen in (Ortsname). (...)“ Z. 83f (008TK, 2018)

In *Unterscheidung zu anderen Mitarbeitenden* wurden Frequenz, Qualität und Inhalte des Austauschs mit EX-IN genannt:

„Dieser regelmäßige Austausch, also dass es jemanden gibt, ist wichtig und das ist schon eine Unterscheidung zu den anderen Mitarbeitern: also klar jeder Mitarbeiter darf kommen und das wird auch genutzt, aber dass wir das fest- festgeschrieben haben dass wir auch regelmäßig Gespräche führen- ähm und die Inhalte ein bisschen wechseln zwischen wie geht es mir gerade und das darf eben sein (...) also ich frage jetzt nicht immer jeden Mitarbeiter so „Wie geht es Dir?“ außer es ist jetzt da irgendwie irgendwas da Thema, ja. Das würde mich als Mitarbeiter wahrscheinlich eher auch irritieren.“ Z. 91f (000TK, 2018)

In einigen Diensten wurde die Funktion einer **Ansprechperson** für EX-IN geboten (vgl. auch 002TK 107). Neben der Rollenfindung ist hier ein Anliegen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit einschätzen zu können. Als Empfehlung wird die Passung von EX-IN und Ansprechperson wird hierbei als entscheidend formuliert, empfohlen wird auch eine solche einzufordern:

„(...) Hm, (...) ich würde (.) da auch gucken, dass der am Anfang (unv.) einen guten Ansprechpartner hat. Und dass da auch viel regelmäßige Gespräche stattfinden zur Einarbeitung, (.) ähm, (.) ja auch zur Rollenfindung, so zur, ja, und auch zur Belastbarkeit. Also dass das, ähm, mit im Blick behalten wird. (...) und nicht überfrachtet, aber auch nicht unterfrachtet. (...)“ Z. 145f (006TK, 2018) (Bauer, 2023, S. 8)

„Und, (5) ja, und wirklich auch/ einfach auch gut auf sich selbst achten. Ne? Sich/ ähm, dafür sorgen, dass man einen Ansprechpartner hat und nicht irgendwie im luftleeren Raum hier

rumschwimmt. Sondern, dass das auch von Anfang an klar ist. Vielleicht regelmäßige Gespräche oder so einfordern mit dem Teamleiter (...).“ Z. 167f (006TK, 2018)

- Wahrnehmung eines Verantwortungsempfindens gegenüber EX-IN und Aufmerksamkeit für Leistungen von Selbstfürsorge

Die Zusammenarbeit bei als schwierig geltender Klientel mit EX-IN wird teils aus *Unsicherheit*, teils aus einem stärkeren *Verantwortungsempfinden* heraus besonders eng gestaltet, Teamkollegen erachten es als sinnvoll achtsam bezüglich der Selbstfürsorge von EX-IN zu sein:

„So, aber dadurch, dass der Kollege das gesagt hat bin ich halt dann doch unsicher geworden und ... und hab' das alles offen und ehrlich mit ihr besprochen und sie meinte damals, dass sie gut findet, dass ich das anspreche, aber dass sie sich das zutraut und dass sie auch sehr selbstreflektiert ist und gut auf sich aufpasst. Und mir war in dem Moment klar, wir müssen ganz eng zusammenarbeiten und dass ich auch auf sie achten werde. Jetzt nicht im negativen Sinn, überhaupt nicht, eher in dem Sinne, ob es ihr gut damit geht. (...) Und ich habe mich da einfach auch noch mal in einer anderen Verantwortung gesehen, als wenn ich Kollegen XY da einsetze und mit dem da zusammenarbeite.“ Z. 53f (002TK, 2018)

„Es gibt bestimmte Situationen, wo ich dann schon so drauf gucken würde, ob der X. sich selber von allen Dingen auch was Gutes tut. So.“ Z. 67f (009TK, 2018)

„(...) dass man rechtzeitig für sich sorgt und sagt: ‚So, bis hierhin und nicht weiter, jetzt brauche ich eine Pause.‘ (...) Also da habe ich hier und da das Gefühl gehabt, dass ich die Sache dann bisschen unterschätzt habe.“ Z. 123 (005TK, 2018)

„Dann haben wir ihn natürlich auch gefragt, ‚wie stabil bist du, psychisch? Was ist Dir zu viel?‘, ‚Weißt du wo deine Grenzen sind oder wie signalisierst du uns, dass da jetzt eine Grenze erreicht ist? Wir wollen das wissen, weil hier keiner irgendwas an die Scharen will.“ Z. 124f (001TK, 2018)

Die Gestaltung der *Zusammenarbeit und Partizipation im Team* wird unter der Überschrift ‚Zugehörigkeit‘ näher betrachtet, im Kontext von Fürsorge und Selbstfürsorge werden Entlastungsbedarfe anerkannt und die Möglichkeit zur Teilnahme an Supervision – als in den meisten der befragten Diensten vorhandenes Angebot – wurde erfragt: dazu fand sich die Forderung nach der Zulassung von EX-IN zur Teamsupervision neben der selbstverständlichen Beteiligung an Supervision und auch die Entwicklung eines Angebots, das zusätzliche Supervision ausschließlich für EX-IN von EX-IN ermöglicht. Teils ist die Teilnahme am Austausch in Teamsitzungen und Supervision auch beschränkt, ein Modell beinhaltet eine eigene Supervision nur für EX-IN:

„Also ich finde es notwendig und auch verantwortungsbewusst, wenn dem Dienst auch klar ist, dass man den Genesungsbegleiter an Supervision auch teilhaben lassen sollte aber auch-vielleicht nicht immer, aber am Anfang auch noch mal, mehr ähm, mmmh, die Möglichkeit

einräumt, Dinge zu thematisieren, Rückfragen zu stellen oder auch selbst dem neuen Kollegen als Genesungsbegleiter quasi- den auch immer wieder fragt, ob auch alles ok ist...“ Z. 105f (002TK, 2018)

„(...) Wobei es da halt so eine Regelung gibt, ähm, (.) entweder man kann halt bei einer Dienstbesprechung einmal im Monat teilnehmen, oder an der Supervision. ...“ Z.61 (006TK, 2018)

„(...). Und dann können sie sich natürlich an den (Eigenname) Verein wenden, weil, das ist nur nochmal was Unabhängiges (...) die Supervision ist wirklich NUR für Genesungsbegleiter. (...)“ Z. 90f (003TK, 2018)

Für konkrete Einsätze der EX-IN wurde *von vor- und nachbereitenden aber auch flankierenden Maßnahmen* des Diensts berichtet, beispielsweise um vereinbarte Termine und das Arbeiten an gemeinsamen Zielen gewährleisten zu können.

„Natürlich mit vorheriger Absprache. Das heißt, immer zur Bezugsperson oder ich in dem Fall, wir besprechen immer, ob es jetzt für Fr. X. okay ist, welche Informationen sie noch dazu braucht, weil sie auch neu ist, die Klienten nicht so kennt wie wir. Deswegen so die Vorarbeit leisten wir immer und Nacharbeit gibt es dann (lachend) auch. Dann schauen wir gemeinsam.“ Z. 25f (008TK, 2018)

„Ja, immer// immer wieder so im/ das jetzt weniger schwierig. Ich meine zum Beispiel Fr. X., äh, sie hat eine Klientin von mir (...) Und ich schaue auch, dass ich mir diesen Puffer zeitlich lasse, damit man es, wenn Fr. X. nicht gut geht, dass ich da einspringen kann“ Z. 013f (008TK, 2018)

EX-IN wurden in der Begleitung von Service Usern hinsichtlich der *Einschätzung von Hilfebedarfen und Zielorientierung begleitet*:

„Ja. Es war immer eine Gratwanderung. Und da unterstützen wir dann auch, oder da sagt auch die Kollegin mal: ‚Hier weiß ich jetzt nicht weiter. Ich habe mich irgendwie da so (lachend) reingestrickelt, dass ich/, dass ich gar nicht mehr weiß: Wo ist jetzt hier eigentlich mein Ziel? Was kann die Person selber? Wo werde ich vielleicht auch ein bisschen ausgenutzt für die eine oder andere Geschichte?‘ Da müssen sie dann eben gemeinsam gucken und/ und führen dann Gespräche und versuchen damit offen umzugehen.“ Z. 139f (005TK, 2018)

Der *Schutz der EX-IN* wird in Unterscheidung zu anderen Mitarbeitenden von Kollegen in besonderem Maß beachtet. So wird in als besonders belastend erlebten Situationen, wie sie beispielsweise mit Klienten mit starken Beeinträchtigungen oder auch bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen vorkommen können, EX-IN die Möglichkeit sich dem Geschehen zu entziehen, eingeräumt:

„... Wenn sie dazu ähm, wenn sie da, wie ich´s erlebe wirklich gar nicht im negativen Sinne, aber zu / die ihre Grenzen auch nicht erkennt und wenn ich denke, das ist jetzt ein hochgepannter Patient wie die Klinik hätte auch nochmal vorkommen, dann versuche ich sie da

schon zu schützen und sage „wir gehen jetzt nicht, an der Stelle brauchst du jetzt nicht“ Z. 20f (004TK, 2018)

„JA, da ist ein Unterschied, ja. Also ist ein Unterschied. Also als Pflegepersonal kann man sich da relativ schlecht zurücknehmen. Da ist man ja, äh, oder auch als, wir haben ja nicht nur Pflegepersonal/ also Gesundheits- und Krankenpfleger, wir haben Heilerziehungspfleger. Ähm, sie können sich da an der Stelle einfach schlechter zurücknehmen und, ähm, da gucken wir einfach, dass es PASST.“ Z. 24f (004TK, 2018)

Bei hochangespannten Situationen, wie hier, der Anwendung von Zwangsmaßnahmen, wird besondere *Rücksichtnahme* geübt, im Alltagsgeschehen ist *keine Unterscheidung* von EX-IN zu anderen Mitarbeitenden festzustellen:

„... WIR brauchen nicht besonders Rücksicht zu nehmen, weil sie jetzt Genesungsbegleiterin ist. Und ich finde, wenn man/ wenn man davon ausgeht ähm, dass (.) wenn ich jetzt diese nochmal auf diese Zwangsmedikation und Fixierungsgeschichte drauf eingehe, ähm, oder mit den/ oder bei Übergriffen, dann, äh, ist es jetzt, wie ich finde, normal ja. (...), wo man sich jetzt so vorstellen muss, jetzt kann ich mich nicht mehr um den Patienten kümmern, weil nach einer Akutsituation muss ich mich um Genesungs/ um Genesungsbegleiter kümmern, ist völlig absurd. Der Fokus liegt ganz klar beim Patienten. Und äh, also es muss gar nicht sein, dass man sich so, vielleicht am Anfang sage ich mal gucken wie ah und wenn ich/ wenn meine Antennen mir sagen, dass jetzt mein Genesungsbegleiter vielleicht in der Krise ist, dass ich dann vielleicht gucke wie kann ich ihn nochmal schützen? Oder das mache ich aber mit meinen normalen Mitarb/ also sind alle normale Mitarbeiter, aber bei meinen anderen Mitarbeitern ja auch.“ Z. 90f (004TK, 2018)

- Individuelle Absprachen zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen

Um den Einsatz von EX-IN zu ermöglichen, wurden *individuelle Arbeitsbedingungen* abgesprochen. Diese werden teils allen Mitarbeitenden ermöglicht.

„Ja, noch zusätzliche Angebote machen wie Arbeit zum Beispiel gestaltet werden kann, so dass man Überforderung vermeidet. Ja. Zum Beispiel zu sagen: Er hat jetzt da ein Referat geschrieben. Der muss nicht extra hier herkommen, um es zu tun, wenn heute keine Gespräche stattfinden. Und erst recht bei einem Menschen der durch Medikamente beeinflusst ist zu sagen: ‚Du kommst jetzt her und schreibst von vier bis sechs. Punkt.‘“ Z. 171f (007TK, 2018)

„Und sonst, klar, ich denke mal, wenn ein Mitarbeiter ein Problem hat, sollte der Chef darauf eingehen. So ist es ja auch bei dem (.) Genesungsbegleiter. Ich weiß zum Beispiel von meinem Kollegen, wenn es ihnen schlecht geht, dann können die zu mir kommen (...). Weil, das ist halt eine (.), ja, eine tolle Reflektion auf sich selber, zu wissen: Wann geht es einem mal schlecht und wann braucht man eine Auszeit. Und die nimmt man sich dann auch. Ja?“ Z. 94f (003TK, 2018)

In der täglichen Arbeit wurde zur *Umverteilung von Teilaufgaben* berichtet, wie hier in einer Einrichtung mit Leistungsvergütung nach Fachleistungsstunden ( ‚C-Bereich‘ bedeutet hier Fachkraft-Leistung nach dem Einstufungskatalog des Kostenträgers)

„Ich muss natürlich schon Rücksicht nehmen auf diese Mitarbeiter, die die Ausbildung haben und meinen auch, dass die ganz oft im/ im C Bereich arbeiten. Aber zum Beispiel keine Berichte schreiben würden. (...) Also Entwicklungsberichte übernehme ich für die gesamte Truppe. (...). Aber da sind schon Einschränkungen, dass das dann zum Beispiel nicht geht.“ Z. 65f (005TK, 2018)

- Wechselwirkung von Support – Selbstfürsorge: Effekte auf Teamentwicklung, Erleben der Zusammenarbeit  
In dieser Kategorie wurde erfasst, welche Aspekte von Fürsorge der EX-IN gegenüber Kolleginnen\* und Kollegen von diesen erlebt werden. Diese Kategorie wurde induktiv entwickelt.
  - Aspekte von Fürsorge von EX-IN für TK (induktiv)
  - Angebote und Leistungen von EX-IN für TK
  - Entlastung und/ oder Unterstützung durch EX-IN für TK

*Zu Entlastung und dem Angebot zur Entlastung durch EX-IN gegenüber Teamkolleginnen\* und -kollegen* wird von Anerkennung hoher Arbeitsbelastung und Vermittlung von Fürsorge durch das Verteilen von Nervennahrung, aber auch unmittelbar durch eine annehmende Haltung im Gespräch berichtet:

„Und Fr. X., das kann ich auch noch sagen, für das Team ist sie auch immer eine der Personen gewesen, bei der man sich immer entlasten konnte, ... so gerade hier, die festangestellten Fallverantwortlichen, die –die hetzen von Termin zu Termin und Fr. X. war da immer so die ruhige Seele des Hauses, so habe ich sie immer genannt, ähm, die schon Schokolade mit in den Dienst gebracht hat, die in den Büros verteilt hat, damit wir alle Nervennahrung haben für unseren harten Job (...). Hat uns aber immer angeboten, dass wir mit ihr, wenn irgendetwas ist, darüber sprechen können. Und ähm ich habe das für mich häufiger genutzt, auf jeden Fall.“ Z. 41f (002TK, 2018)

„Und Fr. X hat mich erst einmal angenommen, hat mich runtergekocht und hat mir erstmal einfach zugehört.“ Z. 43f (002TK, 2018)

- Wechselwirkungen in Fürsorge und Selbstfürsorge  
In der Kategorie „*Wechselwirkungen*“ in Fürsorge und Selbstfürsorge wurden einige Aspekte aufgegriffen, die in diesem Kontext als bedeutsam reflektiert wurden, auf weitere Effekte der Zusammenarbeit mit und der Beschäftigung von EX-IN werden in einer eigenen Kategorie zu „*Wirkung von EX-IN im Dienst*“ dargestellt:

Aus der *Zusammenarbeit mit EX-IN entstand Reflexion* bei Teamkolleginnen\* und -kollegen zum eigenen Erleben von Arbeit und Gesundheit und ihrer Einordnung zu Anforderungen ihres Arbeitslebens:

„für sie- ich weiß gar nicht ob sie das genauso als Arbeit erlebt wie ich. Das wäre mal eine interessante Frage, so (lacht) weil ich weiß, dass –also Fr. X. hat oft zu mir gesagt, sie muss arbeiten um gesund zu bleiben. Sie braucht das, das tut ihr gut. Und ich brauche Urlaub um gesund zu bleiben,“ Z. 65f (002TK, 2018)

„Also für mich selber gab es ein paar Situationen, wo ich gemerkt habe, ich bin grade gestresst, genervt oder irgendwie sauer auf irgendwas oder jemanden. Und dann (...) redet der X. davon, wie schön er es jetzt findet und, dass das irgendwie/, dass ihm das guttut. Und dann verändert das in diesem Raum ein Stück weit auch meine Wahrnehmung über das, was hier abläuft. So. Also insofern ist er in bestimmten Situationen für mich auch eine relativ entspannende Ressource.“ Z. 31f (009TK, 2018)

Der Einsatz der EX-IN für *klare Grenzen bei grenzüberschreitendem Verhalten* seitens Service Usern und dies frühzeitig zu tun, wird als entlastend für da Team erlebt. Dieser Aspekt könnte ebenso als Beispiel für die Wirkung von EX-IN im Dienst dienen, sei aber bereits in diesem Kontext angeführt.

„(...) bei ein oder zwei Klienten über die/ die wir häufig auch in der Dienstbesprechung gesprochen haben, die dann hier in der Begegnungsstätte waren und sind und, ähm, (.) ja, dann auch zu geneigt vielleicht, ähm, mehr Raum einzunehmen, äh, mehr Zeit hier verbracht haben, die Kli/ die Mitarbeiter, ja, einzunehmen für sich, ähm, und das manchmal auch dann mit Gruppenregeln schwierig war. Ähm, (...) dass er dann doch auch, ähm, schneller dabei war zu sagen: Nein, dann müssen wir aber auch eine klare Grenze auch zeigen. Ähm, (.) wo dann andere vielleicht noch mal gesagt haben: Naja, wir können ja auch noch mal vielleicht das so und so probieren und, ja. (..) Hm. Was auch nicht schlecht ist. Also, ja. Aber ich glaube, was unserem Team auch/ auch gutgetan hat. Also, dass er noch mal/, weil er von außen noch mal so einen anderen Blick hat. Ja.“ Z. 71f (006TK, 2018)

Persönliches kann im Team eingebracht werden: Betroffenheit kommt immer wieder vor, Teamkolleginnen\* und -kollegen können ebenso offen sprechen.

„Weil jeder von uns hatte irgendwie, ähm/ in Teambesprechungen tauchen viele Fragen auf. Zum Beispiel: Die Klienten, die haben dann körperliche Erkrankungen. Jeder zweite sitzt und denkt ja ach Gott, meine Oma ist auch vom Krebs gestorben. Da bin ich jetzt auch teilweise betroffen. Ja? Also so diese Feinheiten. Aber nicht so, dass da jemand/ (.) Wir versuchen wirklich offen miteinander zu sein. Wir haben immer so, ähm, bei den Teambesprechungen Befindlichkeitsrunde. Das heißt, jeder kann auch klar sagen, zum Beispiel: Heute bin ich jetzt nicht so konzentriert, weil ich das und das privat habe. Und dann kann ich/ kann mir wirklich Fehler passieren. Und das ist nicht, weil ich jetzt dann/, sondern, (.) es gibt persönliche, private Sachen. Oder ich bin jetzt dann überfordert oder, äh/ genauso Raum haben wir, in dieser Hinsicht gab's jetzt nichts“ Z. 63f (008TK, 2018)

### 2.2.2.3 Gegenüberstellung der Aussagen zu Fürsorge, Support und Selbstfürsorge:

In der Gegenüberstellung der Aussagen wird besonders die Wechselwirkung zwischen EX-IN und TK sichtbar. Während sich vielfältig Anknüpfungspunkte zur Kategorie der Zugehörigkeit mit dem Erleben von „Gewolltsein“ erkennen lassen. Darüber hinaus zeigen sich Potentiale zur Stärkung von Reflexivität, aber auch zu Wünschen nach der Gestaltung der Arbeitsbedingungen von Teamkolleginnen\* und -kollegen.

Tabelle 36 – Gegenüberstellung der Kernaussagen zu Fürsorge, Selbstfürsorge und Support

Fürsorge, Support, Selbstfürsorge	EX-IN	TK	Bemerkung
Fürsorge und Support durch Dienst/TK	Freundlichkeit im Umgang		Gewolltsein
	Fürsprache durch EX-IN-erfahrene TK	Positionierung der Leitung pro EX-IN	Gewolltsein
	Unterstützung in der Aufgabenfindung	Gemeinsame Erarbeitung des Auftrags	Gemeinsames Entwickeln des Auftrags
	Behutsame Einführung	Zu Beginn mehr Aufwand erforderlich	Zeit nehmen, Bedarf nicht unterschätzen
	Klarheit zu Auftrag	Besondere Funktion bedarf besonderer Unterstützung	Rollenfindung als Prozess im Team
	Teilnahme an Teamsitzungen	Zeit und Bereitschaft zur fachlichen Auseinandersetzung	Offenheit für Diskurs und Reflexion
	Ansprechperson haben	Ansprechperson bieten	Ansprechperson wichtig
	Vertrauensverhältnis zur Ansprechperson wichtig	Passung der Ansprechperson	Passung und Eignung der Ansprechperson

	Adaption der Dienstzeiten	Individuelle Arbeitsbedingungen	Reflexion eigener Bedürfnisse/ Anpassungsmöglichkeiten
	Übernahme von Teilaufgaben	Umverteilung von Teilaufgaben	Teils neue Art der Sequenzierung von Aufgaben
	Freiräume erleben	Schonräume für Rückzug aus besonders belastenden Situationen	Schutz durch Schonräume/ Rücksichtnahme
	Tagesstrukturierung durch Tätigkeit		Erleben von Sicherheit durch Tätig Sein
	Rückgriff auf Hintergrunddienst haben	Flankierende Maßnahmen	Flankierende Maßnahmen
	Akzeptanz für offenen Umgang mit Krankheitserleben	Umgang mit Krankphasen thematisieren	Abbau von Vorurteilen/ Ängsten
	Passung bei Einsätzen als Schutz	Vor- und Nachbereitung von Kontakten (mit Service User)	Flankierende Maßnahmen
		Verantwortungsempfinden für Selbstfürsorgeleistungen der EX-IN	Besondere kollegiale Verhältnisse bedeuten mehr Fürsorge
		Reflexion von Zielorientierung und Begleitung bei Klienten	Flankierende Maßnahmen
Selbstfürsorge durch EX-IN selbst	Tätigkeit als EX-IN wird als sinnstiftend, absichernd und als zu bewältigen erfahren		Stabilisierung durch Tätig Sein

Weiterentwicklung/  
Stabilisierung

Übung der Fokussie-  
rung auf Andere(s)

Sicherheitsempfinden  
durch Tagesstrukturi-  
erung und gewohn-  
tes Setting

Selbstfürsorge als ei-  
gener Auftrag

Selbstfürsorge als Fak-  
tor für die Gestaltung  
von Kontakten und  
Settings

Routinen entwickeln  
im Umgang mit eige-  
ner Betroffenheit

Pionierarbeit als  
Chance für Gestaltung  
der Selbstfürsorge in  
beruflichem Kontext

Empowerment für ei-  
gene Ziele nutzen

Weiterent-  
wicklung/ Sta-  
bilisierung

Reduktion ei-  
genen Krank-  
heitserlebens

Sicherheit  
durch Tätig  
Sein

Selbstfür-  
sorge als eige-  
ner Auftrag

Selbstfür-  
sorge als Ge-  
staltungsmo-  
ment

Autonomiezu-  
gewinn

Stärkung  
Selbstfür-  
sorge in be-  
ruflichem  
Kontext

Eintreten für  
eigene Forde-  
rungen

Fürsorge EX-  
IN für TK

Entlastungsangebote  
an TK bzgl. Stress,

Sich Kümmern um TK

Erleben von Ange-  
nommen sein durch  
EX-IN

Stressabbau

Informelle  
Fürsorglich-  
keit

Eigene Quali-  
tät kollegialer  
Beratung

Wechselwir-  
kungen

Entlastung durch EX-  
IN-Regeln auch für TK

Achtsamkeit  
im Umgang  
mit sich selbst

Sich gegenseitig offenen Umgang mit eigenen Grenzen ermöglichen	Reflexion der persönlichen Sicht auf Krankheit und Gesundheit	Stärkung der Reflexivität
	Individuelle Arbeitsbedingungen für alle	Ausweiten erfolgreicher Faktoren von EX-IN auf TK
	Klarheit im Umgang mit Service Usern entlastet	Dilemmata reduzieren

---

In den Leistungen der Fürsorge und des Supports durch TK für EX-IN ist zunächst das ‚Gewolltsein‘ entscheidend, ebenso einig ist man sich bezüglich der gemeinsamen Auftragsentwicklung und Rollenfindung. Ebenso ist wichtig Zeit als Faktor zu Beginn der Etablierung einzuplanen und eine Ansprechperson für EX-IN wird bei entsprechender Passung als überaus hilfreich erlebt. Was EX-IN eher als Freiräume erleben, benennen TK eher als Schon- und Rückzugsräume. Sie werden mit einem besonderen Verantwortungsbewusstsein im kollegialen Miteinander bewusst geschaffen, ohne dass darüber der Fokus auf die Bedarfe der Klientel verloren geht. Besonders differenziert gehen EX-IN mit ihrem Bedürfnis nach Selbstfürsorge um und wählen, dies wird in den Interviews deutlich, bewusst entsprechende Maßnahmen.

Als Ausdruck der Fürsorge werden Entlastungsangebote anerkannt, welche EX-IN für TK leisten. Letztgenannte erleben in diesem Kümmern durch die EX-IN das Gefühl angenommen zu sein.

Die Wechselwirkungen werden beidseits bezüglich der Stärkung von Reflexivität erwähnt. Darüber hinaus ist Achtsamkeit im Umgang mit sich selbst seitens der EX-IN wichtig, während die TK Entlastung in der Reduktion von Dilemmata durch Klarheit von EX-IN im Umgang Service User erfahren.

## 2.2.3 Herausforderungen in der Betätigung von EX-IN

### 2.2.3.1 EX-IN zu Herausforderungen der Betätigung

Herausforderungen für EX-IN und deren Teamkolleginnen\* und -kollegen hinsichtlich Aufgaben, Auftrag, Umgang mit Service Usern, EX-IN-Pionierarbeit, anderen EX-IN ..., etc.

- Arbeitsbedingungen
  - Betroffenheit
  - Strukturelles/ Übergreifendes
  - Kontakt mit Service Usern
  - Integration in Dienst
  - inhaltlich-fachliche Anforderungen
  - Pionierarbeit
- 
- Herausforderungen in den Arbeitsbedingungen  
*Unklarheiten zur Finanzierung* von EX-IN-Stellen bringen durch die Begrenzung von Projektmitteln Unsicherheiten über die Fortführung der Beschäftigung mit sich und führen damit bei EX-IN zu existentiellen Sorgen:

„(...), mir ist es wichtig, von Staats wegen (...) als Berufsbild anerkannt zu werden, tariflich einordenbar zu sein – da sind wir ja wirklich noch in den Kinderschuhen und das erlebe ich hier um mich herum auch, keiner weiß, wovon er mich, wenn die Projektmittel ausgelaufen sind bezahlen soll oder will. (...)“ Z. 179f (001GB, 2018)

*Unklarheiten über die Eingruppierung* von EX-IN in das Tarifsysteem führen teilweise zu prekären Beschäftigungsverhältnissen, zudem wird die Finanzierung der Kursteilnahme nicht flächendeckend unterstützt:

„(...) wo es für mich jetzt nicht ganz einfach war. Ist nicht im Team, aber mit der Leitung. Ähm, einfach im Bezug auf die, äh, Eingruppierung. Weil die Maßnahme noch nicht qualifiziert ist. (...) Ja, dann steigt man fast unten ein. Und wenn man dann mal nachliest, bei der Entgeltgruppe zwei, dann ist man so eins über der Putzfrau. Und man hat ja schließlich auch in seiner anderen Arbeit immer mit Menschen zu tun gehabt. Und/ und ist ja nicht mehr zwanzig. Also bringe ja schon auch Lebenserfahrung ein. Also das ist schon hart, da so weit unten einzusteigen. (...) Also ich hätte das Ganze auch nicht machen, ganz klar gesprochen, wenn mein Partner das nicht für mich finanziert hätte. Ich hatte das nicht auf der hohen Kante. Wäre schon gut gewesen, wenn es finanziert worden wäre (...) Also ich fühlte mich vom Staat oder von der Rentenkasse, nicht gut unterstützt.“ Z. 139f (008GB, 2018)

*Aufsuchende Arbeit* bringt als Herausforderung mit sich in, unter Umständen krisenhaften, Situationen bei Service User allein auf sich gestellt zu sein. Gerade dann wird die eigene Erfahrung als hilfreich angesehen:

„Naja, ich bin froh, dass ich äh mittlerweile 20 Jahre im psychiatrischen Bereich tätig bin, ich daraus halt auch Grundkenntnisse habe und eine gewisse Erfahrung, äh, es gibt schon Situationen, die bei Krisen auftauchen oder wo ich auf mich alleine gestellt bin, weil jemand nicht erreichbar ist obwohl ich auch mein Diensthandy dabei habe, aber wie das halt so ist im Leben... und da bin ich eigentlich relativ sicher, weil ich, wie gesagt die vorherige Erfahrung habe, weil ich immer denke selbständig, also selbständig arbeiten beim BeWo ohne Vorkenntnisse das ist schwierig, das ist ganz klar so.“ Z. 29f (002GB, 2018)

*Knappheit in der Personaldecke*, wie sie bei Überschneidungen von Urlaub und krankheitsbedingten Ausfällen im Arbeitsalltag entstehen kann, löst Prozesse zur Kompensation aus:

„Weil wir dann so intensiv miteinander diskutiert, gesprochen haben, um irgendwo eine Lösung für irgendjemand zu erreichen. Und dann geht es schon mal holperig zu und DAFÜR nutzen wir im Moment auch unsere Supervision, um für uns eine Lösung zu schaffen (...). Oder es gibt auch Tage, da ist eine Kollegin krank, eine andere Kollegin ist in einer Fortbildung, eine andere hat Urlaub. Dann ist man zu zweit im Dienst, teilweise auch alleine im Dienst, und das ist schon eine Herausforderung.“ Z. 99f (003GB, 2018)

*Mangel an Zeit* erschwert in Kombination mit dem geringen Stundenumfang der Beschäftigung die Möglichkeit für Austausch mit den Kolleginnen\*/ Kollegen, das *Fehlen geeigneter Räume* für Angebote der EX-IN wird ebenfalls als herausfordernd erlebt:

„Es fehlen/ fehlen teilweise die Räumlichkeiten, jetzt grade für die Entspannungsdinge. Ist halt nicht so schön im Konferenzraum. (...) das andere ist halt wieder ein bisschen der, äh, Zeitfaktor, der meinen Stunden geschuldet ist, und dass die Kolleginnen und Kollegen wenig Zeit haben, um sich mit mir abzusprechen. (...) Ähm, wo ich dann die entsprechenden Kollegen ansprechen kann, äh, was muss ich da noch machen? Oder, äh, habt ihr mit den Klienten schon gesprochen? Äh, habt ihr sie eingeladen zu meinen Angeboten? Also es ist auf jeden Fall, äh, Kontakt da und das Bemühen (...) Also es fehlt immer wieder Zeit, auch jetzt für ambulant betreutes Wohnen. Würde ich mich auch gern öfter persönlich absprechen.“ Z. 153f (008GB, 2018)

- Herausforderungen wegen eigener Betroffenheit

*Eigene Betroffenheit* ist Voraussetzung, um EX-IN werden zu können, zugleich bringt sie eigene Herausforderungen mit sich, zu denen ein Umgang zu finden ist. Entsprechend nimmt Selbstfürsorge bei EX-IN einen besonders hohen Stellenwert ein. Hierzu sind unter ‚Fürsorge, Selbstfürsorge und Support‘ detailliertere Ausführungen zu finden. Die Leistung von Selbstfürsorge im Kontext von Herausforderungen, die durch Betroffenheit entstehen, wird hier nur kurz zu Überforderndem oder dem Bedarf an Pausen angerissen

„Aber, (.) ich habe mir wirklich Mühe gegeben. Und ich war paar Jahre lang immer dabei. Aber jetzt, äh, ist sowieso dann die Recovery Gruppe. Und ich musste mir einfach, ähm, ja, alles aus Eigenschutz/ bin ich dann zur Y., die jetzt wieder hier ist als Chefin, sagen: Ja, pf, es tut mir echt leid. Aber mir ist das zu viel. Und, ich kann es mir nicht leisten, dass ich dann jeden Donnerstag psychotisch daheim im Bett liege, nur weil mir die Situation so viel ... abverlangt.“ Z. 216f (009GB, 2018)

„Ja. Das war eben halt die/ diese Zeit der Ausbildung eben halt. Da musste man/ oder habe ich mich, äh, stark drauf konzentriert. Wo ich auch an meine Grenzen gekommen bin. Äh, ähm, ich überschreite meine Grenzen immer sehr gerne. Ähm, das ist auch so ein Teil von mir. Hm, wo ich dann, äh, dass dort bei der Ausbildung auch, ja, immer mal wieder spüren musste, dass ich über meine Grenzen hinausgeschossen bin. (räuspern) Na was natürlich auch was, dass durch die Arbeit und die, äh, Ausbildung und dann brauchte man, wie ich, ein bisschen Ruhephase dazwischen. Weil, das sehr viel auf einen, äh, gewirkt hat. Also auf mich jedenfalls“ Z. 809 (005GB, 2018)

*Medikation* wird als ein individuell stabilisierender Baustein neben vielen weiteren Maßnahmen erlebt, Nebenwirkungen werden angesprochen.

„(...) Fakt ist, es ist immer ein zweischneidiges Schwert, weil Psychopharmaka/Neuroleptika hat man immer Nebenwirkungen, aber eben auch eine Wirkung, die Schutz ist (...) ... ich selber akzeptiere meine Medikation, nehme sie als äh... Begleiter, weil mir nix anderes - weil es nix anderes,-anderes gibt, meine Erkrankung - so aus meiner Erfahrung - ohne Medikation hinzukriegen - versuche aber ganz viele andere Sachen zu machen, also in dem Bereich jetzt für mich, äh- neben der Medikation, um mein Leben selbst zu steuern(...) mit Gesprächen, mit Ruhe, mit Akupunktur, Sport, Kontakte, ... geht.“ Z. 51f (000GB, 2018)

Je nach Art und Ausprägung der Beeinträchtigungen sind *individuell unterschiedliche Anstrengungen* zu unternehmen, um das Tätigsein als EX-IN zu ermöglichen und den Antrieb aufrechtzuerhalten, die eigene Balance zu finden oder um sich vorzubereiten auf die Arbeit und die Kräfte einzuteilen:

„Ja richtig. Wo sie es halt nicht/ keinen konkreten Problemfall gibt. Um da einen Ausgleich zu haben. Weil, Ausgleich zu schaffen, ist schon sehr wichtig. Und da mache, ich glaube, teilweise noch ein bisschen zu wenig. Also, ähm, man muss schon aufpassen in dem Bereich. Und ich da natürlich im Speziellen. Weil, ich würde mich jetzt auf jeden Fall als empfindlicher als vor der Krise sehen. Aber gleichzeitig stärke ich mich durch diese Art von Arbeit. Und da bin ich halt noch dabei, eine Balance zu finden.“ Z. 199f (008GB, 2018)

Lassen sich EX-IN *berühren* durch das, was Service User an sie herantragen, können sie einerseits dadurch getriggert werden, andererseits liegt darin auch das Potential, den Umgang mit den eigenen Anteilen weiterzuentwickeln. Eine weitere Möglichkeit des Selbstschutzes besteht darin, die Arbeit mit jenen Menschen abzulehnen, die ein ähnliches Krankheitsbildaufweisen:

„(...) Wenn es auch um die eigene Biografie geht. Dann wird es anstrengend. (...), Jetzt ist mittlerweile so eine Routine, so eine/ Erfahrung habe ich mittlerweile. Dass ich also, äh, das nicht so/ Distanz behalte dann, das nicht so an mich ranlasse. (...) . Und das ist für mich eine der größten Herausforderungen.“ Z. 110f (006GB, 2018)

„ah, zum Glück-also die Problematik, die ich da habe und um die es mir geht, ist zum Glück, die ist hier in der allgemeinen Psychiatrie nicht vertreten, also da, ...das ist für mich eigentlich ein Vorteil, weil ich würde nie in dem Bereich arbeiten wollen, wo wo es Menschen gibt, die eine ähnliche Problematik haben in dem Punkt wie ich - weil da würde ich mich mit überfordern, das weiß ich, also das wäre dann nicht hilfreich sondern eher (...) und da gab es mal eine Situation da war mit einer Klientin- naja da gab es ein Problem, das auch bei mir aufgetreten ist (...) und da war ich aber in der Situation und ich habe dann aber auch dem Chef gesagt, ‚Es gibt hier eine Klientin, die könnte ich niemals begleiten‘ und das habe ich dann aber auch gesagt, warum und ich bin da auch offen und das wurde aber dann auch so angenommen(...)“ Z. 72f (002GB, 2018)

- Herausforderungen durch übergreifende, strukturelle Themen

*Pionierarbeit* zu leisten, bedeutet auch, dass EX-IN (noch) nicht auf entsprechende Strukturen und Weiterbildungen zurückgreifen können. Das erschwert die Verbreitung der Idee von Peearbeit im Allgemeinen und des EX-IN-Konzepts im Besonderen. Die Refinanzierung ist dabei ein weithin beklagtes und auf vielen Ebenen umkämpftes Problem.

„(...) egal ob es jetzt um EX-IN geht, da gibt es so ein anderes Projekt, da geht’s um Psycholotsen, das ist ein Projekt vom Kreis, das sind dann ehrenamtliche, also unbezahlte Peers , die das da thematisiert und das – wenn man da eine Weiterbildungslandschaft vorfinden würde, dann – die das fördert, dann –das suche ich jetzt hier in meinem Umfeld total vergebens.“ Z. 145f (001GB, 2018)

„(...) es sind einfach die Hürden, die EX-IN so mit sich bringt, hm. Ich bastele am siebten Kurs. Und, (.) ja, die Finanzierung/ (.) die ÄUSSEREN Hürden, das ist es eigentlich. Ich habe Teilnehmer, die möchten gerne, die halte ich auch für gut. (.) Aber wir wissen nicht, wie weit wir es finanzieren können. (...) Aber da kämpfen wir auch mit unseren EX-IN Landesverband (.) und auf höherer Ebene, (.) halt durch unseren Geschäftsführer. Und wir werden sehen, ob wir das hinkriegen. Ja und dann stelle ich im Moment einen, äh/ Antrag bei „Aktion Mensch“, um Gelder zu bekommen und der ist so schwierig (...) Es ist ein gutes Miteinander, ein schönes Miteinander, aber diese äußeren Bedingungen für Anträge und dieser (.) bürokratische Kram, der ist/ macht das schwierig.“ Z. 187f (003GB, 2018)

Die *fehlende Anerkennung* von EX-IN im Gefüge tariflicher Einordnung und Refinanzierung führt zu Verunsicherung. Dies wurde bereits in Zusammenhang mit den Herausforderungen in den Arbeitsbedingungen angeführt. (vgl. 001GB Z. 179)

- Herausforderungen im Kontakt mit Service Usern

Als besonders problematisch im Kontakt mit Service User wird erlebt, wenn *Auftrag und Willensäußerung* der begleiteten Person nicht übereinstimmen oder Menschen *Hilfsangebote nicht annehmen*.

„(...) ich wollte eine Betroffenen von der Klinik abholen und habe dann schon viel Geduld und Zeit mitgebracht, aber die wollte – wollte nicht mit, mit mir gehen und ich fand die sehr, sehr frech und ja, da war ich dann da in der Klinik und habe gedacht: ‚Wie gehst Du jetzt mit der Situation um?‘ Da musste ich jetzt in dem Moment auch überlegen, da entweder zu gehen und die dann da ihrem Schicksal zu überlassen ... Ich mein klar habe ich dann da mit der Kollegin telefoniert, weil ich war dann da auch wieder so pffiffig und habe dann ähm, da einen Mitarbeiter da gefragt und der hat mir dann geholfen, dass man die Situation dann irgendwie doch in den Griff gekriegt hat (...) das zog sich über eine halbe Stunde hin... naja, die war sauer, die wollte dableiben, wurde aber entlassen – beziehungsweise, sie wurde rausgeschmissen, naja das hat sie halt nicht eingesehen und dann treten Konflikte auf, klar sie ist sauer, dass ich, dass sie entlassen worden ist und ja, letztendlich ...ja, das war schon eine echt schwierige Situation. Da war ich dann schon so ‚Mann ey, was machst du denn jetzt?‘“ Z. 110f (002GB, 2018)

„(...), eine Person, wo ich, äh, mir wirklich, auf Deutsch gesagt, den Arsch aufgerissen habe und alles versucht habe, ähm, äh, auch unterschiedliche Wege gegangen bin. Und wo mir dann gesagt worden ist: ‚So, hier ist Stopp. Und jetzt machst du GAR nichts mehr.‘ Und das dann zu sehen, wie/ (.) wie’s/ wie das dann verläuft, ohne eine Unterstützung, ohne Hilfe, ohne irgendwas. Wo das absehbar war, dass das, äh, nicht in die Richtung geht, so wie der Mensch sich das hätte gewünscht, sondern in die komplett falsche Richtung. Das war schon schwierig für mich auszuhalten.“ Z. 107f (005GB, 2018)

Im Arbeitsalltag mit Service Usern entstehende *Spitzen in der Anforderungsdichte* durch multiple Krisen und hohe Bedarfe werden als äußerst anstrengend beschrieben:

„003GB: Mhm, ja, das nenne ich ‚Vampirtage‘.

I: VAMPIRTAGE? Oh. (lacht)

003GB: (lacht) Wenn ich ausgelaugt, ausgesaugt bin, also wenn wirklich das ganze Haus sehr krisenhaft ist und wir ein Gespräch nach dem anderen oder ich ein Gespräch nach dem anderen. Oder, sei es auch die Einweisung in die Klinik (...) oder (.) Eigenverletzungen. Und (..) dann/ es gibt schon Tage, da (.) ist man abends auch, ja, fertig.“ Z. 87 (003GB, 2018)

Verunsicherung entsteht in *krisenhaften Situationen*, wenn die Einschätzbarkeit des Verhaltens von Service Usern nicht mehr gegeben ist.

„(...) (räuspern) Ja, in/ in Verbindung mit einem, äh, also Gespräch mit einem Mann, der sehr verwirrt, der sehr/ dem es sehr schwerfällt, im/ im Moment und wirklich in der Realität zu sein, der also von verschiedenen Leben und, äh, Situationen spricht, äh, die nicht real sind, ähm, da hatte ich dann auch mal ein bisschen Angst, äh, wo ich noch allein mit ihm im Raum war nach/ nach so einem Kaffee (...) halt unsicher. Weil ich ihn auch noch nicht gut kannte, nicht gut einschätzen konnte. Das ist eigentlich auch das wichtigste dabei. (...)“ Z. 93f (008GB, 2018)

„(...) Ich habe in dem Moment, wo es arg psychotisch wird, ... arg mmh,... dissoziiert wird, so so so für mich so nicht mehr nachvollziehbar wird, so dass ich nicht mehr weiß, wie ich darauf richtig reagiere, weil...da kann ich mich in bestimmten Momenten nicht mehr auf mein Gefühl oder oder meine Erfahrung verlassen, sondern, ...sollte, ein paar Sachen wissen (...), aber ich habe fühle mich da nicht in jeder Situation immer ganz... sicher und da bin ich ganz ...froh, dass ich da nicht – selten alleine bin im Haus. (...)“ Z. 89f (001GB, 2018)

„Und ansonsten, wenn ich eine Situation eben, äh, richtig einschätze. (...) wie kritisch ist das jetzt, der Zustand? (...) was dann auch in dieser Deeskalationsschulung, was dann angesagt ist zu tun? Also ich hatte in der Situation auch Angst, äh, zu sagen: Ich will jetzt das Gespräch abbrechen. Was passiert dann? Oder was ja teilweise angezeigt ist, äh, mir gesagt wurde: ‚Ab dem und dem Moment, äh, äh, wäre es auch dann richtig, äh, einen Arzt einzuschalten oder die Polizei.‘ Und dann weiß ich ja nicht, wie die Klientin reagiert. Ja? ...“ Z. 107f (008GB, 2018)

*Standzuhalten* und sich nicht von Klienten zum Beenden freiheitsentziehender Maßnahmen überreden zu lassen, ist fordernd in geschlossenem Setting:

„(...) Was herausfordernd ist, ist zum Beispiel jemand nicht raus darf und ich, äh, dabei bin und der mich dann irgendwie ja halt überreden will, dass er doch rausgeht und, äh, ich, ich aber weiß, er darf nicht raus und (.) ja und der halt versucht doch rauszukommen. ...“ Z. 54f (004GB, 2018)

- Herausforderung bei Integration in Dienst

Den *EX-IN-eigenen Stil* einzubringen und nicht zu versuchen sich an die Arbeitsweise der Sozialarbeiter anzugleichen kann schwierig sein:

„Ja, es ist so, dass immer von der Begegnungsstätte – weil das ist ein festes Klientel- dass es ein paar gibt, die regelmäßig den Kontakt suchen – aber ich dachte da sehr darauf bei der Vorgehensweise, dass es der EX-IN-Stil ist und nicht der Profi-Stil. Und wurde mir da wirklich auch vom Chef signalisiert wirklich auch darauf zu achten, dass es genau der ist, weil es soll ja nicht sein, dass EX-IN einen Sozialarbeiter- äh- ersetzen soll, sondern eine ganz andere Komponenten mit rein bringt.“ Z. 6f (000GB, 2018) (Bauer, 2023, S. 16)

Machtgefälle in den professionellen Beziehungen sind für die Arbeit im Team herausfordernd, Service User wagen selten Kritik, unterschiedlich stark ausgeprägte Hürden sind zu überwinden, um ein gemeinsames Level der Kommunikation zu erreichen:

„(...) die Ignoranz der Menschen macht es manchmal schwer, ... wenn dann jemand denkt er wüsste alles besser, wenn dann jemand denkt er kann alles, damit kann ich nicht gut klar kommen (...), wenn Leute – jemand nicht so schwingungsfähig ist, dass sie sich nicht als Dienstleister für die Leute einbringen und die dann eher in ihrem eigenen Süppchen schwimmen und sich da nicht verändern wollen – (...) Wenn’s grade echt stinkt dann schon und wenn sich jemand traut etwas zu sagen, weil Betroffene trauen sich nicht immer. (...) Das ist das Ding. Da ist immer ein Machtgefälle drin in den Beziehungen. Immer. Also wir sind, wir haben relativ wenig, (...) aber das was davon noch da ist, kann aber schon nerven (...)“ Z. 109f (000GB, 2018)

„Also da ist, äh, das sicherlich schwieriger in anderen Abteilungen oder oder so was. Denn es kommt auch immer drauf an, wie, äh, höhergestuft diese Menschen sind, die ja, den denen man Gehör zukommen lassen möchte. Also, wenn ich mit einem Arzt rede, sage ich jetzt mal, ne, wenn ich jetzt mit einem Arzt rede, ist es natürlich schwieriger, weil dieser Arzt dann eventuell eine größere Hürde überwinden muss, auf auf ein Level, wo wir uns ungefähr

treffen. Als wenn, wenn ich mit einem anderen Genesungsbegleiter rede. Also da ist das, äh, Verständnis so.“ Z. 43f (005GB, 2018)

*Konfligierende Positionen* von EX-IN und Teamkolleginnen\* und -kollegen sind herausfordernd. Der rasche Zugang zu EX-IN zu Klienten kann zu *Irritationen* bei Teamkolleginnen\* und -kollegen führen:

„Also nur, äh, in dem, äh, Punkt, äh, wenn es zu Überschneidungen in der Arbeit kommt. Dann ist es Herausforderung, weil ich mich dann nicht nur auf den Klienten einstellen muss, sondern auch noch auf den Mitarbeiter. Wie geht der jetzt damit um? Ich möchte jetzt nicht, dass das noch ein zusätzlicher Konflikt wird. Und dann bin ich so gestrickt, dass ich versuche dann, äh, dem Mitarbeiter auch diesen Raum zu lassen, dass er sich da weiterbewegen kann und ich ziehe mich dann etwas zurück.“ Z. 126f (006GB, 2018)

„Es ist so, dass, äh, die Mitarbeiter immer wieder das Problem haben, wenn, äh, ich in den Kontakt gehe mit einem Klienten, den/ der jetzt grade bei dem Bezugsbetreuer ist, dann ist für die immer auffällig, wie schnell ich das/ wie schnell ich in diesen Kontakt hineinkomme. Und damit haben die ein Problem. Weil die eben spüren, dass sie weiter weg sind vom Klienten. (...) Und dann, äh, entwickeln die Bezugsbetreuer eben das Gefühl, dass sie sich bevormundet fühlen und, äh, übergangen fühlen. Und da gab es schon richtige Gefechte hier. (...)“ Z. 130f (006GB, 2018)

Die *zeitliche Begrenzung* von Gelegenheiten zu Begegnungen und zum Austausch im Team durch geringfügige Beschäftigung erschweren Integration:

„Und, ich bin immer dran intr/ äh, interessiert, im Kontakt mit dem Team zu sein. Auch dadurch, dass ich 450 Euro, äh, Kraft bin, bin ich ja nicht so häufig hier. Ich bin ja nur an drei Tagen hier. Heute, morgen und übermorgen. Und dann auch nur zeitlich begrenzt. Das heißt, es ist ein großes Problem, wenn man sich, äh, äh, wirklich auch sieht, man macht die Integration in diese Gruppe. Ne?“ Z. 36f (006GB, 2018)

EX-IN muss *Überzeugungsarbeit* leisten und innerhalb des Teams Hürden überwinden um Akzeptanz zu schaffen:

„(...) - der (Teamkollege, Anm. d. Autorin) hat am Anfang sich nicht vorstellen können, dass einer aus- einer der Klienten und selbst ein EX-IN, dass das überhaupt funktioniert. Das hat nur ein halbes Jahr gedauert, länger war das nicht, das ging dann schon.“ Z. 43f (000GB, 2018)

- Herausforderungen inhaltlich-fachlicher Natur

Partei für Klienten ergreifen, um gangbare Wege zu finden und dabei *Kritik an Kolleginnen annehmbar formulieren* wird als herausfordernd erlebt:

„Aber wie gesagt auch für die Klienten, dass sie keine „dummen Kollegen“ haben, ja? Da kriege ich nämlich auch einen Vogel, weil es wenn es da um meine Schützlinge geht, da neige ich dann auch dazu dafür Partei zu ergreifen und zu sagen: „So geht’s nicht!“ Also innerlich. Äußerlich macht man das natürlich diplomatisch, aber wenn man dann mit ausgewählten Kollegen spricht kann man da auch schon mal deutlich werden, weil-also na weil

es- naja wie das dann halt ist: dass man da schon auch mal an seine Grenzen stößt und merkt also so kann mit diesem Klienten nicht umgegangen werden, das funktioniert einfach nicht, so kommt man auf keinen Fall weiter. Um halt dann auch zu vermeiden, dass Klienten weitergeschoben werden, also, so. (...)“ Z. 18f (000GB, 2018)

Die Auseinandersetzung mit Missverhältnissen *zwischen Selbstverantwortung und Kontrolle* in der Gestaltung von Angeboten für und mit Klienten um mehr Partizipation der Service User zu erreichen bedarf prozeduralen Vertrauens aber auch Kompetenzen in der Gestaltung dieser Prozesse, um keine ungewollten Ergebnisse zu erzeugen:

„001GB: und dass es da Probleme gibt mit mangelnder Augenhöhe oder Arroganz oder Abstumpfung oder so, das nehme ich eigentlich nicht wahr, das ...- wo es- wo es jetzt grade (räuspert sich) drangeht, -auch etwas worüber ich mir mehr oder weniger Gedanken machen musste oder durfte, was ich auch lernen musste, das ist (...), dass ich einen Schwerpunkt habe, wo wir noch arg Aufholbedarf haben, nämlich in Form von Mitbestimmung oder wie man das – die Option zu Entscheidung oder so nennt...

I: Partizipation?

001GB: Ja, genau.... So im Sinne von Teilhabe an der Gestaltung dieser Einrichtung oder Angeboten (...), das ist schwierig auch, weil auch ich noch nicht so richtig weiß, wie das so geht... (...) Wir haben da was installiert, das heißt Dialogforum (...) und das Schwierige ist, dass die Konsequenz dieser Zusammenkünfte Mitarbeiter mit Klienten ist- hat regelmäßig jetzt zur Folge, dass es strengere Regeln jetzt gibt für Klienten, nicht umgekehrt, ne?( ...) da wird irgendetwas verwechselt und da fühle ich mich jetzt auch gefordert das wieder zurecht zu rücken. So, zu sagen: „Dafür ist es eigentlich da, nicht, nicht damit wir die Klienten jetzt besser kontrollieren, sondern dass wir.... So...da ging es auch momentan noch so um die Form, wie lädt man dazu ein, wie organisiert man das, wie ist das, wie viel Verantwortung übernimmt man am Anfang, wer ist dann verantwortlich- und dann nimmt man am Anfang, für die künftige Verantwortung der Klienten- wie ist das mit punktueller Verantwortung, wie ist das Missverhältnis“ 63f (001GB, 2018)

Im Kontakt mit Service Usern erfordert der Umgang mit Menschen mit *verschiedenen Krankheitsbildern und individuellen Krankheits-Scripts* fachliche Kompetenzen, da hier nicht mehr unbedingt auf eigenes Erfahrungswissen zurückgegriffen werden kann. Zudem sind in der Begleitung *unterschiedliche Bedingungen je nach Setting* erheblich:

„je fremder mir ein ein ein ein ein Krankheitsbild ist, ein Symptom ist, desto schwieriger wird es manchmal (...)“ Z. 89f (001GB, 2018)

„Ja. Also es/ äh, diese unterschiedlichen Krankheitsbilder, hm, habe ich mich auch schon mit auseinandergesetzt. Ich habe auch einiges darüber gelesen. Aber, äh, äh, (.) das Lesen ist anders, als mit Menschen zu arbeiten. Mit Menschen/ äh, sage ich mal, zu begleiten. Äh, jeder Borderliner ist auch noch wieder anders. Also das/ äh, man kann nicht sagen: Das ist ein Borderliner. Sondern, das/ das sind eben halt Menschen, die dennoch wieder unterschiedlich, sage ich mal, diese/ dieses Krankheitsbild beschreiben für sich.“ Z. 25f (005GB, 2018)

„Begleiter selber (...) sollten sich drauf einstellen, dass verschiedene Bedingungen gibt, also bei denen, die Patienten dort sind.“ Z. 170f (004GB, 2018)

*Sich nicht unter Erfolgs-Druck sehen*, Erfolge der Service User sind im Vordergrund:

„(...) Ich muss gar keinen Erfolg haben. (...) Sondern diese Menschen durch meine Begleitung, haben etwas erreicht. Und das ist, f/ für //dann Erfolg.“ Z. 127f (005GB, 2018)

- Herausforderung durch Pionierarbeit

Das Pionier-Dasein an sich bringt mit sich, *der erste und teils einzige Kontakt* des Dienstes mit EX-IN zu sein (vgl. 000GB 105). Das Bewusstsein über die Unterschiedlichkeit von EX-IN einerseits (vgl. 001GB 167) und die Bedeutungsaufladung, dass dies die einzige Begegnung mit EX-IN darstellen könnte, kann zum Erleben von Druck führen, aber auch *Chancen zur Gestaltung* werden erkannt (vgl. 008GB 23).

„Also es ist ja- schlecht für uns als EX-INler ist jemand, ist ein EX-INler, der über das Ziel hinaus schießt, ist ein EX-INler, der genau das Negativbild bedient, also in die Richtung pfusch geht- so das das ist halt schade, muss nicht sein, kann aber passieren... blöd ist halt, weil wir am Wachsen und Entwickeln sind- dass wir dann deswegen Gegenwind kriegen...“ Z. 121 (000GB, 2018)

EX-IN begegnen *Vorurteilen*, hierzu wird unter „Stigma und Vorurteile“ näher darauf eingegangen, hier sei lediglich auf die Herausforderung im Kontext der Pionierarbeit benannt.

„... mmh ... ja also ich finde es schwierig, als Einzelkämpfer da zu sein...(...) dass ich die einzige Genesungsbegleiterin bin ... und es ist ähm einfach noch nicht so bekannt und es wird auch noch nicht so akzeptiert, ne? Also wie wir schon sagten, es gibt Vorurteile...“ . 206f (002GB, 2018)

„Ähm, ja, an erster Stelle natürlich n/ nicht die Angst: Da kommt jetzt so ein Genesungsbegleiter. Was macht der hier? Der bringt uns die ganze Station durcheinander. Oder, (.) ähm, was wir schon erlebt haben, dann ist eine Genesungsbegleiterin, hat sich da einfach zu einer, (.) ähm, Klientin (.) gesetzt, die in der Ecke saß und hat sich mit ihr einfach unterhalten. Dann war dann die Pflegerin, die sie als Bezugsklientin hat, dann: (.) ja, was machen die denn jetzt? Was besprechen die denn jetzt? Das ist doch eigentlich mein Ding. Ne? Also, das ist schon/ (.) ja, da sind viele Vorurteile. Und (.) wird derjenige wieder krank durch die/ den Dienst auf der Station? Weil, das sind ja dann alles wieder //Kranke.//“ Z. 129f (003GB, 2018) (Bauer, 2023, S. 13)

Auch im Jahr 2018 ist das Konzept noch nicht flächendeckend bekannt: In der praktischen Arbeit kann es zu Konflikten führen, wenn Beiträge von *EX-IN als Einmischung* erlebt werden.

„Wo dann auch wirklich mir dann vorgehalten wurde: Du mischst dich hier ein und das (.) steht dir gar nicht zu und so weiter und so weiter. Und, äh, da bin ich auch/ einmal bin/ also habe ich richtig gewehrt. Da bin ich richtig laut geworden und gesagt: Und jetzt ist hier Feierabend. Ihr solltet mal darüber, äh, nachdenken, welche Position ihr eigentlich hier habt.

Also das gibt es schon. Ne? Das ist nach wie vor. Das wird auch immer so bleiben. Solange nicht die, äh, Genesungsbegleiter richtig etabliert sind, richtig eine (.) klare Position oder //ein Berufsbild haben//.“ Z. 130f (006GB, 2018)

EX-IN ist auch für Service User neu und noch einzuordnen:

„... da ging es dann eher drum, dass die Klienten nicht einordnen konnten, was sie jetzt damit machen sollen. Ja?“ Z. 756f (008GB, 2018).

### 2.2.3.2 TK zu Herausforderungen der Betätigung

- Herausforderung in den Arbeitsbedingungen

Die *Teilnahme in Teamsitzungen* bei geringem Stundenumfang nur begrenzt möglich (vgl. 002TK 67;006TK 61; 008TK 69,71; 009TK 43)

Die *Teilnahme an Supervision* kann als Marker für Zugehörigkeit betrachtet werden und wird dort sowie im Kontext von Fürsorge näher exploriert. Im Kontext der Arbeitsbedingungen von EX-IN sei erwähnt, dass in den meisten Diensten Supervision angeboten wird, aber nicht überall wird die Teilnahme gewährt oder unbegrenzt gewährt, Supervision wird durchaus auch für die gemeinsame Auseinandersetzung mit der Auftragsgestaltung von EX-IN genutzt.

„(...) Und es ging so weit, dass wir wirklich eine/ eine Teamsupervision hatten, um nochmal unsere Aufgaben zu konkretisieren und zu eine andere Situation“ Z. 123f (007TK, 2018).

„Ja aber vor allem mit der Supervision: wenn man da jemanden nicht teilnehmen lässt, mit dieser Rolle, das finde ich einfach unverantwortlich. Weil man kann ja nicht sagen, dass wir alle hier Psychohygiene betreiben müssen aber gerade die Genesungsbegleiter die müssen das da nicht. Das ist ja ... und da ging es um die Stunden: weil sie so wenig Stunden hatte. (...)“ Z. 111f (002TK, 2018).

„(...)Hm, also er hatte auch noch einen großen so Rede- und Reflexionsbedarf, auch in der Dienstbesprechung oder in der Supervision. (...) kann ich im Nachhinein auch verstehen oder ist dann auch (.) okay. (...) Weil ich gemerkt habe, da ist wie so ein neuer Kollege, der auch/ der erstmal seine Rolle finden muss. Der er irgendwie erst mal, ja sich hier orientieren, zurechtfinden muss. Was ist jetzt hier mein Rahmen? Wie sehr gehöre ich zum (.) Team“ Z. 43f (006TK, 2018).

- Herausforderungen wegen Betroffenheit

Der *Umgang mit der Betroffenheit* von EX-IN führt zu Maßnahmen der Fürsorge und zu Supportleistungen, die im entsprechenden Kapitel näher beleuchtet werden. Hier werden Rückmeldungen zu Adaptionen des Verhaltens von Teamkolleginnen\* und -kollegen angeführt und möglicherweise auf Betroffenheit zurückzuführende Herausforderungen angeführt. Die Rolle gegenüber

EX-IN im Team ist individuell geprägt, wird aber auch beschrieben als „Rolle zwischen Kollegin\*/ Kollege und HelferIn\*/ Helfer, auf EX-IN wird mit einer *besonderen Haltung* zugegangen und die *Erwartungen sind andere*, als andere Mitarbeitende:

„(...) wie gehe ich mit so einer Person um? (.) Was sage ich, inwieweit ist sie belastbar? Wie erkenne ich das? Weil das immer so/ klar, wir sind immer in dieser Helferrolle für unsere Klienten. Und da vers/ da sind wir dann auch natürlich in diesem zwei/ Zweispaht. Einerseits ist es die Kollegin. Andererseits ist die Kollegin, die dann auch, ja nachdem Krisensituation haben könnte. (...)“ Z. 97f (008TK, 2018).

„ja und auch selber aufpassen, dass dass ähm, dass das eine neue Profession ist, das kann man schon so sagen, weil das ist kein- im Klientenkontakt habe ich eine bestimmte Haltung und im Mitarbeiterkontakt habe ich eine andere Haltung und das ist so ein bisschen so eine Mischhaltung vielleicht, ... ich weiß nicht, wie ich das jetzt bezeichnen soll- das hab ich schon beim mir bemerkt, dass ich da so ein bisschen sensibler mit umgegangen bin, was die, wenn ich eine Idee hatte was ich machen möchte, dann habe ich dreimal nachgefragt so: also nur, wenn er möchte, ja? (...) Also damit möchte ich auf keinen Fall sagen, dass man übersensibel mit demjenigen umgehen soll, aber noch mehr drauf achten soll, wie das Tempo ist, dann also als ich es vielleicht bei anderen Mitarbeitern machen würde“ Z. 102 (000TK, 2018).

Die Einschätzung von Verhaltensweisen der EX-IN ist erweitert um die *Attribuierung dieser zu Betroffenheit* oder als Vorboten einer Krankheitsepisode sowie der *Reflexion* dieses Vorgehens. Die innerhalb der Teamkolleginnen\* und -kollegen variierende Einschätzung zur Belastbarkeit der EX-IN führt zu Verunsicherung.

„ja, ... es fällt mir manchmal schwer, so einzuteilen, dann denke ich mir: ‚Ist es überhaupt nötig einzuteilen‘ ist das jetzt eine Eigenheit des Kollegen oder der Kollegin- oder hat die da so ein bisschen einen Knall? (Lacht)- oder ist das jetzt ein Symptom für eine psychische Episode, ja? So ist das so ...“ Z. 101 (001TK, 2018).

„(...) Ich habe da die beiden Klientinnen vor Augen, die wirklich sehr sehr schwer erkrankt sind. Die waren wirklich sehr sehr schwierig im Umgang, so und die, die konnten auch mal sehr grenzüberschreitend agieren in ihrer Art und man musste immer sehr aufpassen, was man sagt, (...) -ich habe das dann als ich die Kollegin mit rein nehmen wollte, hatte ich das dann im Team thematisiert und da hat mich ein Kollege dann angesprochen und hat mir hinterher gesagt: ‚Wie kannst du das machen? Du kannst doch nicht Fr. X mit in diesen Fall reinnehmen. Das kann die doch gar nicht, das schafft die nicht.‘ Und er hat mich sogar unsicher gemacht. Ich habe da lange drüber nachgedacht, weil ich wollte ja jetzt auch nicht, dass Fr. X. da das Gefühl hat an etwas zu scheitern, ich wollte also nicht dass ihr da negative Gefühle vermittelt werden, ja(.) Die Sorge war aber eigentlich eine Sorge, die ich von den Kollegen übernommen hatte“ Z. 53f (002TK, 2018).

*Psychiatrieerfahrung ist nicht gleich Psychiatrieerfahrung*: die individuelle Ausprägung und das Erleben von Beeinträchtigung durch verschiedene Krankheitsbildern ist hochvariabel, die individuelle Erfahrungsexpertise ist nur be-

grenzt auf andere Krankheitskripte übertragbar. Die *Kompensation bei Ausfällen* der EX-IN ist dabei schwierig, wie in den Herausforderungen ausgeführt. (vgl. 007TK 101)

„(...) es ist nicht immer vorteilhaft. Wir haben festgestellt, dass, (.) äh, unterschiedliche Krankheitsbilder Unterschiedliches abverlangen. Und er ist Erfahrener. Also er ist ein Mann mit/ mit/ mit, äh, mit einer Psychose. Mit einer Schizophrenie. Und, äh, da ist manchmal die Beratung bei Menschen zum Beispiel Borderline Erkrankungen oder mit allgemeinen Persönlichkeitsstörungen oder auch mit Depressionen deckt sich das nicht immer. (...) Und ich denke das ist auch wahrscheinlich die Schwierigkeit diese Differenzierung als Ex-Inler mit dem Krankheitskontinuum, was er ja schon hinter sich hat, sich dann in eine, ich nenne das jetzt mal ganz krass moderne Erkrankung. Mit einem modernen Menschen, äh, in Kommunikation zu treten“ Z. 29f (007TK, 2018).

Die Kommunikation mit EX-IN erfordert *Sensibilität im alltäglichen Umgang*:

„(...) aber ist wirklich schwierig, das von/ das kann man bei anderen Mitarbeitern genauso haben, dass da aber manchmal große Empfindlichkeiten sind. Dass es dann mal schwierig ist, dann was zu erklären. (...) Aber so, dass ein Abstand/ also manchmal schwierig ist, mit, äh, den Kollegen zu sprechen, ohne, dass etwas krummgenommen wird“ Z. 65f (005TK, 2018).

„Ja, das Problem war einfach, oder was heißt Problem? Aber man hat Fr. X. natürlich angemerkt, dass sie in ihrer Person sehr sensibel ist. Sie ist ein ganz sensibler Mensch. Sehr sehr feinfühlig, was natürlich einerseits Charaktersache sein kann, andererseits natürlich auch durch ihre Geschichte (...) Und sie hat aber auch teilweise unter der Schroftheit mancher Kollegen gelitten. (...) - also ich wusste die Vorteile von ihr zu schätzen, andere Kollegen auch, aber es gab halt auch andere, die gesagt haben: ‚Das wäre mir zu anstrengend‘“ Z. 55f (002TK, 2018).

- Herausforderungen durch übergreifende, strukturelle Themen

Mit der *Refinanzierung der Stellen* von EX-IN gehen viele Fragestellungen einher: die fehlende tarifliche Einstufung (008TK 148), die in den *Leistungsvereinbarungen* der Dienste mit den Kostenträgern nicht vorgesehene/ nicht verhandelte Leistung von EX-IN, die *mangelnde Anerkennung der Qualifikation* und die Sorge, dass EX-IN *Fachpersonal verdrängen* könnte:

„(...) dass man keine Angst davor haben muss. Das ist auch nicht/ irgendwie dadurch Stellen gekürzt werden und, ähm. Ja? Also ich habe jetzt deswegen keinen Ergotherapeuten weniger eingestellt, nur weil ich jetzt Genesungsbegleiter habe. Ja? Und das jetzt irgendwie günstigere Arbeitskräfte sind. Ne? Sie ERGÄNZEN das Ganze. Das sind sehr hervorragende Ergänzungskräfte, ne oder auch Fachkräfte“ Z. 80f (003TK, 2018)

„(...) ja, dass die das auch kränkt, dass diese Arbeit dann nicht so gesehen wird, wie sie das selber sehen. (.) Weil, es ist natürlich nicht so sehr zu trennen. Das liegt aber auch an diesem System mit den Fachleistungsstunden. Wenn jemand mit mir einkauft, dann kann ich nicht sagen: Wenn du ein Problem hast, dann, äh, wende dich bitte an die andere Kollegin. Sondern

das wird natürlich auch mit den/ diesen Mitarbeitern besprochen, die täglich da ein und aus gehen.“ Z. 49f (005TK, 2018)

Auch die *Refinanzierung des EX-IN Kurses* an sich ist nicht durch einen entsprechenden Mehrverdienst nach dem Erwerb der Qualifikation gegeben. *Unklarheiten bezüglich der Einstufung* und fehlende Empfehlungen wirken verunsichernd:

„weil, Frau X. hat das ja nun auch aus eigener Tasche bezahlt. Die hat zwar die Arbeitszeit wiederbekommen, aber, (.) äh, dass/ äh, und das/ das nicht dafür, dass sie irgendeine offizielle Qualifikation hat, oder danach auch von/ von uns besser bezahlt wird“ Z. 275f (005TK, 2018).

„(...) es gibt keine klaren Linien so. Äh, wie wird die Person bezahlt? Wie viele Stunden? Wie/ Es ist immer so/ so/ (.) so ein Bild, wie das funktionieren sollte. Und dadurch werden dann natürlich die gesen/ Genesungsbegleiter verunsichert. Da/ da/ dadurch werden dann auch die Mitarbeiter verunsichert. Auch die Leitung...“ Z. 150f (008TK, 2018).

Die strukturellen Gegebenheiten mit der Knappheit von Zeit und dem *nicht abgebildeten Aufwand der Implementierung* von EX-IN im prekär refinanzierten System erschweren die Etablierung.

„(...) also ich kann natürlich nur für unseren Bereich hier sprechen- dass es aufgrund der strukturellen Gegebenheiten, der wirtschaftlichen Bedingungen der Sozialen Arbeit etc. , dass es da vielleicht für viele Einrichtungen eher ein Problem ist. Oder eher im Vorfeld ein Problem, wenn sie darüber nachdenken, weil es zunächst mehr Arbeit, mehr Geld oder sonst etwas bedeuten würde, aber ich möchte die Erfahrungen, die ich zusammen mit Fr. X. gesammelt habe nicht missen und ich glaube auch, dass ich als Fachkraft ganz viel von Fr. X. gelernt und profitiert habe“ Z. 115f (002TK, 2018).

- Herausforderungen im Kontakt mit Service Usern

Die Frage nach Herausforderungen im Umgang mit Service Usern erzeugte Aussagen *zum Umgang mit Belastungen*, wie der Frage danach „ob Themen mit nach Hause genommen werden“ Z.63 (002TK, 2018) oder der „Gratwanderung“ Z. 139 (005TK, 2018) zwischen Eigenständigkeit und Hilfebedarf von Service Usern. Weiter besteht *Unsicherheit bezüglich der Belastbarkeit* von EX-IN im Kontakt mit Service Usern, wird besonderes Augenmerk auf die Gestaltung von *Nähe und Distanz* gelegt. EX-IN werden in ihrer *Rolle als Mitarbeitende* gegenüber Service Usern unterstützt.

„(...) dieses Nähe und Distanz Thema das ist schon herausfordernd, weil natürlich auch die, die Sorgsamkeit für den Mitarbeiter und den Genesungsbegleiter relevant ist und und weil das ja eine Ebene ist, die den Kontakt herstellt und eben weil es Betroffenheit gibt und eigene Erfahrung und aber gleichzeitig ähm und aber die Hoffnung ist, dass wir hier ein stabiler Gegenpart sind und ein belastbarer Gegenpart sind für jemanden dem es gerade schlecht geht, der sehr traurig ist, der aufgebracht ist und es ist vielleicht ein bisschen herausfordernd, dass man da einfach besonders drauf achten ... wollen hier.“ Z. 63f (000TK, 2018)

„(...) wie vermitteln wir das Klienten, dass das jetzt keine Freundin ist?“ Z. 33 (008TK, 2018).

Für Service User ist Experienced Involvement neu und die *erste Erfahrung mit Peer-Mitarbeitenden*.

„also die Klienten haben sich zunächst mal ein bisschen verwundert, was was das jetzt hier ist, sie kennen Sozialarbeiter, sie kennen Therapeuten, sie kennen Psychologen und sie haben dann ähm mit solchen Ohren zugehört, wenn es –wenn wir dann versucht haben zu erklären, was ein Genesungsbegleiter ist und was er hier machen wird oder soll (...) das war auch spannend, weil das ist ja einer mit psychischer Krankheitserfahrung“ Z. 47f (001TK, 2018).

*Hochangespannte Situationen* bei akuten Phasen von Service Usern können heraus- und auch überfordernd sein für EX-IN:

„(...) bestimmte Situationen mit, sage ich jetzt mal hochangespannten, (.) in einer akuten Phase, Menschen mit einem sehr (.) dazu neigen von ihrem Verhalten und ihrem ganzen Auftreten her, Grenzen aufzulösen. Da gibt es Situationen, wo das auch mal dann zu viel werden kann“ Z. 65f (009TK, 2018).

- Herausforderungen bei der Integration in Dienst

Die Integration von EX-IN in den Dienst geschieht in Abhängigkeit von der *Bereitschaft und Vorbereitung* des Teams und dem Faktor *Zeit für Gewöhnung, Rollenfindung, Auftragsklärung*, etc. (vgl. auch 005TK 129):

„(...) Also ich für mich sehe da auch einen Aufwand. Also, natürlich. Gut, aber das kommt auf das Team an, wie bereit das ist. Wenn da viele Widerstände sind, kostet es auch viel Geld. Ja? Und auch viel Kraft und Mühe, sowas zu etablieren. Wenn aber ein Team da sagt: 'Da stehe ich dahinter. Das ist spannend, das gehen wir an', dann kostet das auch weniger Energie und Reibungsverluste“ Z. 147f (003TK, 2018).

„also wir haben auch im Team eine Weile gebraucht um uns neu zurechtzurücken, sage ich mal, ne- durch diese neue Stelle einerseits, mit einer Person besetzt, die eine andere Karriere hat, als so ‚normale‘ Sozialarbeiter. (...) Und das war ... eine Weile ganz schön anstrengend“ Z. 11f (001TK, 2018).

Die Implementierung von EX-IN bringt Veränderungen mit sich, dazu gehört das *Hinterfragt werden* auch als erfahrene Kraft:

„nee, also ich finde grundsätzlich diese Veränderung von von Profi und Nutzer und wir sind die Gesunden hier oben und ihr seid die Kranken da unten, dass sich das mit Genesungsbegleiter-Kollegen aufbrechen lässt. (...) und ich glaube, dass das richtig gut ist, dass auch so ein alter Sozialarbeiter wie ich mal mal wieder gekiekt wird: ‚Was machst Du hier eigentlich?‘, ‚Wie begründest Du denn eigentlich was Du da gerade machst?‘ Da muss ich tief Luft holen und überlegen und das ist eigentlich genau das was gebraucht wird, ne?“ Z. 148f (001TK, 2018).

*Begrenzte Stundenzahlen* erschweren die Integration:

„Allerdings haben wir auch festgestellt, dass es schnell zu einer Aussonderung kommen kann. Also, dass man/ Dadurch, dass er nur zwei Stunden da ist und auch noch sein eigenes Büro, dass man ihn manchmal vergessen hat. Im Sinne von, wir saßen hier und haben Gespräche gemacht und manchmal konnte man ihn auch nicht nutzen, weil er hatte schon zwei. Und wir wussten: keine Überstunden“ Z. 215f (007TK, 2018).

- Herausforderungen inhaltlich-fachlicher Anforderungen

Die Unterschiedlichkeit des Zugangs zum Arbeitsfeld bringt Unterschiede im *Sprachgebrauch sowie im Formulieren von und der Orientierung an Zielen* mit sich:

„(...) weil er ja selber auch laut kommuniziert: ‚Ich bin Betroffener, ich habe selbst auch Erfahrung‘, das ähm ... verändert oft so ein bisschen die Beziehung zu den Klienten, also das wird lockerer. (...), Klienten fühlen sich besser verstanden, andererseits ähm hat er eine andere Ausbildung, eine andere Art von Ausbildung und ihm fehlt dann manchmal so ein bisschen Fachjargon oder so Basiswissen, was man halt so an der Uni erwirbt, ne?“ Z. 7f (001TK, 2018).

„wir haben zum Beispiel ein gemeinsames Ziel erarbeitet welches verfolgt werden soll mit einem Klienten. Und habe festgestellt, dass das Verständnis nicht das gleiche war. Also, äh, dass ich halt viel mehr hinterfragen muss, ob es richtig verstanden wurde wie wir es besprochen haben, damit keine, äh, Differenzen auftauchen. Weil wir arbeiten ja für den Klienten. Gehen einen gemeinsamen Weg. (...) Und da habe ich gemerkt, es muss doch mehr justiert werden als wenn ich mit einem anderen Kollegen zusammenarbeite und spreche“ Z. 13f (007TK, 2018).

Die Erfahrungen mit eigener Betroffenheit und eigenem Krankheitsbild befähigen EX-IN, der Umgang mit *fremden Krankheitsbildern* und dazu die Vielfalt an Erfordernissen erfordert weitere Kenntnisse und verschiedene Strategien:

„deswegen ist das immer je nachdem, was für Krankheit die Genesungsbegleiterin hat, da hat sie ihre Erfahrung. Und, ah, ich sage es immer, so eine Angststörung und akute Psychose, sind zwei unterschiedliche Sachen. Klar, man weiß so, diese innerliche Unruhe, Anspannung, so gleiche Sachen. Aber so wie/ wie benehme ich mich in dieser Situation?“ Z. 126f (008TK, 2018).

„Also es Bedarf auf jeden Fall immer einer, äh, individuellen Betrachtung. (..) Äh, und einer nicht Pauschalisierung. Äh, unser Angebot so breit gefächert so zu gestalten, dass wirklich (.) jeder oder viele angesprochen werden können. Und das hat auch Hr. X. festgestellt, so wie wir auch, dass wir natürlich nicht nur eine Linie fahren. Er hat am Anfang eine Linie benutzt und hat gemerkt: Okay, die kann ich nicht jedem anbieten. Uns ist es genauso ergangen. Das heißt wir mussten ein bisschen streuen und mehr kleinere Angebote machen, um die Zugänge anders zu gestalten“ Z. 63f (007TK, 2018).

Das Thema Kommunikation von EX-IN mit Service Usern zu *Medikation* wurde von den Teamkolleginnen\* und -kollegen nicht benannt und kam nur auf konkrete Nachfrage hin zur Sprache:

„Also das, äh, ist eigentlich kaum Bestandteil unserer Arbeit, aber wir haben trotzdem, wenn wir uns auch mit Klienten unterhalten haben, er hat schon eine andere Sichtweise auf Medikamente als wir. Äh, dadurch, dass er einfach auch viel Selbsterfahrung hinter sich hat. Und er nun schon sehr, sehr lange erkrankt ist. Und auch die Amplitude gemerkt zwischen auch Ost und West und unterschiedliche Medikamente, unterschiedliche Inhaltsstoffe und und und und und. Äh, und noch der Selbstmedikation. (.) Da habe ich dann irgendwann gebeten seine Erfahrungen bitte nicht unbedingt so nach außen zu tragen, weil das manchmal als Motivation für andere Menschen sein kann. (...) es ist schwierig auf jemanden anderen zu übertragen. Und da muss man ein bisschen vorsichtig sein. Aber ansonsten Mhm (verneinend)“ Z. 149f (007TK, 2018).

- Herausforderung durch Pionierarbeit

Die Pionier-Qualität bei der ersten Etablierung zeigt sich auch in inhaltlicher Auseinandersetzung der Teamkolleginnen\* und -kollegen von EX-IN durch die **Intensivierung** und mit als neu erlebter Perspektive in der *Selbstreflexion*. Bei den Aspekten zur Wirkung auf Dienst, Teams, EX-IN selbst und Service Usern wird hierzu genauer ausgeführt:

„... dass man das auch immer mal wieder hinterfragen darf. Und das... kann man im Kollegenkreis durchaus, aber ich habe gemerkt, dass das bei jemandem, der von außen kommt und der so diesen Sozialarbeiter-Stallgeruch nicht hat, da ist das anders“ Z. 152 (001TK, 2018).

Die *Erfahrungen mit EX-IN sind noch sehr begrenzt* und wenig übertragbar. Die Entwicklung der *beruflichen Identität* von EX-IN ist weiterhin im Gange.

„(...) wahrscheinlich kommt dann so dann auch ganz viel dazu kommen, weil wir haben ja jetzt auch nur mit einer Person Erfahrung gemacht. Wir können uns gerne in zwei Jahren nochmal sprechen, wenn die nächste kommt. Dann würde ich wahrscheinlich was ganz Anderes erzählen ja“ Z. 209f (007TK, 2018).

„(...) das sind ja auch immer so ein bisschen mit ihrer Identität befasst. Ja? Also was bin ich eigentlich als Genesungsbegleiter? Und, (.) haben ja auch mit anderen Ex-Inlern zu tun, oder dann noch Rücksprache et cetera. Also dieses Thema der (..) wie soll man sagen für diese/ dieser Identitätsentwicklung, grade wenn man das länger macht (...) Ja? Also, wird man da mehr zum Profi oder/ oder/ oder/ oder (.) kriegt man auch wieder mehr Distanz? Das ist interessant im ganzen psychiatrischen Geschehen oder so“ Z. 123f (009TK, 2018).

Für die *neue Rolle* im Gefüge muss sich das *Zusammenspiel* erst noch entwickeln, es ist zu eruieren, was zum Gelingen beitragen kann:

„Ich glaube einfach, dass es noch, ähm, noch Entwicklungspotential (...) Es ist/ ist eine Rolle aufgetaucht sozusagen die sehr, sehr sinnvoll ist. Und, dass die, äh, das Zusammenspiel mit den anderen erstmal finden muss und eine/, äh, bei den richtigen, wichtigen, den nötigen Platz einzunehmen. Um wirksam zu sein. Ich glaube das bedarf einfach Zeit. (...) man muss halt vielleicht mal gucken auf der anderen Seite, was muss denn geschaffen sein damit es vielleicht einfach besser auch funktioniert“ Z. 179f (007TK, 2018).

Die Pionierleistung zu erbringen, auch mit dem Empfinden als *Wegbereiter* eine besondere und möglicherweise für die Entscheidung über weitere Anstellungen von EX-IN Rolle einzunehmen, wird anerkannt:

„Weil, oftmals ist es ja so, dass die Genesungsbegleiter/ die kommen als erste ihrer Art auch quasi in einen neuen Dienst. Und, äh, viele haben dann auch die Sorge, dass, wenn sie jetzt da, äh, krank werden oder in der einen oder anderen Art und Weise versagen, ist nicht funktioniert und man einfach nicht zusammenkommt, dass dann möglicher Weise die Stelle auf ewig verbrannt ist für Genesungsbegleitung“ Z. 100f (009TK, 2018).

Der Rollenwechsel von Service User zu Kollegin\* oder Kollege ist schwierig, die Beschäftigung ehemaliger Service User als EX-IN oder EX-IN im Praktikum ist eine besondere Herausforderung:

„Also wir haben hier einige Genesungsbegleiter. Was heißt einige? Zwei, drei hatten wir in Praktika hier. (...) Ähm, wo wir eine weitere Beschäftigung nicht unbedingt gesehen hätten, ne, in unserem Betrieb. Also da sind/ dann/ da kommen dann ja auch manchmal Situationen zustande, dass/, dass da Menschen sitzen, die vielleicht selber von den Kollegen, (...) betreut wurden zum Beispiel“ Z. 33f (005TK, 2018).

„(...) also wir haben am Anfang auch noch, hm, Klienten eingestellt. Das machen wir jetzt mittlerweile nicht mehr. Die hatten Erfahrungen, die halt auch, ähm, äh, auch nach hinten losgehen können. Weil, wenn man ein langjähriges Klientenverhältnis mit jemanden hatte, ja und dann jemand auf eine Mitarbeiterebene hebt, äh, ja und das dann/ also vorher war ich der Therapeut, jetzt bin ich der Kollege oder der Chef, ist es schwierig und es kann immer wieder zu Rollenkonflikten kommen“ Z. 31f (003TK, 2018).

### 2.2.3.3 Gegenüberstellung der Aussagen zu Herausforderungen in der Betätigung von EX-IN:

Im Abgleich der Beiträge zu dieser Kategorie sind in Bezug auf strukturelle Hürden besonders deutlich analoge Zuordnungen vorhanden.

Tabelle 37 – Gegenüberstellung der Aussagen zu Herausforderungen in der Betätigung von EX-IN

Herausforderungen der Betätigung	EX-IN	TK	Bemerkung
in den Arbeitsbedingungen	Unklarheit zur (Weiter-) Finanzierung	Unklarheit zur (Weiter-) Finanzierung	Unklarheit zur (Weiter-) Finanzierung
	Unklarheit zur Eingruppierung	Unklarheit zur Eingruppierung	Unklarheit zur Eingruppierung
	Auf sich gestellt sein in aufsuchender Tätigkeit		Anforderungsprofil aufsuchende Arbeit
	Stress wegen knapper Personalabdeckung		Knappe Resource Personal
		Krankheitsausfall ist durch andere TK nicht zu leisten, weil EX-IN-spezifisch	Kein Ersatz für spezifische Leistung EX-IN
	Zeitmangel	Teilnahme an Teamsitzungen und oder SV nur begrenzt möglich	Knappe Resource Zeit
durch eigene Betroffenheit	Fehlen geeigneter Räume		Knappe Resource Raum
	Selbstfürsorge als zusätzliche Aufgabe		Selbstfürsorge als zusätzliche Aufgabe
	Belastung durch Medikation/ Nebenwirkungen		Belastung durch Medikation/ Nebenwirkungen
	Anstrengungen um Einsatzfähigkeit/ Balance zu erhalten	Einschätzung von Belastbarkeit	Belastbarkeit

	Selbstschutz in Arbeit mit Klienten und Kollegen (Trigger)	Mehr Sensibilität in Kommunikation	mehr Selbst-reflexion
		Besondere Haltung/ Mischhaltung gegenüber EX-IN einnehmen	Adaption Haltung
		Anderer Erwartungshorizont als an andere Kolleginnen*/ Kollegen haben	Adaption Erwartungen
		Einschätzung von Verhalten als eigen oder krankheitswertig	Einschätzung/ Reflexion von Verhalten
durch strukturelle Gegebenheiten	Kenntnisstand zu EX-IN noch unzureichend	Mangelnder Empfehlungsgrad hinderlich	Defizit in Kenntnis von EX-IN
	Anerkennung EX-IN noch nicht vorhanden	Mangelnde Anerkennung Qualifikation	Defizit in Anerkennung von EX-IN
		Infodefizit zu Implementierungsaufwand bei zeitl. Knappheit	Mangel an Information zu Etablierungsaufwand
		Refinanzierung EX-IN-Kurs nicht gegeben	Refinanzierung fehlt
In der Arbeit mit Service Usern	Umgang mit nicht angenommenen Hilfsangeboten	Sorge um Umgang mit Belastendem	Umgang mit Belastung
	Einschätzung des Verhaltens in Grenzsituationen/ „fremder“ Krankheitsbilder	Erfahrungsexpertise ist spezifisch, Umgang mit anderen Krankheitsbildern als herausfordernd	Umgang mit „fremden“ Krankheitsbilder
	Freiheitsentziehende Maßnahmen mittragen	Überforderung in hochangespannten Phasen	Hochangespannte Phasen
		Kongruenz in der Mitarbeitenden-Rolle	Kongruenz in der Mitarbeitenden-Rolle

		„Neu sein“ für SU und TK	Irritation durch neue Rolle
Integration in Dienst	EX-IN eigenen Stil einbringen	Differenzierung erbringen	Spezifischen EX-IN Stil beibringen
	Machtgefälle prof. Beziehungen		Machtgefälle professioneller Beziehungsgestaltung
	Konfligierende Positionen mit TK		Konfligierende Positionen
	Konkurrenz durch raschen Zugang zu Service Usern		Erleben von Konkurrenz
	Zeitliche Begrenzung erschwert Integration	SV für Aufgabenteilung benötigen/ zeitl. Knappheit	Wenig Zeit für Austausch haben
	Vorurteile	Angst vor Ersatz des Fachpersonals	Vorurteile
		Bereitschaft/ Ressourcen für Mehraufwand in Etablierungsphase	Mehraufwand in Etablierungsphase
		hinterfragt werden	Irritation durch Perspektiverweiterung
		Rollenwechsel Klient-Mitarbeiter	Rollenentwicklung
		Hoher Reflexions- und Redebedarf bei EX-IN	Reflexions- und Redebedarf EX-IN
	Annehmbare Formulierung von Kritik		Kritik annehmbar formulieren
inhaltlich fachlicher Natur	Konzepte zwischen Selbstverantwortung	Umgang mit Differenzierungen entwickeln	Perspektiverweiterung Autonomie und

	und Kontrolle begleiten		Differenzierung
	Umgang mit Menschen mit „fremden“ Krankheitsbildern	Umgang mit „fremden“ Krankheitsbildern	w.o.
	Sich nicht unter Erfolgsdruck stellen		
		Anderer Sprachgebrauch	Gemeinsame Sprache finden
		Fachlichkeit in Kooperation entwickeln	Sozialarbeiterische Fachlichkeit
Pionierin*/ Pionier sein	Perspektiverweiterung	Intensivierung Reflexion	Perspektiverweiterung intensiviert Reflexion
	Vorurteile		Vorurteile
	Unkenntnis zu EX-IN	Wenig übertragbare Erfahrungen vorhanden	Wegbereiter sein
	Lobby erarbeiten müssen		Zusätzlich Lobbyarbeit leisten
		Neue Rolle erarbeiten	Rollenentwicklung
		Berufliche Identität entwickeln	Entwicklung beruflicher Identität

Zu den Arbeitsbedingungen werden beiderseits Unklarheiten formuliert zu Refinanzierung und Eingruppierung. Darüber hinaus zeigt sich, dass die Leistung der EX-IN nicht einfach von anderen Teammitgliedern übernommen werden kann. Zeit wirkt als limitierender Faktor für die Teilnahme an Teamsitzungen und/ oder Supervision. Wie bei den strukturellen Gegebenheiten weiter ausgeführt ist die Pionierleistung nicht nur hinsichtlich fehlender Empfehlungen hoch einzuschätzen, aber auch wegen der (noch) mangelnden Anerkennung von EX-IN in der sozialpsychiatrischen Versorgung.

Für TK wie EX-IN ist die Frage nach Belastbarkeit wichtig: Die Einschätzung fällt hier nicht leicht und, wie in der Betrachtung der Fürsorge ausgeführt, kann dies zu Unterschieden in Haltung gegenüber EX-IN oder des Erwartungshorizontes seitens der TK führen. Wohingegen die EX-IN ihrer Selbstfürsorge besondere Beachtung schenken und zwischen den Arten der Belastungen weiter differenzieren.

In der Arbeit mit Service Usern werden beiderseits Belastungen reflektiert und die Erfahrungsexpertise mit jeweils „fremden“ Krankheitsbildern, also jenen, die nicht der persönlichen Erfahrung der EX-IN entsprechen, als herausfordernd erlebt. Hochangespannte Phasen können überfordernd wirken, der Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen wird ebenfalls benannt.

Zu Herausforderungen bezüglich der Integration in den Dienst waren die Antworten besonders vielfältig und ausführlich. Da sich hierzu bereits auch unter der Kategorie „Zugehörigkeit“ einige Hinweise zeigen ließen, wird hier nur auf ergänzende Aspekte abgehoben: Aus beiden Perspektiven war das Einbringen des EX-IN-spezifischen Stils in der Differenzierung wichtig und die zeitliche Begrenzung für den Austausch untereinander thematisiert worden. Hinzu kommen Sorge um Konkurrenz in der Beziehungsgestaltung und Vorurteile gegenüber EX-IN ebenso, wie Ängste vor dem Ersatz von Fachpersonal.

Inhaltlich-fachlicher Natur sind sowohl von EX-IN als auch von TK Herausforderungen durch die Perspektiverweiterung gerade hinsichtlich der Entwicklung von mehr Differenzierung und Bestrebungen zu Autonomie benannt worden. Zudem formulierten die TK den Bedarf nach der Entwicklung einer „gemeinsamen Sprache“ sowie den Wunsch nach mehr Fachlichkeit bei kooperativen Gruppenleitungen.

Auch wenn es sich bei der Perspektiverweiterung um einen der gewünschten Effekte handelt, so zeigt sich dies doch auch als herausfordernd: Die Intensivierung von Reflexion ist anstrengend. Die Pionierleistung besteht aber auch darin, mit nur wenig übertragbaren Erfahrungen aus der Praxis und der Unkenntnis zu EX-IN an sich in noch weitgehend freiem Feld zu agieren: Mit allen Konsequenzen für Erfordernisse an Lobbyarbeit, aber auch die Entwicklung von Rollen und einer beruflichen Identität.

## 2.2.4 Stigmatisierung, Selbststigmatisierung, Vorurteile und der Umgang damit

### 2.2.4.1 EX-IN zu Stigmatisierung, Selbststigmatisierung, Vorurteilen und dem Umgang damit

Folgende Aspekte wurden (induktiv) erfasst:

- Vermeidung: nicht thematisieren, ausweichen, verschweigen
- Abgrenzung: nicht einbeziehen/ einbezogen werden, weniger Rechte zugestehen unerwünscht anders behandelt werden, Kompetenz absprechen, abwerten, ablehnen
- Sich exponiert fühlen, ein Outing haben
- Rechtfertigung: Sich beweisen,
- Anti-Stigma Strategien anwenden: für Austausch sorgen, bewußt machen,
  
- Erlebte Vorurteile

Erlebte Vorurteile und Selbststigmatisierung sind nicht immer trennscharf zu differenzieren, der Effekt auf Handlungen, die sich daraus ergeben sind ähnlich, wie bei den Reaktionen von Kolleginnen\* und Kollegen, die EX-IN als *ablehnend* erlebt:

„Ja. Also überwiegend. Manche haben noch nicht ganz verstanden, wie meine Funktion ist. (...), also: mein Chef hat eingeführt, also so in diesem Jahr überwiegend: Fallsupervision mit mir als EX-IN. Da kam von den jüngeren so, ja ist das jetzt eine EX-IN Sprechstunde?“ (...)-es hört sich jetzt vielleicht böse an- aber die Erfahrung habe ich gemacht: überwiegend ältere Kollegen können sehr gut damit umgehen, manche jüngere auch und manche-manche Jüngere sind halt einfach komisch. (lacht) –Nein, also, das empfinde ich halt einfach so“ Z. 35f(000GB, 2018).

Im Prozedere des Kennenlernens und Vertrauensaufbaus wird die EX-IN *getestet* und sieht sich im Team *sich erst beweisen zu müssen*, auch wegen der *mangelnden Anerkennung* der EX-IN-Kompetenzen:

„(...) Und dann am Anfang... klar, ich bin mit der – mit dem Hintergrund ja auch hier angefangen, ich bin diese EX-IN ich bin Genesungsbegleiterin und natürlich fff, wurde ich erstmal da so ein bisschen – ich will nicht sagen „getestet“, aber naja, äh man musste erstmal so Vertrauen aufbauen“ Z.47 (002GB, 2018).

„Ja, also das Gefühl sich erst erst, also man muss sich ja auch erst beweisen und sich kennenlernen, so was kann ich- bin ich eigentlich, obwohl ich ein psychisches Problem habe-kann ich genau so gute Arbeit leisten wie die anderen Kollegen auch (...) und wenn Sie dann

als EX-INler irgendwo anfangen dann ist das so: ‚Oh, da kommt jemand, der hat ein psychiatrisches Problem- dann hat der´ und dann wird man echt total misstrauisch beäugt erstmal, ne? Also- weil es ist es ist- ich bin eben immer noch der Meinung, es ist nicht wirklich anerkannt. Also äh... diese, diese diese Weiterbildung von EX-IN. Ich meine klar, dann hat man vielleicht irgendwelche Ressourcen, die jemand der noch nie in einer schweren psychischen Krise war nicht hat, der kann das vielleicht nicht so nachvollziehen, aber es ist halt, es ist ein Stigma! Nach wie vor“ Z. 140f (002GB, 2018).

„(...) Da kommt dann dieser Konflikt hoch, der auch bei Psychologen eben halt, äh, immer wieder sichtbar wird, dass die: Was sind denn das für Leute? Wie kriegen die das bloß hin? Die haben doch gar keine Ausbildung“ Z. 34f (006GB, 2018).

Durch das *Outing* als EX-IN bei Service Usern entsteht das Gefühl nicht als Mitarbeitende wahrgenommen zu werden, es besteht Unsicherheit, wie viel preiszugeben hilfreich ist und was mit den Informationen geschieht:

„(...) Das heißt, äh, inzwischen würde ich es gar nicht so als, ähm, (,) vorteilhaft sehen, ähm, von vornherein zu sagen: ‚Hallo, ich bin Genesungsbegleiterin.‘ Sondern, äh, das wichtigste ist, Vertrauensaufbau, Kontakt, Beziehung. Und, äh, wenn es dann passt, sagen: Übrigens, ich habe auch Krisenerfahrung. Ich kenne das gut. Und/ und es da drüber dann zu vertiefen. Und dann ist nämlich anfangs mal kein Fragezeichen. Sondern, da bin ich auch eine Kollegin. Und vielleicht werde ich halt anders empfunden“ Z. 131 (008GB, 2018) (Bauer, 2023, S. 14).

- Strategien zum Umgang mit Vorurteilen

Folgende Strategien zum Umgang mit Vorurteilen wurden angewandt:  
Mit hohem Pensum und unter Verzicht auf Krankmeldungen wird der *Beweis zur Belastbarkeit* erbracht:

„... ja aber das sind glaube ich auch die Strukturen die- das ist in jeder anderen Einrichtung auch so, dass man da- jeder ist, ist ja dann auch ein Wirtschaftsunternehmen, dass man da, quasi muss man jeden Monat ein ein gewisses Stundenpensum halt ... erreichen, auch wenn das halt die Klienten – je nach dem was da halt für eine Problematik vorliegt auch zu erreichen. Aber den Druck hatte ich dann auch (...) ich hab zum Beispiel nie krank gefeiert, ich weiß nicht, das wäre bestimmt nicht gut gekommen, wenn ich hätte krank gefeiert I: naja gut krank „feiern“ kommt ja in aller Regel nicht gut, aber wenn man krank ist...? 002GB: jaja, naja, aber ich habe mich immer zusammengerissen, also ich bin nicht jemand der, ich bin jemand der auch bei – war vielleicht nicht so gut: ... ich hatte einen Bandscheibenvorfall und dann war ich trotzdem arbeiten. Ja. ... ja... weil ich natürlich auch so ein Sorge hatte, ne? Dass das halt negativ rüberkommt, oder dass es dann heißt, es ist wegen der Belastung... oder...“ Z. 194f (002GB, 2018).

„ja und das ging eigentlich sehr schnell so das Gefühl, dass mir vermittelt wurde, aber in der Praxis würde ich halt sagen hat das halt so ein halbes Jahr gedauert, bis man wusste wo man so dran ist und dass ich eben auch zuverlässig bin und dass ich nicht dauernd krank bin, nicht hier heulend zusammenbreche und so weiter“ Z. 61f (001GB, 2018).

Der *offene Umgang* mit der psychischen Erkrankung und die *Arbeit als EX-IN* werden als Mittel zum Abbau von Vorurteilen genutzt:

„Ja, auch diese Vorurteile abzubauen. Das ist auch ganz, ganz wichtig. Ne? Das also ehemals psychisch erkrankte Menschen, ähm, nicht wieder/ (.) im Leben stehen können und auch wieder arbeiten können. Ne?“ Z. 237f (002GB, 2018).

„Genau. Das wir auch mal einen Witz darüber machen können und einfach, dass ich (.) so arbeiten kann. Und das (.) ist einfach (.) ein ganz großes Gut. Und das sollte JEDER Mensch können, egal wo er arbeitet. Da wäre dann vielen mit geholfen, die das nicht verstecken müssen, ja. Also in meiner beruflichen Reha (.) hatte ich Bewerbungstraining und dort wurde dann versucht, diese Auszeit von den Jahren (.) durch irgendwas zu verschleiern. (...), aber nicht (.) es reinzuschreiben: (.) Psychische Erkrankung, Aufbau in der Klinik“ Z. 241f (002GB, 2018).

Das explizite Bemühen um *Integration ins Team* dient dem Abbau von Vorurteilen:

„006GB: (...) in der Gruppe drin sein. Jeder weiß, was ich mache. Jeder weiß, äh/  
I: Also Transparenz herstellen.  
006GB: Ganz genau. Transparenz und in Austausch gehen, Kontakt pflegen. (...) Das ist für mich das Hauptaugenmerk, dass jeder weiß, in diesem Fall, was ich mache. Und, äh, dass ich hier keine Sonderstellung habe. (.) Und das auch nicht zu befürchten ist also, dass ich, äh, hier mal irgendwann ab/ zusammenklappe und selbst dann Klient bin. (...) Also bei mir war es jetzt kein Thema. Aber ich weiß es von anderen Einrichtungen, dass es dort immer wieder diese Auffassung gibt. Oh, der Genesungsbegleiter, der hat eine Krise gehabt. Oh, hoffentlich wird er nicht Klient. So wird das/ zu oft die Meinung. Also es/ habe ich schon oft gehört. (.) Deswegen ist Integration in die Gruppe für mich da größte und wichtigste Thema“ Z. 204ff (006GB, 2018).

Eine weitere Herangehensweise ist mit der *Sensibilisierung* von als grenzüberschreitend erlebtem Verhalten zu beobachten:

„Ähm, (.) wo es mir auch schon ein paar Mal so ging, (...) Dass ich sage: Ich komme jetzt grade von Person XY. Und dann (klatscht in die Hände) sagte die Kollegin: Ach ja, das ist ja die, die immer so viel redet. Na hat sie dir das Ohr abgequatscht und so? Hat sie mich dann auch schon wieder hart an/ muss man ja nicht so sagen. Ja. Sie hätte ja auch fragen können: Wie war es denn? Wie fandest du es mit ihr? (...) und das haben wir dann in der Supervision ganz gut, ähm, geklärt, soweit, was da für meine Perspektive wichtig ist“ Z. 17f (008GB, 2018).

Das Thematisieren der eigenen Psychiatrieerfahrung als ‚*Outing*‘ wird *vermie-*  
*den*.

„005GB: Also es war kein Outing. Äh, es wurde auch nicht beim, äh, Vorstellungsgespräch darüber gesprochen. Ähm, ich habe es auch nicht in meinen Bewerbungsunterlagen mit, äh, eingegeben. Wenn jemand irgendwo einen Pickel hat oder so was, das sagt er ja nun auch nicht: Ich habe da jetzt den Pickel. Ähm, also da bin mal ganz locker, ähm, vom Hocker drauflosgegangen und habe, äh, mich, sage ich mal, ohne, das irgendwo zu erwähnen, äh,

mich auf diese Stelle beworben. Äh, und war in glücklichen Lage, dass ich diese Stelle bekommen habe.

I: Genau. Und dann, wie Sie jetzt dann entschlossen haben, dass Sie diese EX-IN Weiterbildung machen möchten. Wie war das dann?

005GB: Ja, das, (räuspern) ähm, weil/ weil //ich das da mit, weil ich das da mit reingebracht hatte/ äh, habe ich gesagt: Das wäre eine Ausbildung, die ich ganz gerne machen würde. Weil ich, äh, eben halt selbst betroffen bin. Weil ich auch, äh, Angehörige bin. Äh, und weil ich schon, äh, sage ich mal/ schon so lange mit solchen Menschen, die eine Erschütterung hinter sich haben oder, äh, in einer Erschütterung sind, oder wer weiß nicht was, schon, äh, arbeite. Ne? Ich habe/ ich habe, ähm, äh in/ in drei Hinsichten diese/ die/ diese/ diese Aufgabe immer wieder irgendwo, äh/ hat sich immer um mich herumgedreht. Also von der Arbeit her, als, äh, äh, selbst Betroffene und eben halt auch als, äh, Familienmitglied“ Z. 163ff (005GB, 2018).

Ermutigung die Perspektive wechseln, das ‚*Neu sein*‘ *anerkennen* und mit *Empowerment* zu Offenheit und Neugier und Zutrauen fördern:

„Ich würde Offenheit, das ist ganz wichtig, Neugier, weil- ja äh und Geduld ist wichtig und dann aber auch Mut, was ganz Neues zu versuchen: Mut zu haben, jemand der nicht ganz fachlich ist, dass der auch was kann“ Z. 117f (000GB, 2018).

#### 2.2.4.2 TK zu Vorurteilen im Umgang mit psychiatrierfahrenen Kolleginnen\* und Kollegen

- Reflektierte eigene Vorurteile/ Stigmatisierungen

Mit der Etablierung von EX-IN im Dienst gehen *Befürchtungen eines möglichen Stellenabbaus* einher, der Ersatz von Fachkräften durch *EX-IN als billige Arbeitskraft* wird angenommen:

„dann würde ich raten alles was es an Bedenken gibt, offen zu kommunizieren. Also das hatten wir auch: ‚Genesungsbegleiter sind billigere Sozialarbeiter‘, ‚Die nehmen uns den Job weg‘, äh... ‚Das ist gewollt, dass unser Dienst hier ausblutet...‘ und... hau mich tot“ Z. 122f (001TK, 2018).

Der *eigene stigmatisierende Sprachgebrauch* wird erkannt und als solches reflektiert:

„S ... das kann ich jetzt nicht allgemein sagen, ich kann das nur für mich sagen, ähm ... ich habe so ein bisschen ein loses Mundwerk (lacht)  
I ui, jetzt wird's spannend (lachen zusammen)  
S und ich sage dann auch schon mal von unseren Klienten „die Verrückten“ oder so... und seit der A. da ist, mache ich das nicht mehr (lacht), ja, das hat sich so ein bisschen ... verändert einfach, ne“ Z. 37f (001TK, 2018).

Die Annahme mit EX-IN käme es zu *unangemessener Beziehungsgestaltung* wird bei praktischer Begegnung als absurd erlebt:

„Also, es gibt sensibles/ also nein. Was Beziehung, nein. Ist völlig in Ordnung, ja. Ist vielleicht auch ein Vorurteil bei mir gewesen, was wird das? Kommt jetzt die andere Seite mit ins Spiel ja am Anfang. Aber ist völlig absurd. Also der Gedanke ist wirk/ hat sich wirklich äh, das war auch nur glaube ich so lange relevant wie ich mich, äh, wie ich damit nichts zu tun hatte mit Genesungsbegleitung. Also es ist wirklich völlig absurd“ Z. 50f (004TK, 2018).

*Die Reflexion eigener Unsicherheiten* bei sensiblen Themen hilft Vorurteile abzubauen oder sich nicht verfestigen zu lassen. *Unsicherheiten erzeugen Ablehnung*, wenn die Rolle von EX-IN im Team unklar und/oder die Einschätzung von Belastbarkeit nicht gegeben ist:

„(...) vielleicht, dass es nicht mal so ein fest gesapptes Vorurteil bei mir war, sondern einfach nur mal so als Idee könnte dieses also kommen. So, es gibt natürlich, ähm, sensible Themen ja. Wo es aber mit MEINER Unsicherheit zu tun hat“ Z. 52f (004TK, 2018) (Bauer, 2023, S. 14).

„(...) da sind wir dann auch natürlich in diesem zwei/ Zweispalt. Einerseits ist es die Kollegin. Andererseits ist die Kollegin, die dann auch, ja nachdem Krisensituation haben könnte. Und da gibt es wirklich Kollegen, die sagen: Da bin ich jetzt nicht so hundert Prozent davon überzeugt. Das muss ich wirklich sagen“ Z. 97f (008TK, 2018).

- Reflexion erlebter Vorurteile von Anderen

Teammitglieder haben teils einen *herablassenden Umgang* mit EX-IN. *Anerkennung und Wertschätzung* im Team und für sich selbst zu erlangen ist für EX-IN eine Herausforderung:

„es gibt eben auch Kollegen, die sie da auch ein bisschen mehr von oben herab behandeln sage ich mal und da hat sie sich glaube ich definitiv den Klienten näher gefühlt als den Kollegen, ne?“ Z. 15f (002TK, 2018).

„Ähm, ich glaube, was die Herausforderung ist, glaube ich, ist so dieses Standing zu bekommen als Genesungsbegleiter. Also, ähm, wirklich jetzt zu sagen: Okay, und ich, ne, bin hier auch ein vollwertiges, äh, Teammitglied. Ich mache hier auch, ähm, ne, eine wertvolle Arbeit. Und, äh, dass das auch so anerkannt und wertgeschätzt wird“ Z. 95 (006TK, 2018) (Bauer, 2023, S. 14).

Vorurteile zeigen sich im *Bedürfnis nach Vorsicht* im Umgang trotz der medialen Präsenz von Inklusion weiterhin auch bei Kolleginnen\* und Kollegen im Fachbereich Psychiatrie. Als Voraussetzung für die Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen wird *eigene Gesundheit* vorausgesetzt, das Konzept EX-IN findet *keine Akzeptanz*, die Bewertung persönlicher Erfahrungen durch Begegnungen und Zusammenarbeit mit EX-IN wird antizipiert, professionelles Handeln erfährt *Abwertung in der Interpretation*:

„Ich finde, wie gesagt wichtig, dass es/ ähm, ich merke es immer wieder, wie dieses Thema, äh, Psychiatrie ist oft, obwohl die Gesellschaft versucht so/ und, äh, Inklusion und Integration und alles. Das bleibt oft wirklich so Slogans, die dann in Zeitungen kommen, die/ immer wieder merke ich auch, ähm, bei Kolleginnen in/ in ihrem Umfeld, dass Menschen dann

sagen: Ach, seit diese psychische Krankheit, ah, da muss man aufpassen“ Z. 172f (008TK, 2018) (Bauer, 2023, S. 14).

„ok, genau, mmh, also: ich fand es immer total klasse, dass einmal, Fr. X. trotz ihrer eigenen Geschichte, trotz all dem schafft, heute bei uns hier zu arbeiten, aber es gab auch Kollegen, die hier gedacht haben, wir arbeiten hier schon mit so einer schweren Klientel, dann brauchen wir nicht noch so eine Kollegin. Ich habe immer gehofft, dass sie so etwas nicht mitbekommt, weil ich diese Sichtweise immer als ziemlich, ja, äh, ziemlich blöd fand, ja, äh, ziemlich eindimensional fand, aber ... äh, es wurde mal gesagt, oder die Kollegen, die das damals sagten, sagten dann, dass man selbst vollkommen psychisch stabil sein muss, um dieser Tätigkeit nachgehen zu können und dass man unter Umständen als Genesungsbegleiter zu viel an sich selbst heran lässt ... und ... ich habe zwar verstanden was sie meinen, aber und ich glaube auch, dass man als Genesungsbegleiter eine gewisse Gefahr läuft, ähm, und ich hab diese Gefahr auch immer mal wieder bei Fr. X. erkannt, aber sie hat trotz alledem ihre Arbeit super gemacht. Und das wussten dann manche nicht zu schätzen und das hat mich dann immer sehr gestört. So. Da habe ich mich dann oftmals gefragt, wie es sein kann, dass wir auf der einen Seite mit psychisch kranken Menschen zusammen- äh, also, dass das unsere Klienten sind und wir für die quasi Verständnis haben- und auf der anderen Seite- warum die Kollegen im nächsten Moment so einer Kollegin nicht so richtig eine Chance geben sondern warum die dann gleich so voreingenommen sind, von ihr“ Z. 49f (002TK, 2018) (vgl. (Bauer, 2023, S. 14).

„(...) wir hatten einen speziellen Fall, da hatte eine Klientin, die Fr. X. halt mit mir zusammen begleitet hat, die war ein bisschen kriselig und da gab es eine unschöne Situation im Büro und Fr. X. war einfach mit der Situation überfordert, ähm, was ich mit Sicherheit auch gewesen wäre in dem Moment- aber sie steckte halt in der (...) sie hat sich an unsere Beratungsstelle, an unseren sozialpsychiatrischen Dienst gewandt und hat gesagt: ‚Herr Kollege, ich habe hier ein Problem, die Kollegin mit der ich zusammenarbeite ist erkrankt und jemand anderes kann ich hier gerade nicht antreffen, ich glaube ich brauche Hilfe für die Klientin.‘ Und der Kollege – das ist ein ganz verständnisvoller- der hat sich direkt dem angenommen und hat sich darum gekümmert. Im Nachhinein sind hier einige Stimmen laut geworden: ‚Wie kann das sein, dass eine BeWo-Mitarbeiterin den sozialpsychiatrischen Dienst um Hilfe bittet.‘ ... Wenn ich alleine im Dienst gewesen wäre du ich hätte Hilfe gebraucht, dann hätte ich auch auf die Kollegen drüben zugegriffen. Aber sie hat das halt erstmalig gemacht“ Z. 73f (002TK, 2018) (Bauer, 2023, S. 15).

- Erlebte und angewandte Strategien im Umgang mit vorurteilsbehafteten Themen/Vorurteilen im Dienst

Bei Implementierungsvorhaben ist die Beteiligung und Information aller Betroffenen im Allgemeinen zu empfehlen, dies soll hier nicht Gegenstand der Betrachtung im Sinne von Organisationsentwicklung sein, hier wird lediglich auf prozedurale Aspekte fokussiert, die durch Vorurteile und oder Stigmatisierung geprägt sind. Die Anwendung verschiedener Techniken im Umgang mit EX-IN sind als Indikator von Vorurteilen im Dienst, bei Kolleginnen\* und Kollegen und den Befragten selbst, vorhanden. Vermeidung von Begegnung und Auseinandersetzung mit EX-IN ist eine solche Technik:

„also der eine Faktor war, wie gesagt, dass es am Anfang nicht von allen hier anhängigen Diensten positiv gesehen wurde hier und man erst mal – erst mal auf Abstand gegangen worden ist und...das fand, ich zunächst mal sehr schade“ Z. 77f (000TK, 2018) (Bauer, 2023, S. 13).

„unser Arbeitgeber würde auch nicht von einem Genesungsbegleiter verlangen, dass er Genesungsbegleiter ist. Also da noch mal: wenn man erklärt, was das bedeutet, dann kann man ja direkt Rückschlüsse ziehen, dass derjenige selbst etwas hatte und so, und das hat der Arbeitgeber nicht verlangt, dass Fr. X. das macht“ Z. 59f (002TK, 2018)

„Also, auch im gesellschaftlichen Aspekt diese Stigmatisierung die einfach mal groß ist, vielleicht ein Stück zu durchbrechen und zu sagen: Psychisch Kranker ist nicht der der immer eine Keule in der Hand hat, sondern das hat seine Gründe, es hat seine Hintergründe, äh, es hat seine Auswirkungen. Ja, aber die sind nicht lebensgefährlich für die Gesellschaft, sondern wirklich da Stigmatisierung abzubauen. Das wurde nicht so angenommen. Weil es gibt/ Die in Betrieben die haben da keine Schwierigkeiten (lacht)“ Z. 87f (007TK, 2018).

*Ausgrenzung vom Teamgeschehen erfolgt durch die Verweigerung der Teilnahmeberechtigung an Supervision:*

„(...) Fr. X. durfte jahrelang nicht an der Supervision teilnehmen und ich sage mal gerade Fr. X. sollte die Möglichkeit kriegen an Supervision teilzunehmen. Das ist für uns Psychohygiene, wir brauchen das, wieso braucht Fr. X. das nicht? Das habe ich nie verstanden. (...) man sollte zumindest die Möglichkeit haben und ähm, dass Fr. X., die so viele Jahre in ihrer Funktion Supervision nicht bekommen hat, das konnte ich nie nachvollziehen“ Z. 69f (002TK, 2018).

Die Relativierung der Zuordnung zu ‚Gesunden und Kranken‘ und die Normalisierung des Vorhandenseins von Vorurteilen, Bedenken und Vorannahmen eröffnen die Möglichkeit zu Diskurs und Commitments. *Zeit* ist hierbei als Faktor zu bedenken:

„(...) ich hab mir gedacht ich lasse dem ganzen Zeit“ Z. 77f (000TK, 2018).

„Aber, ich denke mal, wenn jemand in ein Team reinkommt, das/ das muss gewollt sein. (...) Dieses Thema muss gewollt sein. Und da sich langsam ranzutasten, das ist Normalität. Und auch ein bisschen skeptisch zu sein, das ist auch nicht schlimm. Ähm, aber es muss gewollt sein. Und wenn es/ wenn es das ist, dann kann man auf dieser Basis viel aufbauen. Aber am Anfang sind die Ängste da, das ist Normalität“ Z. 41f (003TK, 2018).

„(...) Das hat man sicherlich in jedem Team hier im Haus. Ob das nun, ich sage mal, die Reinigungskräfte untereinander sind, die Pflegekräfte untereinander sind, die Betreuungskräfte untereinander, das ist immer so schwierig, das, äh, lässt sich ja nicht unbedingt auf, äh, dieses EX-IN beschränken. Aber was ich ja nun weiß darüber ist, dass jemand dann auch schon mal, ja, eben ein schwerwiegendes Problem hatte. Vielleicht in Richtung Burnout, vielleicht in Richtung Depression, was auch immer. Und, ähm, das haben natürlich andere Mitarbeiter auch. (lacht) Nicht? Auch ohne EX-IN Hintergrund oder Ausbildung oder so“ Z. 121f (005TK, 2018; Bauer, 2023, S. 15).

Die Information über den *Vergleich* mit quantifizierbaren Kennzahlen dient als rationale Argumentationsgrundlage:

„Also, wenn ich jetzt einen Vergleich anstreben würde von Krankheitstagen (.) von unseren Genesungsbegleitern und den (.) vergleichen würde mit den Krankheitstagen der/ dann (.), gibt sich da überhaupt nichts. Also ich glaube, das, äh (..), die Kollegen, ne, also da/ da würden Sie keine/ da würden Sie nicht aus/ anhand der Krankheitstage den Genesungsbegleiter finde“ Z. 105f (003TK, 2018).

Die Zuweisung einer *Funktion im Team* und die Kommunikation *spezifischer Kompetenzen* ermöglicht Akzeptanz:

„es ist die logische Konsequenz unserer Arbeit, dass wir jedem Menschen zutrauen, dass er symptomfrei leben kann oder so leben kann, dass er selbstbestimmt lebt. Sonst bräuchte es unseren Dienst nicht und es – deswegen, aber das muss man manchmal erst betonen, vielleicht noch mal also, dass das diese Haltung nur dadurch verstärkt wird, dass wir jemanden engagieren und einbringen und nutzen, der aus seiner Erfahrung heraus Hoffnung geben kann und ähm, dass es einen Weg gibt und-und ja genau. Das muss man halt gut erklären und transportieren“ Z. 98f (000TK, 2018).

#### 2.2.4.3 Gegenüberstellung der Aussagen zu Stigmatisierung, Selbststigmatisierung, Vorurteilen und dem Umgang damit

Tabelle 38 – Gegenüberstellung der Aussagen zu Stigmatisierung, Selbststigmatisierung, Vorurteilen und Umgang damit im Kontext der Betätigung von EX-IN

Stigmatisierung, Selbststigmatisierung, Vorurteile, Umgang damit	EX-IN	TK	Bemerkung
Eigene Vorurteile/ Vorurteile im eigenen Team	Konkurrenz um Rolle	Befürchtungen Stellenabbau	Abwehrmechanismen
	Sensibilisierung für grenzüberschreitendes Verhalten	Stigmatisierender Sprachgebrauch	Reflexion/ Adaptation
		Annahme zu unangemessener Beziehungsgestaltung	Abbau von Vorurteil durch gemeinsames Erleben

	Misstrauen, Vorurteile wegen Psychiatrieerfahrung	Eigene Unsicherheit wegen Unklarheit zu Einschätzbarkeit und Rolle EX-IN	Abbau von Vorurteil durch gemeinsames Erleben
	Sich erst beweisen müssen	Herablassender Umgang Anerkennung/ Wertschätzung erlangen als Herausforderung	Diskriminierung Hierarchisches Denken
	Mangelnde Anerkennung EX-IN-Kompetenzen	Abwertung professionellen Handelns Keine Anerkennung EX-IN-Konzept	Diskriminierung Abwehrmechanismen
Vorurteile Dritter		Vorsicht im Umgang mit Menschen mit Psychiatrieerfahrung	Stigmatisierung
		Voraussetzung Gesundheit für Arbeit in der Psychiatrie	Hierarchisches Denken/ Ausgrenzung
	Unsicherheit durch Outing bei Service Usern		Selbststigmatisierung
Strategien im Umgang mit Vorurteilen	Ablehnendes Verhalten	Vermeidung von Zusammenarbeit und Auftragserteilung	Diskriminierung
	Sich Teilnahme an SV erkämpfen (Zugehörigkeit)	Verweigerung Teilnahme an Teams, Supervision	Diskriminierung
	Eigenes ‚neu sein‘ anerkennen	Ängste anerkennen	Diskurs eröffnen
	Empowerment Neues zuzulassen	Zeit lassen für Gewöhnung	Prozeduralen Charakter nutzen
	Entlastung durch offenen Umgang mit Psychischer Erkrankung kommunizieren	Auseinandersetzung mit den Kategorien ‚gesund und krank‘	Diskurs eröffnen

	Funktion im Team zuweisen	Kompetenz nutzen
Arbeit als EX-IN zum Abbau von Vorurteilen	Spezifische Kompetenzen nutzen	Kompetenz nutzen
	Herstellen von „Gewolltsein“	Vorbereitungen treffen
Integration als Hauptaufgabe		Integration als Mittel
Beweis für Belastbarkeit erbringen		Beweis erbringen als Mittel
Outing vermeiden		Vermeidung

Eigene Vorurteile finden sich in beiden Perspektiven wieder, etwa, wenn Abwehrmechanismen zu Tage treten, um mögliche Konkurrenz in der Rolle oder einem Abbau von Stellen gezeigt werden. Die Begegnung zeigt jedoch auch, dass Reflexion und Adaption stigmatisierenden Sprachgebrauchs im Wunsch nach Sensibilisierung für grenzüberschreitendes Verhalten eine Entsprechung findet.

Unsicherheiten zur Einschätzung psychiatrieeffahrener Kolleginnen\* und Kollegen werden ebenso wie Selbststigmatisierung reflektiert. Gerade diese Unsicherheiten werden mit dem Gefühl sich erst beweisen zu müssen seitens EX-IN und dem als Herausforderung formulierten Erwerb von Anerkennung bei TK berichtet.

Aus beiden Perspektiven werden Vorurteile durch Dritte – wenn auch in unterschiedlicher Differenzierung – thematisiert: so findet sich Sorge um die Wirkung eines Outings bei Service Usern und neben der einer allgemeinen Vorsicht gegenüber psychiatrischen Patienten auch die Voraussetzung eigener Gesundheit um mit Menschen mit Beeinträchtigungen arbeiten zu können als hierarchisch verankerte Denkstruktur.

Strategien zum Umgang mit Vorurteilen, Stigmatisierung und Selbststigmatisierung finden sich dekomensativ Diskriminierung durch Abwertung und Vermeidung von Begegnung und/ oder Partizipation erlebt. Daneben werden Erfahrungen gesammelt, der Diskurs zur Perspektiverweiterung geöffnet, bei Irritierendem und bewusste Entscheidungen reflektiert EX-IN-Kompetenzen einbringen und umgekehrt nutzen zu wollen.

Integration von EX-IN wird als Aufgabe an sich verstanden, inklusive Strategien finden dagegen keine Erwähnung.

## 2.2.5 Effekte der Betätigung von EX-IN, Wirkung von EX-IN

### 2.2.5.1 EX-IN zu Wirkung von EX-IN

- Wirkung auf das Team – Reflexion zu Haltungen und Einstellungen, Präzisierung von Aufträgen, Empathie- Erleben, Zuordnung von Themen, Erleben Perspektiverweiterung, ...

Die *EX-IN-Perspektive* wird angenommen, auch bei Nutzen des Kurses als Weiterbildung bei bestehender Beschäftigung ist die Orientierung am EX-IN-Konzept hilfreich:

„(...) wenn ich jetzt am Team teilgenommen habe und es gab ein Problem und man wusste nicht so genau und dann habe ich mich oft dazu geäußert und dann wurde das aber auch gerne angenommen“ Z. 154 (002GB, 2018).

„(...), ich merke so, die passen auf, wenn ich in der Supervision/, wenn ich da/, wenn es mal um Patienten geht, und wenn ich da was dazu sage. Also die (.) haben da ein offenes Ohr“ Z. 268 (009GB, 2018).

„(...) wenn ich irgendwelche Situationen im Alltag habe mit den Menschen, die ich begleite, äh, dann denke ich: Genau, das war der Punkt, den hattest du da bei der Ausbildung als Genesungsbegleiter, da war so was in der Richtung, mit der Geschichte. (...) Hier ja jetzt erst seit zwei Jahren als Genesungsbegleiterin“ Z. 130 (005GB, 2018).

Der *Transfer von EX-IN-Herangehensweisen* auf Konventionen der Zusammenarbeit im Team sorgt für Entlastung, die Perspektive ermöglicht *Alternativen in der Kontaktgestaltung* mit Service Usern.

„Ja, ja. Aber ich denke, das hat sich auch so ein bisschen durch EX-IN entwickelt. Es muss nicht jeder stark sein und man kann auch mal schwach sein. Und das haben wir, glaube ich, durch die Genesungsbegleiter auch so ein bisschen hineingebracht. (...). Und da merkt das, ach ja, //das ist gut, ne//?“ Z. 123f (003GB, 2018).

„(...) ich habe da vielleicht eine andere Sichtweise als die anderen. (...) ich zögere jetzt, weil wir grade mal vor kurzem so einen Fall hatten. Da ging es um, äh, eine Bezugsbetreuerin. Die hatte unheimlichen Widerstand gegenüber dem Klienten. Und war überhaupt nicht einverstanden, wie der Klient sich, äh, innerhalb seiner Familie verhält, und das hat ihre eigenen Werte (...) ihr Selbstbild, irgendwie völlig gestört. Und, äh, da haben wir versucht ihr zu helfen. Und ich habe sie dann darauf gebracht eigentlich. Ich habe gesagt: ‚Du musst mal überlegen, was das jetzt mit deinem eigenen Selbstbild zu tun hat. Welche Werte eigentlich für dich wichtig sind (...) Und dadurch, wenn du/, wenn du das dir mal deutlich machst, dann kannst du auch Distanz entstehen lassen zum Klienten‘“ Z. 70F. (006GB, 2018).

*Empowerment* gegenüber Service Usern wird durch EX-IN um eine *annehmende Haltung* und *absichtslose Kommunikation* erweitert, dies bietet Raum für Selbstermächtigung:

„(...) Hm, ja, wie gesagt, mal in einer Teambesprechung, wo es drum ging: Wie kann man jetzt mit einem Klienten umgehen? (.) Äh, wie kommt man noch an den ran? (.) Dass ich, glaube ich auch, was in der Richtung gesagt habe. Äh, lasst ihn, äh, mehr so/ so sein. Oder/ oder seht das noch mehr, was/ was seine Not ist. Und/ und lasst ihn mal und auch selber kommen. Dass man auch zu viel tun kann. (...) ‚ich bin da(...) So darfst du im Moment so sein. Ich weiß, dass du dran arbeitest, äh, woanders hinzukommen. Aber ich gebe dir die Gelegenheit, selber das Zepter in die Hand zu nehmen und den, wenn auch im Moment nur ganz kleinen Schritt selber zu machen“ Z.115f (008GB, 2018).

„(...) Oder ob jemand lächelt oder nicht. Und das habe ich halt gemerkt und pro/ probiert, so dass die nicht das Gefühl haben, äh: Ja, jetzt ist da jemand beleidigt, weil/, weil der grade Bock hat, dass man den in Ruhe lässt, und fragt einfach: ‚Magst du mal/ magst du einen Tee?‘ oder irgend so. Das ist so, dass die von/ von selber dann kommen können“ Z. 149f (009GB, 2018).

Der *Zugang zu Service Usern* ist rasch möglich durch absichtslose Kontaktgestaltung und die Wahrnehmung keine Bedrohung zu sein. Im Vergleich zum Kontakt mit Kolleginnen\* und Kollegen wird EX-IN von Service Usern als ebenbürtig wahrgenommen, was eine andere Beziehungsgestaltung jenseits von Abwehr ermöglicht. Dinge können teils anders mitgeteilt werden als bei Kolleginnen\* und Kollegen:

„also ich hatte schon auch den Eindruck, dass viel auch relativ früh auch schon auf, dass die aufgrund meiner Art, wie ich auf Klienten zugegangen bin, dass ich da doch schon schneller Zugang bekommen habe. (...) also das hat mir ein anderer Kollege aus einem anderen psychiatrischen Dienst auch schon mal gesagt: so ‚ich bin jemand der keine Bedrohung für die Klienten darstellt,... also ich ich wirke sehr vorsichtig, sehr empathisch, durch meine Art (...) Das hat sich dann so ergeben, das so im Kontakt sein. Ja...“ Z. 41f (002GB, 2018) (Bauer, 2023, S. 9).

„(...) wir hatten gerade einen Neueinzug vor zwei, drei Monaten. Und bei dieser Bewohnerin, ähm, war die Wirkung unglaublich, wie sie hörte, dass ich auch psychiatrieerfahren bin. Und gerade bei ihr, (.) sie ist manchmal sehr ruppig gegenüber meinen Kolleginnen und (.) zu mir ist sie das nicht. Da merkt man also, (.) ja, wir sind gleich“ Z. 21f (003GB, 2018) (Bauer, 2023, S. 9).

„(...) ich habe, äh, teilweise das Gefühl, dass sie mir/ mir Dinge erzählen oder vielleicht ein bisschen anders erzählen, als vielleicht der Sozialarbeiterin. Kann ich jetzt natürlich nicht verifizieren. Ist ein Gefühl“ Z. 11f (008GB, 2018).

Die *glaubwürdige Vermittlung von Hoffnung* gelingt nicht nur durch die Präsenz selbst als EX-IN, sondern auch durch das Teilen von Erfahrung:

„(...) Zum Beispiel, ähm, dass ich jemanden hatte, die sehr, die sehr unruhig war, und da habe ich dann gesagt das geht wieder weg. Und dann habe sie nach einem Tag ungefähr gesagt: ‚Mensch, Sie hatten recht, ja das geht weg‘“ Z. 123f (004GB, 2018).

- Spezifische Fähigkeiten (Dinge, die nur ein EX-IN kann/ nur durch EX-IN möglich sind)

*Als EX-IN mit eigenem Ansatz und eigener Herangehensweise in der Teamarbeit und im Kontakt mit Service Usern Wirkung haben:*

„... da gibt es zum Beispiel einen Klienten, der schafft es nicht zu sagen um was es bei ihm geht, wo sein Leidensdruck ist, der Innere- dann erzählt er halt irgendetwas anderes- und das nervt halt die, die es betrifft irgendwann ein bisschen und da hab ich halt dann als EX-INler einen anderen Ansatz: ich frag ihn direkt und damit haben wir auch die Rollen gut verteilt, also er er nutzt verschiedene Systeme, dieser eine Klient und ein Teil davon ist meiner und ich hab aber mit der Kollegin eine Absprache, dass ich meine Arbeit mache und sie ihre und wir uns austauschen. Also das klappt ganz gut“ Z. 65f (000GB, 2018).

*Die situative Differenzierung zwischen eigenen Anteilen und den Anteilen von Service Usern wurde durch EX-IN gelernt:*

„Also die Ausbildung selber, äh, da habe ich gedacht/ Ich denke: ‚Okay, na, gehst du mal locker hin.‘ (... ) Aber sich selber, ähm mit sich auseinanderzusetzen und zu spüren und zu merken, was denn ganz viele Anteile da dran hat, dass so ein/, dass ich, ich, ganz persönlich ich, ähm, mich da in ganz vielen Menschen wiederfinde. Hm, dass, äh, ich auf irgendwelche Sachen reagiere, ähm, (.) was diese Menschen die ich begleite, vielleicht gar nicht nachvollziehen können. Weil ich so bin. Das habe ich dort, äh, unwahrscheinlich gelernt. (...) dann dieses, ähm, auch zulassen, abgrenzen, ähm, (.) zu gucken: ‚Was ist mein Anteil, was ist der Anteil des Menschen, den ich begleite? Ähm, wo kann ich noch mal anders drauf gucken (...) was ist meine Geschichte und was ist die Geschichte der Menschen, die ich begleite? Kann ich da Parallelen finden? Finde ich da Parallelen? Muss ich mich da mehr abgrenzen? Kann ich mehr Nähe zulassen? Äh, inwieweit kann ich die Nähe zulassen? (...). Das habe ich NOCH intensiver gespürt und/ und auch gelernt“ Z. 137f (005GB, 2018).

*Die eigenständige Perspektive in das Team einbringen können, damit gehört zu werden ist auch im Kontext von Selbstwirksamkeit von Bedeutung und wird unter der Kategorie Wirkung auf EX-IN selbst spezifiziert.*

- Ent- und Belastungen (Anforderungen, Übernahme von Aufgaben, Erleichterung/ Komplizierung von Vorgängen, psychosoziales Erleben)

*EX-IN wird gezielt vom Team eingesetzt, auch wenn die Kontaktaufnahme sich schwierig gestaltet:*

„... da wird immer mal wieder gesagt: ‚Oh, gut, dass du das gesagt hast.‘ Oder auch dieses Vertrauen von der Klientin/ äh, Bewohnerin, die auch genau weiß, dass ich (.) selber Erfahrene bin, und die dann auch, ähm, mit mir nur spricht, also mit gar keinem anderen mehr spricht. Und (.) wo das Team sagt: ‚Geh du mal hin““ Z. 145f (003GB, 2018).

Die *Pionierleistung* EX-IN zu etablieren beinhaltet die Chance, bewusst eine neue Rolle zu gestalten, und bedeutet damit Freiheitsgrade, aber auch Verantwortung zu haben:

„Aber, ähm, da hilft mir sicher auch die vorangegangene Selbständigkeit. Aber mir ist das jetzt eben noch wichtiger und deshalb, äh, übe ich mich auch ein bisschen drin, zu sagen wo meine Grenzen sind. Und habe das auch von vornherein so gemacht. Weil, die lernen mich ja neu kennen. Das ist immer eine neue Chance, wo meine Rolle schon drin ist, wo man nie was gesagt hat. Das ist natürlich schwieriger dann plötzlich immer (.) zu sagen, was einem aber wichtig ist“ Z. 25f (008GB, 2018).

„Ja. Also das/ das fühlt/ sich gut an. Weil, das ist ja irgendwie was Neues. Ich meine in Bayern, da war das der erste Kurs, wo ich dabei war. (...). Und jetzt habe ich so das Gefühl: Ja, das/ das passt. Das passt eigentlich irgendwie gut zu mir. Weil die mich/ Die geben mir hier die Freiheit, das so zu machen wie ich will“ Z. 272 (009GB, 2018).

- Außenwirkung (damit „angeben können“, als fortschrittlich gelten, Interesse wecken bei (neuen) Zielgruppen, Kooperationspartnerinnen\* und –partnern, ...)

Der Dienst profitiert von EX-IN in der Außenwirkung, aber auch nach Innen auf den Dienst selbst.

„Also so ist/ es kommt gut, wenn man sagen kann, man hat einen Genesungsbegleiter dabei. Es ist/ es kommt nicht bloß gut nach außen, sondern (lachend) es ist auch gut im Innen“ Z. 187f (008GB, 2018).

- Wirkung auf EX-IN selbst (Stabilisierung, Fokussierung, ...)

Mit der Betätigung als EX-IN wird in der eigenen Biografie *Stabilisierung und Entlastung* erlebt, die Faktoren hierfür sind vielfältig:

*Materielle und organisatorische Faktoren* prägen die Effekte für EX-IN, in der Zusammenschau kommt es hier zu einer erwartbaren Überschneidung mit Aspekten der Selbstfürsorge.

„(...) Und es ist natürlich unglaublich erleichternd, so für mich auch mal angestellt zu sein. ... äh und zu wissen, mit was ich Ende des Monats zu rechnen habe, (...) Also dass ich viel stabiler, das ist mir da so bewusst geworden, viel resilienter, ausgeglichener bin als vorher... also für mich ist das eine neue Situation, nicht? Wir haben darüber gesprochen, warum ist das hier fast schon eine traumhafte Situation, wenn ich- weil hier die Situation, die Faktoren und die Rahmenbedingungen, finanzielle Sicherheit, soweit ich davon sprechen kann, die Regelmäßigkeit und so weiter Übereinkommen und mir gleichzeitig immens viel äh äh Motivationsschübe und Höhepunkte und Besonderheiten bescheren. Das ist, was was ich mir tatsächlich hab nicht vorstellen können, vor ein paar Jahren noch“ Z. 107f (001GB, 2018) (Bauer, 2023, S. 8).

Die Erfahrung eigener Kompetenz trägt zur *persönlichen Weiterentwicklung* mit Zugewinn an Gelassenheit und Selbstvertrauen bei und liefert weitere Impulse zur Reflexion der eigenen Betroffenheit.

„ja also ich glaube ich bin, dank der Erfahrung jetzt auch, selber ein bisschen gelassener geworden. ... also also, dass ich mir nicht selber mehr so einen Kopf mache und ähm, ... ja und dadurch auch gemerkt habe, dass ich auch in anderen Bereichen damit arbeiten kann, wie jetzt zum Beispiel in einer somatischen Klinik, ne? Und dass ich mir durchaus zutrauen kann, weil ich das, was ich gelernt habe in den Modulen, das wende ich ja schon auch bei den Klienten an. (...) Das mache ich schon automatisch, so ...“ Z. 158f (002GB, 2018) (Bauer, 2023, S. 8).

„Also hm, fü/ also für mich persönlich hat sich was verändert. Weil, ähm, das ist meins und das kann mir keiner wegnehmen“ Z. 161 (005GB, 2018).

„Und, äh, dadurch habe ich die Möglichkeit, mich permanent weiterzuentwickeln. Und es stabilisiert mich auch ziemlich (...) das, äh, war ja grade in der Anfangsphase sehr, sehr markant bei mir. Also ich habe gedacht: ‚Das kann doch nicht angehen.‘ Also wie klein dann meine eigene Thematik eigentlich wurde. Weil, vorher war/ wir leben in einer/ sagen wir, eigenen Bereich und haben unser Thema und das ist riesengroß, weil es uns beherrscht. Und das wurde dann relativiert (...). Und das hat wiederum zu einer gewissen Stabilisierung geführt“ Z. 154f (006GB, 2018).

Neue *soziale Beziehungen* entstehen, im familiären und privaten Umfeld wird ein anderer Umgang miteinander möglich, geprägt von gegenseitigem Verständnis und der Wertschätzung und mehr Nähe.

„Einmal die Vernetzung. Ich kenne unglaublich viele Menschen. (.) Egal, ob es Ärzte, (.) Erfahrene. Also mein Leben ist sehr, sehr bunt geworden. Und ich habe also unglaublich viele Menschen kennengelernt, mit denen ich kooperiere und so weiter und so fort. Ähm, privat, ähm, habe ich mein Leben ganz neu kennengelernt, mit meiner Mutter und mit meiner Tochter, mit denen ich mich vorher nicht so gut/ (..) nicht/ Was heißt, nicht vertragen? Wir kamen nicht miteinander klar. Und durch die beiden, (.) EX-IN-Kurs, durch mein Umdenken, hat sich das vollkommen verändert.“ 003GB 167 (Bauer, 2023, S. 9)

„Also abgesehen davon, dass ich natürlich über den Kurs noch, äh, weitere gute, ähm, Freunde, Begleiter, äh, gewonnen habe, die natürlich auch über den Klinikaufenthalt/ die natürlich spezieller mit mir umgehen können und wo ich offener sein kann, wie es mir generell geht“ Z. 121f (008GB, 2018).

Der *offene Umgang* mit der eigenen Betroffenheit wirkt entlastend und trägt zur Stabilisierung der EX-IN selbst bei (vgl. 008GB 274), *Vorurteile werden abgebaut*:

„Auch dadurch, durch meine psychische Erkrankung, mein gesamtes Umfeld, meine gesamten Freunde weggefallen sind, habe ich jetzt einen kleinen, aber sehr guten Freundeskreis. Ne? Die m/ mit denen kann ich auch über meine psychischen Erfahrungen sprechen. Ne? Ja, es wissen alle. Und meine Mutter ist mittlerweile stolz auf mich. Ne? Die dann irgendwann mit so einem Zeitungsausschnitt ankam, wo auch ein Interview mit mir war. (...) sie hatte

das von einer Freundin da bekommen, das hat sie immer in der Tasche“ Z. 169f (003GB, 2018).

„Ja, auch diese Vorurteile abzubauen. Das ist auch ganz, ganz wichtig. Ne? Das also ehemals psychisch erkrankte Menschen, ähm, nicht wieder/ (.) im Leben stehen können und auch wieder arbeiten können. Ne? Und das ist mein großes Gut. Ich denke, dadurch bleibe ich auch (..) mehr oder weniger gesund. So ein kleiner Anteil (.) bleibt wohl immer bei einem. Ähm, dass ich damit (.) arbeiten kann. Dass jeder weiß, dass ich diese Erkrankung habe und (...) Das wir auch mal einen Witz darüber machen können und einfach, dass ich (.) so arbeiten kann. Und das (.) ist einfach (.) ein ganz großes Gut. Und das sollte JEDER Mensch können, egal wo er arbeitet. Da wäre dann vielen mit geholfen, die das nicht verstecken müssen, ja. Also in meiner beruflichen Reha (.) hatte ich Bewerbungstraining und dort wurde dann versucht, diese Auszeit von den Jahren (.) durch irgendwas zu verschleiern (..) aber nicht (.) es reinzuschreiben: (.) Psychische Erkrankung, Aufbau in der Klinik“ Z. 1072ff (003GB, 2018) (vgl. (Bauer, 2023, S. 14).

Das Erleben von *Selbstwirksamkeit*, wie auch unter Erfolg angeführt, sowie das Empfinden einer *sinnstiftenden Tätigkeit* nachzugehen stärken den Effekt der individuellen Stabilisierung:

„Naja, auf jeden Fall die Erfolgsergebnisse, dass ich mich sehr gut fühle dann und denke, dass die Arbeit, die ich tue irgendeinen Zweck hat“ Z. 129 (004GB, 2018).

„(...) weil ich ja auch mal in der Krise war, auf jeden Fall um Selbstwirksamkeit, um/ um/ um Teilhabe. Und das heißt, wenn ich mich gut/ Teil vom Team fühle und meine/ meine Stimme, meine Pers/ Perspektive gefragt ist, äh, fühlt sich das natürlich auch in dem Bereich sehr erfolgreich an (...), wenn meine Empathie und mein, äh, (.) wie ich denke, sehr gutes Gefühl dafür, was jetzt angesagt ist oder nicht. Ähm, auch im/ im Team, äh, wenn einfach meine Person, so wie ich bin, od/ das habe ich ja nicht irgendwo studiert. Wenn/ wenn das zum Tragen kommt, das finde ich eigentlich am Wertvollsten...“ Z. 109f (008GB, 2018).

„Jetzt in der Arbeit, ähm, (4) ja, einfach durch die Tatsache, dass das jetzt als/, dass das so arbeiten und so sein dürfen als Arbeit wertgeschätzt wird. Dass es dadurch/ dafür jetzt eine Stelle gibt, dass das da eingefordert wird“ Z.121f (008GB, 2018).

„Also ich merke schon, dass die zuhören, wenn ich was sage. Wenn da die Supervision ist. Ich habe zum Beispiel oft Schwierigkeiten gehabt früher, ähm, von Leuten was zu/ zu sagen“ Z. 268 (009GB, 2018).

Die *Qualität* der eigenen Arbeit mit begleiteten Menschen wird aufgewertet:

„(...) Und das war mir ganz wichtig, um auch, äh, sage ich mal, mit den Menschen vielleicht doch noch anders und besser zu arbeiten“ Z. 161 (005GB, 2018).

### 2.2.5.2 TK zu Wirkung von EX-IN in ihren Diensten

- Reflexion zu Haltungen und Einstellungen, Präzisierung von Aufträgen, Empathie, Zuordnung von Themen, Perspektive EX-IN

Mit der Zusammenarbeit entsteht *mehr Wertschätzung individueller Lebensgeschichten*, diese werden professionell eingesetzt, die *Erweiterung um die Perspektive* ist bereichernd, EX-IN ist Ideengeber bzw. bringt eine eigene Art von Ideen ein:

„(...) was so Kernelement ist, ist dass die Sichtweise der Wertschätzung, ähm, der der Lebensgeschichte von Betroffenen- das ist das was wir in der Beratung sowieso schon versuchen, (...) dass wir das auf der professionellen Ebene noch mal nutzen können..., so das erlebe ich als sehr bereichernd und (...) als zusätzlichen Blickwinkel, den, den unser GB auch gut vermitteln kann“ Z. 3f (000TK, 2018).

„(...) EX-IN Kollegen für mich, machen das Team erst rund oder perfekt. Also so erlebe ich das. Wir haben ja/ in dem Team, ich dem ich jetzt hier arbeite, sind 4 Genesungsbegleiter beschäftigt, in verschiedensten Funktionen. Und die sind auch bei uns mit in der Teamsitzung und, ja, ich sage mal, es ist das erfahrene Wissen, was einfach mit dazukommt und uns als Team unterstützt. Ja? Also sei es in Teamgesprächen, sei es in, ähm, Supervision oder, äh, ja, in Fallsupervision. Und, ja, das ist auf jeden Fall eine sehr große Unterstützung für uns. Weil es uns/, weil es einfach nochmal eine andere SICHTWEISE für uns (...)“ Z. 5f (003TK, 2018).

„(...) ich finde halt diese Sichtweise war vielleicht noch nicht so da. Ja? Und nicht so verstärkt, wie sie jetzt da ist. Und dass der Genesungsbegleiter ein wichtiger Aspekt ist oder ein wichtiger Ideengeber nochmals, ja, nochmal anders hinzuschauen“ z. 49f (003TK, 2018).

EX-IN zu beschäftigen stärkt mit der Perspektiverweiterung um *eigenständige Impulse die Reflexion* professionellen Handelns im Team. Bei langjähriger Berufserfahrung und in der Erweiterung der Perspektivenvielfalt im Team wird eine neue Reflexionsfläche eröffnet und die innere Überprüfung der *Gestaltung von Angeboten* an Service User im Spannungsfeld von Mitgefühl und Kontrolle angeregt:

„(...) Fr. X. kommt mit ihrer Perspektive/ sie ist auch wertvoll, wirklich, diese Perspektive. Und sie arbeitet mit uns zusammen an diesen Zielen. Sie meldet uns auch zurück, wie sie diese Ziele findet. Das heißt jetzt auch nicht, dass das jetzt, hm, unbedingt jetzt übermorgen verändert wird. Aber, das ist immer so Anstoß zum Nachdenken. (.) Und (.) das ist immer willkommen im Team, wenn jemand was Neues einbringt“ Z. 67f (008TK, 2018).

„Ja und äh dran bleiben am Bauchgefühl und dran bleiben an seiner Sichtweise und was man so nach außen zeigt, wie man sich gibt und... dass man das auch immer mal wieder hinterfragen darf. Und das... kann man im Kollegenkreis durchaus, (...) Aber uns hier tut gerade der Genesungsbegleiter gut. Punkt“ Z. 152f (001TK, 2018).

„(...) Wo wir unterschiedliche Sichtweisen manchmal hatten, ist er manchmal eben sogenannten schonen des Klienten. Was, äh, was er als ähm/ Was wir als personenzentriert und individuell manchmal betrachtet haben, hat er als zu sanft, ähm, gesehen. Zu viel in die, äh, in das Pudern, zu viel in das Schützen. Mag sein. Das ist durchaus möglich. Äh, er hat ja einen anderen Blick darauf. (...), und die haben schon Einfluss natürlich auch auf unsere Arbeit genommen. Und jedes Mal, wenn ich dann, ähm, einen Gedanken hatte, habe ich

schon darüber nachgedacht, ähm, gehe ich jetzt in die Fürsorge oder gehe ich eher in die Motivation?“ Z.879f(007TK, 2018).

*Hierarchisierende Perspektiven von ‚gesund‘ und ‚krank‘ werden aufgebrochen, die Gewichtung verschiebt sich in Stresssituationen hin zu Empathie gegenüber Service Usern.*

„... also ich finde grundsätzlich diese Veränderung von von Profi und Nutzer und wir sind die Gesunden hier oben und ihr seid die Kranken da unten, dass sich das mit Genesungsbegleiter-Kollegen aufbrechen lässt (...). Das hat sich verändert“ Z. 148f(001TK, 2018).

„(...) also wenn ich mich zum Beispiel mal wieder über einen Klienten aufgeregt habe, weil er zum hundertsten Mal irgendwelche Sachen nicht erledigt hat oder so, und sie hat da für mich noch mal so ein Stück weit die Sichtweise auch verändert, so, so, da sagt sie immer so: ‚Der ist ja krank.‘ So, was ich natürlich auch wissen muss, klar ich weiß es auch, aber, wenn man sich aufregt, ne?... ähm, ja, Fr. X hat einfach noch mal mehr Verständnis, sage ich mal und hat mich dann teilweise auch so ein Stückchen ... in die richtige Bahn gebracht (lacht), wenn ich gerade wütend war“ z. 7f(003TK, 2018).

**Die annehmende Herangehensweise von EX-IN entlastet Kolleginnen\* und Kollegen:**

„(...) weil ich da auch wieder von ihrer Ruhe profitiert habe, das habe ich immer wieder gemerkt, weil ich habe dann auch mit anderen Kollegen gesprochen: dann waren wir direkt wieder in einer fachlichen Diskussion oder so (lacht) da hieß es immer: ‚Ja, (Name), ich kann dich verstehen, aber das musst du dann lieber so und so machen‘, oder so. Und Fr. X hat mich erst einmal angenommen, hat mich runtergekocht und hat mir erstmal einfach zugehört. Hat mir dann aber ihre Sichtweise, ihre empathische Sichtweise aus Sicht des Klienten zu schildern, so, ne?“ Z. 43f(002TK, 2018).

**Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit EX-IN als Lernfeld für Fachkräfte:**

„(...) ich möchte die Erfahrungen, die ich zusammen mit Fr. X. gesammelt habe nicht missen und ich glaube auch, dass ich als Fachkraft ganz viel von Fr. X. gelernt und profitiert habe. Eben noch mal durch die andere Sichtweise und ich habe sie eigentlich immer so ein Stück weit als Bindeglied gesehen – im positiven Sinne jetzt, nicht abwertend, ne? Absolut nicht (...)“ Z. 115f. (002TK, 2018).

**Abbau von Vorbehalten und Vorurteilen durch die Zusammenarbeit:**

„Ja, ich habe das ja am Anfang schon mal so ein bisschen auch/ Ich glaube, man schaut jetzt anders hin (...), das ist ja so, wenn die Kollegen im Team sitzen, die sind/ sie sind Kollegen, (...) ich dachte ja auch nicht, da sitzen jetzt, äh, in dem Team drei, äh, Heilpädagogen und zwei Sozialarbeiter und vier Ergotherapeuten und noch ein Genesungsbegleiter. Sondern das sind KOLLEGEN und auf deren Meinung sehr viel Wert gelegt wird. Und es ist so eins“ Z. 45f(003TK, 2018).

**Durch die EX-IN-Perspektive entsteht eine andere Art der Begegnung mit den Service Usern, es wird möglich eigene Übergriffigkeit des Fachpersonals zu erkennen:**

„(...) Es war auf jeden Fall spannend, weil (...) diese Begegnung einfach eine andere Art der Begegnung mit den Menschen, mit ihren Handicaps, äh, war für mich spannend und auch richtig. Weil/ (.) Aus dem einfachen Grund, wir Profis manchmal auch gut übergriffig sind. (...) Und ich glaube dieses Nachfühlen für den EX-INler vielleicht anders, ist nicht besser, nicht schlechter, aber anders. Und vielleicht näher an dem Betroffenen. (...) Und wo ich sage: Okay, da hat jetzt ein Stück unserer Arbeit, äh, kann wer anders ersetzen der einfach bessere Kompetenzen in dem Sinne hat“ Z. 53f (007TK, 2018).

- Wirkung auf die Kommunikation im Team

Mit der Etablierung von EX-IN im Dienst wird zunächst mehr Kommunikation erforderlich, um gemeinsame Vorgehensweisen zu finden, zugleich verändert sich die Art der Kommunikation hin zu einem *offeneren Umgang miteinander*:

„das merke ich daran, dass der Umgang im Team mit dem Thema offener ist, es wird auch über Ängste gesprochen oder Befürchtungen oder so ein bisschen ahh, Phantasie, wo man so haben kann und dann kann man da drüber reden und klären: ‚Ok, das habe ich jetzt übertrieben gesehen‘ oder ‚Wenn das dann so und so geregelt wird, habe ich dann kein Problem mehr‘, so es erfordert einfach ein ausführliches kommunizieren... in vielerlei Hinsicht, also, in vielerlei Richtungen ...“ Z. 19f (001TK, 2018).

Die *Sensibilisierung für den Sprachgebrauch* des Fachpersonals (vgl. auch 000TK 5) erzeugt mehr Achtsamkeit bei der Wortwahl und intensiviert auch hier die Reflexion derselben bezüglich der Kommunikation, aber auch hinsichtlich der Formulierungen in der Hilfeplanung.

„ (...) es ist ein Stück weit, würde ich sagen, vorsichtiger im Umgang und im Sprachgebrauch. (...), dass man etwas respektvoller formuliert in Bezug auf die Patienten. (.) So ein Gefühl, da sitzt jemand dabei, der das aus dieser Perspektive hört“ Z. 9f (009TK, 2018) (Bauer, 2023, S. 13).

„(...) Wie übertragen wir diese Psychohygiene? Weil, ähm, wir hatten wirklich so eine Situation, wo Fr. X. auch, äh, und rückgemeldet hat: Ich fühle mich jetzt in/ bei dieser Aussage zum Beispiel persönlich betroffen. Und da hatten wir danach wirklich eine Supervision. (...). Wo jeder dann wirklich erzählt hat: ‚Von woher kommt das?‘, ‚(...) wie machen wir das zusammen?‘, ‚Wie soll dann jeder Raum für sich auch haben, um sich mitteilen zu können?‘, ‚Und wie rede ich meine Haltung dem Klienten gegenüber?‘ Genau. (.) Das war für uns, dass wir vorher klar, weil es Klienten angeht, (...) hinterfragen wir auch immer wieder unsere Haltungen. Wie gehe ich jetzt in diese Situation? Oder wie und was? Und durch Fr. X. kann das wirklich so, ähm, auch wenn ich von mir rede und sage: ich bin jetzt dann genervt von, äh, wie kommt das dann rüber? Und das war im Team so dieser, sage ich immer so, diese goldene Mitte zu finden, dass jeder sich mitteilen kann“ Z. 130 (008TK, 2018).

„Genau. Wir haben dann auch gesagt: Klar seid ihr/ sei Idee, dass die Klienten auch mal ins Team kommen, wenn zum Beispiel neue Hilfeplanung vorgestellt wird. (...) Wir melden unserem Klienten auch immer wieder: Wir reden nicht über Sie. Wir reden miteinander, wie wir Sie weiterbringen können. Aber immer wieder, wie gesagt, da schleichen sich schon ein paar Sätze rein, wo dann, äh, derjenige der dann neu ins Team kommt, mit neuer Perspektive,

dann sagt: Ähm, lasst uns dann wirklich zusammen schauen, wie wir das besser jetzt machen können“ Z. 47f (008TK, 2018).

- Wirkung von EX-IN auf Klientel

EX-IN ermöglicht einen anderen, *eigenen Zugang* zu Service Usern, wie auch zu Angehörigen und *beschleunigt den Vorgang* des Beziehungsaufbaus (vgl. auch 004TK) 34. Das absichtslose, wohlwollende Herantreten an Service Usern entlastet diese:

„(...) ohne dass ich dazu jetzt statistische Daten liefern könnte, aber meinem Gefühl, meiner Einschätzung nach ändert sich das schon, ja. ... man kommt an andere Menschen heran, man kann ähm, noch mal eine andere Art von Ansprache nutzen, - die meisten die zu uns kommen haben schon so viele Sozialarbeiterkontakte gehabt, das ist einfach noch mal anders. Ja und wir kommen dadurch auch früher ins Gespräch (...) Also würde ich tendenziell sagen ja, auch mit Angehörigen haben wir das“ Z. 142f (001TK, 2018).

„(...) es wird selten die Situation geben, dass ein Patient, der vielleicht erst erkrankt ist, in die Klinik kommt und dann kommt da eine Genesungsbegleiterin und sagt/ und erklärt erstmal was sie hier macht und so. Ich glaube, äh, da/ wenn der Patient vorher nicht compliant war, was die Behandlung anbelangt, dann wird jetzt nicht, ähm, SOFORT, weil jetzt eine Genesungsbegleiterin vor ihm steht und die Erfahrung hat, wird jetzt nicht sofort sagen okay, Schalter umgelegt, bin jetzt compliant und das klappt alles super und ich mach jetzt bloß das nicht. Ich glaube, das ist einfach ein Prozess“ Z. 34f (004TK, 2018).

„(...) das hat so was, wenn es gut ist, so was wirklich alltäglich Entspanntes von Mensch zu Mensch, ohne professionelle Absicht und (...) ohne therapeutischen Blick sozusagen. Sondern wirklich sehr, (.) sehr direkt im Kontakt und in der Ansprache. Und das merkt ein Mensch in Psychosen sehr genau. Also die merke sehr genau, ob jetzt jemand irgendwie besonders komprimiert formuliert. (...) es war einfach (...) -ohne Absicht und wohlwollend“ Z. 25f (009TK, 2018).

EX-IN fungieren als *Brückenbauer zwischen Fachpersonal und Service Usern* oder auch zwischen Bezugssystemen des Hilfeangebots. Die *Glaubwürdigkeit* der Dienste erfährt Aufwertung, Informationen von EX-IN werden anders angenommen:

„Er kannte das alte System. Er ist auch schon über/ über 55. Das heißt er kennt noch/ er hat nochmal Psychiatrieerfahrung zu DDR-Zeiten. (...) Also er hat nochmal einen anderen Blick, äh, auf die ganze Geschichte und, er kann glaube ich auch anders sensibilisieren. Also es ist schon vorteilhaft gewesen, (...) das Neue schon für sich, äh, erkannt hat. Ja“ Z. 25f (007TK, 2018).

„Ja. Und es hat nochmal einen anderen Stellenwert, wenn es eventuell der Selbstbetroffenen, ja, oder der Genesungsbegleiter transportiert“ Z. 68 (003TK, 2018).

Für Service User entsteht ein Mehrwert durch das *mehr an Zeit*, die EX-IN aufwenden kann:

„(...) für die Klienten ist es auf jeden Fall ein Mehrwert. (...) an dem Gesprächsangebot (...) Wirklich Zeit zu haben für ein intensives Gespräch. Ähm, (...) ja, und, so bei dem einen oder anderen (...), hat man das wirklich gemerkt, dass der da einfach entlasteter rausgegangen ist. Und auch, äh, (...) für sich mehr ge/ gucken konnte, sein Leben strukturieren konnte, wieder ein bisschen sich geordnet hat“ Z. 180f (006TK, 2018).

EX-IN sind neu im System und damit auch für Service User, dies stellt auch eine *neue Herausforderung* dar, die erlernten Kommunikationsmuster mit dem Fachpersonal funktionieren hier nicht:

„Das ist sehr spannend, weil, die hatten eventuell schon 15 Ergotherapeuten, 20 Sozialpädagogen und mehrere Psychologen, aber die hatten noch nie Genesungsbegleiter. (...), oft wissen die Leute ja genau schon, was sie sagen sollen und müssen, ne und so. Das ist ein bisschen schade. Und das hat man bei einem Genesungsbegleiter da noch nicht. (...) Sondern einfach mal eine neue Herausforderung. Ja, es ist ein Erfahrener, der mir etwas erzählen will“ Z. 151 (003TK, 2018).

- spezifische Fähigkeiten/ Potentiale

Als spezifische Fähigkeiten und Potentiale sind, neben dem bereits Erwähnten, die Zuschreibungen der Repräsentanz von Hoffnung auf gelingende (Genesungs-)Prozesse, auch für die Kolleginnen\* und Kollegen, der Rollen als „*Bindglieder*“ (vgl. 002TK 115) oder „*Brückenbauer*“ (vgl. 002 TK 113, 009TK 5) festzuhalten

„... ja genau- oder wenn es dann gut ist, dann kommen die nicht mehr- ja (...), das ist, ist die Ausnahme, dass dann jemand kommt, der sagt ‚mir geht’s wieder gut‘ und das ist dann das wofür für mich dann auch unser GB steht, und auch für die Kollegen steht: Es gibt diesen Prozess und der führt dann auch zu einem guten Weiteren, (...) also ganz konkret ist das natürlich so, dass wir das nutzen können, bei Fall-Besprechungen auch, (...), und dass ich in der Klientenarbeit und in der Angehörigenarbeit halt eben auch noch mal drauf verweisen kann, wenn ich merke, es funktioniert bei mir oder beim Berater nicht so gut oder der Betroffene (seufzt) sieht es als Barriere mit uns zu sprechen, dass ich dann einfach noch mal anbieten kann, dass wir da den GB haben, der dann eben aus eigener Erfahrung Experte ist“ Z.9f (000TK, 2018).

„(...) einen Schlüsselmoment habe ich jetzt nicht unbedingt vor Augen, aber, wenn ich über die Frage nachdenke, dann kommt mir genau das in Sinn, was ich bei mir persönlich schon immer gemerkt habe, also Fr. X hat es immer wieder geschafft auch diese empathische Sicht ins Team quasi mit reinzubringen. Wir haben fachlich diskutiert und Fr. X. ist gefühlsmäßig immer mit den Klienten mitgeschwungen, hat sich in die hineinversetzt und hat damit praktisch ihre Meinung mit dazugesagt, aber mehr so aus der Sicht des Klienten, wie der sich wohl fühlt...“ Z. 31f (002TK, 2018).

Die *Kompetenz in der Vermittlung* von Inhalten durch EX-IN wird als hoch erlebt, das Angebot erfährt eine qualitative Aufwertung und im Vergleich zu anderen Peers als weiterentwickelt:

„(...) da war das gleich von der ersten Fallbesprechung an, also dass ähm, dass das einfach den Horizont weitet, das war also gleich- also vor allem ist das auch von den Kolleg:innen wahrgenommen worden also im Team: (...) Und ein anderer Aspekt ist, so eine andere Situation ist, dass wir Öffentlichkeitsarbeit gemacht haben und die örtliche AOK ins Kino eingeladen hat und da dann ein Film lief und wir dann da als Experten gefragt waren und ich dann eben auch den Herrn A. mit „angeboten“ habe und wie er dann so aus seiner Sicht berichtet hat, ähm, wie es ihm ergangen ist, das hat- das ist halt eine Qualität, die ich nicht herstellen kann und die er auch mit, mit seinem biografischem Hintergrund und mit der EX-IN-Ausbildung auch einfach gut- viel besser vermitteln konnte, ne (...)“ Z. 19f (000TK, 2018).

„also, seit ich dieses EX-IN-Konzept kenne, bin ich von- sehr davon überzeugt, dass das gut ist, ... dass so ein gemischtes Team für die Nutzer viele Vorteile hat. (...) Also außer dem Herrn A. haben wir da ja auch noch eine Honorarkraft, (...), die auch als Co-Trainerin fungiert, ja, sie (...) ist auch Genesungsbegleiterin und das ist eine Kooperation, eine Zusammenarbeit, die habe ich in dieser Qualität noch nie erlebt, also die Frau ist wirklich gut... wir machen da auch so einen Kurs in Anlehnung an die Basismodule EX-IN, (...) und jemand der keine psychische Erkrankung und Erfahrung hat- und den Hintergrund hat sie auch noch dazu- also von daher, ich würde alles dafür tun, dass ähm wir solche Mitarbeiter/Genesungsbegleiter weiter haben“ Z. 111f (000TK, 2018) (Bauer, 2023, S. 12).

„Genau, das ist das, was EX-IN ja ausmacht. Ja? Dass es eine Weiterbildungsmaßnahme gibt, dass die Menschen qualifiziert werden für diese Arbeit mit anderen Menschen. Also im Vorfeld ging es da wirklich um, ja, Peer, die eigenen Fähigkeiten auch so, die eigenen Möglichkeiten einzusetzen, um seine Genesung weiter voranzuschreiben. Ja. So, das differenziert sich natürlich jetzt durch diese Genesungsbegleiter Weiterbildung, äh, ein Stück weit mehr aus. Also da kommen viel mehr, ne, Fähigkeiten dazu. Ne? Auch, ich denke mal, methodisch, didaktisch, wie auch ein Hintergrundwissen, ja, was Erkrankungen angeht. Der Umgang mit der eigenen Erkrankung. Wie setze ich das Ganze ein? Und das ist natürlich jetzt schon mal ganz was anderes. Ne? Ja?“ Z. 90f (003TK, 2018).

Ein umgekehrter Beleg für die *spezifische Sichtweise* entsteht durch die Erkenntnis bei Ausfall des EX-IN dessen Leistungen inhaltlich nicht übernehmen zu können:

„(...) wir haben ja nicht seine Sichtweise. Deswegen ist er ja da. Das heißt, er fehlt dann definitiv in einem Prozess und deswegen war die Überlegung, ob es nicht vielleicht sinnvoll wäre nicht nur einen Ex Inner-Begleiter zu haben, sondern vielleicht zwei oder drei. Je nachdem was finanziell möglich ist, um genau solche Zeiten gut auszutarieren. (...)“ Z. 101f (007TK, 2018).

- Ent- und Belastungen (Anforderungen, Übernahme von Aufgaben, Erleichterung/ Komplizierung von Vorgängen, psychosoziales Erleben)

Über die Wirkungen auf das Kollegium und die Service User hinaus werden als entlastend erlebte Leistungen durch EX-IN im Dienst hervorgehoben. *Von EX-IN kann Fachpersonal vom Umgang mit individuell eigenen Ressourcen und Selbstfürsorge profitieren* (vgl. auch 003TK 94):

„ja, also ich arbeite gern mit meiner EX-IN-Kollegin zusammen, weil ich gemerkt habe, dass gerade so im ... schroffen Arbeitsalltag- sag ich mal und... dass sie nach wie vor sehr ruhig ist und sehr empathisch auf die Klienten zugeht (...)" Z. 5f (002TK, 2018).

„und, ähm, (.) er betont auch immer wieder mal, wie gut ihm selber die Atmosphäre hier tut. (..) Und das verlieren wir manchmal in bestimmten Situationen, wo wir auch im Team, oder mit bestimmten Situationen Stress haben, eher aus dem Blick“ Z. 29f (009TK, 2018)(vgl. (Bauer, 2023, S. 10).

Entlastung des Kollegiums durch die *Übernahme von Aufgaben* durch EX-IN insbesondere bei zeitlicher Beschränkungen im Arbeitsalltag:

„Also wir haben halt unsere Zeitkapazitäten, durchschnittlich pro Klient. Und das ist dann manchmal, wenn VIELE eigentlich mehr bräuchten, dann, ja, kommen wir auch an unsere Grenzen und dann ist es wirklich eine Hilfe und Entlastung, dass man da noch mal ganz in Ruhe noch mal auf ein Thema, ähm, (.) ja, eingehen kann“ Z. 25f (006TK, 2018).

Rückmeldungen aus dem Kontakt zu Service Usern sind hilfreich, auch beim Thema Medikation:

„...wenn jetzt zum Beispiel die Rückmeldung kommen würde äh, dass Patientin x bei einem Spaziergang total sediert war und zu viel Medikamente bekommt, dann würde ich das auch von Fr. X. natürlich gerne aufnehmen und MÖCHTE solche Informationen ja. Aber das war bis jetzt kein Thema“ Z. 68f (004TK, 2018).

Zur Darstellung belastender Aspekte in der Zusammenarbeit, aber auch in Bezug auf die Etablierung von EX-IN im Team ist auf die im Kapitel zu „Herausforderungen“ benannten Themen verwiesen, hier werden lediglich jene Punkte benannt, die sich unmittelbar auf die Zusammenarbeit auswirken:

Herausforderungen werden, mit teils temporärem Mehraufwand in der Etablierung, zur Konkretisierung von Aufträgen und zur Abstimmung des Vorgehens oder der anderen Art von Aufgabenteilung benannt. *Die neue Rolle im Team stellt Anforderungen zum Umgang*, von Fachjargon geprägte Sprechgewohnheiten aber auch Hintergrundwissen können nicht vorausgesetzt werden. Die *fehlende Anerkennung* im System wird als kränkend wahrgenommen und erfordert hinsichtlich der tatsächlich erbrachten Leistungen Differenzierung. (vgl. auch 005TK 47)

„(...) er hat einen ganz anderen, lockeren Umgang mit Klienten, weil er ja selber auch laut kommuniziert: ‚Ich bin Betroffener, ich habe selbst auch Erfahrung‘, das ähm ... verändert oft so ein bisschen die Beziehung zu den Klienten, (...) ich hab hab den Eindruck, Klienten fühlen sich besser verstanden, andererseits ähm hat er eine andere Ausbildung, eine andere Art von Ausbildung und ihm fehlt dann manchmal so ein bisschen Fachjargon oder so Basiswissen, was man halt so an der Uni erwirbt, ne?“ Z. 7f (000TK, 2018).

Der *Bedarf an Reflexion und Austausch* von EX-IN bei organisierten Teamterminen verlangt den Kolleginnen\* und Kollegen Verständnis und Geduld ab.

„(...) am Anfang dachte ich dann so ein bisschen: Hm, also er hatte auch noch einen großen so Rede- und Reflexionsbedarf, auch in der Dienstbesprechung oder in der Supervision. (...) das war so mein er/ meine erste Verwunderung. Und, ähm, ja, aber das hat/ also kann ich im Nachhinein auch verstehen oder ist dann auch okay. Na ich glaube/ Äh, das fand ich dann aber/ also fand ich halt in dem Moment auch nur als, entlastend, sondern vielleicht auch als eine zusätzliche BElastung. Weil ich gemerkt habe, da ist wie so ein neuer Kollege, der auch/ der erstmal seine Rolle finden muss. Der er irgendwie erst mal, ja sich hier orientieren, zu-rechtfinden muss. ‚Was ist jetzt hier mein Rahmen?‘ ‚Wie sehr gehöre ich zum (.) Team?‘“ Z. 43f (006TK, 2018).

- Außenwirkung (damit angeben können, als fortschrittlich gelten, Interesse wecken bei (neuen) Zielgruppen, Kooperationspartnern,...)

*Die Beschäftigung von EX-IN wird von betroffenen Menschen positiv wahrgenommen, sie führt zum Zugang zu anderen Betroffenen und auch Angehörigen, die die Angebote des Dienstes sonst nicht angenommen hätten (vgl. a. 000GB 7):*

„Es waren, glaube ich, auch manchmal so ein, zwei Leute dazwischen, die gar nicht jetzt Besucher waren hier in der Begegnungsstätte oder/ ja. Ähm, aber zum großen Teil, soweit ich das mitbekomme, sind das auch, ähm/ auch Klienten von hier“ Z. 188f (006TK, 2018).

„(...) Ja. Wir hatten früher auch- und das hat der Herr A. vorangetrieben: Presse-Arbeit und Öffentlichkeitsarbeit- also so mit Themenabend und da merkt man dann schon, das ist dann schon, also gerade Genesungsbegleitung ist dann schon mal ein Thema, das jemanden interessiert, der sonst nicht hergekommen wäre“ Z. 144f (001TK, 2018).

EX-IN findet *Beachtung in der Öffentlichkeit* (vgl. 000TK 19) und bei anderen Diensten, beim Kostenträger werden Überlegungen zur Refinanzierung von EX-IN angeregt.

„(...) Das ist eigentlich der größte Effekt, dass im Kreis –also bei der Kreisbehörde inzwischen schon nachgedacht wird, können wir vielleicht irgendwie eine Viertel-Stelle mitfinanzieren, oder so“ Z. 138f (001TK, 2018).

- Entwicklung des Dienstes/ Implikationen

Durch die Beschäftigung von EX-IN wird ein breiteres und auch *niedrigschwelligeres Angebot* der Dienststelle möglich:

„wenn ich merke, es funktioniert bei mir oder beim Berater nicht so gut oder der Betroffenen (seufzt) sieht es als Barriere mit uns zu sprechen, dass ich dann einfach noch mal anbieten kann, dass wir da den GB haben, der dann eben aus eigener Erfahrung Experte ist (...) wir versuchen ja sowieso niedrigschwellig zu sein und so sind wir eben noch ein bisschen niedrigschwelliger“ Z. 9f (000TK, 2018).

„(...), dass wir ein/ ein größeres Angebot starten können. Aus unterschiedlichen Perspektiven. (...) Also eine Vielfalt auch zu haben“ Z. 247 (007TK, 2018).

- Wirkung auf EX-IN selbst (Stabilisierung, Fokussierung, ...)

Der Zugriff auf *persönlichen Entwicklungspotentiale* durch das Tätig Sein als EX-IN, aber auch durch den Weg zur EX-IN sind erheblich und wirken sich neben psychischer Stabilisierung auf das persönliche soziale Umfeld und existenzsichernde beruflichen Betätigung auch als Sprungbrett für weitere Stellen aus. Die einprägsame Schilderung wird in zwei Fällen in ihrer Ausführlichkeit zugemutet, um ihrer Bedeutsamkeit Rechnung zu tragen:

„(...) eine ehemalige Klientin von uns, die halt als Praxisklientin hier angefangen hat. (...) Und ich hatte damals ihr Erstgespräch, auch in diesem Raum mit ihr. Und da saß so ein/ so ein/ man kann es nicht anders sagen, so ein Häufchen Elend vor einem. Und es war unheimlich schwer, so ein Gespräch zu führen, weil, man musste ihr alles aus der Nase ziehen und sie war sehr zurückhaltend, sehr introvertiert. Aber sie hat dann als Praxisklientin bei uns angefangen und wollte gern im handwerklichen Bereich was machen. Das hat sie auch gemacht. Aber das war wirklich am Anfang so, dass man sie auf dem Hofgelände abholen musste. Sie ist nicht alleine auf den Hof gekommen, man sie VOR der/ an der Tür hat immer ein Therapeut sie abgeholt, auf den Hof geführt. Ähm, in den Pausen hat sie sich meistens in so eine klei/ in so eine Ecke verkrochen und hat ihren Apfel gegessen. War nicht in der Gemeinschaft, nicht im Bistro, nicht im Café. Also es war nicht möglich. Und, ähm, ja, man/ man kann jetzt nur diese/ diese Quantensprünge jetzt vollziehen. Jetzt ist sie seit drei Jahren meine Kollegin (.) und, ähm (.) sie ist Genesungsbegleiterin, aber sie ist auch Musiktherapeutin und Heilpädagogin. Ja? Und jetzt ist sie auch so bei uns angestellt. Das ist ein Quantensprung. Da hat es in der/ ich habe immer gesagt: Ich (.) sehe dich in Ex-In Ausbildung. Wenn wir uns gemeinsam vorstellen, dann sagt sie immer: ‚Ich weiß nicht, was der von mir wollte damals. Und wieso sieht der in mir irgendwelche Sachen, die ich nicht mal ansatzweise sehe? Und der ist verrückt, ja, der spinnt ja rum.‘ Aber sie ist dann in diese Weiterbildungsmaßnahme gegangen und im dritten Modul hat es dann klick gemacht. Ja? Und die wurde von einem (.) introvertierten Menschen zum extrovertierten, die hat mitgeredet, die hat ihre Meinung vertreten. Und das ist mittlerweile/ es ist eine unglaublich sehr geschätzte Kollegin. Die war jetzt aber auch mit der Philosophie unserer Chefin ein Stück weit jetzt entlassen, (.) aus unserem Setting. Ja? Und, ähm, wir versuchen gerade auch so einen Job zu/ für sie zu/ für den Außenbereich. Weil, wir wo/ wollen auch so als Sprungbrett dienen. Ja? Also Sprungbrett für Ex-Inler bei uns. Aber/ äh, aber bei ihr ist es so, sie muss eigentlich das Ex-In, dass muss sie in der Westentasche haben, ja, aber sie ist eigentlich Musiktherapeutin und Heilpädagogin. So muss sie auch dann eingestellt werden. Ja? Aber das ist Wahnsinn, was sich da/ und das ist/ das/ bei ihr war es genau dieser Weg, hier anzufangen, über diese Praxis. Aber, (.) Menschen zu haben, die hinter ihr stehen, die ihr vertrauen, dass sie das hinkriegt. Und dann halt wirklich in diesen Weg der Genesungsbegleitung einschlägt. Und, ja, es ist toll, was man da sieht, was man bewegen kann und was ich halt tun kann. Menschen, die sonst, ähm, abgeschrieben waren“ Z. 37ff (003TK, 2018).

„Ja, genau, richtig. Und ein weiteres Schlüsselerlebnis ist wirklich ein/ einer meiner Kollegen (...) der ist jetzt mittlerweile fünf Jahre bei uns, er kam aus einem betreuten Wohnen/

äh, unseren ambulant betreuten Wohnen und hat dann bei uns Fahrtätigkeiten übernommen und ist als Mitarbeiter gelaufen. Und es war so, dass er immer wieder auch diesen Traum hatte so, ich will irgendwann Genesungsbegleiter werden, das will ich machen. Aber wir haben ihm immer gesagt: Ja, entscheide du das, wann du das für dich für richtig hältst. Und er war dann schon Mitarbeiter hier und irgendwann, äh, hat er die Entscheidung gefällt: Ja, jetzt habe ich das Gefühl, ich bin so weit. Und dann hat er uns auch gefragt: Wie seht ihr das? Und das war dann so, ja, der Punkt: Ja, genau, wir sehen das genauso. Ja und das war sehr schön, also, dass er das dann angegangen ist. Und man hat auch gemerkt/ und dann hat man diese wahnsinnige Entwicklung in der Weiterbildung bemerkt. Dass die Weiterbildung so war, dass er sich wirklich entfaltet hat. Und als Kollege, ich will nicht sagen, dass der, der ist für seine Rechte mehr eingetreten danach auch. Ja? Er hat, wie soll ich sagen, sein Genesungsweg war auch so, die ersten Widerworte, ja? ‚Nein, das mache ich nicht‘ oder, ‚es ist mir jetzt zu anstrengend‘. Ne? Das ist/ ‚ich mache das gerne, aber so aufgeteilt, dass es für MICH gut ist‘, ja, so. Also das/ ich war total stolz auf den. Das ist jetzt ein Kollege und ein sehr geschätzter Kollege. Wir machen zusammen Sport, ja, also privat auch. Und, ähm, das ist ein feiner, ein wahnsinnig bewegender Moment, ja, wenn man so sieht: Da ist jetzt wieder jemand in der Spur. So richtig für sich selber auch. Ja? Also nicht, dass wir sagen: Der ist jetzt so wieder, äh, normal oder der ist jetzt wieder gesund. Sondern er ist für sich. Ja? Er hat eine eigene Wohnung und hat eine Beziehung und es ist/ äh, der ist wieder so richtig im Leben. Ne? Weiß aber auch, dass, wenn er reflektiert ist, sagt er: Ich mache meine Medikamente und die brauche ich. Ne? Und das weiß ich auch. Und er weiß mit seinen Grenzen sehr gut umzugehen und die er von außen auf eine unangenehme/ also auf eine sehr angenehme Art zu vertreten. Ja? Das er sagt: Nein, äh, das mache ich jetzt lieber so oder da will ich jetzt, äh, in diese Richtung gehen. Also das ist toll“ Z. 31 ff (003TK, 2018).

### 2.2.5.3 Gegenüberstellung der Aussagen zu Effekten und Wirkung von EX-IN im Dienst

Tabelle 39 – Gegenüberstellung der Aussagen zu Effekten und Wirkung von EX-IN im Dienst

Wirkung EX-IN	EX-IN	TK	Bemerkung
	Perspektiverweiterung um Betroffenen-/ EX-IN-Sicht	Bereicherung/ Hal- tungsänderung durch Perspektiverweite- rung	Perspektiver- weiterung
Auf das Team	Transfer EX-IN-spezifi- scher Herangehens- weisen entlastet Team	Entlastung durch an- genommen sein von EX-IN als TK	EX-IN-Heran- gehensweisen entlasten
	Empowerment wird um annehmende Hal- tung erweitert	Wertschätzung indivi- dueller Lebensge- schichten	Erweiterung Empower- ment, stärker

		annehmende Haltung
EX-IN-spezifische Herangehensweise ermöglicht/ erleichtert Zugang zu SU	Entlastung durch verbesserten Zugang zu SU	Gezielter Einsatz um Zugang zu beschleunigen
EX-IN-spezifische Herangehensweise schafft eigene Ebene für Kommunikation mit SU	Andere Art der Begegnung mit SU wird möglich	Gezielter Einsatz , um Beziehungsgestaltung zu verbessern
Funktion „Wächterin der Sprache“ haben	Mehr Sensibilität in der Kommunikation/ Respekt in der Wortwahl	Mehr Sensibilität/ Respekt in Kommunikation und Wortwahl
Gehört werden	Anregung Reflexion professionellen Handelns	Anregung Reflexion professionellen Handelns
Gehört werden	Anregung Reflexion der Gestaltung von Angeboten für SU	Anregung Reflexion der Gestaltung von Angeboten für SU
Gehört werden	Anregung Reflexion des Spannungsfelds von Mitgefühl und Kontrolle	Anregung Reflexion des Spannungsfelds von Mitgefühl und Kontrolle
Abbau von Vorurteilen	Mehr Reflexion hierarchisierender Kategorisierung „gesund“ vs. „krank“	Abbau von Vorurteilen
	Anregung Reflexion eigener Selbstfürsorge/ Umgang mit eigenen Ressourcen	Anregung Reflexion eigener Selbstfürsorge/ Um-

			gang mit eigenen Ressourcen
		Entlastung durch Übernahme von (Teil-)Aufgaben	neue Aufgabenteilung
		Mehr Empathie gegenüber SU	(könnte einem ja mal als Kollegin wiederbegegnen)
		Offener Umgang miteinander	Abbau von Vorurteilen
		Als Fachkraft viel lernen können durch Zusammenarbeit	Erweiterung professioneller Kompetenzen
		Professionelle Übergriffigkeit wird identifizierbar	Identifikation Übergriffigkeit in professionellem Handeln
		Etablierung der neuen Rolle im Team ist anstrengend	Belastungserleben: Anstrengung Etablierungsphase
		(Zeit-)Aufwand einplanen müssen für Etablierung	Etablierung als zusätzliche nicht vergütete Leistung
		Einordnung als Pionierleistung bei Bedürfnis nach Anerkennung	Pionierleistung bei mangelnder Orientierung zur Einordnung
auf EX-IN selbst	Stabilisierung durch existentielle Absicherung	EX-IN als Sprungbrett	Beruflicher (Wieder-)Einstieg/ Existenzsicherung

Stabilisierung durch positiv erlebtes Arbeitsumfeld	Vollwertiges Teammitglied sein stärkt	Stabilisierung durch Teamarbeit
Persönliche Entwicklung durch Tätig Sein als EX-IN	Persönliche Entwicklung durch Tätig Sein als EX-IN	Stabilisierung/ Weiterentwicklung durch Tätig Sein
Differenzierung von Anteilen als persönliche Weiterentwicklung		Persönliche Weiterentwicklung durch Erfahrungen im Kontext der Betätigung
Zugewinn an Selbstvertrauen	Zugewinn an Selbstvertrauen	Zugewinn an Selbstvertrauen
Auf-/ Ausbau sozialer Netzwerke (beruflich wie privat)	Auf-/ Ausbau sozialer Netzwerke (beruflich wie privat)	Auf-/ Ausbau sozialer Netzwerke (beruflich, privat)
Verantwortung erleben für Neugestaltung der Rolle von EX-IN im System		Aufwertung durch Bewusstsein über Pionierarbeit
Entlastung durch offenen Umgang mit Betroffenheit		Abbau von Vorurteilen
Wertschöpfung aus Betroffenheit		Wertschöpfung aus Betroffenheit
Stabilisierung: Erleben von Selbstwirksamkeit durch sinnstiftende Tätigkeit	Stabilisierung: Erleben von Selbstwirksamkeit durch sinnstiftende Tätigkeit	Stabilisierung, Erleben von Selbstwirksamkeit durch sinnstiftende Tätigkeit
Erfolgserlebnisse haben		Erfolgserlebnisse haben

	Wertschätzung erfahren	Wertschätzung erfahren	
	Gehört werden	Gehört werden	
Wirkung auf Service User	Beziehungsangebot „ohne Bedrohung zu sein“	Absichtsloses Beziehungsangebot wird angenommen	Niedrigschwelliger Zugang
	Raschen Zugang zu SU in schwierigen Situationen/ Phasen herstellen können	Erleichtert Zugang bei schwierigen Kontakten	Gezielter Einsatz: Kontakt in schwierigen Phasen
		Puzzleteil zur Herstellung von Behandlungsbereitschaft	Erhöht Bereitschaft zur Behandlung/ Kooperation
		Mehr Glaubwürdigkeit durch EX-IN	Erhöht Glaubwürdigkeit gegenüber Klientel
		Neue Art des Angebots umgeht erlernte Reaktionsmuster bei Klientel	Umgehen erlernter Reaktionsmuster
		Eigene Qualität Hoffnung zu vermitteln	Vermitteln Hoffnung
		Bindeglied/ Brückenbauer sein in Arbeit mit SU und Angehörigen	Bindeglied/ Brückenbauer zu SU und Angehörigen
		Eigene hohe Kompetenz in der Vermittlung von Inhalten (höher als bei reinen Peers)	Hohe Kompetenz in Vermittlung von Inhalten (Abgrenzung zu „nur“ Peers)
	Als Profi EX-IN nicht ersetzen können	Als Profi EX-IN nicht ersetzen können	

	Lücke in Versorgungslandschaft schließen	Barrieren absenken, Zugang zu bisher nicht erreichten SU	Schwer erreichbare SU werden angesprochen
Entwicklung des Dienstes	Mehr Partizipation wagen		Stärkung Partizipation
		Breiteres Angebot haben	Angebotspektrum erweitert
	„modern sein“	Anerkennung bei anderen Einrichtungen/ Kostenträgern	Modern sein/ Anerkennung von Dritten
		Durch Erfolg Fortschritte erzielen in Etablierung der Finanzierung	Sich um Finanzierung bemühen
Außenwirkung		wachsendes Interesse am EX-IN-Konzept	Verbreitung des EX-IN-Konzepts
		Anerkennung erhalten von Betroffenen	Anerkennung erhalten von Betroffenen
		Mehr mediale Aufmerksamkeit	Mehr Aufmerksamkeit für Öffentlichkeitsarbeit

Mit der Exploration der Wirkung von EX-IN auf die Arbeit in den Teams zeigten sich vielfältig übereinstimmende Wahrnehmungen: so wird die EX-IN-spezifische Herangehensweise als entlastend kommentiert, eine stärker annehmende und von Empowerment geprägte Ausrichtung der Bemühungen verzeichnet. Die Beschleunigung im Zugang zu Klienten wird zum Teil gezielt eingesetzt, um die Beziehungsgestaltung aufzuwerten. Zentrale Bestandteile sozialarbeiterischen Handelns, wie Kommunikation und Reflexion erfahren Aufwertung durch den Einsatz von EX-IN: Die Art des Herantretens wird bis hin zur Verwendung von Sprache und Wortwahl überdacht, das Spannungsfeld zwischen Mitgefühl und Kontrolle erhält eine Erweiterung um Reflexionsflächen, Vorurteile auf beiden Seiten werden abgebaut. Darüber hinaus berichten die TK, (die im Gegensatz zu den neu hinzugekommenen EX-IN über die

Möglichkeit eines Vorher-nachher-Vergleichs verfügen) über die Anstrengung, die es in der Etablierungsphase bedarf, aber auch von einem neuen Umgang mit eigenen Ressourcen und Selbstfürsorge einerseits und der Erweiterung professioneller Kompetenzen andererseits.

In ebenso vielfältiger Weise wird zur Wirkung der Betätigung als EX-IN auf EX-IN selbst kommentiert, neben Stabilisierung in verschiedenen Lebensbereichen inter- wie intrapersonell wird auch Existenzsicherung und EX-IN als Sprungbrett zum beruflichen (Wieder-)Einstieg benannt. Aus der Innenperspektive beeindruckt die Wertschöpfung aus der persönlichen Erfahrung von Betroffenheit.

Die Erweiterung des Angebotsspektrums an Klienten zeitigt Wirkung durch Niedrigschwelligkeit, zum Beispiel durch absichtslose Kommunikation und ermöglicht so erlernte Reaktionsmuster gegenüber Profis zu umgehen. Kompetenzen erhöhen die Glaubwürdigkeit des Angebots, in der Vermittlung von Hoffnung wirken EX-IN ebenfalls. Die Vermittlung von Inhalten gelingt aus Sicht davon TK in einer eigenen Qualität, die sich von der Erfahrung mit Peers qualitativ abhebt. Und schließlich wird konstatiert, die Arbeit von EX-IN ist durch TK nicht zu ersetzen.

Mit EX-IN gelingt es Lücken in der psychiatrischen Versorgung zu schließen, auch schwer erreichbare Klientel kann angesprochen werden, die Angebotspalette erfährt Erweiterung und EX-IN sehen eine Chance für mehr Partizipation durch ihre Arbeit.

Die Außenwirkung war vor allem für die TK wichtig, die Betätigung von EX-IN gilt als modern und innovativ in der Versorgungslandschaft/ bei Kostenträgern, trifft aber auch auf Anerkennung bei Betroffenen.

## 2.2.6 Zugehörigkeit

### 2.2.6.1 EX-IN zu Zugehörigkeit in den Teams

Zu Zugehörigkeit werden hier Aussagen von EX-IN angeführt. Aus den Gesprächen mit EX-IN wurden Aussagen zu Teilhabe/ Teilgabe, Rolle, Partizipation und Kooperation und dem Status von Integration expliziert.

- Rolle, Rollenfindung und Rollenzuweisung  
Rolle im Team, Rolle gegenüber Service Usern/ Zielgruppen, Rollenfindung, Rollenzuweisung, Rollenwechsel

Die *Rollenzuweisung* selbst gestaltet sich sehr unterschiedlich und zeitigt einen prozesshaften Charakter im Erleben von Sonderstellung.

„äh, im Team ist es so, dass immer mal wieder Kollegen Rat suchen, wo man sozusagen eine kollegiale Supervision machen kann,(...) für den Ablauf der Begegnungsstätte bin ich Teil der Gruppe, aber mit der Sonderstellung des Angestellten... das wird mir zugewiesen“ Z. 14f (000GB, 2018).

„Es/ ich denke, durch die sieben Jahre, die ich dort arbeite, ist das/ hat sich das so (.) vermischt. (.) Und wir sind ein Team geworden, wo Genesungsbegleitung auch bei den Kolleginnen eine ganz große Rolle spielt. Also dieses, Aufmerksamkeit (.) und, ja, das ist halt im Team übergreifend geworden. Ne? Ich bin da auf keinen Fall die große Sonderstellung. Ne? Das ist eins, würde ich sagen“ Z. 149f (003GB, 2018).

Die *Rollenfindung* im Dienst ist geprägt von Pionierarbeit und wandelte sich von der Orientierung am Sozialarbeiterkollegium hin zur eigenen Rolle als EX-IN. Das Pionier-Sein als „*Einzelkämpfer:in*“ (vgl. 002GB) zu erleben kann auch bedeuten, um Akzeptanz ringen zu müssen. Gegenüber Service Usern kann dies zu einer Vermeidung der Thematisierung führen. Dies wird im Abschnitt zu Vorurteilen und Stigmatisierung und Selbststigmatisierung näher beleuchtet.

„(...) also am Anfang am Anfang war das ein bisschen so- im Rückblick kann ich das sagen, ich habe so am Anfang hier versucht möglichst schnell ein guter Sozialarbeiter hier im Team zu werden, ja? ...anstatt zu gucken, „Wo sind denn meine ureigenen Aufgaben da?... Das ging dem Team genauso, ne: weil es ging um Informationsaustausch, um Klienten, Fallbesprechungen... es hat sich erst später rauskristallisiert. Dass ich selber und auch aus dem Team heraus das Bedürfnis jetzt – mich auch als solchen wahrzunehmen. ...mich als Genesungsbegleiter wahrzunehmen“ Z. 26f (001GB, 2018).

„... ja also ich finde es schwierig, als Einzelkämpfer da zu sein (...), dass ich die einzige Genesungsbegleiterin bin ... und es ist ähm einfach noch nicht so bekannt und es wird auch noch nicht so akzeptiert, ne?“ Z. 206f (002GB, 2018).

Die *Eigenständigkeit der Rolle* von EX-IN im Kontakt mit den Klienten durch die Zuordnung eines eigenen Auftrags erlebt:

„(...) dass es mit mir lockerer und auf jeden Fall angenehm sein darf. Ja? Und ich jetzt nicht so stark auf die Hilfethemen pochen muss. Sondern es drum geht, ähm, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und sich gut begleitet zu fühlen und mir alles erzählen zu dürfen und sich gut zu fühlen. Ja“ Z. 19f (008GB, 2018).

*Individuelle Rollenzuweisungen* können, wie hier, durch Prozessadaptation entstehen: die Verwendung der Sprache über Service Usern wird zum Gegenstand der Betrachtung aus Betroffenenperspektive:

„Und das haben wir dann in der Supervision ganz gut, ähm, geklärt, soweit, was da für meine Perspektive wichtig ist. Und dann hat man mir auch, äh, offiziell gesagt, ich soll da der Wächter sein, wie die Sprache ist. Also das ist eine Aufgabe, die ich offiziell gekriegt habe, die ja speziell ist. Ähm, weil ich einfach mehr in der Perspektive vom Klienten da drinsitze. Ja? Und nicht möchte, dass über mich vielleicht so gesprochen wird“ Z. 19f (008GB, 2018).

*Anwaltlich tätig zu sein* und die Vertretung der Interessen von Klienten gegenüber Dritten wird als Teil der Rolle reflektiert und auch die *Rollenverteilung* mit Teamkolleginnen\* und -kollegen im Kontakt mit Service User wird als gelingend, weil entlastend, reflektiert:

„naja... manchmal, (...) oder die Klienten haben Angst ihre Rechte umzusetzen- Angst, echt zu sein. ... da gibt es zum Beispiel einen Klienten, der schafft es nicht zu sagen um was es bei ihm geht, wo sein Leidensdruck ist, der Innere- dann erzählt er halt irgendetwas anderes- und das nervt halt die, die es betrifft irgendwann ein bisschen und da hab ich halt dann als EX-INler einen anderen Ansatz: ich frag ihn direkt und damit haben wir auch die Rollen gut verteilt, also er er nutzt verschiedene Systeme, dieser eine Klient und ein Teil davon ist meiner und ich hab aber mit der Kollegin eine Absprache, dass ich meine Arbeit mache und sie ihre und wir uns“ Z. 65f (000GB, 2018).

Bei konfligierender Wahrnehmung innerhalb des Teams, bringt die EX-IN die eigene Sicht ein, nimmt dann aber eine *defensive Rolle* ein, um zu deeskalieren:

„Mhm. (zustimmend) Ja. Also es gibt dann unterschiedliche Positionen. Wie gehen wir jetzt mit Klienten um? Auch, manchmal ist es so, dass wir uns hinterher treffen und dann muss/ muss man über den sprechen jetzt, über den Klienten oder die Klientin. Und dann gibt es so unterschiedliche Haltungen und so unterschiedliche Auffassungen, wie die den wahrnehmen, und wie ich ihn wahrgenommen habe, dass es dann auch, äh, ja, zu kleinen Konflikten kommt. Nein, so habe ich das eigentlich nicht gesehen. Aber ich habe das so gesehen. Und dann, äh/ und da/ und da passe ich immer genau auf, dass das dann nicht eskaliert, das Ganze“ Z. 128 (006GB, 2018).

Der *Wechsel der Rolle* vom Klienten zum Mitarbeiter ist an sich anspruchsvoll, er bringt mit sich, dass der Faktor Zeit eine andere Bedeutung bezüglich eigener Genesungsprozesse bekommt:

„Ja. Genau, der Rollenwechsel. Das ist das schwierigste eigentlich. Weil, in der Psychiatrie, da kann es dir immer schlecht gehen und da ist kein Problem, wenn du mal eine Woche nachher oder einen Tag lang völlig am Ende bist. Weil, du bist halt psychisch krank. Aber dann die andere Seite zu sein, das (..) ja, das finde ich, sollte sich jeder wirklich gut überlegen“ Z. 384f (009GB, 2018).

Integration,

- im Prozedere, als Stand, Herangehensweisen, anerkannt sein, Teil sein von, wie Kollegen..., formale Integration
- Hinweise auf Status der Integration ins Team, „normaler“ Umgang, wie mit anderen Teamkolleginnen\* und -kollegen, gegenseitige Akzeptanz, Raum Vorgaben, zeitl. Rahmen, Druckerleben wie Team, Aufgabenübernahme, Fehlerkultur analog zu Kolleginnen\* und Kollegen

*Integration wird als Prozess* erkannt und reflektiert, EX-IN zeigen Verständnis dafür, dass Hürden bei Teamkolleginnen\* und -kollegen überwunden werden

müssen und bemühen sich aktiv um Integration um Vorurteilen entgegenzutreten. Dabei stellt sich die begrenzte Anwesenheit durch oft geringe Stundenumfänge eine Schwierigkeit dar. Zugleich ist neben der Offenheit für die Auseinandersetzung mit EX-IN im Dienst auch Zeit und Raum einzuplanen:

„Integration. Das ist das Wichtigste überhaupt. Die Menschen müssen, äh, äh, miteinander diese Arbeit machen. Das heißt also, ein Genesungsbegleiter sollte komplett integriert werden. Das ist die Hauptaufgabe. Weil nämlich die Gefahr sonst besteht: Wen habt ihr euch denn da eingekauft? Das ist ja einer, der war psychisch krank. Hoffentlich wird das nicht irgendwann ein Klient“ Z. 203f (006GB, 2018).

„(...) ich bin immer dran interessiert, im Kontakt mit dem Team zu sein. Auch dadurch, dass ich 450 Euro, äh, Kraft bin, bin ich ja nicht so häufig hier. (...) Das heißt, es ist ein großes Problem, wenn man sich, äh, äh, wirklich auch sieht, man macht die Integration in diese Gruppe“ Z. 34ff (006GB, 2018).

„Richtig, genau. Und/ und würde es aber schon als, ähm/ als/ wirklich als Bestandteil zukünftig sehen. Und nicht nur als, äh, Bonbon. Ähm, und dafür muss man eigentlich offen sein, das zu integrieren. Und das ist Arbeit. Und das kann nicht nur die Genesungsbegleiterin machen. (.) Das wird hier auch noch ein bisschen zu wenig so gesehen, glaube ich. Oder, dass es ist die Zeit noch nicht dafür abgestellt ist. Ist halt ein Prozess, ist eine Entwicklung. Und deswegen würde ich es aber auch so ganz klar sagen. Äh, das muss man sich wirklich vornehmen und da muss man dran arbeiten. Und das heißt, man muss sich Zeit dafür nehmen. Austausch mit dem Genesungsbegleiter, aber auch: Wie wird das/ wie man das ins Team, oder in den/ beim Träger wirklich integriert“ Z. 179f (008GB, 2018).

*Vergleiche mit Kolleginnen\* und Kollegen* in Aufgabenstellung, Dienstzeiten oder Leistungen fallen sehr unterschiedlich aus, neben der Durchführung des gleichen Tätigkeitsspektrums wie die Kolleginnen\* Und Kollegen (vgl. 003GB 5–9) ist auch der Einsatz mit reduzierter Zeit (vgl. 004GB 139) oder bestimmten Teilaufgaben (vgl. 002GB 13) üblich, die Frage nach der Zugehörigkeit zum Team dagegen wurde durchgehend bejaht. (000GB 33, 001GB 9, etc.)

Die *Entfristung von Arbeitsverträgen* wird als Wertschätzung verstanden:

„ja naja am Anfang war ich befristet angestellt, aber man hat mich erstmal – quasi geguckt, ob ich gute Arbeit leisten kann- und dann wurde aber hinterher schnell der befristete Vertrag in einen unbefristeten umgewandelt und letztendlich habe ich hinterher dann die Rückmeldung bekommen: „Oh (Name), bleib doch hier...!“ (Lacht) Ja da waren dann alle da, sogar der Geschäftsführer: „Sie können doch hierbleiben...!“ Z. 198f (002GB, 2018).

- Teilhabe/ Teilgabe

Formell: Teilnahme an Teamsitzungen, Supervision, kollegialer Beratung, wurde zu den Rahmenbedingungen der Tätigkeit der Interviewten quantitativ erfasst.

Informell: persönlicher Austausch, persönlicher Kontakt im Team, Kollegialität (gleiche Rechte), Gefühl der Passung

Das Erleben von Partizipation im Sinne von *Teilhabe hat hohe Bedeutsamkeit* für die EX-IN selbst:

„Also, wenn ich so was, na, na natürlich// Aber, äh, ansonsten (..) geht es, weil ich ja auch mal in der Krise war, auf jeden Fall um Selbstwirksamkeit, um/ um/ um Teilhabe. Und das heißt, wenn ich mich gut/ Teil vom Team fühle und meine/ meine Stimme, meine Pers/ Perspektive gefragt ist, äh, fühlt sich das natürlich auch in dem Bereich sehr erfolgreich an“ Z. 646f (008GB, 2018).

*Informelle Aspekte* von Zugehörigkeit zeigen sich in der *Gestaltung des Umgangs* miteinander, gerade auch in Momenten von Unsicherheit, in der *Offenheit mit Gefühlsäußerungen* möglich sind, dem zum Ausdruck gebrachten *gemeinschaftlichen Empfinden* aber auch in der Überzeugung *gemeinsame Ziele* zu haben:

„...es gibt natürlich die Momente, wo ich mich hilflos, überfordert oder fehl am Platz fühle ... aber ich kann da immer irgendwo mit hin“ Z. 93 (001GB, 2018).

„wie gesagt, dann ... habe ich mir halt private Hilfe gesucht. Ja, so geht das auch, aber also hinterher als hier der Zusammenhalt, oder wie ich dann länger hier dabei war, natürlich, entwickelte- entwickelte sich dann auch ein starkes Vertrauen noch mal zu manchen Mitarbeitern, dann habe ich so mit denen auch darüber gesprochen, also es war so- so schon, ich hab mich hier im Rahmen der äh der der äh- mit meiner Arbeit und den Kollegen hier sehr sehr wohl gefühlt“ Z. 140f (002GB, 2018).

„Weil wir ein sehr lebhaftes Team haben und öfters dann mal Hölzchen, Stöckchen, Hölzchen, Stöckchen oder dann der noch und der noch. (...) und danach (.) haben wir schon oft gesagt: Jetzt können wir nicht mehr“ Z. 93f (003GB, 2018).

„ja, ja so wird hier eigentlich auch gearbeitet von allen. ... Ich meine manche Dinge müssen halt auch mal gemacht werden so, wenn jetzt Ämtergänge sind oder so anliegen, aber an sich guckt man schon immer, was kann man machen, um die Lebensqualität der Einzelnen Mitarbeiter -Mitarbeiter sage ich schon- Klienten verbessern kann über Struktur und so, das arbeite ich aber glaube ich schon so ein bisschen ähnlich, wie die Kollegen“ Z. 100f (002GB, 2018).

Reflexionen der EX-IN zu Augenhöhe, Abstumpfung und Arroganz im Team- oder wie hier dem Fehlen der letzteren beiden verdeutlichen welche Bedeutung dem *'Gewollt-Sein'* und sich Wohlfühlen mit der Arbeit und im Kollegium zu gelingender Arbeit beiträgt.

„...von meinen Kollegen, wenn ich sie so sehe, das sind alles eher Praktiker, Arbeiter, ziemlich nah an den Leuten ...und dass es da Probleme gibt mit mangelnder Augenhöhe oder

Arroganz oder Abstumpfung oder so, das nehme ich eigentlich nicht wahr“ Z. 63f (001GB, 2018).

„Ja, gerne (lacht). Ja und das ist wirklich so eine tolle Arbeit gefunden zu haben. Also dieses Unternehmen, die Kollegen die ich habe, das ist einfach, man kommt gerne zur Arbeit. Und das hatte ich vorher nicht. Ich bin mit Bauchschmerzen aufgewacht, zur Arbeit und versucht, den Tag zu überstehen. Und hier, man freut sich einfach, hierherzukommen und zu arbeiten. Das ist immer ein tolles Miteinander“ Z. 173f (003GB, 2018).

- Generalisierung Gestaltung von Kooperation an Prozessen (SV, Teams, Schulungen), Konzepten, Projekten, in der Begleitung von Service Usern:

Gestaltung von Kooperation, Anerkennung eigene Bereiche, Austausch, Einfluss auf Procedere, Prozesse, Partizipation, Entscheidungen

Die Gestaltung von Partizipation in der Teamarbeit hat mit der *Entwicklung und Konzeption von Angeboten für Service User*, um Lücken in der Versorgung zu schließen, dem *alltäglichen Bemühen um Lösungswege* für Service Usern und in der *Aushandlung von Aufgabenteilung* verschiedene Ebenen.

„Jeder hat, äh, einen anderen Blickwinkel. (...). Also es gibt, äh, ganz viele Beispiele, wo man sagen kann: Okay, das sind jetzt deine Meinung. Das ist jetzt, äh, deine Erfahrung. Das ist jetzt meine Erfahrung. Jetzt, äh, suchen wir mal raus: Was kann man daraus Positives (...) rausfassen“ Z. 51f (005GB, 2018).

„Weil wir dann so intensiv miteinander diskutiert, gesprochen haben, um irgendwo eine Lösung für irgendjemand zu erreichen. Und dann geht es schon mal holperig zu und DAFÜR nutzen wir im Moment auch unsere Supervision, um für uns eine Lösung zu schaffen, wie das besser funktioniert, ja“ Z. 99f (003GB, 2018).

„Ja, wir sind eigentlich so im Team aufgestellt, dass wir, ähm, wenn neue Klienten zum Beispiel hier im Haus ankommen, wir erst mal schauen: Was können wir ihm anbieten? Und wenn wir das nicht haben, was er gerne möchte, dann versuchen wir es zu SCHAFFEN. Sodass wir ganz, ganz vielfältige Angebote haben, wo man manchmal gar nicht dran DENKT. Also, mir ging es so in der Klinik, ähm, ich hatte dann auch Ergotherapie und sollte dann (.) frei etwas malen. Das ist überhaupt nicht mein Ding und ich war immer neidisch auf die, die Mandalas malen durften. Wo viele sagen: Oh, Mandala, um Gottes Willen. Ne? So ist es (.) ganz individuell und das versuchen wir dann auch für den Klienten zu schaffen. Auch immer wieder neu“ Z. 81f (003GB, 2018).

Die Handhabung der für die Zusammenarbeit zu treffende *Absprachen werden als flexibel und frei* erlebt:

„(...) ein schönes Arbeiten, (...) weil man diese (...) flexible, äh, auch freie und (...) dieses Besprechen und können wir ja mal so machen. Und dann: Ach nein, machen wir doch nicht, passt nicht. Oder, also, das finde ich, äh, grade bei uns schon ganz schön“ Z. 195f (005GB, 2018).

„(...) Ich hab das Glück, dass ich hier normalerweise erst um 9 Uhr anfangen, das kommt mir sehr entgegen, halbe Stelle- ich konnte mir das relativ frei setzen in Absprache mit den Kollegen... (...) bin da sehr froh drüber, ... dass ich so viele verschiedene Betätigungsfelder habe, die nicht nur mit meinem Erfahrungshintergrund Experten-/Hintergrund zu tun haben sondern auch mit dem was ich mag oder was ich vorher gemacht habe“ Z. 7f(001GB, 2018).

### 2.2.6.2 TK über die Zugehörigkeit von EX-IN in ihren Teams

- Rolle und Rollenfindung und –zuweisung

Die Auseinandersetzung mit der *neuen Rolle* von EX-IN im Team ist geprägt von Haltungen und Einstellungen, aber auch dem in Vorbereitung bereits geleisteten Diskurs. Die Entwicklung der Rolle von EX-IN innerhalb des Dienstes ist als *Pionierleistung* in den ersten Monaten besonders präsent, *Bedarfe zeitlicher, struktureller, wie inhaltlicher Natur* sind zu berücksichtigen:

„wir haben auch im Team eine Weile gebraucht um uns neu zurechtzurücken, sage ich mal, ne durch diese neue Stelle einerseits, mit einer Person besetzt, die eine andere Karriere hat, als so „normale“ Sozialarbeiter. Da hat es, ja hat es so ein bisschen Unruhe gegeben und wir mussten zu Beginn sehr viel miteinander reden, um Unklarheiten zu beseitigen, um die Rollen zu definieren,“ Z. 11f(001TK, 2018).

„I: Und ähm, wenn Sie jetzt einmal zurückdenken wie lange hat das denn ungefähr gedauert bis sich das dann so klar war wer hat welche Rolle, welche Aufgaben? Gab es da/ O: Ich/ Im/ Im/ Im Endeffekt habe ich das Gefühl, dass, er ähm, nie eine 100 Prozent erreicht hat. Sondern es immer wieder eine Justierung bedarf“ Z. 708f(007TK, 2018).

*Zuschreibung von spezifischen Fähigkeiten* und Leistungen als Teil der Rollendefinierung rahmen die Bemühungen in der Etablierung, zeigen sich aber auch in ihrer eigenen Qualität als *nicht ersetzbar* von TK: EX-IN bringt Fähigkeiten ein, die von Teamkolleginnen\* und -kollegen nicht ersetzt oder übernommen werden könnten. Durch EX-IN werden mit der *eigenen Perspektive Ideen* eingebracht, die sich dem Spektrum der Teamkolleginnen\* und -kollegen entziehen. Ergänzend sei an den unter Fürsorge, Selbstfürsorge, Support angeführten Umgang mit frühzeitiger Setzung von Grenzen durch EX-IN als entlastende Ressource erinnert.

„Ja, genau. Und das (die Recoverygruppe; Anm. d. Autorin) ist etwas, das wir alle klasse finden, was er richtig gut macht und wo wir auch den Hut ziehen und sagen: „Das könnte von uns keiner so gut, wie er.“ (...) er hat auch eine gute Art mit den Klienten umzugehen und hat auch schnell da so einen einen Kontakt, so, der nicht von oben herab ist, so, ... das ist ... einfach eine andere Rolle“ Z. 33f(001TK, 2018).

„Das hatten wir jetzt hier nicht. (Längere Krankphasen, Anm. d. Autorin) (...) Ähm, aber das/ äh, dann wäre das hier, glaube ich, kein Problem. Weil, dann wird einfach für die Zeit, ähm, dieses Angebot, was letztendlich ein Angebot der Begegnungsstätte ist, dann ausfallen.

(...) Also das ist dann keine Aufgabe/ die kann auch dann von keinem anderen so übernommen werden“ Z. 127f (006TK, 2018).

„Wir diskutieren ja oft so in Fallbesprechungen ‚Was könnte sinnvoll sein?‘“ und da hat der Genesungsbegleiter manchmal für uns- schräge Ideen. Und dann kann er das begründen und dann kann er da das erläutern und dann nicken wir alle. (Lacht) - wir nicken – wären aber auf die Idee nicht gekommen“ Z. 73f (001TK, 2018).

„(...) wir erwarten von Fr. X. auch nicht, dass sie das ausführt, was die, äh, Fachkräfte ausführen. Wir sind Fachkräfte. wir sind seit Jahren da. Wir haben dann anderen Hintergrund, auch theoretisch, auch, äh, Professionalität mäßig. Ich sage es auch, Fr. X. kommt mit ihrer Perspektive/ sie ist auch wertvoll, wirklich, diese Perspektive. Und sie arbeitet mit uns zusammen an diesen Zielen. Sie meldet uns auch zurück, wie sie diese Ziele findet. Das heißt jetzt auch nicht, dass das jetzt, hm, unbedingt jetzt übermorgen verändert wird. Aber, das ist immer so Anstoß zum Nachdenken. (.) Und (.) das ist immer willkommen im Team, wenn jemand was Neues einbringt“ Z. 67 (008TK, 2018).

„(...) die Perspektive, die Klienten auch dann, hm, gemerkt haben, die haben dann auch die Rückmeldung gegeben, dass Fr. X. jetzt näher an denen dran ist, ist mit dieser Perspektive, mit eigenem Erleben“ Z. 33f (008TK, 2018).

Die Befähigung zur *Facilitierung der Beziehungsaufnahme* zu Service Usern wird geschätzt, das *Wissen aus Erfahrung bereichert* und ergänzt die *Perspektivenvielfalt* im Team (vgl. auch 002 TK 31, 49):

„(...) aufgrund ihrer ...Persönlichkeit, die ich- ja auch- die Art und Weise wie sie in der Arbeit agiert und die ich definitiv auch dieser Genesungs- dieser Rolle als Genesungsbegleiterin zuschreibe ähm habe ich sie für meine Person jetzt- schon speziell bei Klienten eingesetzt, die sehr schwierig waren, die Probleme hatten, Vertrauen zu fassen, (...) wo ich nicht unbedingt einen der anderen Betreuungshelfer eingesetzt hätte. ... eben Klienten, (...) denen man definitiv auf Augenhöhe quasi- begegnen muss, damit sie einen überhaupt“ Z. 19f (002TK, 2018).

*Annahmen* treten kompensatorisch an die Stelle von Diskurs, wenn es um die *Differenzierung der Aufgaben und Leistungen* von EX-IN zu anderen Teamkolleginnen\* und -kollegen geht (vgl. auch 002TK 65).

„genau und da müssen wir im Betreuten Wohnen speziell einfach auch Zahlen bringen: das heißt ich muss 70% meine Arbeitszeit face to face arbeiten und wenn da Termine reihenweise abgesagt werden, ja? Dann komme ich persönlich nicht auf meine Zahlen, ne? Der Verein schreibt schlechte Zahlen und ich muss dann immer wieder zum Gespräch und muss mich rechtfertigen, wie das zustande kommt, ... und ich glaube Fr. X hatte einmal in Ihrer Zeit nicht diesen Druck in ihrer Funktion, diese Zahlen zu erreichen, bei ihr wurde zwar auch drauf geguckt, aber vielleicht doch nicht so ... intensiv? ... so, weil halt eben sie geringfügig beschäftigt ist, und sie hat quasi noch einmal so diese andere Sichtweise ... sie hat mich da halt auch immer mal wieder zurückgeholt, wenn ich mich da aufgeregt habe“ Z. 46f (002TK, 2018).

*Rollenwechsel von Service User zu Kollegin\* oder Kollege* im selben Dienst erweist sich als besondere Herausforderung:

„(...) Der EX-IN-Kollege der momentan jetzt hier ist, war im Vorfeld beschäftigter Mitarbeiter in der psychischen Reha-Werkstatt wo ich Sozialdienst war. (...) Also ich hatte einen kleinen Rollenkonflikt von ehemals Beschäftigter auf, ähm, dann wiederrum Kollege“ Z. 20f (007TK, 2018).

„(...) der Sprung gewissermaßen die Seite zu wechseln und dann einen sicheren Stand zu finden, der ist nicht für jeden einfach. (...) habe ich dann doch gemerkt: ‚Oh, das kann heftiger werden, als ich erwartet habe‘“ Z. 191f (009TK, 2018).

- Aspekte von Integration (Prozedere, Stand, Herangehen seitens Team)

Der Prozess zur Integration von EX-IN im Dienst ist zunächst geprägt von der *vorbereitenden Auseinandersetzung* des Teams zur *Klärung von Fragen und Unsicherheiten*, aber auch bezüglich der zu gestaltenden Rahmenbedingungen. Mit der Aufnahme der Betätigung setzt sich der Klärungsprozess begleitend fort: davon befasst sind Rahmenbedingungen der Tätigkeit ebenso wie die inhaltliche Umsetzung.

„dann würde ich raten alles was es an Bedenken gibt, offen zu kommunizieren. Also das hatten wir auch: ‚Genesungsbegleiter sind billigere Sozialarbeiter‘, ‚Die nehmen uns den Job weg‘, äh... ‚Das ist gewollt, dass unser Dienst hier ausblutet...‘ und... hau mich tot. Es war aber wichtig, das mal auszusprechen, auf den Tisch zu legen und miteinander zu überlegen, ähm, Wie kriegen wir das hin, dass einerseits unsere Bedenken... sich als unbegründet vielleicht herausstellen können, dass da was dafür getan wird, dass unsere Bedenken überflüssig sind und andererseits dem Kollegen gegenüber so offen zu sein, wie wir das in unserem Team ... gewöhnt sind und auch wollen. Ja? Also wir wollten nie irgendwo ihn ausschließen, ihn ausgrenzen oder so als separates Anhängsel so laufen lassen, es war für uns hier schon von vorneherein schon klar, es gibt nur ein Team. So und dann muss in diesem Team alles offen sagbar sein. Und das finde ich wichtig und das dauert viel Zeit und das ist oft schwierig, immer mal wieder dran zu bleiben auch, ja? Aber es lohnt sich und das sollte ein Team wissen“ Z. 122ff (001TK, 2018).

„(...) das Nähe-Distanz Thema, darüber haben wir gesprochen, auch, dass er sich abgrenzen kann zu einem gewissen Zeitpunkt und auch- wie er auch mit seinen zeitlichen Ressourcen gut –gut umgehen kann“ Z. 35f (000TK, 2018).

Wesentlicher Faktor für die gelingende Implementierung von EX-IN ist die Bereitschaft des Teams *EX-IN als Teammitglied* aufzunehmen. Neben der vorbereitenden Auseinandersetzung und Transparenz in der Gestaltung des Prozesses erfordert dies Offenheit in der Haltung und, bei hoher Diversität, auch der Bereitschaft sich um Passung zu bemühen, individuellen Bedürfnissen zu begegnen und eine *gemeinsame Haltung* zu entwickeln:

„(...) das ist immer menschlich, das ist personenabhängig, je nach Persönlichkeit. Es gibt Menschen, die sind offener einem gegenüber. Es gibt Menschen, die wirklich immer skeptisch sind, auch den anderen gegenüber. Sie wissen zwischen unterschiedlichen Professionalitäten, ob jetzt Sozialarbeiterin oder Krankenschwester bin, ist da immer auch so/ wird hinterfragt, äh: Ist das richtig? Ist diese Haltung richtig? Aber das ist jetzt nichts, wo ich sagen würde, das ist per/ hm, (.) wirklich Peers bezogen. Sondern ganz normal auch, wenn die Studenten kommen, dass wir dann schauen, was sie brauchen“ Z. 59f (008TK, 2018).

„(...) Wie rede ich von jemanden? Und wie wünsche ich mir, dass über mich geredet wird (...) Klar, Haltung, das hinterfragen wir immer wieder. Aber so diese Perspektive, äh, ja, die hat dann Fr. X. reingebracht ins Team“ Z. 130f (008TK, 2018).

„Es gibt auch nicht die perfekten Sozialarbeiter (...) ich denke mal, dass es halt (.) am Anfang teilweise schwierig war, (...) weil mit dem Thema noch nicht so viel anzufangen war. Und wie wird man ihn überhaupt einsetzen, was ist das? (...) wenn jemand in ein Team reinkommt, das/ das muss gewollt sein“ Z. 41f (003TK, 2018) (Bauer, 2023, S. 7).

„(...) ich glaube Fr. X. ist auch derselben Meinung, dass die so integriert ist im Team, dass sie von sich aus auch schon häufig hier bei sich einfach kundtut (...) sie ist ein Teil des Ganzen“ Z. 28 (004TK, 2018).

*Unsicherheiten in der Einschätzung* zeitigen sich in der Reflexion von Versuchen Verhaltensweisen einzuordnen (vgl. auch 001TK 101–102):

„naja, so im Alltag gibt's die ein oder andere kleine Sache, aber ich würde das nicht so zuordnen so. Ja manchmal hat man halt schon auch – oder ich – hab manchmal auch schon so das Gefühl ... wo ich mich frage: „Ist Herr A. jetzt auch ein bisschen manisch drauf?“ Ja, aber andererseits du Liebe Zeit, jeder hat seine Launen, jeder hat mal einen schlechten Tag, also um Himmels willen, das ist nichts, was jetzt ein Drama wäre, aber es sind so alltägliche Kleinigkeiten“ Z. 99f (001TK, 2018).

Die Bedingungen für Integration in das Team sind nicht nur von der Offenheit des Teams für das Konzept abhängig, die Rahmenbedingungen mit *räumlicher und zeitlicher Anbindung* haben Einfluss auf den Prozess, die Beteiligung an Austausch im Team konkurriert mit der Arbeit mit Service Usern und der Positionierung im Team.

„Also die sind ja Stunden/, wenn sie einfach nicht viel da sind. Insofern ist für die immer auch die Frage: Wie verbringe ich diese Stunden? Wenn ich jetzt Supervision oder Intervention und Verlauf, sozusagen drei Stunden am Stück verbringe, dann bin ich dann sozusagen einfach jetzt: Ist ein guter Teil Ihrer Zeit. Also verbringen sie einen Teil ihrer Zeit an dem Tag. Insofern entscheiden die sich meistens dafür, dass sie nur mal einen Teil mitmachen und dann einen Teil sozusagen einfach, äh, rausgehen und, äh, Zeit mit den Leuten verbringen. So. Aber im Prinzip ist das bei uns so, dass die das schon auch selber ein Stück weit entscheiden können, was ihnen das wichtig ist oder wie sie es machen“ Z. 43f (009TK, 2018).

„(...), ich glaube, was die Herausforderung ist, glaube ich, ist so dieses Standing zu bekommen als Genesungsbegleiter. Also, ähm, wirklich jetzt zu sagen: ‚Okay, und ich, ne, bin hier auch ein vollwertiges, äh, Teammitglied. Ich mache hier auch, ähm, ne, eine wertvolle Arbeit.‘ Und, äh, dass das auch so anerkannt und wertgeschätzt wird. Ich glaube, das ist, glaube

ich, erstmal so eine Herausforderung. Und vielleicht auch so ein bisschen so ein, ja, (..) was man sich vielleicht als Genesungsbegleiter auch ein bisschen am Anfang erarbeiten muss. (...) Und mit 450 Euro ist man ja auch nicht so viel dann da. Das gibt nicht so viel/ da hat man gar nicht so viel sp/ also Plattform, sich da irgendwie zu beweisen oder so“ Z. 440f (006TK, 2018).

„(...) diese Einbindung ins Team, (..) also wirklich die Art und Weise, wie man jemanden (..) jetzt mal aufnimmt und welchen Platz man dem gibt, das ist wichtig. Das sind so einfache Dinge wie: „In welchen Räumen hält er sich auf? Ähm, zu welchen Zeiten? Was ist da zu tun?“ (...) Ich glaube wirklich, auch Ansprechpartner sind hilfreich. Also, dass da auch wirklich so, einerseits eine Einbindung ins Team da ist. Aber da drüber hinaus auch noch mal eine persönliche Kontaktmöglichkeit, wo man auch mal zu zweit oder zu dritt Dinge besprechen kann“ Z. 95f (009TK, 2018).

- Informelle Aspekte von Zugehörigkeit (meine Kollegin\*/mein Kollege, unser Projekt, gemeinsames Erleben)

Zugehörigkeit lässt sich an *gemeinsamem Erleben von Alltag* oder – anders ausgedrückt – am Erleben einer gemeinsamen Normalität ablesen und am Ergebnis in der *Reflexion von Vergleichen* (vgl. auch 008TK Z. 63). Dies erfolgt anhand des Umgangs mit herausfordernden Situationen oder anhand allgemeiner Einschätzungen:

„(...) er hat irgendwann mal gesagt, dass er, dass er sich – weil die Gruppe findet ja auch am Abend statt- dass er sich da nicht so wohl fühlt, so allein im Haus – das geht aber jedem von uns so- und dann haben wir so einen Hintergrunddienst organisiert, dass irgendjemand noch oben im Büro oder nebenan im Büro ist und einfach, wenn etwas wäre, noch mit handeln könnte, ne? Aber das, das geht jedem von uns so, wenn wir alleine im Haus sind, hat jeder so ein komisches Gefühl. Man weiß ja nie, wer vor der Tür steht... und das ist ganz normal eigentlich“ Z. 136f (001TK, 2018).

„I: (...) aber es ist jetzt nicht so, dass es irgendwie anders/ äh, andere Herausforderungen gibt für Genesungsbegleitung im Umgang im Team, mit Nutzern oder sonst irgendwas?  
F: Nee, auch nicht mehr //oder weniger// (...) wie die anderen Kollegen auch erleben.“ Z. 81f (003TK, 2018).

„(...) also dadurch, dass sie ein Teil des Teams ist, ist sie genauso hilfreich wie jeder andere aus dem Team und jetzt kann ich nicht sagen sie ist jetzt besonders hilfreich, weil, ähm, sie ist jetzt Genesungs/ sondern sie ist da, sie macht, äh, äh, äh, eine gute, äh, äh bis sehr gute Arbeit. Und sie ist für mich total wertvoll ja. Aber das sind ALLE meine Kollegen sind für mich total wertvoll ja. Also von daher, ähm, / Und auch bei den Gesundheitskrankenpflegern und bei den, äh, also jetzt unabhängig auch von der, von von von der Ausbildung her. Von der Qualifikation. Ja, da ist/ für mich zählt auch ganz doll der Mensch, der hinter dieser Qualifikation steckt. (...) ich denke wir müssen das als GANZES sehen, wir sind ein Team, wo, äh, äh, äh, eine, äh, Genesungsbegleiterin dabei ist“ Z. 34f (004TK, 2018).

„Ja, ist alles normal. (...) gibt Herausforderungen in der täglichen Arbeit. (...) nicht jetzt aber wegen der Genesungsbegleitung (...) vielleicht am Anfang sage ich mal gucken wie ah

und wenn ich/ wenn meine Antennen mir sagen, dass jetzt mein Genesungsbegleiter vielleicht in der Krise ist, dass ich dann vielleicht gucke wie kann ich ihn nochmal schützen? Oder das mache ich (...) bei meinen anderen Mitarbeitern ja auch“ Z. 90f (004TK, 2018).

„(...) Also ganz am Anfang habe ich schon ein bisschen gezweifelt. (...) Aber wirklich so, dass man sehr genau hingucken muss: (..) Passt dieses Setting für eine bestimmte Person? Also das hier ist einfach, von der Art der Kontaktgestaltung sehr offen und sehr persönlich. Und da muss jemand für sich selber hinkriegen (...) und das ist/ gilt auch/ wir hatten ja auch Mitarbeiter, die gesagt haben, das ist jetzt so nah und so knapp und dass die Grenzen zu offen sind und ich gehe wieder“ Z. 73f (009TK, 2018).

Die Fortführung der Zusammenarbeit wird gewünscht, wie unter Integration bereits ausgeführt (vgl. auch 001TK Z. 112f)

„Also was ich sagen würde, das ist einfach, dass diese Mitarbeiter unheimlich gute Arbeit leisten. Und dass mir das ganz wichtig ist, dass die das (lachend) weiterhin tun, dass sie bleiben und, dass sie ihre Kräfte behalten und weiterhin, äh, so einen Einsatz zeigen“ Z. 265 (005TK, 2018).

- Gestaltung von Teilhabe und Teilgabe an Prozessen (SV, Teams, Schulungen), Konzepten, Projekten, in der Begleitung von Service Usern

Neben dem gemeinsamen Erleben sind *informell organisierte Gelegenheiten* für Austausch innerhalb des Teams anzuführen (vgl. auch 001TK 41). *Partizipation* in der Gestaltung von Angeboten, die Teilhabe an Entscheidungsprozessen und die Möglichkeit zur *Teilnahme an Schulungen* und die *Beteiligung an Supervision* sind weitere Faktoren, an denen sich Zugehörigkeit kristallisiert:

„(...) wenn wir eben die Ausflüge gemacht haben, Weihnachtsfeier, solche Sachen, das ja. Genau. (.) Das, äh/ normal bei der Supervision auch. Wobei es da halt so eine Regelung gibt, ähm, (.) entweder man kann halt bei einer Dienstbesprechung einmal im Monat teilnehmen, oder an der Supervision. So, wobei es geht nicht/ und ich habe gemerkt, da war am Anfang doch auch das Bedürfnis, beides zu machen und auch in der Supervision“ Z. 61 (006TK, 2018).

„also wir haben ja, wir haben ja eigentlich keine Teamsitzung ohne ihn, ja? Also es gibt kein Sozialarbeiter-Team und ein Sozialarbeiter-mit-Genesungsbegleiter-Team, das gibt's nicht, wir sind eigentlich immer vollzählig“ Z. 29f (001TK, 2018).

„ALLES, es gibt nichts wo sie nicht dran teilnimmt“ Z. 38 (004TK, 2018).

„(...) Deswegen haben wir auch interne Veranstaltungen, wo wir dann sagen: ‚Oh, Fr. X. kommt mit.‘ Wir haben auch Deeskalationstrainerin, die dann auch so von dieser professionellen Deeskalation berichtet. Und von dem, wie schütze ich mich auch in der Situation? Ja, genau. (..) Aber das sind so wirklich so diese Sachen, äh, je nach Krankheitsbild, von den EX-IN und von dem Klienten. Wie passt das? Äh, weil zum Beispiel, klar, Menschen die selber Angsterkrankung haben, können natürlich super und zu hundert Prozent Menschen verstehen, die eine Angsterkrankung haben. Aber dann, wenn Mensch dann noch dazu Psychose hat, dann braucht es schon dann die Information“ Z. 128f (008TK, 2018).

„Ja es gibt, es gibt Themen da erwarten wir, dass er durch seine persönliche Betroffenheit da auch vielleicht noch, wie so einen Hinweis geben kann, wie es dem Klienten gerade geht oder wieso der Klient sich gerade so verhält, oder was er denn jetzt genau für ein Problem haben könnte, weil Klienten formulieren Ihre Nöte ja nicht immer so ganz klar und da hat man so was wie ein Bauchgefühl und man hat so einen Eindruck und man hat Erfahrung mit anderen Klienten und dann gucken wir schon oft den A an und fragen, was ist denn dein Bauchgefühl? (lacht). Und ich merke auch, dass äh dass da viele – auch die Kollegen interessiert dran sind und das auch Einbeziehen in die eigenen Überlegungen, wie man diesem Klienten jetzt helfen könnte. Und wir hatten auch schon, dass der Kollege, der vorwiegend Beratung macht, ihn auch dazu geholt hat“ Z. 31f (001TK, 2018).

Die Sichtweise von EX-IN wird insbesondere bei Fallbesprechungen und in Supervision als *bereichernd* erlebt (003TK, 5), bei gemeinsamem Erleben eines Mangels passender Angebote für Service User werden *zusammen Konzeptionen* ausgearbeitet – auch hier wird um Verständnis gebeten, dass wegen der Bedeutsamkeit der Entwicklung ein längeres Zitat zugemutet wird:

„Ja, ein Schlüsselerlebnis ist wirklich die Zusammenarbeit mit, äh, Frau X., sage ich jetzt mal. Hm, weil, wir haben zum Beispiel in unserer Arbeit, jeder für sich, sie in ihrer Arbeit, neue/ (.), also Menschen zu finden für die EX-IN Weiterbildungsmaßnahme, die sich bei ihr beworben haben. Und sie hat halt gemerkt: ‚Oh, ähm, ja, da ist jemand auf dem Weg. Der wird das irgendwann schaffen, aber im Moment ist es noch zu früh‘ Und, ähm, sie wollte ihm auch die Niederlage ersparen, entweder jetzt, sage ich mal, eine Gruppe anzufangen und zu sagen: So, es geht dann doch nicht. Ja? Weil, das gehört genauso, wie ich eben sagte, diese Niederlagen muss man den Menschen auch ersparen, davon habe sie jede Menge gehabt. Genauso kamen zu MIR Menschen in die Ergotherapie, wo ich gemerkt habe: Ja, die brauchen jetzt ein bisschen was ANDERES als das, was sie so in der Ergotherapie, was über Jahre in ihrem/ in ihrer weiteren Genesung, in ihrem Werdegang, sage ich mal so, gesundheitlichen, ähm, so erfahren haben. Irgendwas fehlt da. Wir brauchen was Neues. Und da sind wir halt so/ dieser Schlüsselmoment war wirklich, dass wir so (.), ich sage mal sprichwörtlich, uns auf dem Hof begegnet sind, beide mit hängenden/ äh, hängenden Gesichtern und sagten/ den einen, denn den anderen gefragt: ‚Was ist mit dir los?‘ Und, ja, ich/ wir haben uns das gegenseitig vorgestellt und wir haben gemerkt: Eigentlich ist es fast das gleiche Klientel, was wir da haben. Ja? Der eine ist nur nicht/ der eine ist zu fit für die Ergo und für/ hat schon so viel hinter sich und braucht eigentlich mal was Neues und in seiner Genesung, in seinem (.) weiteren (.), ähm, Genesungsweg. Und bei ihr war es halt so, dass die Leute noch nicht GANZ so fit waren für die Genesungsbegleiter. Und dann haben wir uns entschlossen, was Eigenes draus zu machen und diese Menschen so zu fordern, dass sie DANAACH eventuell auch die Weiterbildung schaffen oder einen anderen Weg einschlagen, der für sie gut ist. Und da haben wir gemeinsam, ja, ein Modell entwickelt, dieses Recovery Model, „Ergotherapie meets EX-IN“. Ja? Und, äh, das führen wir jetzt (.) schon seit mehreren Jahren durch“ Z. 25ff (003TK, 2018).

### 2.2.6.3 Gegenüberstellung der Aussagen zur Zugehörigkeit in Teams

Tabelle 40 – Gegenüberstellung der Aussagen zu Zugehörigkeit von EX-IN im Team

Zugehörigkeit zum Team	EX-IN	TK	Bemerkung
Zur Rolle im Team	Rollenzuweisung entwickelt sich prozedural	Zeit/ Geduld benötigen für Rollendefinition	Pionierleistung
	Rollenfindung als EX-IN in Differenzierung anderer Berufsgruppen	Zusammenspiel finden müssen	Pionierleistung Rollenfindung
	Vorbehalte überwinden müssen in Rollenfindung	Vorbehalte in Vorbereitung thematisieren	Vorbehalte klären müssen
	Anwaltlich für SU tätig sein als Teil der Rolle EX-IN		
	Differenzierte Rollenverteilung mit TK erweitert Angebot für SU	Spezifische Fähigkeiten ermöglichen Weiterentwicklung und breiteres Spektrum für SU	EX-IN bedeutet Weiterentwicklung/ Erweiterung des Angebots
	Defensivität bei konfligierender Wahrnehmung	„zu viel ändern“-wollen erschwert Integration	Veränderungswille birgt Konfliktpotential
	Rollenwechsel SU zu Teammitglied anspruchsvoll	Rollenwechsel schwierig, von SU zu Teammitglied im selben Dienst besonders	Rollenwechsel ist herausfordernd
	Fürsorge gegenüber EX-IN haben/ Verantwortung für Möglichkeit zur SV-Teilhabe	Sich verantwortlich fühlen	

		Nicht ersetzbar sein von EX-IN-Leistungen	Spezifische Leistungen anerkennen
		Spezifische Fähigkeiten erleichtern Arbeit für TK	Spezifische Leistungen entlasten
		Annahmen konstruieren zum Erleben von EX-IN	Annahmen konstruieren zum Erleben von EX-IN
		Sich zurechtrücken im Umgang mit Kollegen mit anderer Karriere	Neu-Orientierung kollegialer Umgang
		Offenheit im Team mit EX-IN herstellen	Offenheit im Team mit EX-IN herstellen
		Rollenfindung begleiten	Rollenfindung begleiten
		Perspektiverweiterung zulassen	Perspektiverweiterung zulassen
	Prozess in dem Hürden bei TK überwunden werden müssen	Sich Standing erarbeiten müssen	Hürden überwinden müssen
	Muss aktiv angestrebt werden	Muss aktiv angestrebt werden	Integration muss aktiv angestrebt werden
Integration	Wird durch geringe Stundenumfänge erschwert	Geringe Stundenumfänge erschweren Integration	Rahmenbedingungen zeitlicher und räumlicher Einbindung
	Vergleiche ziehen mit TK	Andere Erwartungen haben als an andere TK	Eigenes Profil haben
	Sich als zum Team zugehörig erleben	EX-IN sind Teil des Ganzen	Teil des Ganzen sein

	Formal: Entfristung des Arbeitsvertrags als Wertschätzung		Entfristung als Entlastung
	Informell: Offener Umgang miteinander	Informell: Offener Umgang miteinander	Informell: Offener Umgang miteinander
	Informell: gemeinsames Empfinden erleben	Gemeinsames Empfinden/ ähnliche Herausforderungen erleben	Gemeinsames Empfinden/ ähnliche Herausforderungen erleben
	Informell: gemeinsame Ziele haben	An gemeinsamen Zielen (mit SU) arbeiten	An gemeinsamen Zielen (mit SU) arbeiten
	Unterstützt werden bei Momenten der Überforderung	Ansprechperson bieten	Ansprechperson befürworten
	Informell: erleben von ‚Gewolltsein‘	Informell: schaffen von ‚Gewolltsein‘	„Gewolltsein“ herstellen
		Unsicherheiten in der Einschätzung von Verhalten bei EX-IN	Unsicherheit in Einschätzung
Teilhabe und Teilgabe	Aufgabenteilung mitgestalten	Kooperation in nicht erlebter Qualität	In Kooperation gestalten
	Frei/ flexibel sein in Absprachen	Andere Erwartungen haben	Freiräume nutzen
	Gemeinsame Lösungen suchen	Gute Arbeit/ hilfreich sein erleben	Gemeinsame Lösungen suchen
	Sich beteiligen können	Teilnahme ermöglichen (an Team, SV, FoBi)	Rahmen für Teilgabe
	Sich intensiv auseinandersetzen		Intensive Auseinandersetzung
	Gemeinsam Konzeptionen entwickeln	Gemeinsam Konzeptionen entwickeln	Gemeinsam Konzeptionen entwickeln

Erfahrungen über EX-IN hinaus einbringen können		Persönliche Erfahrung einbringen können
Selbstwirksamkeit erleben		Selbstwirksamkeit erleben
	Spezifische Herangehensweise als wohltuend erleben	Spezifische EX-IN-Leistung ist wohltuend
	Fürsorge für Team erleben	Fürsorge fürs Team erleben

In der Entwicklung von Zugehörigkeit zum Team ist in der Pionierphase die Entwicklung der Rolle entscheidend, hierfür, so sind sich EX-IN und TK einig, sind Vorbehalte zu klären und Zeit für Findungsprozesse zu gewähren. Der Rollenwechsel an sich von Service User zu Teammitglied ist nicht einfach, wobei die Konstellation der Betätigung von EX-IN die\*der zuvor Service User im selben Dienst war, als besonders herausfordernd erlebt wird. Die Anerkennung spezifischer Leistungen von EX-IN erleichtern TK die Integration, dies bedarf eines Umgangs mit Effekten wie Perspektiverweiterung.

Die Integration ist beiderseits aktiv anzustreben, wie aus beiden Perspektiven verlautet, wobei die oft geringen Stundenumfänge die Möglichkeit der Teilnahme an Teamprozessen erschwert. EX-IN werden von TK analog zur eigenen Wahrnehmung als Teil des Ganzen erlebt, wobei sie ein eigenes Profil behalten, das sich beispielhaft in anderen Erwartungen an sie oder auch dem Vergleich mit TK zeigt. Informell zeigt sich ein ähnliches Empfinden von Belastungen und Herausforderungen im Arbeitsalltag aber auch das Gefühl an gemeinsamen Zielen mit der Klientel zu arbeiten.

In der Dimension von Teilhabe und Teilgabe zeigen sich Kooperationen als fruchtbar, einen Rahmen für Teilgabe zu schaffen als hilfreich, die gemeinsame Entwicklung von Konzeptionen gelingt. Seitens der TK wird die Fürsorge von EX-IN für das Team als wohltuend reflektiert.

## 2.2.7 Auftrag EX-IN

Aufträge,

- Im Sinne von Zweck, Mission, Anliegen, auch innerer Antrieb, die spezifische EX-IN-Fähigkeiten erfordern/ an EX-IN herangetragen werden
- Eigene Agenda, die EX-IN mit und durch ihr Tätigsein verfolgen

### 2.2.7.1 EX-IN zu Auftrag an EX-IN

Die Auftragsformulierung kommt auf unterschiedliche Weise zustande, die gemeinsame Erfahrung, geprägt von der gemeinsamen Pionierleistung, stärkt den prozesshaften Charakter der Auftragsklärung. Bei den Aufträgen an EX-IN-GB im Team sind die *inhaltliche Ausrichtung* in der Umsetzung und die *Zuweisung von Aufgaben* gegenüber Service Usern oder auch Kostenträgern zu unterscheiden.

„(...) ich achte da sehr darauf bei der Vorgehensweise, dass es der EX-IN-Stil ist und nicht der Profi-Stil. Und wurde mir da wirklich auch vom Chef signalisiert wirklich auch darauf zu achten, dass es genau der ist, weil es soll ja nicht sein, dass Ex In einen Sozialarbeiter-ähn- ersetzen soll, sondern eine ganz andere Komponente mit rein bringt. (...) ich (...) arbeite sehr viel mit meiner Erfahrung, also was ich als Kranker erfahren hab, als Betroffener und merke immer wieder eine sehr große Zustimmung und Annahme von dem von den Klienten“ Z. 6f (000GB, 2018).

„T: (...) Also da kann ich mit //meinen Aspekten immer dazu kommen oder auch das, was ich (.) aus meiner Erfahrung kenne. Und das wird auch gern gehört. Und auch in unseren Hilfeplänen, die wir ja schreiben müssen, um die Finanzierung zu bekommen, ist immer eine kleine Rubrik EX-IN mit dabei.

I: Ah, das wird tatsächlich expliziert?

T: (...) Ja, das ist durch die// Geschäftsführung auch gewollt, dass // der Kostenträger auch immer wieder auf uns Genesungsbegleiter aufmerksam wird“ Z. 27f (003GB, 2018).

Innerhalb des Teams ist das *Einbringen und die Vermittlung der Perspektive* zentraler Bestandteil des Auftrags an EX-IN. Die Perspektiverweiterung wird insbesondere bei Problemfällen gern angenommen und ist bilateral möglich, dabei steht das Bemühen um das Wohl der Service Usern im Vordergrund:

„ja da hatte ich schon den Eindruck, wenn ich wenn ich jetzt am Team teilgenommen habe und es gab ein Problem und man man wusste nicht so genau und dann habe ich mich oft dazu geäußert und dann wurde das aber auch gerne angenommen“ Z. 154 (002GB, 2018).

„(...) das ist Gang und Gebe, dass ich von meinen Erfahrungen berichte oder wir uns da auch austauschen oder ich sage: ‚Das war für MICH das Beste, was wir machen konnten.‘ Ne? (...) Ja, (...) Es/ ich denke, durch die sieben Jahre, die ich dort arbeite, ist das/ hat sich das so (...) vermischt. (...) Und wir sind ein Team geworden, wo Genesungsbegleitung auch bei den Kolleginnen eine ganz große Rolle spielt“ Z. 149f (003GB, 2018)

„Also wir als Team, äh, da wir noch ein recht kleines Team sind, haben einmal die Woche eine Teamsitzung, ähm, wo auch, äh, unterschiedliche Themen, manches Mal besprochen werden. Wo auch, ähm, auf diverse oder einige, äh, Problematiken, ähm, ge/ besprochen werden. (...) Wo ich auch an meine Grenzen stoße, denn ich bin auch nur ein Mensch und kann nur soweit, äh, sage ich mal, helfen. Wo ich auch meinen Blick mal wieder ändern muss. (...) Ne? Also dieser Austausch ist sehr wichtig, (...) Gruppen, äh, sind wir grade dabei, etwas aufzubauen. Auch für die Menschen, die wir begleiten. Äh, da soll vielleicht eine Borderline Gruppe entstehen“ Z. 19f (005GB, 2018).

*Spezifische Aufträge* werden EX-IN zugewiesen, um die Etablierung der Perspektive innerhalb des Teams zu fördern und das Wissen für *innerbetriebliche Weiterbildungen und konzeptionelle Arbeit* zu nutzen:

„(...) dann hat man mir auch, äh, offiziell gesagt, ich soll da der *Wächter* sein, wie die Sprache ist. Also das ist eine Aufgabe, die ich offiziell gekriegt habe, die ja speziell ist. Ähm, weil ich einfach mehr in der Perspektive vom Klienten da drinsitze. Ja? Und nicht möchte, dass über mich vielleicht so gesprochen wird“ Z. 19f (008GB, 2018).

„(...) Ich hatte mal ein Gespräch, da wurde der Sohn von den Elt-den ziemlich alten Eltern geschickt, weil die Angst hatten, wenn der jetzt keine Hilfe von außen annimmt, dass er dann irgendwann mit Ableben der Eltern vor dem Nichts steht. Hab versucht da ein Gespräch zu führen, aber da er dann aber nach ungefähr 20min nicht in der Lage war zu reden und drauf einzugehen, hab ich das Gespräch dann abgebrochen. Habe gesagt ‚ok, also das hat jetzt keine Sinn, wenn der Auftrag an mich wäre zuhören und Angebote machen können Sie gern wieder kommen, aber wenn das nur ist, um die Eltern zu beruhigen hat das so jetzt keinen Sinn.‘ Also solche Sachen gibt es immer mal wieder: man muss oft in der Arbeit ‚**Dolmetscher**‘ sein, für den Betroffenen, auch ‚Mittler‘ um dabei zu beachten beiden Seiten gerecht zu werden, wie gesagt: die Angehörigen haben auch ihre Probleme und ihre Hilflosigkeit“ Z. 10f (000GB, 2018).

„(...) ich wurde auch von unserer Geschäftsführerin vor ein paar Monaten gefragt, ob ich, ähm, EX-IN für (...) meine Kollegen anbiete? Und da dachte ich auch, hm, geht ja gar nicht, das sind ja keine Erfahrungen: Aber wir haben ein Recovery Konzept entwickelt oder das gibt es, ähm, wo ich auch EX-IN mit hineinnehmen kann. Und das machen wir. Wir schulen Kollegen in Recovery mit EX-IN-Inhalten. Und da hatten wir die erste Veranstaltung, den ersten Tag und das wurde sehr gut angenommen. Das macht also sehr viel Spaß“ Z. 39f (003GB, 2018).

Mit dem *inneren Antrieb anwaltlich tätig* zu sein und die Auseinandersetzung der Teamkolleginnen\* und -kollegen mit *Selbstfürsorge zu stärken*, wie bereits erwähnt „es muss nicht jeder stark sein“ 003GB, werden eigene Aufträge formuliert:

„(...) wenn es da um meine Schützlinge geht, da neige ich dann auch dazu dafür Partei zu ergreifen und zu sagen: ‚So geht’s nicht!‘ (...) - naja wie das dann halt ist: dass man da schon auch mal an seine Grenzen stößt und merkt also so kann mit diesem Klienten nicht umgegangen werden, das funktioniert einfach nicht, so kommt man auf keinen Fall weiter. Um halt dann auch zu vermeiden, dass Klienten weiterschoben werden, also, so. (...) wenn man nicht die Möglichkeit hat als Sozialarbeiter auch mal so zu sagen, also bis hierher (zeichnet mit dem Arm eine Linie in die Luft), (...), dann brennt man halt im schlimmsten Fall aus“ Z. 18f (000GB, 2018).

„Es ist noch, äh, es gibt noch einen anderen Aspekt// der jetzt neuerdings hochkommt, äh, Peers für die Mitarbeiter einzusetzen in solchen Einrichtungen. (...) Wenn sie jetzt ein Thema haben. Es liegt natürlich immer an der Entscheidung der Mitarbeiter, ob man mit mir sprechen will oder nicht. (...) es hat auch was mit, äh, (.) mit der eigenen Biografie zu tun. Ne? Denn, äh, und die stoßen dann irgend mal an ihre Grenzen. Und dann/ das haben wir alles hier schon gehabt. Das ist dann richtig, äh, (.) Alarm dann. Ne? Wenn der eine von den Mitarbeitern dann, äh, plötzlich unten im Keller da auf der Couch liegt und sagt: ‚Es geht nicht mehr weiter‘. (...) dann sind wir gefordert. Ne?“ Z. 180f (006GB, 2018).

„(...) wie sie halt selber- wenn sie selber halt an Grenzen stoßen, wie es überhaupt weitergehen soll, oder ... wenn sie das Gefühl haben sie brennen aus, oder sie kriegen Reaktanz oder was auch immer, dass man da halt auch beruhigen kann oder rück spiegeln kann was machen sie denn schon gut um dann auch weiterzugucken, wie kann ich so mit mir umgehen, dass ich dableiben kann. Das Wichtigste ist ja auch nicht aus dem Kontakt treten zu müssen und nicht dann selber irgendwann schädlich zu sein auch für den Klienten, das ist mir dann das Wichtigste: für die Klienten aber auch für die Kollegen, das halt weitermachen zu können“ Z. 16f (000GB, 2018).

- Auftrag gegenüber Service Usern

*Gesprächsangebote für Service User* in verschiedenen Settings aber auch das „*So da Sein*“ – als absichtsloses Kontaktangebot und *Beziehungsarbeit* wird an EX-IN herangetragen.

„Das kommt immer ganz darauf an, was halt grade ansteht, (...) in der Regel ist der Arbeitsbeginn also in der Regel in der Begegnungsstätte. Wo ich eine feste Gruppe habe, wo ich auch Teil davon bin. Äh und wenn ich zum Beispiel meinen Sprechtag habe, (...) hab ich von 10–12Uhr Sprechstunde, wo ich mir feste Termine einplanen kann, (...) oder auch so, dass die Leute wissen, dass sie kommen können auch so ohne Termin, dass ich einfach anwesend bin ... und wenn nicht, wenn keine Leute kommen, dann bin ich überwiegend so in der Begegnungsstätte und rede dann auch dort mit dem Klientel“ Z. 4f (000GB, 2018).

„(...) wenn die Leute einfach sich ruhig hinsetzen und mal/ erstmal nichts sagt und dann so langsam irgendwie ins Gespräch kommt. Weil, das tut dem gut und mir tut es auch gut. Und, ähm, ich war ja auch zweimal selber in der Klinik. Und das war immer sehr, (.) äh, wie sagt man da? (.) Ja, getrennt. Also da waren die Ärzte. Die sind immer so zu fünft oder zu sechst aufgetaucht. Alle weiß gekittelt. Und dann der Patient. Und das war immer/ also ich habe da richtig auch Angst gehabt vor denen. Weil, wenn die dann so: ‚So, wie geht es uns heute?‘ Und dann musst du sagen: Ja, mir geht es eigentlich gut, mir geht es schlecht.‘ Und dann soll

aber erst mal schauen, dass man die, (...) äh (.) dass man irgendwas mit den Medikamenten machen. Ich weiß nicht, das war sehr anonym. (...) Also, äh, (.) ich glaube, denen tut es gut, wenn man sich selber zurücknimmt, wenn man einfach ruhig da ist und zuhört. Das mögen die auch gern, wenn jeder so seine Geschichte erzählt hat. Aber wenn ich da am Anfang/ so klug zu scheißen oder so, dann/ (.) dann erreiche ich überhaupt nichts damit“ Z. 21f (009GB, 2018).

„(...) einmal in der Woche besuche ich sie und gucke ganz individuell ähm, was für den Einzelnen gut und wichtig ist oder was er für Wünsche auch hat, ne, und dann gucken wir, ne, aber an vorderster Stelle steht die Beziehungsarbeit, ne?“ Z. 14f (002GB, 2018).

Zuhören und begleiten, Ängste abbauen, Hoffnung vermitteln (vgl. auch 006GB Z. 28; 004GB Z. 123)

„(...) Also ich begleite die Menschen. Ähm, (räuspern) und i/ in der Situation muss man flexibel sein, bin ich flexibel. Weil jeder Tag anders ablaufen kann und jeder Mensch auch jeden Tag eine andere Reaktion an den Tag legt. Ähm, es kann so auch möglich sein, dass, äh, äh, ich mit einem Menschen nur einkaufen gehe, also die Einkaufsplanung mache. Oder ihnen die Angst nehme, überhaupt einkaufen zu gehen oder so was. Äh, es ist aber so, dass, ähm, andere Menschen viel mehr das Zuhören brauchen, das sehr wichtig ist in der Arbeit und den Menschen ernstnehmen, so abholen, da wo er steht. Äh, nicht etwas überstülpen von meiner Seite aus. Sondern das was der Menschen möchte. Hm, ihn dort zu begleiten, was er vielleicht nicht so kann oder in DIESER Situation nicht so bewältigen kann“ Z. 20f (005GB, 2018).

Zentrale Aufgaben sind *Empowerment* für eigene Rechte einzutreten, *Selbstwertgefühl zu stärken* und das Team ermutigen *mehr Partizipation* zuzulassen.

„(...) Mut, den Leuten Mut zur Entwicklung zu geben- das das ist es, dass sie keine Ängste haben, dass sie loslegen, dass sie dem Bauchgefühl trauen, äh, ja auch mal für ihre Rechte einstehen, dass sie was sind, dass sie überhaupt was wert sind und das ist wichtig.“ Z. 121f (000GB, 2018).

„(...) von meinen Kollegen, wenn ich sie so sehe, das sind alles eher Praktiker, Arbeiter, ziemlich nah an den Leuten ... und dass es da Probleme gibt mit mangelnder Augenhöhe oder Arroganz oder Abstumpfung oder so, das nehme ich eigentlich nicht wahr, das ...- wo es wo es jetzt grade (räuspert sich) drangeht, (...), wo wir noch arg Aufholbedarf haben, nämlich in Form von Mitbestimmung oder wie man das – die Option zu (...) So im Sinne von Teilhabe an der Gestaltung dieser Einrichtung oder Angeboten... das ist schwierig auch, weil auch ich noch nicht so richtig weiß, wie das so geht... es wurde da ein Versuch gestartet und der ist also meines Erachtens äh äh nur sehr teilweise (...) Wir haben da was installiert, das heißt Dialogforum (...) und das Schwierige ist, dass die äh äh äh Konsequenz dieser Zusammenkünfte Mitarbeiter mit Klienten ist- hat regelmäßig jetzt zur Folge, dass es strengere Regeln jetzt gibt für Klienten, nicht umgekehrt, ne?(...) da wird irgendetwas verwechselt und da fühle ich mich jetzt auch gefordert äh äh das wieder zurecht zu rücken. (...) Das sind jetzt eher auch Ängste so: ‚Stell Dir vor, das kommt jetzt der Herr J, der ist ja ständig so am Mopern und den kennen wir ja, und der macht dies und das und das macht dann keinen Spaß oder dann müssen wir Entscheidungen mittragen, die wir nicht wollen...‘ und in die Richtung geht’s... - wo ich sage: ‚Pff Demokratie lebt auch davon‘, bei der Idee ging es ja eigentlich darum, dass man das zulässt, im Prozess“ Z. 63ff (001GB, 2018).

## Bei längerer Begleitung *Frühwarnzeichen erkennen* können

„(...) wo ich das/ das spüre, dass eventuell eine Krise an/ anliegt oder so eine Krisenintervention (...), wenn man einen Menschen länger begleitet, dass man da auch eine/ eine gewisse Empathie, äh, aufeinander hat. Und dann auch spürt: Jetzt geht das in so eine heikle Situation, da könnte was kippen. Was ist der Auslöser dafür? Erzählt dieser Mensch mir das selber, was da der Auslöser war? Oder muss ich das selber herausfinden?“ Z. 81f (005GB, 2018).

Sich *anwaltschaftlich für Service User* einbringen, um dem Machtgefälle in Beziehungen entgegenzuwirken, sich für eine *annehmende Haltung* einsetzen:

„(...) Da ist immer ein Machtgefälle drin in den Beziehungen. Immer. Also wir sind, wir haben relativ wenig, nicht so wie jetzt vielleicht in der Klinik oder im Heim, aber das was davon noch da ist, kann aber schon nerven (...) und da geht's halt drum ganz fokussiert und lösungsorientiert oder wie auch immer wirklich konkret an Sachen zu arbeiten und Hilfestellung zu geben“ Z. 113f (000GB, 2018).

„(...) manchmal ist es aber so, dass die Ärzte schwere Knochen sind und oftmals nicht so einsichtig- oder die Klienten haben Angst ihre Rechte umzusetzen- Angst, echt zu sein“ Z. 65f (000GB, 2018).

„(...) Ich komme jetzt grade von Person XY. Und dann (klatscht in die Hände) sagte die Kollegin: Ach ja, das ist ja die, die immer so viel redet. Na hat sie dir das Ohr abgequatscht und so? Hat sie mich dann auch schon wieder hart an/ muss man ja nicht so sagen. Ja. Sie hätte ja auch fragen können: Wie war es denn? Wie fandest du es mit ihr? Und, äh, (...) dann im weiteren Gespräch, hab/ äh, und wo es auch drum ging, wie/ Wie können wir mit den anderen Personen besser umgehen? Oder der hat es da schon wieder so schwierig gehabt. Dass ich gesagt habe: Ich/ Für mich, aus meiner Perspektive, ist das wichtigste, dass die Menschen im ersten Moment mit ihren Nöten angenommen werden“ Z. 39f (008GB, 2018).

„(...) das Verständnis ist grundsätzlich da. Aber es wird noch zu wenig praktiziert, meine ich, dass man erst mal annimmt, äh, wie man es ja aus dem familiären Umfeld vielleicht kennt, dass halt sofort ein Ratschlag kommt oder von einer Freundin: ‚Geh doch so und so damit um.‘ Aber das wichtigste ist, dass man erst mal so, wie man ist, in seiner Not, angenommen wird. Und, dass es dann vielleicht erst um eine Lösung, die mir dann vielleicht eher selber einfällt. Aber das wichtigste ist, dass ich angenommen werde, wie ich grade bin. Und, äh, da habe ich schon das Gefühl, dass ich da einfach mehr/ mehr Gefühl dafür habe, ob jemi/ ob jemand jetzt, äh, damit erst mal angenommen werden muss. Ja? (.) Und das kann ich nur so ausdrücken. Ja? Äh, (.) ich sage dann vielleicht gar nicht, äh, so viel Anderes. (...), vielleicht können sie halt einfach auch ein anderes Gefühl bei mir haben, weil sie wissen: Da ist eine Krisenerfahrung da. Ich kann es besser nachvollziehen“ Z. 41f (008GB, 2018).

Vertrauen schaffen und Glaubwürdigkeit erzeugen

„Ja, das würde ich gern können. Ja. Es gibt so Leute, die haben so eine Glaubwürdigkeit? (...) Und das Gefühl kann man sich ja irgendwie bewahren und schauen, ob man das irgendwo anders auch mit hinbringen kann“ Z. 56f (009GB, 2018).

- Zum gesellschaftlichen Auftrag

EX-IN haben über die ihnen erteilten oder im Dienst gemeinsam entwickelten Aufträge auch eine *eigene Agenda*, mit der sie Ziele für sich persönlich und als Teil der neuen Gruppe von praktizierenden in der sozialpsychiatrischen Versorgung verfolgen.

Abbau von Vorurteilen, eigene Teilhabe, die eigene Stabilität und die existenzielle Absicherung sind dabei wichtige Themen:

„Ja, auch diese Vorurteile abzubauen. Das ist auch ganz, ganz wichtig. Ne? Dass also ehemals psychisch erkrankte Menschen, ähm, nicht wieder/ (.) im Leben stehen können und auch wieder arbeiten können. Ne? Und das ist mein großes Gut. Ich denke, dadurch bleibe ich auch (..) mehr oder weniger gesund“ Z. 237f (003GB, 2018) (vgl. (Bauer, 2023, S. 14).

„(...) Ich weiß aber auch noch nicht, äh, zu wieviel Prozent ich das machen kann oder möchte(...) vielleicht muss ich, um mich selber zu schützen und stabil zu bleiben, dann, äh, damit ich davon leben kann, äh, noch etwas Anderes machen, wie ich es mir vorstellen könnte“ Z. 197f (008GB, 2018).

„(...) ich habe, äh, teilweise das Gefühl, dass sie mir/ mir Dinge erzählen oder vielleicht ein bisschen anders erzählen, als vielleicht der Sozialarbeiterin. Kann ich jetzt natürlich nicht verifizieren. Ist ein Gefühl. Hm, und für mich ganz wichtig, äh, für mich ist es auch geneungsfördernd. Ich bin ja auch nicht ganz styb/ stabil. Das ist ja immer noch aufregend auch, diese Entwicklung. Ähm, aber in den Momenten, wo ich bei den Klienten bin, äh, bin ich im Moment in/ in Verbindung. (...). Und natürlich, wenn/, wenn sich das gut anfühlt und hilfreich ist, dann nehme ich natürlich auch unheimlich viel Wertschätzung mit“ Z. 11f (008GB, 2018).

Pionierarbeit zu leisten bedeutet dabei auch die *Verantwortung für die Rolle* als Pionier zu erleben mit der Aufgabe *Akzeptanz für EX-IN* in der sozialpsychiatrischen Versorgung zu erwirken, mit der Arbeit zu überzeugen, sich dabei *abzugrenzen von Ehrenamt und anderen Berufsgruppen* andererseits und die *Anerkennung* in der Öffentlichkeit und gegenüber Kostenträgern zu erarbeiten

„(...) Also es ist ja- schlecht für uns als EX-INler ist jemand, ist ein EX-INler, der über das Ziel hinausschießt, ist ein EX-INler, der genau das Negativbild bedient, also in die Richtung pfusch geht- so das das ist halt schade, muss nicht sein, kann aber passieren... blöd ist halt, weil wir am Wachsen und Entwickeln sind- dass wir dann deswegen Gegenwind kriegen“ Z. 121f (000GB, 2018).

„Wichtig ist, dass EX-IN jetzt weiter nach und nach sich immer mehr in den Bundesländern verteilt und dass der psychosoziale Bereich diese diese diese Wirkweise akzeptieren kann, vor allem alle Profis. Ich wünsche mir für alle Profis, dass sie eine, wenigstens eine schöne EX-IN Begegnung haben und dass sie die Lust drauf haben das auszuprobieren. Und ich wünsche mir für alle, die noch in Ausbildung stecken, die sie sich auf den Weg machen, dass sie eine Chance kriegen, (...). Und dass wir vielleicht in 20Jahren soweit sind, dass EX-IN so etabliert ist, dass wir sowas gar nicht mehr brauchen, dass wir solche Gespräche führen müssen“ Z. 125f (000GB, 2018).

„(...), mir ist es wichtig, von Staats wegen- so also ich meine als Berufsbild anerkannt zu werden, tariflich einordenbar zu sein – da sind wir ja wirklich noch in den Kinderschuhen und das erlebe ich hier um mich herum auch, keiner weiß, wovon er mich, wenn die Projektmittel ausgelaufen sind bezahlen soll oder will“ Z. 179f (001GB, 2018) (Bauer, 2023, S. 12).

„T: Ja, das ist einfach dieses Mitarbeit/ Miteinander und, äh, dass es von der Geschäftsführung auch wirklich gewollt ist. (.) Das also, ähm, (.) ich auch (.) an Tagungen teilnehmen kann, an/ am DGPPL Kongress in Berlin als Genesungsbegleiterin, dass ich dahinfahren darf. Und auch, wenn ich nur mir (.) die Vorträge anhöre, auch (.), wenn ich nicht selber einen Vortrag HALTE, dass ich das darf. Und, ähm (..) jederzeit auch meine Zeit so einteilen kann, dass ich auch, äh, mal wieder eine Klinik besuchen kann und dort Ex-In vorstellen und/ (...) Ich mache das, was ich für nötig halte, um Ex-In zu fördern. Ne? Und lade dann auch die Bewerber ein oder bin auch, wie jetzt, im Gespräch. Und das ist auch von der Geschäftsführung so gewollt, das darf ich. Genau. (...) Nebenverdienst ist mir auch genehmigt. (...)

I: Sie müssen das nicht alles ehrenamtlich leisten.

T: Nein, Genesungsbegleiter sind keine Ehrenamtler“ Z. 177ff (003GB, 2018).

„(...) das was ich mache, können die anderen meist nicht so in dem Umfang machen, weil die ja in der Pflege, ähm, na so weiß ich nicht, also so in der Pflege sind und da nicht so viel Zeit haben, um das zu tun was ich tue“ Z. 57f (004GB, 2018).

„aber es war nicht so, dass ich hier herkam und ... äh, alle im Team gesagt haben: ‚Hier, der ist das und das und der kann das und das und...‘ das musste sich erst ergeben, dass ich hier ankam und lernte, wie der- wie der Betrieb hier funktioniert ..... (...) ich habe so am Anfang hier versucht möglichst schnell ein guter Sozialarbeiter hier im Team zu werden, ja? ... anstatt zu gucken, ‚Wo sind denn meine ureigenen Aufgaben da?... Das ging dem Team genauso, ne: weil es ging um Informationsaustausch, um Klienten, Fallbesprechungen... es hat sich erst später rauskristallisiert. Dass ich selber und auch aus dem Team heraus das Bedürfnis“ Z. 26f (001GB, 2018).

„(...) und interessanterweise haben wir hier relativ wenig über Grenzen gesprochen, weil ich von vorneherein gesagt hab, diese Beratung, äh, kommt für mich so nicht in Frage, äh – weil ich da einfach da nicht, da nicht äh auch nicht komplett ausgebildet für bin natürlich und die Ebene des des des Austausches der Augenhöhe, der Erfahrungs-Expertise nicht lassen will“ Z. 57f (001GB, 2018).

„Weil, das (.) ist ja da/ man bringt wieder EX-IN ein bisschen mehr in das Gespräch. Und ich stoße immer wieder auf (.) Gruppen, ähm, wo wirklich Menschen dabei sind, die das noch nie gehört haben, die aber auch Sozialarbeiter sind oder Heilerziehungspfleger. Wo ich immer denke, ‚das kann doch nicht sein‘, das muss/ man muss ja nicht explizit sich über EX-INS informieren, aber man stößt ja auch viel in der Fachliteratur mittlerweile darauf, in irgendwelchen (.) Psychiatrie aktuell, die Kerbe, oder was. (...) Und da (.) ist immer noch unglaublich viel Arbeit, die wir leisten müssen“ Z. 233f (003GB, 2018).

„Insofern ist, denke ich auch noch, für eine EX-IN viel Aufklärungsarbeit nötig. Ich könnte mir auch vorstellen, in der Richtung zu arbeiten. Äh, einfach entsprechende Träger dazu drüber zu informieren, was da wichtig ist dafür. Und sie davon zu überzeugen“ Z. 189f (008GB, 2018).

„ich erlebe viele Genesungsbegleiter in Ausbildung oder möglicherweise auch im Beruf, die äh, die doch, die doch äh äh sehr reduziert auf sich sind selber, ihre Rolle, ihre Zukunftschancen (...) aber das ist – sehe ich als wichtige Aufgabe einerseits des Menschen auch im Berufsleben gerade auch in solchen Berufen, als politischen Menschen sich wahrnehmen und auch“ Z. 173f (001GB, 2018).

### 2.2.7.2 Teamkolleginnen\* und -kollegen zum Auftrag an EX-IN

- Auftrag innerhalb des Teams/Dienstes

Die **Auftragserteilung** erfolgt hierbei kaum direktiv, Rahmen werden geschaffen oder sind zu erfragen, Aufträge entwickeln sich prozedural aus dem Tätigsein heraus und werden dann vereinbart. Abgrenzung gegenüber angrenzenden Berufsgruppen ist ebenso Bestandteil wie Selbstfürsorge des EX-IN für sich selbst:

„(...) ich kann mich nur erinnern, dass wir ähm, dass es nur im Dreiergespräch war bei einer Klientin, die mit ihrer Medikation unzufrieden war oder den Nebenwirkungen, die sie erlebt hat und sie ähm das mit ihrer Ärztin besprechen wollte und sich aber nicht getraut hat. Und ähm, der Herr A. dann angeboten hat also sie zu begleiten. Das dann mit uns abgesprochen hat und das war für die Betroffenen eine große Erleichterung, dass sie jemand begleitet und ich- wir waren da auch noch so in einem Findungsprozess ... und das sind wir auch nach wie vor: was sind Aufgaben für GB und bis zu welchem Grad gehen die: er hat ihr das angeboten und konnte sich das gut vorstellen, die Betroffene wollte das nutzen“ Z. 111 (000TK, 2018).

„(...) meine Vorgehensweise ist: Ich habe immer relativ freie Hand in dem, was ich tun konnte. Und, ähm, so habe ich das auch immer mit meinen Mitarbeitern gehalten und auch mit den Genesungsbegleitern. Wenn die irgendeine verrückte Idee haben, wo sie denken, damit können sie jetzt die, äh, Sozialpsychiatrie revolutionieren oder sonst irgendwas Tolles reißen, dann machen die das einfach. Und das wissen die auch. Das gilt für meine Mitarbeiter genauso für meine/ äh, die Genesungsbegleiter. Ja? Die können eben/ (.) Also, wenn der eine Genesungsbegleiter das Schlagzeug mag, der macht Schlagzeugtreffen hier. (...), macht Trommelgruppen oder/ das ist halt wieder je nachdem, wo sie mit Sicherheit erlangen oder wo sie sagen: ‚Damit kann ich mein Wissen oder meine Aspekte der Genesungsbegleitung gut transportieren oder den Menschen helfen.‘ Dann können sie das tun“ Z. 563f (003TK, 2018).

„(...), sich von Anfang an auch Klarheit verschaffen: ‚Was sind hier meine Möglichkeiten, was ist mein Rahmen?‘ ja, Hilfe anbieten, äh, den/ den Mitarbeitern, ne, wo es, äh, nötig ist. Genau. Ja. (...) Und, ja, und wirklich auch/ einfach auch gut auf sich selbst achten. Ne? Sich/ ähm, dafür sorgen, dass man einen Ansprechpartner hat und nicht irgendwie im luftleeren Raum hier rumschwimmt. Sondern, dass das auch von Anfang an klar ist. Vielleicht regelmäßige Gespräche oder so einfordern mit dem Teamleiter“ Z. 841f (006TK, 2018).

„(...) weil er ja auch aus einem sozialpädagogischen Hintergrund kommt - und das aber nicht sein Anstellungsgrund und –Merkmal ist und ich das von Anfang an- ich ihm das so –wir

das so besprochen haben: es geht um seine Perspektive als Betroffener und eben aus eigener Erfahrung und eben auch die- unsere Besucher“ Z. 163 (000TK, 2018).

Die Ergänzung der Perspektive um EX-IN führt zu *besserem Verständnis*, wird zur *Überprüfung kommunikativer Strategien* zu eingesetzt und um das *Symptomerleben besser einordnen* zu können (vgl. auch 003TK Z. 5). Weiter erfährt das **Angebot** an Service User Aufwertung, eigenen Bemühungen erhalten Reflexionsfläche:

„... ein Aspekt ist, glaube ich, Symptomerleben: also dass der Mitarbeiter in dem in dem Beratungs- oder Betreuungskontext- (...) ein bestimmtes Verhalten erlebt und dass er da dann die Sicht des GB abfragt, dass er da aus seiner Sicht, wenn er etwas vergleichbares erlebt hat- das noch mal schildern kann, also das kommt häufiger vor, und dann- ähm dieses, dieses Gespräch darüber über das was der Helfer anbietet, wie das beim Gegenüber ankommt. Also die Intention und das was gesagt wird, das ist ja immer das Gleiche“ Z. 13f (000TK, 2018).

„(...) Fr. X hat es immer wieder geschafft auch diese empathische Sicht ins Team quasi mit reinzubringen. Wir haben fachlich diskutiert und Fr. X. ist gefühlsmäßig immer mit den Klienten mitgeschwungen, hat sich in die hineinversetzt und hat damit praktisch ihre Meinung mit dazugesagt, aber mehr so aus der Sicht des Klienten, wie der sich wohl fühlt...“ Z. 31f (002TK, 2018).

„(...) das macht sozusagen in der Teamkommunikation einen Unterschied. (.) Und das heißt, wenn man (..) über einen bestimmten Menschen spricht und irgendwelche Eindrücke, die man hat, dann kommt von den beiden manchmal relativ persönlich auch so ein Beitrag: Für mich war das so und so. Ich habe das so und so. Also auch, denen fällt es in bestimmten Situationen leichter, sage ich jetzt mal, auch die Positionen, (.) ähm, der Bewohnerinnen hier zu vertreten oder einzufühlen, so will ich es beschreiben“ Z. 7f (009TK, 2018).

„Wenn er dann in/ in regelmäßigen Gesprächen mit der Person war. (...) das war dann/ ist da schon hilfreich, dass man auch noch mal so ein bisschen den Hintergrund kennt“ Z. 31f (006TK, 2018).

„(...) Das war immer ganz schön, dass sie einen da quasi immer auf den Boden der Tatsachen geholt hat auch. S0: ‚Stoppt mal hier, der kann nicht anders‘ oder ‚Wenn ihr das so und so macht, dann wird sich das für den grenzüberschreitend anfühlen‘ zum Beispiel. So, sie hat sich da einfach sehr reingefühlt“ Z. 35f (002TK, 2018).

„(...) Und bei X. ist es so, dass der immer wieder mal von Erfahrungen berichtet. Dass der sagt: ‚Und ich war so und so lange in einer WG, ich habe das so und so erlebt. Ich habe/ (.) ich hatte selber diese und jene Schwierigkeiten. Ja, ich habe zu bestimmten Dingen ein paar Jahre gebracht, um da drüber wegzukommen.‘ Ich, ähm/ Also der äußert aus einer langen Erfahrung heraus/ machen auf eine andere Art und Weise Verständnis. Grade auch, was den Faktor Zeit oder (.) Gelassenheit betrifft. So. Und wird man manchmal auch, (..) ähm/ (..) Und auch, wenn er selber mal wieder mit irgendwas zu kämpfen hat, das dann auch formuliert. Aber dabei nicht/ (.) nicht den Boden verliert. (...) er betont auch immer wieder mal, wie gut ihm selber die Atmosphäre hier tut. (...) Und das verlieren wir manchmal in bestimmten Situationen, wo wir auch im Team, oder mit bestimmten Situationen Stress haben, eher aus dem Blick“ Z. 23f (009TK, 2018).

„(...) Wir hatten da jetzt so Projektthemen mit denen wir beschäftigt waren und da war es mir wichtig den Herrn A. zu hören was ist seine Meinung dazu“ Z. 29 (000TK, 2018).

Die Kommunikation nimmt dabei einen zentralen Bestandteil ein: hier fungieren EX-IN gegenseitig *übersetzend, vermittelnd und verbindend*, sie werden vom Team geschätzt in ihrer Fähigkeit *Zugang* zu Klienten herzustellen, die sonst schwerer oder nicht erreichbar gewesen wären.

„(...) speziell bei Klienten eingesetzt, die sehr schwierig waren, die Probleme hatten, Vertrauen zu fassen, (...) wo ich nicht unbedingt einen der anderen Betreuungshelfer eingesetzt hätte. ... eben Klienten, (...) denen man definitiv auf Augenhöhe quasi- begegnen muss, damit sie einen überhaupt annehmen und diese Aug- also Fr. X. begegnet jedem eigentlich auf Augenhöhe, jedem der Klienten – so in unseren Gesprächen gibt es eigentlich kein hierarchisches Gefälle, so in der Beziehungsarbeit, würde ich sagen, ... da kann ich für mich schon sagen, dass ich Fr. X. gezielt da auch um Einsatz gefragt habe“ Z. 19f (002TK, 2018).

„Q: (...) für mich war Fr. X. die Klientenzentrierung, ein Stück weit (lacht). Also dadurch, dass sie einfach immer noch mal die Sichtweise der Klienten mehr verstanden hat, als wir und dadurch, dass sie das in die Entlastungsgespräche und die Teams eingebracht hat, dadurch hat sie zu mehr Klientenzentrierung beigetragen, das war das eigentlich

I: Aber daraus haben sich keine kontroversen Standpunkte ergeben?

Q: Nein, das jetzt nicht. Mehr so eine Übersetzungstätigkeit, Perspektivenerweiterung “ Z. 470f (002TK, 2018).

„(...) Ja, das ist gewissermaßen vom Gefühl her ein Stück weit weniger professionell, als die meisten Kollegen. Ich sage mal, das ist ein bisschen mehr so, ja, es hat einen etwas persönlicheren Charakter. So. Vom Kontakt her. (..) Und die sind ja beide an zwei Tagen da. Und, ähm, (...) ich erlebe die nahe dran an den Patienten. Und dadurch ändert sich ein bisschen die Stimmung. Also, in bestimmten Sprechsituationen, bei bestimmten Augenblicken, ist es so/ also es macht eine klei/ es macht einen atmosphärischen Unterschied so, ähm, (.) es/ es ist tatsächlich so ein bisschen eine Brückenfunktion würde ich jetzt noch mal sagen, in der Kommunikation“ Z. 10f (009TK, 2018).

- zum Auftrag gegenüber Service Usern

Gegenüber Service Usern werden Aufträge orientiert am EX-IN-Portfolio formuliert: EX-IN sollen *Empowerment* leisten und *Glaubwürdigkeit herstellen, um aktive Mitwirkung zu ermöglichen* –am Beispiel medikamentöser Behandlung wird dies verdeutlicht, da dies als bedeutsames Thema aus den Fokusgruppen mit angehenden EX-IN formuliert worden war (s. Anhang, Ergebnisse aus den Fokusgruppen), *Hoffnung vermitteln*.

„(...) weil wir als Berater, als Sozialpädagogen würde ich jetzt sagen- keine Berechtigung haben, beim Thema Medikation groß mitzusprechen, ja? Weil das nicht unsere Aufgabe ist und nicht in unserem Portfolio- der also der GB als erfahrener Nutzer quasi das einfach mitreibringt, ja,..., die Klienten zu stärken, dass sie in der Behandlung aktiv mitmacht,

nicht? Das ist ja so die Grundidee, dass der Betroffene sagt, wie es ihm geht mit der Behandlung und dass er sagt, ‚Das ist zu viel oder zu wenig‘ oder ‚Ich merke es oder ich merke nichts‘ und dass das Gegenüber das versteht“ Z. 25 (000TK, 2018).

„(...) Aber das halt wichtig ist, dass Genesungsbegleiter genauso das Recht haben, mal hinzuschauen und zu sagen: ‚Moment, Veto, da ist ein bisschen viel drin, habe ich das Gefühl. Können wir da mal drüber sprechen mit einem Arzt?‘ Ja? Durch den ist das gesichert, dass die Arzt Seite da mit sich reden lässt und man einfach eine Offenheit da transportiert. Aber ich habe das schon öfter so erlebt, dass da auch, ähm, sich vieles in den Wohnheimen auch an der Medikation der Menschen getan hat. Und dadurch auch eine ganz andere Entwicklung wieder passiert ist“ Z. 68f (003TK, 2018).

„Also (...), dass die versuchen, in bestimmten Situationen, grade wenn es schwierig ist, überhaupt Kontakt herzustellen. Oder wenn die Stimmung eher mal (...) ein bisschen feindselig oder vorwürflich oder paranoid ist, ähm, (...) dann gibt es Situationen, wo man auch so ein bisschen draufsetzt, dass die vielleicht da auch, äh, Verbindung herstellen können“ Z. 15f (009TK, 2018).

Die Vermittlung von *Hoffnung* wird da als besonders bedeutsam eingeschätzt, wo andere beteiligte Berufsgruppen Service User nicht in der Lage sind *Zugang herzustellen*. EX-IN repräsentieren durch ihr Tätigsein authentisch die Berechtigung von Hoffnung auf Genesung (vgl. auch 005TK 253) (vgl. (Bauer, 2023, S. 11).

„(...) das ist oft in diesen akuten Situationen, brauchen Klienten jemanden, der da einfach mehr Verständnis, Sicherheit gibt. Und ob da jetzt nicht die Genesungsbegleiter, die sind zum Beispiel im Klinik Alltag ja wirklich, äh, wichtiger sind als wir als Profis die kommen“ Z. 126f (008TK, 2018).

„Nein. Ja und, dass andere halt Mut kriegen dadurch, dass bei uns halt Menschen mit einem psychiatrischen Hintergrund be/ beschäftigt sind, das man (...) nicht nur gesundwerden kann, sondern das man auch wieder einen Job finden kann und zum Beispiel auch einen anderen Job finden kann oder neue Ziele erreichen kann“ Z. 57f (003TK, 2018).

Die *Bereitschaft zur Auseinandersetzung* mit der eigenen Erkrankung und damit auch Möglichkeiten des Umgangs damit, werden durch EX-IN erleichtert

„Wo ich noch/ also so im Gespräch mit dem Klienten gemerkt habe, dass da so ein gewisser Leidensdruck ist. Aber auch, äh, noch eine gewisse Scheu, ähm, sich auch diese/ diese Erkrankung und auch die Einschränkungen manchmal einzugestehen. Und das auch immer vor verschiedenen Stellen so offen darüber zu sprechen. Also, ähm, sei das jetzt auch mit mir als, ähm, (...) ähm, sozialpsychiatrische Begleitung, Betreuung. Ähm, auch mit Ärzten, mit verschiedenen Behörden. Ähm, dass ich da dann dachte: ‚Okay, es wäre noch mal gut, wenn er mit jemand mal sprechen könnte, der ähnliches erlebt und ähnliches durchgemacht hat‘, ... genau, um sich da ein bisschen, äh, ja für sich auch klarer zu werden: Wie sehr möchte ich mich damit jetzt auch/ mit welcher/ welchem Teil meiner Erkrankung auseinandersetzen? Was möchte ich, ähm, wirklich behandeln lassen. Auch, äh, genau Und auch, äh, zu, was weiß ich, na welche Behandlungsmethoden wären vielleicht auch sinnvoll für mich? Um da auch ein bisschen, so die Hemmschwelle auch abzubauen. Ne? Sei das so bei Therapie oder Medikamenten oder überhaupt erst mal, ja, ein Arzt“ Z. 21 ff (006TK, 2018).

Die *Aufwertung des Angebots* an Service User erfolgt durch inhaltliche Weiterentwicklung durch die Perspektiverweiterung und Ergänzung des Spektrums, zudem sind zeitliche Kapazitäten durch EX-IN wirksam:

„Klar, äh, äh, es/ ja. Es ist klar, dass es, äh, Mitarbeiter gibt, die sagen: Der Aufwand ist mir zu groß. Der Aufwand, äh, wirklich, äh, (.) jetzt die Bezugsperson vorzustellen und die Vor- und Nacharbeit, das ist mir mehr, als wenn ich diese Termine mache. Und ich sage es immer: Was ist für mich wichtig? Ist für mich wichtig, äh, hm, meine Arbeit zu erweitern, um mehr, äh, Angebote zu haben, als wenn ich selber komme dann natürlich. Und gut machen. Aber da ist man dann auch teilweise blind“ Z. 166f (008TK, 2018).

„(...) Also wir haben halt unsere Zeitkapazitäten, durchschnittlich pro Klient. Und das ist dann manchmal, wenn VIELE eigentlich mehr bräuchten, dann, ja, kommen wir auch an unsere Grenzen und dann ist es wirklich eine Hilfe und Entlastung, dass man da noch mal ganz in Ruhe noch mal auf ein Thema, ähm, (.) ja, eingehen kann“ Z. 25f (006TK, 2018).

- Eigene Mission

Die *Erweiterung des Wissensspektrums* und der Fähigkeiten, die für den Berufsalltag als notwendig erachtet werden, wie der *Umgang mit den eigenen Ressourcen*, lenkt Achtsamkeit auf die Selbstfürsorge von EX-IN.

„(...) unsere Besucher- äh, ja, da gibt's ein paar, die die suchen viel Kontakt und das ist aber auf Dauer auch nicht immer günstig für sie- und das Nähe-Distanz Thema, darüber haben wir gesprochen, auch dass er sich abgrenzen kann zu einem gewissen Zeitpunkt und auch wie er auch mit seinen zeitlichen Ressourcen gut –gut umgehen kann“ Z. 35f (000TK, 2018).

„(...) das ist immer auch zum Beispiel, wenn bau/ Fr. X. neue Klientin hat, äh, berichten wir wirklich alle Infos auch vom Krisenplan, von allem. Und versuchen immer zu sagen: Nicht/ nie persönlich nehmen. Sondern wirklich, das ist Wahn, das ist Psychose. Für Person da sein. Aber auch für sich natürlich sorgen. Und, hm, ich sage es immer: So Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, da habe ich weniger Angst oder nicht so Angst, Sorge um/ äh, wie es Genesungsbegleiter selber gehen wird“ Z. 126f (008TK, 2018).

Die *Pionierleistung* zeichnet sich bei mangelnder Referenz zur Einordnung von EX-IN als professioneller Tätigkeit sowie der sich *noch in Entwicklung befindenden Identität* anhand des *Strebens nach Anerkennung* und den praktischen Problemen der Abrechnung von Einsätzen nach Leistungsvereinbarung.

„Ja, also ich muss sagen, (.) von den jetzigen Erfahrungen her, ist es, glaube ich, etwas schwierig für die Kollegen, sich selber zu positionieren in der Arbeit, den Wert zu sehen. Weil, es ist ja schon so, mit dieser Ausbildung haben sie das Gefühl, etwas Besonderes in der Tasche zu haben. (...) Und, äh, aber die Qualifikation ändert sich dadurch im Grunde ja nicht so, dass (lachend) die das vom Sozialamt bezahlt bekämen. (...) Und das heißt, ich dürfte eigentlich diese Person weiterhin nur für Fachleistungsstunden A einsetzen. Und das

bedeutet eigentlich, Assistenzleistungen. Das heißt, mit jemanden einkaufen gehen, mit jemanden putzen oder auch mal für ihn oder für sie. Und das wäre es. (...). Und das ist ein bisschen schwierig“ Z. 39f (005TK, 2018).

„(...) von beiden habe ich das aber häufiger gehört, dass, äh, sie das/ (.) ja, dass die das auch kränkt, dass diese Arbeit dann nicht so gesehen wird, wie sie das selber sehen. (..) Weil, es ist natürlich nicht so sehr zu trennen. Das liegt aber auch an diesem System mit den Fachleistungsstunden. Wenn jemand mit mir einkauft, dann kann ich nicht sagen: ‚Wenn du ein Problem hast, dann, äh, wende dich bitte an die andere Kollegin.‘ Sondern das wird natürlich auch mit den/ diesen Mitarbeitern besprochen, die täglich da ein und aus gehen“ Z. 47f. (005TK, 2018).

- Gesellschaftlicher Auftrag

Die *Verbreitung des EX-IN-Konzepts* wird vorangetrieben der Abbau von Befürchtungen adressiert, auf Kostenträger wird bezüglich der *Refinanzierung* (vgl. auch 001TK Z. 138f) eingewirkt.

„(...) Ich glaube, die Herausforderung ist, wenn man mit anderen Trägern, mit anderen Kollegen zusammenkommt, die dem Thema sehr skeptisch gegenüberstehen, ist die Herausforderung, dass vielleicht mit wohlwollenderem Blick (..) ja, zu kanalisieren. Also ich denke mir einfach mal, dass die Menschen dann einfach mal so sagen: ‚Hey, probier‘ das mal und guck mal. Geh drauf an. Also schau, was es mit deinem Team macht, mit deinen Kollegen macht?‘ Das Thema, äh, auf eine gute Art und Weise zu transportieren und weiterzugeben“ Z. 592f (003TK, 2018).

Der offene Umgang von EX-IN mit eigener Betroffenheit trägt dazu bei *Vorurteile zu reduzieren* und über *psychische Erkrankungen zu informieren*.

„(...) Also ich habe das immer ganz, äh/ als sehr schön empfunden, wenn jemand da nicht mit seiner Geschichte hausieren geht. Aber offen und ehrlich über diese Ausbildung redet. Halt einfach so sagt: Das und das steckt dahinter. Das ist damit gewollt. Und so und so, äh, (.) nicht mit seiner Krankheit oder mit/ mit irgendwelchen schlimmen Vorerfahrungen oder so was. Das gar nicht. (...) -Offenheit schon. Wie gesagt, nicht, dass man persönlich werden muss oder so was.// Aber, dass man da ruhig erzählen kann, welchen Hintergrund diese Ausbildung hat. Was damit gemeint ist. Wo die Stärken auch liegen.... Weil, viele können sich einfach darunter noch nichts vorstellen. //Auch halt anerkennen. Ne?“ Z. 239f (005TK, 2018).

### 2.2.7.3 Gegenüberstellung der Aussagen zu Aufträgen an EX-IN

Tabelle 41 – Gegenüberstellung der Aussagen zu Aufträgen von EX-IN

Aufträge an/ von EX-IN, Auftragser- arbeitung	EX-IN	TK	Bemerkung
Auftragsertei- lung	Auf Basis gemeinsamer Erfahrung, Auftrag wird prozedural entwickelt	Wenig direktiv, prozedural entwickelt anhand individueller Fähigkeiten und Fertigkeiten	Orientiert an Bedarfen von SU Lücken im Angebot ergänzen, orientiert an EX-IN
	Abgrenzung gegenüber anderen Berufsgruppen	Abgrenzung gegenüber anderen Berufsgruppen	Eigene Rolle haben, EX-IN Stil wird betont, EX-IN soll „kein Sozialarbeiter“ sein
	Vorgehen geprägt von Pioniercharakter	Vorgehen geprägt von Pioniercharakter	Anerkennung besonderer Situation mit neuer Rolle, Aufgabenteiligkeit, etc.
Auftrag innerhalb des Teams	Perspektiverweiterung wird v. a. bei schwer erreichbarer Klientel eingesetzt um Zugang zu ermöglichen	übersetzende/ dolmetschende Person sein, Brückenfunktion haben, vermitteln/ Bindeglied sein	Aufwertung Angebote/ Kommunikation durch Ergänzung um Betroffenenperspektive
	Gern gehört werden bei Problemen	Besseres Verständnis für Klientel, Symptomerleben	Verständnis verbessern, Sicht einbringen
	Einfluss auf Verwendung von Sprache haben	Stärkt Reflexion kommunikativer Strategien	Aufwertung Kommunikation innerhalb

			Teams und gegenüber SU
	Erweiterung der Perspektive durch EX-IN für EX-IN	Vermittlung von Verständnis für Dauer von Prozessen an TK stärkt Hoffnung	Reziproker Lerneffekt
		Inhaltliche Weiterentwicklung des Angebots	Konzeptionelle Aufwertung
Auftrag gegenüber Klientel	Gesprächsangebote für SU	Zeitliche Ressourcen einsetzen wo Profis knapp sind	Zeitressource
	„So da Sein“ als absichtsloses Angebot	Atmosphäre verbessern	Spezifisches Angebot
	Aufbau Beziehungsarbeit	Zugang in schwierigen Konstellationen ermöglichen	Aufbau von Kontakt/ Bereitschaft zu Beziehung
	Alltagsbegleitung	Alltagsbegleitung	Alltagsbegleitung
	Hoffnung vermitteln	Hoffnung vermitteln	Reziprozität für SU aber auch TK
	Empowerment, Selbstwertgefühl stärken, Ermutigen für eigene Rechte einzutreten	Empowerment für eigene Bedarfe einzutreten	Empowerment leisten
	Vertrauen schaffen, Glaubwürdigkeit vermitteln	Glaubwürdigkeit herstellen, um aktive Mitarbeit zu ermöglichen	Glaubwürdigkeit für Bemühungen/ Personal herstellen
Eigene Mission/ innerer Auftrag	Team zu mehr Partizipation für SU ermutigen	Weiterentwicklung Dienste erleichtern	

	Sich anwaltlich für SU einsetzen als Gegengewicht, auch gegenüber TK tätig sein		Machtgefälle in der Versorgung reduzieren
	Selbstfürsorge bei TK stärken		TK in Selbstfürsorge unterstützen
	Sich für Verbreitung einer stärker annehmenden Haltung einsetzen		Akzeptanz , eigenständige Willensbildung stärken
		Erweiterung der prof. Fähigkeiten von EX-IN selbst	Ausbau beruflicher Fähigkeiten
	Eigene Selbstfürsorge leisten, eigene Teilhabe ausbauen, existentielle Sicherung erlangen	Selbstfürsorge, Stabilisierung für EX-IN selbst erreichen	Stabilisierung für EX-IN
	Pionierarbeit: Entwicklung und Anerkennung eigener beruflicher Identität/ Berufsbild	Pionierarbeit unterstützen der Entwicklung beruflicher Identität	Pionierleistung Implementierung und Adaption
Gesellschaftlicher Auftrag	Akzeptanz für EX-IN schaffen/ für EX-IN-Konzept als ‚must have‘ werben	EX-IN-Konzept verbreiten, Vorurteile auch bei TK abbauen	Akzeptanz für EX-IN-Konzept
	Refinanzierbare Leistungen erbringen, Abgrenzung von Ehrenamt	Refinanzierung ermöglichen, Aufnahme in Leistungsvereinbarungen vorantreiben	Refinanzierung über Regelleistungen anstreben
	Abbau von Vorurteilen	EX-IN für Abbau von Vorurteilen in der Gesellschaft nutzen	Vorurteile abbauen

Zur Formulierung und Erteilung des Auftrags sind EX-IN und TK einig im prozeduralen Vorgehen, der Orientierung an Bedarfen der Klientel und auch mit der Prämisse die EX-IN-spezifischen Fähigkeiten zum Einsatz zu bringen und zu erhalten. Ähnlich ist es um die Aufträge innerhalb der Teams bestellt:

die Funktionen als Übersetzerin\*/ Übersetzer, das Wirken durch die Perspektiverweiterung und die Aufwertung der Kommunikation finden sich beidseits. Im Bezug zur Klientel wird der Auftrag insbesondere im Beziehungsaufbau und mit der Vermittlung von Glaubwürdigkeit als Botschaft als spezifisch betrachtet. Die Vermittlung von Hoffnung gelingt darüber hinaus in der Wirkung auf TK.

Mit der eigenen Mission von EX-IN finden sich neben den Überschneidungen zur Sicht von TK in Aspekten wie Stabilisierung und der Pionierleistung zur Implementierung der Perspektive in der Versorgung auch einige eigene Impulse: Hier werden die Beförderung von Partizipation und Autonomie benannt, der Abbau von Machtgefällen in der Versorgung aber auch das Stärken der Selbstfürsorge-Leistungen von TK.

Mit dem Auftrag gegenüber gesellschaftlicher Entwicklung sind beiden Seiten der Abbau von Vorurteilen im Allgemeinen, Akzeptanz für da EX-IN-Konzept und aber auch die Etablierung hinsichtlich der Refinanzierung der Leistungen wichtig.

## Teil IV – Diskussion und Resümee

### 1. Zentrale Ergebnisse

Die Forschungsfrage, wann sich EX-IN Genesungsbegleitungen als professionell handelnd erleben und wann sie als solche von ihren Kolleginnen\* und Kollegen erlebt werden, erweiterte den Diskurs zu Service User-Involvement und Peerarbeit in der psychosozialen Versorgung. In dieser Studie zu „Experienced Involvement in der psychosozialen Versorgung Deutschlands“, wurden mit einem Mixed Methods-Design quantitative und qualitative Daten erhoben und ausgewertet. Daraus lassen sich zunächst vier zentrale Ergebnisse und Erkenntnisse ableiten:

1. Soziale Arbeit in sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern kann bei der Wahrnehmung von ethischen und methodisch-fachlichen Aufträgen durch die Einbeziehung von EX-IN/ Peer-Involvement deutlich unterstützt werden. Dies gilt für eine menschenrechtliche Perspektive, die Antidiskriminierung und den Abbau von Stigmatisierung und Vorurteilen Sozialer Arbeit als Auftrag zuweist. Zentraler Bezugspunkt methodischer Ansätze Sozialer Arbeit sind Partizipation und Teilhabe. Die Einbeziehung von Peer-Involvement und die Umsetzung einer Recovery-Orientierung als Teilhabeanspruch stärken Soziale Arbeit im Arbeitsfeld.
2. Eine Wirksamkeit von EX-IN Settings konnte mit der Studie in der Betrachtung des Impacts auf Dienste, Teams und Teamkolleginnen\* und -kollegen, auf Service User und EX-IN selbst über die verschiedenen Settings sozialpsychiatrischer Versorgung bestätigt werden. Erfahrungswissens-basierte Beiträge unterstützen konzeptionelle Weiterentwicklung und erweitern Angebotsportfolios von Diensten. Niedrigschwellige Zugänge tragen zu primärer, sekundärer und tertiärer Prävention, wie dem Abbau von Zugangs-Barrieren des Arbeitsfeldes bei. Für Fachkräfte wird Verstehen und Verständnis für Service

User und deren Bewältigungshandeln gestärkt. Professionelle Weiterentwicklung wird durch die Stärkung von Selbstkompetenz und die Reflexivität professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit gestützt.

3. Der Beitrag der durch EX-IN in der psychosozialen Versorgung geleistet wird ist spezifisch und kann nicht von anderen Berufsgruppen ersetzt werden. Zur Kompensation wird die Anstellung mehrerer EX-IN empfohlen und teils bereits praktiziert, eine weitere Untersuchung zu dieser Eigenständigkeit und deren Potentialen zur Aufwertung der Dienstleistungen ist anzuraten.
4. Die Qualifizierung von EX-IN leistet einen zukunftsweisenden Beitrag zu beruflicher Rehabilitation von Menschen mit Psychiaterfahrung: fast 50% der EX-IN-Beschäftigungsverhältnisse sind sozialversicherungspflichtig. Zudem zeigte die quantitative Erhebung der Beschäftigungssituation von EX-IN in Deutschland eine Verbreiterung des Spektrums und der Häufigkeit des Einsatzes von EX-IN in sozialpsychiatrischer Versorgung.

## **1.1 Soziale Arbeit und Peer-Involvement in der Sozialpsychiatrie**

### *1.1.1 Sozialpsychiatrische Reform und Bedeutung des eröffneten Handlungsfeldes für Soziale Arbeit*

Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie hat sich bereits seit Beginn der Psychiatriereform in Deutschland fokussiert mit Vorurteilen, Stigmatisierung und Selbststigmatisierung und deren Folgen, aber auch dem Umgang damit auseinandergesetzt. Schon 1994 formulierte Baecker jedoch auch Thesen zur Stigmatisierung durch Handlungsstrategien Sozialer Arbeit selbst. Er benannte dazu den Motivverdacht (Helfen dient eher der Finanzierung der helfenden Organisationen als den Adressaten), den Effizienzverdacht (Hilfe wird in dem Moment, in dem sie gewährt wird, ineffizient, da Potentiale der Selbsthilfe eher verschüttet als gefördert werden) und den Stigmatisierungsverdacht (Helfen erhöht über die Markierung der Hilfsbedürftigkeit die Wahrscheinlichkeit, dass diejenigen dauerhaft hilfsbedürftig bleiben, denen geholfen wird) (Baecker, 1994, S. 93f). Bereits Salomon (1921) adressierte diese „Gefahr der Abhängigkeit“ (Salomon, 1921, S. 162) und hielt dem die Professionalisierung

von Hilfen entgegen (ebd.). Zentrale Argumentationsfigur ist hier das Ehrenamt, dem ein großer Einfluss und Initiativkraft für die Entwicklung der Arbeitsfelder Sozialer Arbeit zugeschrieben wurde (ebd. S. 160). Angeschoben durch die Psychiatrie-Enquete 1975 (Behringer & Achberger, 2019, S. 75f.) wurde eine Psychiatriereform angestoßen, seit der sich sozialpsychiatrisches Handeln in Deutschland durch Enthospitalisierung, Deinstitutionalisierung und Ambulantisierung neu definiert hat. Sozialpsychiatrische wie klinische Arbeitsfelder haben breit Soziale Arbeit als Profession beteiligt. Sozialpsychiatrie hat sich vom therapeutischen Nihilismus einer Anstaltspsychiatrie hin zu begleitenden und Alltagsbewältigung unterstützenden Diensten in der Gemeinde entwickelt. Mit dieser Entwicklung wandelten sich auch Berufsrollen und Zuständigkeiten: War lange Jahre im Hilfesystem überwiegend ärztliches und pflegerisches Personal tätig, so waren nun zunehmend Berufsgruppen gefragt, die nicht nur Kompetenz im persönlichen und sozialtherapeutischen Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen hatten, sondern auch im Alltag dieser individuelle, klientenzentrierte Unterstützung umsetzen konnten. Anforderungen an berufliche Kompetenzen haben sich erweitert: nicht nur die Kenntnis und Beratung zu (sozial-) rechtlichen Möglichkeiten als anwaltschaftliche Aufgabe, sondern auch Bedarfsbemessung und Hilfeplanung/ Teilhabepaltung, sozialräumliches Netzwerken, Beteiligung an struktureller wie konzeptioneller Entwicklung von Diensten und Angeboten in den jeweiligen Regionen haben sozialpolitische Dimensionen Sozialer Arbeit erfordert. Konkret formulierte der Deutsche Bundestag 1975, dass es „keinen Bereich der Versorgung psychisch Kranker gibt, für den nicht die Mitarbeit von Sozialarbeitern zweckmäßig ist und gefordert wird.“ (Deutscher Bundestag, 1975, S. 336). Mit der Psychiatriereform verschob sich die Rolle der psychiatrisch-medizinisch Handelnden hin zu kurzen stationären Behandlungsphasen und einer flankierenden Behandlungs-Funktion. Gleichzeitig musste sich Arbeitsteilung und Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen der Gesundheits- und Sozialberufe (ebd. S.17) entwickeln. Die Einführung der sozialpsychiatrischen Diagnose (und aktuell dialogisch verhandelter Teilhabepaltung) neben der ärztlichen Diagnose ist inzwischen durch die Reform des SGB IX leistungsbe gründend (§19 SGB IX). Diese Entwicklung traf und trifft auf Widerstände nicht nur medizinisch-psychologischer Berufsrollen, sondern auch in der Pflege. Seit Mitte der 1970er Jahre ist eine Umsetzung der Reform-Vorhaben aus der Psychiatrie-Enquete nur schrittweise und nicht flächendeckend erfolgt (Behringer & Achberger, 2019, S. 81f). Ergebnisse des Forschungsdesigns zeigen auch aktuell noch Parallelen einer ungleichzeitigen Umsetzung der Reform wie des Verharrens in Mustern ärztlicher Deutungshoheit (von Kardorff, 2023, S. 23) im Kontext der heutigen sozialpsychiatrischen Praxis.

Hier anschließend folgt eine Zusammenfassung der Barrieren und Widerstände zu einer Weiterentwicklung sozialpsychiatrischer Hilfen mit der Beteiligung Betroffener.

### *1.1.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit unter Einbeziehung der Selbsthilfe als Gestaltungsaufgabe Sozialer Arbeit*

Die inzwischen gewachsene Heterogenität von Berufsrollen und Professionen in der Sozialpsychiatrie zeigt sich auch in Gestalt der Formulierung gemeinsamer Erklärungen der damit befassten Berufsverbände und Organisationen wie in der „Gemeinsamen Erklärung des Runden Tisch Interprofessionelle Zusammenarbeit in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung“ (DGPPN, 2024, S. 1ff). Der Begriff der Interprofessionalität wird hier im Verständnis für die Zusammenarbeit in wechselseitiger Beziehung und unter Überschneidung von Kompetenzbereichen verwendet (Kälble, 2004, S. 40).

Insbesondere in teilstationären oder ambulanten Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe führten die Reformen zu einer Hegemonie Sozialer Arbeit (Röh & Schreieder, 2022, S. 5). Die Forschungsergebnisse der vorliegenden Arbeit belegen, dass mit einer Erweiterung professioneller Teams um die Perspektive Betroffener bzw. die Implementierung von Peer-Involvement zunächst keine Änderung im Anspruch an interprofessionelles Arbeiten entsteht: Erfordernisse wie die Klärung von Aufträgen unter Anerkennung spezifischer Beiträge der verschiedenen Perspektiven, der Organisation von Austausch und der strukturellen Einplanung dafür notwendiger zeitliche Ressourcen bestehen fort (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.1). Ähnlich lautende Empfehlungen finden sich mit gegenseitiger Anerkennung gemeinsamer und spezifischer Aufträge in der gemeinsamen Erklärung des o. g. Runden Tisches wieder, die „... an alle Berufsgruppen und Personen die in allen Settings und Sektoren der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen praktisch, leitend oder steuernd tätig sind“ (DGPPN, 2024, S. 5) gerichtet ist. Über diese Empfehlungen hinaus wird aus der Studie lediglich die Benennung einer Ansprechperson für EX-IN angeraten (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.1). Diese Art der Kooperation, wird auch durch neue methodische Handlungsansätze der Sozialpsychiatrie gestützt: Die Zusammenarbeit im Modell des Need-Adapted-Treatments (Alanen et al.1991, S. 321f) zur Begleitung von Menschen mit Schizophrenien setzt voraus, dass unter systematischer Einbeziehung des sozialen Netzes eine multiprofessionelle Zusammenarbeit in Psychose-Teams mit Nutzung möglichst breiter Perspektiven und ohne Hierarchien umsetzt (Riemann, 2015, S. 129f). Die Begriffe von Interprofessionalität und Multiprofessionalität werden teils synonym verwendet und erfahren in

Medizin und Sozialwissenschaften unterschiedliche Bedeutungszuschreibung (Mahler et al. 2014, S. 1f) – an dieser Stelle wird Multiprofessionalität als Synonym für Interprofessionalität erfasst. Aus der Dominanz von Berufsrollen Sozialer Arbeit im Arbeitsfeld lässt sich die Gestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit als Auftrag an ihre Fachkräfte ableiten. Die Integration multipler Bezugswissenschaften im Studium Sozialer Arbeit bietet Anknüpfungspunkte und Sensibilität für den Prozess der Gestaltung und Moderation interprofessioneller Kooperation. Zugleich stellt die Einbeziehung der Beiträge aus Ehrenamt und Selbsthilfe selbst einen Bestandteil der Professionalisierung Sozialer Arbeit dar (Salomon, 1921, S. 160f) (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.1).

### *1.1.3 Deprofessionalisierung durch die Beteiligung von Peers an professionellen Settings*

Bedenken der Deprofessionalisierung Sozialer Arbeit sind im Kontext der Beschäftigung von EX-IN/ Peers zu berücksichtigen:

„Deprofessionalisierungstendenzen in der Sozialen Arbeit werden im Zusammenhang mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Phänomenen beschrieben: einer Veränderung wohlfahrtsstaatlicher Prinzipien, neoliberaler Sozialpolitik, einer Ökonomisierung und Prekariisierung Sozialer Arbeit, der Neuen Steuerung und Organisationszwängen sowie Technologieentwicklungen und der Digitalisierung“ (Ehlert, 2022, S. k. A.).

Diese finden sich in der quantitativen Erhebung mit Verweisen auf Fragen der Finanzierung aber auch auf Qualifikation und Eignung, teils unter Reproduktion von Vorurteilen wieder (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 1.2.3). Im qualitativen Teil der Untersuchung zeigen sie sich in der Formulierung von Befürchtungen zu möglichen Konkurrenzsituationen in der professionellen Beziehungsgestaltung oder aber einem Stellenabbau (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.4). In der Praxis der untersuchten Dienststellen fand sich kein Verweis auf einen Ersatz von Stellen oder eine qualitative Abwertung der Angebote, jenseits der als Bedenken und Herausforderungen geäußerten mangelnden tariflichen Einbindung (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.3), den Erfordernissen von Klärungsprozessen hinsichtlich Auftrag (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.7) und der Rolle im Team (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.6) , sondern im Gegenteil, eine qualitative Aufwertung der Angebote bei entsprechendem Einsatz von EX-IN (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.1). In Bezug auf die Spannungsfelder des Diskurses um die Profession Sozialer Arbeit ist Folgendes zu resümieren: Genesungsbegleitung als berufliche Rolle bewegt sich zusammen mit den Berufsrollenträgerinnen entsprechend des handlungstheoretischen An-

satzes von Heiner (Heiner, 2010, S. 33ff) im konkreten Bereich der Selbstkompetenz, nicht erwartet von EX-IN wird in der Praxis System- und Fallkompetenz.

„Die Fallkompetenz ist bezogen auf das Klientensystem (Probleme und Ressourcen der KlientInnen und ihres sozialen und institutionellen Umfeldes); Systemkompetenz ist bezogen auf die Organisation der Fachkraft und auf das Leistungssystem, mit dem kooperiert wird (...) Die Selbstkompetenz ist bezogen auf die Person der Fachkraft (Einstellung, Haltung, Qualifikation, Motivation)“ (Gromann, 2010, S. 12).

Die formulierten Spannungsfelder lösen sich in der konkreten Praxis auf, wenn eine transparente und faire Arbeitsteilung wie gegenseitige Unterstützung offen vereinbart werden können.

#### *1.1.4 Peer Involvement setzt Partizipation und Anti-Stigmatisierung als zentrale Aufgaben Sozialer Arbeit in der sozialen Psychiatrie um*

Die Persistenz paternalistischer Strukturen in Psychiatrie wie Sozialpsychiatrie und die Dominanz von Berufsrollenträgern in der Gestaltung von Assistenz, Begleitung und Betreuung verdeutlicht die Aktualität des Diskurses um Partizipation und Beteiligung von EX-IN. Die vorliegende Auswertung bestätigt die Einschätzung von Kardorff (2023):

„Partizipation und Selbstbestimmung sind in der Regelversorgung – nimmt man einmal die noch verstreuten, aber wachsenden trialogischen Angebote aus – immer noch keine Selbstverständlichkeit: in der routineförmigen Behandlungspraxis, aber auch in der Forschung dominieren Themen wie Compliance und Behandlungssadhärenz und Konzepte der Psychoedukation, die von der Definition des psychisch kranken und nach Expertenkriterien zu „modifizierenden“ Patienten ausgehen. Mangelnde Compliance wird als Krankheitssymptom, als Zeichen für eine negative Prognose oder bestenfalls als Scheitern der Fachkraft/Patient Kooperation gesehen“ (sic!) (von Kardorff, 2023, S. 17).

Die regional extrem unterschiedliche Verbreitung von Kursangebot und tatsächlicher Beschäftigung, wie insgesamt auch die noch geringe Umsetzung von Selbstbestimmung und Partizipation im Arbeitsfeld wurde in der quantitativen Studie deutlich (vgl. Teil III, Abschnitte 1.2.1–1.2.6).

Peer-Involvement kann als wirksame Partizipationsstrategie verstanden werden (vgl. Teil III, Abschnitte 2.2.2, 2.2.5). Im Forschungsvorhaben selbst wurde versucht, zumindest Anteile partizipativer Forschungsstrategien mit einzubeziehen. Mit der Durchführung von Fokusgruppen (Schulz, 2012, S. 9f) mit angehenden EX-IN in zwei Runden zu Beginn und Ende der des EX-IN-Kurses wurden Erwartungen, Hoffnungen, wie Befürchtungen bezüglich der angestrebten Betätigung als EX-IN in der sozialpsychiatrischen Versorgung

erfasst. Die hier erarbeiteten Themen wurden, ebenso wie konkrete Fragestellungen in die Exploration durch die Fragebögen aber auch durch die Interviewleitfäden eingebracht.

Gleichzeitig bedeutet Peer-Involvement nach Yang (2007) selbst nicht nur Partizipation, sondern auch aktive Anti-Stigma-Arbeit. Yang et al. beschäftigten sich dazu mit dem „Strategic Stigma Change (SSC)“. Corrigan hat diesen Ansatz weiterbearbeitet und seine Schlüsse daraus in fünf Prinzipien zusammengefasst (Corrigan, 2011, S. 824f): Anti-Stigma-Maßnahmen müssen gezielt, lokal, glaubwürdig sein und beständigen Kontakt herstellen. Sie schließen somit wiederum an die Kontakthypothese von Allport (Allport, 1954, S. 280) an und schärfen darüber hinaus die Adressierung lokaler Zielgruppen und den Einsatz glaubwürdiger Repräsentanz vor Ort. Weitere Hinweise auf Wirkfaktoren und hilfreiche Strategien von Anti-Stigma-Arbeit stellt das Aktionsbündnis seelische Gesundheit vor: Protest, Aufklärung und Kontakt (Gaebel, Ahrens, & Schlamann, 2010, S. 10f) und kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass Anti-Stigma-Arbeit zielgruppenorientiert und auf Expertise Betroffener basierend, die besten Effekte erzielt. (ebd. S. 5). Die vorliegende Untersuchung liefert Nachweise für die Bedeutung von EX-IN sowohl mit partizipativer Gestaltung als Arbeits-Konzept als auch mit antistigmatisierender Wirkung von Genesungsbegleitung (vgl. Teil III, Abschnitt 2.2.4).

Die Arbeits-Konzepte untersuchter Dienste und Einrichtungen haben durch den Einsatz von professionalisierten Peers profitiert (vgl. dazu Teil III Abschnitt 2.2.7). Dabei sollte die Einbeziehung von Betroffenen ohne zusätzliche Qualifizierung nicht in Konkurrenz stehen, beide Formen des Peer Involvement sind bereichernd für den Erhalt der Perspektivenvielfalt.

Mit diesen Schlaglichtern auf die Ausrichtung zeitgemäßer Anti-Stigma-Arbeit sei ein weiterer Baustein, der sich aus der Forschungsarbeit erschließt, formuliert: Die in den Interviews aufscheinenden Irritationen und immanenten Vorurteile bei psychiatrischen Berufsrollenträgern (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.4) bedürfen ebenfalls einer Adressierung. Die Vorbereitung auf die Zusammenarbeit mit Peers als Kolleginnen\* und Kollegen in Studium und Ausbildung könnte hierzu einen wertvollen Beitrag leisten, wenn Erfahrungswissen in die Lehre einfließt und sich so als Ressource für die Arbeit mit Service Usern erweist und gegebenenfalls vorhandenes eigenes Erfahrungswissen urbar werden lässt (Bauer, Dettmann, & Weser, 2025, S. 128). Eine weitere Strategie kann in Anlehnung an den Umgang mit schambesetzten Themen nach Scheff (2012) hilfreich sein: Eine Enttabuisierung des Vorhandenseins eigener Vorurteile als Teil einer im natürlichen menschlichen Verhalten angelegten Überlebensstrategie (Allport, 1954, S. 206f) kann die Auseinandersetzung und Überwindung derselben erleichtern. Eine starke Vermeidung hingegen, wie sie durch die Provokation von Schamgefühlen (Scheff, 2013, S. 87f) ausgelöst werden kann, ist als deutlich hinderlich einzuschätzen.

## **1.2 Erweiterung professioneller Strategien Sozialer Arbeit durch Pionierarbeit, der Selbstreflexion von Störgefühlen und der Überprüfung von Routinen**

Die Geschichte Sozialer Arbeit ist eine Geschichte von Pionierarbeit zunächst mit dem Ziel der Bekämpfung von Armut, individuell und zunehmend strukturell. Im Streben nach sozialer Gerechtigkeit war sie dabei oft ihrer Zeit voraus, während sie Missstände auszugleichen suchte, die durch fehlende Berücksichtigung gemeinschaftlicher und solidarischer Maßnahmen verursacht wurden. Einhergehend damit war immer auch Herrschaftskritik und die Infragestellung von Machtverhältnissen Triebfeder für Entwicklung (Kuhlmann, 2021, S. o. A.; Wendt, 2020, S. 43f).

Die Implementierung und Ausgestaltung von EX-IN in der sozialpsychiatrischen Versorgung ist mit der Integration einer eigenständigen und neuen Perspektive als Pionierarbeit zu bezeichnen. Wie die Forschungsarbeit gezeigt hat, sind EX-IN häufig die ersten Kolleginnen\* und Kollegen mit Peer-Perspektive an ihren Stellen (vgl. dazu Teil III Abschnitt 1.2.7). Die Vielfalt an Einsatzfeldern (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 1.2.11) bringt unterschiedliche Ansprüche an und Chancen in Passung und Diversität seitens Diensten und/ oder Kostenträgern und den Angeboten der EX-IN-Genesungsbegleitung mit sich. Offene Fragen und Barrieren in der Kommunikation sorgen für Irritation und stellen zugleich mit Perspektiverweiterung und Brückenfunktion zentrale Anliegen von Peearbeit dar (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.7). Die Störung von Routinen kann zu qualitativer Aufwertung sozialpsychiatrischer Angebote genutzt werden (vgl. Dazu Teil III, Abschnitt 2.2.5). Bereits 1925 formulierte Korczak:

„Routine erwirbt ein gleichgültiger Wille, der auf der Suche nach Methoden und Methöden ist, um die Arbeit zu erleichtern, zu vereinfachen, zu mechanisieren, um zur Arbeits- und Energieeinsparung den für sich bequemsten Weg zu finden. Routine erlaubt es, sich gefühlsmäßig von der Arbeit zu entfernen, beseitigt Unentschlossenheit, gleicht aus – du erfüllst eine Funktion, amtierst geschickt. Für die Routine beginnt das Leben dort, wo die Amtsstunde der Berufsarbeit endet. Schon fühle ich mich leicht, ich habe es nicht nötig, mir das Hirn zu zermartern, immer wieder zu suchen, ja nicht einmal zu schauen, ich weiß entschieden, unwiderruflich. Ich komme zurecht. So weit, um es mir bequem zu machen. Was neu, unverhofft, unerwartet ist, das ist hinderlich und macht zornig. Ich will, dass es gerade so sei, wie ich es schon weiß“ (Korczak, [1925] 2001, S. 13).

In der Sozialpsychiatrie kann das Involvement von Peers einen Beitrag zur Selbstreflexion von Routinen leisten (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.5),

wenn es trotz der Annäherung durch Kooperation und Koproduktion gelingt, Fremdheit zu erhalten:

„Denn die intensive Auseinandersetzung mit dem Forschungsobjekt des Fremden führt häufig dazu, ihn mit »vertrauten« Deutungsmustern, »vertrauten« Modellen und Gesellschaftskonzeptionen, »vertrauten« Begriffen und Methoden zu untersuchen, bis er schließlich selbst so »vertraut« geworden ist, daß sein Irritationspotential verloren geht und es einfach wird, die eigenen Vorstellungen und Bilder über ihn zu stützen. Doch gerade die dem Fremden eigene Irritation sollte nicht eingeebnet, sondern dazu benutzt werden, sich – als Fach – selbst als »störender Fremder« aufzuführen, um sich in die Selbstverständlichkeiten und Gewißheiten einzumischen, sie zu hinterfragen, einen prüfenden Blick darauf zu werfen und die eigene fachinterne »Routine« in Frage zu stellen“ (sic!) (Reuter, 2002, S. 229).

Weiter unten werden hierzu Herausforderungen im Kontext von Selbsthilfe als Motor für Veränderung beleuchtet.

### **1.3 Einbeziehung von EX-IN als gesundheitsfördernde Strategie für Fachkräfte**

Bereits mit der Ottawa Charter (WHO - World Health Organisation, 1986, S. 1f), der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, wurde eine Ausrichtung der Bemühungen mit dem Anspruch von Ganzheitlichkeit und der Wirksamkeit von Settings festgehalten: Diesem Anspruch folgend, ist von Reziprozität auszugehen und die Perspektive der helfenden Berufe einzu beziehen. Mit gesundheitsfördernder Organisationsentwicklung wird diesem, eben auf organisationaler Ebene, nachgegangen und die Integration der Ressourcenperspektive sowie die (Re-)Fokussierung auf Partizipation in der Gestaltung der Verhältnisse in sich wandelnden Arbeitsfeldern betont (Haji, Kitze, & Pieck, 2022, S. 1f).

Ein bedeutender Faktor für Mitarbeitende im Team ist das sogenannte „Wir-Gefühl“ (Esslinger, Anli-Berk, & Heyden, 2022, S. 204). Dies hat sich in der hier vorliegenden Untersuchung bestätigt (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.6). Die Herstellung und Pflege von Zugehörigkeit findet sich als Aufgabe von Führung wieder, dabei kann die individuelle Berücksichtigung von Bedürfnissen bei Mitarbeitenden als erfolgreiche Strategie Motivation zu erhalten und Fluktuation entgegenzuwirken, eingeschätzt werden (Esslinger, Anli-Berk, & Heyden, 2022, S. 201f). Anschlussfähig erscheint das Verständnis von „Lernen als Leitidee der Gesundheitsförderung“ (Pieck, 2022, S. 18) in Organisationen mit dem „rekursiven Prozess zwischen individuellem Lernen und

der Anpassung der Tätigkeitssysteme“ (ebd. S. 21) und dem Dialog statt hierarchischer Kommunikationskultur zur Überwindung bestehender Deutungsmuster und Werthaltungen (ebd. S. 30).

Die Aufgabe Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu erhalten, ist insbesondere im Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie von hoher Bedeutung. Fachkräfte stehen in der permanenten Auseinandersetzung mit komplexen Problemlagen, strukturellen wie individuellen Herausforderungen. Das Gesundheits- und Sozialwesen lag mit den Fehlzeiten 2023 am Spitzenplatz, 15% der Krankheitsausfälle waren mit psychischer Diagnose versehen (Schenkel, et al. 2024, S. 341f). Burn-Out stellt in der Sozialen Arbeit bei steigender quantitativer und qualitativer Arbeitsbelastung die prominenteste Diagnose dar (Hajji, et al., 2023, S. 169). Die Ergebnisse dieser Untersuchung verweisen darauf, dass die Stärkung sozialer Unterstützung und Resilienz die Effekte quantitativ steigender Arbeitsbelastung und emotionaler Erschöpfung zu mindern vermögen – wenn auch die Forderung nach Anpassung der gesetzlichen Vorgaben und besserer Refinanzierung bestehen bleiben (ebd. S. 183). Resilienz wird hier verstanden als individuelle Fähigkeit sich nach Arbeitsstress rasch zu erholen und über individuelle Widerstandsressourcen zu verfügen: Zu jenen gehört neben Optimismus auch Selbstwirksamkeit (ebd. S. 172). Qualitäten, die Peer-Involvement in die Praxis Sozialer Arbeit einzubringen vermag, können hier beitragen: Das Wissen, um die eigenen Ressourcen und deren Pflege, ist bei professionalisierten Peers wie EX-IN nicht nur Bestandteil der Ausbildung, sondern der täglichen Praxis in Kooperation und Koproduktion im Team. Das Erleben der interviewten Teamkolleginnen\* und –kollegen einer stärkenden Wirkung auf ihre Selbstfürsorge, aber auch ihre Selbstwirksamkeit durch die Zusammenarbeit (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.2), mag Hinweise auf Anschlussmöglichkeiten bieten. Wie mit den Modellen von Job-Demand-Control Modell (Karasek, 1979, S. 32), Stress and Coping-Model (Lazarus & Folkman, 1984, S. k. A.) oder dem der Gratifikationskrise (Siegrist, 1996, S. 29) dargestellt, sind diese eben sowohl in organisationaler als auch in personenzentrierter und ressourcenorientierter Hinsicht abzuleiten. Fachliche Diskurse differieren hier, ob Resilienz als personale Ressource (Schaufeli & Taris, 2014, S. 49) oder aber als von organisationalen Faktoren und durch Qualifizierung beeinflussbare Größe wirkt (McFadden et al. 2019, S. 198f).

Themenbezogen konnte nachgewiesen werden, dass Peers selbst von ihrer beruflichen Betätigung vielfach profitieren (Moran et al. 2012, S. 282f) (vgl. Teil III, Abschnitt 2.2.5). Herausforderungen zeigen sich dagegen in organisational zu bearbeitenden Aspekten (Moran et al. 2012, S. 282f) (vgl. ebf. Teil III, Abschnitt 2.2.5). Insbesondere für die Robustheit gegen Burn-Out nimmt der Erhalt und die Anregung von Reflexivität als zentraler Bestandteil sozialarbeiterischer Professionalität (Heiner, 2010, S. 432f) eine gewichtige Rolle ein – umgekehrt ist Reflexionsverweigerung ein Symptom ausgebrannter

Teams aus salutogenetischer Perspektive (Fengler, 2011, S. 37). Peer-Involvement könnte einen beständigen Anlass für reflexive Praktiken liefern und damit einerseits Teams stärken und zugleich reziprok Nutzen erzeugen für die Weiterentwicklung der kommunikativen Brückenfunktion oder Übersetzungstätigkeit der Peers.

## **1.4 Positive Effekte und Bedingungen für das Gelingen von EX-IN- Beteiligung:**

Der Einsatz von EX-IN zeigt positive Effekte: im qualitativen Teil der Arbeit wurde dies differenziert für Dienste, Teams und Kolleginnen\* und Kollegen, Service User und EX-IN selbst angeführt (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.5). Einige der Effekte weisen Reziprozität auf, sie bestehen, zusammengefasst, in Perspektiverweiterung der Fachkräfte und eben auch der EX-IN selbst (ebd.), der Vermittlung von Hoffnung und Selbstwirksamkeit (ebd.) für Fachkräfte und Service User, mit Zuwächsen im Umgang mit Herausforderungen durch Vorurteile und Stigmatisierung (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.4). Gleichzeitig erfolgt ein Abbau von Hürden für Inklusion, die auf einer dichotomen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit und den daraus resultierenden Limitierungen für berufliches Tätigsein und Leistungsfähigkeit beruhen (vgl. dazu Teil III, Abschnitte 1.2.3, 2.2.3).

Der Einsatz von EX-IN wirkt darüber hinaus auf den Zugang zu und die Beziehungsanbahnung für schwerer erreichbare Service User (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.5), leistet einen Beitrag zu Methoden – und Konzeptionsentwicklung (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.6), zu teaminterner Kommunikation, wie auch zur Art und Weise der Ansprache von Service Usern (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.5). Darüber hinaus wurden in dieser Untersuchung die Unersetzbarkeit peerspezifischer Leistungen und die Eigenständigkeit der Qualität ihrer Beiträge als Bereicherung für sozialarbeiterische Angebote deutlich (ebd.).

In der Phase einer Implementierung sind Vorbereitungen für die inhaltliche und organisatorische Zusammenarbeit zu treffen und, wie in Teil III, Abschnitt 2.2.2 beschrieben, Vorurteile in den Teams zu adressieren. Ansprechpersonen erleichtern (mindestens) die Einarbeitung und die Einbindung in formale wie informelle Teamprozesse ebenso, die Herstellung von Zugehörigkeit ist eine maßgebliche Größe im Geschehen – dies sei betont, wenn auch diese generell keinen Unterschied zur Einarbeitung anderer Teammitglieder darstellt. Die gemeinsame Erarbeitung des Auftrags und die flexible Gestaltung von Arbeitszeitmodellen hingegen, mag zunächst eine Besonderheit darstellen,

ist jedoch im Sinne der Maßnahmen des Retention-Management in Zeiten von Arbeits- und Fachkräftemangel Teil eines nicht ganz so ungewöhnlichen Instrumentariums (Kircher, 2022, S. o. A. ).

Analog zu einem strukturierten Vorgehen, wie im Bereich der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung skizziert, können klassische Change-Management-Maßnahmen die notwendigen Schritte im Prozess befördern. Bedingungen für erfolgreiche Change-Prozesse sind, in Anlehnung an die Change-Matrix nach Knoster et al. (2000): Vision, Anreize, Ressourcen, Kompetenzen und ein Aktionsplan. Fehlt eine der Komponenten ist mit Konfusion, Widerständen Frustration oder Ängsten zu rechnen (Knoster, Villa, & Thousand, 2000, S. 93f). Mit der vorliegenden Arbeit können zur Herstellung dieser Bedingungen Impulse geliefert werden für entsprechende Maßnahmen der Organisationsentwicklung in den jeweiligen Diensten und Einrichtungen.

Einen weiteren wesentlichen Bestandteil für das Gelingen stellt in der vorliegenden Arbeit die Unterstützung durch Vorgesetzte und die offene Kommunikation dar (vgl. dazu Teil III Abschnitt 2.2.2). In Settings mit weniger Absprache oder offener Kommunikation mit EX-IN waren tendenziell mehr Unsicherheiten in Beziehungs- und Rollengestaltung wie der Formulierung von Aufträgen festzustellen. Ein Phänomen, das eine Analogie in der Zusammenarbeit zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen im Moment von Konfliktbearbeitung erkennen lässt:

„Viele Schwierigkeiten werden nicht offen thematisiert. Die unterschiedliche Wahrnehmung der Konfliktlage bei Haupt- und Ehrenamtlichen weist jedoch bereits darauf hin, dass viele Schwierigkeiten den Ehrenamtlichen gegenüber nicht offen thematisiert werden.“ (Schumacher, 2015, S. 39).

Besondere Bedeutung kommt in der vorliegenden Studie damit den Maßnahmen zur Herstellung einer Bereitschaft zur Gestaltung einer Zusammenarbeit mit EX-IN als Kolleginnen\* und Kollegen in den Teams zu (vgl. Teil III Abschnitt 2.2.2).

Die quantitative Datenerhebung mit dem Fragebogen zeigt, neben der noch nicht flächendeckenden Etablierung von EX-IN in der sozialpsychiatrischen Versorgung (vgl. Teil III, Abschnitt 1.2.5), Potentiale für diese auf: Dienste, die einmal EX-IN beschäftigt haben, tendieren dazu dies weiterhin zu tun (vgl. Teil III, Abschnitt 1.2.8) und stellen teils mehrere EX-IN zugleich an (vgl. Teil III, Abschnitt 1.2.5). Dies mag auf (gegenseitige) Zufriedenheit schließen lassen, kann aber auch einen Verweis auf die nicht zu ersetzenden Beiträge durch EX-IN darstellen. Selbst Dienste, die bislang keine EX-IN beschäftigen benannten künftige Einsatzmöglichkeiten in der gesamten Breite der Arbeitsfelder sozialpsychiatrischer Versorgung (vgl. Teil III, Abschnitt 1.2.4).

In den Interviews wird diese Breite der Einsatzfelder ebenfalls abgebildet und über alle Dienststellen hinweg von vollstationärem Setting in psychiatri-

scher Akutstation, Soteria<sup>1</sup> und Wohnheim über ambulant aufsuchende, beratende oder tagesstrukturierende Angebote mit oder ohne Auftrag an Angehörigenarbeit, oder nicht unmittelbar personenbezogene Tätigkeiten wie Beteiligung an Fortbildung oder Konzeption konnte die Wirkung von EX-IN (vgl. Teil III, Abschnitt 2.2.5) nachvollzogen werden. Begünstigt durch die Konstruktion des Forschungsdesigns, das ausschließlich die Befragung von Teamkolleginnen\* und -kollegen vorsah, die sich vor der Einstellung von EX-IN an der jeweiligen Dienststelle befanden konnten Veränderungen durch die Beschäftigung der EX-IN erfasst werden. Weiter wurde die Mindestvorgabe einer Beschäftigung mindestens auf Geringverdiener-Basis für EX-IN festgelegt, um ein Mindestmaß an Präsenz und Austausch als Grundlage für die Exploration zu gewährleisten.

## **1.5 Bedeutung von EX-IN- Beteiligung für Adressatengruppen der Sozialpsychiatrie**

Vertrauen und Glaubwürdigkeit werden sowohl in Bezug auf Erfahrungswissen und individuelles Erleben, aber auch auf die Qualität der Hilfsangebote gestärkt. Hier werden einige zentrale Effekte zusammengefasst, die sich auf Service User, Dienste und ihre Angebote, die Teams als Funktionseinheiten aber auch Teamkolleginnen und -kollegen und natürlich EX-IN selbst aus den quantitativen (vgl. Teil III, Abschnitt 1.2) und qualitativen Daten (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.5) anführen lassen.

### *1.5.1 Identifizierte Barrieren bei Teilhabe an Arbeit*

Resümierend wirft die Forschungsarbeit in der Auseinandersetzung mit Peer-Involvement als Teil von Inklusion und Partizipation in der sozialpsychiatrischen Versorgung ein Schlaglicht auf die mangelhafte Umsetzung in der Fläche (vgl. Teil III Abschnitte 1.2.3 & 1.2.5). Teilhabebeschränkungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Kontext von Erwerbsarbeit bestehen nach wie vor:

---

<sup>1</sup> Soteria ist ein auf der Affektlogik nach Ciompi 1982 (Ciompi, [1994] 2019, S. 43ff) basierendes Konzept, bei dem Menschen mit Psychosen in einem Wohngemeinschafts-ähnlichen Setting aktiv begleitet werden bei betont zurückhaltendem Einsatz von Neuroleptika. Dieser Ansatz entstand als alternatives Behandlungsmodell aus der Antipsychiatriebewegung (vgl. (Mosher, Menn, & Matthews, 1975, S. 455f)

„Die Diskriminierung psychisch auffälliger Menschen in der Arbeitswelt zeigt sich anhand der ihnen entgegengebrachten *Vorurteile*, im Umfang ihrer langfristigen *Erwerbslosigkeit* und ihrer geringen *Erwerbsbeteiligung*, ihres steigenden Anteils an Arbeitsunfähigkeitszeiten, an ihrer Zunahme beim Zugang zu *Erwerbsminderungsrenten* sowie an segregierenden Zuweisungsprozessen innerhalb des *Systems der beruflichen Rehabilitation*, insbesondere bei der Platzierung als arbeitsunfähig eingestufte Personen in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbMs)“ (von Kardorff, 2023, S. 14f).

Ein wesentlicher Aspekt für die Vermittlung von Hoffnung wird durch EX-IN als „Role-Model“ geleistet, als berufstätige Menschen mit gelebter Erfahrung psychischer Krisen und Erkrankungen. Der Begriff des Role-Models wird hier nach Merton (1957) verwendet, das mit dem Role-Set die mit dem jeweiligen Status verbundenen Rollen berücksichtigt (Merton, 1957, S. 110). Von dieser Funktion profitieren nicht nur Service User, sondern auch Teamkolleginnen\* und -kollegen. Die Hoffnung auf ein solches Maß an Normalität und den gesellschaftlichen Status einer arbeitenden Person motiviert Helfende wie Betroffene (vgl. Teil III, Abschnitt 2.2.1). Die Bedeutung der Role Model- Funktion für die Stärkung des Selbstwertgefühls, kann aus identitätsstiftenden Mechanismen abgeleitet werden:

„Identifikation – mit wem? Nichts wäre wichtiger für junge Schizophreniekranken als Identifikationsfiguren, die verkünden: »Ich bin psychotisch erkrankt« – oder auch: Ich war es. »Ich lebe mit der Krankheit. Ich habe sie bewältigt. Gewiss, zeitweise war es die Hölle. Aber ich kann und will damit leben. Seht her, das ist mein Leben. Das habe ich vorzuweisen. Ich bin genauso viel wert wie jeder andere auch.“ (Finzen, 2013, S. 18).

Im Kontext der dargelegten, ausgeprägten und umfassenden Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen weist dies eine besondere Relevanz auf – ohne den Mangel an Vorbildern in anderen Bereichen von Beeinträchtigung und Behinderung schmälern zu wollen.

### 1.5.2 Ent-Dramatisierung und Ambiguitätstoleranz

Wenn auch sich die in der quantitativen Befragung geäußerten Befürchtungen zu Schwierigkeiten in der professionellen Beziehungsgestaltung und dem Verhältnis von Nähe und Distanz (vgl. Teil III, Abschnitt 1.2.3), die sich im qualitativen Teil der Exploration nicht bestätigen ließen, so ist doch eine Wirkung von EX-IN im Gefüge professioneller Beziehungsarbeit festzustellen:

Mit verschiedenen spezifischen Beiträgen, wie absichtsloser Kommunikation oder So-Da-sein, wird niedrigschwellige Kontaktherstellung ermöglicht (vgl. Teil III, Abschnitt 2.2.7), Teamkolleginnen\* und -kollegen berichten von erleichtertem Zugang zu als schwierig erlebter Klientel oder der Annahme früher Hilfen bisher nicht erreichter Gruppen (vgl. Teil III, Abschnitt 2.2.1).

Mit der Einbindung von EX-IN als Kolleginnen\* und Kollegen eröffnet sich ein bisher nicht vorhandener, geschützter Diskursraum, in dem eine eigene Qualität für den Austausch zu Handlungsweisen, Arbeitsabläufen und Mechanismen aber auch Irritationen, Störgefühlen und Barrieren generiert wird – in Erweiterung um die Perspektive von persönlicher Krisen- aber auch von Genesungserfahrung, dem Wissen über genutzte Strukturen und Angebote des Hilfesystems und der Reaktionen des sozialen privaten wie beruflichen Umfelds darauf. Diese Gelegenheiten der Sensibilisierung für Hürden und dem Erleben von Ambiguität können die Weiterentwicklung von Konzepten aber auch den Umgang mit Betroffenen und Selbsthilfe stärken (vgl. Teil II, Abschnitt 2.2.6).

### *1.5.3 Reflexivität und Selbstfürsorge*

Kolleginnen\* und Kollegen berichteten im Rahmen der Untersuchung, wie einerseits der kollegiale Umgang, aber auch die inhaltlichen Beiträge von EX-IN ihre Reflexivität stärken. Dies gilt auch für langjährig berufserfahrene Fachkräfte. Dies zeigte sich auf vielfältige Weise, zum Beispiel in der Verwendung von Sprache (vgl. Teil III, Abschnitt 2.2.4), durch Aha-Erlebnisse in der unmittelbaren Zusammenarbeit in Kontakt mit Service Usern (vgl. Teil III, Abschnitt 2.2.5) oder aber auch mittelbar, durch die Perspektiverweiterung, mit der ein anderes Verstehen ermöglicht wird. Zugleich werden durch den offenen Umgang mit den EX-IN selbst zur Verfügung stehenden Ressourcen und ihrer eigenen Einschätzung ihrer individuellen Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit und dem Bedarf an Erholungsphasen Denkprozesse auch im Kollegium angeregt. Die Verortung eigener Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit innerhalb des Kontinuums zwischen Gesundheit und Krankheit eröffnet, neben dem Erleben einer Einbeziehung in die Fürsorge durch EX-IN, einen Zugang zur Reflexion eigener Selbstfürsorge (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.2).

### *1.5.4 Herausforderungen*

Mit der Forschungsarbeit werden über unmittelbare Mechanismen von Exklusion und Abwehr hinausgehende Herausforderungen herausgearbeitet, die die Beschäftigung von/ als EX-IN mit sich bringt. Dies beinhaltet strukturelle Themen, wie die mangelnde tarifliche Einbindung und die damit einhergehende Gefahr prekärer Beschäftigungsverhältnisse (Heuchemer, 2023, S. 39) und der Unsicherheit zu Refinanzierung und Eingruppierung der Stellen (vgl. Teil III,

Abschnitte 1.2.3 & 2.2.3). Die Forderung nach einem eigenen Berufsbild für EX-IN schließt sich dem an (Bock & Sielaff, 2014, S. 17f). Mit der Frage nach dem „guten Leben“ im Sinne des Capability-Approach (Nussbaum, 1998, S. o.S.) wird die Rahmung mit gerechtigkeits-theoretischem Antrieb geleistet.

Offene Fragen wurden in der Forschungsarbeit deutlich, diese werden im Folgenden am Beispiel von „Peerness“ umrissen, bevor nach einem kurzen Exkurs zu rechtlichen Dimensionen für die Etablierung von Peer-Involvement ein Ausblick auf weitere Desiderate und praktische Implikationen die Arbeit abschließt. Der Begriff „Peerness“ beschreibt die die Qualität geteilter Lebenserfahrung, die Unterstützungsprogramme bereichert. Durch Peerness geben Anbieter formeller Peer-Unterstützung (FPS) ihre Lebenserfahrung strategisch preis, um den Serviceempfängern zu helfen, ihre Ziele zu erreichen. (Corrigan, 2024, S. 1)

### *1.5.5 Selbsthilfe als Motor für Veränderung – Herausforderung Peerness*

Die partizipativen und emanzipatorischen Impulse aus der Selbsthilfe stehen vor zwei zentralen Herausforderungen:

„Die wesentlichen Gründe, in Selbsthilfegruppen aktiv zu werden, sind Selbstbetroffenheit, Versorgungsdefizite, Aufhebung von Isolation, Hilfe für sich und andere, gesellschaftliche Verbesserungen im Zusammenhang mit der Problemstellung“ (NAKOS - Nationale Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe, 2021).

Mit der Einbindung in das bestehende System und der systematischen Vorbereitung auf die Mitarbeit als EX-IN in der psychosozialen Versorgung ist die Herausforderung des Erhalts spezifischer Perspektiven und autonomer Entscheidungskraft gegenüber Vereinnahmung und Institutionalisierung (Bundesverband Psychiatrieerfahrener e.V. (BPE), 2009, S. 2) als eigene Aufgabe zu betrachten. Dem schließt sich die eindringliche Warnung vor der Gefahr des „Peerwashing“ (von Peter, et al., 2024, S. 1) an. Mit diesem Begriff wird beschrieben, wenn nur vorgeblich Peearbeit umgesetzt wird und Peer-Involvement lediglich als Feigenblatt dient, statt tatsächliche Veränderungs-bereitschaft abzubilden. (ebd. S. 6). Zum ändern wird die Forderung von Maßnahmen zum Erhalt von Peerness angeschlossen. Peerness in Mental Health wird derzeit definiert als:

„... the sharing of similar experiences with people receiving services“ (Corrigan, 2024, S. 2).

In der Studie wird ein möglicher Verlust von Peerness durch die Assimilation oder Vereinnahmung durch die Betätigung im Hilfesystem oder der Dauer der Betätigung und dem Abstand von eigenem Krisenerleben diskutiert (vgl. Teil

I Abschnitt 4.4.2). Zugleich wurde die Bedeutung einer inneren Distanz zum Erlebten von Berufsrollenträgern wie auch von Genesungsbegleitenden in der Sozialpsychiatrie deutlich (vgl. Teil III, Abschnitt 2.2.2). Weitere Exploration scheint für die Einordnung nötig zu sein: Die Einschätzung, ob eine erlebte Aktualität oder Nähe zum Erfahrungsgeschehen und dem Hilfesystem etwa in einer Psychose Voraussetzung ist, um Assistenz und Begleitung für die Bewältigung von Psychose-Erfahrungen zu gestalten, blieb auch in dieser Arbeit offen. In den Ergebnissen findet sich der Wunsch nach dem Erhalt der eigenständigen Rolle von EX-IN und der spezifischen Fähigkeiten wieder (vgl. dazu Teil III, Abschnitt 2.2.7). Mit entsprechenden Maßnahmen, wie der Organisation und strukturellen Berücksichtigung von Gelegenheiten zum Austausch unter EX-IN und der Etablierung eigener EX-IN-Supervisionsformate könnte der Erhalt von Peerness gestärkt werden (vgl. Teil III, Abschnitt 2.2.2). Inwiefern die Reziprozität der Effekte von Peer-Involvement auf die Teams mit Perspektiverweiterung, Abbau von Vorurteilen, Vermittlung von Hoffnung und Selbstwirksamkeit, etc. (vgl. Teil III Abschnitt 2.2.1) über eine dauerhafte Zusammenarbeit mit Peers gemeinsame Weiterentwicklung ermöglicht, bedarf der weiteren Untersuchung. Mit eigenständigen Kooperationen zur Konzeptionsentwicklung zeichnen sich Potentiale hierfür ab (vgl. Teil III, Abschnitt 2.2.6). Festgehalten werden kann, dass Reziprozität in den Effekten Peer-Involvement auch über das Einsatzfeld von Mental Health hinaus eine zentrale Rolle einnimmt: So kann dies in Bildungsprozessen an Hochschulen (Owen-DeSchryver et al. 2022, S. 232) und ebenso in der Begleitung von Schülerinnen\* und Schülern mit kognitiven Einschränkungen und Entwicklungsstörungen (Travers & Carter, 2022, S. 85) festgestellt werden. Zugleich wird die Gefahr eines Verlusts an reziprokem Impact durch zu starke Formalisierung und Definition formuliert und eine entsprechend flexible Rahmung wird empfohlen:

„These include the potential loss of reciprocity in peer spaces if definitions are applied as a model, training tool or commissioning/evaluation framework rather than as a guide for peers to build on. Furthermore, where standardisation occurs, the development of authentic peer leadership could be lost in favour of roles designed to suit mainstream statutory systems.“ (Mackay, et al., 2022, S. 166)

## **1.6 Peerarbeit als Möglichkeit zur Rehabilitation – Selbsthilfe oder neue Berufsrolle: zum Diskurs um Weiterbildung oder Ausbildung einer neuen Berufsrolle**

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG)/ SGB IX ist Teilhabe und Partizipation als verbindliche Zielsetzung für die Gestaltung von Leistungen der Eingliederungshilfe verbunden. Im ersten Buch des SGB IX „Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen“ (BMAS Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2018, S. k. A ). So wird mit der Einbeziehung von Vertrauenspersonen in der Erstellung der Teilhabeplanung in §20 Teilhabekonferenz eine Rolle beschrieben, die mit der Qualifizierung von EX-IN Kompatibilität aufweist: Im Rückgriff werden Mitarbeitende der Eingliederungshilfe einbezogen, die in Kontakt und vertrauensvoller professioneller Beziehung mit Leistungsberechtigten sind, um diese bei der Ausübung ihrer Rechte und der Formulierung von Bedarfen zu vertreten und die eine Brückenfunktion in der Kommunikation leisten können, wovon die Beteiligten an der Durchführung des Verfahrens profitieren können (vgl. ebd. §20). Einhergehend mit der Etablierung der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EuTB) wird eine weitere Grundlage für eine berufliche Betätigung von EX-IN in §32 SGB IX explizit:

„Bei der Förderung von Beratungsangeboten ist die von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige ergänzende Beratung von Betroffenen für Betroffene besonders zu berücksichtigen“ (BMAS Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017, S. k.A.).

Weiter ist im zweiten Buch, im mit der Umsetzung des BTHG migrierten Kapitel der Eingliederungshilfe in §97 SGB IX, ausgeführt, dass umfassende Kenntnisse der hier tätigen Fachkräfte erforderlich sind und dass diese auch durch Gelegenheit zu Austausch und Weiterbildung mit Menschen mit Behinderungen, diese Voraussetzung herzustellen ist. Auch hier ist eine Einbindung von EX-IN abzuleiten (BMAS Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2020, S. k.A.). Schließlich bietet die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gem. §136a Absatz 2 Satz 1 SGB V, kurz Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie/ PPP RL (2016), mit der Pflicht Peers zu beschäftigen (Gemeinsamer Bundesausschuss, [2019] 2024, S. 10), einen weiteren Ansatzpunkt für die flächendeckende Umsetzung.

Mit der vorliegenden Untersuchung wurde festgestellt, dass knapp 50% der Beschäftigungsverhältnisse von EX-IN in sozialversicherungspflichtigem

Umfang stattfinden (vgl. Teil III, Abschnitt 1.2.13) Die Kosten für die Kurs-  
teilnahme liegen bei derzeit ca. 2.400€ zuzüglich Reisekosten (EX-In Deutsch-  
land e. V., 2025). Ausgehend von den Voraussetzungen für die Kursteilnahme,  
also dem Vorliegen ausgeprägter persönlicher Erfahrung mit psychischen Kri-  
sen, ist dies als Beitrag zur beruflichen Rehabilitation zu betrachten. Zugleich  
ist anzunehmen, dass die Refinanzierung der Kurse auf prekäre Lebensverhält-  
nisse trifft, dem Diskurs um Armut und Krankheit (Hudson, 2005, S. 16) fol-  
gend. Entsprechend sind Refinanzierungsmöglichkeiten zu entwickeln und  
eine Aufnahme in die Maßnahmenkataloge von Sozialversicherungsträgern  
und der Arbeitsagentur zu fordern.

In der quantitativen Erfassung der Beschäftigungsverhältnisse von EX-IN  
zeigte sich, dass im selben Dienst mehrere EX-IN angestellt werden (vgl. dazu  
Teil III Abschnitt 1.2.5): Dies mag auf Zufriedenheit mit dem Konzept und  
oder Passung schließen lassen. Es mag aber auch ein Hinweis sein auf einen  
spezifischen Beitrag durch EX-IN, der nicht durch die anderen Berufsgruppen  
in den Teams zu ersetzen und als eigenständig auch im qualitativen Teil der  
Studie aufscheint (vgl. dazu Teil III Abschnitt 2.2.1), was fortführend eine nä-  
here Exploration nahelegt.

Auch wenn mit dieser Arbeit lediglich ein Schlaglicht auf Peerarbeit im  
Allgemeinen und zu anderen Gruppen unterschiedlicher und intersektionaler  
Betroffenheit und Selbsthilfe mit Fokus auf die Praxis sozialpsychiatrischer  
Versorgung in Kliniken und komplementären Diensten entstand, so wird doch  
der Anspruch deutlich, dass strukturelle wie prozedurale Empfehlungen hier in  
ihren Grundsätzen auch für die Inklusionsförderung weiterer Adressatengrup-  
pen und andere Arbeitsfelder gültig sein dürften: Gerade da, wo Mechanismen  
von Ausgrenzung und Diskriminierung stark sind, kann die Einbeziehung von  
Peers einen unersetzlichen Beitrag leisten und die Soziale Arbeit in Forschung,  
Lehre und Praxis um diese Perspektive bereichern. Parallelen sind, jenseits von  
der Arbeit mit Menschen mit Erkrankungen und oder Behinderungen, auch im  
Arbeitsfeld Flucht und Migration festzuhalten:

„as different as the challenges for refugees and for people with mental illness in Germany  
may be, social work is enriched by the unique contribution of their experience: The impact  
is seen on access for helping relationships, empowerment and facilitating tailored help and  
helps to break down barriers and prejudices“ (Bauer & Mamajanyan, 2025 (n.p.y.)).

Mit einem Blick über die Soziale Arbeit hinaus und dem Anspruch an Inklus-  
sion, wie sie mit der UN-BRK (United Nations, 2006) ratifiziert wurde, sind  
wertvolle Impulse von Peers auch in anderen Disziplinen und Professionen zu  
erwarten. Als Beispiel können sogenannte Bildungsfachkräfte an Hochschulen  
benannt werden. Das Konzept wurde 2013 entwickelt und inzwischen werden  
Bildungsfachkräfte an verschiedenen Kursorten ausgebildet: künftig werden  
also auch sie vermehrt eingesetzt werden und ihre Erfahrungsexpertise und

Perspektive einbringen. Mit den Bildungsfachkräften sind dann ebenfalls professionalisierte Peers als Multiplikatorinnen\* und Multiplikatoren für Inklusion tätig und sensibilisieren Studierende und Hochschulpersonal für ihre Lebenswelt, spezifische Bedarfe und Sichtweisen von Menschen mit Behinderungen. Zudem ermöglicht ihre Anstellung an der Hochschule Zugang zu Betätigung in partizipativen Forschungsformaten (Schwörer, Albrecht, & Zimmermann, 2024, S. 212f).

## 2. Weitergehende Fragen und Empfehlungen zu weiteren Forschungsprojekten

Mit dieser Arbeit wurden noch unbearbeitete Stellen, Mängel in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Mechanismen von Exklusion in der Sozialpsychiatrie als Betätigungsfeld sichtbar gemacht. Mit Peer-Involvement werden Perspektiven für die Überwindung von Barrieren und die Herstellung annehmbarer Angebote sozialpsychiatrischer Hilfesettings aufgezeigt. Peer-Involvement, als Bewegung aus der Selbsthilfe heraus, agiert in einem Arbeitsfeld, das historisch gekennzeichnet ist: Von Schrecken eines Systems und seiner Mechanismen, welches in der Lage war, während des Nationalsozialismus zu Euthanasie beizutragen, das mit der Isolation und Verwahrung von Menschen weit außerhalb gesellschaftlicher Konventionen und menschenrechtlicher Grundlagen über Behandlung mit Zwangsmaßnahmen wie Zwangsmedikation und Zwangssterilisation entschied (Hauth, 2018, S. 119ff) und noch immer um Überwindung von Machtdynamiken und Stigmatisierung ringt. Mit der Psychiatriereform wurden viele Prozesse angestoßen, die Erfahrungen mit und die Erzählung von Psychiatrie, wie Fischer (1969) sie mit seinem Erfahrungsbericht als Hilfspfleger verschiedener Kliniken beschreibt, in dem Kranke zu Insassen, zu Gegenständen, zu Nummern werden (Fischer, [1969] 2016, S. 41f), hierarchische Machtausübung und Entmenschlichung (ebd. S. 18f), mit unhinterfragten Verweildauern über Jahrzehnte (ebd. S. 49) und einer als systematisch beschriebenen Entwürdigung, sind weiter im Bewusstsein und finden sich wieder in der Angst vor der Psychiatrie und davor psychiatrische Hilfen in Anspruch zu nehmen. Wie Stolzenburg et al. (2018) in ihrer Studie mit Menschen mit unbehandelten psychischen Erkrankungen zur Bedeutung von Stigmatisierung für die Inanspruchnahme von Hilfen belegten, wirken Stigmatisierung selbst und die Angst davor als Barrieren (Stolzenburg, 2018, S. 30f). Weitere Ängste bestehen bezüglich des Verlusts an Autonomie und Kontrolle auch über die Behandlung selbst und davor Zwangsmaßnahmen ausgesetzt zu sein (Sweeney, Gillard, Wykes, & Rose, 2015, S. 1085). Vor dem Hintergrund dieser Ängste ist das Role-Modeling durch Erfahrene mit psychischen Krisen und dem Hilfesystem als Mitarbeitende in der sozialpsychiatrischen Versorgung ein unersetzlicher und wertvoller Bestandteil und darf zugleich nicht darüber hinwegtäuschen, welche Leistung in der Überbrückung und Übersetzung dafür seitens dieser Peers, aber auch ihrer Kolleginnen\* und Kollegen erforderlich ist. Die Selbstverständlichkeit mit der paternalistische Strukturen in Psychiatrie und Gesellschaft als ausgedient und überwunden gelten sollen, auch, dass „Menschen mit Psychiatrieerfahrung als ausgebildete Peer-Berater Patienten in Kliniken oder ambulanten

Einrichtungen mit Rat und Tat zur Seite“ stünden, wüssten sie doch am allerbesten, wie sich ein Aufenthalt in der Psychiatrie anfühlt und welche Bedenken und Ängste er für den Einzelnen mit sich bringen können, (Hauth, 2018, S. 123) bestätigt sich anhand der vorliegenden Daten nicht (vgl. Teil III, Abschnitte 1.2.2 und 2.2.4). In der Umkehrung kann daraus geschlossen werden, welche Bedeutung die Partizipation von Peers in Forschung und Entwicklung der Sozialpsychiatrie einnimmt.

## **2.1 Limitationen des Forschungsdesigns**

Die angestrebte Vollerhebung der Beschäftigungssituation von EX-IN in Deutschland unterlag bereits in der Verteilung der Fragebögen der mangelnden Datenbasis über Kliniken und Dienste der sozialpsychiatrischen Versorgung: Mit dem Umweg Kontakte über Psychiatriekoordinatoren bzw. entsprechenden Funktionsstellen zu potentiellen Arbeitsstellen von EX-IN herzustellen, wurden regionale Strukturen genutzt und über EX-IN Deutschland e.V. nachgefasst. Es ist also davon auszugehen, dass nur ein Teil der Adressierten erreicht und nur ein Ausschnitt damit repräsentiert wurde.

Eine Beeinflussung der Interviewten durch die Art und Weise der Fragestellung und die Anwesenheit als Interviewerin ist, ebenso wie in den Fokusgruppen-Runden durch die Rolle als Moderatorin nicht völlig auszuschließen: Die Fokussierung auf die erfragten Inhalte kann zu Lasten möglicherweise noch vorhandener weiterer relevanter Wissensbestände geführt haben.

Die Forschungsarbeit beschränkt sich in der qualitativen Exploration der zentralen Frage nach dem Erleben professionellen Handelns von EX-IN lediglich auf einen Ausschnitt dieser Erfahrungen mit entsprechender Vorgabe in Mindeststundenzahl und Mindestbeschäftigungsdauer der interviewten Personen. Damit kann keine Aussage über Effekte in der Zusammenarbeit bei geringeren Stundenumfängen oder kürzerer Anstellung erbracht werden. Hinsichtlich des Ausmaßes an Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit EX-IN ergeben sich somit auch hier Begrenzungen, zumal auf die Erfassung von vorbereiteten Praktika verzichtet wurde zugunsten der Fokussierung auf EX-IN in bezahlter Tätigkeit (vgl. Teil II Forschungsdesign). Dies führte zu einer eingeschränkten Perspektive, die im qualitativen Teil lediglich aus Dienststellen berichtet, die diese Kriterien erfüllen und die mit der Implementierung der EX-IN-Stellen bereits eine Absenkung der Barrieren für Beschäftigung zeigen. Ausnahme hier ist die Stelle, bei der eine EX-IN als Betreuungskraft ohne Information und Beteiligung des Kollegiums tätig ist und deren spezifische Beiträge entsprechend nur bedingt zum Tragen kommen und welche deutliche

Hürden im Erleben von Partizipation, Anerkennung und Zugehörigkeit betreffend zeigt (vgl. Interview 002GB).

Die Arbeit verzichtet auf Differenzierung der Betrachtung von Erfolgsbedingungen und Herausforderungen in den Prozessen der Implementierung in Kliniken oder komplementären Diensten. Hier sind, mit unterschiedlichen Strukturen und Aufträgen, Unterschiede vorstellbar.

Ebenso wird auf Differenzierung hinsichtlich professioneller Heterogenität der Teams oder anhand von Genderaspekten verzichtet.

Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden, mit der Fokussierung auf die westdeutsche Psychiatrie-Enquete, möglicherweise weiterhin vorhandene strukturelle wie inhaltliche Unterschiede in der sozialpsychiatrischen Versorgung und der Einbeziehung von Peers und Selbsthilfe in Ostdeutschland. Im Gebiet der früheren DDR basiert die Psychiatriereform auf den Rodewischer und Brandenburger Thesen und den darin formulierten Impulsen daraus resultierenden Entwicklungen (Röh & Schreieder, 2022, S. 16). Zwei der Interview-Tandems sind in Ostdeutschland verortet.

Schließlich wurde, ohne weitere unmittelbare und flankierende Elemente, Involvement von Peers in der Studie selbst lediglich zu Beginn mit dem Partizipationsformat der Fokusgruppen mit angehenden EX-IN erbracht. Die Erfassung des Kontexts beschränkte sich auf die Verortung der Stelle im Setting Klink oder komplementärer Dienst, eine weitere Differenzierung wurde nicht eingearbeitet.

## **2.2 Offene Fragen und weiterer Forschungsbedarf**

Aus den Limitierungen weiter abzuleiten ist der Anspruch partizipativer Forschungsformate für die Exploration folgender, aber auch weiterer, eigenständiger und noch zu erfassender Fragestellungen aus Perspektive Betroffener:

De-Professionalisierung kann sich als hemmend für die Betätigung von Peers auswirken, da dies mit Befürchtungen eines Stellenabbaus von Fachkräften und einer Aufweichung professioneller Rollen verbunden sein kann. Es empfiehlt sich daher konkrete und erfolgversprechende Rahmenbedingungen für die Beschäftigung von Peers und die Etablierung von Erfahrungswissen in Lehre, Praxis und Forschung zu ermitteln. Ergebnisse könnten als Ressource für eine weitere Professionalisierung Sozialer Arbeit genutzt werden. Anschlussfähig sind hierzu Forschungsergebnisse zur Entwicklung Recovery-orientierter Hilfen im europäischen Raum. Als Beispiel sind Forschungsprojekte wie das von Karbounaris et al. (2022) zu benennen, das sich mit Betroffenheit von Fachkräften und Effekten auf Service User befasst (Karbounaris et al. 2022, S. 24). In der Historie der Behandlungsansätze sind es emanzipatorische

Bewegungen und Selbsthilfe, die eine Abkehr von dem Ausschluss eigener Betroffenheit und stattdessen eine Offenlegung als stärkendes Element therapeutischer Prozesse befürworten, wie er von Jung bereits 1963 mit dem Begriff des „verwundeten Heilers“ geprägt wurde (Karbounaris et al., 2022, S. 3).

Voranschreitende Digitalisierungsprozesse werden als eine weitere mögliche Gefahr der De-Professionalisierung Sozialer Arbeit durch technologischen Entwicklungen benannt (Ehlert, 2022, S. k. A.). Dem von Helsper (2021) als Maschinisierung bezeichneten Ersatz professionellen Handelns Sozialer Arbeit durch technologische Innovation, kann mit Erfordernissen begegnet werden, wie interaktiver Offenheit, einer Gegenseitigkeit in der Erarbeitung von Arbeitsbündnissen und der Reflexivität des Handelns in professionellen Beziehungen (Helsper, 2021, S. 339). Verweise auf diese Elemente lassen sich aus den Empfehlungen zur Implementierung von EX-IN und Effekten dieser Prozesse ableiten (vgl. Teil III, Abschnitt 2.2.1). Peer-Involvement kann also gegebenenfalls als antagonistisches Element verstanden werden oder, weitergedacht, mit Einbeziehung in digitale Transformationsprozesse Beiträge zur Stärkung professionellen Handelns innerhalb der kaum aufzuhaltenden Digitalisierung von Teil-Leistungen Sozialer Arbeit liefern.

Maja Heiner (1996) folgend, wäre eine Evaluation der Umsetzung von Peer-Involvement durchzuführen, gepaart mit der Anforderung, Transparenz ob der Bewertungsmaßstäbe herzustellen (Heiner, 1996, S. o. A, ). Entsprechend wäre erforderlich, dass die Frage erarbeitet wird, wer, wann, wen und auf welche Art und Weise fragt und welche Kriterien der Beurteilung guter (sozialer) Arbeit dabei Anwendung finden sollten, um die von Merchel (2015) formulierte „Kehrseite der ‚Karriere‘ von Evaluation: Routinisierung, äußerliche Anpassung, Etikettenschwindel“ (Merschel, 2015, S. 156) und mit der Vernachlässigung „Deprofessionalisierung bei einer Verfahrensweise wie dem Qualitätsmanagement“ (ebd.) zu vermeiden. Demzufolge ist zu klären, welche Bedingungen geschaffen werden müssen, damit eine Evaluation von Peer Involvement als Teil von Qualitätsmanagement nicht nur Umwelterwartungen zur Legitimation von sozialen Organisationen abbilden, sondern wie kulturelle Praktiken und Werthaltungen darin aufgegriffen werden, um diesen Institutionalisierungsdynamiken zu entgehen und Evaluationen für die fachliche Weiterentwicklung inklusiver und partizipativer Konzepte genutzt werden können (ebd. S.157).

Weiter einzubeziehen wäre die Bedeutung medialer Darstellungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und von Fachkräften für Prozesse der Inklusion und Teilhabe:

„Psychisch kranke Menschen werden darin (in den Medien, Anm. d. Autorin) vornehmlich als gewalttätig, als Opfer oder als berufsunfähig dargestellt. Ähnliche stereotype Befunde existieren für Psychiater oder Therapeuten, die häufig als verrückt, komisch, böse oder rachsüchtig dargestellt werden“ (Scherr, 2016, S. 5)

Diese prägen nicht nur gesellschaftliche Vorstellungen über Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen (Goffman, 1975 [1963], S. 30) und erzeugen ein entsprechendes Labeling (Falk, 2001, S. kindle, Pos. 617–618), sondern beeinflussen damit auch politische Entscheidungen über Maßnahmen zur Inklusion oder Berufsrehabilitation (Scherr, 2016, S. 2). Die Überwindung von Hürden in der sozialpsychiatrischen Versorgung stellt eine komplexe Aufgabe dar und die Einbringung der Betroffenenperspektive mit Peer-Involvement selbst kann als eine solche Überwindung erfasst werden: In der Weiterentwicklung von Konzepten, die Ressourcen und Empowerment fokussieren, wie dem Recoverykonzept (Anthony, 1993) oder dem Need Adapted Treatment (Alanen et al. 1991). Die Suchbewegungen angemessener Begleitung in der sozialpsychiatrischen Versorgung sind nicht abgeschlossen, und Angebote sind in regional sehr unterschiedlicher Ausprägung vorhanden. Insbesondere spielen Fragen der Refinanzierung, teils trotz Nachweis der Evidenz - wie z.B. beim Home-Treatment das nicht oder nur sehr begrenzt von Krankenkassen übernommen wird – eine zentrale Rolle bei der Umsetzung von neuen Konzepten (Behringer & Achberger, 2019, S. 85). Dies zeigt sich auch in den Daten zur Verbreitung (vgl. Teil III, Abschnitt 1.2.2) und Refinanzierung von EX-IN-Stellen und Kursangeboten in Deutschland (vgl. Teil II, Abschnitt 1.2.12).

Folgende Fragen der Versorgungsforschung stellen sich im Hinblick auf eine flächendeckende Implementation:

- Die Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie kurz PPP RL (2016) schlägt eine Pflicht Peers zu beschäftigen vor (Gemeinsamer Bundesausschuss, [2019] 2024, S. 10). Dies wäre angesichts der Ergebnisse dieser Arbeit ausführlicher zu diskutieren und in Bezug auf die Auswirkungen auf Weiterbildung, Teilhabe an Arbeit wie Teamintegration, Finanzierung von Diensten und Einrichtungen auch außerhalb stationärer Settings zu untersuchen.
- Kann die Beschäftigung von EX-IN als Qualitätskriterium für sozialpsychiatrische Hilfen in Leistungsvereinbarungen gelten?
- Wie erleben Service User von EX-IN-Peersupport die Qualität ihrer Begleitung im Vergleich zu Fachkräften der sozialpsychiatrischen Versorgung?
- Wirkt sich der Einsatz von EX-IN-Peersupport im Kontext von Akutversorgung und Tertiärprävention auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie in Deutschland aus?

- Steigert die Integration von EX-IN die Attraktivität sozialpsychiatrischer Arbeitsplätze und zeigen sich positive Wirkungen in der Selbstfürsorge von Teamkolleginnen\* und -kollegen?
- Welche Potentiale erwachsen aus Peer-Involvement für Online-Angebote der sozialpsychiatrischen Versorgung (Wang, Yao, & Wang, 2023)?

Grundsätzlich sind erweiterte Forschungsdesigns zur Beteiligung von Betroffenen in Fragen Sozialer Arbeit insgesamt von Bedeutung. Entsprechend sollte Forschung zu Peer-Involvement im Kontext von Rehabilitation wie auch Sozialer Arbeit gezielt gefördert werden. Dabei sind partizipative Designs in Förderrichtlinien zu berücksichtigen. Qualitatives Monitoring von Richtlinien wie Projekten sollte als systematisches Peer-Review durch Betroffenenverbände ergänzt werden.

### 3. Praktische Voraussetzungen einer strukturellen Implementation

Als Ergebnis der Recherchen zur Arbeit und der Diskussionen im Kontext der Fokusgruppen, wie der Träger der EX-IN-Ausbildungen, können folgende strukturelle Barrieren benannt werden:

- Im Kontext beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen ist eine Öffnungsklausel notwendig:
- Aufnahme in den Maßnahmenkatalog der Arbeitsagentur und der Rentenversicherung für die Kostenübernahme von EX-IN-Kursen (inkl. Reisekosten).
- Etablierung von Peer-Involvement im Kontext aller Rehabilitationsmaßnahmen.
- Öffnungsklauseln sind in den Regelungen zu Erwerbsminderungs- und Erwerbsunfähigkeitsbezug notwendig. Dabei ist von längeren Zeitphasen/mehrjährigen Erprobungsphasen auszugehen, damit EX-IN/ Peers der Schritt in dauerhafte, sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ermöglicht wird. Die aktuellen Verwaltungsvorschriften stellen ein hohes Risiko des Rückfalls auf Grundsicherungsniveau bei Misslingen dar.
- Regionale Dienste und Einrichtungen sollten verpflichtend an der Etablierung von Kursen für EX-IN einbezogen werden, um so nachhaltige regionale Strukturen zu schaffen und Netzwerke aufzubauen. Es besteht ein deutlicher Mangel an ausgebildeten Genesungsbegleitenden.
- Öffentlichkeitsarbeit und interne Information in der Sozialpsychiatrie für psychiatrienerfahrene Menschen sollte verbindlicher umgesetzt werden. Auch als Recovery-Perspektive ist die Ermutigung sich einzubringen und mit dem eigenen Erfahrungswissen nutzerfreundliche und barrierearme Strukturen zu ermöglichen eine wichtige Ressource im Arbeitsfeld.
- Hochschulen mit Studiengängen Sozialer Arbeit sollten auch in ihren Curricula verbindlich nicht nur Partizipation adressieren, sondern auch konkrete Methoden der Beteiligung wie Peer-Involvement nicht nur lehren, sondern beispielhaft umsetzen. Peer-Involvement sollte dabei nicht ehrenamtlich, sondern entsprechend als Lehrauftrag regelhaft finanziert sein.

## 4. Zusammenfassung

Die Studie hat mit 19 angehenden EX-IN in drei Fokusgruppen Fragen für die Beforschung des Erlebens professionellen Handelns von EX-IN selbst und deren unmittelbaren Teamkolleginnen\* und -kollegen in der sozialpsychiatrischen Versorgung Deutschlands entwickelt und in den Fragebogen zur Erfassung der Beschäftigungssituation von EX-IN in Deutschland und die Interviewleitfäden für die teilstrukturierten Experteninterviews eingearbeitet. Mit den Fragebögen konnten rund 2.500 Dienststellen erreicht werden, die als Dienststellen von EX-IN in Frage kommen. Die dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf den Rücklauf von 519 Bögen (21,49%). In den anschließenden insgesamt 19, qualitativ nach Kuckartz mit reduktiv-deduktiver qualitativer Inhaltsanalyse ausgewerteten Tandem-Interviews (davon zehn mit Teamkolleginnen\* und -kollegen und neun mit EX-IN), konnten Ergebnisse zu Effekten der Beschäftigung von EX-IN auf Teams, auf Dienststellen, auf EX-IN selbst und indirekt auf Service User nachgewiesen werden. Herausforderungen und Bedingungen für Erfolg wurden erfasst und verweisen auf die Barrieren durch Stigmatisierung und Vorurteile, aber auch auf vorbereitende und flankierende Maßnahmen, die diese abbauen und die mit UN-BRK vereinbarten Ziele der Inklusion und Partizipation stärken, die Inanspruchnahme früher Hilfen erleichtern und einen Beitrag zur qualitativen Aufwertung von Interventionen der Sozialen Arbeit mit der Urbarmachung von Erfahrungswissen leisten. Es ist daher zu vermuten, dass die Integration von Erfahrungswissen auch in Prozessen der Bildung und Forschung Sozialer Arbeit neue Perspektiven erschließen und mitwirken kann, persistierende Lücken in der Überwindung von Barrieren der Teilhabe und Teilgabe zu schließen.

Zusammenfassend hat dieses Forschungsprojekt verdeutlicht, dass Inklusion und Menschenrechte des Engagements „Miteinander und Füreinander“ benötigen – sowohl Teilhabe als auch Teilgabe sind dafür notwendig. Widerstände im Kontext der Profession Sozialer Arbeit zeigten sich ausgelöst durch historisch nicht überwundene Vorurteile und Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wie strukturelle Barrieren. Die Bedeutung von Genesungsbegleitung und EX-IN kann sich nur entfalten, wenn strukturelle Barrieren überwunden werden und Fachkräfte, wie Genesungsbegleitende Initiativen für den eigenen Arbeitskontext anstoßen und Erfahrungswissen im Kontext des beruflichen Handelns einbeziehen und einfordern.

## Literaturverzeichnis

- Ackers, S., & Nuißl, K. (Hrsg.). (2021). *EX-IN Genesungsbegleitung: Erfahrungsberichte aus der Praxis*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Aktionsbündnis seelische Gesundheit (2006). [www.seelischegesundheit.net](http://www.seelischegesundheit.net). *Ein starkes Bündnis*. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) (Hrsg.). Berlin. Abgerufen am 22.06.2022 von <http://www.seelischegesundheit.net/aktionsbueundnis/>
- Aktionsbündnis Seelische Gesundheit. (Juli 2010). Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis. Berlin. Abgerufen am 02. 08 2022 von <http://seelischegesundheit.net/wp-content/uploads/2021/06/strategiepapier-2372010.pdf>
- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Räckolainen, V., & Aaltonen, J. (May 1991). Need-Adapted Treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (5), S. 363-372. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb05557.x>
- Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice* (1st Edition- 2nd Printing). Cambridge, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. American Psychological Association (APA) (Hrsg.). *Psychosocial Rehabilitation Journal* (16 Issue 4), S. 11-23. doi:<https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Amering, M. (2016). „Kunst ist schön, macht aber viel Arbeit“ Hindernisse und Widerstände gegen Peerarbeit auf Seiten der professionellen Helferinnen und Helfer. In J. Utschakowski, G. Sielaff, T. Bock, & A. Winter (Hrsg.), *Experten aus Erfahrung - Peerarbeit in der Psychiatrie* (1. Auflage Ausg., S. 60-71). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Amering, M., & Schmolke, M. (2007). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit* (1. Ausg.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Angermeyer, M. C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus Sicht der Patienten - ein Überblick. *Psychiatrische Praxis* (30), S. 358-366. doi: [10.1055/s-2003-43243](https://doi.org/10.1055/s-2003-43243)
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. (A. A. Association, Hrsg.) *Psychosocial Rehabilitation Journal* (16, Issue 4), S. 11-23. doi:<https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping -New perspectives on Mental an Physical Wellbeing*. San Francisco, London: Josey Bass Publishers.

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese - zur Entmystifizierung von Gesundheit* Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (Bd. 36). A. Franke, (Hrsg.), A. Franke & N. Schulte, Übers.) Tübingen: dgvt.
- Arendt, H. (1994). *Hannah Arendt - Zwischen Vergangenheit und Zukunft - Übungen im politischen Denken I*. U. Ludz (Hrsg.), & U. Ludz (Übers.). München/ Zürich: Piper Verlag.
- Arens, S. (2019). Selbsthilfe wahrt ihre Unabhängigkeit - Ein Beispiel aus der Praxis. Nationale Koordinierungs- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Hrsg.) *NAKOS Extra 40* (40), S. 55-63. Abgerufen am 05.06.2024 von <https://www.nakos.de/themen/autonomie/unabhaengigkeit/key@9609>
- Armbrüster, K. (04. und 05. Juli 2014). *Trilog: Monetarisierung. Ein Beitrag zur rechtlichen Einordnung des Ehrenamts*. Nürnberg. Abgerufen am 11.07.2024 von [https://ehrenamtskongress.de/fileadmin/user\\_upload/x\\_Ehrenamtskongress/2014/Praesentationen\\_Plenum/Trilog\\_Monetarisierung\\_Ehrenamtskongress2014\\_Armbruester\\_Rechtliche\\_Einordnung.pdf](https://ehrenamtskongress.de/fileadmin/user_upload/x_Ehrenamtskongress/2014/Praesentationen_Plenum/Trilog_Monetarisierung_Ehrenamtskongress2014_Armbruester_Rechtliche_Einordnung.pdf)
- awis - Association for Women in Science. (11. Okt 2018). [www.awis.org](http://www.awis.org). *Cultivating Diversity Fact Sheets: Intersectionality - A critical framework for STEM equity*. (a. -A. Science, Hrsg.) Washington, USA. Abgerufen am 25. 07 2024
- Aydin, N., & Fritsch, K. (15. April 2015). Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. *Psychotherapeut*, 60, S. 245-257. DOI 10.1007/s00278-015-0024-9
- Baatz-Kolbe, C., & Zauter, S. (2021). Trialog im Netz- Aufbau einer bundesweiten Online-Beratungsplattform: Chancen für Vernetzung und Verbreitung rund um das Thema Genesungsbegleitung. In C. Freier, J. König, A. Manzeschke, & B. Städtler-Mach (Hrsg.), *Gegenwart und Zukunft sozialer Dienstleistungsarbeit - Chancen und Risiken der Digitalisierung in der Sozialwirtschaft* (Bd. Reihe Perspektiven Sozialwirtschaft und Sozialmanagement (Hrsg.) Klaus Grunwald und Ludger Kolhoff, S. 259-272). Wiesbaden: Springer VS.
- Baecker, D. (1994). Soziale Hilfe als Funktionssystem. *Zeitschrift für Soziologie*, 23 (Heft 2), S. 93-110.
- Bauer, S. I. (2018). 000GB - Interview Genesungsbegleitung Tandem 000; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 000TK - Interview Teamkolleg:in Tandem 000; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 001GB - Interview Genesungsbegleitung Tandem 001; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 001TK - Interview Teamkolleg:in Tandem 001; unveröffentlichte Quelle.

- Bauer, S. I. (2018). 002GB - Interview Genesungsbegleitung Tandem 002; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 002TK - Interview Teamkolleg:in Tandem 002; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 003GB - Interview Genesungsbegleitung Tandem 003; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 003TK - Interview Teamkolleg:in Tandem 003; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 004GB - Interview Genesungsbegleitung Tandem 0004; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 004TK - Interview Teamkolleg:in Tandem 004; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 005GB - Interview Genesungsbegleitung Tandem 005; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 005TK - Interview Teamkolleg:in Tandem 005; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 006GB - Interview Genesungsbegleitung Tandem 006; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 006TK - Interview Teamkolleg:in Tandem 006; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 007TK - Interview Teamkolleg:in Tandem 007; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 008GB - Interview Genesungsbegleitung Tandem 008; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 008TK - Interview Teamkolleg:in Tandem 008; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 009GB - Interview Genesungsbegleitung Tandem 009; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2018). 009TK - Interview Teamkolleg:in Tandem 009; unveröffentlichte Quelle.
- Bauer, S. I. (2023). Experienced involvement in social psychiatric care in Germany - pioneering work. Fulda: Hochschulbibliothek Fulda. Von <https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/files/999/EX-IN+in+Socialpsychiatric+Care+in+Germany+-+S.Bauer.pdf>; abgerufen
- Bauer, S. I., & Mamajanyan, T. (2025). Dealing with Vulnerability as a Strengthening factor. Are We All Vulnerable? Risks, Crises and Disaster in the Contemporary World/ Digital Society (Vol 46), Special Edition for the 8th Annual NKL (Navigating Knowledge Landscapes) Conference. Klinik für Psychiatrie des klinischen Zentrums Serbiens und Serbischer Psychiaterverband (Hrsg.) Belgrad, Serbien.
- Bauer, S. I., Dettmann, M.-A., & Weser, M. (2025). Nicht über sie - mit ihnen: Wie bringen wir Erfahrungswissen in die Lehre ein? S. 128-131. In

- Schwering, H. & Staats, M. (Hrsg.), *Instrumentarien zu einem besseren, gelingenderen Leben*. Weinheim, München: Beltz Juventa.
- Behringer, L., & Achberger, C. (2019). Die Psychiatrie-Enquete und ihre Auswirkungen auf die Soziale Arbeit. In A. Eberle, U. Kaminsky, L. Behringer, & U. Unterkofler (Hrsg.), *Menschenrechte und Soziale Arbeit im Schatten des Nationalsozialismus* (S. 75-87). Wiesbaden: Springer VS. doi:[https://doi.org/10.1007/978-3-658-19517-5\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-658-19517-5_4)
- Bendel, O. (18.07.2019). [www.Wirtschaftslexikon.gabler.de](http://www.Wirtschaftslexikon.gabler.de). (Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH) Abgerufen am 03.06.2023 von [www.springer-gabler.de](http://www.springer-gabler.de):  
<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/ausbildung-100062/version-370846>
- BAG Selbsthilfe e.V. (2024). [www.bag-selbsthilfe.de](http://www.bag-selbsthilfe.de). Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG Selbsthilfe) (Hrsg.). Abgerufen am 19.06.2024 von <https://www.bag-selbsthilfe.de/basiswissen-selbsthilfe/was-ist-selbsthilfe>
- BAG Selbsthilfe e.V. (2024). [www.bag-selbsthilfe.de](http://www.bag-selbsthilfe.de). Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG Selbsthilfe) (Hrsg.). Abgerufen am 22.06.2024 von <https://www.bag-selbsthilfe.de/basiswissen-selbsthilfe/was-ist-selbsthilfe>
- BAG WfbM. (25.09.2023). Anzahl der wesentlichen Behinderungsarten in den Mitgliedswerkstätten zum 01.01.2022. Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Menschen mit Behinderung (Hrsg.) Berlin. Abgerufen am 09.01.2024 von <https://www.bagwfbm.de/category/34>
- BASTA - Bündnis für psychisch erkrankte Menschen - Gegen Diskriminierung psychisch Erkrankter. (2002). Basta! Abgerufen am 30.07.2024 von <http://www.bastagegenstigma.de/schulprojekt-1>
- Becker-Lenz, R., & Müller-Hermann, S. (2023). Jenseits wissenschaftlichen Wissens - Wissensarten und Professionalität. In S. Borrmann, J. Franz, H. Löwenstein, A. van Rießen, D. Röh, C. Spatschek, & C. Steckelberg (Hrsg.), *Geteiltes Wissen - Wissensentwicklung in Disziplin und Profession Sozialer Arbeit - Buchreihe Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA)* (Bd. 26, S. 121-136). Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich. doi:10.3224/84742689
- Behr, K., & Liebig, R. ([2002] 2012). Soziale Arbeit als Ehrenamt. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit - Ein einführendes Handbuch* (4. Auflage, Ausg., S. 975-985). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beier, N. (2020). Auf den Spuren der Schatzsuchenden - Rückblick auf das Projekt „Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung neu denken“. *NAKOS*

- Perspektive 01/2020*. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Hrsg.) Berlin. Abgerufen am 05.06.2024 von <https://www.nakos.de/publikationen/key@7495>
- Bock, T., & Sielaff, G. (2014). Ein eigenständiges Berufsbild muss in Zukunft unbedingt her! In B. Jahnke, *EX-IN Kulturlandschaften - Zwölf Gespräche zur Frage: Wie gelingt Inklusion* (S. 17-30). Neumünster: Paranus Verlag der Brücke Neumünster gGmbH
- Bock, T., & Kluge, U. (2017). Der sich und Anderen helfende Mensch. In K. Dörner, U. Plog, T. Bock, P. Brieger, A. Heinz, & F. Wendt (Hrsg.), *Irren ist menschlich - Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (24., vollständig überarbeitete Auflage Ausg., S. 31-90). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bock, T., & Krämer, U. M. (2015). Erfahrung wertschätzen – Chancen von Peerbegleitung. Thieme Verlag (Hrsg.). Schattauer. *Nervenheilkunde* (34/04), S. 226-227. DOI: 10.1055/s-0038-1627577
- Bock, T., & Sielaff, G. (2014). Ein eigenständiges Berufsbild muss in Zukunft unbedingt her! In B. Jahnke, *EX-IN Kulturlandschaften - Zwölf Gespräche zur Frage: Wie gelingt Inklusion* (S. 17-30). Neumünster: Paranus Verlag der Brücke Neumünster gGmbH.
- Böhnisch, L., & Lösch, H. (1975). Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionelle Determination. In H.-U. Otto, & S. Schneider (Hrsg.), *Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit I - Kritische Texte: Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziale Probleme* (S. 21-40). Neuwied: Luchterhand.
- Böllert, K. (2012). Von der sozialdisziplinierenden Intervention zur partizipativen Dienstleistung. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit - Ein Einführendes Handbuch* (4. Auflage., S. 1183). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften - Springer Verlag.
- Brink, C. (2013). *Grenzen der Anstalt: Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860 - 1980* (Bd. XX). U. Herbert, & R. Lutz (Hrsg.) Göttingen: Wallstein Verlag.
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), § 622 Abs. 3 - Kündigungsfristen bei Arbeitsverhältnissen. (2021). In *Bürgerliches Gesetzbuch - BGB*. München: Beck im dtv.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). (Hrsg.) (Oktober 2020). *Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter Menschen*. Abgerufen am 31.07.2024 von [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de): <https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/produktdetails/produkt/154.html>
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe. (01.07.2022). Leitsätze der Selbsthilfe für die Zusammenarbeit mit Personen des privaten und öffentlichen Rechts, Organisationen und Wirtschaftsunternehmen. *Leitsätze der Selbsthilfe*.

- Abgerufen am 01.08.2024 von <https://www.bag-selbsthilfe.de/informationen-fuer-selbsthilfe-aktive/unabhaengigkeit-der-selbsthilfe/monitoring/leitsaetze>
- Bundesgesundheitsministerium (2024). *www.bundesgesundheitsministerium.de*. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Referat L7 "Presse, Internet, Soziale Netzwerke" (Hrsg.). Abgerufen am 19. 06 2024 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/selbsthilfefoerderung>
- Bundesinstitut für Berufsbildung. (25.03.2022). Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe 2022. *Bekanntmachung des Verzeichnisses der anerkannten Ausbildungsberufe und des Verzeichnisses der zuständigen Stellen* (2022). Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) Bonn. Abgerufen am 03.06.2023
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (24.03.1997). Sozialgesetzbuch III - §38 Abs. 1. *SGB III*. (BMJ, Hrsg.) Berlin. Abgerufen am 21. 06 2022 von [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_3/\\_38.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_3/_38.html)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (19.06.2001). SGB IX - Neuntes Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. (Teil I Nr. 27). (BMJ, Hrsg.) Berlin: Bundesgesetzblatt. Abgerufen am 09.08.2022 von [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl101s1046.pdf%27%5D#\\_bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl101s1046.pdf%27%5D\\_1736844448667](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl101s1046.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl101s1046.pdf%27%5D_1736844448667)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (24. 12 2003). SGB II - Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende. (BMJ, Hrsg.) Berlin: Bundesgesetzblatt. Abgerufen am 07. 09 2023 von [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_2/](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_2/)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (23. 12 2016). Bundesteilhabegesetz BTHG. (Teil I Nr. 66). (BMJ, Hrsg.) Berlin: Bundesgesetzblatt. Abgerufen am 08. 09 2022 von [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&jumpTo=bgbl116s3234.pdf#\\_bgbl\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl116s3234.pdf%27%5D\\_1736844212476](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl116s3234.pdf#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl116s3234.pdf%27%5D_1736844212476)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (2017) § 32 SGB IX Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung; Verordnungsermächtigung. *SGB XI- Sozialgesetzbuch XI - Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen*. Abgerufen am 22. 08 2024 von <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/32.html>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (23. 12 2016). Bundesteilhabegesetz BTHG. (Teil I Nr. 66). (BMJ, Hrsg.) Berlin: Bundesgesetzblatt. Abgerufen am 08. 09 2022 von

- [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&jumpTo=bgbl116s3234.pdf#\\_bgbl\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl116s3234.pdf%27%5D\\_\\_1736844212476](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl116s3234.pdf#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl116s3234.pdf%27%5D__1736844212476)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (2017). § 32 SGBIX Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung; Verordnungsermächtigung. *SGB XI- Sozialgesetzbuch XI - Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen*. Abgerufen am 22. 08 2024 von <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/382.html>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (01.01.2018). SGB IX §20 Teilhabepflichtkonferenz. *Sozialgesetzbuch (SGB IX) Neuntes Buch Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen*. (Bundesregierung, Hrsg.) Berlin. Von <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/20.html> abgerufen
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (01.01.2020). SGBIX §97 Fachkräfte. *Sozialgesetzbuch IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*. (Bundesregierung, Hrsg.) Berlin.
- Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen e.V. (BPE) (20.05.2022). Stellungnahme des BPE zu einem Aufruf von So-Psy. Bundesverband Ppsychiatrieerfahrener e. V. (Hrsg.). Bochum. Abgerufen am 22.07.2024 von <https://bpe-online.de/stellungnahme-zu-no-force-first-positions-papier-der-deutschschweizer-sektion-der-schweizerischen-gesellschaft-fuer-sozialpsychiatrie-so-psy-zum-thema-reduktion-von-zwangsmassnahmen-in-d/>
- Bundesverband Psychiatrieerfahrener e.V. (BPE). (2009). Stellungnahme zu EX-IN. Abgerufen am 30.10.2017 von [www.bpe-online.de](http://www.bpe-online.de)
- Chamberlin, J. (1998). Confessions of a noncompliant patient. *Psychosocial Nursing* (36), S. 49-52. Abgerufen am 01.02.2021 von <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/chamberlin1998b.pdf>
- Charlton, J. (2000). *Nothing about us without us* (1. Auflage). University of California (Hrsg.) Berkley: University of California Press.
- Cherniss, C. (1999). *Jenseits von Burnout und Praxisschock - Hilfen für Menschen in lehrenden, helfenden und beratenden Berufen* (1. deutschsprachige Ausgabe der Originalschrift „Beyond Burnout“ 1995 Routledge. New York). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Ciampi, L. ([1994] 2019). *Affektlogik - Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung*. B. Pörksen (Hrsg.) Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Cloerkes, G. (2007). *Soziologie der Behinderten - Eine Einführung* (3.Auflage). Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH.
- Cooley, C. H. ([1902] 1922). *Human Nature and the Social Order*. New York: Charles Scribner's Sons.
- Cooley, C. H. (2009 [1911]). *Social organization. A study of the larger mind*. (C. U. Library, Hrsg.) Brunswick.

- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsche, N. (Jun 2009). Self-stigma and the „why-try“ effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* (8), S. 75-81. doi:10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x
- Corrigan, P. W. (01.08.2011). Best Practices: Strategic Stigma Change (SSC): Five Principles for Social marketing Campaigns to Reduce Stigma. (A. P. Association, Hrsg.) *Psychiatric Services* (Vol. 62, Nr. 8), S. 821-826. doi:[https://doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208\\_0824](https://doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208_0824)
- Corrigan, P. W. (01.06.2024). Understanding Peerness in Recovery-Oriented Mental Health Care. American Psychological Association (APA), (Hrsg.). *Psychiatric Services* (Vol. 75 Issue 6), S. 513-612. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230392>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum* (Issue 1, Article 8), S. 138-167. Von <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/voll1989/iss1/8> abgerufen
- Dachverband für Dialektisch Behaviorale Therapie e.V. (kein Datum). [https://dachverband-dbt.de/dbt\\_peer\\_coaching](https://dachverband-dbt.de/dbt_peer_coaching). Abgerufen am 21.01.2020 von [https://dachverband-dbt.de/dbt\\_peer\\_coaching](https://dachverband-dbt.de/dbt_peer_coaching)
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Institute for Future Studies Stockholm (Hrsg.). Stockholm.
- Daszkowski, J. (2012). Debatte Pro & Kontra: EX-IN-Ausbildungen: Experienced Involvement – Pro & Kontra. *Psychiatrische Praxis* (39), S. 203.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (Juni 2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. World Psychiatry Association (Hrsg.). *World Psychiatry* (11 Issue 2), S. 123-128. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.05.009
- Deegan, P. E. (1997). Recovery and Empowerment for people with Psychiatric Disabilities. Taylor & Francis Online (Hrsg.). *Journal of Social Work and Health Care* (25), S. 11-24. doi:10.1300/J010v25n03\_02
- Dettmers, S. (2021). Bio-psycho-soziales Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit: In der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit ist der fachliche Zugang zu gesundheitlich beeinträchtigten und gefährdeten Menschen verbunden mit der Fragestellung, welche Faktoren Einfluss. In J. Bischkopp, & S. Dettmers (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (2. Ausg., S. 282). München: Ernst Reinhardt Verlag GmbH & Co KG.
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG Selbsthilfe) ([1987] 2024). [www.dag-shg.de](http://www.dag-shg.de). (D. D. e.V., Herausgeber) Abgerufen am 19.06.2024 von <https://www.dag-shg.de/aufgaben/Selbsthilfegruppen/>

- Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) (November 2021). Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer aufgrund von psychischen Erkrankungen im Zeitraum von 2006 bis 2020. *DAK-Gesundheitsreport*. Statista GmbH (Hrsg.). Hamburg. Abgerufen am 20.05.2022 von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/845/umfrage/dauer-von-arbeitsunfaehigkeit-aufgrund-von-psychischen-erkrankungen/>
- Deutscher Bundestag. (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, Verlag Dr. Hans Heger. Abgerufen am 05.12.2024 von <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheil-kunde (DGPPN) (Hrsg.). (2019). S3-Leitlinie - Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Springer. Abgerufen am 18.05.2022 von [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbcfcc277/S3-LL-PsychosozTherapien\\_Langversion.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbcfcc277/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheil-kunde (DGPPN). (2018). *S3-Leitlinie für psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. DGPPN, Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer Verlag. doi:<https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheil-kunde (DGPPN) (Hrsg.). (2019). S3-Leitlinie - Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Springer. Abgerufen am 18.05.2022 von [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbcfcc277/S3-LL-PsychosozTherapien\\_Langversion.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbcfcc277/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheil-kunde (DGPPN) (Oktober 2020). Dossier - Psychische Erkrankungen in Deutschland: Triologischer Perspektiven. 25. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheil-kunde (Hrsg.). Berlin. Abgerufen am 13.06.2022 von [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/6fae81e9ed5838d300e2a656f30b40b20c9d5a45/DGPPN\\_Dossier\\_2020.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6fae81e9ed5838d300e2a656f30b40b20c9d5a45/DGPPN_Dossier_2020.pdf)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheil-kunde (DGPPN) (Hrsg.). (September 2024). Gemeinsame Erklärung des Runden Tisches Interprofessionelle Zusammenarbeit in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung. *Erklärung Interprofessionelle Zusammenarbeit Stand September 2024*. Abgerufen am 02.01.2025 von <https://www.dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/>

- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) (Juli 2020). Forschungsethische Prinzipien und wissenschaftliche Standards für Forschung der Sozialen Arbeit. Sersheim. Abgerufen am 10.01.2025 von <https://www.dgsa.de/forschungsethik/forschungsethikkodex>
- Deutschschweizerische Sektion der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie. (2021). Positionspapier: „No Force First“ - der Deutschschweizer Sektion der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SO-PSY) zum Thema Reduktion von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie. Schweiz. Abgerufen am 27.07.2024 von [https://sopsy.ch/wp-content/uploads/2021/05/SOPSY\\_ALL\\_-PP-mit-Begegnungen-Zwang-V2021.pdf](https://sopsy.ch/wp-content/uploads/2021/05/SOPSY_ALL_-PP-mit-Begegnungen-Zwang-V2021.pdf)
- Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache (DWDS). (kein Datum). „Experte, der“-. Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.). Abgerufen am 10.06.2024 von <https://www.dwds.de/wb/Experte>
- Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache (DWDS). (kein Datum). *Stichwort: Klient*. Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.). Abgerufen am 10.06.2024 von <https://www.dwds.de/wb/Klient>
- Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache (DWDS). (kein Datum). *Stichwort: Betroffene*. Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.). Abgerufen am 03.09.2023 von <https://www.dwds.de/wb/Betroffene>
- Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache (DWDS). (kein Datum). *Stichwort: Patient*. Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.). Abgerufen am 10.06.2024 von <https://www.dwds.de/wb/Patient>
- Dörner, K. (2017). Gebrauchsanweisung: Irren ist menschlich. In K. Dörner, U. Plog, T. Bock, P. Brieger, A. Heinz, & F. Wendt (Hrsg.), *Irren ist menschlich - Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (24. vollständig überarbeitete Auflage Ausg., S. 19-30). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Dörner, K., Egetmeyer, A., & Koenning, K. (1982). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Ehlert, G. (27.07.2022). Deprofessionalisierung. *Socialnet Lexikon*. (socialnet, Hrsg.) Bonn. Abgerufen am 20.12.2024 von <https://www.socialnet.de/lexikon/Deprofessionalisierung>
- EREPRO - Ein Recht auf Probleme gemeinnützige Ausbildungs-gesellschaft mbH. (2008). Ehrenamt - Laienhelfer, Bürgerhelfer, Freiwillige in der Psychiatrie - das ist ja wohl die Krönung! *Hilfe* (13), S. 10-39.
- Eriksen, C. W., Lazarus, R. S., & Strange, J. R. (1952). Psychological Stress and Its Personality Correlates - Part II. The Rohrschach Test and Other Personality Measures. *Journal of Personality* (Vol. 20 Issue 3), S. 277-286. doi:10.1111/j.1467-6494.1952.tb01110.x
- Esslinger, A. S., Anli-Berk, S., & Heyden, B. (2022). Transformationale Führung als Ausdruck gesunden Führens: Motor für eine gelungene gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung. In R. Hajji, K. Kietze, &

- N. Pieck (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung - Theorien Ergebnisse und Ansätze* (S. 201-216). Wiesbaden: Springer VS. doi:<https://doi.org/10.1007/978-3-658-35603-3>
- EX-IN Bayern e.V. (03/2022). [www.ex-in-by.de](http://www.ex-in-by.de). Abgerufen am 05.06.2023 von <http://ex-in-by.de/kurse/erfahrung-mit-finanzierungsmoeglichkeiten/>
- EX-IN Deutschland e. V. (2017). [www.ex-in.de](http://www.ex-in.de). Abgerufen am 03.04.2017 von <https://ex-in.de/>
- EX-IN Deutschland e.V. (2023). [www.ex-in.de](http://www.ex-in.de). Abgerufen am 05.06.2023 von <https://ex-in.de/fragen-antworten/>
- EX-IN Deutschland e. V. (2025). [www.ex-in.de](http://www.ex-in.de). Abgerufen am 21.01.2025 von <https://ex-in.de/ueber-ex-in/standorte/>
- EX-IN Deutschland e. V. (2025). [www.ex-in.de](http://www.ex-in.de). Abgerufen am 08.01.2025 von <https://ex-in.de/ueber-ex-in/fragen-antworten/>
- EX-IN partners. (2019). EX-IN-Curriculum: Ausbildungsprogramm für Psychiatrie-Erfahrene zur Qualifizierung als Ausbilder und als Genesungsbegleiter. (H. van Haaster, Hrsg., & J. Utschakowski, Redakteur) Amsterdam. Abgerufen am 03.06.2023 von [https://psychiatrie-verlag.de/wp-content/uploads/2019/01/EX-IN-Curriculum\\_02.pdf](https://psychiatrie-verlag.de/wp-content/uploads/2019/01/EX-IN-Curriculum_02.pdf)
- Falk, G. (2001). *How we treat outsiders*. New York: Prometheus Books.
- Faltermaier, T. (2017). *Gesundheitspsychologie* (2. Ausg., Bd. 21 Grundriss der Psychologie). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fengler, C., & Fengler, T. (1980). *Alltag in der Anstalt - Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird Eine ethnomethodologische Untersuchung* (1. Ausg.). Bd.1 Schriftenreihe des DGSP-Forschungsinstituts (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie) (Hrsg.). Rehbürg-Loccum: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Fengler, J. (2011). Ausgebrannte Teams - Burn-Out Prävention und Salutogenese. In J. Fengler, & A. Sanz. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fischer, F. ([1969] 2016). *Irrenhäuser - Kranke klagen an* (Reprint). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Finzen, A. (2000). *Psychose und Stigma -Stigmabewältigung- zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung* (1. Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Finzen, A. (22.10.2010). Die Krankheit verstehen - Stigma und Stigmabewältigung bei psychischen Störungen. (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hrsg.)). *Kerbe - Forum für Soziale Psychiatrie* (28), S. 8-11.
- Finzen, A. (2013). *Stigma psychische Krankheit - Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen* (1. Auflage). Köln: Psychiatrie-Verlag

- Flick, U., Kardorff v., E., Keupp, H., Rosenstiel v., L., & Wolff, S. (Hrsg.). (1995). *Handbuch qualitative Sozialforschung - Grundlagen, Konzepte, Methoden* (2. Auflage). Weinheim: Beltz - Psychologie Verlags Union.
- Flick, S., Braune, I., & Herold, A. (Aug 2024). Multiprofessionalität als Chimäre - Zum professionellen Selbstverständnis des klinischen Sozialdiensts in der Psychosomatik. Deutsches Zentralinstitut für Soziale Fragen und die Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung des Landes Berlin (Hrsg.) *Soziale Arbeit - Zeitschrift für Soziale und sozialverwandte Gebiete*(Aug-Sep 2024), S. 328-335. doi:10.5771/0490-1606
- Flüter-Hoffmann, C., Hammermann, A., & Monsef, R. (2021). Betriebliche Einflussfaktoren auf die Inklusion von Menschen mit Behinderungen. *IW-Trends 04/2021* (Jg. 48, Nr 4). Institut der Deutschen Wirtschaft (IW) (Hrsg.) Köln. Von [https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user\\_upload/Studien/IW-Trends/PDF/2021/IW-Trends\\_2021-04-01\\_Inklusion.pdf](https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/IW-Trends/PDF/2021/IW-Trends_2021-04-01_Inklusion.pdf) abgerufen
- Franz, J., & Unterkofler, U. (Hrsg.) (2021). *Forschungsethik der Sozialen Arbeit - Prinzipien und Erfahrungen* (de. 23 Buchreihe Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA). Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich Verlag. doi:10.3224/84742493
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. (S. f. (SPSSI), Hrsg.) *Journal of Social Issues* (Vol 30 Issue 1), S. 159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago: Chicago Press.
- Fuchs, T. (2017). Anthropologische und phänomenologische Aspekte psychischer Erkrankungen. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 417-431). Berlin, Heidelberg: Springer Reference Medizin. doi:[https://doi.org/10.1007/978-3-662-49295-6\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-662-49295-6_16)
- Gaebel, W., Ahrens, W., & Schlamann, P. (2010). Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis. Im Rahmen des Anti-Stigma-Projekts: Entwicklung und Umsetzung einer Strategie zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin. Von <https://www.seelischegesundheit.net/wissen/stigma/> abgerufen am 27.03.2023
- Galuske, M., & Müller, W. C. (2002). Handlungsformen in der Sozialen Arbeit - Geschichte und Entwicklung. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit - Ein einführendes Handbuch* (4. Auflage, S. 587-610).

- Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.  
doi:[https://doi.org/10.1007/978-3-531-94311-4\\_37](https://doi.org/10.1007/978-3-531-94311-4_37)
- Ganz, M. (2014). *Organizing People, Power, Change. CCESL Community Organizing Handbook* (3rd). University of Denver (Hrsg.) Denver, USA. Abgerufen am 10.10.2024 von <https://docslib.org/download/12779703/community-organizing-handbook-3rd-edition>
- Garfinkel, H. G. (Mar 1956). Conditions of Successful Degradation Ceremonies. University of Chicago Press, Journals (Hrsg.) *American Journal of Sociology*, Vol. 61 (No. 5), S. 420-424. doi:<http://dx.doi.org/10.1086/221800>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (01.Juli[2019].2024). Personalaus-stattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/ PPP-RL. *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses*. Berlin, Deutschland: Bundesanzeiger.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2020). <https://innovationsfonds.g-ba.de>. (Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss) Abgerufen am 21.01.2025 von <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/imppeer-psy5.331>
- Gläser, J., & Laudel, G. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (3. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.
- Goethe von, J. W. (Jan [1819] 1948). Goethe an Friedrich Müller, 24.04.1819. *Gedenkausgabe der Werke, Briefe und Gespräche*, 13. (E. Beutler, Hrsg.) Zürich und Stuttgart: Artemis.
- Goffman, E. (1961). *Asylums - Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books, Division of Random House.
- Goffman, E. (1975 [1963]). *Stigma - Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Greene, J. C., Caracelli, V. J., & Graham, W. F. (01.09.1981). Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. (Cornell University Ithaka New York (Hrsg.) *Educational Evaluation and Policy Analysis* (11), S. 255-274. doi:10.3102/01623737011003255
- Griffiths, C. A. (Mai 2010). A Critical Analysis of Antnonovsky's Sense of Coherence Theory in Relation to Mental Health and Mental Disorder and the Effect of a Lifelong Learning Intervention on the Sense of Coherence of Mental Health Service Users. School of Health and Social Sciences Middlessex University of London (Hrsg.) London, UK. Abgerufen am 10.01.2023 von <https://eprints.mdx.ac.uk/6286/>

- Grobe, T. G., & Schwartz, F. W. (Februar 2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. (R. Koch-Institut, Hrsg.) *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Abgerufen am 02.03.2023 von [https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=8176#ml](https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8176#ml)
- Gromann, P. (2010). *Koordinierende Prozessbegleitung in der Sozialen Arbeit* (Bd. Handlungskompetenzen in der Sozialen Arbeit Band 2). (M. Heiner, Hrsg.) München: Ernst Reinhardt Verlag GmbH & Co KG.
- Gromann, P., & Deuschle, A. (2021). TESEGE - Prävention entlang des Lebenszyklus - Teilhabe und Seelische Gesundheit in Schulen und Arbeit. Forschungsbericht, HS Fulda, Sozialwesen, Fulda.
- Gruber, H., & Mandl, H. (1996). Expertise und Erfahrung. In H. Gruber, & A. Ziegler (Hrsg.), *Expertiseforschung - Theoretische und methodische Grundlagen* (S. 18-34). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haaster van, H. (2016). Der Wert der Erfahrung. In J. Utschakowski, G. Sielaff, T. Bock, & A. Winter (Hrsg.), *Experten aus Erfahrung* (1.Ausg., S. 50-59). Köln: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Haji, R., Kitze, K., & Pieck, N. (Hrsg.). (2022). *Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung - Theorien, Ergebnisse und Ansätze*. Wiesbaden: Springer VS. doi:<https://doi.org/10.1007/978-3-658-35603-3>
- Haji, Rahim, Kitze, K., Andersch, C., Franz, M., Hagemester, T., Schmutz, N. (2023). Burn-Out: Welche Ressourcen tragen zur Minderung von emotionaler Erschöpfung unter Sozialarbeitenden bei? In R. Hajji, K. Kitze, & N. Pieck (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung - Theorien, Ergebnisse und Ansätze* (S. 169-186). Wiesbaden: Sptinger VS. doi:<https://doi.org/10.1007/978-3-658-35603-3>
- Hauth, I. (2018). *Keine Angst! Was wir gegen Ängste und Depressionen tun können*. München: Berlin Verlag in der Piper Verlag GmbH.
- Heiner, M. (1996). *Qualitätsentwicklung durch Evaluation*. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Heiner, M. (2004). *Professionalität in der Sozialen Arbeit* (1.Ausg.). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Heiner, M. (2010). *Soziale Arbeit als Beruf - Fälle, Felder, Fähigkeiten* (2. Auflage). München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.
- Helsper, W. (2021). *Professionalität und Professionalisierung pädagogischen Handelns. Eine Einführung* (Bd. 1). (C. Grunert, Hrsg.) Opladen: Barbara Budrich Verlag.
- Heuchemer, P. (2023). Kommt die tarifliche Bezahlung für EX-IN. Aktion Psychisch Kranke, Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (Hrsg.) *Psychosoziale Umschau* (04/2023 38. Jahrgang), S. 38-39.

- Hill, B., Kreling, E., & Hönigschmid, C. (2012). Selbsthilfe und Soziale Arbeit - Das Feld neu vermessen. In B. Hill, E. Kreling, C. Hönigschmid, G. Zink, E. Eisenstecken, & K. Grothe-Bortlik (Hrsg.), *Selbsthilfe und Soziale Arbeit - Das Feld neu vermessen* (S. 14-25). Weinheim Basel: Beltz Juventa Verlag.
- 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. Theoretische Analysen, gesellschaftliche Herausforderungen und Reflexionen zur Demokratieförderung und Partizipation* (Bde. 18, Buchreihe Theorie, Forschung und Praxis der DGSA, S. 192-171). Opladen, Berlin & Toronto: Barbara Budrich Verlag.
- Hollstein, B. (31.03.2017). Das Ehrenamt. Empirie und Theorie des bürgerschaftlichen Engagements. Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) *Aus Politik und Zeitgeschichte - Das Amt* (14-15/2017), S. 36-41. Abgerufen am 11.07.2024 von <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/245597/das-ehrenamt-empirie-und-theorie-des-buergerschaftlichen-engagements/>
- Hopf, C. (1995). Befragungsverfahren - Qualitative Interviews in der Sozialforschung. In U. Flick, E. Kardoff von, H. Keupp, L. Rosenstiel von, & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung* (2. Auflage, S. 517). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hron, J. (2000). Motivationale Aspekte von beruflicher Expertise. München: Herbert Utz Verlag.
- Hudson, C. G. (2005). Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. American Psychological Association (APA) (Hrsg.). *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, S. 3-18. doi:0.1037/0002-9432.75.1.3
- Jahnke, B. (2014). Ex-IN Kulturlandschaften -Zwölf Gespräche zur Frage: Wie gelingt Inklusion? Neumünster: Paranus Verlag Brücke Neumünster gGmbH.
- IASSW International Association of Social Work. (27.04.2018). GLOBAL SOCIAL WORK STATEMENT OF ETHICAL PRINCIPLES. Abgerufen am 11.11.2022 von <https://www.iassw-aiets.org/wp-content/uploads/2018/04/Global-Social-Work-Statement-of-Ethical-Principles-IASSW-27-April-2018-1.pdf>
- IFSW/IASSW. (Juli 2014). Globale Definition von Sozialer Arbeit. Melbourne. Abgerufen am 14.08.2024 von <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Irrsinnig menschlich e.V. (2000). Verrückt? Na und! Abgerufen am 30.07.2024 von <https://www.irrsinnig-menschlich.de/psychisch-fit-schule/>

- Jahoda, M., Lazarsfeld, P. F., & Zeisel, H. ([1933]2014). Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit (24. Ausg.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- JobInklusive. (13.09.2021). Acht Punkte: Kritik an Werkstätten für behinderte Menschen. R. Krauthausen (Hrsg.). Berlin. Abgerufen am 09.01.2024 von <https://jobinklusive.org/2021/09/13/kritik-an-werkstaetten-fuer-behinderte-menschen-acht-punkte/>
- Kälble, K. (2004). Berufsgruppen- und fachspezifische Zusammenarbeit - Terminologische Klärungen. In L. Kaba-Schönstein, & K. Kälble (Hrsg.), *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen - Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP)* (S. 29-41). Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag.
- Karasek, R. (Juni 1979). Job Demands, Job Latitude and Mental Strain. Cornell SC Johnson College of Business, Ithaca NewYork (Hrsg.) *Administrative Science Quarterly*.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). Healthy Work - Stress, Productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.
- Karbounaris, S., Boomsma-van Holten, M., Oostindier, A., Raats, P., Prins-Aardema, C. C., Weerman, A., Abma, T. (20.08.2022). Explorations on the use of lived experiences by psychiatrists: facilitators and barriers. (University of Leiden, Netherlands, Hrsg.) *Mental Health and Social inclusion* (Vol. 27, Issue 1), S. 66-80. doi:10.1108/MHSI-07-2022-0049
- Karbounaris, S., Wilken, J., Weerman, A., & Abma, T. (13.12.2022). Experiential Knowledge of Mental Health Professionals - Service User Perceptions. Semmelweis University, Insitute of Mental Health Budapest, Hungary (Hrsg.) *European Journal of Mental Health - Well-being in social and ecological context* (Vol 17. No. 3). doi:<https://doi.org/10.5708/EJMH.17.2022.3.2>
- Kardoff von, E., Ohlbrecht, H., & Schmitt, S. (01.05.2013). Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen - Expertise im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. *Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen*, 145. (Antidiskriminierungs-stelle des Bundes (Hrsg.) Berlin, Deutschland. Abgerufen am 09.01.2024 von [https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise\\_zugang\\_zum\\_allg\\_arbeitsmarkt\\_f\\_menschen\\_mit\\_behinderungen.html](https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise_zugang_zum_allg_arbeitsmarkt_f_menschen_mit_behinderungen.html)
- Kardoff von, E. (22. Oktober 2010). Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion psychisch kranker Menschen. (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hrsg.). *Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie*, S. 4-7.

- Kardorff von, E. (2023). Diskriminierung von seelisch Beeinträchtigten. In A. Scherr, A. C. Reinhardt, & A. El-Mafaalani (Hrsg.), *Handbuch Diskriminierung*. Wiesbaden: Springer VS. Abgerufen am 09.12.2024
- Karolus, S. (1995). Berufliche Identität in der Auseinandersetzung mit institutionellen Strukturen. In W. R. Wendt (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses - Beruf und Identität* (Bd. 2, S. S. 105-114). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Kircher, D. S. (26. Juli 2022). New Work und Retention Management im Gesundheitswesen - Eine Antwort auf den Personalnotstand im Gesundheitswesen. Baar, Schweiz. Abgerufen am 18.12.2024 von <https://morethandigital.info/new-work-und-retention-management-im-gesundheitswesen/>
- Kleve, H. (2003). Geschichte Theorie, Arbeitsfelder und Organisationen Sozialer Arbeit - Reader: Fragmente, Definitionen, Einführungen und Übersichten. Berlin. Abgerufen am 21.07.2024 von [https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrkgDSOz6RmkL8tFTxfCwx.;\\_ylu=Y29sbwMEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1722105871/RO=10/RU=https%3a%2f%2fams-forschungsnetzwerk.at%2fdownloadpub%2fkleve\\_2003\\_sozialarbeit\\_Read er.pdf/RK=2/RS=Pxesbz0GEhDlftVZ0\\_VXQiQnOjw-](https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrkgDSOz6RmkL8tFTxfCwx.;_ylu=Y29sbwMEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1722105871/RO=10/RU=https%3a%2f%2fams-forschungsnetzwerk.at%2fdownloadpub%2fkleve_2003_sozialarbeit_Read er.pdf/RK=2/RS=Pxesbz0GEhDlftVZ0_VXQiQnOjw-)
- Kleve, H. (06. 12 2012). Die Ambivalenz der Hilfe – Zwei Logiken der Sozialen Arbeit. Internationale Gesellschaft für Erzieherische Hilfen (IGfH) (Hrsg.). *HEZ- Die Heim- und ErzieherInnen Zeitschrift* (5). Abgerufen am 17.07.2024 von <http://www.hez-igfh.de/kleve-h-die-ambivalenz-der-hilfe-zwei-logiken-der-sozialen-arbeit/>
- Knoster, T. P., Villa, R. A., & Thousand, J. S. (2000). A framework of thinking about systems change. In R. A. Villa, & J. S. Thousand, *Restructuring for caring and effective education: Piecing the puzzle together* (2. Auflage, S. 93-128). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.,.
- Kofahl, C., & Trojan, A. (06.04.2021). Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* (BZgA) (Hrsg.) Köln, Deutschland. doi:<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-il05-2.0>
- Kofahl, C., Haack, M., Nickel, S., & Diercks, M.-L. (2019). *Wirkungen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe.* (C. Kofahl, M. Haack, S. Nickel, & M.-L. Diercks, Hrsg.) Berlin: LIT Verlag Dr. W. Hopf.
- Korzcak, J. ([1925] 2001). *Verteidigt die Kinder!* (6. völlig neu bearbeitete Auflage). (E. Dauzenroth, Hrsg., W. Grycz, N. Koestler, M. Kropiwinska, R. Matwin-Buschmann, & Z. Weigt, Übers.) Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

- Koster, Y., & van Haaster, H. (2005). Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid. *Aus Erfahrung anders*. Amsterdam: Nicht veröffentlichtes Manuskript, zitiert aus Utschakowski, Jörg, Zeitschrift Soziale Psychiatrie, ISSN 0937-2628, Heft Jan 2009, (Hrsg.) DGSP e.V..
- Krappmann, L. (1969). Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen (1. Auflage 1971). Stuttgart: Klett.
- Krappmann, L. (1988). *Soziologische Dimensionen der Identität*. Stuttgart: Klett.
- Krupa, T., Kirsh, B., Cockburn, L., & Gewurtz, R. (2009). Understanding the stigma of mental illness in employment. *Work: Mental Health* (33 (4)), S. 413-425. doi:10.3233/WOR-2009-089
- Kruse, C. (Dez 2008). Ehrenamt Laienhelfer, Bürgerhelfer, Freiwillige in der Psychiatrie - das ist ja wohl die Krönung. (E. gGmbH, Hrsg.) *hilfe* (13), S. 10-39.
- Kuckartz, U. (2008). *Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis*. Hamburg: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods - Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Marburg: Springer VS.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse, Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Ausg.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation - Der Einstieg in die Praxis* (2. Ausg.). VS Verlag für Sozialwissenschaften Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Kuhlmann, C. (04.11.2021). Geschichte der Sozialen Arbeit. *socialnet Lexikon*. Bonn. Abgerufen am 09.12.2024 von <https://www.socialnet.de/lexikon/496>
- Lacroix, A., & Gonther, U. (2014). Ich frage Sie, was bringt es- außer einer weiteren Psychiatrisierung unserer Gesellschaft-, wenn sich EX-INler zu Superprofis mausern wollen? In B. Jahnke, *Ex-In Kulturlandschaften - Zwölf Gespräche zur Frage: Wie gelingt Inklusion?* Köln: Paranus Verlag Brücke Neumünster gGmbH.
- LaFarge, J. S. (1945). *The Race Question and the Negro - A Study of the Catholic Doctrine on Interracial Justice*. New York: Longmans.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung* (5.Auflage). (Beltz, Hrsg.). Julius Beltz GmbH & Co KG., Weinheim, Deutschland
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping* (1, kindle Ausg.). New York, USA: Springer Publishing Company, Inc.
- Leßmann, O. (2014). Arbeit und das gute Leben –Erfassung von Verwirklichungschancen im Capability - Ansatz. *1. Auflage*, 47-56. (F. F. Stiftung, Hrsg.) Paderborn. Abgerufen am 22. 08 2024 von [https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=AwrkLZXf.cZmvEoMlAtfCwx.;\\_ylu=Y29](https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrkLZXf.cZmvEoMlAtfCwx.;_ylu=Y29)

sbwMEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1724344927/RO=10  
/RU=https%3a%2f%2flibrary.fes.de%2fpdf-  
files%2fwiso%2f10750.pdf/RK=2/RS=NWKHxRGWWpoIJLZ\_kPz8R1L  
MT4o-

- Liebherz, S., Tlach, L., Sänger, S., Dirmaier, J., & Härter, M. (2022).  
*www.psychenet.de*. Abgerufen am 29.08.2023 von  
*www.psychenet.de/entscheidungshilfen*:  
<https://www.psychenet.de/de/entscheidungshilfen/entscheidungshilfen-depressionen/behandlungsmoeglichkeiten/weitere-therapie-und-unterstuetzungsmoeglichkeiten-bei-depressionen-sind.html?view=page&layout=index&id=235>
- Liesener, A. (2021). Selbsthilfe und Soziale Arbeit. In J. Bischof, & S. Dettmers (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (2. Ausg., S. 248-255). München, Deutschland: Ernst Reinhardt Verlag GmbH & Co KG.
- Lucksted, A., & Drapalski, A. L. (2015). Self Stigma Regarding Mental Illness: Definition, Impact, and Relationship to Societal Stigma. American Psychological Association (APA) (Hrsg.). *Psychiatric Rehabilitation Journal* (Vol. 38), S. 99-102. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/prj00001522>
- Mackay, T., Ahmed, N., Andleeb, H., Billsborough, J., Currie, R., Hazzard, R., . . . Thompson, R. (11.02.2022). The Evolution of community support values: reflections from three UK mental health project teams. *Advances in Mental Health - Promotion, Prevention and Early Intervention* (20:2), S. 157-169. doi:10.1080/18387357.2022.2033128
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S. & Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gangige Praxis. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, S. 1-10. <https://doi.org/10.3205/zma000932>
- Mahlke, C. I., Priebe, S., Heumann, K., Daubmann, A., Wegscheider, K., & Bock, T. (May 2017). Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness - a randomised controlled trial. *European Psychiatry* (Vol. 42), S. 103-110. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.12.007
- Mahlke, C., Schulz, G., Sielaff, G., Nixdorf, R., & Bock, T. (22.01.2019). Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt*(62), S. 214-221. doi:<https://doi.org/10.1007/s00103-018-2875-z>
- Matthews, H., & Williamson, I. (2016). Caught between compassion and control: exploring the challenges associated with inpatient adolescent healthcare in an independent hospital. *Journal of Advanced Nursing* (72 Issue 5), S. 1042-1053. DOI 10.1111/jan.12889

- Matzat, J. (01.09.2022). Zum Imagewandel der Selbsthilfe. (S. München, Hrsg.) *einBlick - das Münchner Selbsthilfejournal* (76), S. 4-6. Abgerufen am 24.06.2024 von <https://www.shz-muenchen.de/einblick-archiv.html>
- McCarthy, J., & Gastmans, C. (Februar 2015). Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics* (22 Issue 1), S.131-152. doi:10.1177/0969733014557139
- McFadden, P., Mallett, J., Campbell, A., & Taylor, B. (2019). Explaining Self-Reported Resilience in Child-Protection Social Work: The Role of Organisational Factors and Job Characteristics. *British Journal of Social Work* (49), S. 198-216. doi: 10.1093/bjsw/bcy015
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self and Society from the Standpoint of a Social Behaviourist*. Chicago: University of Chicago Press. Von <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-50777-3> abgerufen am 27.03.2023
- Meißel, T. (2000). Compliance. In G. Stumm, & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (Lizenzausgabe). Wien/ Frankfurt am Main: zweitausendeins.
- Merchel, J. (2015). Ohne Evaluation kein professionelles Handeln!? Maja Heiners beharrliches Plädoyer für datenbasierte Reflexion in der Sozialen Arbeit. In E. Bolay, A. Iser, & M. Weinhardt (Hrsg.), *Methodisch Handeln - Beiträge zu Maja Heiners Impulsen zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit* (S. 149-162). Wiesbaden: Springer VS. DOI 10.1007/978-3-658-09729-5
- Merton, R. K. (Juni 1957). The Role-Set: Problems in Sociological Theory. (L. S. Science, Hrsg.) *The British Journal of Sociology* (Vol. 8, No. 2), S. 106-120. doi:<https://doi.org/10.2307/587363>
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden Württemberg. (01.01.2015). Psychisch Kranken Hilfe Gesetz (Psych KHG). Stuttgart, Baden-Württemberg. Abgerufen am 18.08.2024 von <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/publikation/did/psychisch-kranken-hilfe-gesetz-inhalt-und-wesentliche-neuerungen-in-leichter-sprache/>
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., & Gagne, C. (02.11.2012). Challenges Experienced by Paid Peer Providers in Mental Health Recovery: A Qualitative Study. Springer Science+Business Media New York (Hrsg.) *Community Mental Health Journal* (49), S. 281-291. doi:10.1007/s10597-012-9541-y
- Morse, J. (März-April 1991). Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. *Nursing Research*, 40 (2), S. 120-123. Abgerufen am 17. 11 2020 von [https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1991/03000/Approaches\\_to\\_Qualitative\\_Quantitative.14.aspx](https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1991/03000/Approaches_to_Qualitative_Quantitative.14.aspx)

- Mosher, L. R. (März 1999). Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalization - A Personal and Professional Review. *The Journal of Nervous and Mental Disease* (187; 3), S. 142-149. Abgerufen am 08.12.2024 von [https://journals.lww.com/jonmd/abstract/1999/03000/soteria\\_and\\_other\\_alternatives\\_to\\_acute.3.aspx](https://journals.lww.com/jonmd/abstract/1999/03000/soteria_and_other_alternatives_to_acute.3.aspx)
- Mosher, L. R., Menn, A., & Matthews, S. M. (April 1975). Soteria: Evaluation of a Home-based Treatment for Schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry* (45 (3)), S. 455-467. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1975.tb02556.x>
- Mühlum, A. (1995). Soziale Arbeit weiter denken - Ein Diskussionsbericht. In W. Wendt (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Wandel ihres Selbstverständnisses: Beruf und Identität* Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit Band 2 (S. 115-133). Freiburg: Lambertus Verlag GmbH.
- NAKOS . (2008). *NAKOS -Studien Selbsthilfe im Überblick 1 Zahlen und Fakten 2007*. Berlin: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG). Abgerufen am 05.06.2024 von <https://www.nakos.de/service/fachpublikationen/nakos-studien/>
- NAKOS. (2019). *NAKOS Studien - Selbsthilfe im Überblick 6 - Zahlen und Fakten 2019*. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Hrsg.) Berlin. Abgerufen am 04. Mai 2022 von <https://www.nakos.de/data/Fachpublikationen/2020/NAKOS-STUDIEN-06-2019-Kapitel-11.pdf>
- NAKOS - Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen. (2019). *Selbsthilfe wahrt ihre Unabhängigkeit - Ein Beispiel aus der Praxis*. Nationale Kontakt- und Informations-stelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Hrsg.). *NAKOS Extra 40* (40), S. 55-63. Abgerufen am 20.06.2024 von <https://www.nakos.de/publikationen/key@6640>
- NAKOS - Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen. (2020). *Auf den Spuren der Schatzsuchenden - Rückblick auf das Projekt „Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung neu denken“*. *NAKOS-Perspektive 1/2020, 1/2020*. Berlin. Abgerufen am 13.05.2024 von <https://www.nakos.de/service/fachpublikationen/nakos-perspektive/>
- NAKOS - Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (26.02.2021). [www.selbsthilfe-unterstuetzen.de](http://www.selbsthilfe-unterstuetzen.de). Abgerufen am 12.12.2024 von <https://selbsthilfe-unterstuetzen.de/hintergrundwissen/formen-von-selbsthilfegruppen/>.
- NAKOS - Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2023). *Jahresebericht 2023*. Berlin.

- Abgerufen am 12.06.2024 von  
<https://www.nakos.de/publikationen/key@9824>
- Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG). (2024). <https://www.selbsthilfefreundlichkeit.de>. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., (DAG e. V.) (Hrsg.). Abgerufen am 03. 05. 2024 von <https://www.selbsthilfefreundlichkeit.de/unsere-qualitaetskriterien/>
- Nussbaum, M. C. (1998). *Gerechtigkeit oder Das gute Leben* (1.Ausg.). (H. Pauer-Studer, Hrsg., & I. Utz, Übers.) Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Nussbaum, M. C. (2011). *Creating Capabilities – The Human Development Approach* (1. Ausg.). Cambridge, Massachusetts und London, England: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Ommert, J. (2019). Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung - Bedeutende Kontextfaktoren und Wechselwirkungen für Frauen mit Schizophrenie (1.Ausg.). Wiesbaden: Springer VS. doi:<https://doi.org/10.1007/978-3-658-29403-8>
- Ortmann, K. (2021). Soziale Arbeit als Gesundheitsarbeit im Sozialwesen. In J. Bischkopf, & S. Dettmers (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (2.Ausg., S. 282). München: Ernst Reinhardt Verlag GmbH & Co KG.
- Oschmiansky, F., Popp, S., Riedel-Heller, S. G., Schwarzbach, M., Gühne, U., & Kupka, P. (2017). *Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung*. IAB Forschungsbericht, IAB Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg. Abgerufen am 10.10.2022 von <https://doku.iab.de/forschungsbericht/2017/fb1417.pdf>
- Owen-DeSchryver, J., Ziegler, M., Matthews, A., Mayberry, M., & Carter, E. (2022). The Reciprocity of Peer-Mediated Interventions: Examining Outcomes for Peers. *School Psychology Review* (53; 3), S. 223-235. doi:10.1080/2372966X.2022.2039959
- Oxford University Press. (1989). *Oxford Advanced Learners Dictionary of Current English* (4 Ausg.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Park, R. E. (May 1928). Human migration and the marginal man. (U. o. Chicago, Hrsg.) *American Journal of Sociology* (Vol. 33 No.6), S. 881-893. doi:<https://doi.org/10.1086/214592>
- Peter von, S., Kraemer, U. M., Cubellis, L., Fehler, G., Ruiz-Pérez, G., Schmidt, D., Nugent, L. (19.12.2023). Implementing peer support work in mental health care in Germany: The methodological framework of the collabo-rative, participatory, mixed-methods study (ImpPeer-Psy5). *Health Expectations* (Vol. 7 Issue 1). doi:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.13938>
- Peter von, S., Kuesel, M., Ziegenhagen, J., Fehler, G., Schmidt, D., & Ruiz-Perez, G. (19.08.2024). „Change Agents“ oder „Peer Washing“: inwiefern

- können Peer- und Genesungsbegleiter\*innen zur Veränderung von psychiatrischen Einrichtungen beitragen? *Psychiatrische Praxis*, S. 1-8. doi:10.1055/a-2361-4057
- Peyser, D. (1958). Alice Salomon, die Begründerin des sozialen Frauenberufs in Deutschland - ihr Leben und ihr Werk. *Schriftenreihe des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge*, 348. (Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge, Hrsg.) Köln: Heymann Verlag.
- Pieck, N. (2022). Betriebliche Gesundheitsförderung als organisationaler Lernprozess. In R. Hajji, K. Kitze, & N. Pieck (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung - Theorien, Ergebnisse und Ansätze* (S. 18-31). Wiesbaden: Springer VS. doi:<https://doi.org/10.1007/978-3-658-35603-3>
- Platon. ([~390 v.Chr.] 1993). *Sämtliche Werke* (36. Auflage, Bd. 1). (U. Wolf, Hrsg., & F. Schleiermacher, Übers.) Leipzig: Rowohlt.
- Pusic, E. (1969). Vorwort in *Social Welfare and Human Rights, Proceedings of the XIVth International Council in Helsinki, Finland*. New York/ London: Columbia University Press.
- Radtke, R. (12.04.2022). Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer aufgrund von psychischen Erkrankungen 2020. Hamburg. Abgerufen am 20.05.2022 von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/845/umfrage/dauer-von-arbeitsunfaehigkeit-aufgrund-von-psychischen-erkrankungen/#statisticContainer>
- RESET gemeinnützige Stiftungs-GmbH. (06. 11 2020). (U. Mühleis, Hrsg.). Berlin. Abgerufen am 6.11.2020 von <https://reset.org/knowledge/greenwashing-%e2%80%93-die-dunkle-seite-der-csr#:~:text=Als%20Greenwashing%20werden%20Kampagnen%20und%20PR-Aktionen%20bezeichnet%2C%20die,w%C3%BCrden%20besonders%20umweltfreundlich%2C%20ethisch%20korrekt%20und%20fair%20handeln>.
- Reuter, J. (2002). *Ordnungen des Anderen - Zum Problem des Eigenen in der Soziologie*. Bielefeld: transcript.
- Ridley, M. W., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. H. (Nov 2020). Poverty, Depression, and Anxiety: Causal Evidence and Mechanisms. *Working Paper 27157*, 48. National Bureau of Economic Research (Hrsg.). Cambridge, UK: NBER National Bureau of Economic Research. Abgerufen am 26.09.2022 von <http://www.nber.org/papers/w27157>
- Riedel-Heller, S. G., & Günhe, U. (2015). Teilhabe psychisch Kranker am Arbeitsleben - Forschung und Handlungsbedarf? *Psychotherapie, Psychologie, Medizin*, 65, S. 383-386. Abgerufen am 10.10.2022 von

- <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0035-1559668.pdf>
- Riedel-Heller, S. G., & Gühne, U. (2015). Teilhabe psychisch Kranker am Arbeitsleben – Forschungs- und Handlungsbedarf? *Zeitschrift Psychotherapie, Psychologie, Medizin*(65), S. 383-386. DOI 10.1055/s-0035-1559668
- Riedel-Heller, S. G., Gühne, U., & Kupka, P. (25.08.2020). Wie sich psychische Erkrankungen auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt auswirken - ein Überblick. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (Hrsg.). *IAB - Forum*, S. 1-11. Abgerufen am 10.10.2022 von <https://www.iab-forum.de/wie-sich-psychische-erkrankungen-auf-die-teilhabe-am-arbeitsmarkt-auswirken-ein-ueberblick/>
- Riemann, R. (2015). Das Need Adapted Treatment Modell zur Behandlung von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung - Überlegungen zu Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für eine Implementierung in Deutschland. In S. Gögercin & K. E. Sauer (Hrsg.), *Neue Anstöße in der Sozialen Arbeit* (S. 129-153). Wiesbaden: Springer VS. doi:10.1007/978-3-658-17417-0
- RKI Robert-Koch-Institut. (2022). *Psychische Gesundheit in Deutschland - Erkennen - bewerten - handeln Schwerpunktbericht Teil 1 Erwachsene*. EBH - Schwerpunktbericht, Berlin. Abgerufen am 09.06.2022 von [https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische\\_Gesundheit/EBH\\_Bericht\\_Psychische\\_Gesundheit.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/EBH_Bericht_Psychische_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile)
- RKI-Robert-Koch-Institut. (2021). *Bericht zur psychischen Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Statistisches Bundesamt (destatis). Abgerufen am 20.05.2022 von [https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021-kap-9.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021-kap-9.pdf?__blob=publicationFile)
- Röh, D. (2021). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in der Eingliederungshilfe. In J. Bischkopf, & S. Dettmers (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (2.Ausg., S. 234-241). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Röh, D., & Schreieder, E. (2022). *Sozialpsychiatrie als Handlungsfelder der Sozialen Arbeit*. (R. Bieker, Hrsg.) Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Roß, P.-S. (Jan 2007). Ausverkauf des Ehrenamtes? Wenn im freiwilligen Engagement Geld fließt. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hrsg.). *Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie* (10/2007), S. 25-27. Abgerufen am 11.06.2024 von <https://www.kerbe.info/inhalt/kerbe-forum-fur-sozialpsychiatrie-heft-12007/>
- Rössler, W. (17.09.2016). The stigma of mental disorders - A millennia-long history of social exclusion and prejudices. (Epub, Hrsg.) *EMBO reports*, S. 1251-1253. doi:10.15252/embr.201643041

- Rotter, J. B. (Winter 1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. American Psychological Association (APA) (Hrsg.). *The Psychological Monographs: General and Applied* (Vol 80 Issue 1), S. 1-28. DOI:10.1037/H0092976
- Sagebiel, J. (2010). Alice Salomon - Pionierin der Sozialen Arbeit in Disziplin, Profession und Ausbildung. In C. Engelfried, & C. Voigt-Kehlenbeck (Hrsg.), *Gendered Profession - Soziale Arbeit vor neuen Herausforderungen in der zweiten Moderne* (S. 43-60). Wiesbaden: Springer Verlag VS. doi:[https://doi.org/10.1007/978-3-531-92303-1\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-531-92303-1_3)
- Salomon, A. (1921). *Leitfaden der Wohlfahrtspflege* (1.Ausg.). Berlin: B.G.Teubner. Abgerufen am 20.06.2024 von <https://archive.org/details/leitfadenderwohl00salo/page/n3/mode/2up>
- Schaller, T. (2019). Selbsthilfe oder Selbstverteidigung - Die Selbsthilfe: kleiner Akteur auf großer Bühne. Nationale Kontakt – und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Hrsg.). *NAKOS Extra 40* (40), S. 19-27. Abgerufen am 05.06.2024 von <https://www.nakos.de/themen/autonomie/einflussnahme/key@9741>
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A Critical Review of the Job Demands-Resources Model: Implications for Improving Work and Health. In G. F. Bauer, & O. Hämmig, *Bridging Occupational, Organizational and Public Health - A Transdisciplinary Approach* (S. 43-67). Dordrecht: Springer Science + Business Media. DOI 10.1007/978-94-007-5640-3\_4
- Scheff, T. (2013). A social/emotional Theory of ‚mental illness‘. (S. Pub, Hrsg.) *International Journal of Social Psychiatry, I* (59), S. 87-92. DOI: 10.1177/0020764012445004
- Schenkel, A., Krist, K., Meyer, M., & Baumgardt, J. (2024). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2023. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2024 - Bindung und Gesundheit - Fachkräfte gewinnen und halten* (S.341-425). Wiesbaden: Springer VS. doi:<https://doi.org/10.1007/978-3-662-69620-0>
- Scherr, S. (2016). Psychische Krankheiten in der Gesellschaft und den Medien. In C. Rossmann, & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 1-12). Wiesbaden: Springer VS. doi:[https://doi.org/10.1007/978-3-658-10948-6\\_46-1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-10948-6_46-1)
- Schlottfeld, C. (kein Datum). Ehrenamtliche Tätigkeit: Abgrenzung zum Arbeitsverhältnis. Haufe Group (Hrsg.). Abgerufen am 11.07.2024 von [https://www.haufe.de/personal/haufe-personal-office-platin/ehrenamtliche-taetigkeit-abgrenzung-zum-arbeitsverhaeltnis\\_idesk\\_PI42323\\_HI7619721.html](https://www.haufe.de/personal/haufe-personal-office-platin/ehrenamtliche-taetigkeit-abgrenzung-zum-arbeitsverhaeltnis_idesk_PI42323_HI7619721.html)

- Schmidbauer, W. ([1977] 2011). *Hilflose Helfer - Über die seelische Problematik der helfenden Berufe* (18. Auflage Mai 2011). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Schmidbauer, W. (1983). *Helfen als Beruf - Die Ware Nächstenliebe*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Schöck, G. (1 2007). Bürgerschaftliches Engagement und Psychiatergeschichte. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hrsg.). *Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie*, S. 7-10. Abgerufen am 11.06.2024 von <https://www.kerbe.info/inhalt/kerbe-forum-fur-sozialpsychiatrie-heft-12007/>
- Schöck, I., & Fahr-Armbruster, S. (2007). Brauchen Bürgerhelfer und Bürgerhelferinnen eine Qualifizierung? Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hrsg.). *Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie* (01/2007), S. 10-12. Abgerufen am 11.06.2024 von <https://www.kerbe.info/inhalt/kerbe-forum-fur-sozialpsychiatrie-heft-12007/>
- Schöck, I., Schulte-Kemna, G., & Bombosch, J. (1 2007). Editorial. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hrsg.) *Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie* (01/2007), S. 3. Abgerufen am 10. 06 2024 von <https://www.kerbe.info/inhalt/kerbe-forum-fur-sozialpsychiatrie-heft-12007/>
- Schomerus, G., & Angermayer, M. C. (06 2011). Stigmatisierung psychisch Kranker. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 5, S. 345-353. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1276917>
- Schomerus, G., & Angermayer, M. C. (2021). Blind Spots in stigma research? Broadening our perspective on mental illness stigma by exploring 'what matters most, in modern Western societies. (C. Core, Hrsg.) *Epidemiology and Psychiatric Sciences* (30, e26), S. 1-6.
- Schreier, M. (2014). [www.nbn-resolving.de](http://www.nbn-resolving.de). *Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten*. Abgerufen am 6. November 2017 von <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1401185>.
- Schulz, M. (2012). Quick and easy!?! Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In M. Schulz, B. Mack, & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft - Von der Konzeption bis zur Auswertung* (S. 9-22). Wiesbaden: Springer VS. DOI 10.1007/978-3-531-19397-7
- Schumacher, J. (Dezember 2015). Kooperation von Haupt- und Ehrenamtlichen als Gestaltungsaufgabe - Ein Leitfaden für die Praxis. 51. Bundesministerium für Familie Senioren (BMFSFJ) (Hrsg.). Berlin.
- Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG). (Dez 2019). Leitfaden für KV-Qualitätszirkel-Moderatoren. *Auf dem Weg zur Selbsthilfefreundlichen Praxis* (1. Auflage). Nationale Kontakt -

- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, (Hrsg.). Berlin. Abgerufen am 28.06.2024 von <https://www.nakos.de/publikationen/key@55>
- Schulz, M. (2012). Quick and easy!?! Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In M. Schulz, B. Mack, & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft - Von der Konzeption bis zur Auswertung* (S. 9-22). Wiesbaden: Springer VS. DOI 10.1007/978-3-531-19397-7
- Schwörer, L., Albrecht, J., & Zimmermann, F. (2024). Bildungsfachkräfte an der Universität Kiel - Gemeinsam arbeiten und lehren. *Gemeinsam leben* (4), S. 212-217. doi:10.3262/GL2404212
- Sen, A. (2000). Ökonomie für den Menschen - Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft (2. Ausg.). (C. Hanser, Hrsg., & C. Goldman, Übers.)
- Shore, L. M., Chung, Chung, B. G., Dean, M. A., Holcombe Ehrhart, K., & Singh, G. (July 2011). Inclusion and Diversity in Work Groups - A Review and Model for Future Research. *Journal of Management*, 37(4), S. 1262-1289. DOI: 10.1177/0149206310385943
- Siegrist, J. (Jan 1996). Adverse health effects of high effort - low reward conditions at work. (A. P. Association, Hrsg.) *Journal of Occupational Health Psychology* (1 Issue 1), S. 27-41. doi:10.1037//1076-8998.1.1.27
- Simon, F. B., Clement, U., & Stierlin, H. ([1984] 2004). Die Sprache der Familientherapie - Ein Vokabular - Kritischer Überblick und Integration systemtherapeutischer Begriffe, Konzepte und Methoden (6. überarbeitete und erweiterte Ausgabe). Stuttgart: Klett Cotta.
- Stangor, C. (2009). The Study of Stereotyping, Prejudice, and Discrimination Within Social Psychology: A Quick History of Theory and Research. In D. N. Todd (Hrsg.), *Handbook of Prejudice, Stereotyping, and Discrimination* (S. 1-22). New York, Hove, USA: Psychology Press Taylor & Francis Group.
- Statistisches Bundesamt. (2019). [www.destatis.de](http://www.destatis.de). (S. Bundesamt, Herausgeber) Abgerufen am 22.05.2022 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-4/befristet-beschaeftigte.html>
- Staub-Bernasconi, S. (2007). Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft - Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis - Ein Lehrbuch (1. Auflage). Stuttgart: UTB GmbH.
- Staub-Bernasconi, S. (2007a). Soziale Arbeit: Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession? Zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit in Deutschland mit einem Seitenblick auf die internationale Diskussionslandschaft. In A. Lob-Hüdepohl, & W. Lesch (Hrsg.), *Ethik*

- Sozialer Arbeit - Ein Handbuch zur Einführung in die Ethik der Sozialen Arbeit* (S. 20-54). Paderborn: UTB GmbH Schöningh.
- Staub-Bernasconi, S. (Juni 2007b). Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Tripelmandat - Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis für die Profession Soziale Arbeit. Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (ÖBdS) (Hrsg.). *SIO- Soziale Arbeit in Österreich - Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik*, 155/42.Jg.(2/07), S. 8-17.
- Staub-Bernasconi, S. (2013). Der Professionalisierungsdiskurs zur Sozialen Arbeit (SA/SP) im deutschsprachigen Kontext im Spiegel internationaler Ausbildungsstandards - Soziale Arbeit eine verspätete Profession? In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert, & S. Müller-Hermann (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit - Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (3.Auflage, S.23-48). Wiesbaden: Springer VS. doi:<https://doi.org/10.1007/978-3-531-19881-1>
- Stolz, C., Oster, A., Czernin, K., Baumgartner, J., Junghanss, J., & Mahler, L. (2024). Alles kann-nichts muss? Genesungsbegleitung (Peer-Support) auf akutenpsychiatrischen Stationen. *Psychiatrische Praxis*. doi:10.1055/a-2447-6831
- Stolzenburg, S. (2018). Stigma und Vorstellungen über die Ursachen von psychischen Störungen als Barriere bei der Inanspruchnahme von Hilfe. Eine Untersuchung von Menschen mit unbehandelten psychischen Erkrankungen. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. rer. med., Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Medizin, Greifswald.
- Stonequist, E. V. (Jul 1935). The Problem of the Marginal Man. University of Chicago (Hrsg.) *American Journal of Sociology*, 1 (Vol. 41), S. 1-12. Abgerufen am 09. 01 2024 von <http://www.jstor.org/stable/2768176>
- Stumm, G., & Pritz, A. (Hrsg.). (2000). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Frankfurt am Main [Wien]: zweitausendeins [Springer Verlag].
- Sünker, H. (2012). Soziale Arbeit und Bildung. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit - Ein einführendes Handbuch* (4. Auflag., S.249-266). Wiesbaden: Springer VS Verlag. DOI 10.1007/978-3-531-94311-4\_11
- Sweeney, A., Gillard, S., Wykes, T., & Rose, D. (22.02.2015). The role of fear in mental health service users' experiences: a qualitative exploration. *Social Psychiatry*, S. 1079-1087. DOI 10.1007/s00127-015-1028-z
- Thierhoff, A. (01 2007). Wie verhindert man erfolgreich ehrenamtliches Engagement? Stolpersteine in der Zusammenarbeit zwischen Professionellen und engagierten Bürgern. (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe, Hrsg.) *Kerbe - Forum für Sozialpsychiatrie* (01/2007), S.28. Abgerufen am 11.06.2024 von <https://www.kerbe.info/inhalt/kerbe-forum-fur-sozialpsychiatrie-heft-12007/>

- Thole, W. (2002). Die Soziale Arbeit – Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung - Versuch einer Standortbestimmung. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss der Sozialen Arbeit - Einführendes Handbuch* (4. Auflage 2012, S.1238). Wiesbaden: VS Verlag.
- Thole, W., Grunwald, K., & Köngeter, S. (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit - Ein einführen-des Handbuch* (4.Ausg., S. 175-196). Wiesbaden: Springer VS.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine* (29), S.761-767.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (11.03.2005). Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. Cambridge University (Hrsg.). *Epidemiol Psichiatria Sociale* (14(1)), S.1-3. doi:10.1017/s1121189x00001858
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned* (2. Ausg.). New York: Oxford University Press Inc.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (21.01.2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet* (373), S.408-415. DOI:10.1016/S0140-
- Tönnes G. (Hrsg.) Projects and Products Portal for Leonardo da Vinci. (2005). <https://www.ex-in.eu/>. Abgerufen am 20.05.2024 von <https://www.ex-in.eu/2005-2008->
- Travers, H., & Carter, E. (Mai 2022). How Do Peers Benefit from Peer-Mediated Interventions? Examining Impact Within Secondary and Post-secondary Programs. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities* (47; 2), S.72-89. doi:10.1177/15407969221093380
- United Nations. (Dec 2006). United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Von <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm> abgerufen am 12.12.2024
- UN General Assembly. (2007). Convention on the Rights of Persons with Disabilities A/RES/61/106.
- Universität Wien. (2024). *De magistratibus et cursu honorum / Ämter und Ämterlaufbahn*. (C. Weidmann, Hrsg.) Wien, Österreich. Abgerufen am 16.08.2024 von [https://latein.univie.ac.at/index.php?\\_textus=kultur/cursus.htm](https://latein.univie.ac.at/index.php?_textus=kultur/cursus.htm)
- UPSIDES project group. (2025). <https://www.upsides.org/>. (B. Puschner, Herausgeber) Abgerufen am 21.01.2025 von <https://www.upsides.org/>
- Utschakowski, J. (Jan 2009). Soziale Psychiatrie. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) (Hrsg.). (1/2009).

- Utschakowski, J., & van Haaster, H. (2019). Ausbildungsprogramm für Psychiatrie-Erfahrene zur Qualifizierung als Ausbilder und als Genesungsbegleiter. *EX-IN curriculum aus dem Leonardo Da Vinci Projekt*, 2, 95. (H. van Haaster, Hrsg.) Bremen: Psychiatrie Verlag. Abgerufen am 17.05.2022 von [https://psychiatrie-verlag.de/wp-content/uploads/2019/01/EX-IN-Curriculum\\_02.pdf](https://psychiatrie-verlag.de/wp-content/uploads/2019/01/EX-IN-Curriculum_02.pdf)
- Utschakowski, J. (2015). *Mit Peers arbeiten - Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Utschakowski, J., Sielaff, G., & Bock, T. (Hrsg.). (2010). *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (2.Ausg.). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Utschakowski, J., Sielaff, G., Bock, T., & Winter, A. (Hrsg.). (2016). *Experten aus Erfahrung - Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Walde, P., & Völm, B. (2024). Effekte von Genesungsbegleitung in der Psychiatrischen Versorgung: Ein Systematischer Review of Reviews. *Psychiatrische Praxis*. doi:10.1055/a-2490-6896
- Walther, C. (2018). *Dialog in der Praxis (TriP) Projekt-Auswertung - Befragung der teilnehmenden Einrichtungen Ergebnisübersicht*. TH Nürnberg Georg Simon Ohm und Robert Kümmert Akademie Würzburg, Fakultät Sozialwissenschaften, Würzburg. Abgerufen am 20.01.2025 von <https://www.th-nuernberg.de/fakultaeten/sw/forschung/abgeschlossene-forschungsprojekte/trip-dialog-in-der-praxis/>
- Walther, C. (2021). Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie. In J. Bischoff, & S. Dettmers (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (2. Ausg., S. 284). München: Ernst Reinhardt Verlag GmbH & Co KG. Abgerufen am 04.05.2022
- Wang, J., Yao, T., & Wang, Y. (10. Februar 2023). Patient Engagement as Contributors in Online Communities: The Mediation of Peer Involvement and Moderation of Community Status. *behavioral sciences* (13; 152). doi:doi.org/10.3390/bs13020152
- Wendt, W. R. (2020). *Kurze Geschichte der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: Springer VS. doi:<https://doi.org/10.1007/978-3-658-30353-2>
- WHO - World Health Organisation. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion., (S. 5). Ottawa. Abgerufen am 30.06.2022 von [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)
- WHO - World Health Organisation. (2003). *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*. World Health Organisation (WHO) (Hrsg.). Geneva. Abgerufen am 30.06.2024 von <https://iris.who.int/handle/10665/42682>
- WHO. (2005). ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. 191. (Deutsches Institut für Medizinische

- Dokumentation und Information WHO Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (DIMDI (Hrsg.), DIMDI (Übers.) Genf.
- WHO- World Health Organisation (2005). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policies, summary report: Regional-dokument. Geneva, Switzerland.*
- WHO- World Health Organisation (2005). *Mental Health facing the challenges, building solutions - Report from the WHO European Ministerial Conference.* Kopenhagen, Dänemark: WHO Regional Office for Europe. Abgerufen am 21.01.2025 von <https://iris.who.int/handle/10665/326566>
- Wright, M., Block, M., & von Unger, H. (2008). *www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de.* Abgerufen am 16.07.2017 von <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html>
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J., C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and Stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine* (64), S.1524-1535. doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.013
- Yanke, G. (Nov 2016). Formulating a Human Well-Being Index Based on Nussbaum's Central Capabilities - Master's thesis, Harvard Extension School. 1, 126. Harvard University: Harvard Library. Abgerufen am 07.01.2024 von <http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:33797403>
- Zuaboni, G., & Werder, B. (2013). Von der Patientin zum Profi. In C. Burr, M. Schulz, A. Winter, & G. Zuaboni (Hrsg.), *Recovery in der Praxis: Voraussetzungen, Interventionen und Projekte* (1.Ausg., S. 113-125). Köln: Psychiatrie Verlag.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 – Inclusion Framework (Shore et al. 2011, A. 1266).....	42
Abbildung 2 – Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer aufgrund von psychischen Erkrankungen 2006–2020 (DAK 2021, S. 117).....	44
Abbildung 3 – Berücksichtige Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit im Überblick (RKI 2022, S. 20 eigene Darstellung). .....	45
Abbildung 4 – Regenbogenmodell der Gesundheitsdeterminanten (Dahlgreen & Whitehead, 1991).....	48
Abbildung 5 – Modell des Gesundheitskontinuums nach Antonovsky (1979, S. 184f. in Faltermaier 2017, S.7).....	51
Abbildung 6 – Sense of Coherence interaction model (Griffiths, 2010, S. 42) .....	53
Abbildung 7 – Responses for positive and negative experienced discrimination (Thorncroft, Brohan, Rose, Sartorius & Leese 2009, S. 410).....	65
Abbildung 8 – „Der Why-try-effect“ (Corrigan, Larson & Rüsche 2009, S. 76).....	70
Abbildung 9 – Intersektionalität – Darstellung als Systematik (awis, 2018, S. 1).....	74
Abbildung 10 – Stress & Coping-Model nach Lazarus (Lazarus & Folkman 1984 – eigene Darstellung mit Rückbindung von Erfahrung/ Gelerntem) .....	107
Abbildung 11 – Karaseks Job-Demand-Control-Model (Karasek & Theorell 1990, S. 32; eigene grafische Darstellung).....	113
Abbildung 12 – Mixed Methods-Design (eigene Darstellung).....	119
Abbildung 13 – Stufen von Partizipation (Wright, Block & von Unger 2008) .....	121
Abbildung 14 – Chronologie Phasen der Datenerhebung .....	123
Abbildung 15 – Grafische Darstellung Geschlechterverteilung in den Fokusgruppen .....	124
Abbildung 16 – Grafische Darstellung Geschlechterverteilung Interviewpartnerinnen* und -partner (eigene Darstellung).....	131
Abbildung 17 – Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018, S. 100) .....	134

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 – Übersicht Basis-Module EX-IN- Qualifizierung (ebd. S.14, eigene Darstellung) .....	22
Tabelle 2 – Übersicht Aufbaumodule EX-IN Qualifizierung (ebd., S.14, eigene Darstellung) .....	23
Tabelle 3 – Geschlechterverteilung in den Fokusgruppen.....	124
Tabelle 4 – Verteilung der Lose für Interview-Tandems .....	129
Tabelle 5 – Geschlechterverteilung Interviewpartnerinnen*/ -partner.....	130
Tabelle 6 – Übersicht Interviews im Tandem EX-IN und Teamkolleg*in/ -kollege .....	132
Tabelle 7 – Beispielhafte Zuordnung von Kategorien.....	136
Tabelle 8 – Rücklauf des Fragebogens nach Bundesländern.....	145
Tabelle 9 – Rücklauf des Fragebogens nach Dienstarten (vgl. in eigener Übersetzung Bauer 2023, S. 3).....	146
Tabelle 10 – Bereinigung des Rücklaufs - Antworten außerhalb eines sozialpsychiatrischen Versorgungsausfrags .....	146
Tabelle 11 – Bereinigter Rücklauf des Fragebogens nach Bundesländern .....	147
Tabelle 12 – Bekanntheit des EX-IN Konzepts in den Bundesländern.....	149
Tabelle 13 – Bekanntheit des EX-IN-Konzepts nach Dienstarten.....	150
Tabelle 14 – Dienststellen mit Beschäftigung von EX-IN nach Bundesländern .....	151
Tabelle 15 – Gründe für Nicht-Beschäftigung von EX-IN (Bauer 2023, S. 3).....	152
Tabelle 16 – Gründe für Nicht-Beschäftigung von EX-IN nach Kategorien .....	153
Tabelle 17 – Beschäftigung von EX-IN vorstellbar (Bauer 2023, S. 4).....	157
Tabelle 18 – Beschäftigung von EX-IN nach Bundesländern .....	158
Tabelle 19 – Art der Dienststellen mit EX-IN-Beschäftigung nach Bundesländern .....	159
Tabelle 20 – Beschäftigung von EX-IN nach Art der Dienststelle .....	160
Tabelle 21 – Erfahrungszeiträume mit EX-IN in Jahren nach Bundesländern .....	161

Tabelle 22 – Dauer der Beschäftigungsverhältnisse nach Bundesländern .....	162
Tabelle 23 – Dauer der Beschäftigungsverhältnisse von EX-IN nach Art der Dienststelle .....	163
Tabelle 24 – Angaben zur Befristung der Beschäftigungsverhältnisse von EX-IN nach Bundesländern .....	164
Tabelle 25 – Befristung der Beschäftigung von EX-IN nach Art der Dienststellen .....	165
Tabelle 26 – Größe des Teams mit EX-IN nach Bundesländern .....	166
Tabelle 27 – Größe von Teams mit EX_IN nach Art der Dienststelle .....	167
Tabelle 28 – Einsatzfelder von EX-IN nach Bundesländern .....	168
Tabelle 29 – Einsatzfelder von EX-IN nach Art der Dienststelle .....	169
Tabelle 30 – Anzahl der Einsatzbereiche von EX-IN nach Bundesländern .....	170
Tabelle 31 – Finanzierung der EX-IN Stellen in den Bundesländern .....	171
Tabelle 32 – Finanzierung der EX-IN Stellen nach Art der Dienststelle ....	172
Tabelle 33 – Umfang der Beschäftigungsverhältnisse nach Bundesländern (Bauer 2023, S. 6) .....	173
Tabelle 34 – Umfang der Beschäftigungsverhältnisse von EX-IN nach Art des Dienstes (Bauer, 2023, S.6) .....	174
Tabelle 35 – Gegenüberstellung der Kernaussagen zu Erfolg und Erfolgsbedingungen .....	195
Tabelle 36 – Gegenüberstellung der Kernaussagen zu Fürsorge, Selbstfürsorge und Support .....	217
Tabelle 37 – Gegenüberstellung der Aussagen zu Herausforderungen in der Betätigung von EX-IN .....	238
Tabelle 38 – Gegenüberstellung der Aussagen zu Stigmatisierung, Selbststigmatisierung, Vorurteilen und Umgang damit im Kontext der Betätigung von EX-IN .....	250
Tabelle 39 – Gegenüberstellung der Aussagen zu Effekten und Wirkung von EX-IN im Dienst .....	268
Tabelle 40 – Gegenüberstellung der Aussagen zu Zugehörigkeit von EX-IN im Team .....	287
Tabelle 41 – Gegenüberstellung der Aussagen zu Aufträgen von EX-IN .....	304



Borrmann, van Rießen,  
Steckelberg (Hrsg.)

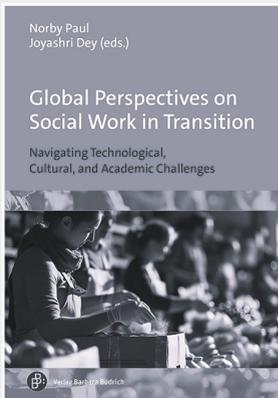
## **Soziale Arbeit als Akteurin im Kontext gesellschaftlicher Transformation**

Wissensbestände und  
Erkenntnisse aus Profession

2025 • 312 Seiten • kart. • 39,90 € (D) • 41,10 € (A)  
ISBN 978-3-8474-3121-3 • eISBN 978-3-8474-3256-2 (Open Access)

Gesellschaftliche Transformationsprozesse prägen aktuell die sozialen Lebensbedingungen grundlegend und erfordern von der Sozialen Arbeit als Profession und Disziplin strukturelle Antworten und Positionierungen.

Die Autor\*innen untersuchen diese Wandlungsprozesse, ordnen sie konzeptionell und analytisch ein und zeigen methodische Ansätze zur Gestaltung auf.



Norby Paul  
Joyashri Dey (eds.)

## Global Perspectives on Social Work in Transition

Navigating Technological,  
Cultural, and Academic  
Challenges

2025 • 343 pp. • Pb. • 79,90 € (D) • 82,20 € (A)  
ISBN 978-3-8474-3109-1 • eISBN 978-3-8474-3244-9

With perspectives from 8 countries, this book delves deep into a diverse array of topics that are relevant to current international social work.

The authors illustrate and discuss social work practices and their adaptability in the post COVID period in their relative contexts. Research-driven reflections both from academia and practice are woven together to provide direction where traditional modes of service delivery are challenged. The authors of this book aim to enable readers to act in a future-oriented way as they deal with the implications of today's challenges.

[shop.budrich.de](https://shop.budrich.de)





Ralf Evers

## Erzählen und Werden

Subjektwerdung in einer  
ästhetischen Theorie helfenden  
Handelns

*Beiträge zur Wechselwirkung von Ästhetik, Theologie und  
Sozialer Pädagogik*

2025 • 109 Seiten • kart. • 22,00 € (D) • 22,70 € (A)

ISBN 978-3-96665-097-7 • eISBN 978-3-96665-898-0

Wie hängen Lebensgeschichten mit Selbstreflexion und Sinn-  
konstitution zusammen?

Der Band mit Kapiteln zu Sprache, Dialog und Bildung betrachtet  
Subjektwerdung als ästhetische und soziale Aufgabe. Im Grund-  
bestreben der Reihe, Theologie, Soziale Pädagogik und Ästhetik  
zusammen zu denken, fasst der Band Soziale Pädagogik als Po-  
etologie.

Susanne Iris Bauer

## Experienced Involvement in der sozialpsychiatrischen Versorgung Deutschlands

Professionalisierte Peers als Teammitglieder

Susanne Iris Bauer thematisiert in ihrem Buch Inklusion und Partizipation in der psychiatrischen Versorgung. Mit Experienced Involvement (EX-IN) Genesungsbegleitungen arbeiten professionalisierte Peers in den Teams mit. Ihre Arbeit zeigt Wirkung: auf Dienste, Teams, Service User und sich selbst. Die Autorin stellt differenzierte Daten zur Verankerung von EX-IN in Deutschland sowie zu Effekten, Barrieren und Gelingensbedingungen vor und diskutiert Anforderungen an die Soziale Arbeit in Lehre, Forschung und Praxis.



**Die Autorin:**

**Dr. Susanne Iris Bauer, Hochschule Fulda**

ISBN 978-3-96665-108-0



9 783966 651080

[www.budrich-academic-press.de](http://www.budrich-academic-press.de)