



Andrea Zingsheim

Verstehenszugänge zu EX-IN Genesungsbegleitung für die Supervision

Verstehenszugänge zu EX-IN Genesungsbegleitung für die Supervision

Abstract

EX-IN Genesungsbegleitung ist eine der jüngsten Berufsgruppen in der psychosozialen Versorgung. Genesungsbegleitende arbeiten nach einer entsprechenden Weiterbildung (EX-IN Qualifizierung) als Peers auf Grundlage ihres Erfahrungswissens in multiprofessionellen Teams. Die Arbeit untersucht, welche sozialtheoretischen Verstehenszugänge EX-IN Genesungsbegleitung für Supervisor*innen sowie Genesungsbegleitende relevant sind und welche Implikationen sich daraus für die Gestaltung von Supervisions- und Fortbildungsformaten ergeben. Ausgehend vom Recovery und Empowerment Sichtweisen sowie Konzepten professioneller Reflexivität und Beratung wird EX-IN Genesungsbegleitung als spezifische Form erfahrungsbasierter Peer Support Arbeit in der psychosozialen Versorgung gerahmt. Ein einleitendes Kapitel zur EX-IN Genesungsbegleitung stellt einen systematischen Verstehenszugang und eine Übersicht zu diesem Feld bereit. Eine qualitative Studie auf Grundlage leitfadengestützter Interviews mit Genesungsbegleitenden und Supervisorinnen rekonstruiert das Erleben von Supervision mit Genesungsbegleitenden aus unterschiedlichen Perspektiven.

Es wird herausgearbeitet, dass Supervision dann als wirksam erlebt wird, wenn die spezifische Subjektposition der Genesungsbegleitenden zwischen Erfahrungswissen und Organisationslogik explizit thematisiert und reflexiv bearbeitet wird. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass spezifische Supervisions- und Fortbildungsangebote zur Klärung von Rollen, Machtverhältnissen und konzeptioneller Einbindung beitragen und so die nachhaltige Implementierung von Genesungsbegleitung in Organisationen unterstützen können. Die Studie leitet abschließend Empfehlungen für die konzeptionelle Weiterentwicklung von Supervision und Fortbildung im Feld der EX-IN Genesungsbegleitung ab.

Inhalt

1	Einleitung	6	5	Interviews mit Genesungsbegleiter*innen und Supervisor*innen	36
2	EX-IN Genesungsbegleitung	8	5.1	Die qualitative Inhaltsanalyse	36
2.1	Entwicklungslinien	8	5.2	Analyse der Interviews	37
2.1.1	Historischer Kontext von EX-IN	8	5.2.1	Entstehung des Materials	37
2.1.2	Genesungsbegleitung heute	10	5.2.2	Formale Charakteristika des Materials	38
2.2	EX-IN Qualifizierung und Praxis	10	5.2.3	Vorgehensweise zur Analyse der Interviews	38
2.2.1	Analyse des Curriculums der EX-IN Qualifizierung hinsichtlich der Lernziele und des enthaltenen Rollenbildes	10	5.3	Ergebnisse	38
2.2.2	Erfahrungswissen – WIR-Wissen	12	5.3.1	Rolle, Selbstverständnis und Rollenklarheit	47
2.2.3	Genesungsbegleitung in der Praxis	16	5.3.2	Berufsgruppenspezifischer Fortbildungsbedarf	47
3	Reflexion	18	5.3.3	Bedarf eines reflexiven Raums für Genesungsbegleitende	49
3.1	Praktiken des Reflektierens – Erfahrungs-/ WIR-Wissen als Handlungsgrundlage bei EX-IN	18	5.3.4	Forderungen an Arbeitgeber	50
3.1.1	Kanalisiertes Reflektieren	18	5.4	Kritische Betrachtung der Vorgehensweise	50
3.1.2	Erweitertes Reflektieren	19	6	Diskussion der Ergebnisse in Bezug zu den vorgestellten Verstehenszugängen	52
3.1.3	Ganzheitliches Reflektieren	20	6.1	Rolle und Identität	52
3.1.4	Bedeutung der Praktiken des Reflektierens	20	6.2	Stigmatisierung und Selbststigmatisierung	53
3.2	Reflexive Supervision und Beratung	21	6.3	Habitus­theorie	55
3.2.1	Wie wir denken – John Dewey	21	6.4	Professionalisierung	57
3.2.2	Deutungsmuster – Ulrich Oevermann	22	6.5	Reflexivität – Praktiken des Reflektierens	58
4	Sozialtheoretische Zugänge	24	6.6	Fazit zur Diskussion der Ergebnisse	59
4.1	Rolle und Identität	24	7	Schlussbetrachtungen	61
4.1.1	Sozialbehaviorismus – George Herbert Mead	24	7.1	Bedeutung für Supervision	61
4.1.2	Identitätskonstruktionen – Helga Bilden, Heiner Keupp et al.	25	7.2	Bedeutung für Genesungsbegleitung	62
4.2	Stigmatisierung und Selbststigmatisierung	27	7.3	Zusammenfassung zentraler Erkenntnisse	63
4.2.1	Normalismus und Normalität	27	7.4	Ausblick	63
4.2.2	Stigmatisierung	27	7.5	Schlusswort der Verfasserin	64
4.2.3	Selbststigmatisierung	28	8	Literaturverzeichnis	65
4.3	Die Habitus­theorie nach Pierre Bourdieu	29	9	Autorinnenangabe	68
4.3.1	Der epistemologische Bruch	29			
4.3.2	Habitus	29			
4.3.3	Kapitalsorten	30			
4.3.4	Gesellschaft als sozialer Raum	30			
4.3.5	Symbolische Gewalt	31			
4.3.6	Habitus­theorie in Supervision und Fortbildung	31			
4.4	Professionalisierung	32			
4.4.1	Theorie der Professionalisierung – Ulrich Oevermann	32			
4.4.2	Anwendbarkeit von Oevermanns Theorie der Professionalisierung auf EX-IN Genesungsbegleitung	34			

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: Entstehung von ICH-Wissen (EX-IN OWL, 2024)	13
ABBILDUNG 2: WIR-Wissen (Utschakowski, 2015, S. 41)	13
ABBILDUNG 3: Zustimmung und Emotionale Reaktion nach Corrigan und Watson (2002a)	29
ABBILDUNG 4: Die drei Funktionsfoci der Professionalisierung (Oevermann, 2005, S. 29)	33

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: Lernziele der EX-IN Qualifizierung	11
TABELLE 2: Krisentypen und ihre Bedeutung nach Oevermann (2004, S. 160 – 167)	16
TABELLE 3: Vergleich Patchworkidentität – Recovery- Konzept	26
TABELLE 4: Auswertungsmatrix der Interviews mit Genesungsbegleiter*innen	40
TABELLE 5: Auswertungsmatrix der Interviews mit Supervisor*innen	43

1 Einleitung

EX-IN bezeichnet ein Konzept, bei dem Menschen mit eigener Erfahrung psychischer Erkrankungen als sogenannte »Genesungsbegleiter*innen« qualifiziert werden, um die Betroffenen-Perspektive als Mitarbeitende in der psychosozialen Versorgung einzubringen. »Genesungsbegleiter*in« ist die Berufsbezeichnung, die sich in Deutschland etabliert hat. Als Genesungsbegleitende unterstützen sie einerseits andere Betroffene, andererseits bringen sie eine zusätzliche Perspektive und kritische Sicht auf Behandlungspraktiken ein. EX-IN Genesungsbegleitende sollen eine vermittelnde Funktion zwischen Nutzenden und Mitarbeitenden psychiatrischer Dienste einnehmen (Utschakowski, 2015, S. 49). Sie sind Expert*innen aus Erfahrung und beherrschen einen Perspektivwechsel (eigene Betroffenheit, Sicht der Nutzenden, der Angehörigen, der an der Behandlung beteiligten Fachpersonen), der bereits in der Qualifizierung (EX-IN Kurs) angeregt und geübt wird.

Der Einsatz von Genesungsbegleitenden wird durch die aktuellen Entwicklungen wie die explizite Empfehlung von Genesungsbegleitung in S3-Leitlinien zur Behandlung psychischer Erkrankungen und die Anpassung der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (G-BA Richtlinie) gestärkt und zunehmend anerkannt. Zwar wird dadurch die formale Anerkennung und die Abrechenbarkeit von Genesungsbegleitung im stationären Kontext deutlich verbessert, gleichzeitig bestehen hinsichtlich der beruflichen Rolle, Funktion und der strukturellen Einbindung von Genesungsbegleitenden weiterhin Unsicherheiten. Die Implementierung von Genesungsbegleitenden ergänzt multiprofessionelle Teams in der psychiatrischen Versorgung um eine weitere Berufsgruppe. Dies beeinflusst Organisationsentwicklung, Konzepte und Teamdynamiken, was sich in Supervisionen widerspiegelt.

Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Arbeit, welche Verstehenszugänge notwendig sind, um EX-IN Genesungsbegleitung besser zu erfassen.

Die leitenden Forschungsfragen lauten daher: Welche theoretischen Konzepte verhelfen zu einem tieferen Verstehen von Genesungsbegleitung? Wie zeigt sich dies in empirischen Befunden? Hierbei folgt diese Arbeit einem multiperspektivischen Ansatz, indem einerseits relevante theoretische Zugänge zu EX-IN Genesungsbegleitung für die Supervision herausgearbeitet werden. Andererseits wird untersucht, welche Konzepte für die Weiterentwicklung von Genesungsbegleitung hilfreich sind, um sie Genesungsbegleitenden in Supervision und Fortbildung zur Verfügung zu stellen.

Die Arbeit orientiert sich dabei an sozialtheoretischen Bezügen, die für die Supervision von Bedeutung sind (z. B. Mead, Bourdieu, Oevermann) und ergänzt diese durch Theorien zu Recovery (Anthony), Normalismus (Link) und Stigmatisierung (Goffman, Finzen, Corrigan & Watson). Die spezifische Forschung zum Peer-Ansatz im deutschsprachigen Raum (Schmid, 2020) unterstreicht die Aktualität des Themas und macht deutlich, dass Genesungsbegleitung nicht mehr nur als Ergänzung, sondern als Bestandteil des Versorgungssystems gesehen werden sollte.

Von besonderer Bedeutung erweisen sich im Kontext dieser Arbeit neben der Forschung von Schmid (2020) insbesondere die Theorien Oevermanns zur Lebenspraxis und zur Professionalisierung. Oevermanns Theorie der Lebenspraxis als Prozess der Krisenbewältigung ist in herausragender Weise anschlussfähig an das Konzept von EX-IN. Er formuliert treffend:

Gesundheit ist [...] nicht einfach das Gegenteil von Krankheit, sondern jenes Maß an Gesundheit, das eine konkrete Lebenspraxis in ihrer Traumatisierungsgeschichte maximal in ihrem Überlebenskampf erreichen konnte (Oevermann, 2005, S. 25).

Seine Theorie der Lebenspraxis zeigt, dass Menschen Krisen aktiv verarbeiten und daraus Bewältigungsstrategien entwickeln. Hier schließt die Idee von EX-IN Genesungsbegleitung an, bei der biografische Krisenbewältigung zu Erfahrungswissen sowie in der Praxis handlungsleitend wird. Oevermanns Ansätze werden in dieser Arbeit mehrfach aufgegriffen, so in Kapitel eins zum Erfahrungswissen, in Kapitel zwei beim Thema Reflexion und als sozialtheoretische Grundlage im dritten Kapitel zur Professionalisierung.

Die genannten theoretischen Perspektiven fungieren als Orientierungsrahmen für sechs leitfadengestützte Interviews (je drei mit Genesungsbegleiter*innen und Supervisor*innen). In den Interviews werden das Erleben von Supervision, die Herausforderungen an die Rolle und geeignete Formate zur Stärkung von Reflexivität und Rollenklarheit von Genesungsbegleitenden erfragt. Die Interviews werden nach qualitativen Ansätzen ausgewertet und anschließend in Bezug zu den zuvor vorgestellten theoretischen Zugängen diskutiert.

Im ersten Kapitel werden zunächst das Konzept von EX-IN sowie dessen historische und inhaltliche Grundlage zur Verfügung gestellt. Dabei sollen insbesondere der Stellenwert des Erfahrungswissens und dessen Generierung in der Qualifizierung nachvollziehbar gemacht werden. Das zweite

Kapitel widmet sich der Frage, wie das Erfahrungswissen in der Praxis wirksam wird und welche Bedeutung Reflexion in der Supervision einnimmt. Im dritten Kapitel werden die sozialtheoretischen Zugänge ausgeführt, die zum Verständnis von Rolle, Identität, Stigma und Professionalisierung Genesungsbegleitender beitragen. Das vierte Kapitel enthält den empirischen Teil. Zunächst werden darin Methodik und Vorgehensweise dargestellt, bevor die Ergebnisse der Interviews präsentiert und anschließend im fünften Kapitel vor dem Hintergrund der gewählten Theorien diskutiert werden. Das Kapitel sechs bildet mit Schlussbetrachtungen und einem Ausblick auf weiterführende Forschungsfragen den Abschluss.

Durch die umfassende Betrachtung des Themas EX-IN Genesungsbegleitung an der Schnittstelle zwischen Theorie und Praxis leistet die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur aktuellen Diskussion um die Professionalisierung von EX-IN Genesungsbegleitung. Sie unterstreicht die Notwendigkeit spezifischer Supervisions- und Fortbildungsangebote.

Genderdisclaimer

In der vorliegenden Arbeit wird eine neutrale Schreibweise oder das Gendern mit * genutzt. Sollten dabei Ungenauigkeiten auftreten, sind selbstverständlich immer alle Personen gemeint, unabhängig davon, wie sie sich selbst definieren. Hinsichtlich des psychiatrischen Klientels wird dieses je nach Kontext mal als Patient*innen mal als Klient*innen bezeichnet; analog zum englischen Begriff »user« wird auch die Bezeichnung Nutzer*in verwendet.

Im Sinne einer flüssigen Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen auch dann mit * gegendert, wenn dies orthografisch (gemäß Weglassprobe) nicht ganz korrekt ist – beispielsweise »Soziolog*innen«.

Abkürzungsverzeichnis

BTHG	Bundesteilhabegesetz
BRD	Bundesrepublik Deutschland
EX-IN	Experienced Involvement = Einbeziehung (Psychiatrie)erfahrener
GB	Genesungsbegleiter*in, Genesungsbegleitende
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
SV	Supervisor*in
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen

2 EX-IN Genesungsbegleitung

Dieses Kapitel schafft grundlegende Verstehenszugänge zu EX-IN als Basis für die späteren Ausführungen. Es werden die historische Entwicklung, die Inhalte der Qualifizierung sowie die Herausforderungen in der Praxis beleuchtet. Ein besonderer Fokus liegt auf dem Erfahrungswissen und WIR-Wissen, das die zentrale Wissens- und Handlungsgrundlage von Genesungsbegleitung darstellt. Dieses Wissen ist für die Praxis von Genesungsbegleitung wesentlich und bietet darüber hinaus wichtige Anknüpfungspunkte für die Reflexion und Weiterentwicklung dieser Praxis in Supervision und Fortbildung.

Eine inhaltliche Nähe zu meiner Hausarbeit »Betrachtung der Rolle und Herausforderungen von EX-IN Genesungsbegleitung« (Zingsheim, 2022a) ist bei der Beschreibung des EX-IN Kurses, der Einsatzmöglichkeiten und Herausforderungen unvermeidlich, da diese Themen notwendige Grundlagen für diese Arbeit darstellen.

Das Kapitel beginnt mit dem historischen Überblick, bevor die Qualifizierung und die Praxis von Genesungsbegleitung näher betrachtet werden.

2.1 Entwicklungslinien

EX-IN entstand vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Entwicklungen, in denen Diversität, Menschenrechte und Teilhabe zunehmend an Bedeutung gewannen. Die Entwicklung und Reformen der Psychiatrie in der BRD, das Aufkommen der Sozialpsychiatrie sowie die erstarkende Selbstvertretung der Betroffenen bereiteten den Boden für die Entstehung von EX-IN. Die Gründung von Trialogen bzw. Psychose-Seminaren waren wichtige Ausgangspunkte für EX-IN in Deutschland. Durch die UN-Behindertenrechtskonvention, die Inklusion und Teilhabe zu Menschenrechten erklärte, wurde die Weiterentwicklung von EX-IN zusätzlich gestärkt. Für EX-IN sind Dialog, Empowerment, Salutogenese und der Recovery-Gedanke grundlegende Konzepte. Die genannten Aspekte werden nun detaillierter dargestellt, um ihre Bedeutung für die Entwicklung von EX-IN zu verdeutlichen.

2.1.1 Historischer Kontext von EX-IN

Psychiatriegeschichte

Nach 1945 durchlief die deutsche Psychiatrie eine Phase von Kritik und Neuausrichtung. Die anthropologische

Psychiatrie der 1950er und 60er Jahre vertrat ein ganzheitliches Menschenbild und verstand psychische Störungen und seelisches Leid als Ausdruck individueller Lebenssituationen. Dies stand im Gegensatz zur traditionellen, biologistisch orientierten Psychiatrie, die psychische Erkrankungen als medizinische Probleme deutete. Mit dem Aufkommen eines liberalen Zeitgeistes in den 1960er Jahren wuchs die sozialwissenschaftliche Kritik an der Psychiatrie: menschenunwürdige Zustände, veraltete Gebäude, Personalmangel, Unterfinanzierung, mangelnde Rehabilitationswege sowie verfestigte, klinische Hierarchien. Diese Kritik mündete 1975 in umfangreiche Reformvorschläge, die sog. Psychiatrie-Enquête. Diese wurden jedoch erst in den 1980er Jahren teilweise umgesetzt. Trotz Fortschritten wie der Enthospitalisierung blieben Probleme wie Isolation der Betroffenen und zentralistische Klinikstrukturen bestehen. Ab den 1990er Jahren setzte sich eine personenzentrierte Versorgung durch, es wurden gemeindepsychiatrische Verbände etabliert (Brückner, 2023, S. 155–163). Einer der wichtigsten Vertreter der deutschen Sozialpsychiatrie, der Gütersloher Klinikdirektor und Psychiater Klaus Dörner (1933–2022), entließ in Gütersloh hunderte Langzeitpatient*innen in beschützte Wohnstätten. Dörner gab 1978 das Buch »Irren ist Menschlich« heraus, das heute in der 25. erweiterten Auflage immer noch als eines der Standardwerke der Sozialpsychiatrie gilt. Dörner würdigt in seinem Buch die ersten beiden Jahrzehnte nach 1945 als eine Zeit der Rückbesinnung auf philosophische Bezüge der Psychiatrie. Dadurch wurden die späteren Reformen sowie die Integration neuer, geisteswissenschaftlich geprägter Berufsgruppen wie Psycholog*innen, Pädagog*innen oder Sozialarbeiter*innen in psychiatrische Teams ermöglicht (Dörner, 2019, S. 706–707). Diese Integration war eine wichtige Voraussetzung für die spätere Ergänzung durch EX-IN Genesungsbegleitende.

Die »Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie« wurde 1970 als Fachgesellschaft der westdeutschen Sozialpsychiatrie aus dem sog. »Mannheimer Kreis« heraus gegründet (DGSP). Psychisch erkrankte Menschen und deren Angehörige hatten zunächst keine eigene Lobby. Der »Bundesverband Angehöriger psychisch Kranker« (BAPK) wurde 1985 gegründet (Brückner, 2023, S. 161). Der »Bundesverband Psychiatrieerfahrener« folgte 1992 (Psychiatrienetz). Mit dem »Verein Psychiatrieerfahrener Bielefeld« entstand 1993 einer der ersten Vereine auf regionaler Ebene (VPE).

Trialog

1989 initiierten Dorothea Buck, die Zwangssterilisation und Psychiatrie während der NS-Zeit überlebt hatte, und Thomas Bock, ein Hamburger Psychiater, den Trialog aus der anthropologischen Tradition heraus. Dort trafen sich Betroffene, Angehörige und psychiatrisch Tätige in einem herrschaftsfreien Raum und diskutierten auf Augenhöhe. Der Trialog führte zu zahlreichen Initiativen, Kongressen, Behandlungsvereinbarungen und Fachgesellschaften (Bock et al., 2009, S. 4; Bock & Sielaff, 2016, S. 25–27; Dörner, 2006).

Die Entwicklung von EX-IN ist wesentlich durch den Trialog und die sozialpsychiatrische Perspektive geprägt.

Gründung von EX-IN in Deutschland

Utschakowski besuchte 2001 das Projekt C.H.A.N.G.E. in Birmingham. Das Projekt setzte auf eine aktive Rolle der Betroffenen im Genesungsprozess. Sie wurden ermutigt, eigene Entscheidungen zu treffen und sich an der Entwicklung von Behandlungsstrategien zu beteiligen. Inspiriert davon entstand die Idee, eine Ausbildung für Psychiatrie-Erfahrene zu entwickeln, um deren Erfahrungs-Expertise systematisch zu nutzen. Zwischen 2005 und 2007 wurde die Entwicklung von EX-IN durch das Programm Leonardo da Vinci als europäisches Pilotprojekt gefördert. Psychiatrie-Erfahrene sowie Fachkräfte aus verschiedenen europäischen Ländern erarbeiteten gemeinsam Konzept und Erprobung des Programms (Utschakowski, 2016b, S. 5–6). Einige europäische Länder – allen voran Großbritannien und die Niederlande – hatten zu diesem Zeitpunkt die Einbindung von Psychiatrieerfahrenen bereits in unterschiedlichem Maße umgesetzt (Utschakowski, 2016a, S. 84–85). Mittlerweile werden EX-IN Kurse in ganz Deutschland angeboten. 2011 wurde der Verein EX-IN Deutschland e. V. gegründet, der einheitliche Qualitätsstandards für die Kurse sicherstellt (Utschakowski, 2016b, S. 8).

Recovery

Das Recovery-Konzept, das die aktive Rolle Betroffener betont, stellt eine zentrale Grundlage für EX-IN dar. Das Konzept wurde vor allem durch die Berichte von Betroffenen geprägt. Recovery bedeutet weder die vollständige Heilung noch das Verschwinden von Symptomen, sondern die Fähigkeit, ein erfülltes und sinnstiftendes Leben trotz ggf. bestehender Einschränkungen zu führen. Dies erfordert, neue Bedeutungen und Ziele im Leben zu finden und die Auswirkungen der Erkrankung zu überwinden. Recovery wird als individueller, persönlicher Prozess beschrieben, der die

Überwindung von Stigmatisierung, negativen Behandlungserfahrungen sowie der Folgen von Arbeitslosigkeit und geplatzten Träumen beinhaltet (Anthony, 1993, S. 15).

UN-Behindertenrechtskonvention

Ein Meilenstein für die Selbstvertretung von Menschen mit Behinderung war 2006 die Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Mit der Ratifizierung durch die Bundesrepublik Deutschland 2008 wurde sie Teil des deutschen Rechts. Rechtliche Implikationen sind beispielsweise im Sozialgesetzbuch IX und dem Behindertengleichstellungsgesetz und im Bundesteilhabegesetz verankert (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange Behinderter Menschen, 2022; Bundesministerium für Arbeit und Soziales).

Das Recovery-Konzept und die UN-BRK legitimieren die Forderung, Genesungsbegleitende in allen Bereichen der psychiatrischen Gesundheitsversorgung zu beteiligen, um der Betroffenenperspektive systematisch Gehör zu verschaffen.

Amering und Gmeiner (2019) kommen zu dem Schluss, dass durch die UN-BRK Recovery als Menschenrecht betrachtet werden kann (Amering & Gmeiner, 2019, S. 26–27).

Entwicklungen in der Psychiatrie nach 1990

Anfang der 1990er Jahre setzte sich nach der Zeit der Sozialpsychiatrie erneut eine zunehmend biologistisch geprägte Psychiatrie durch, die sich von der neuropsychiatrischen Forschung bahnbrechende Erkenntnisse erhoffte. Die Regierung der USA rief in Erwartung neuer Durchbrüche in der Forschung 1990 die »Dekade des Gehirns« aus (Brückner, 2023, S. 168–173). Zu Beginn des 21. Jahrhunderts herrschte Aufbruchstimmung, der jedoch Ernüchterung folgte. Diese offenbarte sich beispielsweise darin, dass 2015 der Direktor des National Institute for Mental Health (Washington) zurücktrat und damit die Verantwortung übernahm, dass die Forschung zwar Millionen verschlungen, aber am Leid der Betroffenen nichts geändert habe. Da sie keine wirtschaftlich interessanten Entwicklungen mehr erwartet, zieht sich die Pharmaindustrie seit 2010 ernüchtert aus der Erforschung neuer Psychopharmaka zurück (Hasler, 2023, S. 15–23).

Im Anschluss an die Enttäuschungen der »decade of the brain« wurden große Erwartungen in die Genforschung gesetzt. Die Hoffnung, einzelne Gene zu isolieren, die für bestimmte psychische Erkrankungen verantwortlich sind, hat sich inzwischen zerschlagen. Die Forschung hat bisher kaum Relevanz für den psychiatrischen Alltag (Hasler, 2023, S. 27–32).

Dadurch wächst die Bedeutung anderer, ganzheitlicherer Ansätze. Die Sozialpsychiatrie erfährt eine Renaissance, diesmal jedoch mit einer starken Forderung nach Einbeziehung der Betroffenen in alle Bereiche der Behandlung wie auch in der Forschung. Erfahrungs-Expert*innen müssten Teil des Systems werden, wobei die Gefahr bestehe, dass ihr Einbezug aus Angst vor Machtverlust nicht vollzogen würde. Nur wenn die Psychiatrie die Lebensrealitäten psychisch erkrankter Menschen berücksichtige, könne sie eine wirklich soziale Psychiatrie sein (Weinmann, 2018, S. 26, 2018, S. 248 – 252).

Diese Forderungen stärken die Position von EX-IN, das sich seit seinen Anfängen bereits deutlich verbreitet hat, dennoch hat EX-IN immer noch mit Schwierigkeiten bei der Akzeptanz zu kämpfen. Im nächsten Abschnitt folgt ein Blick auf den Stand von EX-IN Genesungsbegleitung in der Gegenwart.

2.1.2 Genesungsbegleitung heute

Expert*innen aus Erfahrung sind heute in vielen Institutionen psychosozialer Arbeitsfelder als Mitarbeitende anzutreffen. Manchmal ist auch von Peers oder Peer-Workern die Rede. In Deutschland hat sich die Bezeichnung Genesungsbegleiter*in etabliert.

Als oberstes Gremium der Krankenhausgesellschaften legt der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Personalvorgaben und Behandlungsvorgaben für Krankenhausbehandlung fest. In der seit dem 01.01.2023 geltenden Fassung der »Personal-ausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie« (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024) wurden erstmals EX-IN Genesungsbegleiter*innen mit aufgenommen. Dies ermöglicht zentrale Aufgaben von Genesungsbegleiter*innen im (teil-)stationären Bereich gesondert abzurechnen, wodurch die Position von Genesungsbegleitenden im klinischen Kontext gestärkt wurde. Eine weitere Anerkennung der Bedeutung von Peers stellt die Empfehlung zu deren Einsatz in der »S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« dar (Gühne et al., 2019, S. III).

Bei der Bundesagentur für Arbeit ist Genesungsbegleitung als »berufliche Einsatzmöglichkeit« im Portal Berufe.net gelistet (Bundesagentur für Arbeit, 2020) und es finden sich im Jobportal (sozialversicherungspflichtige) Stellenausschreibungen für Genesungsbegleitung.

Es gibt keine genauen Zahlen, wie viele Genesungsbegleitende bundesweit tatsächlich inzwischen in Arbeit sind. Die Verbreitung unterliegt starken regionalen Schwankungen. Regionen, in denen EX-IN gut verankert ist, sind beispielsweise Hamburg und Bremen, der Bezirk Oberbayern und Teile von Nordrhein-Westfalen. Das Pfalzkrankenhaus Klingenmünster qualifiziert in Kooperation mit EX-IN Deutschland e. V.

erstmalig Genesungsbegleitende inhouse berufsbegleitend, sowohl für den stationären Bereich als auch für die ambulante Eingliederungshilfe. Das Projekt ist noch nicht abgeschlossen, daher gibt es noch keine veröffentlichte Evaluation (Pfalzkrankenhaus, 2022). Obwohl es klare Empfehlungen gibt, stets mindestens zwei Genesungsbegleitende einzustellen (Utschakowski, 2016c, S. 77), sind viele Genesungsbegleitende weiterhin alleine oder weit über die Institution verstreut, so dass sie sich als Einzelkämpfer*innen empfinden (Schulz, 2021, S. 54).

2.2 EX-IN Qualifizierung und Praxis

2.2.1 Analyse des Curriculums der EX-IN Qualifizierung hinsichtlich der Lernziele und des enthaltenen Rollenbildes

Das Curriculum der EX-IN Qualifizierung (EX-IN Deutschland e. V., 2009) das im Rahmen eines europäischen Projektes 2005-2007 entwickelt wurde, dient als Grundlage der EX-IN Kurse. Alle von EX-IN Deutschland e. V. zertifizierten Trainer*innen sind verpflichtet, sich daran zu orientieren. Später hat EX-IN Deutschland eine Kurzfassung veröffentlicht (EX-IN Deutschland e. V., 2013, S. 1). Grundlage dieser Analyse ist überwiegend die Langversion, in der allerdings das Modul 10 (Krisenintervention) fehlt.

Die tabellarische Analyse zeigt, welche Wissensbestände, Kompetenzen und Rollenbilder im Rahmen der EX-IN Qualifizierung vermittelt werden. Beim Blick auf die Kompetenzen, die die Teilnehmenden erlangen sollen, wird deutlich, dass der Kurs nicht nur der Qualifizierung für ein Berufsbild dient, sondern gleichzeitig Persönlichkeitsentwicklung, individuelle Entfaltung sowie ein hohes Maß an (Selbst-) Reflexivität fördert.

TABELLE 1: Lernziele der EX-IN Qualifizierung

Modul Bezeichnung	Lernziele		
	Wissen	Kompetenzen	Rollen- und Beratungsverständnis
Modul 1 Salutogenese	Definitionen zu Gesundheit und Wohlbefinden Bedeutung von Netzwerken und gesellschaftlichen Bedingungen Strategien für gesunde Lebensführung Angebote in der Region kennen	In Gruppen zusammenarbeiten Diskutieren Erfahrungen reflektieren, artikulieren und austauschen Eigene Definitionen von seelischer Gesundheit entwickeln	Individuelle Erklärungsmodelle anerkennen Auf bestehende Kompetenzen, Wissen und Ressourcen aufbauen
Modul 2 Empowerment in Theorie und Praxis	Empowermentkonzepte – Definition, Ebenen Stigma und Selbststigmatisierung Kenntnis der regionalen Gegebenheiten	Durchsetzungsfähigkeit Reflexionsfähigkeit über eigenes Empowerment und Selbststigmatisierung	Empowerment fördern und unterstützen
Modul 3 Erfahrung und Teilhabe	Kenntnis von Nutzer*innen-Organisationen und -Initiativen Möglichkeiten der Einflussnahme auf psychiatrische Behandlung (UN-Behinderten-rechtskonvention, Bundesteilhabegesetz)	Differenziert über eigene Erfahrung sprechen Persönliche und soziale Probleme unterscheiden können Reflexion und respektvoller Diskurs über Erfahrungen	Anerkennung von individuellen Erfahrungen und Bewältigungsstrategien Zuhören Möglichkeiten aufzeigen, Einfluss auf die eigene Behandlung zu nehmen
Modul 4 Trialog	Geschichte des Trialogs	Die trialogische Haltung in unterschiedlichen Kontexten anwenden können Akzeptanz verschiedener Perspektiven und unterschiedlicher Meinungen Subjektivität der drei Perspektiven erkennen können Bereitschaft voneinander zu lernen Gesprächsführung	Die verschiedenen Perspektiven im Blick haben und berücksichtigen
Modul 5 Perspektiven und Erfahrungen von Genesung (Recovery)	Wissen über Recovery fördernde und -hindernde Prozesse Recoveryorientierte Einrichtungen, Dienste und Gruppen kennen	Reflexionsfähigkeit über Recoveryprozesse, sowohl des eigenen Genesungsweges als auch desjenigen anderer	Erfahrungswissen von Psychiatrieerfahrenen zur Geltung bringen Vermitteln des Konzeptes von Recovery
Modul 6 Unabhängige Betroffenen-Fürsprecher (Fürsprache)	Patient*innenrechte Rechtliche Rahmenbedingungen von Fürsprache	Auftragsklärung Gesprächsführung Eigene Grenzen einhalten	Stimme und Wünsche Betroffener Gehör verschaffen Sich einsetzen für Belange der Nutzenden
Modul 7 Selbsterforschung	Unterschiedliche Erklärungsmodelle für Erfahrungen kennen	Die eigenen Erfahrungen artikulieren (Selbsterforschungs-) Interviews führen	Die Erfahrungen anderer ernst nehmen, ihnen zuhören Unterstützen, individuelle Erklärungen zu finden.
Modul 8 Recoveryorientiertes Assessment und Planung für Menschen in Krisen	Instrumente zur recoveryorientierten Bestandsaufnahme und Zukunftsplanung	Eingehen von Beziehungen Sichere Anwendung von Instrumenten der Bestandsaufnahme und Planung	Einen ganzheitlichen Blick einnehmen und vermitteln Menschen bei der Gestaltung des eigenen Recoveryweges unterstützen

FORTSETZUNG

FORTSETZUNG

TABELLE 1: Lernziele der EX-IN Qualifizierung

Modul Bezeichnung	Lernziele		
	Wissen	Kompetenzen	Rollen- und Beratungsverständnis
Modul 9 Beraten und Begleiten	Gesetzliche Rahmenbedingungen Grundlagen von Kommunikationstheorie(en) Wissen über Bedeutung und Umsetzung von Kommunikation und Beziehungsarbeit als Genesungsbegleitende Kenntnis verschiedener Bereiche und Ebenen von Begleitung	Unterstützende Kommunikation Reflexion des eigenen (Unterstützungs-) Stiles Umgang mit gesetzlichen Rahmenbedingungen	Empowerment fördern Übernahme von Selbstverantwortung unterstützen Erfahrungswissen zur Verfügung stellen Personenzentrierung Nutzer*innen-orientierung Rückmeldung geben an andere Berufsgruppen
Modul 10 Krisenintervention	Rechtliche Rahmenbedingungen innerhalb einer Institution (hinsichtlich Schweigepflicht, Meldepflicht, Kindeswohlgefährdung) Hilfsangebote kennen	Situationen einschätzen Eigene Grenzen kennen Kriseninterventionstechniken einsetzen	Ressourcen- und recovery-orientiert handeln Netzwerke einbeziehen
Modul 11 Lehren und Lernen	Präsentationstechniken Lehr- und Lernmethoden	Eigene Erfahrung präsentieren können Interesse wecken	Erfahrungswissen zur Verfügung stellen und vermitteln Aufklären über Betroffenenperspektive
Modul 12 Abschlusspräsentationen		Die eigene Entwicklung beschreiben Klarheit über eigene Kompetenzen und Möglichkeiten	

Neben den zwölf Modulen umfasst die Qualifizierung zwei Praktika (40 bzw. 80 Stunden Umfang), schriftliche Praktikumsberichte, die Erstellung eines persönlichen Portfolios (gemäß einem Leitfaden) sowie einen Selbsterforschungsvortrag und ggf. weitere (Gruppen-)Referate.

Da das Curriculum in mehreren europäischen Ländern entwickelt wurde, fällt die Ausarbeitung der Module darin unterschiedlich ausführlich aus. Letztlich obliegt die konkrete Gestaltung den jeweiligen Trainer*innen. Damit ist es unvermeidlich, dass die Kurse bei allem Anspruch auf eine einheitliche Qualität regionale Unterschiede aufweisen.

2.2.2 Erfahrungswissen – WIR-Wissen

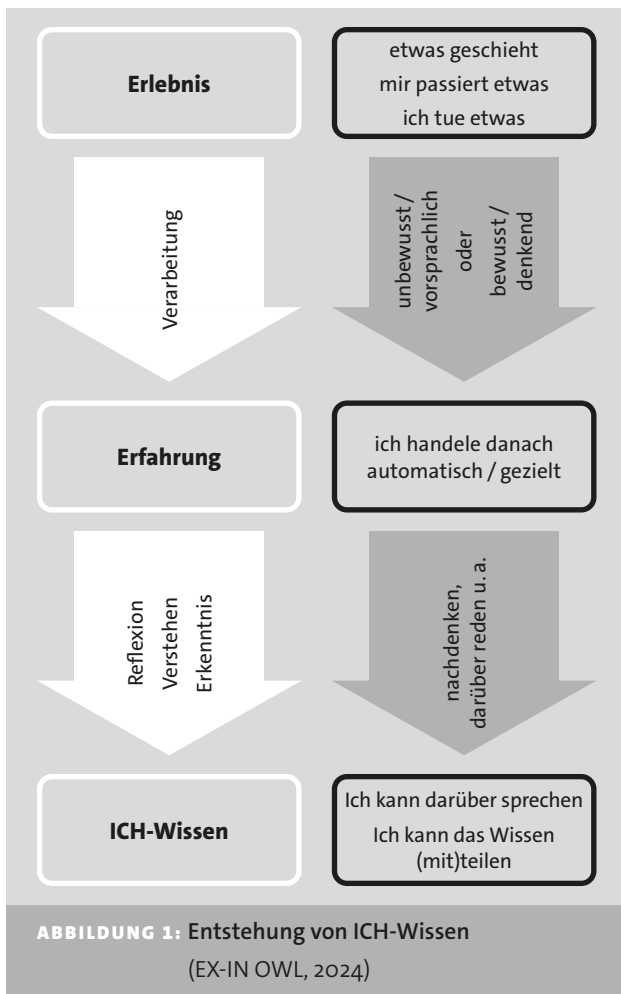
Die Darstellung der Begriffe Erfahrung und Wissen bleibt in dieser Arbeit im Wesentlichen darauf beschränkt, wie sie im Kontext von EX-IN verstanden werden. Zunächst wird dargestellt, wie das sog. WIR-Wissen in der Qualifizierung generiert wird. Der darauffolgende Exkurs möchte exemplarisch Anschlüsse aus verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven aufzeigen.

Die Entwicklung von Kompetenzen und des sogenannten WIR-Wissens wird im EX-IN-Kurs durch methodische Ansätze wie Dialoge, Gruppendiskussionen und Rollenspiele gefördert. Im Kurs steht nicht die Vermittlung formalen Wissens im Vordergrund, sondern individuelle und kollektive Reflexion von Erfahrungen, denn:

»In dem Ausbildungsprogramm werden die herkömmlichen Vorstellungen von Qualifizierung erweitert. Im Mittelpunkt steht nicht die Vermittlung von neuem Wissen, sondern die Entwicklung von Wissen aus den vorhandenen Erfahrungen« (Utschakowski, 2016a, S. 90).

Gemäß van Haaster (2016) wird als erfahrungsbasiertes Wissen ein Sachverstand bezeichnet, der durch die aktive Bewältigung und Reflexion von Erfahrungen entsteht. Im Kontext der Gesundheitsversorgung werden diese Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit Krankheit und Einschränkungen, dem Kontakt mit dem Gesundheitssystem sowie den Reaktionen des sozialen Umfelds gemacht. Zur Bewältigung dieser Herausforderungen werden Strategien entwickelt, die über die Rolle als Patient*in hinaus Erfahrungen aus anderen Lebensbereichen einschließen. Ein solches erfahrungsbasiertes Wissen entsteht nicht nur durch das unmittelbare Erleben, sondern durch dessen nachträgliche Reflexion und Einordnung sowie den Aspekt, sich in den Erfahrungen anderer wiederzuerkennen (van Haaster, 2016, S. 52). Im Gegensatz zu formal anerkannten Berufen stehen Expert*innen aus Erfahrung vor der Herausforderung, wie im Beratungskontext die Legitimation und Qualitätssicherung dieses Wissens zu gewährleisten sind. Authentizität stellt ein wichtiges Kriterium für die Qualitätssicherung dar. Authentizität wird durch die

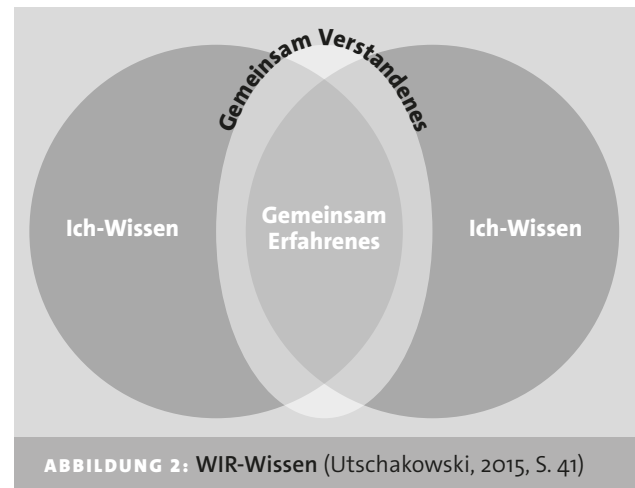
Validierung der individuellen Erfahrungen gestärkt. Diese Validierung findet auf mehreren Ebenen statt: Zunächst erfolgt sie auf der individuellen Ebene, wodurch Erlebnisse zu Erfahrungen und (mit)teilbarem ICH-Wissen werden. Diese individuelle Ebene wird im Austausch mit einer weiteren Person reflektiert – dadurch entsteht eine DU-Ebene. Weiters werden diese Erkenntnisse dann in einer Gruppe reflektiert und validiert, was zu der o. g. Erfahrungsexpertise, dem WIR-Wissen führt (van Haaster, 2016, S. 54–56). In Anlehnung an van Haaster wurde die folgende Grafik zur Visualisierung der Entstehung von ICH-Wissen als Unterrichtsmaterial für einen EX-IN Kurs entwickelt.



Hier wird zwischen einem Erlebnis und einer Erfahrung differenziert: Mit Erlebnis ist eine Situation gemeint, in der dem Individuum entweder etwas widerfährt oder es etwas tut. Dieses Erlebnis wird erst durch eine Verarbeitung, die sowohl unbewusst, vorsprachlich als auch bewusst nachdenkend erfolgen kann, zur Erfahrung. Die Erfahrung ist handlungsleitend – die Handlung erfolgt entweder automatisiert oder aufgrund einer bewussten Entscheidung. Erst durch einen weiteren, diesmal bewusst reflektierenden Verarbeitungsschritt, welcher die Erfahrung und die daraus abgeleitete Erkenntnis aktiv abrufbar macht, wird die

Erfahrung zu einem individuellen Wissen (ICH-Wissen). Das ICH-Wissen steht nun in einer Form zur Verfügung, in der es artikulierbar und (mit)teilbar ist.

Jörg Utschakowski, einer der deutschen Initiatoren und Mitentwickler von EX-IN, definiert das WIR-Wissen ähnlich wie van Haaster, legt jedoch den Fokus auf das gemeinsam Verstandene: Im Austausch wird das ICH-Wissen miteinander abgeglichen, wobei Erfahrungen entdeckt werden, die gleich oder ähnlich sind – das gemeinsam Erfahrene. Darüber hinaus entsteht ein Verständnis der gemeinsamen und unterschiedlichen Erfahrungen – das gemeinsam Verstandene. Dieses enthält auch jene Aspekte, die nicht verstanden wurden, denn sie geben wertvolle Hinweise auf eigene Grenzen und blinde Flecke. Die Summe von gemeinsam Erfahrenem und dem darüber hinausgehenden gemeinsam Verstandenen und nicht Verstandenen bildet das WIR-Wissen (Utschakowski, 2015, S. 39–41). Dieser Zusammenhang zwischen ICH- und WIR-Wissen wird in der folgenden Grafik veranschaulicht:



Beide Ansätze stimmen darin überein, dass der Austausch mit anderen Voraussetzung für die Generierung von Erfahrungsexpertise ist. Diese Übereinstimmung bekräftigt Utschakowski, indem er sich auf van Haaster bezieht:

»Um ein Experte durch Erfahrung zu werden, ist es erforderlich, dass jemand seine eigenen Erfahrungen reflektiert und sie mit anderen, die gleiche oder ähnliche Erfahrungen gemacht haben, teilt. Es ist erforderlich, dass die Experten ihre Erfahrungen mit einer Vielzahl anderer Erfahrungen anderer Personen in unterschiedlichen Situationen vergleichen.«

Dr. Harrie van Haaster, EX-IN-Experte vom niederländischen Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid, 2005 (zitiert nach Utschakowski, 2016b, S. 9)

Deshalb ist der Austausch zentral in der Qualifizierung von Genesungsbegleitenden. Um WIR-Wissen zu generieren, wird er systematisch und methodisch gefördert, damit die

Absolvent*innen sich am Ende zu Recht »Expertin/Expertin aus Erfahrung in der Gesundheitsversorgung« nennen können, so die Bezeichnung auf dem Zertifikat von EX-IN Deutschland. Dieser Prozess, Wissen zu erlangen, unterscheidet sich grundlegend von anderen Berufen, in denen das erforderliche Wissen und die Praxis überwiegend gezielt in Aus- oder Fortbildung bzw. Studium vermittelt werden. In der Genesungsbegleitung hingegen fließen lebensweltliche Bewältigungsstrategien, die etwa in Therapie oder Selbsthilfe entwickelt werden, in die Wissensgrundlage – dem Erfahrungs- und WIR-Wissen – ein.

Die geschilderte Entstehung von Erfahrungs- und WIR-Wissen über den Austausch kann informell überall dort stattfinden, wo sich in gleichartig Betroffene über ihre Erfahrungen austauschen, beispielsweise in Selbsthilfegruppen. Nach dieser Definition entsteht WIR-Wissen auch, wenn Genesungsbegleitende sich bei der Arbeit mit jenen, die sie begleiten, austauschen, denn diese sind ebenso Peers. Das bedeutet, dass sich das WIR-Wissen von Genesungsbegleitenden in der Praxis stets erweitert.

In ihrer beruflichen Praxis auf Grundlage des Erfahrungswissens machen Genesungsbegleitende neue Erfahrungen, die aus ihrer Tätigkeit resultieren. Sie erlangen also neue – zunächst individuelle – Erfahrungen im Sein als Genesungsbegleiter*in. Gemäß dem Verständnis des Erfahrungswissens stellt sich die Frage, ob sich daraus durch entsprechenden Austausch ein WIR-Wissen der beruflichen Praxis von Genesungsbegleitung generieren ließe. Dieses WIR-Wissen der Praxis könnte zum beruflichen Selbstverständnis dieser noch jungen Berufsgruppe beitragen. Dies ist ein Aspekt, der bisher kaum diskutiert wurde und zu dem sich keine Literatur finden lässt. In den Schlussbetrachtungen (siehe 7.2) dieser Arbeit wird dieser Aspekt erneut aufgegriffen.

Sprachgebrauch von »Erfahrungswissen« und »WIR-Wissen«:

An dieser Stelle erscheint es erforderlich, auf den Sprachgebrauch der Begriffe »Erfahrungswissen« und »WIR-Wissen« im Rahmen dieser Arbeit einzugehen. Im Kontext von Genesungsbegleitung werden beide Begriffe oft synonym verwendet. Mit »Erfahrungswissen« kann entweder die Summe von ICH-Wissen und WIR-Wissen in einem Begriff zusammengefasst sein, dann bezeichnet es mehr als das WIR-Wissen. In anderen Kontexten steht »Erfahrungswissen« für die individuelle Lebenserfahrung, wie sie alle Menschen in unterschiedlichem Maße besitzen. Wenn auf das spezifische Wissen von Genesungsbegleitenden Bezug genommen wird, müsste konsequenterweise »Erfahrungs- und WIR-Wissen« genutzt werden, was jedoch im Sinne der Lesbarkeit sperrig erscheint. Im Rahmen dieser Arbeit wird sowohl mit

»Erfahrungswissen« als auch mit »WIR-Wissen« das spezifische Wissen von Genesungsbegleitenden adressiert. Dabei wird der Begriff »Erfahrungswissen« verwendet, wenn das individuelle ICH-Wissen zusätzlich relevant ist. Der Begriff »WIR-Wissen« wird als Bezeichnung für die im EX-IN Kurs generierte Wissensgrundlage genutzt, die für Genesungsbegleitende in der Praxis handlungsleitend ist. Eine gewisse begriffliche Unschärfe lässt sich trotz Bemühungen um eine klare Definition nicht vollständig vermeiden.

Exkurs: Erfahrung, Erfahrungswissen, Lernen aus Erfahrung

Die Philosophin Friederike Rese widmet sich in ihrer Habilitationsschrift »Erfahrung als eine Form des Wissens« (2014) dem Erfahrungsbegriff aus philosophischer Perspektive. Erfahrungen sind individuell und untrennbar mit der menschlichen Existenz verbunden, über sie erschließt sich der Mensch die Welt. Rese unterscheidet zwischen »Erfahrung als Wissen« und »Erfahrung als Prozess«, der jede Veränderung von Wissen begleitet (Rese, 2014, S. 8). Wahrnehmungen werden mittels Begriffsbildung durch Sprache zu Erfahrungen transformiert, wobei die Narration die zeitliche Dimension hinzufügt. Die kontinuierliche Wandlung des Verstehenshorizonts durch Wahrnehmungen wird durch Erzählung beschrieben und reflektiert (Rese, 2014, S. 269 – 270). Die Transformation des Subjekts und seines Verstehenshorizonts durch Erfahrung kann als Bildung angesehen werden (Rese, 2014, S. 407 – 408). Der Mensch macht seine Erfahrungen in der Welt jedoch nicht nur mit dem Bewusstsein, sondern auch leiblich. Leib und Bewusstsein als Einheit sind Person, ein Individuum. So lässt sich schließen, dass Erfahrungen zur Transformation der Identität beitragen (Rese, 2014, S. 415 – 416).

Im Kontext von EX-IN ist diese Perspektive über die Aspekte von Sprache und Narration anschlussfähig: Die Reflexion individueller Erfahrungen in der Gruppe sowie deren Validierung durch andere Teilnehmende führen zu einer Transformation des individuellen und kollektiven Verstehenshorizonts. Dieser Austausch kann als ein Bildungsprozess verstanden werden, der sowohl zur Identitätsbildung als auch zur Generierung von WIR-Wissen beiträgt. Die Narration ist im EX-IN Kurs zentral verankert, beispielsweise dadurch, dass alle Teilnehmenden im Verlauf des Kurses ihre Recovery- bzw. Selbsterforschungsgeschichte vortragen, die von der Gruppe durch Zuhören und Feedback validiert und gewürdigt wird.

Während Rese den Erfahrungsprozess aus einer philosophischen Perspektive betrachtet, zeigt Pols anhand empirischer Forschung die praktische Relevanz des Erfahrungswissens im Alltag von Patient*innen auf.

Pols erörtert in ihrem Artikel »Knowing Patients: Turning Patient Knowledge into Science« (Pols, 2014) zu ihrer Studie mit COPD-Patient*innen, wie Laien die Entwicklung der medizinischen Forschung unterstützen können. Sie geht der Frage nach, wie das spezifische Wissen artikuliert werden kann, das Patient*innen in ihrem Alltag entwickeln und nutzen, um mit ihrer Krankheit zu leben (Pols, 2014, S. 75). Ihre Studie legt nahe, dass Bewältigungsstrategien im Alltag der Patient*innen mehr sind als verinnerlichtes und angewandtes medizinisches Wissen. Pols schlägt vor, das Patient*innen-Wissen, welches zum Ziel hat, das individuelle Alltagsleben zu bewältigen, als Äquivalent zu klinischem Wissen, dessen Ziel ist, individuelle Gesundheit zu verbessern, zu betrachten. Patient*innen entwickeln dieses praktische Wissen, um Informationen und Ratschläge in anwendbare Techniken zu übersetzen, die ihren persönlichen Zielen gerecht werden (Pols, 2014, S. 78). Dieses Handlungswissen wird von einzelnen, aber auch in der Gruppe der Patient*innen im Austausch generiert (Pols, 2014, S. 81). Wenn sie sich durch medizinische Prognosen und Diagnosen demoralisiert fühlen, sind Patient*innen auf sich selbst oder Peers angewiesen, um Zuversicht zu entwickeln. Ohne medizinische Fakten zu negieren, bedeutet dies, einen konstruktiven Umgang mit den Einschränkungen im Alltag zu finden. Dabei können praktische Tipps hilfreich und ausprobierenswert sein, auch wenn sie nicht allgemeingültig oder evidenzbasiert sind (Pols, 2014, S. 85–86).

Auch bei EX-IN wird dieses praktische Erfahrungswissen genutzt: Es wird durch Peers geteilt und erweitert und trägt so zur Entwicklung von Handlungsstrategien bei. Psychiatrische Diagnosen und Prognosen können auf Betroffene äußerst demoralisierend wirken. Patricia Deegan beschreibt den Moment, als sie mit 18 ihre Diagnose (Schizophrenie) bekam, folgendermaßen: »And as he spoke these words I could feel the weight of them crushing my already fragile hopes and dreams and aspirations for my life« (Deegan, 1996, S. 92). Ähnlich wie Pols es beschreibt, nutzen Genesungsbegleitende ihre Erfahrungen, um Betroffenen Hoffnung und Zuversicht – zentrale Elemente des Recovery-Konzepts – zu vermitteln. Auch Deegan fordert den Einsatz von Peers: »it is important to have other people with psychiatric disabilities working as paid staff. Role models provide hope [...]« (Deegan, 1996, S. 95).

Pols betont die Bedeutung praktischen Wissens im Alltag, Oevermann dagegen bietet eine soziologische Perspektive auf Krisen als zentrale Momente menschlicher Entwicklung und Sozialisation. In seiner »Theorie der Lebenspraxis« beschreibt er »Lebenspraxis« als eine Einheit aus leiblichen, psychischen, sozialen und kulturellen Dimensionen, die sich in krisenhaften Situationen transformiert. Menschliche Sozialisation ist gemäß Oevermann eine systematische Erzeugung von Neuem zur Bewältigung von Krisen. Lebenspraxis umfasst sowohl individuelle Prozesse wie sie sich in

der Biografie eines Einzelnen zeigen, als auch sozialisatorische Praktiken in Familien und Gesellschaft. Sie ist zentral geprägt durch einen Entscheidungszwang in krisenhaften Situationen. Die Entscheidung erfordert eine Begründung, welche häufig nicht unmittelbar möglich ist. Die Lebenspraxis wird somit als eine widersprüchliche Einheit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung verstanden, die sich durch die Fähigkeit auszeichnet, Krisen selbständig zu erzeugen und zu bewältigen. Dies stellt eine dynamische Betrachtung dar, die sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Transformationen berücksichtigt (Oevermann, 2004, S. 156–160).

Aus Oevermanns theoretischer Sicht bilden Krisen den Normalfall, während Routinen die Ausnahme darstellen. Routinen werden aus erfolgreichen Bewältigungsstrategien gebildet. Die Entwicklung einer autonomen Lebenspraxis resultiert aus dieser kontinuierlichen Krisenbewältigung. Würde man Krisen als Grenzfälle betrachten, wäre die Autonomie der Lebenspraxis als krisenbewältigende Instanz negiert (Oevermann, 2004, S. 160–163). Erfahrungen werden in Krisen gemacht (Oevermann, 2014, S. 63). Welcher Art diese Erfahrungen sind, ist je nach Art der Krise unterschiedlich. Oevermann unterscheidet drei Arten von Krisentypen: Da ist zunächst die traumatische Krise. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass dem Individuum unvorhergesehen etwas geschieht. Das Ereignis hebt sich klar von der Routine ab und lässt sich demnach nicht mit bewährten Strategien bewältigen. Unabhängig davon, ob dieses Ereignis negativ oder positiv bewertet wird, muss das Subjekt darauf reagieren, wobei die Reaktion bereits den Beginn der Krisenbewältigung darstellt. Der zweite Krisentypus – die Entscheidungskrise – zeichnet sich dadurch aus, dass das Subjekt eine hypothetische Vielzahl an Möglichkeiten und damit Zukunftsvarianten konstruiert bzw. antizipiert, zwischen denen es dann entscheiden muss. Die Entscheidung will begründet werden, was häufig in dem Moment nicht möglich ist, gleichwohl soll sich die Krisenlösung langfristig bewähren. Das Subjekt kann sich der Anforderung, entscheiden zu müssen, nicht entziehen. Der dritte Krisentypus beschreibt, wie Menschen lernen. Oevermann bezeichnet diesen Typus als die Krise durch Muße. Diese Krise ist im Gegensatz zur traumatischen Krise zwar vermeidbar und wird dennoch vom Subjekt – mehr oder weniger bewusst – herbeigeführt, indem es sich frei von Handlungszwang durch Erfahrungen anregen lässt. Diese »selbstgenügsame Wahrnehmung [...] ist deshalb die Ur-Form von Erkenntnis, die Erkenntnis im vollen Sinne nur sein kann, wenn sie sich um ihrer selbst willen vollzieht«. Sie wird deshalb als Krise bezeichnet, weil sie – wie auch die beiden anderen Krisentypen – aus den Routinen heraussticht (Oevermann, 2004, S. 165–167). Die drei Krisentypen und ihre Bedeutung werden in der folgenden Tabelle zusammenfassend dargestellt:

TABELLE 2: Krisentypen und ihre Bedeutung nach Oevermann (2004, S. 160–167)

Krisentyp	Bedeutung für das Subjekt
Traumatische Krise <i>Unvorhergesehen, plötzlich, dramatisch</i>	Bricht von außen herein, unvermeidlich <i>Das Ich muss reagieren</i>
Entscheidungskrise <i>Antizipieren von Möglichkeiten, zukunftsgerichtet, der Lauf des Lebens bringt Entscheidungen mit sich</i>	Selbsterzeugt, unvermeidlich <i>Das Ich muss sich entscheiden</i>
Krise durch Muße <i>Ohne Handlungszwang, kontemplativ</i>	Wird erlebt, (unbewusst) selbsterzeugt, vermeidbar <i>Das Ich lernt</i>

Oevermann unterscheidet zwischen Wissen und Überzeugung: Wissen ist allgemeingültig und kann von Subjekten gelöst werden. Es unterliegt jedoch Geltungskrisen, wenn es durch neue Erkenntnisse widerlegt wird. Überzeugungen hingegen sind an ein Subjekt gebunden und entstehen aus Erfahrungen im Sozialisationsprozess (Oevermann, 2004, S. 175–176).

Die Anschlussfähigkeit des erfahrungsbasierten Lernens und des Erfahrungswissens, wie es im Kontext von EX-IN verstanden wird, an Oevermanns Theorie ist gegeben: Seine Theorie der Lebenspraxis lässt sich dahingehend interpretieren, dass alles Lernen durch Krisen geschieht. Die drei Krisentypen verdeutlichen, dass jede Krise spezifische Lernprozesse erfordert. Bei EX-IN steht insbesondere die Reflexion traumatischer Krisen und der daraus entwickelten Bewältigungsstrategien im Vordergrund. Aus der zunächst individuellen Krisenbewältigung wird jenes Erfahrungswissen generiert, das sich auch für andere bewähren kann. Dem entspricht das von Pols beschriebene Patient*innen-Wissen.

Bei EX-IN entsteht am Ende des Prozesses der Validierung individueller Erfahrungen in der Gruppe – so van Haaster – eine »Wir-Erzählung«, die es erlaubt, generalisierende Ausdrücke wie »man« zu verwenden (van Haaster, 2016, S. 58). Das bedeutet, es entstehen Aussagen, die außerhalb des Subjekts stehen, was der Definition von Wissen bei Oevermann entspricht.

2.2.3 Genesungsbegleitung in der Praxis

Um das Bild von Genesungsbegleitung zu vervollständigen, bietet dieser Abschnitt einen Überblick der Praxis von Genesungsbegleitung.

Einsatzebenen

Es lassen sich drei Einsatzebenen für Genesungsbegleitende unterscheiden, die jeweils durch spezifische Aufgabengebiete abgrenzbar sind:

- 1. Arbeit mit Nutzer*innen:** Genesungsbegleitende dienen als Vorbild und bieten emotionale und praxisnahe Unterstützung. Genesungsbegleitende sollen den Zugang zu Angeboten erleichtern und unterstützen Nutzende, sich zu empowern und ihre Genesung aktiv mitzugestalten.
- 2. Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden:** Genesungsbegleitende fördern den Dialog zwischen Hilfesuchenden und Fachpersonal, indem sie zwischen beiden Seiten vermitteln, um die Orientierung an den Bedürfnissen der Nutzer*innen zu verbessern.
- 3. Einfluss auf Organisationsebene und in Gremien:** Genesungsbegleitende tragen dazu bei, Recovery und Empowerment in organisatorischen Abläufen und Strukturen zu verankern.

Während sich die Genesungsbegleitung auf den ersten beiden Ebenen etabliert hat, bleibt die Integration auf der dritten Ebene bislang begrenzt. Die Rolle von Genesungsbegleitung erfordert eine spezifische Haltung, die auf Augenhöhe und der Bereitschaft, persönliche Erfahrungen einzubringen, basiert (Utschakowski, 2015, S. 46–50).

Erwartungen an die Rolle

Die Selbstoffenbarung ist eine Erwartung, die sowohl andere Berufsgruppen an Genesungsbegleitende als auch diese an sich selbst haben – und die sie von anderen Berufsgruppen unterscheidet. Ihre spezifische Weise, Kontakt mit Nutzer*innen aufzunehmen, führt zu einem Vertrauensvorsprung in der Beziehung. Eine schnelle Nähe zu den Nutzer*innen bringt für Genesungsbegleitende jedoch auch die Herausforderung mit sich, Nähe und Distanz auszutarieren. Häufig bleiben Aufgaben und Rollen unklar, was zwar Freiheiten in der persönlichen Ausgestaltung lässt, gleichzeitig jedoch Unsicherheit bereiten kann. Trotz aller Unklarheiten gibt es dennoch Erwartungen an die Rolle, auch von den Genesungsbegleitenden selbst. So gilt es beispielsweise als klarer Rollenbruch, sich der spezifischen Sprache anderer Berufsgruppen zu bedienen oder eine unkritische Haltung gegenüber der Institution einzunehmen (Heumann et al., 2019, S. 38).

Selbstbild

Erfahrungsberichte von Genesungsbegleiter*innen liefern wertvolle Hinweise auf Selbstbild und Selbstverständnis und offenbaren gleichzeitig, auf welche Herausforderungen sie im beruflichen Alltag stoßen. Die Berichte zeigen, dass sie ihre Tätigkeit stark an den Nutzer*innen orientieren. Hakan A. (2021) beschreibt, wie er durch praktische Unterstützung, beispielsweise der Begleitung bei Ausgängen oder durch Gespräche, das Wohlbefinden von Nutzer*innen verbessert. Claudia Frank (2021) benennt, dass umfassende Kenntnisse regionaler Strukturen erforderlich sind, um Klient*innen Wege außerhalb des Hilfesystems aufzuzeigen. Gwen Schulz (2021) versteht ihre Rolle als Übersetzerin zwischen Nutzer*innen und dem System, wobei sie eine Haltung der Ermutigung und Begegnung auf Augenhöhe für wesentlich hält.

Die Akzeptanz der Genesungsbegleiter*innen im Team beeinflusst ihr Selbstverständnis erheblich. Während einige sich gut integriert fühlen (z. B. Hakan A.), erleben andere mangelnde Wertschätzung ihrer Arbeit (z. B. Schulz). Die Frage nach der beruflichen Identität wird unterschiedlich beantwortet: Einige sehen sich als Teil des professionellen Teams, andere betonen ihre Sonderstellung zwischen Fachpersonal und Klient*innen (Frank, 2021; Zingsheim, 2016).

Eine zu starke Anpassung kann zum Verblenden ihrer besonderen Perspektive führen, während eine zu kritische Haltung Widerstand hervorrufen kann. Die langfristige Wirksamkeit hängt maßgeblich davon ab, ob Genesungsbegleitende auch auf organisationaler Ebene eingebunden werden. Ohne diese Einbindung bleibt ihr Einfluss auf strukturelle Veränderungen begrenzt, was Frustration auslösen kann (Frank, 2021). In vielen Erfahrungsberichten zeigt sich ein starkes Engagement für eine nachhaltige Veränderung hin zu einer recoveryorientierten Versorgungsperspektive. Gerade dieser starke innere Auftrag, Veränderung bewirken zu wollen, macht anfällig für Selbstzweifel und Frustration.

3 Reflexion

Mit dem ersten Kapitel wurde ein umfassender Verstehenszugang zu EX-IN geschaffen, der verdeutlicht, mit welcher Ausstattung an Kompetenzen und Haltungen Genesungsbegleitende aus der Qualifizierung hervorgehen. Das Erfahrungs- bzw. WIR-Wissen bildet dabei die zentrale Wissensgrundlage ihrer Tätigkeit. Dieses wird – wie zuvor beschrieben – durch Reflexion und den Austausch innerhalb des EX-IN Kurses entwickelt. In diesem Kapitel wird vertiefend untersucht, welche Rolle Reflexion sowohl für die Anwendung des WIR-Wissens als auch im Kontext von Supervision und Beratung hat. Die gesamte Tiefe und Breite der verschiedenen Theorien zu Reflexion und Reflexivität zu beleuchten, ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Deshalb wird auf Zugänge eingegangen, die im Kontext der Forschungsfragen relevant sind. Zunächst wird mit dem spezifischen Zugang der »Praktiken des Reflektierens« aufgezeigt, wie das WIR-Wissen von Genesungsbegleitenden, dessen Entstehung im vorangegangenen Kapitel beschrieben wurde, in ihrem beruflichen Alltag umgesetzt wird. Danach wird Reflexion im Kontext von Supervision und Beratung auf einer allgemeineren Ebene betrachtet.

3.1 Praktiken des Reflektierens – Erfahrungs-/WIR-Wissen als Handlungsgrundlage bei EX-IN

Schmid geht in ihrer Dissertationsschrift »Ver-rückte Expertisen« (2020) der Frage nach, wie das Erfahrungswissen von EX-IN in der Praxis wirksam wird.

Dabei stellt sie als Ausgangslage der Überlegungen fest, dass Genesungsbegleitende weder lediglich Patient*innen noch ausschließlich professionell Praktizierende sind. Vielmehr praktizieren sie auf Grundlage einer eigenen biografischen Erfahrung, jedoch mit einem Erfahrungswissen, das über die individuelle Erfahrung hinausgehen muss (Schmid, 2020, S. 119).

Zunächst widmet sie sich Überlegungen zu den Begriffen Reflexion und Reflexivität, die sie aus mehreren Perspektiven und vor verschiedenen theoretischen Hintergründen beleuchtet, um dann den Bezug zu Genesungsbegleitung herzustellen:

Reflexivität dient im Gesundheitswesen und der Psychiatrie als Antwort auf Herausforderungen im Umgang mit komplexen Gesundheitsthemen, um eine bessere Versorgung zu erzielen. Dem liegt die Vorstellung zugrunde, dass Reflexivität individuellere Handlungen ermöglicht, als es evidenzbasierte

Empfehlungen zu bieten vermögen, die sich auf Durchschnittspatient*innen beziehen. Als Lösung für eine vielfach beklagte mangelnde Reflexivität in der Versorgung wird die Einbeziehung von Patient*innen-Wissen gefordert, das in der Psychiatrie Genesungsbegleitende einbringen sollen. Im Kontext von EX-IN wird der Begriff des Reflektierens häufig bemüht, um das Alleinstellungsmerkmal des Erfahrungswissens zu betonen. Gleichzeitig bleibt der Begriff des Reflektierens in seiner Definition unklar und in seiner Bedeutung mit anderen Begriffen vermischt. Diese Mehrdeutigkeit nutzt Schmid, um eine – ebenso mehrdeutige – Theorie der Praktiken des Reflektierens zu erarbeiten (Schmid, 2020, S. 131 – 133). Sie bezieht sich dabei auf eine Definition von Reflexivität als sinnstiftende Praktiken, die von Menschen ausgeführt oder niedergeschrieben werden (Schmid, 2020, S. 138). Im Folgenden werden die zwei von Schmid beschriebenen Modi »kanalisierendes Reflektieren« und »erweitertes Reflektieren« dargestellt.

3.1.1 Kanalisierendes Reflektieren

Kanalisierendes Reflektieren ist jener Prozess, der eine individuelle Krisenerfahrung zu einer überindividuellen Erfahrung transformiert. Dies geschieht bei EX-IN im Gruppenprozess zur Generierung des WIR-Wissens, das als transzendiertes Erfahrungswissen über die reine Wiedergabe von persönlichen Erlebnissen hinausgeht. Das kanalisierende Reflektieren bezieht sich auf die individuelle Erfahrung und führt zu einer Handlungskonsequenz im (sozial)psychiatrischen Alltag. Dabei wird ein zu harscher Widerspruch zu gängigen Versorgungskonzepten vermieden, indem an akzeptierte Konzepte wie Recovery oder Empowerment angeknüpft wird. Durch diese Transformation wird eine Annäherung der Expertise aus Erfahrung an formal anerkanntes Wissen geschaffen. Hiermit wird deutlich, dass das Erfahrungs- bzw. WIR-Wissen eine Brückenfunktion zwischen formalem Wissen und reinem Patient*innen-Wissen einnimmt. Diese – die Erfahrung transformierende – Reflexion wird als zentral für Genesungsbegleitung angesehen und führt zu einer konstruktiven Nutzbarkeit des Erfahrungswissens im Versorgungsalltag. Gleichzeitig wird damit eine Abgrenzung zu (akut betroffenen) Nutzer*innen und deren Erfahrung geschaffen, da es voraussetzt, dass die Genesungsbegleiter*in die eigene Krisenerfahrung abgeschlossen und reflektiert hat (Schmid, 2020, S. 141 – 143).

Theoretische Grundlage für diese Überlegungen ist Deweys Konzept zur Reflexion. Nach diesem entsteht eine

»besondere Erfahrung«, die aus dem Strom der Erfahrungen als problemlösend heraussticht, wenn sie gedanklich durchdrungen wurde und eine Handlungskonsequenz nach sich zieht¹. Diese »besondere Erfahrung« kann durch spätere Erfahrungen und Reflexion erneut transformiert werden. Für Genesungsbegleitung bedeutet dies, dass die eigene Krisenerfahrung abgeschlossen und zu einer solchen »besonderen Erfahrung« gemacht wurde, die dann im Arbeitsalltag durch neue Erfahrungen, Infragestellung und Reflexion weiterentwickelt wird (Schmid, 2020, S. 143 – 146).

Mit dem »situativen Generalisieren« wird beschrieben, wie das Erfahrungswissen, das durch das kanalisierende Reflektieren erworben wurde, im praktischen Alltag zu Handlungen wird: Aus den im Reservoir des im WIR-Wissens gesammelten Möglichkeiten werden Handlungsoptionen abgeleitet, die situativ und kontextbezogen abgerufen werden. Durch das »situative Generalisieren« werden in konkreten Situationen passende Handlungsoptionen gewählt, die eine Übertragung individueller Bewältigungsstrategien abstrahieren, ohne jedoch universelle Regeln abzuleiten.

Obwohl durch das kanalisierende Reflektieren eine Annäherung an formal anerkanntes Wissen geschieht, lässt sich das Erfahrungswissen von Genesungsbegleitenden weiterhin an die individuelle Biografie rückkoppeln. Die Genesungsbegleiter*in als leibliche Person wird zum Vorbild hinsichtlich Hoffnung und Krankheitsbewältigung – auch mit jenen individuellen Erfahrungen, die nicht generalisierbar sind (beispielsweise der Nebenwirkungen von Medikamenten) (Schmid, 2020, S. 148 – 154).

Kanalisierendes Reflektieren und situatives Generalisieren sind dennoch keine Praktiken, die spezifisch für Genesungsbegleitung sind. Auch Mitarbeitende anderer Berufsgruppen wenden sie an, jedoch mit geringerem Bezug auf konkrete persönliche und biografische Erfahrungen. Durch den konkreteren Bezug auf die eigene (Krisen-)Erfahrung von Genesungsbegleitenden wird deren Erfahrungswissen in Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen eine legitime Ergänzung zu formalem Wissen (Schmid, 2020, S. 156 – 159).

Das Konzept des kanalisierenden Reflektierens in Kombination mit dem situativen Generalisieren ist ein innovativer Ansatz. Er bietet ein Erklärungsmodell für die Art und Weise, wie Genesungsbegleitung individuelle Krisenerfahrungen reflexiv aufbereitet und situationsbezogene Handlungsoptionen daraus ableitet. Der Bezug zu Deweys Theorie stützt die Wichtigkeit der Reflexion beim Lernen und Handeln im Kontext von Genesungsbegleitung. Auch wenn die transformative Funktion des kanalisierenden Reflektierens von Genesungsbegleitung benannt wird, gibt es Grenzen, da eklatante Widersprüche im Versorgungssystem vermieden werden.

3.1.2 Erweitertes Reflektieren

Schmid begegnet der Problematik, dass das kanalisierende Reflektieren in Verbindung mit situativem Generalisieren eine direkte Konfrontation im Versorgungssystem vermeidet, indem sie den Modus des »erweiterten Reflektierens« einführt:

Hierbei geht es weder um Transformation von Krisenerfahrung noch muss zwingend ein Bezug zur individuellen (Krisen-)Erfahrung der beteiligten Genesungsbegleiter*in hergestellt werden. Vielmehr zeigt das erweiterte Reflektieren blinde Flecken und institutionelle Leerstellen auf. Dies geschieht im Miteinander von Nutzer*innen, Genesungsbegleiter*innen und Mitarbeiter*innen anderer Berufsgruppen. Auch das erweiternde Reflektieren findet relational und situativ statt.

Indem Genesungsbegleitende lebensweltliche Themen ansprechen, die von anderen Berufsgruppen zwar nicht negiert, jedoch oft marginalisiert behandelt werden, schaffen sie einen erweiterten reflexiven Raum. In diesem Raum haben Themen Platz, wie beispielsweise Armut und Arbeitslosigkeit, Folgen der Medikation, Partnerschaft oder Stigmatisierung. Dieser Raum bezieht die Körperlichkeit mit ein: Genesungsbegleitende sind den Nutzer*innen oft auch körperlich nahe, etwa indem sie Haltung oder Stimme spiegeln.

Somit stellt das erweiternde Reflektieren eine Erweiterung – nicht Addition – zu formalem Wissen dar. Diese Erweiterung kann auch Opposition bedeuten.

Zwar ist die Kritik im Versorgungssystem durch Genesungsbegleitende oft gewollt, dennoch nicht immer erwünscht. Da Kritik als Teil ihrer Rolle akzeptiert wird, ist sie insbesondere dann erwünscht, wenn sie kritischen Meinungen von Mitarbeitenden anderer Berufsgruppen den Rücken stärkt. Wird die Kritik der Genesungsbegleitenden jedoch als zu radikal empfunden, wird sie abgelehnt. Das bedeutet, sie stehen häufig in einem Spannungsfeld zwischen Opposition und Anpassung. Manchmal kommt Kritik aufgrund institutioneller Bedingungen, beispielsweise mangelnder zeitlicher Ressourcen, nicht zur Sprache. In diesem multivalenten Raum findet das erweiternde Reflektieren statt.

Die Bedeutung des erweiterten Reflektierens liegt demnach vor allem darin, dass es einen Raum schafft, in dem ergänzende Themen Platz haben und Kritik grundsätzlich möglich ist. Ob die Kritik tatsächlich eine Wirkung auf den Versorgungsalltag hat, ist damit jedoch nicht garantiert (Schmid, 2020, S. 161 – 164).

1 Die Entstehung des ICH-Wissens, wie sie in 2.2.2 beschrieben wird, entspricht dieser Definition einer »besonderen Erfahrung«.

3.1.3 Ganzheitliches Reflektieren

Genesungsbegleitende nehmen in der psychiatrischen Versorgung durch die Offenlegung der eigenen (Krisen-)Erfahrungen eine Sonderstellung ein. Im Gegensatz zu der sonst üblichen Trennung von beruflicher und privater Identität bringen sie sich als ganze Person ein. Dennoch bedeutet dies nicht, dass sie jedes Detail ihrer Biografie, ihrer Krisenerfahrung oder ihres Privatlebens ungefiltert preisgeben. Vielmehr bedeutet es, dass sie gut reflektiert abwägen, wann welche Information sinnvoll ist, wobei größtmögliche Authentizität angestrebt wird. Grundsätzlich bleiben Genesungsbegleitende in ihrer ganzen Person sichtbar und erfahrbar, womit sie eine Nähe zu den Nutzer*innen herstellen können, die das Potential hat, unmittelbarer zu sein, als es Vertreter*innen anderer Berufsgruppen meist möglich ist. Gerade weil sie sich als ganze Person einbringen, besteht ein starker lebensweltlicher Bezug, da ein Beziehungsraum geschaffen wird, der alle Themen zulässt, die für die Nutzer*innen relevant sind.

In diesem Beziehungsraum kommt es auch zu einem körperlichen Verstehen. Erfahrungen der Nutzer*innen werden nicht nur kognitiv erfasst, sondern körperlich nachempfunden. So stellen Genesungsbegleitende ihr implizites Wissen, das im Körper verankert ist, zur Verfügung. Sich als wissender Körper zur Verfügung zu stellen, ist Teil ihres ganzheitlichen Beziehungsaufbaus. Dies geschieht beispielsweise, wenn die Körperhaltung gespiegelt wird oder wenn Gedanken oder (inneren) Stimmen der Nutzer*innen Ausdruck verliehen wird.

Insgesamt schaffen Genesungsbegleitende auf diese Weise Räume, in denen lebensweltliche Themen genauso Platz haben wie Kritik oder Opposition zu tradierten psychiatrischen Vorstellungen. In diese Räume sind neben den Nutzer*innen ebenso alle Mitarbeitenden multiprofessioneller Teams eingeladen – um gemeinsam, im Sinne des erweiterten Reflektierens, im Austausch neue Wege zu finden (Schmid, 2020, S. 165 – 176).

Die Kombination der beiden Modi des Reflektierens, die Genesungsbegleitende stets situations- und kontextbezogen einsetzen (mit der leiblichen Präsenz eines verstehenden Körpers) kann als ganzheitliches Reflektieren betrachtet werden. Durch das situative Handeln und Reagieren Genesungsbegleitender und die dergestalt eröffneten Beziehungsräume – die sich durch Offenheit, Akzeptanz und Verständnis auszeichnen – wird es Nutzer*innen ermöglicht, alle für sie bedeutsamen Themen zu erörtern.

3.1.4 Bedeutung der Praktiken des Reflektierens

Die besondere Rolle von Genesungsbegleitung und des Erfahrungswissens als Bereicherung und Ergänzung zu formalem Wissen in der Psychiatrie wird unterstrichen. Gleichzeitig wird deutlich, dass Genesungsbegleitende stets in einem Spannungsfeld agieren, das von folgenden Aspekten geprägt ist:

- Nutzer*innenorientierung und konkretes Unterstützen
- (Gewollte) oppositionelle Kritik, Offenbaren blinder Flecke und systemischer Schwachstellen
- Sich einbinden in die institutionellen Strukturen, in das multiprofessionelle Team
- Vermitteln zwischen Nutzenden und Versorgungssystem
- Eine fragliche Wirksamkeit hinsichtlich Veränderung des Systems (Kritik ist zwar gewollt, soll aber nicht wehtun)
- Höchstmögliche Authentizität bei gleichzeitigem Austarieren zwischen Offenlegung und Schutz privater Details

Schmid's Arbeit ist deshalb so bedeutend, weil sie sich mit ihrer empirischen Forschung der Frage gewidmet hat, wie Erfahrungswissen in der Praxis wirksam wird. Üblicherweise wird erforscht, ob Genesungsbegleitung wirkt, also mit Fokus auf den Outcome bei den Nutzenden. Viele Arbeiten zum Einsatz von Peers stammen nicht aus Deutschland, wohingegen Schmid ihre Beobachtungsstudie im deutschen (teil) stationären Versorgungssystem durchgeführt hat.

Die hier vorgestellten ergänzenden Perspektiven auf Reflexivität bieten einen weiteren Zugang, um Genesungsbegleitung zu verstehen. Besonders deutlich wird, über welches Maß an Reflexivität Genesungsbegleitende verfügen. In Supervision und Fortbildung können diese Modi erörtert und fallweise analysiert werden. Dadurch ließen sie sich weiter kultivieren. Sich über diese Qualitäten bewusst zu werden, kann Genesungsbegleitende in ihrem beruflichen Selbstverständnis stärken.

Das Konzept des wissenden Körpers stellt eine gute Ergänzung dar, in Supervisionen und Fortbildungen Handlungsoptionen für Genesungsbegleitende zu erarbeiten, die über reflexive Praktiken hinausgehen.

Die Herausforderung, zwischen (selektiver) Offenlegung und Distanz auszutarieren, ist ein wichtiges Thema, insbesondere in Supervisionen und in Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen.

In Teamsupervisionen von Teams, in denen Genesungsbegleitung vertreten ist, kann mit diesem Wissen ein vertieftes

Verständnis der Rolle von Genesungsbegleitung erzielt werden. Gleichzeitig kann eine insgesamt gesteigerte Reflexivität erreicht werden, wenn Mitarbeitende sich bewusst auf das erweiternde Reflektieren in der Supervision einlassen. Hier kann auch thematisiert werden, inwieweit Kritik seitens der Genesungsbegleitenden erwünscht ist und wie diese Kritik in institutionelle Transformation münden kann – d. h. welche konkreten Veränderungen sich daraus ableiten lassen. Mit den Praktiken des Reflektierens ist aufgezeigt, wie Genesungsbegleitende ihr Erfahrungswissen in der Praxis transformieren und anwenden können. Im folgenden Abschnitt wird untersucht, welche Bedeutung Reflexion für Beratung und Supervision hat.

3.2 Reflexive Supervision und Beratung

Supervision und Beratung benötigen angstfreie Räume, in denen Reflexion stattfinden kann – einen Beziehungsraum, der freies Denken ermöglicht. Ein solcher Beziehungsraum ist kennzeichnend für reflexive Supervision (Gröning, 2012, S. 5). Wie im obigen Abschnitt gezeigt, eröffnet auch Genesungsbegleitung solche Räume für Nutzende: Genesungsbegleitende schaffen Räume, in denen die Themen der Nutzer*innen erörtert werden können und in denen das eingebrachte Erfahrungswissen (der Genesungsbegleitenden) zur Verfügung steht. Die Praxis von Genesungsbegleitung hat demnach beratende Anteile und kann u. a. als eine Form von Beratung betrachtet werden. Durch den lebensweltlichen Bezug lässt sich Genesungsbegleitung nahe an der sozialen Arbeit und den dort vertretenen Beratungsformen einordnen. Für Supervision und Beratung ist das Wissen um Reflexion und Denken in mehrfacher Hinsicht bedeutsam:

- Um zu verstehen, wie Ratsuchende denken
- Um Ratsuchende zu vertieftem Reflektieren anzuregen
- Für die Supervisor*in/Berater*in, um sich selbst und die eigene Position zu reflektieren
- Um das Wissen über Konzepte des Reflektierens an Ratsuchende bzw. Supervisand*innen weitergeben zu können, da auch die Auseinandersetzung mit Wissen wiederum zum Nachdenken animiert

Wichtige Konzepte bieten unter anderem Pierre Bourdieu, der als Voraussetzung für reflexives Denken vom »epistemologischen Bruch« der Forschenden spricht, sowie John Dewey mit seiner Theorie zum Denken und Lernen aus Erfahrung. Die Theorie zu Deutungsmustern von Ulrich Oevermann ergänzt diese Konzepte um eine weitere Dimension des Verstehens (Gröning, 2012, S. 5, 2016, S. 156).

Auch wenn sicherlich noch andere Theorien von Bedeutung sein können, wird auf jene von Dewey und Oevermann im Folgenden eingegangen; zu Pierre Bourdieu folgt im nächsten Kapitel ein Abschnitt (siehe 4.3).

3.2.1 Wie wir denken – John Dewey

Die Theorie Deweys – auf die sich auch Schmid (2020) bezieht (siehe den vorigen Abschnitt 3.1) – ist im Kontext von Supervision und Genesungsbegleitung anschlussfähig, da er neben einer Theorie zur Reflexion auch das Lernen aus Erfahrung beschreibt, das bei EX-IN eine zentrale Bedeutung hat. In seinem erstmals 1910 erschienenen Werk »Wie wir denken« entwickelt Dewey eine umfassende Theorie zur Reflexion. Dabei unterscheidet er verschiedene Arten des Denkens, wobei eine Art des Denkens in die nächste führen kann:

- **Zufallsdenken:** Sinneseindrücke, unzusammenhängende Fantasien, Bilder, Erinnerungen etc.
- **Denken außerhalb beobachtbarer Sinneseindrücke:** sich etwas ausdenken, mehr oder weniger miteinander verknüpfte Gedanken, Geschichten
- **Führwahrhalten:** wägt Wahrscheinlichkeiten ab, jedoch ohne nach Beweisen zu suchen, stützt sich auf Tradition, Nachahmung, Belehrung. Folgen sind Vorurteile, gleichwohl vermittelt es Sicherheit im Alltag
- **Denken mit Erkenntnisinteresse:** sucht nach Beweisen, stellt Zusammenhänge her. Schlüsse ziehen weitere nach sich, die auch die Handlungen beeinflussen

Nur wenn Denken gezielt und mit einem Erkenntnisinteresse erfolgt, ist es reflexives Denken. Reflexives Denken gibt sich nicht mit Fürwahrhalten zufrieden, sondern prüft dieses. Das bedeutet, Unsicherheit aushalten zu müssen und die Bildung eines Urteils aufzuschieben, um weiter zu denken. Motivation reflexiven Denkens ist demnach, die Unsicherheit zu überwinden, die durch ein ungelöstes Problem entsteht, denn »das Problem setzt den Gedanken ein Ziel, das Ziel regelt den Denkprozeß« (Dewey, 1951, S. 1–14). Demzufolge ist ein vollständiger reflexiver Denkkakt zur Problemlösung ein (zirkulärer) Prozess, der in fünf Schritten erfolgt:

1. Auftauchen einer Schwierigkeit oder Beunruhigung
2. Das Problem bzw. die Irritation wird präzisiert
3. Lösungsansätze werden entwickelt
4. Der Lösungsansatz wird weiterentwickelt und dessen Konsequenzen bedacht
5. Die Lösungsstrategie wird (praktisch) überprüft

Forschendes reflexives Denken folgt dabei einem Wechsel von Induktion und Deduktion – Ein Kreislauf zwischen der Suche nach dem verbindenden Prinzip und dem Überprüfen der Erkenntnisse (Dewey, 1951, S. 75–86).

Ergänzt wird Deweys Theorie des Denkens durch seine Ausführung zum Verstehen: Dieses ist für ihn dadurch gekennzeichnet, dass die Bedeutung von Objekten, Wörtern und Geschehnissen erfasst wird. Verstehen ist entweder direkt und unmittelbar (wenn auf Vertrautes zurückgegriffen werden kann). Dann wiederum erfordert es das Suchen nach Erklärungen, um einen Sinn herzustellen. Damit ist der Unterschied zwischen »kennen« (vertraut, bekannt) und »wissen« (aktiv durch Denken erschlossen) beschrieben. Um Wissen herzustellen, bedarf es folglich des reflexiven Denkaktes (Dewey, 1951, S. 122 – 126).

Deweys Theorie beschreibt, wie aus einem Problem durch Reflexion eine Lösung entsteht, wobei es wichtig ist, den Phänomenen eine Bedeutung geben zu können. Die Vorstellungen von EX-IN und Recovery, dass durch Sinngebung und Verstehen – dem Finden einer eigenen Deutung – Bewältigungsstrategien für (psychische) Herausforderungen gefunden werden können, decken sich mit Deweys Theorie. Äquivalent zu Deweys fünf Schritten des Denkaktes findet sich im EX-IN Curriculum ein Ansatz zur Beteiligung am Hilfeprozess:

Schritt 1) Formulierung des Problems; Schritt 2) Suche nach Lösungen; Schritt 3) eine Entscheidung zum Behandlungsprogramm fällen; Schritt 4) Durchführung des Programms; Schritt 5) Evaluation (EX-IN Deutschland e. V., 2009, S. 22).

Dies ist ein Beispiel, wie vorhandenes formales Wissen Einzug in die EX-IN Qualifizierung gefunden hat. Für Genesungsbegleitende kann es wertvoll sein, diese Verbindungen aufgezeigt zu bekommen, da dies zeigt, dass formales Wissen und das Erfahrungswissen nicht im Widerspruch zueinanderstehen, sondern sich sinnvoll ergänzen. So ist auch eine Aussage von Dewey zur Prozesshaftigkeit von Erfahrung gut mit dem Verständnis von Erfahrungswissen bei EX-IN, das sich in der Praxis stets weiterentwickelt, in Einklang zu bringen:

»Erfahrung ist nichts Starres, Abgeschlossenes. Sie ist lebendig und im Wachsen begriffen. Wenn sie von der Vergangenheit dominiert wird, von Gebräuchen und Gewohnheiten, dann ist sie oft dem Vernünftigen entgegengesetzt. Aber in der Erfahrung ist auch die Reflexion mit eingeschlossen, die uns von den Fesseln der Sinne [...] befreit. Die Erfahrung kann sich alles zunutze machen und alles assimilieren, was das exakte und gründliche Denken entdeckt« (Dewey, 1951, S. 164 – 165).

3.2.2 Deutungsmuster – Ulrich Oevermann

Ulrich Oevermann hat seine Theorie zu Deutungsmustern erstmalig 1973 vorgestellt und dann weiterentwickelt. Unter Deutungsmustern versteht er eine Form des impliziten Wissens, das kollektiv geprägt wird und auf Handlungen wirkt. Deutungsmuster sind tief verankerte kognitive Strukturen, die unbewusst wirken und daher schwer aufzuzeigen sind. Ihre Entstehung wird historisch-kulturell beeinflusst. Da sie krisenbewältigende Routinen darstellen, die verselbständigt Handlungen beeinflussen, brauchen sie eine universelle Gültigkeit, um in möglichst vielen Situationen greifen zu können. Deutungsmuster bestimmen das praktische Handeln und produzieren dabei Urteile der Angemessenheit, ohne dass deren Herkunft dem Subjekt bewusst ist. Oevermann unterscheidet Deutungsmuster von anderen »Bewusstseinsinformationen« wie:

- **Meinungen:** diese sind oberflächlicher, meist bewusst und schneller beeinflussbar, sie können als Indikatoren für Deutungsmuster dienen (niemals umgekehrt!)
- **Einstellungen:** tief verankerte kognitive oder affektive Wertungen, Individuen zugeschrieben, während Deutungsmuster kollektiv bedingt sind und weniger affektiv
- **Ideologien:** Überzeugungen, die häufig auf programmatische Äußerungen von Führungspersonen zurückzuführen sind
- **Interessen:** richten das Handeln aufgrund einer Kombination von objektiven Handlungsbedingungen und subjektiven Deutungen aus
- **Habitusformationen:** hier fällt die Abgrenzung zu Deutungsmustern schwerer. Deutungsmuster sind laut Oevermann ähnlich wie der frühe Habitusbegriff von Bourdieu, jedoch nicht gleichzusetzen mit dessen späterer Auslegung als Ausdruck von Lebensstilen

Im Vergleich zu explizitem Wissen, das aktiv abgefragt werden kann, stehen Deutungsmuster als implizites Wissen dem Bewusstsein nicht zur Verfügung. Zur Erforschung von Deutungsmustern empfiehlt Oevermann qualitative Methoden (Oevermann, 2001, S. 38 – 60).

Ein Wissen über diese Deutungsmuster hilft dabei, sich darüber bewusst zu sein, dass das Handeln von Menschen tiefsitzenden Strukturen geprägt ist. Die Unterscheidung verschiedener Bewusstseinsinformationen in der Supervision kann zur Reflexion anregen. Dies gilt für alle Supervisand*innen, nicht nur für Genesungsbegleitende.

Im Kontext von Genesungsbegleitung interessant sind Oevermanns Ausführungen zu Prägungen, so auch zum »strukturellen Optimismus«, die an verschiedenen Stellen seines Werkes auftauchen, beispielsweise hier:

»Sucht man nach plastischen Beispielen für solche tief-sitzenden Habitusformationen, dann läßt sich als wahrscheinlich grundlegendste jene anführen, die schon mit der Geburt, wenn nur Schwangerschaft und Geburtsvorgang als gedrängte Vorgänge der basalen Krisenbewältigung normal verlaufen sind, ins ‚Körpergedächtnis‘ eingeschrieben wird, und die ich als die Formel eines strukturellen Optimismus bezeichnet habe, für den die Devise gilt: ‚Im Zweifelsfalle wird es gut gehen‘. Dieser Formel entspricht ein elementarer Habitus der Positivität des Lebens schlechthin. Das strukturelle Gegenteil dazu: ‚Im Zweifelsfalle wird es schiefgehen‘, ist erkenntlich ein Habitus, der die Chancen der Begegnung mit Unbekanntem und Neuem und damit die Chancen des krisenbewältigenden Lernens stark beschränkt [...]« (Oevermann, 2001, S. 46).

Es sei die These gewagt, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – was für viele Genesungsbegleitende zutrifft – wohl häufig (traumatische) Krisen erfahren haben, die geeignet waren, diesen »strukturellen Optimismus« zu zerstören. Oder aber seine Entstehung wurde von vornherein durch pränatale Traumata oder Geburtstraumata verhindert. Solche Traumata sind vermutlich selbst in Einzelsupervisionen schwer aufzudecken, wenn es keine Erinnerungen dazu gibt, die sich mit Sprache artikulieren lassen. Allein das Wissen darum kann Supervisor*innen jedoch ein anderes Verständnis ermöglichen.

4 Sozialtheoretische Zugänge

Nun sollen die bisher dargestellten Grundlagen zu EX-IN sowie zu Supervision und Beratung in einen breiteren theoretischen Kontext eingebunden werden. Wertvolle Perspektiven bieten hier sozialtheoretische Ansätze, insbesondere zur Rollentheorie, zur Stigmatisierung und zum Habitus.

Sozialwissenschaftliche Zugänge sind von Bedeutung für Supervision und Beratung, da sie sowohl einen objektivierenden als auch einen verstehenden Zugang zu den rat-suchenden Menschen bieten (Gröning, 2016, S. 15).

Die theoretischen Grundlagen in diesem Kapitel zu Rollentheorie (Mead), Stigmatisierung (Goffman, Finzen, Corrigan & Watson) und Habitus-theorie (Bourdieu) basieren auf Vorarbeiten aus meinen Hausarbeiten »Betrachtung der Rolle und Herausforderungen von EX-IN Genesungsbegleitung« (Zingsheim, 2022a) und »Psychische Erkrankung als gesellschaftliche Behinderung und die Folgen für die Erwerbsbiografie« (Zingsheim, 2022b) während des Masterstudiums. Für die vorliegende Arbeit wurden diese Abschnitte überarbeitet, um sie komprimierter wiederzugeben. Dies mit dem Fokus, sie in den neuen wissenschaftlichen Kontext dieser Masterarbeit zu stellen.

4.1 Rolle und Identität

4.1.1 Sozialbehaviorismus – George Herbert Mead

In seiner sozialbehavioristischen Theorie entwickelt George Herbert Mead (1934/1973) eine Theorie zur Sozialisation und der Entstehung von Identität. Er begreift diese als miteinander in Wechselbeziehung stehend. Nach Mead entsteht die Identität durch die Übernahme von Rollen, die während der Sozialisation als Vorbilder dienen. In der frühen Kindheit übernehmen Kinder zunächst spielerisch die Rollen, mit denen sie sich anfangs vollständig identifizieren – die »signifikanten Anderen«, wie z. B. die Eltern. In späteren Entwicklungsphasen lernen sie beim Spiel mit anderen (z. B. beim Fußball), sich in deren Perspektive hineinzuversetzen, deren Handlungen zu antizipieren und das eigene Handeln daran auszurichten. Dadurch entsteht der »generalisierte Andere«, in dem die Normen und Werte jener Gesellschaft vereint sind, in der die Sozialisation stattfindet. Im Verlauf der Identitätsentwicklung internalisiert das Individuum diese Werte, wodurch es Teil der Gesellschaft wird (Mead, 1973, S. 191–206).

Mead unterscheidet innerhalb des Selbst zwischen zwei Instanzen, die er mit »Me« und »I« bezeichnet (Anmerkung der Verf.: in der vorliegenden Übersetzung als »Ich« und »ICH«

benannt). Das »Me« ist das soziale Ich, das die verinnerlichten Erwartungen und Normen der Gesellschaft umfasst sowie die Reflexion und Ausrichtung des eigenen Handelns vor diesem Hintergrund. Das »I« steht für die spontane und kreative Reaktion auf soziale Situationen. Diese Dualität ermöglicht es dem Individuum, sowohl gesellschaftliche Erwartungen zu erfüllen als auch innovativ zu handeln (Mead, 1973, S. 216–221).

Demnach ist Identität ein dynamischer Prozess, der nie abgeschlossen ist, da Menschen sich permanent an neue soziale Erfordernisse anpassen müssen. Dies führt zur Integration neuer Perspektiven und Handlungsmuster in das Selbst. Dabei spielt Kommunikation eine zentrale Rolle: Signifikante Symbole – insbesondere Sprache – schaffen spezifische gemeinsame Bedeutungen innerhalb einer Gesellschaft. Sie können in anderen Gesellschaften anders sein. Missverständnisse entstehen dann, wenn Symbole nicht gedeutet werden können oder unterschiedlich interpretiert werden (Mead, 1973, S. 100–130, 1973, S. 191).

Meads Theorie beschreibt zwar eine Wechselwirkung von Individuum und Gesellschaft, legt jedoch ein stärkeres Gewicht auf die Wirkung der Gesellschaft auf den Einzelnen, also den Prozess der Sozialisation. Gleichzeitig erkennt er an, dass Individuen zur Veränderung der Gesellschaft beitragen können, indem sie durch ihre Handlungen gesellschaftliche Normen verändern. Dieser Mechanismus ist für Mead ein Treiber für gesellschaftliche Weiterentwicklung (Mead, 1973, S. 211).

Die Theorie Meads bietet einen Verstehenszugang zur Persönlichkeitsentwicklung und den beruflichen Herausforderungen von Genesungsbegleitenden. Diese nehmen im Laufe ihres Lebens verschiedene soziale Rollen ein. Bezogen auf Genesungsbegleitung sind dies die Rolle der Patient*in, der EX-IN-Teilnehmer*in und der Mitarbeiter*in im psychiatrischen Versorgungssystem. Jede dieser Rollen bringt spezifische Normen und Erwartungen mit sich, die in ihnen unterschiedliche »Me« entstehen lassen. Diese verschiedenen Identitätsanteile sind durch teils widersprüchliche Normensysteme geprägt, die jedoch innerhalb einer Person integriert werden müssen – einerseits die pathologisierende Perspektive der Psychiatrie (die etwa in der Patient*innen-Rolle erworben wurde), andererseits die empowernden Werte von EX-IN. Der Prozess der Identitätsbildung erfordert eine kontinuierliche Reflexion sowie Anpassung an die neuen Kontexte. Hier wird deutlich, dass die Herausforderung, »zwischen den Stühlen« zu stehen, sowohl im Außen als auch im Inneren auftreten kann.

In Supervision und Fortbildung können diese Konflikte reflektiert werden, indem mit Genesungsbegleiter*innen erörtert wird, auf Grundlage welchen Normensystems – in diesem Verständnis, als welches »Me« – sie als Genesungsbegleiter*in handeln möchten.

Anhand der Theorie Meads lässt sich verstehen, wie Genesungsbegleiter*innen als Vermittler*innen zwischen Patient*innen und Psychiatrie-Mitarbeitenden fungieren können. Durch ihre Fähigkeit, unterschiedliche Symbolsysteme zu verstehen und zu übersetzen, tragen sie zur Überwindung von Missverständnissen bei. Dies entspricht der Funktion der Brückenbildung, wie sie beispielsweise Utschakowski (2015, S. 49) benennt. Gleichzeitig können sie durch ihre Position innerhalb des Systems Impulse für Veränderungen setzen – ein Prozess, den Mead als Möglichkeit des Einzelnen beschreibt, durch ihr Handeln Normensysteme zu verändern (Mead, 1973, S. 211).

4.1.2 Identitätskonstruktionen – Helga Bilden, Heiner Keupp et al.

Ergänzend und kontrastierend zu Meads Theorie erfolgt nun ein Blick auf neuere Theorien zur Identität in der Spät- bzw. Postmoderne, die Identität als ein System verschiedener Anteile verstehen. Diese Theorien stehen gleichermaßen in Kontrast und Anschlussfähigkeit zu Meads Theorien. Bereits bei Mead werden mit mehreren »Me« Persönlichkeitsanteile denkbar, die in unterschiedlichen Kontexten sozialisiert wurden. Im Unterschied zu Mead wird dabei der Sozialisation eine geringere Bedeutung zugesprochen: Weniger die Gesellschaft prägt die Identität, sondern das Individuum ist gefordert, sich raschen gesellschaftlichen Veränderungen flexibel anzupassen, ohne sich zu verlieren. Einige Ansätze dazu werden im Folgenden dargestellt.

In einer pluralistischen, vielfältigen Welt, in der schnelle gesellschaftliche Veränderungen stattfinden und Menschen sich in unterschiedlichsten sozialen Kontexten bewegen, sei die Antwort darauf innere Vielfalt und Beweglichkeit, so Helga Bilden. Sie plädiert für die Anerkennung von Vielfältigkeit der Person als Gegenentwurf zu Identitätszwang und Einheitssehnsucht (Bilden, 1997, S. 227 – 228).

Sie entwirft ein Konzept von Identität als ein dynamisches System vielfältiger Teil-Selbste, das durch fünf Punkte näher beschrieben wird:

- 1. Autonomie und Austausch/Verbindung:** Personen als Systeme betrachten sich im Austausch und in Verbindung mit der Umwelt, in der sie sich selbst erhalten und entwickeln. Autonomie ist daher relativ im Wechselspiel von Abgrenzung und Verbindung.

- 2. Person als offener Prozess, als Werden:** Für Subjekte ist lebenslange, bewusste Entwicklung notwendig. Nur so sind sie plötzlichen Veränderungen der Lebensumstände nicht hilflos ausgeliefert, sondern bleiben am Steuer des eigenen Lebens, indem sie ihr Selbstverständnis und ihre Lebensentwürfe überprüfen und verändern bzw. anpassen. Mit ausreichender Verarbeitungsfähigkeit wird das Selbst damit autopoietisch, es bringt sich stets aufs Neue hervor.
- 3. Vielfalt der Teil-Selbste:** Die Vielfalt ergibt sich aus den Selbsten, die im Verlauf der Biografie entstehen: den aus Rollen hervorgegangenen Rollen-Selbsten, den möglichen Selbsten (bei entsprechender Offenheit am Horizont der künftigen Möglichkeiten spürbar) sowie den abgelehnten Schatten-Selbsten.
- 4. Variable elastische Verbindung zwischen den Teil-Selbsten:** Durch zu starre Verbindung zwischen Teil-Selbsten besteht die Gefahr, dass innere Widersprüche unerträglich werden. Fehlende oder mangelnde Kommunikation – also zu starke Dissoziation – zwischen den Teil-Selbsten wiederum führt zu sprunghaften, inkohärenten Handlungen und Verlust des inneren Zusammenhalts. Ein flexibler innerer Zusammenhalt, der bedarfsweise mal fester, mal lockerer gestaltet wird, Selbste mal trennt, mal zusammenführt, fördert Ambiguitäts- und Ambivalenztoleranz, lässt Widersprüche aushalten, ohne sie hinnehmen zu müssen.
- 5. Kohärenz und Kontinuität:** Kohärenz entsteht durch die Kommunikation der Selbste, also als Zusammenhang der Vielfalt. In der Selbstreflexion setzt sich das Subjekt in den sozialen Kontext, gibt der eigenen Lebensgeschichte einen Sinn und erfährt so Kontinuität im Erleben des Veränderungsprozesses der eigenen Person (Bilden, 1997, S. 234 – 246).

Diesem Konzept sehr ähnlich ist die Definition einer gelungenen Identität bei Keupp et al. (2008). Diese ermöglicht

»dem Subjekt das ihm eigene Maß an Kohärenz, Authentizität, Anerkennung und Handlungsfähigkeit. Weil diese Modi in der Regel aber in einem dynamischen Zusammenhang stehen, weil beispielsweise Authentizität und Anerkennung in Widerstreit geraten können, ist gelungene Identität in den allerseltensten Fällen ein Zustand der Spannungsfreiheit« (Keupp et al., 2008, S. 274).

Hier wird Identität ebenfalls prozessual verstanden. Identität ist Arbeit an der Identität, die niemals abgeschlossen ist. Dabei wird Identität als Patchwork von Identitäten aufgefasst.

Die Identitätsarbeit erfordert mehrere Syntheseleistungen des Subjekts: Erstens eine Kohärenzleistung, die nicht mehr normativ, sondern prozesshaft zu verstehen ist. Die Optionen, Werte und Lebensentwürfe sind heutzutage zu vielfältig, um einen Einklang mit der Welt allein mit Anpassung zu bewerkstelligen. Die zweite Syntheseleistung bedeutet, eine Balance zwischen Autonomie und Anerkennung zu finden. Durch Anpassung an normative Erwartungen und Rollen wird keine ausreichende Anerkennung mehr erreicht. Vielmehr wird Anerkennung in sozialer Interaktion ausgehandelt, womit kommunikative Fähigkeiten und Selbstdarstellung an Bedeutung gewinnen. Die Ambivalenzen und Veränderungen der eigenen Identitätsbiografie in ein akzeptables Spannungsverhältnis zu bringen, stellt die dritte Syntheseleistung dar. Wobei die Deutungshoheit dafür, was als stimmig erachtet wird, beim Subjekt liegt. Das Maß an Bewältigungs- und Handlungsmöglichkeiten ist von dem Erleben von Kohärenz, Anerkennung und Authentizität bestimmt. Ist dieses Erleben gestört, ist das Subjekt in seinen Möglichkeiten eingeschränkt (Keupp et al., 2008, S. 266 – 269).

Um Möglichkeiten der Identität Wirklichkeit werden zu lassen, ist das Subjekt jedoch von vielerlei Ressourcen abhängig. Dies sind sowohl individuelle Ressourcen (Fähigkeiten) als auch solche materieller, sozialer und kultureller Art. Neben den genannten Faktoren ist Identitätsarbeit nicht nur Handeln, sondern auch Narration. Die Selbstnarration dient der Selbstdarstellung als auch der Selbstreflexion, die notwendig ist, um sich selbst zu verstehen, sich zu definieren und sich in die Gesellschaft einzufügen (Keupp et al., 2008, S. 266-269).

Das Konzept von Identität als Konstruktion verschiedener Identitäten – oder Teil-Selbste – ist gut vereinbar mit dem Recovery-Konzept. Das Subjekt wird weder als alleiniges Produkt der Sozialisation gesehen, noch als eine Folge der Anpassungsleistung an Rollenerwartungen, sondern bekommt eine eigene Deutungshoheit über die Definition seines Selbst. Dabei werden gesellschaftliche Einflüsse nicht verleugnet, jedoch relativiert. Wichtig für Genesungsbegleitende – für sich selbst und für diejenigen, die sie unterstützen – ist bei diesem prozesshaften Modell, dass es einerseits die Deutungshoheit beim Individuum lässt (dem Leben einen Sinn geben),

andererseits Selbstwirksamkeit herstellt (die eigene Identität selbst gestalten), da Veränderungen stets möglich sind. Die Integration neuer Identitäten (oder Teil-Selbste) in die eigene Person erlaubt das Hinzufügen neuer Entwürfe, z. B. einer Identität als Genesungsbegleiter*in. Tabelle 3 veranschaulicht den Vergleich des Modells der Patchworkidentität mit dem Recovery-Konzept.

Zwar können Unsicherheiten und Verwirrung auftreten, wenn neue Identitäten neue Wertesysteme mit sich bringen, diese können jedoch im Innern verhandelt werden. Dabei kann Supervision eine Möglichkeit sein, dies zu reflektieren, ebenso das Spannungsverhältnis von Autonomie und Anerkennung. Dieses Spannungsfeld äußert sich bei Genesungsbegleitung beispielsweise im Konflikt, Opposition/Kritik am System äußern zu wollen, versus dem Wunsch nach Zugehörigkeit und Akzeptanz im Team.

Allein das Wissen um solche Identitätskonzepte kann zum Nachdenken anregen und bei innerer Zerrissenheit zu einem Prozess der inneren Aushandlung zwischen verschiedenen Teilen führen. Deshalb könnte auch ein Kennenlernen von Identitätskonzepten in Fortbildungen für Genesungsbegleitende hilfreich sein.

Nichtanerkennung kann Leiden verursachen und geschieht, wenn Individuen aufgrund bestimmter Eigenschaften von dominierenden Gruppen ausgeschlossen werden. Der Einfluss der Zugehörigkeit auf die Identitätsbildung bleibt dabei oft unbewusst (Keupp et al., 2008, S. 268). Solche gesellschaftlichen Zuschreibungen oder Ausgrenzungen widerfahren psychisch erkrankten Menschen als Stigmatisierungen. Diese wirken nicht nur von außen auf Betroffene, z. B. in Form von Diskriminierung, sondern haben, wenn sie als Selbststigmatisierung übernommen werden, eine Wirkung auf Identität und Selbstbild. Genesungsbegleitende müssen diese Prozesse verstehen, da diese in zweifacher Hinsicht für sie bedeutsam sein können: Einerseits in der Begleitung von Menschen bei der Bewältigung dieser Herausforderungen. Andererseits haben sie möglicherweise selbst Erfahrungen mit Stigmatisierung gemacht. Im Folgenden werden daher Mechanismen von Stigmatisierung und der Selbststigmatisierung betrachtet.

TABELLE 3: Vergleich Patchworkidentität – Recovery-Konzept

Modell der Patchworkidentität	Recovery-Konzept
Deutungshoheit über Definition des Selbst und seiner Anteile	Dem Leben einen Sinn geben, Deutungshoheit über psychische Phänomene
Die eigene Identität kann selbst gestaltet werden	Selbstwirksamkeit herstellen, Empowerment
Veränderungen sind möglich	Potentiale und Möglichkeiten (wieder) entdecken
Integration neuer Entwürfe der Identität (Teil-Selbste) ist möglich	Sich nach massiven seelischen Erschütterungen »neu erfinden«, sich ein gesundes Selbst aufbauen

4.2 Stigmatisierung und Selbststigmatisierung

Eng verknüpft mit den Themen Stigmatisierung und Selbststigmatisierung ist die Frage nach der Normalität. Jede Gesellschaft definiert aufgrund der in ihr verankerten Werte und Normen, was als normal akzeptiert oder als anormal abgelehnt wird. Daher lohnt vorweg eine Betrachtung zu Normalismus und Normalität, wobei Anchlüsse an die nachfolgende Theorie des Habitus von Pierre Bourdieu (siehe 4.3) verdeutlicht werden sollen.

4.2.1 Normalismus und Normalität

Link (2014) beschreibt moderne Gesellschaften als verdatet, was bedeutet, dass zu unterschiedlichsten Aspekten, von Körpergröße bis Lebenszufriedenheit, Daten erhoben werden, die sich in Verteilungskurven darstellen lassen. Die Grenzen zwischen Extremen und Normalität sind kulturell bedingt durch die einer Gesellschaft innewohnenden Werte und Normen. Diese Werte und Normen wandeln sich mit der gesellschaftlichen Entwicklung, wofür ein Beispiel die Homosexualität ist, die heute meist als normale Variante sexueller Orientierung betrachtet wird, aber noch im 20. Jahrhundert als abnormal geächtet wurde und in manchen Gesellschaften immer noch wird.

Link unterscheidet zwischen »protonormalistischen« und »flexibel-normalistischen« Gesellschaften, wobei er unsere heutige Gesellschaft zu letzteren zählt. Protonormalistische Gesellschaften setzen enge normative Grenzen und schließen Menschen, die den Normen nicht entsprechen, lebenslang aus – teilweise auch physisch hinter Mauern, z. B. von Gefängnissen oder psychiatrischen Anstalten. Demgegenüber gilt in flexibel-normalistischen Gesellschaften die Annahme, dass Individuen lernfähig und damit integrationsfähig sind. D. h., das Stigma, unnormale zu sein, ist reversibel. Dennoch bleibt auch hier die Angst der »Denormalisierung«, weil es immer noch Eigenschaften gibt, die außerhalb der akzeptierten Norm liegen – und die am unteren Ende der Skala stigmatisierend sind. Insbesondere gilt das für Menschen, die hinter Mauern (z. B. Gefängnis, Psychiatrie) geraten. Am oberen Ende der Skala befindet sich – ebenfalls außerhalb der Norm – das »Supranormale«. Das »Supranormale« gilt als erstrebenswert, auch wenn es realistisch für viele nicht erreichbar ist. Wer es erreicht hat, steht unter dem Druck, sich stets weiter verbessern zu müssen, um die herausragende Position halten zu können. Der Bereich innerhalb der Norm ist weit gefasst und akzeptiert eine breite Varianz an Eigenschaften – auch des sozialen Verhaltens. Dadurch kommt es zu einer Inflation des Normalen, an dessen Grenzen dennoch Angst herrscht: die Denormalisierungsangst am unteren und

die Angst, den supranormalen Status zu verlieren, am oberen Ende (Link, 2014, S. 5–11).

Das Bestreben, sich abzugrenzen, findet sich in vergleichbarer Weise in der Beschreibung des sozialen Raumes bei Bourdieu (siehe 4.3.3). Eine Abgrenzung erfolgt jeweils nach unten, entlang der Trennlinien der Distinktion (herrschende Klasse zu Bürgertum) und der Respektabilität (Bürgertum zu niederen Volksmilieus) (Vester et al., 2015, S. 23–31). Ebenso zu Bourdieu anschlussfähig ist die Inflation des Normalen. Bei Bourdieu finden sich ausführliche Beschreibungen, wie Eliten versuchen, sich gegen Aufstiegsaspiranten abzugrenzen, da die Aufsteiger durch ihre Masse bestimmte Merkmale – z. B. höhere Bildungsabschlüsse – von Eliten entwerten. Um sich dennoch abzugrenzen, werden andere Kriterien geschaffen: z. B. ein Numerus clausus oder im extremsten Fall (diskriminierende) Ausschlusskriterien wie »keine Frauen« (Bourdieu, 2012, S. 261–276).

Als ein solches Kriterium kann die Wertung »Psychisch krank = nicht normal« verstanden werden. Diese Bewertung zieht gleichzeitig die Grenze der Respektabilität.

Mit Normalität im Kontext der Psychiatrie beschäftigt sich Finzen in seinem Buch »Normalität – die ungezähmte Kategorie in der Psychiatrie und Gesellschaft« (2018). Menschen brauchen in der sozialen Interaktion Orientierung. Gelingt das Verstehen anderer nicht und reichen stereotype Urteile zur Erklärung irritierenden Verhaltens nicht aus, wird dieses als »nicht normal« be- und verurteilt. D. h., »nicht normal« ist die Kategorie für unverständliches Verhalten, das dann häufig mit verrückt oder krank gleichgesetzt wird. Hier zeigt sich die Diskrepanz zwischen dem gesellschaftlichen Erklärungsversuch »verrückt« bzw. »krank« und der Einordnung als krank im Sinne einer psychiatrischen Diagnose. Unsere pluralistische Gesellschaft, die ein breites Spektrum an unterschiedlichen Verhaltens- und Lebensweisen akzeptiert, beispielsweise bei der Sexualität oder in modischen Strömungen, stuft gleichzeitig unverständliches Verhalten schnell als (psychisch) krank und unnormale ein (Finzen, 2018, S. 11–24).

4.2.2 Stigmatisierung

Goffmans Werk »Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität« (engl. Erstausgabe 1963) gilt als wegweisend zum Thema Stigmatisierung. Noch heute wird der Begriff »Stigma« in der Soziologie und Psychiatrie meist so verwendet, wie Goffman ihn definiert hat (Finzen, 2013, S. 38). Eine Abweichung von gesellschaftlichen Erwartungen wird gemäß Goffman dann zum Stigma, wenn die Abweichung unerwünscht ist. Infolgedessen werden einer Person oft weitere negative Eigenschaften zugeschrieben, egal ob zutreffend oder nicht. Da derart die gesamte Person

abgewertet wird, betrifft der Makel die Identität. Durch stereotype Bezeichnungen (z. B. Krüppel, Schwachmat, Psycho) wird die betroffene Person entmenschlicht (Goffman, 1975, S. 9–14).

Goffman unterscheidet drei Stigmatypen: körperliche Deformationen, Charakterfehler (hierzu zählt er die psychischen Erkrankungen, aber auch Kriminalität) sowie phylogenetische Merkmale (ethnische Zugehörigkeit) (Goffman, 1975, S. 12–13).

Aus heutiger Sicht erscheint es deplatziert, psychische Erkrankungen als Charakterfehler zu klassifizieren, gleichzeitig ist dies immer noch ein verbreitetes Vorurteil. Vorurteile gegenüber psychisch erkrankten Menschen, beispielsweise die Bewertung als gefährlich, werden durch mediale Berichterstattung befeuert, die großen Einfluss auf die öffentliche Meinung hat. Beispielsweise die mediale Berichterstattung des Germanwings-Absturzes von 2015, die Betroffene pauschal mit Kriminalität und Gewalt assoziierte. Dies wird von einer Studie als stigmatisierend kritisiert (Heydendorff & Dreßing, 2016, S. 137).

Finzen beschreibt hinsichtlich dieser öffentlichen Wahrnehmung von psychischer Erkrankung das Phänomen einer Spaltung der Wahrnehmung, denn es wird ein Unterschied zwischen allgemeinen Vorurteilen und der (wohlwollenderen) Bewertung einer konkreten Person gemacht (Finzen, 2013, S. 102).

Der Effekt, dass die Selbstoffenbarungen prominenter Personen bezüglich ihrer psychischen Probleme wenig an der öffentlichen Meinung zu ändern scheinen, ließe sich mit diesem Phänomen der Spaltung erklären. Gleichzeitig wirft dies die Frage nach der Wirksamkeit von Antistigma-Kampagnen auf, die auf solche Offenbarungen setzen. Auch darf hinterfragt werden, ob Genesungsbegleitende, wenn sie sich in der Antistigma-Arbeit engagieren, selbst zum Opfer dieses Phänomens werden.

Die öffentliche Meinung ist durch veraltete Lehrmeinungen geprägt und lässt sich nur langsam verändern. Selbst Psychiatriefachpersonen zeichnen oft ein pessimistisches Bild von der Heilbarkeit psychischer Erkrankungen, da sie Menschen, die erfolgreich therapiert wurden, selten nochmals zu Gesicht bekommen, denn diese meiden häufig den weiteren Kontakt zur Psychiatrie aus Angst vor Stigmatisierung (Finzen, 2013, S. 95–102). Genesungsbegleitende stellen hier eine Ausnahme dar. Durch ihre Anwesenheit in psychiatrischen Kontexten zeigen sie, dass ein positiver Genesungsweg (Recovery) möglich ist. So können sie dazu beitragen, dass Fachpersonen zu einer optimistischeren prognostischen Einschätzung gelangen.

Aus generalisierten stereotypen Bildern über Menschen mit psychischer Erkrankung werden durch Zustimmung meist emotional (z. B. mit Wut/Ablehnung) aufgeladene

Vorurteile. Folgt den Vorurteilen eine Benachteiligung von Personen, entsteht Diskriminierung. Auch die Betroffenen selbst stigmatisieren sich, wenn sie diese Vorurteile übernehmen und sich dadurch beeinflussen lassen, manche Dinge (wie beispielsweise eine Bewerbung) gar nicht erst zu versuchen (Angermeyer, 2004, S. 246; Corrigan & Watson, 2002b, S. 16).

Es kann zwischen individueller und struktureller Diskriminierung sowie solcher durch Selbststigmatisierung unterschieden werden. Beispielsweise stellt die Benachteiligung von Betroffenen bei der Wohnungs- oder Jobvergabe eine individuelle Diskriminierung dar. Dagegen ist strukturelle Diskriminierung subtiler: Sie offenbart sich in gesellschaftlichen Regelungen oder politischen Entscheidungen – beispielsweise dem eingeschränkten Zugang zu bestimmten Berufen oder wie viel Geld für die Erforschung spezifischer Erkrankungen zur Verfügung gestellt wird (Angermeyer, 2004, S. 247; Finzen, 2013, S. 30).

Genesungsbegleitende sind sensibilisiert für Stigmatisierungen und Diskriminierungen. Sie können Kolleg*innen anderer Berufsgruppen auf (unbeabsichtigte) Stigmatisierung und Diskriminierung von Nutzer*innen aufmerksam machen, was auch in Teamsupervisionen konstruktiv genutzt werden kann. Gleichzeitig sehen sie sich ggf. selbst mit Vorurteilen konfrontiert.

4.2.3 Selbststigmatisierung

Die sozialen Folgen der Erkrankung – Stigmatisierung und Diskriminierung – erzeugen zusätzliches Leid durch das Empfinden von Scham und Schuld. Dies müsse als zweite Krankheit verstanden werden (Finzen, 2013, S. 17).

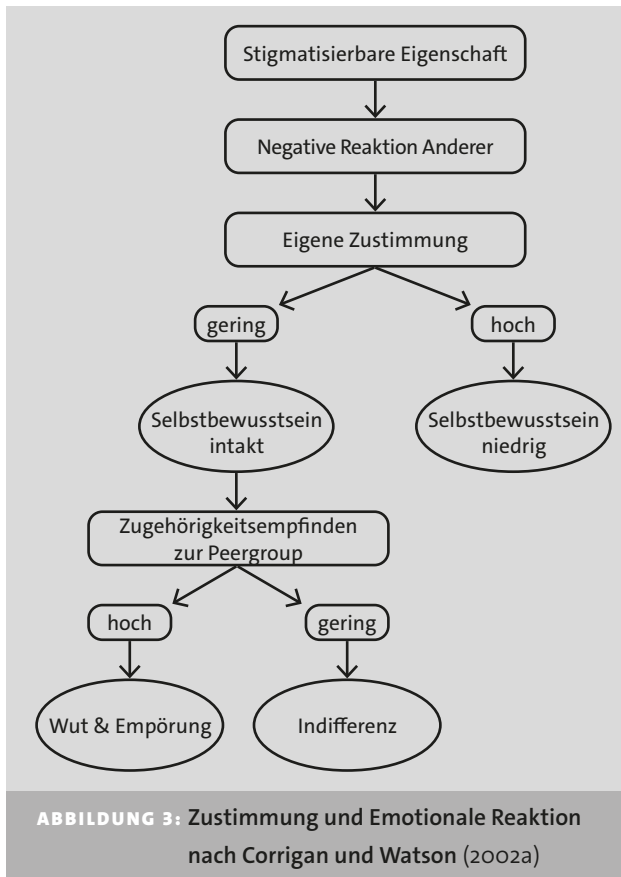
Selbststigmatisierung bestehe dann, wenn die betroffene Person sich der stereotypen Vorurteile bewusst ist, diesen zustimme und sie auf sich selbst anwende (Corrigan et al., 2009, S. 75). Diese Definition findet keine einhellige Zustimmung, so wird sie beispielsweise von Finzen kritisiert. Aus seiner Sicht greife sie zu kurz, da sie die gesellschaftlichen Ursachen zu wenig berücksichtige und dem Individuum einen aktiven Beitrag zur Stigmatisierung unterstelle. Daher sei der Begriff »Selbststigmatisierung« ungeeignet, besser sei es, lediglich den Begriff Stigma zu verwenden (Finzen, 2013, S. 60–67). Knuf hingegen bezeichnet die Selbststigmatisierung als »Stigma auf der Innenseite der Stirn«. Hier zeige sich, wie durch die Sozialisation Werte und Normen tief in einer Person verankert seien. Dies führe dazu, dass stereotype Vorurteile gegenüber psychisch erkrankten Menschen als gesellschaftlicher Konsens angesehen würden und es schwerfalle, diese loszulassen. Stattdessen müssten sie bei Auftreten einer psychischen Erkrankung plötzlich auf sich selbst angewendet werden. Die Folgen seien Rückzug oder auch überkritische

Selbstbeobachtung aufgrund von Verunsicherung, Scham und Selbstabwertung (Knuf, 2005).

Wenn der realen oder vermuteten Stigmatisierung nicht zugestimmt wird, folgt keine Selbstabwertung, sondern Indifferenz, Wut oder Empörung. Je höher die Identifikation mit einer Peer-Group (hier Psychiatrieerfahrene), desto größer die Empörung über das Unrecht von Stigmatisierung und Diskriminierung. Selbststigmatisierung und Empowerment stellen somit die Pole im Kontinuum möglicher Reaktionen dar (Corrigan & Watson, 2002a, S. 39).

Dies würde bedeuten, dass betroffene Personen auf ihrem Genesungsweg (Recovery) durch Auseinandersetzung mit der Erkrankung und den Stigmatisierungserfahrungen eine Entwicklung Richtung Empowerment und Empörung machen und somit die Selbststigmatisierung ablegen können. Genesungsbegleitende unterstützen diese Entwicklung: Sie regen zum Nachdenken an, klären über Stigmatisierung und Diskriminierung auf, ermutigen zu Selbstakzeptanz und Selbstbehauptung und bieten sich als Identifikationsobjekt (Peer) an.

Die folgende Grafik veranschaulicht den oben beschriebenen Zusammenhang zwischen Zustimmung zu Vorurteilen und emotionaler Reaktion:



Die Beschäftigung mit den Themen Stigmatisierung und Selbststigmatisierung verdeutlicht den Umgang mit sozialen Normen und die Auswirkungen bei Abweichungen

davon. Um diese Dynamiken weiter zu verstehen, bietet die Habitustheorie nach Bourdieu eine zusätzliche Perspektive, da sie die Wechselwirkung zwischen individuellen Dispositionen und sozialen Strukturen fokussiert. Dadurch wird aufgezeigt, dass Selbstausschluss nicht nur aufgrund von Selbststigmatisierung erfolgen kann, sondern auch durch Grenzen des Habitus verursacht sein kann.

4.3 Die Habitustheorie nach Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu (1930 – 2002) zählt zu den einflussreichsten Soziologen des 20. Jahrhunderts, der auch außerhalb der Soziologie Beachtung genießt (Fröhlich & Rehbein, 2011, S. 9). Seine Theorien, die sich auf zahlreiche Werke verteilen, basieren auf einer engen Verknüpfung von empirischer Forschung und theoretischer Reflexion. Sein Erkenntnisinteresse richtet sich auf jene unsichtbaren sozialen Mechanismen, die trotz eines stetigen sozialen Wandels Ungleichheiten stets aufs Neue reproduzieren (Rehbein, 2016, S. 78).

4.3.1 Der epistemologische Bruch

Bourdieu stellt fest, dass Soziolog*innen als Forschende stets auch Teil der Welt sind, die sie beforschen. Damit die Forschung jedoch nicht von den eigenen Prägungen und dem eigenen Alltagsverständnis verzerrt bzw. beeinflusst wird, ist es notwendig, sich von diesen zu trennen. Forschende müssen sich selbst zum Objekt machen und sich gleichermaßen beforschen wie die Forschungsobjekte, mit denen sie sich im selben sozialen Raum befinden. Nur wenn sie den eigenen Standpunkt kennen und beschreiben können, ist es möglich, die Standpunkte der Forschungsobjekte dazu in Relation zu stellen. Dieser »epistemologische Bruch« sich von außen zu betrachten, ermöglicht einen objektiven Blick (Krais & Gebauer, 2008, S. 12 – 14).

4.3.2 Habitus

Bourdieu's Fokus auf die Wechselwirkungen zwischen objektiven Strukturen und subjektiven Praktiken führte zur Entwicklung des Habituskonzepts als Theorie der Alltagspraxis (Fröhlich & Rehbein, 2011, S. 281 – 283). Der Habitus beschreibt jenes System von Handlungsdispositionen, das Individuen durch Sozialisation erwerben und welches ihre Wahrnehmungen, Handlungen und Praktiken prägt. Dieses Konzept dient als Vermittlung zwischen Individuum und Gesellschaft sowie zwischen Struktur und Handlung. Damit wird es als ganzheitliches Konzept über die Soziologie hinaus anwendbar (Bourdieu, 1993, S. 98 – 99; Lenger et al., 2013, S. 14).

Der Habitus ermöglicht es Menschen, aus einem unbewussten praktischen Sinn heraus sinnvolle Handlungen zu begehen, ohne sich deren Entstehung voll bewusst zu sein. Dieser praktische Sinn ist in den Körper eingeschrieben (Bourdieu, 1993, S. 135, 1993, S. 127). Den Habitus als im Körper verankertes System von Handlungsdispositionen zu verstehen, ermöglicht es, Menschen in sozialen Situationen als Einheit zu betrachten. Im Gegensatz dazu werden bei rollentheoretischen Modellen immer nur Teilaspekte des Individuums betrachtbar, denn diese Modelle verstehen das Individuum als Träger verschiedener sozialer Rollen, deren jeweilige Erwartungen es zu erfüllen sucht. Während in der Rollentheorie Sozialisation überwiegend als Wirkung der Gesellschaft auf das Individuum interpretiert wird, sieht das Habituskonzept Sozialisation als eine stete Wechselwirkung von Individuum und Gesellschaft. Aufgrund dieser Wechselwirkungen entwickelt der Mensch ein System von sozialen Handlungen: Dieses System enthält zwar die Regeln, die beim Aufwachsen geprägt wurden, gleichzeitig erlaubt es eine variable Reaktion auf Situationen, welche wiederum eine soziale Praxis erzeugt (Krais & Gebauer, 2008, S. 32 – 70). Der Habitus ist untrennbar mit der sozialen Lage verbunden, in der er entsteht. Bourdieu beschreibt die Gesellschaft als sozialen Raum (siehe 4.3.4), geprägt von Klassen und Milieus, die sich durch Kapitalausstattung (siehe 4.3.3), Lebensstile und Geschmäcker unterscheiden (Lenger et al., 2013, S. 23). Die Sozialisation formt inkorporierte Handlungsmuster sowie Meinungen und Überzeugungen. Dabei wird die Primärsozialisation stärker gewichtet als spätere Anpassungen an neue Situationen. Diese Prägungen erscheinen Menschen derart selbstverständlich, dass sie nicht bewusst wahrgenommen werden. Diese Wirkung der Vergangenheit in der Gegenwart nennt Bourdieu »Amor fati« (Krais & Gebauer, 2008, S. 43). Sie führt dazu, dass »der Geschmack bewirkt, daß man hat, was man mag, weil man mag, was man hat« (Bourdieu, 2012, S. 285).

Entspricht der Habitus nicht der sozialen Position, können Unsicherheiten entstehen. Der Habitus unterliegt einem Trägheitseffekt (Hysteresis) aufgrund seiner tiefen Verankerung im Körper. Dies wird in einer sich schnell wandelnden Gesellschaft besonders relevant, denn Individuen finden sich zunehmend in sozialen Lagen wieder, die nicht ihrer Herkunft entsprechen – etwa durch plötzlichen sozialen Auf- oder Abstieg (Fröhlich & Rehbein, 2011, S. 293; Krais & Gebauer, 2008, S. 46 – 47; Lenger et al., 2013, S. 24 – 26). Tiefe Krisen vermögen einen Bruch im Habitus herbeizuführen (Lenger et al., 2013, S. 26).

Für die Supervision wie auch die Genesungsbegleitung bieten sich hier Anschlüsse und wertvolle Impulse hinsichtlich der Reflexion des eigenen Blickwinkels (epistemologischer Bruch) als auch der individuellen Standpunkte der

Supervisand*innen bzw. Nutzer*innen unter gleichzeitiger Berücksichtigung sozialer Strukturen. Auch die Unsicherheit von Genesungsbegleiter*innen, wenn sie eine Stelle antreten, lässt sich mit dem Habituskonzept hinterfragen. Geklärt werden müsste dann beispielsweise in einer Supervision, ob diese Verunsicherung mit einer mangelnden habituellen Passung zusammenhängt oder ob ihr andere Ursachen zugrunde liegen.

4.3.3 Kapitalsorten

Bourdieu unterscheidet vier zentrale Kapitalsorten, die für die soziale Positionierung von Individuen entscheidend sind. Eine Transformation zwischen diesen Kapitalsorten ist möglich, jedoch mit Aufwand verbunden und oft mit Verlusten behaftet.

1. **Ökonomisches Kapital:** Materielle Ressourcen wie Geld oder Besitz, die direkt aus anderen Kapitalsorten generierbar sein können.
2. **Kulturelles Kapital:** Dieses umfasst inkorporiertes Wissen und Bildung, objektivierte Kulturgüter (z. B. Bücher) sowie institutionalisierte Formen der Anerkennung wie akademische Titel. Die Aneignung kulturellen Kapitals erfordert Zeit und aktive Bemühung, es wird jedoch auch von Generation zu Generation weitergegeben.
3. **Soziales Kapital:** Netzwerke von Beziehungen, die auf gegenseitigem Kennen und Anerkennen beruhen. Es erfordert kontinuierliche Beziehungsarbeit, um es zu erhalten (Bourdieu, 1983, S. 183 – 198).
4. **Symbolisches Kapital:** Anerkennung und Prestige innerhalb einer Gemeinschaft. Es zeigt sich in der Vertrauenswürdigkeit, die einer Person zugeschrieben wird, und ist eng mit den anderen Kapitalsorten verknüpft (Bourdieu, 1993, S. 205 – 221).

4.3.4 Gesellschaft als sozialer Raum

Bourdieu beschreibt die Gesellschaft als sozialen Raum, der vertikal durch Klassenstrukturen sowie horizontal durch Milieus differenziert ist. Innerhalb eines Milieus teilen Menschen ähnliche Lebensstile, Geschmäcker und Überzeugungen. Eine zentrale Grenze innerhalb dieses Raums ist die »Linie der Respektabilität«, die den Statusverlust markiert, wenn Individuen nicht mehr den gesellschaftlichen Anforderungen entsprechen können. Höher angesiedelte Klassen versuchen, ihre Distinktion gegenüber niedrigeren zu behaupten (Vester et al., 2015, S. 23 – 31).

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen können Störungen in der Akkumulation der o. g. Kapitalsorten auftreten,

etwa durch Bildungsabbrüche oder soziale Isolation. Prekäre Lebenslagen können ihre gesellschaftliche Position zusätzlich schwächen. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen kann ein solcher Statusverlust bedeuten, dass sie unterhalb der Respektabilitätsgrenze wahrgenommen werden und/oder sich selbst dort verorten. Dies kommt einer Vernichtung kulturellen und symbolischen, oft auch sozialen Kapitals gleich. Als Folge daraus resultierender Diskriminierung oder Selbstausschlusses kann es zu einem Kreislauf von Armut und/oder Arbeitslosigkeit kommen (Verlust ökonomischen Kapitals) und ein Gefühl der Entfremdung auslösen. All dies kann auch Genesungsbegleitende betreffen, solange ihnen das Label »psychisch krank« zugeschrieben wird. Zumal die Beschäftigung als Genesungsbegleitung häufig lediglich in Teilzeit erfolgt und meist mit prekärer tariflicher Eingruppierung einhergeht.

4.3.5 Symbolische Gewalt

Als symbolische Gewalt bezeichnet Bourdieu subtile Formen von Herrschaft, die als natürliche Ordnung wahrgenommen werden und im Habitus sowohl der Herrschenden als auch der Beherrschten manifestiert sind (Krais & Gebauer, 2008, S. 52–53). Sie wird z. B. über Institutionen wie Bildungseinrichtungen oder Medien vermittelt und führt dazu, dass Unterdrückte ihre eigene Minderwertigkeit internalisieren (Krais & Gebauer, 2008, S. 10).

Menschen mit psychischen Erkrankungen können Opfer symbolischer Gewalt werden, wenn sie gesellschaftliche Stigmatisierungen übernehmen und sich selbst abwerten. Dies zeigt sich etwa in Formen der Selbststigmatisierung und des Selbstausschlusses von gesellschaftlicher Teilhabe, die als Mechanismen symbolischer Gewalt verstanden werden können.

4.3.6 Habitus­theorie in Supervision und Fortbildung

Die Habitus­theorie bietet hilfreiche Ansätze zum Verständnis von Ausgrenzungserfahrungen psychisch erkrankter Menschen. Mit der Habitus­theorie eröffnen sich Zugänge für eine reflexive Praxis in Supervision und Fortbildung, die es Supervisor*innen und Genesungsbegleiter*innen ermöglichen, soziale Dynamiken und individuelle Erfahrungen im Kontext struktureller Bedingungen zu betrachten.

In multiprofessionellen Teams eröffnen sich vor der Folie der Habitus­theorie Verstehenszugänge auf das Beziehungsgefüge. Dies ermöglicht ein Verständnis dafür, dass manche Konflikte weniger im Individuellen liegen als im Widerstreit unterschiedlicher Habitus (Plural). Auch Nutzer*innen und deren Angehörige sind mitzudenken, da die Mitarbeitenden

mit ihnen interagieren. Insbesondere ein Wissen um die Mechanismen der symbolischen Gewalt ist hier hilfreich (Heimann, 2016, S. 365–367). So kann es Genesungsbegleitenden, die – wie bereits mehrfach konstatiert – häufig »zwischen allen Stühlen« sitzen, helfen, Zugang zu diesem Wissen zu erhalten: Beobachtete Phänomene, beispielsweise von Ausgrenzung oder Selbstausschluss, lassen sich mit diesem Wissen besser einordnen, um sowohl bei sich selbst als auch bei Nutzer*innen zwischen Habitus und den Folgen von Diskriminierung und (Selbst-)Stigmatisierung zu differenzieren.

Psychische Erkrankungen betreffen Menschen aller Klassen und Milieus. Deshalb treffen in der Psychiatrie Menschen mit unterschiedlichen habituellen Prägungen aufeinander, die sich sonst ggf. voneinander abgrenzen würden. Als Patient*innen werden jedoch alle gleichgestellt, wenn sie auf diese Rolle bzw. diesen Status reduziert werden. Gleichzeitig ist eine Folge der psychischen Erkrankung häufig die Vernichtung symbolischen Kapitals aufgrund des Verlustes der Respektabilität, was weitere Kapitalverluste nach sich ziehen kann.

Bemerkenswert bleibt, dass es bei der Behandlung je nach sozialer Schicht dennoch zu Unterschieden (Psychiatrie vs. Psychosomatik) kommt (Friesel-Wark, 2022, S. 87).

Diese Effekte sind für die Genesungsbegleitung in doppelter Weise relevant. Einerseits in Bezug auf die Nutzer*innen, andererseits betrifft es sie ggf. selbst. Daher wäre es sinnvoll, ihnen dieses Wissen im Rahmen von Supervision und Fortbildung als Verstehenszugang zur Verfügung zu stellen.

Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen ist die der Genesungsbegleitung wesentlich heterogener. Bei anderen Berufsbildern eint deren Vertreter*innen das Interesse am Fach sowie häufig auch ein ähnlicher Habitus, da Berufe in spezifischen Milieus verortet werden können. Dies ist bei Genesungsbegleitenden anders, bei ihnen ist das verbindende Element die psychische Krisenerfahrung, die unabhängig vom Habitus auftritt. Die Entscheidung, Genesungsbegleiter*in zu werden, ist zwar freiwillig, davor steht allerdings eine Geschichte psychischen Leids und des Scheiterns anderer beruflicher Möglichkeiten, die sich niemand freiwillig aussucht (Zingsheim, 2016, S. 50).

Genesungsbegleitende möchten Vorbilder sein, so auch Vorbilder hinsichtlich gelungener Recovery (siehe 2.1.1). Dies bedeutet auch zu demonstrieren, sich Lebenszufriedenheit (wieder) erarbeitet zu haben. Es kann sein, dass Genesungsbegleitende versuchen zu vermitteln, dass es heilsam sei, sich von gesellschaftlichem Leistungsdruck und Optimierungsanspruch zu distanzieren. Gleichzeitig kann der Anspruch, Vorbild zu sein und/oder zu zeigen, »es geschafft zu haben«, Leistungsdruck erzeugen. Mit einem Verständnis der Habitus­theorie kann (in der Supervision) reflektiert werden,

inwieweit ein Leistungsprinzip durch die Sozialisation so tief inkorporiert ist, dass es kaum denkbar ist, sich anders als über Leistung zu definieren. Beispielsweise sich über eine berufliche Leistung zu definieren, wie jener »Leistung« als Genesungsbegleiter*in ein perfektes Vorbild abzugeben, und dies durch einen vorbildhaften eigenen Recovery-Prozess beweisen zu müssen. Wenn Genesungsbegleitende selbst in eine Krise geraten, zeigt sich dieses Dilemma ggf. sehr deutlich und zieht eine Krise der eigenen Glaubwürdigkeit nach sich.

Eventuell taucht in Team-Supervisionen die (unausgesprochene) Frage auf, wie man mit dieser neuen Berufsgruppe umzugehen sei, die aus Menschen besteht, die man bisher abgewertet hat. Denn auch Psychrieträtige haben ähnliche Vorurteile und setzen gleiche Grenzen der Respektabilität wie die Allgemeinbevölkerung. Diese Frage lässt sich auf Grundlage der Habitustheorie einordnen, verstehen und hinterfragen.

Auch Supervisor*innen gefordert, sich hinsichtlich der eigenen Vorurteile zu reflektieren, wenn sie Genesungsbegleitende supervidieren.

Mit der Habitustheorie als Grundlage wird deutlich, dass diese soziale Verortung von Genesungsbegleitung nicht eindeutig herzustellen ist, da die Gruppe der Genesungsbegleiter*innen sehr heterogen ist. Im Abschnitt zur Professionalisierung soll nun diskutiert werden, wie sich Genesungsbegleitung als Beruf einordnen lässt.

4.4 Professionalisierung

Professionalisierung stellt einen Prozess dar, durch den berufliche Tätigkeiten weiterentwickelt werden, um spezifische Anforderungen zu erfüllen. Reine Expertise reicht jedoch in sozialen Feldern nicht aus, da auch Fähigkeiten in Umgang mit Klient*innen erforderlich sind. Im Kontext von EX-IN Genesungsbegleitung ist eine Betrachtung zur Professionalisierung relevant, da die Verortung dieses jungen Berufsbildes im sozialen Feld unklar ist. Dieser Abschnitt stellt die Grundlagen der Professionalisierung anhand der Theorie von Ulrich Oevermann vor und diskutiert diese anschließend hinsichtlich ihrer Relevanz und Anwendbarkeit auf EX-IN Genesungsbegleitung.

4.4.1 Theorie der Professionalisierung – Ulrich Oevermann

Kritik an herkömmlichen Professionstheorien

Oevermann kritisiert klassische und vor allem neuere Professionstheorien, die Profession mit Expertentum und Professionalisierung mit Expertisierung als gleichbedeutend beschreiben. Diese Kritik ist Anlass, seine »revidierte Theorie des professionalisierten Handelns« zu entwickeln. Dabei legt er die Strukturlogik professionellen Handelns zugrunde (Oevermann, 1996, S. 70–71).

Stellvertretende Krisenbewältigung

Ausgangspunkt ist seine Theorie der Lebenspraxis, die grundsätzlich krisenhaft ist (siehe 2.2.2). Situationen lassen sich entweder durch Routinen (durch erprobte Krisenbewältigung entstanden) meistern, oder sie erscheinen krisenhaft und bedürfen der Entwicklung neuer Handlungsmuster. Wenn eine Krise nicht selbständig gelöst werden kann, bedarf es anderer, die stellvertretend die Krise lösen. Diese stellvertretende Krisenbewältigung ist kennzeichnend für professionalisierte Berufe. Der Status von Professionen lässt sich damit aus deren Funktion für Individuen und Gesellschaft und nicht aus deren Institutionalisierung ableiten (Garz & Raven, 2015, S. 107–108; Oevermann, 2009, S. 113).

Foci des professionalisierten Handelns

Oevermann unterscheidet drei Foci professionalisierten Handelns, die sich durch die Adressaten unterscheiden. Individuen geraten in Krisen, wenn ihre somato-psycho-soziale Integrität bedroht ist. Die stellvertretende Krisenbewältigung dieser individuellen Krisen stellt den ersten Fokus professionellen Handelns dar. Hierbei ist das Ziel die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der persönlichen Integrität und Autonomie. Der zweite Fokus behandelt Entscheidungskrisen und liegt in der Rechtspflege. Der dritte Fokus greift bei Fragen hinsichtlich der Geltung von Wissen. Die verschiedenen Bereiche stehen zwar in Wechselwirkung zueinander, es ist jedoch immer ein Fokus vorherrschend (Oevermann, 2009, S. 118–121; Oevermann, 1996, S. 88–95; Oevermann, 2005, S. 26–27).

Professionen des ersten Fokus sind z. B. Ärzt*innen, des zweiten Jurist*innen und des dritten Professor*innen. Im Kontext dieser Arbeit interessiert vorrangig der erste Fokus, in dem es um die Bewältigung von individuellen Krisen geht.

Die folgende Darstellung bietet eine Übersicht über diese drei Foci. Es wird darin aufgezeigt, wen der jeweilige Focus adressiert (Klient*in), welche Praxisform darin angewendet wird und welcher Krisentyp vorrangig behandelt wird.

	Funktionsfokus	Klient	zentrale Praxisform	dominanter Krisentyp
(1)	somato-psycho-soziale Integration	partikulare Lebenspraxis	Arbeitsbündnis	traumatische Krise
(2)	Recht und Gerechtigkeit	Rechtsgemeinschaft	Verfahren nach formalrationalen Regeln	Entscheidungskrise
(3)	methodische explizite Geltungsüberprüfung in begrifflicher und sinnlicher Erkenntnis (Wissenschaft und Kunst)	universe of discourse (vertreten durch souveräne Rechtsgemeinschaft)	methodische Kritik in herrschaftsfreiem Diskurs (Logik des besseren Arguments und Suggestivität der sinnlichen Präsenz)	Krise durch Müße

ABBILDUNG 4: Die drei Funktionsfoci der Professionalisierung (Oevermann, 2005, S. 29)

Dialektik von Theorie und Praxis – Nicht-Standardisierbarkeit

Professionelles Handeln erfordert eine Dialektik von Theorie und Praxis, das heißt, ein Zusammenspiel von theoretischem Wissen und interventionspraktischem Handeln. Nur dann ist professionelle Expertise gegeben. Die zwei Komponenten professioneller Expertise sind demnach:

1. Wissenschaftliche Kompetenz

- a. Methodisch (Theorieverstehen/Fachwissen)
- b. Fallrekonstruktiv & diagnostisch (Fallverstehen/Fallwissen)

2. Interventionspraktische Kompetenz

Mit der interventionspraktischen Kompetenz übersetzen professionell Handelnde das Fachwissen auf den konkreten Fall und in krisenbewältigendes Handeln (Garz & Raven, 2015, S. 116 – 117; Oevermann, 2009, S. 115 – 116).

Bei der stellvertretenden Krisenbewältigung besteht eine Polarität zwischen standardisierten Lösungen (d. h. für jedes Problem gibt es eine spezifische, optimale Lösung) und nicht standardisierten Lösungen, die sich aus den fallspezifischen Gegebenheiten ergeben. Oevermann nennt anhand des Beispiels der Therapie drei Gründe, warum professionelles Handeln nicht-standardisiert sein muss:

1. Eine Diagnose muss fallverstehend im jeweiligen lebensgeschichtlichen Zusammenhang erfolgen.
2. Die Therapie aufgrund der Diagnose (beides wissenschaftlich begründet) kann nur wirken, wenn sie auf die Lebenswirklichkeit eingeht und fachliches Wissen auf die Lebenspraxis (das Individuum) zurückübersetzt wird.
3. Die Therapie soll Hilfe zur Selbsthilfe sein, deren Ziel sein muss, die Autonomie der Lebenspraxis wiederherzustellen. Standardisierte Hilfen, die auf Fachwissen beruhen und Fachwissen in der Intervention erfordern, machen Klient*innen abhängig, die selbst nicht über dieses Fachwissen verfügen. Abhängigkeit bedeutet jedoch Verlust der Autonomie (Oevermann, 2005, S. 25).

Das Arbeitsbündnis

Das Arbeitsbündnis schafft jenen Raum zwischen Hilfesuchenden und Professionellen, in dem die stellvertretende Krisenlösung stattfindet. Das Arbeitsbündnis muss seitens der Hilfesuchenden freiwillig eingegangen werden, die sich damit eingestehen, dass ihre autonome Lebenspraxis in Gefahr ist. Folglich ist es Ausdruck großen Leids, sich darauf einzulassen. Erforderlich ist auf der einen Seite der Wille, maximal an der Wiederherstellung der eigenen Autonomie mitzuarbeiten und auf der anderen Seite das Bestreben, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, um Abhängigkeit zu vermeiden. Oevermann bezeichnet die strukturellen Merkmale des Arbeitsbündnisses als eine »widersprüchliche Einheit von Beziehungen«. Einerseits besteht eine diffuse Sozialbeziehung zwischen ganzen Personen, andererseits eine spezifische Beziehung zwischen Rolleninhaber*innen und Vertragspartner*innen. Ebenso entsteht eine Asymmetrie zwischen Expert*in und Klient*in. Erstere bleibt in ihrer Rolle spezifisch und professionell distanziert, letztere agiert in diffuser Beziehung. Dies gilt in psychoanalytischen Settings stärker, als in anderen Kontexten (Oevermann, 2009, S. 121 – 122).

Das Arbeitsbündnis ist von der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung geprägt. Auch wenn diese Dynamiken in alltäglichen Kontexten (beispielsweise in der Familie) destruktiv sind, werden sie in professionellen Settings bewusst genutzt, um die Probleme der Klient*in sichtbar zu machen und zu bearbeiten (Oevermann, 2009, S. 122 – 124). Problematisch wird das Arbeitsbündnis dann, wenn es neben Hilfe auch um Kontrolle geht. Dies ist beispielsweise in der sozialen Arbeit häufig der Fall (z. B. bei der Bewilligung von Sozialleistungen oder der Hilfen zur Erziehung). Oevermann fordert daher, dass Hilfe zwingend autonom stattfinden muss, unabhängig von einer Kontrollfunktion, da sonst das Arbeitsbündnis und das Vertrauen gestört werden (Oevermann, 2009, S. 132 – 135).

Allein die Tatsache, Hilfe in Anspruch zu nehmen, kann stigmatisierend sein bzw. so empfunden werden, bedeutet es doch, dass die Hilfsbedürftigkeit manifest wird. Dem sollten Professionelle mit einer Balance von persönlichem

Einbringen (diffuse Beziehung) und professioneller Distanz begegnen, denn Hilfe anzunehmen wird innerhalb diffuser Beziehungen als weniger beschämend empfunden (Oevermann, 2009, S. 138 – 139).

Doppelte Professionalisierung

Wie beschrieben beruht die professionelle Expertise zwar auf Fachwissen, sie muss jedoch die interventionspraktische Anwendung (Rückübersetzung) auf die Lebensrealität vornehmen. Beide Kompetenzen bedürfen einer Ausbildung, d. h. sowohl das Fachwissen als auch das praktische Handeln im Sinne des Arbeitsbündnisses muss erlernt werden. Dies bedeutet eine »doppelte Professionalisierung«, die jedoch mit einem Berufsabschluss nicht abgeschlossen ist. Eine Bereitschaft, sich weiterzubilden und die eigene Praxis kontinuierlich zu reflektieren, ist daher unabdingbar. Am »Lernort Hochschule« wird der wissenschaftliche Diskurs eingeübt, dies bedeutet das Erlangen eines wissenschaftlichen Habitus und führt zu einer »Kultur der Distanz«, die sich von der Praxis distanziert und durch einen diagnostischen Blick sowie dem Wissen über Diagnose- und Interventionspraktiken geprägt ist. Demgegenüber wird am »Lernort Praxis« die Handlungslehre eingeübt. Dies führt zu einem Habitus der Praktiker*in, der geprägt ist von einer teilweisen Überwindung der Distanz zu den Klient*innen, zu denen die Praktiker*in eine kontrolliert diffuse jedoch empathische Beziehung pflegt. Bei der stellvertretenden Bewältigung der beschädigten Lebenspraxis wird dabei auf erfahrungswissenschaftliche Erkenntnisse zurückgegriffen (Garz & Raven, 2015, S. 129 – 135).

Begrifflichkeiten

Gemäß Oevermann lassen sich die Begrifflichkeiten »Profession«, »Professionalisierung« und »professionalisierungsbedürftig« also folgendermaßen beschreiben:

- **Profession:** ein Beruf, der sich durch stellvertretende Krisenbewältigung auszeichnet, der Theorie und Praxis vereint, sowie nicht-standardisierbar handelt und der einem der drei Foci des professionellen Handelns zuzuordnen ist.
- **Professionalisierung:** Entwicklung einer beruflichen Tätigkeit zu einer Profession. Ausbildung einer Person zur Zugehörigkeit in einer Profession. Nicht gleichzusetzen mit Expertisierung oder Akademisierung.
- **Professionalisierungsbedürftig:** Ein Beruf ist dann professionalisierungsbedürftig, wenn er sich mit der stellvertretenden Krisenbewältigung von

Klient*innen befasst, theoretisches Wissen mit interventionspraktischer Anwendung vereint, ein Arbeitsbündnis erfordert und auf die Wiederherstellung der autonomen Lebenspraxis abzielt (z. B. soziale Arbeit).

4.4.2 Anwendbarkeit von Oevermanns Theorie der Professionalisierung auf EX-IN Genesungsbegleitung

Es stellt sich nun die Frage, ob EX-IN Genesungsbegleitung im Sinne der Theorie Oevermanns eine Profession darstellt. Dazu werden die einzelnen Aspekte, die im vorangegangenen Abschnitt vorgestellt wurden, in Hinblick auf Genesungsbegleitung diskutiert.

Stellvertretende Krisenbewältigung

Genesungsbegleitung unterstützt Menschen, die psychische Schwierigkeiten haben, sie lässt sich also dem ersten Fokus der stellvertretenden Krisenbewältigung zuordnen. Da Empowerment und Selbstbestimmung wesentliche Konzepte darstellen, die Genesungsbegleitung und EX-IN zugrunde liegen, darf davon ausgegangen werden, dass Genesungsbegleitung das Ziel hat, Menschen bei der Wiederherstellung ihrer autonomen Lebenspraxis zu unterstützen.

Dialektik von Theorie und Praxis – Nicht-Standardisierbarkeit

Abweichend von anderen sozialen Berufen ist die Wissensgrundlage bei EX-IN nicht akademisches Wissen, sondern das Erfahrungswissen. Das Erfahrungswissen wird jedoch durch die Art seines Entstehens verallgemeinert und vom Subjekt trennbar (van Haaster, 2016, S. 58), eine Definition von Wissen, die Oevermann benennt (Oevermann, 2004, S. 175 – 176). Die Nicht-Standardisierbarkeit ist gegeben, denn Genesungsbegleitende agieren situativ, kontextuell und personenspezifisch. Dies ist mit den »Praktiken des Reflektierens« (Schmid, 2020) beschrieben (siehe 3.1).

Das Arbeitsbündnis

Das Arbeitsbündnis soll gemäß Oevermann einen geschützten Raum bieten, in dem die stellvertretende Krisenbewältigung stattfinden kann. Durch die empathische Beziehungsgestaltung von Genesungsbegleitenden wird dieser Raum geschaffen. Die Inanspruchnahme von Genesungsbegleitung seitens der Hilfesuchenden geschieht immer freiwillig. Zum Rollen- und Beratungsverständnis von Genesungsbegleitung gehört die Begegnung auf Augenhöhe.

Außerdem erfordert Genesungsbegleitung auf Grundlage von Erfahrungswissen, sich als ganze Person einzubringen. Das bedeutet, dass Genesungsbegleitende sich in diffuse Beziehungen begeben. Eine Asymmetrie wie zwischen Therapeut*in und Klient*in besteht nicht und ist auch nicht gewollt. Hier lässt sich argumentieren, dass Genesungsbegleitende, wenn sie Angestellte in einer Institution sind, immer auch eine Rolle innehaben, sie Teil der Institution (beispielsweise einer Klinik) sind. Diese Tatsache schafft zumindest eine gewisse Asymmetrie und »spezifische Sozialbeziehung«. Im Modus des »erweiterten Reflektierens« (siehe 3.1.2), der Beziehungsräume für alle Beteiligten im Behandlungsprozess schafft, wird dies wahrscheinlich deutlicher als im direkten Kontakt mit den Nutzenden. Genesungsbegleitende haben keine Kontrollaufgaben, was Oevermanns Forderung nach strikter Trennung von Hilfe und Kontrolle entspricht. Genesungsbegleitende arbeiten in einem verstehenden Modus; sie können nachempfinden, was Klient*innen empfinden. Dies entspricht eher einem Modell von psychisch-somatischer Resonanz, als dass aktiv Übertragung und Gegenübertragung genutzt werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Genesungsbegleitende einen Beziehungsraum herstellen, der vielen, aber nicht allen Aspekten des Arbeitsbündnisses bei Oevermann entspricht.

Doppelte Professionalisierung

Oevermann fordert eine doppelte Professionalisierung durch Ausbildung wissenschaftlich-methodischer Kompetenz und interventionspraktischer Fähigkeiten. Zwar durchlaufen EX-IN Genesungsbegleitende eine strukturierte Qualifizierung, jedoch ist diese weniger akademisch fundiert als bei anderen Berufen. Dies könnte als Einschränkung im Hinblick auf eine Erfüllung des Professionalitätsbegriffs gesehen werden. Hier braucht es eine Übersetzungsleistung, um das Erfahrungswissen und WIR-Wissen, das in der EX-IN Qualifizierung generiert wird, als spezifisches Fachwissen (gleichbedeutend mit formalem Wissen) zu betrachten. Was daran deutlich wird, ist, dass es Genesungsbegleitende ohne eine vorbereitende Qualifizierung an einer spezifischen Wissensgrundlage mangelt. Mancherorts werden Psychiater*innen erfahrene als Peer-Worker bzw. Genesungsbegleitende ohne vorausgehende Qualifizierung eingestellt – sei es aus Mangel an qualifizierten Bewerber*innen oder aus einem Unverständnis der Bedeutung einer fundierten Qualifizierung heraus. Dies ist im Sinne der diskutierten Aspekte kritisch zu bewerten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass EX-IN Genesungsbegleitung viele Merkmale einer Profession im Sinne Oevermanns aufweist, insbesondere hinsichtlich der stellvertretenden Krisenbewältigung, der Nicht-Standardisierbarkeit

und (teilweise) des Arbeitsbündnisses. Allerdings könnte die fehlende akademische Fundierung als Einschränkung betrachtet werden, um EX-IN Genesungsbegleitung als Profession zu klassifizieren. Daher wäre Genesungsbegleitung als professionalisierungsbedürftiges Feld zu betrachten. Eine weitere Akademisierung und institutionelle Anerkennung könnten die professionelle Position stärken.

Allerdings benötigt die Forderung nach einer stärkeren »Akademisierung«, wie bereits benannt, eine Übersetzungsleistung, um das Erfahrungswissen und WIR-Wissen als Wissensgrundlage anzuerkennen. Spezifische Fortbildungen für Genesungsbegleitende könnten eine Möglichkeit sein, diese Lücke zu adressieren. Solche Fortbildungen sollten die Methodik des EX-IN Kurses nutzen, weiteres Wissen vermitteln sowie das WIR-Wissen präsent halten und auffrischen.

Eine Akademisierung von EX-IN mit einem Fokus auf formal anerkanntes Wissen oder Zugangsvoraussetzungen in Form formaler Bildungsabschlüsse würde den inklusiven Prinzipien von EX-IN zuwiderlaufen. Dadurch würden Menschen ausgeschlossen, die wertvolles Erfahrungswissen beizutragen haben. Da psychische Erkrankungen alle Bevölkerungsschichten betreffen, müssen auch alle Schichten unter den Genesungsbegleitenden vertreten sein und allen muss der Zugang zur Qualifizierung möglich sein.

5 Interviews mit Genesungsbegleiter*innen und Supervisor*innen

Die bisher vorgestellten theoretischen Zugänge bieten einen Rahmen, um die Vielschichtigkeit von EX-IN Genesungsbegleitung zu verstehen. Neben Ansätzen zum Verständnis der Rolle und Herausforderungen von EX-IN Genesungsbegleitenden werden die Professionalisierung und die Bedeutung der Reflexivität im Kontext von Genesungsbegleitung beleuchtet.

Mit der Untersuchung der Perspektiven von Genesungsbegleiter*innen und Supervisor*innen, wie sie in den Interviews deutlich werden, widmet sich das vierte Kapitel der empirischen Ebene dieser Arbeit.

Zunächst werden die Ergebnisse der Interviews separat dargestellt, um sie dann im fünften Kapitel mit den zuvor ausgearbeiteten theoretischen Zugängen in Bezug zu setzen und zu diskutieren.

Durch die Vorgehensweise der Isolierung der Analyseebenen der Theorie und der Empirie wird eine klare Struktur geschaffen, die als Grundlage für die anschließende Synthese beider dient.

Die vorliegende Untersuchung analysiert Interviews mit Genesungsbegleiter*innen und Supervisor*innen. Ziel ist es, Einblicke in die Herausforderungen und Potenziale der Genesungsbegleitung zu gewinnen. Der besondere Fokus liegt dabei auf Reflexivität, Rollenklarheit und Erfahrungen mit Supervision.

5.1 Die qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse stellt in der sozialwissenschaftlichen Forschung eine gängige Methode zur Auswertung von Textmaterial dar – beispielsweise von Interview-Transkripten. In Deutschland wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse insbesondere von Phillip Mayring bekannt gemacht, der erstmals 1983 ein Buch zur Methode veröffentlichte, das mittlerweile mehrfach überarbeitet und erweitert wurde und hier in der 13. Auflage (2022) genutzt wird (Kuckartz, 2018, S. 5; Mayring, 2022, S. 7).

Während Mayring als einer der Pioniere der Methode gilt, diese in seinem Werk ausführlich begründet und herleitet, legt Kuckartz (2018) einen Schwerpunkt auf die praktische Anwendung. Mayring fordert, dass eine Inhaltsanalyse definierten Qualitätsstandards entsprechen muss, um nachvollziehbar und valide zu sein. So sollte die Inhaltsanalyse systematisch, regelgeleitet und theoriebasiert vorgehen (Mayring, 2022, S. 12 – 13).

Mayring entwickelte seine Methode aus der Kombination mehrerer Verfahren zur Textauswertung: Kommunikationswissenschaften (Content Analysis), Hermeneutik (Kunstlehre der Interpretation), qualitative Sozialforschung (interpretatives Paradigma), Sprach- und Literaturwissenschaft sowie Psychologie der Textverarbeitung und Kategorienbildung (Mayring, 2022, S. 26 – 48). Im zentralen Kapitel seines Buches »Techniken qualitativer Inhaltsanalyse« (Mayring, 2022, S. 49 – 107) führt er verschiedene Techniken genauer aus. Insbesondere interessiert hier die von ihm beschriebene Vorgehensweise der Zusammenfassung und induktiven Kategorienbildung (Mayring, 2022, S. 68 – 88): Sie zielt darauf ab, das Material durch Zusammenfassen so weit zu verdichten, dass es auf die wesentlichen Inhalte reduziert wird, ohne jedoch die zentrale Bedeutung des Materials zu verfälschen oder zu verlieren. In mehreren Durchläufen soll nach vorgegebenen Regeln der Zusammenfassung das Material reduziert werden, bis sich durch diesen Prozess zusammenfassende Aussagen bilden lassen.

Kuckartz kritisiert Mayrings Methode dahingehend, dass durch die starre Vorgehensweise die Gefahr einer zu starken Bündelung bestünde und dass insbesondere durch die von Mayring geforderte Abstraktion auf ein einheitliches Sprachniveau komplexere Zusammenhänge zwischen Aussagen sowie Widersprüchlichkeiten verloren gehen könnten (Kuckartz, 2018, S. 74 – 76).

Unbenommen bleibt, dass sich das zu analysierende Material nur mit einem sinnvoll begründeten – somit nachvollziehbaren – Kategoriensystem analysieren lässt.

Kategorien können anhand des Materials oder vorab festgelegt werden. Mayring benennt dies als induktive (aus dem Material erschlossene) oder deduktive (theoriegeleitete) Kategorienbildung. Wobei er erstere als zusammenfassende und die zweite als strukturierende Methode beschreibt (Mayring, 2022, S. 68 – 88, 2022, S. 96 – 103).

Kuckartz differenziert die Kategorienbildung dahingehend, dass er die Grundlage, auf der die Kategorien beruhen, auf einem Kontinuum einordnet, dessen einen Pol die Theorie, den anderen die Empirie bildet. Er betont, dass die Art der Kategorienbildung von mehreren Faktoren abhängig ist, wie dem Forschungsgegenstand, der Zielsetzung und dem Vorwissen der Forschenden (Kuckartz, 2018, S. 63 – 64). Die Bildung von Kategorien vorab bezeichnet Kuckartz als »a-priori-Kategorienbildung«, da er den Begriff »deduktiv« für irreführend hält. Es ist wichtig, dass die Kategorien trennscharf und vollständig definiert sind, um eine eindeutige

Zuordnung aller zu kodierenden Textstellen zu gewährleisten (Kuckartz, 2018, S. 64–71). Zur (induktiven) Kategorienbildung am Material geht Kuckartz zunächst auf verschiedene Methoden ein, wobei er die o. g. Kritik an Mayring benennt (Kuckartz, 2018, S. 72–86), um anschließend einen Leitfaden zur Kategorienentwicklung vorzustellen, der sechs Punkte umfasst, die auch mehrfach durchlaufen werden können:

1. Ziel der Kategorienbildung auf der Grundlage der Forschungsfrage bestimmen
2. Kategorienart und Abstraktionsniveau bestimmen
3. Mit den Daten vertraut machen und Art der Codiereinheit festlegen
4. Die Texte sequenziell bearbeiten und direkt am Text Kategorien bilden, Zuordnung existierender oder Neubildung von weiteren Kategorien
5. Systematisieren und Organisieren des Kategoriensystems
6. Das Kategoriensystem festlegen (Kuckartz, 2018, S. 83–86)

Im Weiteren beschreibt er die konkrete Umsetzung auf zweierlei Weise, wobei bei der ersten, der »Kategorienbildung via fokussierte Zusammenfassung« (Kuckartz, 2018, S. 86–88), die Nähe zu Mayrings Vorgehen der Zusammenfassung deutlich wird.

Ist das gesamte Material abschließend codiert, kann es gemäß der Forschungsfrage ausgewertet werden, wobei verschiedene Ansätze in Frage kommen. Diese Ansätze werden von Kuckartz als inhaltlich strukturierende, evaluative und typenbildende qualitative Inhaltsanalyse beschrieben (Kuckartz, 2018, S. 97–162).

Diesen Ansätzen liegt allen gleichermaßen ein grundsätzliches Schema der Vorgehensweise zugrunde: Auf die Textarbeit folgen die Kategorienbildung, Codierung und Analyse, dann die Ergebnisdarstellung. Bei Bedarf werden mehrere dieser Zyklen durchlaufen. Jeder Schritt behält den Bezug zur zentralen Forschungsfrage bei.

Mayring und Kuckartz bieten zwei unterschiedliche Perspektiven auf die qualitative Inhaltsanalyse: Mayring hat einen stärker regelbasierten Ansatz mit Betonung auf Objektivität und Nachvollziehbarkeit. Kuckartz erkennt zwar die Wichtigkeit der Nachvollziehbarkeit und Regelgeleitetheit an, gleichzeitig plädiert er jedoch für eine flexiblere, an die Anforderungen des Forschungsvorhabens angepasste Vorgehensweise.

5.2 Analyse der Interviews

5.2.1 Entstehung des Materials

Zu Beginn erfolgte die Bitte in eigenen Netzwerken, die Anfrage für Interviews weiterzugeben. Dies mit dem Ziel, Interviewpartner*innen zu finden, die der Verfasserin nicht – oder nur entfernt – persönlich bekannt sind und zu denen keine nähere berufliche oder private Beziehung besteht. Dennoch ergab sich mit einigen im Zuge des vorbereitenden Kontaktes eine gewisse Nähe über die Anrede per »Du«, die bei Genesungsbegleitenden untereinander weitverbreitet ist und sich wie selbstverständlich ergab. Dies erklärt, warum die Anrede in den Interviews nicht einheitlich ist.

Die Interviewpartner*innen wurden chronologisch nach Eingang der Rückmeldungen ausgewählt. Voraussetzung für die Teilnahme war, dass die Genesungsbegleiter*innen in dieser Rolle Supervisionserfahrung hatten, beziehungsweise dass die Supervisor*innen Erfahrung in der Supervision von Genesungsbegleiter*innen vorweisen konnten. Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Im Vorfeld wurden die Interviewpartner*innen über den Datenschutz aufgeklärt, auch darüber, dass sie ihre Einwilligung jederzeit widerrufen können. Die Interviews wurden über die Videoplattform Zoom geführt und aufgezeichnet. Mit dieser Vorgehensweise waren alle Interviewten einverstanden, was sie mit einer schriftlichen Einverständniserklärung bekundeten. Zu Beginn des Interviews wurde nochmals zum Umgang mit dem Datenmaterial aufgeklärt. Die Studie umfasst sechs Interviews, davon je drei mit Genesungsbegleiter*innen und Supervisor*innen. Die Länge der Interviews belief sich auf 25 bis 40 Minuten. Es handelt sich um leitfadengestützte Interviews. Dem Leitfaden liegen folgende Fragestellungen zugrunde: Wie lässt sich die Reflexivität und Rollenklarheit von Genesungsbegleitung im Arbeitsalltag fördern und erhalten? Welche Bedeutung haben dabei Weiterbildung und Supervision? Wie ist das Erleben der Supervision? Zum besseren Verstehen erschien es sinnvoll, auch die Herausforderungen im Berufsalltag zu erfragen.

Das Thema sollte aus der Perspektive der Genesungsbegleitenden und der Supervisor*innen beleuchtet werden. Der Interviewleitfaden wurde so konzipiert, dass Antworten aus beiden Perspektiven (Innensicht der Genesungsbegleiter*innen, Außensicht der Supervisor*innen) auf dieselben Fragen generiert wurden. Im Interview sollte möglichst viel Raum für die eigene Erzählung gelassen werden, wobei gelegentliche Nachfragen oder vertiefende Fragen möglich waren.

Nach der Durchführung der Interviews wurde die Videoaufnahme umgehend gelöscht, während die Audioaufnahme

für die weitere Analyse beibehalten wurde. Diese wurden wörtlich nach vorher festgelegten Regeln (s. u.) transkribiert. Die Transkripte (Texte) sind Grundlage der Analyse.

5.2.2 Formale Charakteristika des Materials

Die Audiodatei von Zoom wurde in das MP3-Format umgewandelt und anschließend mittels der Software f4audi-transkription automatisch in Text transkribiert. Dieser Text wurde mit der Software f4transkript weiterbearbeitet. D. h., die automatische Transkription korrigiert, Zeitmarken und Sprecher*innenbezeichnung eingefügt.

Dabei wurden die folgenden Regeln für die Transkription zugrunde gelegt:

- Dialekt wurde eingedeutscht
- Wiederholungen wurden belassen
- Paraverbale Äußerungen (wie ‚Ähh‘, ‚hmm‘) wurden beibehalten, sofern sie Pausen, Zustimmung oder Aufforderungen zum Weitersprechen signalisierten
- Pausen von mehr als drei Sekunden wurden mit (...) gekennzeichnet
- Die Interpunktion wurde so gesetzt, dass sie eine gute Lesbarkeit des Textes ermöglicht, ohne den aus dem Audio verstandenen Sinn zu verfälschen
- Die Interviewerin wurde mit I, die Interviewpartner*innen mit GB (1–3) bzw. SV (1–3) bezeichnet

5.2.3 Vorgehensweise zur Analyse der Interviews

Die Methodik dieser Studie basiert auf einer Synthese der Ansätze von Mayring (2022) und Kuckartz (2018). Diese Kombination ermöglicht es, sowohl die Systematik als auch die notwendige Flexibilität in der qualitativen Inhaltsanalyse zu gewährleisten, wobei im Wesentlichen Kuckartz' Vorgehen der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018, S. 97–122) zugrunde gelegt wurde. Zur Zusammenfassung des Materials wurde (gemäß Mayring) die in den Interviews enthaltenen Aussagen paraphrasiert, jedoch die Zusammenfassung bei einem Durchgang belassen, was sich aufgrund des überschaubaren Umfangs des Materials als ausreichend erwies.

Die Paraphrasierungen wurden im weiteren Verlauf in mehreren Durchgängen codiert und strukturiert. Der Rückbezug auf die Originalaussagen sollte im anschließenden Auswertungsprozess jederzeit möglich sein und war durch die intensive Auseinandersetzung mit den Texten und deren genaue Kenntnis gewährleistet.

»Auch nach der Zuordnung zu Kategorien bleibt der Text selbst, d. h. der Wortlaut der inhaltlichen Aussagen, relevant und spielt auch in der Aufbereitung und Präsentation der Ergebnisse eine wichtige Rolle.« (Kuckartz, 2018, S. 48)

Aus dem Interviewleitfaden wurden die thematischen Hauptkategorien abgeleitet, die eine initiale Strukturierung des Materials ermöglichten.

Die Zusammenfassung und Codierung erfolgten mit Hilfe des Programmes f4analyse.

Die Interviews der Genesungsbegleiter*innen und der Supervisor*innen wurden getrennt als zwei Blöcke untersucht, allerdings mit demselben Codesystem, um Innensicht und Außensicht vergleichbar zu machen.

Bei der Codierung sollte der semantische Inhalt der Transkripte analysiert werden. Während der Analyse wurde deutlich, dass in einer Aussage oft mehrere Themen angesprochen wurden, so dass diese dann entsprechend mehrfach zugeordnet wurde. Diese Möglichkeit räumt Kuckartz explizit ein (Kuckartz, 2018, S. 102).

Die Interviews wurden zwar anhand des Leitfadens geführt, gleichzeitig wurde die Gesprächsführung so gestaltet, dass sie ein möglichst freies Erzählen ermöglichte. Dies hatte zur Folge, dass sich die Aussagen zu den jeweiligen Themen auf den gesamten Text verteilten und nicht nur als Antwort auf die entsprechende Frage auftauchten. Ein logischer nächster Schritt war es demnach eine Themenmatrix zu erstellen (Kuckartz, 2018, S. 111–112).

Nachdem nun die theoretischen Grundlagen und das methodische Vorgehen erläutert sind, folgen im nächsten Abschnitt eine detaillierte Vorstellung des Codesystems sowie die Präsentation der Ergebnisse der Interviewanalyse.

5.3 Ergebnisse

Die sechs Interviews, davon drei mit Genesungsbegleiter*innen (2w, 1m) und drei mit Supervisor*innen (3w), dauerten zwischen 25 und 40 Minuten.

Bereits während der Interviews offenbarte sich eine Kategorie, die nicht durch die Fragen abgedeckt war: Es wurden Aussagen gemacht, die Arbeitgeber*innen von Genesungsbegleitenden adressieren. Die zunächst festgelegten Hauptkategorien zur ersten Strukturierung des Materials waren damit folgende:

- Kontext der Supervision
- Erleben der Supervision
- Inhalte in der Supervision
- Unterschiede zwischen Genesungsbegleitenden und anderen Berufsgruppen

- Vor- und Nachteile der Gruppensupervision von Genesungsbegleitenden
- Berufliche Herausforderungen nach der Qualifizierung
- Weiterbildungsbedarf nach der Qualifizierung
- Geeignete Formate zur Förderung der Reflexivität und der Rollenklarheit
- Forderungen an Arbeitgeber

Besonders auffallend war, dass auf die Frage nach dem Weiterbildungsbedarf von Genesungsbegleitenden alle drei Supervisor*innen bei Institutionen und Einrichtungen, also auf Arbeitgeberseite, einen Bedarf benannten.

Nach der unter 4.2.3 beschriebenen Vorgehensweise entstand das abschließende Codesystem, auf dessen Grundlage die abschließende Sichtung und weitere Untersuchung des Materials erfolgten. Dieses Codesystem gliedert sich wie folgt:

- Kontext der Supervision
 - Team SV
 - Gruppen SV
 - Einzel SV
- Erleben der Supervision
- Inhalte in der Supervision
- Unterschiede zwischen Genesungsbegleitenden und anderen Berufsgruppen
- Chancen und Risiken von Gruppensupervision von Genesungsbegleitenden
 - Chancen der Gruppensupervision
 - Risiken der Gruppensupervision
- Tätigkeit von Genesungsbegleitenden
 - Erleben der Entwicklung als Genesungsbegleitung
 - Berufliche Herausforderungen von Genesungsbegleitenden
 - Beschreibung der Tätigkeit als Genesungsbegleitung
- Weiterbildungsbedarf
 - Weiterbildungsbedarf für Genesungsbegleitende
 - Argumente für Weiterbildung
 - Argumente gegen Weiterbildung
 - mögliche Themen für Weiterbildungen
 - Rolle
 - Selbstfürsorge
 - Gesprächsführung
 - Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen
 - sonstige
 - Weiterbildungsbedarf für Arbeitgeber von Genesungsbegleitenden
- Geeignete Formate zur Förderung der Reflexivität und der Rollenklarheit
 - Supervision
 - Intervention & kollegiale Beratung
 - Schulungen, Fort- und Weiterbildungen
 - Andere
- Forderungen an Arbeitgeber von Genesungsbegleitenden

Die Auswertung in Form einer Matrix bietet einerseits eine Darstellung innerhalb jeder der sechs Fälle (vertikal), andererseits eine Darstellung innerhalb jeder Kategorie (horizontal). Beim Erstellen der Matrix wurde das Material derart zusammengefasst und strukturiert, dass Dopplungen und Mehrfachaussagen gebündelt sowie gleichlautende bzw. kontrastierende Aussagen unterschiedlicher Personen nebeneinandergestellt wurden.

Auf eine Falldarstellung (vertikal) oder eine Zusammenfassung der Aussagen in den Kategorien (horizontal) wird hier bewusst verzichtet. Diese können aus der nachfolgenden Matrix herausgelesen werden.

Zur besseren Übersicht wurden in der Matrix einige Unterkategorien zusammengefasst dargestellt.

TABELLE 4: Auswertungsmatrix der Interviews mit Genesungsbegleiter*innen

Kategorie	GB1	GB2	GB3
Kontext der Supervision	Gruppe Einzel (6x) Ausbildungskontext Arbeitskontext	Gruppe Einzel (2x) Team Arbeitskontext	Gruppe Team Ausbildungskontext (andere Fortbildungen) Arbeitskontext
Erleben der Supervision	Hat Supervision durchweg als hilfreich empfunden Atmosphäre war angenehm (wertschätzend, unterstützend, familiär, angstfrei, hierarchiefrei, vertrauensvoll) Hat aus der Supervision gelernt, von den anderen Supervisand*innen (Austausch, Feedback, Anregungen) und den Supervisorinnen (Fachwissen) Supervision hat geholfen Muster und blinde Flecken zu erkennen Zusammenhalt wurde gestärkt	Hat kritische Einstellung zu Supervision aufgrund negativer Erfahrungen. Lediglich Einzel-SV wurde als hilfreich erlebt aufgrund der Person des Supervisors Positiv an der Gruppen-SV war, die anderen zu treffen, Austausch Negativ die Abhängigkeit von der Supervisorin, die ehemals Ausbilderin war Sieht eigene Entwicklung in der SV, war zunächst zu unkritisch Sprache in der Team-SV wird als herausfordernd betrachtet Team-SV nicht geeignet für Kontrolle der eigenen Arbeit als GB, würde dort keinen Fall einbringen	Gruppensupervision nicht als hilfreich empfunden, da zu sehr Fokus auf persönliche Probleme und weniger auf Fragen der Tätigkeit eingegangen wurde (»Selbsthilfegruppe«) Teamsupervision sowohl negativ als auch positiv erlebt in Abhängigkeit von der Person der Supervisor*in. Schätzt Feldwissen des aktuellen Supervisors Bringt sich aktiv in Team-SV ein
Inhalte in der Supervision	Fallbesprechungen Umgang mit Nähe und Distanz, Abgrenzung, Anrede Terminabsagen seitens der Klient*innen Rollenfindung Zeitlicher Rahmen der Begleitung (für Klient*innen), Abschiede Umgang mit Corona-Regeln	Implementierungsfragen und -herausforderungen für die Genesungsbegleitenden Fallsupervision Fragen der Haltung (Team-)Konflikte	In der Gruppe: persönliche Probleme der TN Im Team: Fallsupervision wirbt als GB die aktiv für die Perspektive der Klient*innen Eigene emotionale Betroffenheit
Unterschiede zwischen Genesungsbegleitenden und anderen Berufsgruppen	—	GB haben anderes Verständnis von psychischer Erkrankung Die Sprache, wie über Menschen gesprochen wird, ist anders Andere Haltung Hat ein Gefühl der Überfremdung im Kontakt mit andere Berufsgruppen, die Hoffnung, dass sich andere durch das Vorbild von GB mehr öffnen, hat sich nicht erfüllt	Angehörige anderer Berufsgruppen sind zielorientierter GB können mit der eigenen Betroffenheit offen sein Anderer Umgang mit Nähe und Distanz (Abstand vs. mit-schwingen)
Chancen und Risiken von Gruppensupervision von Genesungsbegleitenden	Sieht Chancen aufgrund der Atmosphäre: Augenhöhe, hierarchiefrei, angstfrei, wertschätzend Sieht keine Nachteile	Chance als Korrektiv von Haltung und Rolle Entgegenwirken der Gefahr der Assimilierung an sog. Profis (Sprache, Haltung, Einstellungen) gegenseitige Stärkung, auch im Umgang mit Nutzer*innen	Chance, den großen Erfahrungsschatz von Genesungsbegleitenden zu nutzen Bezug zur eigenen Betroffenheit und Biografie herstellen Risiko, dass es zu in die Nähe von Selbsthilfegruppe rückt

FORTSETZUNG

FORTSETZUNG

TABELLE 4: Auswertungsmatrix der Interviews mit Genesungsbegleiter*innen

Kategorie		GB1	GB2	GB3
Tätigkeit von Genesungsbegleitenden	Erleben der Entwicklung als Genesungsbegleitung	Rollenfindung als Prozess Lernprozess auch in Supervision	Zunächst dankbar überhaupt als GB arbeiten zu dürfen; dadurch zu Beginn eher unkritisch Mit der Zeit eigenes Profil und Meinung und mehr Selbstbewusstsein entwickelt	—
	Berufliche Herausforderungen von Genesungsbegleitung	Bürokratie und Digitalisierung (Klinische Strukturen besser bewältigt als ambulante) Aufgaben – und Rollenklarheit Nähe und Distanz austarieren Übertragung/Übernahme von Tätigkeiten, die nicht zu Genesungsbegleitung gehören Für sich alleine arbeiten Bewusstheit über eigene Grenzen Klarheit über Rahmenbedingungen (mit Klient*innen) Gefahr der Überlastung Selbstfürsorge	Mangelnde Kontrolle bei hoher Autonomie Mangelndes Interesse anderer Berufsgruppen an der Tätigkeit von GB Mangelnde Wertschätzung von Kollegen Wenig kollegialer Umgang Einsamkeit Gefahr der Assimilierung Desillusioniert was die Wirksamkeit auf das System betrifft GB als Maskottchen Die eigene Rolle vertreten braucht Kraft	Finden und Halten der Perspektive (das braucht Unterstützung) Widerspruch leisten Initiative ergreifen (um Medikation in Frage zu stellen) Für sich werben Sich aktiv im Team einzubringen, um wirksam für Klient*innen zu sein Sich innerhalb der Hierarchien behaupten Selbstbewusstsein entwickeln GB als Beiwerk
	Beschreibung der Tätigkeit	Genesungsbegleitung ist vielfältig und komplex Klient*innen sind dankbar Nähe und Distanz über Anrede reguliert	Autonome Arbeit Haltung äußert sich in der Sprache Arbeit ist erfüllend	Raum des Aushaltens schaffen Emotional mitschwingen Andere Sicht vertreten Die eigene Betroffenheit offenlegen Nähe und Distanz über Anrede reguliert Genesungsbegleitung ist ein Politikum

FORTSETZUNG

FORTSETZUNG

TABELLE 4: Auswertungsmatrix der Interviews mit Genesungsbegleiter*innen

Kategorie		GB1	GB2	GB3
Weiterbildungsbedarf für Genesungsbegleitende	Argumente für Weiterbildung	Erweiterung von Kompetenzen Wissen und Methoden aus anderen Ausbildungen sind hilfreich Handlungskompetenz für Notfallsituationen erlangen	Weiterbildungsbedarf ist hoch, denn Qualifizierung ist zu kurz Vertiefung von Wissen	Fortbildungen unterstützen beim Halten der Rolle und Perspektive, helfen gegen Assimilierung Sich mit Zwischenposition zufriedengeben ist falsch Persönlicher Gewinn durch Freude am Lernen Andere Berufsgruppen haben auch spezifische Fortbildungen, die sollte es auch für Genesungsbegleitende geben, diese würde auch eine Aufwertung und mehr Wertschätzung für die GB bedeuten Man erlangt Wissen, das auch den Klient*innen zugutekommt, da man es weitergeben kann
	Argumente gegen Weiterbildung	Wenn ungeeignete Methoden vermittelt werden	Nicht noch mehr Wissen anhäufen Es braucht nicht bestimmte Methoden	—
	Mögliche Themen für Weiterbildung	Selbstfürsorge, Psychohygiene Gesprächsführung, Gesprächskompetenz Grundlagenwissen für Notfallsituationen Traumasensibilität Weiterführende Hilfen	Rollenfindung Selbstreflexion Bewusste Gesprächsführung Fürsprache und Begleitung voneinander abgrenzen Vernetzung, Wissen über andere Angebote	Rolle Selbstfürsorge, Abgrenzung, Nähe – Distanz Koproduktion, Tandemarbeit
	Weiterbildungsbedarf für Arbeitgeber von Genesungsbegleitenden	—	Zusammenarbeit/Umgang mit GB für Teams Veränderung für die Versorgungslandschaft bewirken	Koproduktion Tandemarbeit
Geeignete Formate zur Förderung der Reflexivität und der Rollenklarheit	Supervision Intervision, kollegialer Austausch Selbstreflexion anhand eines Leitfadens Selbsthilfegruppe	Supervision (fortlaufend und auch Fallsupervision) Intervision, kollegialer Beratung	Supervision Kollegialer Austausch	
Forderungen an Arbeitgeber von GB	—	Es muss mehr Genesungsbegleitende geben Die Versorgungslandschaft braucht Veränderung Bekenntnis zur eigenen Krisenerfahrung auch bei anderen Berufsgruppen Genesungsbegleitende als Vorbild nehmen zum Umgang mit Menschen Fortlaufende (Fall-)Supervision	—	

TABELLE 5: Auswertungsmatrix der Interviews mit Supervisor*innen

Kategorie	SV1	SV2	SV3
Kontext der Supervision	Gruppe Team mit GB	Gruppe	Gruppe Teams mit GB Einzel (mit EX-IN Trainer – bezieht sich im weiteren Verlauf nicht mehr darauf)
Erleben der Supervision	Supervisand*innen bringen große Bereitschaft für Supervision mit Es gibt ein großes Bedürfnis nach Supervision bei GB Große Bereitschaft der Supervisand*innen sich gegenseitig Beratung und Perspektiven zur Verfügung zu stellen Unsicherheit bei Supervisand*innen, ob Themen passend sind GB im Team war sehr still War erstaunt über die mangelnde Implementierung von GB Hat selten erlebt, dass ein Team über positive Effekte von Genesungsbegleitung berichtet	Psychische Beeinträchtigung der Supervisand*innen hat die Wahl der Methoden beeinflusst (Raucher-)Pausen waren sehr wichtig Großes Redebedürfnis Großes Vertrauen untereinander Gefahr, dass Supervision als Therapieersatz genutzt wird Gruppensupervision scheint den GB wichtig zu sein Selbst viel gelernt, war bereichernd Viel über Innensicht psychischer Erkrankung erfahren Supervision war herausfordernd aufgrund der psychischen Verfassung der Supervisand*innen	Supervisand*innen waren sehr engagiert, hohe Bereitschaft zur Reflexion Hohe Reflexivität, dadurch hohe Intensität Sehr emotional Hohes Einfühlungsvermögen der GB GB bringen sich in Teams sehr aktiv ein GB werden im Team als hilfreich wahrgenommen, andere lernen von der Perspektive der GB Supervision (Gruppe) war sehr besonders
Inhalte in der Supervision	Praktikumsreflexion (EX-IN Kurs) Rolle und Sichtweise von Genesungsbegleitung Rollenfindung, Rollenklarheit Aufgabenklarheit Umgang mit Herausforderungen, die durch die Institution und durch die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen bedingt sind (mangelnde Wertschätzung, mangelnde Implementierung, Eifersucht und Unverständnis anderer Berufsgruppen, Übertragung von Tätigkeiten, die nicht zu Genesungsbegleitung passen, fehlende Arbeitsplatzbeschreibung) Sich erwehren der Assimilation	Innensicht psychischer Erkrankung Umgang der Gruppe mit Belastungen Einzelner Rolle, Rollenverständnis, Aufgabenklarheit Verortung im Team, multiprofessionelle Zusammenarbeit Abgrenzung Eigene Grenzen Abgrenzen der Gruppen-Supervision von Therapiegruppe	Verortung der GB in der Struktur des Trägers Sind die Genesungsbegleitenden eines Trägers ein Team? Interessen der GB gegenüber dem Arbeitgeber Konflikte untereinander (Anlass der Supervision) Gilt die Supervision als Arbeitszeit?

FORTSETZUNG

FORTSETZUNG

TABELLE 5: Auswertungsmatrix der Interviews mit Supervisor*innen

Kategorie	SV1	SV2	SV3
Unterschiede zwischen Genesungsbegleitenden und anderen Berufsgruppen	<p>GB haben eine andere, ganzheitlichere Sicht auf Klient*innen und auf Krisen</p> <p>GB sind weniger defizitorientiert</p> <p>GB haben größere Nähe zu Klient*innen</p> <p>GB sind weniger abwertend gegenüber Klient*innen (obwohl Abwertung auch bei ihnen vorkommt)</p> <p>Andere Berufsgruppen haben größeres Selbstverständnis und Rollenklarheit (auch wenn sie alleine im Team vertreten sind)</p> <p>Bei GB ist das Stellenprofil unklarer</p>	<p>GB haben weniger Selbstverständnis und Selbstbewusstsein</p> <p>Andere Berufsgruppen haben mehr Selbstverständnis und Rollenklarheit</p> <p>GB haben in der Supervision viel mehr Redebedürfnis</p> <p>Rauchen hat bei GB eine andere Funktion</p> <p>Pausen sind wichtiger als bei anderen Supervisionsgruppen</p> <p>Rollenverständnis ist bei anderen Berufsgruppen weniger Thema in der Supervision</p> <p>Gruppenregeln bedürfen mit GB in der Supervision mehr Aufmerksamkeit</p> <p>Supervision mit GB ist eine besondere Herausforderung</p>	<p>GB bringen andere Perspektive ein</p> <p>GB haben ein höheres Maß an Selbstreflexion</p> <p>GB können Schwächen und Unsicherheiten mitteilen</p> <p>GB haben eine hohe Kompetenz psychologische Prozesse und Projektionen wahrzunehmen</p> <p>GB fehlt es an Selbstbewusstsein und an Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen</p> <p>Oft tragen Genesungsbegleitende Themen mit mehr Vehemenz und persönlicher vor</p> <p>Sie haben eine hohe Bereitschaft, sich persönlich zu zeigen</p>
Chancen und Risiken von Gruppensupervision von Genesungsbegleitenden	<p>Gruppen SV kann GB stärken gegenüber institutionellen Hürden</p> <p>Gruppen SV kann Raum für Austausch bieten, den GB brauchen</p> <p>Gruppen SV kann GB in ihrer Perspektive stärken und so der Gefahr der Assimilierung entgegenwirken</p> <p>Bei Gruppen SV bleibt die Perspektive der GB in der Gruppe und wird nicht ins Team getragen</p>	<p>Gruppen SV bietet vertrauensvolle hierarchiefreie Atmosphäre, das hilft sich frei zu äußern</p> <p>Gefahr, dass Gruppen SV als Therapieersatz genutzt wird</p>	<p>Identitätsentwicklung geht nur in der Gruppe</p> <p>Gruppen SV kann GB stärken hinsichtlich Rollenklarheit und Selbstbewusstsein</p> <p>Gruppensupervision könnte zur Abgrenzung gegenüber anderen Berufsgruppen führen, statt die Zusammenarbeit zu fördern</p>

FORTSETZUNG

FORTSETZUNG

TABELLE 5: Auswertungsmatrix der Interviews mit Supervisor*innen

Kategorie		SV1	SV2	SV3
Tätigkeit von Genesungsbegleitenden	Erleben der Entwicklung als Genesungsbegleitung	—	—	—
	Berufliche Herausforderungen von Genesungsbegleitung	Gefahr der Assimilierung Mangelnde Implementierung Keine konzeptionelle Einbindung (»Feigenblatt sein«) Auf sich allein gestellt sein Alleine gelassen werden Müssen oft eigenes Profil selbst entwickeln Keine GB Kollege*innen haben Hilfstätigkeiten übertragen bekommen, sich dessen erwehren	Berufsbild in die Praxis zu tragen Chancen und Einsatzmöglichkeiten sind zu wenig reflektiert in den Institutionen Pionierarbeit leisten müssen Aufgaben übertragen bekommen, die nicht zu Rolle passen Unklare Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen, dadurch Konkurrenzempfinden und Kompetenzgerangel mit Kolleg*innen	Wenig Erfahrung mit GB in den Einrichtungen, unklare Rollenvorstellung Auf sich gestellt sein Unklares Tätigkeitsprofil Aufgaben übertragen bekommen, die nicht zur Rolle passen, sich dessen erwehren Unerfahrenheit Eigene Selbstoffenbarung (im Team) gut zu steuern Balance von Nähe und eigener Instabilität finden Differenzieren, was von den eigenen Schwierigkeiten in den Arbeitskontext gehört und was ggf. in therapeutische Begleitung
	Beschreibung der Tätigkeit	GB schaffen sich eigene Nischen, z. B. Gruppenarbeit	Die Ausgestaltung der Tätigkeit ist vom Individuum abhängig Manche erscheinen übermotiviert	—

FORTSETZUNG

FORTSETZUNG

TABELLE 5: Auswertungsmatrix der Interviews mit Supervisor*innen

Kategorie		SV1	SV2	SV3
Weiterbildungsbedarf für Genesungsbegleitende	Argumente für Weiterbildung		—	Es braucht Raum für Identitätsentwicklung
	Argumente gegen Weiterbildung	Weiterbildungen, die in Richtung Professionalität führen, braucht es nicht Spezialthemen braucht es nicht (Deeskalation, Kommunikation, Diagnose-Wissen)	—	Sieht keinen Weiterbildungsbedarf, der über generellen Bedarf hinausgeht
	Mögliche Themen für Weiterbildung	Rolle Profilschärfung (was ist Auftrag von Genesungsbegleitung?) Auffrischung der Themen aus dem EX-IN Kurs (Empowerment, Recovery, Hoffnung vermitteln)	Gesprächsführung (praxisnah, klientenzentriert) Supervision Selbstreflexion	Rolle Wie man Aufgaben und Grenzen bei der Arbeit klärt Sich in Gruppen und Teams artikulieren
	Weiterbildungsbedarf für Arbeitgeber von Genesungsbegleitenden	Der Weiterbildungsbedarf in Sachen Genesungsbegleitung liegt bei den Institutionen	Die Einrichtungen haben Weiterbildungsbedarf Implementierungsschulungen Supervision und Selbstreflexion brauche alle	Auseinandersetzung mit dem Konzept von Genesungsbegleitung Es braucht ein Format, in dem über die Rolle und Aufgaben von GB gemeinsam mit anderen Berufsgruppen diskutiert wird
Geeignete Formate zur Förderung der Reflexivität und der Rollenklarheit	Supervision bei Supervisor*in mit Kenntnis von Genesungsbegleitung Profilschulungen, Schulungen, die Erfahrungswissen aktivieren Reflexiver Raum	Supervision, Gruppensupervision, Fallsupervision Mentoring Reflexiver Raum	Fortlaufende Supervision (als Begleitung), Gruppensupervision	
Forderungen an Arbeitgeber von GB	Gruppensupervision für GB muss ergänzend zu ermöglicht werden	Gruppensupervision für GB muss ergänzend zu ermöglicht werden zusätzlich zu Team SV, and der die GB teilnehmen sollten Mentoring, insbesondere zu Beginn der Tätigkeit Kultur der Reflexion vor Ort schaffen	Gruppensupervision für GB muss ergänzend zu ermöglicht werden zusätzlich zu Team SV, and der die GB teilnehmen sollten Klärung von Grenzen und Aufgaben der GB vor Ort Personelle Zuständigkeit für GB Träger/Institutionen sollten sich mit dem Konzept von Genesungsbegleitung auseinandersetzen Es braucht ein Format, in dem über die Rolle und Aufgaben von GB gemeinsam mit anderen Berufsgruppen diskutiert wird Es darf nicht Aufgabe der Supervisorin sein, die Berufsgruppe der GB beim Träger zu entwickeln	

Die Analyse offenbart neben den zwei Dimensionen der individuellen Perspektiven der Interviewten und den herausgearbeiteten Kategorien (wie in den Tabellen dargestellt)

eine dritte Dimension an übergeordneten Themenfeldern, die nachfolgend ausgeführt werden.

5.3.1 Rolle, Selbstverständnis und Rollenklarheit

Das Thema Rolle und Rollenklarheit wird von allen Teilnehmenden benannt, es zieht sich gleichsam als ein zentrales Thema durch alle Interviews. Wengleich das Rollenverständnis, das Ausfüllen der Rolle und die Rollenklarheit in allen Interviews auftauchen, so werden doch unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, auch was die Ursachen der Schwierigkeiten und Fragestellungen hierbei angeht. So wird die Rollenfindung als persönlicher Entwicklungsprozess betrachtet:

»Und ähm, das dieser Rollenfindung war für mich auch erstmal ein Prozess« (GB1_Transkript, Absatz 6).

»Aber in dem Moment, wo ich gemerkt habe, dass ich doch auch ein eigenes Profil und eine eigene Meinung und meine eigenen Erfahrungen irgendwie autonomer und selbstbewusster oder ich kann das gar nicht so direkt sagen. Also jedenfalls nicht mehr in dem: oh ich bin so stolz, dass ich Genesungsbegleiterin sein darf, dass ich aufsteigen darf, aus der Rolle der Psychiatricpatientin« (GB2_Transkript, Absatz 10).

Neben der persönlichen Entwicklung haben strukturelle Aspekte einen Einfluss auf das Selbstbewusstsein und die Rollenklarheit von Genesungsbegleitenden. Diese Sichtweise vertreten vor allem die Supervisor*innen und verbinden diese mehrfach mit einer Kritik an den Institutionen, aus der sich Forderungen ableiten lassen (siehe 5.3.1). Die Unsicherheiten werden mit mangelnder Implementierung, fehlender konzeptioneller Einbindung und der Übertragung unpassender Aufgaben erklärt:

»Also das fand ich schon auch frappant, dass es, obwohl dann manche Genesungsbegleitende schon auch lange da waren. Hm, ich sag mal, insbesondere in den Kliniken war das so, dass also dass fast frappant war, dass die noch keinen E-Mail Account hatten, noch keine Arbeitsplatzbeschreibung, noch nicht richtig vorgestellt wurden, keinen Zugang zum Dokumentationssystem hatten. Unklar war: Was dürfen sie, was dürfen sie nicht? Also das fand ich schon symptomatisch auch für das schlechte Behandeln, sage ich mal, nicht implementieren und und nicht gut vorbereiten und und mit begleiten« (SV1_Transkript, Absatz 18).

»Na ja, ich glaube, dass es mitunter schon so ist, dass man das diese dieses Berufsbild falsch verstehen könnte. Also dass ähm dann den, ähm Teilnehmenden vielleicht Aufgaben zugeführt werden, die gar nichts mit dem Genesungsbegleiter-Sein zu tun hat« (SV2_Transkript, Absatz 38).

Im Alltag der Genesungsbegleitenden scheint es eine Herausforderung zu sein, die eigene Rolle zu behaupten und ein entsprechendes Selbstverständnis und -bewusstsein zu zeigen:

*»..sich in der Hierarchie, ähm durchzusetzen, also auch das Alleinstellungsmerkmal, was man hat, auch deutlich zu machen. Weil das ist, ist eine große. Das ist das ist ein großes Kapital und das unterscheidet uns auch tatsächlich von allen anderen [...] wenn ich im Gespräch mit anderen Genesungsbegleiter*innen bin, es gibt häufig noch diesen Makel: Na ja, wir sind ja halt nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt. So, also wir sind so, hm, irgendwie. Also wir können dankbar sein, dass wir irgendwie hier sein können. Schwingt so manchmal mit bei dem einen oder anderen« (GB3_Transkript, Absatz 36).*

Es erscheint folgerichtig, dass das Thema Rolle als wichtiges Thema in Supervisionen auftaucht und von allen als Thema für berufsgruppenspezifische Weiterbildungen benannt wird:

»I: Welche Themenbereiche waren so vorherrschend?

SV1: Mhm, ja. Es ging wirklich immer wieder: Was ist meine Rolle?« (SV1_Transkript, Absatz 13–14).

Die Auswertung verdeutlicht, dass die Entwicklung eines klaren Rollenverständnisses für Genesungsbegleitende essenziell ist. Während die Genesungsbegleiter*innen ihre persönliche Rollenfindung als Prozess beschreiben, sehen die Supervisor*innen strukturelle Faktoren als maßgebliche Hindernisse für Rollenklarheit. Beide Gruppen betrachten die Unterstützung durch Supervision als förderlich, um die notwendige Rollenklarheit im Berufsalltag zu erreichen.

5.3.2 Berufsgruppenspezifischer Fortbildungsbedarf

Die Frage nach dem spezifischen Fort- und Weiterbildungsbedarf für Genesungsbegleitende wird in den Interviews kontrovers beantwortet. Während einige Genesungsbegleitende (insbesondere GB1) den Bedarf an Fortbildungen betonen, die ihre Kompetenzen gezielt fördern und sie im Berufsalltag unterstützen, äußern sich manche Supervisor*innen skeptisch gegenüber einer standardisierten Fortbildungspraxis. Hier werden Bedenken laut, dass dadurch eine zunehmende »Professionalisierung« und damit Annäherung an andere Berufsgruppen in der Psychiatrie von Genesungsbegleitung stattfinden könne, die möglicherweise die persönliche Nähe und Authentizität gefährden könnte, die diesen Ansatz auszeichnet. SV1 etwa stellt infrage, ob Weiterbildungen, die stark methodenorientiert sind, überhaupt mit dem Selbstverständnis und der Besonderheit der Genesungsbegleitung vereinbar sind:

»Ah nein, ich würde das überhaupt nicht Weiterbildung nennen. Ich weiß, dass viele das sich wünschen und ja auch machen, Ne? Also im Sinne von wie können wir professioneller werden? Ich finde, das ist eigentlich der falsche Weg« (SV1_Transkript, Absatz 52).

In diesem Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach mehr berufsspezifischer Qualifizierung und der Sorge um eine mögliche »Assimilierung« an andere Professionen zeigt sich eine zentrale Herausforderung in der Weiterentwicklung von Genesungsbegleitung. Einige Supervisor*innen sprechen sich dafür aus, die Inhalte von Fortbildungen sorgfältig zu prüfen. Sie sollen im Alltag unterstützen und gleichzeitig das Selbstverständnis von Genesungsbegleitung in den Blick nehmen. Ein Konsens besteht dahingehend, dass Fortbildungen zur Berufsgruppe der Genesungsbegleitenden passen müssen, indem sie die Kernkompetenzen – beispielsweise Blick auf die Nutzer*innen-Perspektive, Selbstreflexion, Förderung von Empowerment und Selbstwirksamkeit – gezielt weiterentwickeln und die Genesungsbegleitenden darin befähigen, ihre Perspektive aktiv einzubringen. Auch sollten Fortbildungen die Themen der Qualifizierung aufgreifen und vertiefen:

»Ja, es ist Rollenfindung. Was man noch lernen müsste, ist es. (...) Ich kann es dir gar nicht genau sagen, aber ich habe den Eindruck, dass wir auf die. Ganz nur in uns selbst. (...) Da losgelassen werden und noch zu wenig gelernt haben. Jedenfalls ich in meiner Ausbildung. Was habe ich eigentlich? Was tue ich da eigentlich? Also um wen geht's?« (GB2_Transkript, Absatz 52)

»Ich weiß von T. zum Beispiel, dass sie so Profilschulungen oder Workshops macht. Sowas finde ich wichtig. Immer wieder sich zu zurück zu besinnen: Was sind meine Erfahrungen, was sind die Erfahrungen, die ich von anderen gehört habe? Was ist mein Blick? Was was kann meine Expertise sein? Ich glaube, das braucht es viel mehr« (SV1_Transkript, Absatz 52).

»Im Grunde genommen die Themen, die in den Kursen auch sind, nochmal wieder. Fast wie neu wieder beleben: Was bedeutet Empowerment? Wie kann man sich das klar machen? Das heißt Recovery? Wie geht das, Hoffnung zu geben, auch wenn man echt da auf den bescheidenen, geschlossenen Stationen arbeitet, wo man vielleicht ja selber auch wieder das Gefühl hat, es ist hoffnungslos. Also solche Themen, glaube ich« (SV1_Transkript, Absatz 58).

GB3 wünscht sich durch berufsspezifische Fortbildungen eine Aufwertung und mehr Wertschätzung für Genesungsbegleitung:

»Und das, was ein Traum wäre, wäre Fortbildung zu haben, für die auch auf Genesungsbegleitung zugeschnitten sind« (GB3_Transkript, Absatz 40).

»Ich finde, das ist ja auch eine Fortbildung für für Genesungsbegleiter anzubieten ist ja auch eine Art Adeligung oder ein Ritterschlag für den für diese Berufsgruppe. Also alle haben irgendwie Fortbildung, nur der Genesungsbegleiter soll irgendwie aus sich heraus aktiv sein. Das kann es ja nicht sein. Ja« (GB3_Transkript, Absatz 46).

Manche Inhalte von Fortbildungen werden häufiger genannt als andere und kristallisieren sich damit als besonders relevant für eventuelle Fortbildungen heraus:

- Rolle, Profil, Haltung, Auftrag von Genesungsbegleitung
- Gesprächsführung
- Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Koproduktion)
- Selbstfürsorge

Beim Thema Fortbildung wird benannt, dass sich Genesungsbegleitende einen Raum für Austausch untereinander wünschen und wichtig finden. Dies wiederholt sich bei der Frage, welche Formate zur Kultivierung der Reflexivität geeignet sind, auf die als Antwort u. a. vielfach Fortbildungen/Schulungen genannt werden. Eine Sichtweise, die die Supervisor*innen teilen.

»Und dass man das auch trägerübergreifend als Fortbildungsangebot macht, finde ich schon sinnvoll, weil das natürlich auch stärkt zu sehen: Ach, du hast das gleiche Problem. Ach, bei dir ist es so ganz anders. Ach, da wird es so gelöst und so, aber es sollte dann im Austausch intensiv sein. Also es sollte viel Möglichkeit geben, dass die Leute aus ihrer Praxis erzählen« (SV3_Transkript, Absatz 30).

Im Bereich Fortbildung zeigt sich ein Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach vertieften Kompetenzen und der Sorge vor einer zu starken Fokussierung auf spezifische Methoden, die von der Funktion und Rolle von Genesungsbegleitung wegführen könnten. Während die Genesungsbegleitenden überwiegend spezifische Fortbildungsangebote begrüßen, stellen einige Supervisor*innen die Frage, wie diese Angebote so gestaltet werden können, dass sie die Besonderheiten von Genesungsbegleitung Rechnung tragen.

5.3.3 Bedarf eines reflexiven Raums für Genesungsbegleitende

Ähnlich zentral wie das Thema Rolle, wird der Bedarf eines reflexiven Raumes für Genesungsbegleitende genannt. Aus der eigenen Erfahrung der Genesungsbegleitender*innen heraus, wie wertvoll der Austausch mit Peers ist, wird der Bedarf dafür abgeleitet. Es werden hierfür unterschiedliche Formate benannt, die hilfreich sein könnten: sowohl Formate, die als unmoderiert bezeichnet werden können (Intervision, kollegialer Austausch, Selbsthilfegruppen), als auch Formate wie Fort- und Weiterbildungen, Schulungen und Supervision, die als moderiert aufgefasst werden können. Obwohl die Genesungsbegleiter*innen unterschiedliche Erfahrungen mit Gruppensupervision haben, nennen alle drei und auch die drei Supervisor*innen bei der Frage nach den Vor- und Nachteilen von Gruppensupervision fast ausschließlich Vorteile und sehen Gruppensupervision als unverzichtbares Format zur Förderung der Reflexivität und der Rollenklarheit von Genesungsbegleitenden. Was von SV3 fondermaßen zum Ausdruck gebracht wird:

»Weil ich glaube, dass es wichtig ist, dass die Genesungsbegleitenden sich miteinander absichern und und und so was wie ein Profil entwickeln, um selbstbewusst anderen gegenüber zu treten und auch sich dessen bewusst zu machen, was sie eigentlich einbringen, beibringen und was was sie auch besser können als andere. Das ist schwer, finde ich, alleine zu vertreten und das ist wichtig, finde ich, in der Gruppe eine Identität zu entwickeln. Das geht nur in der Gruppe« (SV3_Transkript, Absatz 22).

Als Risiko bei der Gruppensupervision wird benannt, dass sie als Selbsthilfe oder Therapieersatz genutzt werden könnte. SV1 gibt zu bedenken, dass bei Gruppensupervision von Genesungsbegleitenden deren Perspektive in der Gruppe bleibe und andere Berufsgruppen nicht erreiche. Alle sechs Interviewten erachten Gruppensupervision als wichtig und fordern teilweise, dass sie auf jeden Fall angeboten werden müsse. Eine Forderung, die sich an die Arbeitgeber richtet, wobei die Gruppensupervision ergänzend (nicht anstelle) einer ggf. vorhandenen Teamsupervision angeboten werden sollte:

»Und naja, der Nachteil ist natürlich, dass man die Chancen, dass die Perspektiven sichtbar und fruchtbar werden innerhalb des multiprofessionellen Teams, dass das an der Stelle halt nicht ist, da ist. Deswegen braucht es das zusätzlich meiner Meinung nach« (SV1_Transkript, Absatz 36).

»Wobei ich schon für mich sagen will ich finde es gut, dass es das zusätzlich gibt. Die allermeisten der

*Teilnehmenden bei mir in der Supervision haben auch andere Supervision, also haben in ihren Teams auch Supervision. Und ich finde, das muss beides sein. Also es darf nicht so sein, dass die Genesungsbegleiter*innen aus den anderen Supervisionen ausgeschlossen sind. Na also, wenn es da Teamsupervision gibt oder sowas. Und ich glaube, dass das eben sehr bereichernd sein kann, wenn man so an beiden Supervisionen teilnehmen darf und kann« (SV2_Transkript, Absatz 30).*

»Supervision finde ich total wichtig. Wirklich, also das ist für die Rollenklarheit und für die Reflexionsfähigkeit sehr elementar, weil ich gemerkt habe, in dem Prozess auch durch wie, wie arbeiten die anderen, wie, wie sehen die anderen ihre Arbeit oder ihre Rolle an?« (GB1_Transkript, Absatz 87)

Zur Reflexion der eigenen Arbeit wird Einzelsupervision als hilfreiches Format benannt. Diese helfe zu tieferen Erkenntnissen:

»Ich habe zweimal eine Einzelsupervision mit jemanden machen dürfen. Das fand ich super. Das war ja nun jemand, der sich mit Genesungsbegleitung gar nicht unbedingt ausgekannt hat. Aber den Typen finde ich einfach gut. Und da war es so, dass mir das tatsächlich geholfen hat, Sachen besser zu sortieren und den Menschen, den ich da begleite noch mal anders zu verstehen, oder. Aspekte kennenzulernen, die ich bisher so nicht gesehen habe« (GB2_Transkript, Absatz 26).

SV2 erwähnt noch die Möglichkeit eines Mentorings am Arbeitsplatz und fordert grundsätzlich mehr Raum für Reflexion in den Einrichtungen, insbesondere in Kliniken:

»Also weil ich glaube, es ist mitunter, je nachdem in welcher Einrichtung, aber ich Kliniken beispielsweise erlebe ich da oft als sehr verkrustet so und da ist dann wenig Raum für Reflexion, wie man auch was verändern oder was Neues machen kann, um eben dem einzelnen Menschen eine andere Hilfestellung auch angedeihen zu lassen« (SV2_Transkript, Absatz 42).

Ein reflexiver Raum wird von beiden Gruppen als notwendig erachtet, um die Rollenfindung und berufliche Identität der Genesungsbegleitenden zu unterstützen. Gruppensupervision gilt dabei als wertvolles Format für den kollegialen Austausch und zur Festigung der Rollenklarheit, während Einzelsupervision individuelle Herausforderungen gezielt adressieren kann.

5.3.4 Forderungen an Arbeitgeber

Viele der beruflichen Herausforderungen von Genesungsbegleitenden beruhen auf der mangelhaften Implementierung dieser Berufsgruppe, worüber sich insbesondere die Supervisor*innen und GB2 entsetzt bzw. desillusioniert zeigen:

»Und was mich total nervt tatsächlich ist, dass ich das Gefühl habe, dass oder dass sie so lange Genesungsbegleitung diese immer noch Maskottchen-Nummer hat. Wie sie jedenfalls in vielen, vielen Kliniken hat, habe ich sogar fast ein bisschen das Gegenteil die gegenteilige Befürchtung, dass die Menschen aus dem Team sich gar nicht bekennen müssen zu ihrem eigenen Menschsein bzw. dass das ausreicht, uns eingestellt zu haben« (GB2_Transkript, Absatz 66).

So werden unterschiedliche Forderungen an Arbeitgeber genannt: Z. B. bessere Implementierung, ein mehr Wertschätzung im Umgang mit Genesungsbegleitenden, Arbeitsplatzbeschreibungen, Möglichkeit der (trägerübergreifenden) Gruppensupervision in der Arbeitszeit.

Es wird zudem ein Weiterbildungsbedarf bei den Institutionen gesehen, sich mit den Aufgaben und der Rolle von Genesungsbegleitung und dem Umgang mit den Genesungsbegleitenden auseinanderzusetzen.

*»I: Und sehen Sie da auch einen Weiterbildungsbedarf für Genesungsbegleiter*innen nach der Qualifizierung? Also wenn man da mal tätig ist, sehen Sie einen Weiterbildungsbedarf und wenn ja, welcher Art?«*

SV2: (...) Also ich würde mal eher andersrum sagen ich sehe einen Weiterbildungsbedarf bei den Einrichtungen« (SV2_Transkript, Absatz 39 – 40).

»Ich finde, es braucht auch Formate, wo die Träger sich auch damit auseinandersetzen, mit dieser neuen Berufsgruppe, die da zu ihnen gekommen ist und sich auch überlegen, in welchem Selbstverständnis begegnen wir denen und wie binden wir sie ein? Also ich finde über die Supervision der Genesungsbegleitenden hinaus sollte es auch Gruppen geben, wo andere Berufsgruppen mit Genesungsbegleitenden über die Rolle und über die Aufgaben und über die Schwierigkeiten von und Chancen von Genesungsbegleitenden diskutieren und reden. Das wäre ein zusätzliches Format« (SV3_Transkript, Absatz 28).

Beide Gruppen heben hervor, dass eine klarere Implementierung und Unterstützung durch die Arbeitgeber entscheidend sind, um Genesungsbegleitende im Arbeitsalltag erfolgreich zu integrieren. Dazu zählen Maßnahmen wie klar definierter Arbeitsplatzbeschreibungen und die Bereitstellung von

Reflexionsformaten, die sowohl zur Rollenklarheit als auch zur Teamintegration beitragen.

Die präsentierten Ergebnisse ermöglichen einen tiefen Einblick in die Perspektiven der Befragten. Im folgenden Abschnitt werden die methodischen Stärken und Limitationen der Untersuchung reflektiert, sowie mögliche Verzerrungen im Analyseprozess benannt.

5.4 Kritische Betrachtung der Vorgehensweise

Die Methoden von Mayring (2022) und Kuckartz (2018) zu vereinen, erlaubt es, das Interviewmaterial strukturiert und gleichzeitig flexibel anzugehen. Die von Mayring geforderte Systematik sowie die von Kuckartz hervorgehobene Anpassungsfähigkeit an den Forschungsgegenstand zu kombinieren, erweist sich als fruchtbar. Einige kritische Bemerkungen zur Vorgehensweise und Ansatz sind jedoch zu machen:

Der Umfang der Studie auf sechs Interviews ist begrenzt. Auch wenn diese Größe im Kontext dieser Masterarbeit für eine qualitative Studie ausreichend erscheint, beeinträchtigt sie die Verallgemeinbarkeit der Resultate. Die Entscheidung, das Material in einem Durchgang zusammenzufassen, darf kritisch in Frage gestellt werden. Trotz der Tatsache, dass das Material einen überschaubaren Umfang aufweist, könnte ein mehrstufiger Prozess eventuell zu einer noch tieferen Durchdringung des Materials führen. Gleichzeitig bestünde damit die Gefahr einer zu großen Reduktion.

Die Analyse in zwei Blöcke – Genesungsbegleiter*innen und Supervisor*innen – zu unterteilen und gleichzeitig dasselbe Codesystem anzuwenden, könnte dazu führen, dass durch die Vereinheitlichung des Codesystems Feinheiten der einzelnen Gruppen übersehen werden. Gleichzeitig bietet die Anwendung desselben Codesystems eine unmittelbare Vergleichbarkeit der beiden Perspektiven.

Die Interviewführung, die eine freie Erzählweise ermöglicht, liefert zwar viele Daten und erleichtert das Transkribieren, führt aber auch zu einem gewissen Strukturverlust im Material. Dies macht die systematische Analyse zum Teil schwieriger und erfordert eine gründliche Beschäftigung mit dem gesamten Textbestand. Trotz dieser kritischen Aspekte erweist sich die ausgewählte Methodik im Großen und Ganzen zur Beantwortung der Forschungsfragen als geeignet und ermöglicht tiefe Einblicke in die Sichtweisen von Genesungsbegleiter*innen und Supervisor*innen.

Durch die Verknüpfung von Mayrings Systematik und Kuckartz' Flexibilität kann eine differenzierte Analyse durchgeführt werden, die sowohl die Herausarbeitung der individuellen Standpunkte als auch der übergeordneten Themen zulässt.

Die Perspektive der Verfasserin als EX-IN Genesungsbegleiterin und -Trainerin könnte zu einem Bias bei der Interpretation der Daten geführt haben. Ebenso könnte sich dies auf die folgende Diskussion der Ergebnisse und die Auswahl der Zitate aus den Interviews ausgewirkt haben. Gleichzeitig helfen das Bewusstsein über den eigenen Standpunkt und der multiperspektivische Blick (der auch den der Supervisorin beinhaltet), vor einer Verzerrung zu schützen. Den von Bourdieu geforderten epistemologischen Bruch zu beherzigen und auch die Warnung Deweys ernst zu nehmen, sich vor vorschnellem Fürwahrhalten zu hüten, kann für eine kritische Hinterfragung der Interpretation genutzt werden.

6 Diskussion der Ergebnisse in Bezug zu den vorgestellten Verstehenszugängen

In diesem Kapitel wird die Analyse der Interviews mit den zuvor vorgestellten theoretischen Zugängen in Beziehung gesetzt. Dabei soll verdeutlicht werden, wo sich Übereinstimmungen mit den Theorien zeigen, jedoch auch, wo sich eine eindeutige Zuordnung nicht vornehmen lässt. Viele Passagen in den Interviews lassen unterschiedliche Interpretationen zu. Diese Mehrdeutigkeit zeigt, dass es für Supervisor*innen hilfreich ist, über unterschiedliche Verstehenszugänge zu verfügen und diese nebeneinanderlegen zu können. Immer dort, wo sich multiple Interpretationsmöglichkeiten zeigen, bietet sich in Supervisionen die Chance, vertiefend zu explorieren und zu reflektieren. Eine solche Vertiefung und Exploration – beispielsweise biografischer Hintergründe – war in den Interviews selbst nicht vorgesehen. Die Struktur dieses Kapitels orientiert sich an der des dritten Kapitels »sozialtheoretische Zugänge«. Zur Verdeutlichung werden beispielhaft Zitate aus den Interviews herangezogen. Zusätzlich wird auf die Herausforderungen für Genesungsbegleitende, die sich in den Interviews offenbaren, eingegangen. Abschließend wird untersucht, wie sich die Reflexivität von Genesungsbegleitenden und die Praktiken des Reflektierens (siehe 3.1) in den Interviews zeigen.

6.1 Rolle und Identität

Zu Beginn der Tätigkeit als Genesungsbegleiter*in beschreibt GB1 eine große Unsicherheit in Bezug auf die Rolle, mit hohem Bedarf, sich im beruflichen Umfeld zu vergewissern, keine Fehler zu machen:

» [...]dann musste ich mich erstmal Rücksprache halten. Darf ich das überhaupt? Wie geht das [...] also am Anfang [ging es] auch um meine Rolle da. Da habe ich dann auch viel gefragt, wie mache ich das richtig?« (GB1_Transkript, Absatz 26,32).

Im Sinne der Sozialisationstheorie Meads lässt sich hier interpretieren, dass die Erwartungen der anderen nicht klar sind – das »Genesungsbegleiter-Me« von GB1 ist noch im Entstehungsprozess. Die Unsicherheiten in Bezug auf das richtige Handeln verdeutlichen den Einfluss institutioneller Normen auf die Rollenfindung. Dies ist ein Aspekt, der in einer Supervision kritisch reflektiert werden könnte, beispielsweise inwieweit dies zu einem inneren Konflikt mit eigenen Werten oder aber zu einer vorschnellen Übernahme von Normen führt. Hierfür würde sich neben der Theorie

Meads auch das Modell der Patchworkidentität eignen, um zu erarbeiten, wie sich die neue berufliche Teil-Identität neben bereits bestehenden Identitätsanteilen einordnen lässt.

GB2 hingegen hat sich ein eigenes Profil bereits erarbeitet: Das berufliche »Me« wird von dem »Patient*innen-Me« getrennt und es gelingt, sich von Meinungen anderer zu distanzieren bzw. deren Übernahme kritisch zu hinterfragen. Gleichzeitig war es möglich, bereits bestehende Kompetenzen aus früherer Berufstätigkeit in die neue Rolle zu transferieren:

»Aber in dem Moment, wo ich gemerkt habe, dass ich doch auch ein eigenes Profil und eine eigene Meinung und meine eigenen Erfahrungen irgendwie autonomer und selbstbewusster oder ich kann das gar nicht so direkt sagen. Also jedenfalls nicht mehr in dem: oh ich bin so stolz, dass ich Genesungsbegleiterin sein darf, dass ich aufsteigen darf, aus der Rolle der Psychiatricpatientin. Wobei, ich habe vorher auch gearbeitet[...]. Weil ich war durchaus auch gewohnt, Verantwortung in einer Arbeit zu übernehmen. Für mich war es also nicht was ganz Neues« (GB2-Transkript, Absatz 10).

Hier zeigt sich, dass die Entwicklung einer beruflichen Rolle und Identität als Genesungsbegleitung auf anderen bzw. früheren (beruflichen) Teilidentitäten aufbauen kann.

GB3 betont die Wichtigkeit der Rollenklarheit und die Notwendigkeit, sich von den Sichtweisen anderer abzugrenzen – dies ist ein Beispiel, wie das von EX-IN geprägte »Me« in Konflikt mit der Beeinflussung der Institution kommen kann:

» [...] weil ich ja auch mich schon als Genesungsbegleiter verstehe, als Vermittler zwischen den Betroffenen und den Professionellen [...] also in dem Bereich ist es so, dass man dann doch sehr schnell, weil man ja so Team eingebunden ist, schnell in die Rolle des des Professionellen rückt und so eine Aufsicht bekommt auf den Patienten. Und ich glaube, da ist es immer wieder wichtig, auch in der Supervision, sich daran zu erinnern, welche Perspektive ich da eigentlich habe und für wen ich da eigentlich arbeiten sollte« (GB3_Transkript, Absatz 8).

In Bezug auf die Rolle der Genesungsbegleitenden betonen die Supervisor*innen eher strukturelle Aspekte. Sie sehen eine Herausforderung darin, dass die Rolle und Aufgaben oft unklar sind, und dass Genesungsbegleitende seitens der Institutionen damit allein gelassen werden, eine eigene spezifische Identität zu entwickeln:

»[...] die überwiegenden Supervisionen tatsächlich [...] also Fragen nach Zusammenarbeit in den Teams, in den jeweiligen Settings oder die Rollenfindung oder Konfusion in der Aufgabenstellung oder in der fehlenden Wertschätzung oder, oder oder. Also dass ganz viel so strukturelle Fragen waren« (SV1_Transkript, Absatz 12).

»Also aus der mangelnden Implementierung« (SV1_Transkript, Absatz 18).

»Na ja, ich glaube, dass es mitunter schon so ist, dass man das diese dieses Berufsbild falsch verstehen könnte. Also dass ähm dann den, ähm Teilnehmenden vielleicht Aufgaben zugeführt werden, die gar nichts mit dem Genesungsbegleiter-Sein zu tun hat« (SV2_Transkript, Absatz 38).

Nach Ansicht der Supervisor*innen brauchen Genesungsbegleitende ein starkes Selbstvertrauen, um sich in ihrer Rolle zu behaupten, sich Eigenständigkeit zu bewahren und nicht der Prägung durch die Institution zu erliegen:

»Als ich beobachte schon, dass das eine große Assimili, Assimilierung, genau, in den Teams gibt« (SV1_Transkript, Absatz 30).

»[...] die Herausforderungen, dass die oft absolut auf verlorenem Posten sind. Und wenn sie gut sind, sage ich mal gut aufgestellt sind, sich dadurch nicht so beeinträchtigen lassen oder verunsichern lassen, dann schaffen sich viele, habe ich so erlebt, ihre guten Nischen, die auch wirklich gut sind, die auch oft wertgeschätzt werden. Also Gruppenarbeit zum Beispiel« (SV1_Transkript, Absatz 42).

»So diese Wichtigkeit des eigenen Seins sage ich jetzt mal, ne, also da könnten die Genesungsbegleiterinnen tatsächlich noch mal mehr mit breitem Kreuz und aufrecht stehend sozusagen sich darstellen und sagen es ist wichtig, dass es uns gibt und es ist so ein tolles. Es ist so toll, dass es dieses Genesungsbegleiter-Konstrukt oder Idee, dass die überhaupt ins Leben gerufen wurde. Da würde ich manchmal ihnen noch mehr Selbstbewusstsein wünschen, sozusagen« (SV2_Transkript, Absatz 26).

Die Analyse der Interviews zeigt, dass sowohl die Genesungsbegleitenden als auch die Supervisor*innen spezifische Perspektiven auf die Herausforderungen und die Ausgestaltung der Rolle von Genesungsbegleitenden einbringen. Die Genesungsbegleiter*innen heben vorwiegend ihre individuelle Rollenklarheit und ihr berufliches Selbstverständnis hervor. Für sie stehen die persönliche Reflexion und Selbstpositionierung im Vordergrund. Diese persönliche Reflexion zeigt sich als fortlaufender Prozess und unterstreicht den

Wunsch nach Supervision und berufsgruppenbezogenen Fortbildungen, die sowohl die persönliche Entwicklung als auch die Rollenklarheit fördern.

Die Supervisor*innen hingegen beschreiben die strukturellen und institutionellen Barrieren als maßgebliche Faktoren, die die Implementierung und Integration von Genesungsbegleitenden mit klaren Rollenmodellen in bestehende Strukturen erschweren. Sie betonen besonders den Weiterbildungsbedarf auf Ebene der Institutionen selbst und sehen einen starken Reflexions- und Anpassungsbedarf innerhalb der organisatorischen Strukturen, die oft die Entwicklung und Rollenfindung der Genesungsbegleitenden behindern:

»Ich finde, es braucht auch Formate, wo die Träger sich auch damit auseinandersetzen, mit dieser neuen Berufsgruppe, die da zu ihnen gekommen ist und sich auch überlegen, in welchem Selbstverständnis begegnen wir denen und wie binden wir sie ein?« (SV3_Transkript, Absatz 28).

Bei der Analyse der Interviews hinsichtlich der Rolle von Genesungsbegleitung wird ein Spannungsfeld zwischen den institutionellen Erwartungen an die Rolle – die teils unklar und widersprüchlich sind – und dem Anspruch, sich authentisch als Peers einzubringen, deutlich. Meads Modell des »Me« und »I« kann hier als Erklärungsmodell dienen, wobei die Erwartungen im »Me« verankert sind und das »I« kreative und situative Herangehensweisen ermöglicht.

6.2 Stigmatisierung und Selbststigmatisierung

In den Interviews finden sich in den Berichten der Genesungsbegleitenden Hinweise auf Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung seitens Mitarbeitender anderer Berufsgruppen. Außerdem zeigt sich, dass Genesungsbegleitende stigmatisiert bzw. diskriminiert werden. Hinweise auf Selbststigmatisierung finden sich kaum. Einen der wenigen Hinweise auf Selbststigmatisierung bzw. mangelndes Selbstvertrauen liefert GB3:

»[...] wenn ich im Gespräch mit anderen Genesungsbegleiter*innen bin, es gibt häufig noch diesen Makel: Na ja, wir sind ja halt nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt. So, also wir sind so, hm, irgendwie. Also wir können dankbar sein, dass wir irgendwie hier sein können« (GB3_Transkript, Absatz 36).

Dass die Genesungsbegleiter*innen in den Interviews wenig über eigene Selbststigmatisierung berichten, mag daran liegen, dass Genesungsbegleitende aufgrund ihrer Auseinandersetzung mit den Themen Stigmatisierung und

Empowerment während des EX-IN Kurses Vorurteilen gegenüber psychisch erkrankten Menschen nicht (mehr) zustimmen. Gleichzeitig hat sich eine starke Identifikation mit der Peer-Group entwickelt, was gemäß Corrigan und Watson (2002a) eher zu Empörung, denn zu Selbstabwertung führt (vgl. Abb. 3, S. 29).

Stigmatisierung zeigt sich in abwertender Sprache, was deutlich spürbare Empörung auslöst, wenn in stigmatisierender Weise über Nutzer*innen gesprochen wird:

»Es ist die Sprache, die ich nicht aushalte, aber hinter der Sprache verbirgt sich eben eine Haltung [...] die Art, wie sie über Menschen sprechen, auch zum Beispiel in dieser Supervision, die jetzt mit meinen Kollegen stattfinden. [...] aber da geht es mir so, dass ich da manchmal denke: Oh Gott, so haben die über mich auch geredet und ich verstehe nichts. Die verstehen einfach überhaupt nichts« (GB2_Transkript, Absatz 48).

Diskriminierung von Genesungsbegleitenden geschieht offenbar weniger durch einzelne Mitarbeitende als eher strukturell. Was nicht deutlich wird, ist, ob die Genesungsbegleitenden dies für sich selbst in Ordnung finden. Bei eigener Zustimmung wäre eine Deutung als symbolische Gewalt (siehe 4.3.5) möglich. So, wie es von den Genesungsbegleitenden berichtet wird, ist es als Diskriminierung zu interpretieren:

»obwohl dann manche Genesungsbegleitende schon auch lange da waren. Hm, ich sag mal, insbesondere in den Kliniken war das so, dass also das fast frappant war, dass die noch keinen E-Mail Account hatten, noch keine Arbeitsplatzbeschreibung, noch nicht richtig vorgestellt wurden, keinen Zugang zum Dokumentationssystem hatten« (SV1_Transkript, Absatz 18).

»Es ging fast immer darum, welche Beleidigung oder welche schöne Geschichte hat jetzt jemand tatsächlich ein Computer? Hat jetzt jemand endlich einen Schlüssel? Hat jetzt jemand endlich einen Raum? Wird er endlich eingeladen zu irgendeiner Vorstellungsrunde in der Gruppe, zu der er oder sie gehört?« (GB2_Transkript, Absatz 32).

*»Und das ist natürlich unfair wiederum für für die Genesungsbegleiter*innen finde ich, dass das [die Supervision, Anm. der Verf.] so ein, dass das so quasi gehandelt wird als naja nice to have. Ähm und dann eben keine keine Stunden dafür gibt« (SV2_Transkript, Absatz 32).*

Seitens der Kolleg*innen anderer Berufsgruppen entsteht eher Konkurrenz oder es wird versucht, den Genesungsbegleitenden unbeliebte Tätigkeiten zuzuweisen. Dies könnte

als Diskriminierung oder im Sinne der Habitustheorie als Distinktionsbestreben – auch auf der Handlungsebene – gedeutet werden:

»Also so Hilfstätigkeiten ihnen zugeschoben werden. Und da musst du dich schon echt erwehren können, um zu sagen Nee, das ist aber nicht meine Aufgabe« (SV1_Transkript, Absatz 48).

»Oder dass dann unterschiedliche andere Professionen sich Sorgen machen darüber, was das dann mit ihrer Arbeit wiederum macht. [...] Therapeuten möglicherweise, dass die dann auch Sorge haben: Na jetzt pfuscht mir da jemand mit rein oder sowas« (SV2_Transkript, Absatz 38).

Ein Hinweis auf Distinktionsstreben, das sich in Diskriminierung äußern kann, ist, dass Mitarbeitende anderer Berufsgruppen Denormalisierungsangst erkennen lassen (also der Angst, aus der akzeptierten Norm herauszufallen), die sie hindert, sich zu eigenen Krisenerfahrungen zu bekennen:

»[...] dass ich mir gedacht hätte, dass Genesungsbegleitung auch dazu führen könnte, dass die Profislandschaft sich mehr zu ihren Macken bekennt, und dass man nicht so alleine ist das wahrzunehmen, dass sie so irrsinnig normal sind [...] Darin wäre so eine große Chance, wenn man sich zu seinem normalen Menschsein bekennen würde. Und deshalb glaube ich, es geht nicht nur darum bei einer Utopie wie können Genesungsbegleitung, wenn sie viele wären, sich verändern, sondern wie kann auch ein Team, also wie kann das abfärben auf ein Team, dass sie weniger Angst davor haben, dass [...] Die kennen doch Krisen, das ist doch affig. Also das ist doch auch ein Grund, weshalb sie das machen. Und ich habe so das Gefühl. Ähm. Ja, sie sollten die Genesungsbegleitung in sich selber entdecken oder nicht verstecken, wie auch immer« (GB2_Transkript, Absatz 62).

GB3 empfindet es hingegen als Vorteil im Vergleich zu Kolleg*innen, sich mit der eigenen Krisenerfahrung nicht verstecken zu müssen:

»[...] jeder hat irgendwie so sein sein Ding am Laufen. Aber bei uns ist es ja nun wirklich auch offiziell und die anderen machen da irgendwie nicht. Dann kann ich auch offensiv damit umgehen« (GB3_Transkript, Absatz 36).

Insgesamt zeigt sich beispielsweise durch die Empörung über abwertende Sprache, dass Genesungsbegleitende aufgrund ihrer eigenen biografischen Erfahrungen für Stigmatisierung und Diskriminierung sensibilisiert sind. Diese

Sensibilisierung kann in multiprofessionellen Teams und in Supervisionen als Ressource genutzt werden, um blinde Flecken hinsichtlich Vorurteilen und Stigmatisierung seitens Mitarbeitenden aufzudecken, was dem »erweiterten Reflektieren« (nach Schmid, 2020) entspricht.

Stigmatisierung und Diskriminierung können – im Sinne der Habitustheorie – in dem Bestreben, sich abzugrenzen, liegen. D. h. sie markieren die Grenze der Respektabilität und streben nach Distinktion, also sie ziehen jene Linien, mit denen Angehörige bestimmter Klassen bzw. Milieus (oder Gruppen) versuchen, sich im sozialen Raum von anderen abzuheben (vgl. 4.3.4). Die Bezüge zur Habitustheorie werden im folgenden Abschnitt betrachtet.

6.3 Habitustheorie

Es finden sich in den Interviews Passagen, die sich mit der Habitustheorie deuten lassen, allerdings gelingt dies nicht eindeutig, da tieferes biografisches Wissen über die interviewten Personen fehlt. Einige Beispiele wurden im vorangegangenen Abschnitt bereits benannt.

Die Unsicherheit von GB1 und der Wunsch, sich Bestätigung seitens von Fachkräften (insbesondere der supervidierenden Psycholog*innen) einzuholen, ließen sich mit dem Habitus erklären, aus einem anderen Feld und Milieu zu stammen: »also ich habe ja vorher in der Kita gearbeitet« (GB1_Transkript, Absatz 18). Ebenso wäre eine Deutung möglich, dass GB1 sich Menschen mit mehr kulturellem Kapital (hier akademischem Fachwissen) unterordnet und deren Eignung als Supervisor*innen aus deren Erfahrung und Fachlichkeit ableitet:

*»Also es war immer hilfreich. Ich habe immer Erklärungen dazu bekommen, das war nicht so gut, weil... ne also das war nicht so sinnvoll, weil die Person deine Klientin hat vielleicht das und das« (GB1_Transkript, Absatz 18). »die Psychologen, die hatten, waren Angehörige zum Beispiel Angehörigen-Peer-Begleiter*innen. Und davon habe ich eben auch sehr profitiert. Also die hatten eine Doppelfunktion, die waren einerseits fachlich sehr gut und wichtig, aber andererseits haben sie selber in einem andren Angehörigen-Peer-Begleitung gegeben und deswegen konnten sie uns auch sehr gut supervidieren« (GB1_Transkript, Absatz 24).*

Neben den Hinweisen auf den persönlichen Habitus bietet GB1 mit dem Vergleich zweier Arbeitgeber und deren unterschiedlichen Strukturen auch Hinweise auf unterschiedliche institutionelle Habitus, zumal hier eine Klinik (UK) mit einem Anbieter der ambulanten Eingliederungshilfe (P) verglichen wird. GB1 benennt hier eine subjektiv bessere

Passung mit der UK. Auch der sprachliche Ausdruck wird unsicherer, wenn es um Arbeitgeber P geht. Dies lässt Rückschlüsse auf den persönlichen Habitus von GB1 zu – sich in klaren, hierarchischen Strukturen einer Klinik wohler zu fühlen. Das kann beispielsweise in einer Einzelsupervision genauer hinterfragt werden:

»Die Strukturen sind dort ganz anders, weil bei der UK war das sehr einfach. Also es [...] fühlte sich alles so leicht und einfach an [...]. Natürlich hatte man so Dokumentationspflicht und ähm, ähm auch, also man muss regelmäßig sein Personalunterlagen einreichen und so, aber das [...] einfach geregelt also. Und ich merke jetzt, bei P sind die Strukturen halt ganz anders. Und da habe ich festgestellt, das ist alles deutlich mehr bürokratisch und und mit Terminen und mit und, ähm, mit gesonderten Programmen und ähm, genau das muss dann alles online erfasst werden. Und ähm, Supervision zum Beispiel, ähm, da muss man sich anmelden, glaube ich. Und also das war alles ein bisschen. Ich habe gemerkt, da sind so ein bisschen Hürden« (GB1_Transkript, Absatz 44).

GB2 berichtet, dass manche Genesungsbegleitende mit der Zeit versuchen würden, sich von der eigenen Psychiatrie-Erfahrung zu distanzieren, was als Versuch, über die Respektabilitätsgrenze zu kommen, gedeutet werden kann:

»[...] oder auch der Wunsch aufzusteigen. Das ist ja auch so was, so seine eigene Rolle und seine eigene Vergangenheit. Ähm, also sich doch irgendwie so komisch davon zu distanzieren« (GB2_Transkript, Absatz 44).

GB3 benennt Schwierigkeiten, sich gegenüber Kolleg*innen anderer Berufsgruppen durchzusetzen, was je nach deren Profession unterschiedlich gut gelingt. Dies führt GB3 u. a. auf die Hierarchien zurück. Gleichwohl zeigen sich hier auch Hinweise auf Differenzen zwischen den Professionen gemäß der Habitustheorie und der unterschiedlichen Position verschiedener Berufe im sozialen Raum:

»[...] die größte Energie in meiner Arbeit kostet mich Widerspruch zu leisten. Also, äh, vor allem gegenüber Ärzten, also bei Therapeutinnen geht es eigentlich meistens ganz gut, aber Ärzte vor allem vom alten Schlag, vor allem, wenn sie Männer sind in meinem Alter, dann haben sie so eine Bastamentalität. [...] Und ich finde schon, dass es Kraft, also aus meiner Sicht für mich persönlich am meisten Kraft und Energie kostet, dem Oberarzt, [...] der hat einfach eine Leitung und der hat da eine. Es gibt halt diese Hierarchie« (GB3_Transkript, Absatz 32).

Außerdem beschreibt GB3, sich in Fortbildungen zunächst fehl am Platz gefühlt zu haben. Hier ist unklar, ob es sich um einen Selbstausschluss aufgrund von Selbststigmatisierung oder aufgrund des Habitus handelt. GB3s Verweis auf die fehlende eigene Qualifikation gibt hierbei einen deutlichen Hinweis Richtung Habitus. Auch dies könnte in einem Beratungs- oder Supervisionsprozess genauer exploriert werden. Neben der benannten Freude am Lernen und der Weiterentwicklung werden die empfundene mangelnde Passung, Scham und Angst spürbar, wie sie beispielsweise an der Grenze des Habitus auftritt:

»Also ich habe eine systemische Ausbildung gemacht, Berater und Familientherapeut und eine Coachingausbildung noch gemacht, weil ich ganz große Freude daran habe zu verstehen [...] Darf ich hier überhaupt sein? In der systemischen Ausbildung? Darf ich hier überhaupt sein, weil ich habe ja eigentlich keine Qualifikation so richtig. So dieses, ich weiß nicht dieses Syndrom heißt aber dieses: Ich werde gleich enttarnt. Ich darf so also ich so wie ja, so wie so ein Hochstapler« (GB3_Transkript, Absatz 40).

Aus den Berichten der Supervisor*innen wird erkennbar, dass Genesungsbegleitung im Feld der sozialen Berufe noch keine klare Position gefunden hat und dass infolgedessen Verwirrungen auftreten können:

»Na, ich glaube, dass bei den anderen Berufsgruppen halt viel größeres Selbstverständnis der Berufsgruppe selber ist. Was ist unsere Aufgabe? Was ist unsere Tätigkeitsbeschreibung? Wofür sind wir da? Ich meine, darin gibt es ja auch manchmal Verwirrung oder mangelnde Wertschätzung, jetzt gerade bei den Pflegekräften. Aber die haben natürlich ganz klar, wofür sie sind. Und das ist, glaube ich, ein großer Unterschied« (SV1_Transkript, Absatz 24).

Die mangelnde Wertschätzung, die empfunden wird, könnte ebenso eine Abwertung sein, um sich selbst besser zu positionieren, d. h., um eine Linie der Distinktion zu ziehen. Insbesondere, wenn dies seitens Pflegekräften geschieht, die im Feld der Psychiatrie eine der wenigen nicht akademischen Berufsgruppen darstellen. Im Zuge der beginnenden Akademisierung der Pflege ist zu befürchten und in Team-Supervisionen zu hinterfragen, ob sich das Distinktionsbestreben gegenüber Genesungsbegleitenden verstärkt.

Wo Anerkennung und Wertschätzung fehlen, verfügen Genesungsbegleitende innerhalb psychiatrischer Institutionen offenbar über wenig symbolisches Kapital.

Dass sich Genesungsbegleitende eher unterordnen und untergeordnet werden, kann als Hinweis auf symbolische Gewalt in den Institutionen interpretiert werden. Dazu passt,

dass es offenbar eine Herausforderung ist, selbstbewusst gegenüber anderen Berufsgruppen aufzutreten:

»Kann ich mich da jetzt gut ausdrücken? Jetzt, was weiß ich, einem Sozpäd oder einem Arzt oder so jemand gegenüber« (SV2_Transkript, Absatz 30).

»Na ja, also einerseits dieses fehlende Selbstbewusstsein. Wer bin ich hier eigentlich? Immer wieder ein bisschen diese Frage: Was habe ich hier eigentlich einzubringen? Und so. Das finde ich schon spürbar. Immer wieder so eine leichte Entschuldigung dafür. Also diese dieses die eigene Kompetenz wahrnehmen und und ernst nehmen und selbstbewusst zur Verfügung stehen stellen, finde ich, fällt Genesungsbegleitenden schwerer, obwohl sie es tun« (SV3_Transkript, Absatz 16).

Eine unklare Verortung im Träger macht es Genesungsbegleitenden schwer, sich etwas zu erlauben bzw. einzufordern, was anderen Berufsgruppen selbstverständlich ist, beispielsweise sich als Berufsgruppe zu treffen:

»Also es ging zum einen um die Frage: Wie sind wir verortet im Träger? Also wie treffen wir uns eigentlich? Haben wir Zeit dafür eingeräumt bekommen? Werden wir als Team wahrgenommen? Dürfen wir als Team uns treffen? [...] Und wie können wir unsere Interessen hier gut vertreten? Wie welche sind das überhaupt? Wie können wir uns über unsere Interessen und Bedarfe überhaupt bewusst werden und miteinander im Austausch darüber sein? [...] Also die hatten auch untereinander Konflikte und Missverständnisse, Verletzungen, weil sie, weil das eben nicht so einfach war, gemeinsam zu agieren« (SV3_Transkript, Absatz 8).

Hier lässt sich nicht sicher sagen, ob die unklare Verortung und die mangelnde Sichtbarkeit als Berufsgruppe mit dem institutionellen Habitus, symbolischer Gewalt oder anders begründeter mangelnder Wertschätzung zu tun haben. Auch ein (simples) Unwissen seitens der Institution aufgrund unüberlegter Implementierung ist denkbar.

Anhand der genannten Beispiele wird gezeigt, dass Deutungen auf Grundlage der Habitustheorie in den Interviews möglich sind, allerdings im Detail genauer hinterfragt werden müssten. Da Genesungsbegleitende in multiprofessionellen Kontexten arbeiten, ist im Rahmen von Supervision ein Blick auf den Habitus der Akteure eine wertvolle Perspektive, insbesondere da die Genesungsbegleitenden selbst von ihrer sozialen Herkunft her heterogener zusammengesetzt sind als andere Berufsgruppen. So lassen sich Aussagen zu Rollenkonflikten und Stigmatisierungen auch mit der Habitustheorie betrachten. Genesungsbegleitende erleben eine Spannung zwischen institutionellen Machtstrukturen

(Hierarchien, Überlegenheitsanspruch etablierter Professionen) und dem Wunsch nach institutioneller Wirksamkeit. Eine Wirksamkeit, die beispielsweise im Erreichen von mehr Empowerment für die Nutzer*innen oder in der Reduktion von Stigmatisierung bestünde. Wenn die Perspektiven und Kompetenzen von Genesungsbegleitenden marginalisiert oder infrage gestellt werden, weist dies auf symbolische Gewalt hin.

Der bereits benannte Rollenkonflikt zwischen dem »Me«, das als Patient*in entstanden ist und dem empowerten »Me« der Genesungsbegleiter*in kann auch mit einem Bruch des Habitus, der durch schwere Krisen ausgelöst werden kann, gedeutet werden. Dies insbesondere, wenn, wie z. B. GB2 benennt, die psychische Erkrankung in einer früheren Erwerbstätigkeit verschwiegen wurde und nun offengelegt wird.

6.4 Professionalisierung

Das Thema der Professionalisierung von Genesungsbegleitung wird durch das Design des Interviewleitfadens nicht explizit fokussiert. Dennoch finden sich Passagen, die das Thema Professionalisierung beleuchten.

So beschreiben die Genesungsbegleiter*innen, wie sie arbeiten, woran sich auch zeigt, wie sie Arbeitsbündnisse mit Nutzer*innen gestalten. Dabei wird mehrfach davon berichtet, dass eine besondere Nähe entsteht, die sich teils auch darin manifestiert, dass sich geduzt wird:

»Und ich habe dann festgestellt, das funktioniert tatsächlich in dem Kontext viel besser. Also bei mir, wenn ich das Du anbiete« (GB1_Transkript, Absatz 87).

»[...] ich bin sehr unmittelbar im Kontakt mit den Menschen. Ich bin. (...) Also da gibt es was unglaublich direktes« (GB2_Transkript, Absatz 22).

GB3 beschreibt den Beziehungsraum als einen Raum des (gemeinsamen) Aushaltens, in dem GB3 versucht, emotional mitzuschwingen und über die Resonanz ein Verstehen herzustellen, was anders sei als bei anderen Berufsgruppen:

»Wie kann ich gemeinsam mit dem Klienten einen Raum schaffen, in dem ich ihn aushalte, weil er sich ja erstmal gar nicht er oder sie sich gar nicht aushält mit mit der Problematik und und es geht nicht darum, Lösungen zu präsentieren, sondern es geht darum, Raum zu schaffen und und ja, auszuhalten in erster Linie. Ich glaube, das ist ein großer Unterschied« (GB3_Transkript, Absatz 24).

»[...] ich merke immer, dass die Professionellen [...] so bemüht sind, so einen Abstand aufzubauen und ich eigentlich eher darum bemüht bin, in die Schwingung

mit rein zu gehen, also zu gucken, wie fühlt sich das denn an, wenn ich selbstmordgefährdet bin? Wie fühlt sich das denn an, wenn ich, wenn ich vor lauter Einsamkeit gar nicht mehr weiß, wo ich hin soll oder so? Also wie ist dieses Gefühl und wie fühlt sich das in mir an?« (GB3_Transkript, Absatz 26).

An den genannten Beispielen zeigt sich, dass Genesungsbegleiter*innen mit den Nutzer*innen diffuse Sozialbeziehungen eingehen. Sie bringen sich als Person ein und werden als solche spürbar, weniger jedoch als Träger*innen einer Rolle.

Gemäß Oevermann ist eine »doppelte Professionalisierung« (siehe 4.4.1) erforderlich – also sowohl der Erwerb von Wissen als auch die Entwicklung und Schulung einer Interventionskompetenz.

Bezüglich des Erwerbs von Wissen gibt es einerseits konkrete Vorstellungen sowie die Erfahrung, dass formales Wissen aus anderen (vorangegangenen) Ausbildungen sinnvoll in die Tätigkeit als Genesungsbegleitung einfließt. Andererseits existieren Vorbehalte, dass zu viel formales Wissen das Erfahrungswissen bzw. dessen Anwendung behindern könne. Dieses Spannungsfeld wurde in Abschnitt 5.3.2 zum berufsspezifischen Fortbildungsbedarf bereits beschrieben.

Hinsichtlich der Praxis und des eigenen Handelns – also der Interventionskompetenz – besteht ein Bewusstsein, dass dies kontinuierlich gepflegt, reflektiert und geschult werden muss. Hierfür wird als wichtig erachtet, sich immer wieder die besondere Rolle und Kompetenz von Genesungsbegleitung bewusst zu machen. Der Forderung Oevermanns an eine kontinuierliche (Selbst-)Reflexion wird damit entsprochen:

»Aber dass wir uns sehr bewusst sind, was wir da tun. [...] es wäre so gut, wir würden noch viel mehr üben. [...] wie überlebt man als Genesungsbegleiter in einem normalen Team mit anderen? Und ähm, auch über die eigene Rolle mehr zu reflektieren. [...] Was ist Fürsprache? Was ist Begleitung? Aber ich glaube, dieser ganze Bereich, wie führe ich Gespräche und wie bringe ich mich da selber mit rein und an welchen Stellen bin ich auch nicht so bewusst, was ich da eigentlich in den Gesprächen mache? Jetzt nicht, dass ich eine Gesprächsführung lerne, aber dass ich mir meiner Motive bewusster bin« (GB2_Transkript, Absatz 52).

»und sich dann so ein Rückbesinnen, was ist denn eigentlich mein Blick oder meine meine Expertise, die ich habe?« (SV1_Transkript, Absatz 20).

Unabhängig davon, wie der Erwerb formalen Wissens für Genesungsbegleitende bewertet wird, ist das Erfahrungswissen die zentrale Wissensgrundlage für Genesungsbegleitung:

Darin begründet sich, dass sie – in diffuser Beziehung – als ganze Person sichtbar werden und daraus ein Selbstbewusstsein ihrer Tätigkeit schöpfen können:

»Ich bin jetzt Genesungsbegleiter, das ist jetzt meine Profession, sondern ich bin ja auch C. und ich habe ja Erfahrung. Ich bin ja dahin gekommen als C. zum Genesungsbegleiter und dieses ganze Leben, was ich mitbringe, ist ein Teil meiner Genesung und damit Teil meiner Genesungsbegleitung. Und ich, das darf ich auch zur Verfügung stellen« (GB3_Transkript, Absatz 28).

Die Antworten auf die Frage nach geeigneten Fort- und Weiterbildungen in den Interviews bieten Ansätze, wie eine solche doppelte Professionalisierung gestaltet werden kann. Wissen und Interventionskompetenz könnten gezielt in Fortbildungen weiterentwickelt und erweitert werden, wobei Formate geeignet erscheinen, die neben einer Wissensvermittlung reflexive Anteile beinhalten, um das Erfahrungswissen der Genesungsbegleitenden aufrechtzuerhalten, zu vertiefen und zu erweitern. Der Schluss liegt nahe, dass Genesungsbegleitung in ihrer Professionalisierung nicht nur durch Supervision und Fortbildung gestärkt würde, sondern auch durch eine institutionelle Anerkennung. Hier bedarf es einer Überwindung der symbolischen Gewalt in den Institutionen.

6.5 Reflexivität – Praktiken des Reflektierens

Jene Stellen der Interviews, in denen die Arbeitsweise der Genesungsbegleitenden thematisiert wird, spiegeln die Reflexivität und Praktiken des Reflektierens der Genesungsbegleitenden wider. Ebenso offenbart sich die Reflexivität von Genesungsbegleitenden in dem Erleben der Supervisionen seitens der Supervisor*innen. Sie zeigen sich beeindruckt von der Reflexivität von Genesungsbegleitenden und deren hoher Bereitschaft, sich auszutauschen und in den Supervisionen mit ihrem Erfahrungswissen einzubringen. Hier wird deutlich, dass Genesungsbegleitende auch in der Supervision Räume schaffen, in denen eine multiperspektivische Betrachtung von Themen möglich wird:

»Und auch eine große Bereitschaft miteinander. Also nicht nur das, also dass die Prozesse dann auch untereinander liefen, sich gegenseitig so zu beraten oder Sichtweisen zur Verfügung zu stellen« (SV1_Transkript, Absatz 12).

»Es waren sehr intensive Supervision, sehr emotionale auch und mit einer hohen Kompetenz waren die Menschen ausgestattet, über sich selbst zu reflektieren und auch eine hohe Bereitschaft. Das war sehr besonders, fand ich« (SV3_Transkript, Absatz 6).

»Also es ist ein persönlicher häufig und und ich sage es noch mal diese hohe Selbstreflexion, also wirklich eine hohe Kompetenz auch mit, also psychologische Prozesse und und eigene Projektionen usw zu sehen, das fand ich schon einfach beeindruckend« (SV3_Transkript, Absatz 16).

Häufig bleibt unklar, ob es sich dabei um kanalisierendes oder erweitertes Reflektieren handelt. Es erscheint meist wie eine Mischung von beidem. Die besondere Weise von Genesungsbegleitenden, sich einzubringen – im Sinne der Praktiken des Reflektierens – erweist sich nicht nur im direkten Kontakt mit den Nutzer*innen als wertvoll, sondern auch in Team-Supervisionen:

»Oft mit einer großen Identifikation, aber auch einer großen Kompetenz der Einfühlung in Zielgruppen. Oft ein bisschen überraschend schräg gekämmt, also so, dass das Team wirklich davon lernen kann, anders zu denken, andere Perspektive einzunehmen. Und sehr, sehr hilfreich, auch sehr akzeptiert. Das Team war auch, das betrifft jetzt ein Team, hat auch immer wirklich sehr interessiert zugehört. Also die haben schon gemerkt, dass da jemand was zu geben hat« (SV3_Transkript, Absatz 12).

So berichtet auch GB3, sich bewusst mit einer Nutzer*innen-orientierten Perspektive in die Team-Supervision einzubringen, um einen Raum für andere Interventionen zu öffnen. Dies entspricht dem erweiterten Reflektieren, das auch andere (lebensweltliche) Themen einbezieht, wie beispielsweise Sexualität:

»Ich glaube, mein Anliegen ist es häufig oder in erster Linie [...] das Verhalten des Gegenüber, also des Klienten in eine Normalität zu rücken. [...] in die Bresche zu springen, dass das, was er da tut, also auch wenn es für die Beobachtende erst mal nicht der Norm entspricht, vielleicht doch was völlig Normales hat. Also aus meiner aus meiner Perspektive sind das nicht bedrohlich anfühlt [...] Und meine Kolleginnen denken häufig, das hat was Psychotisches. [...] Macht natürlich den Umgang mit Ihnen wahnsinnig schwierig, weil da sofort dann ähm Medikamentierung, [...] das ganze System greift. Und [...] da gibt es so ein paar Themen auch Sexualität ist so ein Thema. Ähm. Auch Neigung zu Gewalt oder Gewaltandrohung bis zu einem gewissen Grade. Also vieles, was erstmal für jemanden bedrohlich erscheinen kann, muss nicht bedrohlich erscheinen. Und ich glaube das nicht, weil ich das ausreden möchte, oder weil ich das nicht ernst nehme, sondern ich finde es wichtig, das auch in Frage zu stellen. Um dann einen anderen Konsens zu finden« (GB3_Transkript, Absatz 10).

Beispiele für kanalisierendes Reflektieren sind in den Interviews nur wenige zu finden. Dies mag daran liegen, dass sich das kanalisierende Reflektieren dadurch auszeichnet, dass es situativ genutzt wird, im praktischen Tun. Schilderungen von Szenen aus der Arbeit wären geeignet, um das kanalisierende Reflektieren zu identifizieren. Solche Szenen zu erfragen ist nicht Teil des Interviewdesigns. Gleichwohl gibt es Beispiele, die sich als kanalisierendes Reflektieren deuten lassen. So benennt SV₂ eine Erweiterung des eigenen Horizontes durch die Genesungsbegleitenden, die ihre Krankheitserfahrungen in die Supervision einbringen:

» [...] dass ich das für mich immer als sehr bereichernd empfinde, weil ich durch die Supervisionen und durch die Offenheit einzelner Teilnehmenden auch noch mal mehr darüber lerne. Ähm, auch, wie Krankheit sich wie Erkrankung sich anfühlt [...] also es hat mir mal ein Teilnehmender rückgemeldet: Boah, diese Anfangsmethode [...] ist für jemand mit einer Schizophrenie-Erkrankung ganz schön herausfordernd. Das habe ich mir bis dato überhaupt nicht überlegt gehabt« (SV₂_Transkript, Absatz 10).

GB₁ setzt die Schwierigkeiten beim Arbeitgeber P, die in Abschnitt 6.3 beispielhaft mit dem Habitus gedeutet wurden, in Bezug zu der eigenen Diagnose, was als kanalisierendes Reflektieren verstanden werden kann: »also ich bin ja auch Diagnose [Anonymisierung durch die Verf.]. Und ich habe gemerkt, das macht es dann für Menschen, die vielleicht selber auch noch eine andere Besonderheit mitbringen, auch ein bisschen schwierig« (GB₁_Transkript, Absatz 44).

Themen, die sich in den Interviews offenbaren sind der Umgang mit Nähe und Distanz, der Balance zwischen Offenbarung und Selbstschutz sowie die Frage, inwieweit Kritik und Konfrontation erwünscht sind:

»Ich finde Genesungsbegleitende arbeiten noch mehr mit sich als Person, als das Pädagogen und Pädagoginnen tun. Und das, das erfordert ja viel Fähigkeit, sich immer wieder zu balancieren und zu regulieren« (SV₃_Transkript, Absatz 24).

»Genau, weil man selber ja auch Betroffener ist. Also man hat ja selbst auch eine sensible oder empfindliche Seite [...].also Therapeuten haben das ja nicht unbedingt und [...] für diesen Anteil muss man stärker dann sorgen und gerade wenn man viel schneller dichter dran ist [...] ich finde sogar, Genesungsbegleitung kann sogar komplexer sein als eine Therapie, weil weil man einfach ja dichter dran ist, eigene Muster hat.« (GB₁_Transkript, Absatz 67)

»Was für eine Stellung habe ich da? Werde ich ernst genommen? Bin ich ein Maskottchen? Bin ich der Polizeiaufpasser, dass die richtig sprechen?« (GB₂_Transkript, Absatz 36)

Der Beziehungsraum wird von Genesungsbegleitenden als ein Resonanzraum des »Mitschwingens« gestaltet (siehe 6.4), was zusammengenommen mit den hier identifizierten Mischformen der Praktiken des Reflektierens, dem unter 3.1.3 beschriebenen ganzheitlichen Reflektieren entspricht.

Unter dem Blickwinkel der »Praktiken des Reflektierens« betrachtet wird in den Interviews deutlich, dass die Genesungsbegleiter*innen für die Nutzer*innen einerseits individuelle Unterstützung leisten, andererseits strukturelle Herausforderungen adressieren, die die Nutzer*innen betreffen. Dies entspricht dem erweiterten Reflektieren, kann jedoch auch im Sinne Oevermanns als stellvertretende Krisenbewältigung gesehen werden. Supervision kann hier hilfreich sein, um die Balance zwischen Nähe und Distanz zu reflektieren und zu wahren.

6.6 Fazit zur Diskussion der Ergebnisse

In den Interviews finden sich zum vorab gesteckten theoretischen Rahmen dieser Arbeit prägnante Beispiele. Viele Abschnitte lassen sich mit den vorgestellten Verstehenszugängen interpretieren und deuten. Obwohl die leitfadengestützten Interviews auf die Erfahrungen mit und das Erleben von Supervision abzielen, bieten sie eine Fülle an Material, das zu den Theorien in Bezug gesetzt werden kann. Dies bestätigt, dass die gewählten Theorien geeignet sind, um ein vertieftes Verständnis zu EX-IN Genesungsbegleitung zu erlangen. Obwohl die Deutungen schlüssig sind, ist hervorzuheben, dass auch andere Interpretationen möglich wären. Gerade diese Mehrdeutigkeit liefert Ansatzpunkte für Vertiefung in der Supervision und weiterführende Forschung.

Die Diskussion zeigt, dass die Rollenklarheit für Genesungsbegleitende ein Balanceakt zwischen individueller Haltung und institutionellen Erwartungen ist. Dieses Spannungsfeld wird durch die Empörung über beobachtete Stigmatisierung und im Arbeitskontext selbst erlebte Diskriminierung verschärft. Das Erfahrungswissen stellt zwar ein spezifisches Kapital dar, das jedoch auf etablierte Strukturen trifft, welche die symbolische Anerkennung dieses Wissens wenig zulassen. Dies erschwert die Professionalisierung und die institutionelle Verankerung von Genesungsbegleitung. Gleichzeitig unterstreichen die Ergebnisse die besondere Reflexivität von Genesungsbegleitenden, die insbesondere die Supervisor*innen benennen. Diese besondere Reflexivität

ermöglicht Genesungsbegleitenden eine Auseinandersetzung mit institutionellen Gewohnheiten und befähigt sie, Räume für alternative oder kritische Perspektiven in multiprofessionellen Teams und in den Institutionen zu öffnen.

Insgesamt unterstreichen die Genesungsbegleiter*innen wie auch die Supervisor*innen die Bedeutung von Supervision, wobei sich unterschiedliche Schwerpunkte abzeichnen: Während die Genesungsbegleiter*innen Supervision als Raum für Reflexion und Stärkung der Selbstsicherheit betrachten, sehen die Supervisor*innen sie auch als Instrument zur besseren Integration von Genesungsbegleitenden in die Institutionen. Die Perspektive der Supervisor*innen offenbart eine differenzierte, teils kritische Betrachtung sowohl der strukturellen Rahmenbedingungen als auch der institutionellen Anforderungen. Für sie dient Supervision neben der persönlichen Reflexion der Genesungsbegleitenden auch als Mittel zur Stärkung der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team.

Die Ergebnisse legen nahe, dass das Thema Genesungsbegleitung in konzeptionellen Diskussionen, Fortbildungen und in der Supervision stärker verankert werden sollte. Dies wird in den folgenden Schlussbetrachtungen expliziter ausgeführt.

7 Schlussbetrachtungen

In diesem abschließenden Kapitel werden die Implikationen, die sich aus dieser Arbeit ergeben, betrachtet: einerseits hinsichtlich der Bedeutung für die Supervision, andererseits für das Berufsbild der Genesungsbegleitung. Gleichzeitig lassen sich Empfehlungen ableiten, wie Fortbildungen für Genesungsbegleitende gestaltet werden können. Der Ausblick zum Schluss benennt lose Enden und weiterführende Forschungsfragen.

7.1 Bedeutung für Supervision

Die Bedeutung der in dieser Arbeit vorgestellten Verstehtzugänge für die Supervision ist in den jeweiligen Abschnitten benannt. Daher soll in dieser Schlussbetrachtung zusammenfassend und ergänzend darauf eingegangen werden, was die Implementierung von Genesungsbegleitung in die psychiatrische Versorgung für Supervision und Supervisor*innen bedeutet.

Supervision im Feld der psychiatrischen Versorgung erfordert von Supervisor*innen eine hohe Kompetenz, komplexe und vielschichtige Fragestellungen und Dynamiken zu berücksichtigen. Einerseits geht es um die Klient*innen, Team- und Organisationsdynamiken, die sich wechselseitig beeinflussen als auch um die darauf einwirkenden gesellschaftlichen, historischen und wirtschaftlichen Faktoren (Heltzel, 2007, S. 41–44).

Dies bedeutet, dass Supervisor*innen sowohl die Analyse der Kontextbedingungen als auch die Überschneidung von Supervision als Anregung zur Selbstreflexion mit Fragen der Team- und Organisationsentwicklung beherrschen müssen. Denn die Supervisand*innen stehen in multiplen Spannungsfeldern wie beispielsweise dem Festhalten an gewohnten (bewährten) Arbeitsweisen und Strukturen und (notwendigen) Innovationen (Heltzel, 2007, S. 29). Dies gilt umso mehr, wenn die Implementierung von Genesungsbegleitung als Innovation zusätzlich mit einer Umgestaltung zu einer recovery- und nutzer*innenorientierten Versorgung einhergehen soll.

Mit der zunehmenden Verbreitung von Genesungsbegleitung werden Supervisor*innen, die im Feld Psychiatrie tätig sind, immer häufiger auf Institutionen bzw. Teams treffen, in denen Genesungsbegleitende tätig sind. Um die Auswirkung, welche die Einbeziehung von Genesungsbegleitenden auf Konzepte und Dynamiken hat, zu verstehen, muss das Feldwissen über die psychiatrische Versorgung von Supervisor*innen um das Thema Genesungsbegleitung ergänzt

werden. Wenn in Supervisions-Weiterbildungen das Feld Psychiatrie behandelt wird, sollte dabei folglich das Thema Genesungsbegleitung einbezogen werden.

In den Interviews wird mehrfach benannt, dass Genesungsbegleitung bisher als nicht ausreichend implementiert erlebt wird und es in vielen Institutionen strukturelle Hürden gibt. Dabei wird die Kritik hieran mit klaren Forderungen an die Institutionen verbunden. Supervisor*innen, die Institutionen in der Organisationsentwicklung beraten, in denen Genesungsbegleitung implementiert oder in Planung ist, bedürfen eines umfassenden Wissens über Genesungsbegleitung, um dabei zu unterstützen, diese strukturellen Mängel zu überwinden bzw. direkt zu vermeiden. In Team-Supervisionen ist einerseits die veränderte Dynamik durch Genesungsbegleitung relevant, andererseits muss, wenn es um Konzept-Entwicklung geht, das Thema Genesungsbegleitung mitgedacht werden.

In Teamsupervisionen können Supervisor*innen das WIR-Wissen von Genesungsbegleiter*innen gezielt adressieren, um dieser Perspektive Gehör zu verschaffen. Insbesondere in Institutionen, in denen die Bereicherung, die Genesungsbegleitung darstellt, noch wenig bewusst ist, kann dies positive Effekte haben: Durch die Perspektive von Genesungsbegleiter*innen in der Supervision wird der Horizont insgesamt erweitert. Die Position von Genesungsbegleiter*innen im Team und in der Institution wird insgesamt gestärkt, wenn sie in der Supervision Raum bekommen und Wertschätzung erfahren. Die Nutzer*innenperspektive gewinnt aufgrund der Stellvertretung durch Genesungsbegleiter*innen mehr Gewicht, was neue Lösungsansätze – auch in der Fallsupervision – ermöglicht.

Die Ergebnisse heben die Notwendigkeit eines reflexiven Raums für Genesungsbegleitende hervor. Diesen Raum kann Gruppensupervision bieten – sowohl trägerübergreifend als auch innerhalb eines Trägers, wenn dort mehrere Genesungsbegleitende tätig sind. Wobei Supervision dabei nicht nur individuelle Herausforderungen aufgreifen, sondern auch institutionelle Barrieren sowie Team-Dynamiken thematisieren sollte. Die Integration sozialtheoretischer Zugänge in die Supervision bietet hier zahlreiche Anknüpfungspunkte an die Fragestellungen von Genesungsbegleitenden. So könnte (Gruppen-)Supervision einen wichtigen Beitrag leisten, damit Genesungsbegleitende die eigene Position im Spannungsfeld zwischen dem Selbstverständnis ihrer Rolle und den institutionellen Erwartungen und Bedingungen besser verstehen. Ein besseres Einordnen der eigenen Rolle und Person in Bezug auf die gesellschaftlichen und institutionellen

Rahmenbedingungen kann Supervisand*innen – hier die Genesungsbegleiter*innen – vor der Individualisierung ihrer Probleme schützen und dazu beitragen Scham sowie Minderwertigkeits- und Versagensgefühle zu reduzieren.

(Sozial)theoretische Verstehenszugänge in der Supervision zur Verfügung zu stellen, bedeutet, dass Supervision auch einen (Fort-)Bildungscharakter haben kann. Die Supervisor*in ist dann auch Lehrer*in und sollte neben Feldwissen und ggf. der Feldkompetenz auch über entsprechendes sozial- und organisationstheoretisches Wissen verfügen (Gröning, 2016, S. 99; Heltzel, 2007, 25, 95-99).

Gelingt es in der Supervision mit Genesungsbegleitenden deren Verortung und Rollenklarheit im jeweiligen Arbeitskontext zu schärfen, unterstützt dies die Professionalisierung dieser neuen Berufsgruppe. Genesungsbegleitende können durch Reflexion und Fallarbeit in der Gruppensupervision ihre Handlungskompetenz erweitern.

7.2 Bedeutung für Genesungsbegleitung

Genesungsbegleitung ist eine der jüngsten Berufsgruppen in der psychiatrischen Versorgungslandschaft. Genesungsbegleitende arbeiten mit einem hohen lebensweltlichen Bezug mit den Nutzer*innen. In dieser Arbeit wird aufgezeigt, dass Genesungsbegleitende mit einem spezifischen Wissen – dem Erfahrungs- und WIR-Wissen – als Grundlage tätig sind. Damit unterscheidet sich Genesungsbegleitung beispielsweise von einer Alltagsbegleitung. Obwohl auch andere Berufsgruppen wie psychiatrische Pflege oder Sozialarbeit lebensweltorientiert arbeiten und es Überschneidungen in den Tätigkeitsbereichen geben kann, ist die Herangehensweise auf Grundlage des WIR-Wissens ein Alleinstellungsmerkmal von Genesungsbegleitung. Deshalb muss Genesungsbegleitung als eigenständige Berufsgruppe betrachtet werden.

Der Abgleich mit Oevermanns Theorie der Professionalisierung legt nahe, Genesungsbegleitung als professionalisierungsbedürftige Semi-Profession zu werten. Im Sinne der von Oevermann geforderten »doppelten Professionalisierung« muss es für Genesungsbegleitende Fortbildungen geben, die die Wissensgrundlage »WIR-Wissen« weiter stärkt und die Interventionskompetenz schult. Wird diese Forderung mit der Erkenntnis aus den Interviews in Bezug gesetzt, dass Genesungsbegleitung einen Bedarf an Stärkung des beruflichen Selbst- und Rollenverständnisses aufweist, lassen sich folgende Überlegungen zur Weiterentwicklung von Genesungsbegleitung ableiten:

In der Qualifizierungsmaßnahme, dem EX-IN Kurs, erlangen die (angehenden) Genesungsbegleitenden das

»WIR-Wissen«, mit dem sie später arbeiten. Wie in 2.2.2 dargestellt, wird dies durch die Methodik im Kurs unterstützt und kann nur in der Gruppe erfolgen. In der Praxis machen Genesungsbegleitende dann Erfahrungen, als Genesungsbegleitung zu arbeiten. Wenn diese Erfahrungen entsprechend reflektiert werden, entsteht daraus ein ICH-Wissen der Praxis von Genesungsbegleitung, des Genesungsbegleitung-Seins. In der Gruppe ließe sich daraus ein WIR-Wissen der Praxis generieren. Dieses WIR-Wissen der Praxis von Genesungsbegleitung könnte dazu beitragen, ein gemeinsames Verständnis und Ethos des Berufsbildes zu entwickeln. Dies wiederum würde die Genesungsbegleiter*innen in ihrem beruflichen Selbstverständnis und -bewusstsein stärken.

Geeignet erscheinen hier moderierte Formate, die insbesondere Reflexion und Austausch fördern. Zwar erfolgt auch in kollegialer Beratung und Intervision ein Austausch, jedoch kann dieser in moderierten Formaten methodischer angeregt und angeleitet werden. Dies kann in Supervision geschehen, aber auch in Fortbildungen.

Fortbildungen für Genesungsbegleitende sollten so konzipiert sein, dass sie die Methodik des erfahrungsbasierten Lernens von EX-IN zur Generierung von WIR-Wissen nutzen. Zusätzliches (formales bzw. akademisches) Wissen, beispielsweise sozialtheoretischer oder psychologischer Fundierung, kann zur Verfügung gestellt werden, sollte jedoch stets in Bezug sowohl zum WIR-Wissen als auch zur Praxis gestellt werden. Dies käme dem Wunsch vieler Genesungsbegleitender nach Erweiterung ihres Wissens – so wie er teils in den Interviews deutlich wird – entgegen und würde gleichzeitig das WIR-Wissen als zentrale Wissens- und Handlungsgrundlage erhalten und stärken. Insbesondere das WIR-Wissen der Praxis als Genesungsbegleitung könnte durch solche Fortbildungen generiert und erweitert werden. Der Praxisbezug ließe sich durch Situationsanalysen und Fallbeispiele herstellen, die die Teilnehmenden einbringen. Weiters können Rollenspiele die Interventionskompetenz und die Anwendung des WIR-Wissens – im Sinne der Praktiken des Reflektierens – schulen.

Da Genesungsbegleitende als Peers mit krisenerfahrenen Menschen arbeiten, erweitert sich in ihrer Praxis ihr WIR-Wissen über Krisen(bewältigungs)- und Behandlungserfahrungen laufend weiter: in besonderem Maße dort, wo Gruppen zusammenkommen, beispielsweise in von Genesungsbegleitenden moderierten (Recovery)Gruppen. In Supervisionen und Fortbildungen mit Genesungsbegleitenden sollte dieser Aspekt reflektiert werden.

In Fortbildungen zur Gruppenmoderation kann Genesungsbegleitenden einerseits die notwendige Handlungskompetenz der Gruppenmoderation, andererseits die Methodik des Generierens von WIR-Wissen vermittelt werden. Mit einem

besseren Verständnis über die Entstehung von WIR-Wissen, könnten sie dessen Entstehung gezielter fördern. Dies wiederum würde die Bedeutung der Erfahrungsexpertise in der Psychiatrie hervorheben und damit das Selbstvertrauen von Genesungsbegleitenden erhöhen. Starke, selbstbewusste Genesungsbegleitende wiederum sind wichtige Multiplikatoren für Empowerment und Partizipation in der psychiatrischen Versorgung.

7.3 Zusammenfassung zentraler Erkenntnisse

Aus der Diskussion in Kapitel fünf und den Schlussbetrachtungen lassen sich folgende Kernaussagen zusammenfassen:

1. **Rollenklarheit erfordert Reflexion und institutionelle Unterstützung:** Genesungsbegleitende arbeiten im Spannungsfeld zwischen Nutzer*innenorientierung, eigenem Anspruch und institutionellen Erwartungen. Ihr Erfahrungs- und WIR-Wissen wird einerseits eingefordert, andererseits nur bedingt anerkannt. Supervision kann hier maßgeblich zur Rollenklarheit beitragen. Institutionen sollten Genesungsbegleitende in Team-Supervisionen einbinden und gleichzeitig hierarchiefreie Reflexionsräume ermöglichen (z. B. Gruppensupervision nur für Genesungsbegleitende). Darüber hinaus können spezifische Fortbildungen für Genesungsbegleitende diese weiter in ihrer Rollenklarheit stärken.
2. **Stigmatisierung und Diskriminierung wirken als Barrieren:** Die Interviews zeigen, dass Genesungsbegleitende sowohl auf Stigmatisierung als auch auf Diskriminierung stoßen, was ihren Handlungsspielraum einschränkt. Eine reflektierte Auseinandersetzung mit diesen Mechanismen in Teamsitzungen, Organisationsentwicklungsprozessen und Supervisionen ist unerlässlich, um Genesungsbegleitung eine gleichberechtigte Position in multiprofessionellen Settings zu schaffen.
3. **Reflexion ist eine Schlüsselkompetenz von Genesungsbegleitenden:** Genesungsbegleitende bringen ausgeprägte Reflexionsfähigkeit als Schlüsselkompetenz in die Arbeit ein. Diese Kompetenz kann in Team-Supervisionen genutzt werden. Durch ihr Erfahrungs- und WIR-Wissen eröffnen sie erweiterte Perspektiven für eine nutzer*innen- und recoveryorientierte Versorgung. Innovative Lösungen können dann entstehen, wenn (Team-)Supervision als gemeinsamer Lern- und Reflexionsraum genutzt wird.

4. **EX-IN Genesungsbegleitung bedarf spezifischer Professionalisierung:** Genesungsbegleitung erweist sich als professionalisierungsbedürftige Semi-Profession. Spezifische Fortbildungen und Supervision können die Weiterentwicklung von Wissen, Handlungs- und Interventionskompetenz von Genesungsbegleitenden fördern, mit dem Ziel, deren Erfahrungs- und WIR-Wissen dauerhaft als bedeutsames, gleichberechtigtes Wissen im Hilfesystem zu verankern.
5. **Organisationsentwicklung muss Genesungsbegleitung berücksichtigen:** Eine gelungene Implementierung von Genesungsbegleitung erfordert eine Organisationsentwicklung und konzeptionelle Grundsatzentscheidungen, die es ermöglichen, das Potential von Genesungsbegleitung konstruktiv in den verschiedenen Ebenen (Nutzer*innen, Mitarbeitende, Management) zur Geltung zu bringen. Hier besteht teilweise erheblicher Entwicklungs- bzw. Nachholbedarf, der von Supervisor*innen, die Organisationsentwicklungsprozesse begleiten, erkannt und bearbeitet werden sollte. Insbesondere die Einbindung von Genesungsbegleitenden und damit der Nutzer*innen-Perspektive auf der Ebene des Managements ist noch deutlich unterentwickelt.

Insgesamt zeigen diese Punkte, dass die Implementierung von EX-IN als eigenständige Berufsgruppe noch nicht abgeschlossen ist. Neben den individuellen Kompetenzen der einzelnen Genesungsbegleiter*innen sind dafür geeignete institutionelle Rahmenbedingungen und eine reflexive, offene Team- und Führungskultur notwendig. Diese kann durch Supervision und Organisationsberatung gezielt unterstützt werden. Im folgenden Abschnitt werden weiterführende Fragen aufgezeigt, um diese Entwicklung fortzuführen.

7.4 Ausblick

Vor dem Ausblick sei angemerkt, dass die Auswahl der vorgestellten Verstehenszugänge, wenngleich sie einen vertieften Einblick in die Praxis, Entwicklung und Professionalisierung von Genesungsbegleitung bieten, nicht alle theoretischen Perspektiven abdeckt. Daher ist die Auswahl exemplarisch zu verstehen, um die Wichtigkeit sozialtheoretischer Zugänge aufzuzeigen. Machttheoretische Ansätze oder Theorien zu Diversität sowie ein Vergleich mit anderen beratenden Berufen, beispielsweise der Sozialen Arbeit, hätten ergänzende Einsichten ermöglicht. Zugunsten einer umfassenden Darstellung der Entstehung und Praxis des Erfahrungswissens und des Blicks auf die Professionalisierung von Genesungsbegleitung ist die Wahl auf die behandelten Ansätze gefallen.

Künftige Untersuchungen könnten prüfen, ob eine größere Zahl an Interviews die Ergebnisse bestätigen würde und ob sich zusätzliche Themen offenbaren. Die Erkenntnisse aus dieser Arbeit schaffen eine Basis für weiterführende Untersuchungen, die beispielsweise den Einfluss institutioneller Rahmenbedingungen und die Weiterentwicklung von Supervisionskonzepten im Kontext von Genesungsbegleitung beleuchten könnten.

Als weiterführende Forschung bieten sich insbesondere zwei Aspekte an:

Erstens wäre interessant, die Konzipierung und Durchführung von Fortbildungen für Genesungsbegleitende mit einer entsprechenden Begleitstudie zu untersuchen. Hier könnten Forschungsfragen lauten, ob dabei tatsächlich ein WIR-Wissen der Praxis gezielt generiert werden kann und welchen Effekt dieses auf die Genesungsbegleitenden hinsichtlich ihres Berufsverständnisses und ihrer Handlungskompetenz hat. Zweitens könnte mit einer Beobachtungsstudie in Teamsupervisionen der Frage nachgegangen werden, welche Auswirkungen die Implementierung von Genesungsbegleitenden und deren Einbeziehung in die Supervision haben. Beispielsweise könnten Effekte auf die Dynamiken und Sprache sowie die Vorurteile gegenüber psychisch erkrankten Menschen in den Teams untersucht werden.

7.5 Schlusswort der Verfasserin

Abschließend seien persönliche Worte der Verfasserin gestattet: Die Motivation zu der vorliegenden Arbeit speist sich aus dem persönlichen Bezug zum Thema. Als EX-IN-Genesungsbegleiterin und -Trainerin das Studium und die Weiterbildung zur Supervisorin zu absolvieren, war Herausforderung und Bereicherung zugleich. Gewohnt, stets die Nutzer*innen-Perspektive mit im Blick zu haben, wurde der multiperspektivische Blick zu einer meiner Stärken als Supervisorin.

Eben diese mehrfache Perspektive sollte zum Leitmotiv dieser Arbeit werden. Die Motivation für das Studium entstand aus der Supervisionserfahrung als Genesungsbegleiterin: Die Supervisor*innen waren wenig vertraut mit der Thematik Genesungsbegleitung.

Das im Studium neu gewonnene theoretische Wissen bereichert meine Praxis als Genesungsbegleiterin. Dabei stelle ich fest, dass eine Klarheit über den eigenen Standpunkt notwendig ist. Für mich ist erforderlich, immer wieder zu reflektieren, ob ich aus den Implikationen des WIR-Wissens heraus oder auf Grundlage des theoretischen Wissens agiere. Das Modell der Patchworkidentität hilft mir, unterschiedliche berufliche Identitäten zu entwickeln und bewusst zwischen ihnen zu wechseln und so kontextbezogen zu handeln – als

Genesungsbegleiterin, als Supervisorin, als EX-IN Trainerin und als Lehrende in Fortbildungen.

Diese Selbstreflexion ermöglicht es mir, das formale Wissen so in Bezug zum Erfahrungswissen zu stellen, dass es dieses nicht verdrängt, sondern sinnvoll ergänzt. Ähnliches darf ich als Supervisorin in Gruppensupervisionen mit Genesungsbegleitenden beobachten, in denen regelmäßig Fragen zum Selbstverständnis von Genesungsbegleitung auftauchen. Ebenso werden dort Fragen nach der Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen und der Integration von ergänzendem Wissen eingebracht, das meist als wertvoll erachtet, manchmal aber auch als bedrohlich empfunden wird. Als bedrohlich wird dieses Wissen dann gewertet, wenn damit die Tendenz der Assimilierung an andere Berufsgruppen und als Folge dessen eine Entfremdung von den Nutzer*innen assoziiert wird. Dieses Spannungsfeld wird auch in den Interviews deutlich. Daher ist es mir ein Anliegen, mit dieser Arbeit sozialtheoretische Zugänge mit Genesungsbegleitung in Bezug zu setzen. Das Verfassen dieser Arbeit war ein sehr dynamischer Prozess, der von dem Wunsch geprägt war, Brücken zu bauen, um Gräben zu überwinden. Die Wissenswelten des Erfahrungswissens und des akademischen Wissens können, sollen und dürfen sich gleichberechtigt ergänzen – sowohl zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in der Psychiatrie als auch in einem Individuum: für eine Versorgung, die zum Ziel hat, die Würde der Menschen zu wahren sowie Empowerment, Partizipation und Recovery zu ermöglichen.

8 Literaturverzeichnis

- A., H. (2021). Für eine bessere Atmosphäre. In S. Ackers & K. Nuißl (Hrsg.), EX-IN Genesungsbegleitung: Erfahrungsbereiche aus der Praxis (S. 23 – 31). Psychiatrie Verlag.
- AMERING, M. & GMEINER, A. (2019). Recovery und die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In G. Zuaboni, C. Burr, A. Winter & M. Schulz (Hrsg.), Recovery und psychische Gesundheit: Grundlagen und Praxisprojekte (1. Auflage). Psychiatrie Verlag.
- ANGERMEYER, M. C. (2004). Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft [Stigmatization of mentally ill patients by the society]. *Psychiatrische Praxis*, 31 Suppl 2, S246-250. <https://doi.org/10.1055/s-2004-828477>
- ANTHONY, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11 – 23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- BEAUFTRAGTER DER BUNDESREGIERUNG FÜR DIE BELANGE BEHINDERTER MENSCHEN (HRSG.). (2022). Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Liechtenstein. https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/PublikationenErklarungen/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile&v=19
- BILDEN, H. (1997). Das Individuum – ein dynamisches System vielfältiger Teil-Selbste: Zur Pluralität in Individuum und Gesellschaft. In H. Keupp & R. Höfer (Hrsg.), Identitätsarbeit heute: Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung (1. Aufl., S. 227 – 249). Suhrkamp.
- BOCK, T., BUCK DOROTHEA & MEYER, H.-J. (2009). Entwicklungslinien des Dialogs. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 39(3), 4 – 6.
- BOCK, T. & SIELAFF, G. (2016). Anthropologische Entwicklungslinien von Dialog und Peerarbeit. In J. Utschakowski, G. Sielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.), Experten aus Erfahrung: Peerarbeit in der Psychiatrie (1. Auflage, S. 25 – 34). Psychiatrie Verlag.
- BOURDIEU, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel (Hrsg.), *Soziale Welt : Sonderband: Bd. 2. Soziale Ungleichheiten* (S. 183 – 198). Schwartz.
- BOURDIEU, P. (1993). Sozialer Sinn: Kritik der theoretischen Vernunft (1. Auflage). Suhrkamp.
- BOURDIEU, P. (2012). Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft (22. Auflage). Suhrkamp.
- BRÜCKNER, B. (2023). Kurze Geschichte der Psychiatrie (Erste Ausgabe). Psychiatrie Verlag.
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT. (2020). Genesungsbegleiter/in-BERUFENET-Bundesagentur für Arbeit. <https://web.arbeitsagentur.de/berufenet/beruf/132492#ueberblick>
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES. BEHINDERTENRECHTSKONVENTION DER VEREINTEN NATIONEN. <HTTPS://WWW.BMAS.DE/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Politik-fuer-Menschen-mit-Behinderungen/Behindertenrechtskonvention-der-Vereinten-Nationen/behindertenrechtskonvention-der-vereinten-nationen.html>
- CORRIGAN, P. W., LARSON, J. E. & RÜSCH, N. (2009). Self-stigma and the »why try« effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75 – 81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- CORRIGAN, P. W. & WATSON, A. C. (2002A). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical psychology*, 9(1), 35 – 53.
- CORRIGAN, P. W. & WATSON, A. C. (2002B). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16 – 20.
- DEEGAN, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91 – 97. http://explore.bl.uk/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTab&gathStatTab=true&ct=display&fn=search&doc=ETOCRNO06167846&indx=1&recIds=ETOCRNO06167846
- DEWEY, J. (1951). Wie wir denken: Eine Untersuchung über die Beziehung des reflektiven Denkens zum Prozeß der Erziehung. Morgarten-Verlag, Conzett & Huber.
- DGSP. WURZELN-SEITE 2 – DGSP E. V. <HTTPS://WWW.dgsp-ev.de/allgemeines/hintergruende-zur-dgsp?start=1>
- DÖRNER, K. (2006). Wie kann der Dialog die Kommunikationsstrategien der psychiatrischen Versorgungslandschaft aufbrechen? *Psych. Pflege Heute*, 12(6), 318 – 321. <https://doi.org/10.1055/s-2006-927080>
- DÖRNER, K. (2019). Wege der Psychiatrie. In K. Dörner, U. Plog, T. Bock, P. Brieger, A. Heinz & F. Wendt (Hrsg.), *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (25th, Enlarged, Revised ed., S. 687 – 714). Psychiatrie Verlag.
- EX-IN DEUTSCHLAND E. V. (2009). EX-IN Curriculum.
- EX-IN DEUTSCHLAND E. V. (2013). EX-IN Curriculum – Kurzfassung.

- EX-IN OWL (HRSG.). (2024). Unterrichtsmaterialien: Entstehung von ICH-Wissen.
- FINZEN, A. (2013). Stigma psychische Krankheit: Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen (1. Auflage). Fachwissen. Psychiatrie Verlag.
- FINZEN, A. (2018). Normalität: Die ungezähmte Kategorie in Psychiatrie und Gesellschaft (1. Auflage). Psychiatrie Verlag.
- FRANK, C. (2021). EX-IN in der Praxis–als Genesungsbegleiterin Neues entdecken. In S. Ackers & K. Nuißl (Hrsg.), EX-IN Genesungsbegleitung: Erfahrungsberichte aus der Praxis (S. 32 – 47). Psychiatrie Verlag.
- FRIESEL-WARK, H. (2022). Die Dimension des Körpers im Kontext Sozialer Arbeit in der Psychiatrie: Eine rekonstruktive Studie zum Umgang mit dem Klienten-Körper (1. Aufl.). Beltz Juventa.
- FRÖHLICH, G. & REHBEIN, B. 1. (2011). Bourdieu-Handbuch: Leben–Werk–Wirkung. Verlag J.B. Metzler.
- GARZ, D. & RAVEN, U. (2015). Theorie der Lebenspraxis: Einführung in das Werk Ulrich Oevermanns. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (HRSG.). (2024). Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3494/PPP-RL_2024-03-21_iK-2024-07-01.pdf
- GOFFMAN, E. (1975). Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp.
- GRÖNING, K. (2012). Reflexive Supervision: Studienbrief. Universität Bielefeld.
- GRÖNING, K. (2016). Sozialwissenschaftlich fundierte Beratung in Pädagogik, Supervision und Sozialer Arbeit (1. Auflage). Psychosozial-Verlag.
- GÜHNE, U., WEINMANN, S., RIEDEL-HELLER, S. G. & BECKER, T. (2019). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8>
- HASLER, F. (2023). Neue Psychiatrie: Den Biologismus überwinden und tun, was wirklich hilft. Science Studies. transcript Verlag.
- HEIMANN, R. (2016). Habitusanalyse als Diagnoseinstrument in Supervision und Beratung. Organisationsberatung, Supervision, Coaching, 23(4), 357 – 369. <https://doi.org/10.1007/s11613-016-0474-0>
- HELTZEL, R. (2007). Supervision und Beratung in der Psychiatrie. Basiswissen: Bd. 11. Psychiatrie-Verlag.
- HEUMANN, K., SCHMID, C., WILFER, A., BOLKAN, S., MAHLKE, C. & PETER, S. VON (2019). Kompetenzen und Rollen(-erwartungen) von Genesungsbegleitern in der psychiatrischen Versorgung – Ein partizipativer Forschungsbericht [Competencies and Role Experiences of Peer Support–A Participatory Research Report]. Psychiatrische Praxis, 46(1), 34 – 40. <https://doi.org/10.1055/a-0597-8188>
- HEYDENDORFF, S. C. VON & DRESSING, H. (2016). Mediale Stigmatisierung psychisch Kranker im Zuge der »Germanwings«-Katastrophe [Medial Stigmatization of Mentally Ill Persons after the »Germanwings«-Crash]. Psychiatrische Praxis, 43(3), 134 – 140. <https://doi.org/10.1055/s-0042-101009>
- KEUPP, H., AHBE, T., GMÜR, W., HÖFER, R., MITZSCHERLICH, B., KRAUS, W. & STRAUS, F. (2008). Identitätskonstruktionen: Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne (Orig.-Ausg., 4. Aufl.). Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- KNUF, A. (2005). Selbststigmatisierung: Das Stigma auf der Innenseite der Stirn. Soziale Psychiatrie(4). https://www.andreas-knuf.de/app/download/15557663924/Selbststigmatisierung_auf_der_Innenseite_der_Stirn.pdf?t=1584607624
- KRAIS, B. & GEBAUER, G. (2008). Habitus (2. Aufl.). transcript Verlag.
- KUCKARTZ, U. (2018). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (4., überarbeitete Aufl.). Beltz Verlagsgruppe.
- LENGER, A., SCHNEICKERT, C. & SCHUMACHER, F. (2013). Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. In A. Lenger, C. Schneickert & F. Schumacher (Hrsg.), Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus: Grundlagen Zugänge Forschungsperspektiven (S. 13 – 44). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- LINK, J. (2014). Herausforderungen durch neue Normalitäten in der Krise. Forum Supervision(44), 5 – 13.
- MAYRING, P. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (Neuausgabe). Beltz Verlagsgruppe.
- MEAD, G. H. (1973). Geist, Identität und Gesellschaft: Aus der Sicht des Sozialbehaviorismus (U. Pacher, Übers.) (C. W. Morris, Hg.) (Erste Auflage). Suhrkamp.
- OEVERMANN, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 1230. Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns (1. Aufl., S. 70 – 182). Suhrkamp
- OEVERMANN, U. (2001). Die Struktur sozialer Deutungsmuster–Versuch einer Aktualisierung. Sozialer Sinn, 2(1), 35 – 82. <https://doi.org/10.1515/sosi-2001-0103>
- OEVERMANN, U. (2004). Sozialisation als Prozess der Krisenbewältigung. In D. Geulen & H. Veith (Hrsg.), Sozialisationstheorie interdisziplinär (S. 155 – 182). De Gruyter.

- OEVERMANN, U. (2005). Wissenschaft als Beruf–Die Professionalisierung wissenschaftlichen Handelns und die gegenwärtige Universitätsentwicklung. *Die Hochschule–Journal für Wissenschaft und Bildung*, 14(1), 15 – 51.
- OEVERMANN, U. (2009). Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (S. 113 – 142). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- OEVERMANN, U. (2014). Sozialisationsprozesse als Dynamik der Strukturgesetzlichkeit der ödipalen Triade und als Prozesse der Erzeugung des Neuen durch Krisenbewältigung. In D. Garz & B. Zizek (Hrsg.), *Wie wir zu dem werden, was wir sind: Sozialisations-, biographie- und bildungstheoretische Aspekte* (S. 15 – 69). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- PFALZKLINIKUM. (2022). Mit der eigenen Erfahrung helfen. <https://www.pfalzkllinikum.de/aktuelles/detail/mit-der-eigenen-erfahrung-helfen>
- POLS, J. (2014). Knowing Patients. *Science, Technology, & Human Values*, 39(1), 73 – 97. <https://doi.org/10.1177/0162243913504306>
- PSYCHIATRIENETZ. PSYCHIATRIE-ERFAHRENE. [HTTPS://www.psychiatrie.de/selbsthilfe/psychiatrie-erfahrene.html](https://www.psychiatrie.de/selbsthilfe/psychiatrie-erfahrene.html)
- REHBEIN, B. 1. (2016). *Die Soziologie Pierre Bourdieus* (3., überarbeitete Auflage). UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- RESE, F. (2014). *Erfahrung als eine Form des Wissens*. Verlag Karl Alber.
- SCHMID, C. (2020). *Ver-rückte Expertisen: Ethnografische Perspektiven auf Genesungsbegleitung* (1st ed.). transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839453858>
- SCHULZ, G. (2021). Solidarität als Haltung. In S. Ackers & K. Nuißl (Hrsg.), *EX-IN Genesungsbegleitung: Erfahrungsberichte aus der Praxis* (S. 48 – 56). Psychiatrie Verlag.
- UTSCHAKOWSKI, J. (2015). *Mit Peers arbeiten: Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung* (1. Aufl.). Psychiatrie-Verlag.
- UTSCHAKOWSKI, J. (2016A). Die Ausbildung von Experten aus Erfahrung: Das Projekt EX-IN. In J. Utschakowski, G. Sielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.), *Experten aus Erfahrung: Peerarbeit in der Psychiatrie* (1. Auflage, S. 82 – 92). Psychiatrie Verlag.
- UTSCHAKOWSKI, J. (2016B). EX-IN: Ausbildung und Einsatz von GenesungsbegleiterInnen. In Dachverband Gemeindepesychiatrie e.V. (Hrsg.), *Experten aus Erfahrung: Menschen mit psychischen Erkrankungen als Mitarbeiter in Behandlungsteams* (S. 510).
- UTSCHAKOWSKI, J. (2016C). Voraussetzungen und Bedingungen der Peerarbeit. In J. Utschakowski, G. Sielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.), *Experten aus Erfahrung: Peerarbeit in der Psychiatrie* (1. Auflage, S. 72 – 79). Psychiatrie Verlag.
- VAN HAASTER, H. (2016). Der Wert der Erfahrung. In J. Utschakowski, G. Sielaff, T. Bock & A. Winter (Hrsg.), *Experten aus Erfahrung: Peerarbeit in der Psychiatrie* (1. Auflage, S. 50 – 59). Psychiatrie Verlag.
- VESTER, M., OERTZEN, P. VON, GEILING, H., HERMANN, T. & MÜLLER, D. (2015). *Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel: Zwischen Integration und Ausgrenzung* (4. Auflage, vollständig überarbeitete, erweiterte und aktualisierte Fassung). Suhrkamp.
- VPE. 30 Jahre VPE – VPE-Bielefeld.de. <https://vpe-bielefeld.de/2023/10/04/30-jahre-vpe/>
- WEINMANN, S. (2018). *Die Vermessung der Psychiatrie: Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets* (1st ed.). Psychiatrie Verlag.
- ZINGSHEIM, A. (2016). Genesungsbegleiter ist kein Traumberuf. *Psychiatrische Pflege*, 1(3-4), 50 – 52. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000050>
- ZINGSHEIM, A. (2022A). Betrachtung der Rolle und Herausforderungen von EX-IN Genesungsbegleitung: Hausarbeit.
- ZINGSHEIM, A. (2022B). Psychische Erkrankung als gesellschaftliche Behinderung und die Folgen für die Erwerbsbiografie: Hausarbeit.

9 Autorinnenangabe

Andrea Zingsheim (M.A.) ist Mitbegründerin des Recovery College Gütersloh-OWL und arbeitet dort als Projektmitarbeiterin. Sie ist EX-IN Genesungsbegleiterin und -Trainerin sowie als Supervisorin Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Supervision und Coaching (DGSv). Sie verbindet praxisnahe Arbeit in der sozial-psychiatrischen Versorgung mit Bildungs- und Qualifizierungsangeboten im Kontext von EX-IN. Ein besonderes Anliegen ist ihr die Qualifizierung und kontinuierliche Fortbildung von EX-IN Genesungsbegleitenden. Ihre fachlichen Schwerpunkte liegen in EX-IN Genesungsbegleitung, recovery-orientierter Arbeit, partizipativen und erfahrungsbasierten Ansätzen sowie Supervision und Reflexion professionellen Handelns in der Sozialpsychiatrie.

Die vorliegende Masterarbeit verfasste sie im Rahmen ihres Studiums „Supervision & Beratung“ an der Universität Bielefeld.

Kontakt: a_zingsheim@gmx.de