

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	11
Informationen zu Experienced Involvement (EX-IN)	20
Teil I – Theoriebezüge	25
1. Bezüge zum Verständnis Sozialer Arbeit	25
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
2. Verständnis von Gesundheit und Krankheit	50
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
3. Spannungsfeld Leistungsfähigkeit und Stigmatisierung im beruflichen Kontext	58
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
4. Spannungsfeld Ehrenamt und Fachlichkeit.....	82
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
5. Genesungsbegleitung in der Psychiatrie.....	101
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
2.	Ergebnispräsentation aus den Interviews mit EX-IN und deren Teamkolleginnen* und -kollegen	176
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
Teil IV – Diskussion und Resümee.....		308
1.	Zentrale Ergebnisse	308
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
2.	Weitergehende Fragen und Empfehlungen zu weiteren Forschungsprojekten	328
2.1	Limitationen des Forschungsdesigns	329
2.2	Offene Fragen und weiterer Forschungsbedarf	330
3.	Praktische Voraussetzungen einer strukturellen Implementation	334
4.	Zusammenfassung.....	335
	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 "Dialog 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 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"> • Aufbau von Kompetenzen und Wissen zur Entwicklung von Recovery für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung • Entwicklung individueller Modelle von Gesundheit und Wohlbefinden • Erkundung von Strategien und Ressourcen zur Gesundheitsförderung 	30h Unterricht, vorrangig Gruppenarbeit
B) Empowerment in Theorie und Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Ermöglichung einer differenzierten Auseinandersetzung mit Empowerment-Konzepten • Förderung Empowerment von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung • Wertschätzung der Erfahrungen von Teilnehmenden • Umsetzung erfahrungengeleitete Forschung • Förderung der Durchsetzungsfähigkeit der Teilnehmenden 	50h Unterricht + 50h Praxis
C) Erfahrung und Teilhabe	<ul style="list-style-type: none"> • Bewusstsein über individuelle und kollektive Erfahrungen • Faktoren und Prozesse in Entscheidungsfindung • Vielfalt von Lösungswegen und Ressourcen • Kommunikationsfähigkeit zu eigenen Erfahrungen • Wissen über unterschiedliche psychische Probleme • Stärkung von Reflexivität • Stärkung der Fähigkeit des Zuhörens 	35h Unterricht
D) Trialog	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion der eigenen Perspektive im Verhältnis zu Angehörigen und dem professionellen Hilfesystem • Erkennen der Subjektivität der drei Perspektiven • Berücksichtigung der drei Perspektiven in eigener Lehr-/ Begleitungstätigkeit • Umsetzung von Trialog 	30h Unterricht davon: 15h Trialog-Seminar und 15h Gruppenarbeit
E) Perspektiven von Erfahrung und Genesung	<ul style="list-style-type: none"> • Über eigene Erfahrungen verständlich sprechen können • unterschiedliche Ansätze und Orientierungen kennen (Ressourcenorientierung, Fähigkeiten-Ansatz, Steuerungsvermögen) 	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 Erfahrenen 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 zu finden.