

2 »Berufsverrückt«¹: Das Forschungsfeld Genesungsbegleitung

In unserer psychiatrischen Landschaft fehlt eine Berufsgruppe. Und das ist die der subjektiven Seite. (El 11; 01.03. 2017)

Genesungsbegleitung – die Berufsgruppe der »subjektiven Seite« (ebd.), wie es eine Pflegedienstleiterin im Gespräch nannte – ist in Deutschland eine aktuell im Entstehen begriffene Profession (Rebeiro Gruhl, Lacarte und Calixte 2016). International gelten Genesungsbegleiter (bzw. deren internationales Äquivalent *Peer Support*) als eine der am schnellsten wachsenden Berufsgruppen innerhalb der psychiatrischen Versorgung (Doughty 2011). Die primäre Basis für eine Tätigkeit als Genesungsbegleiterin ist die eigene Psychiatrieerfahrung oder die Erfahrung als Angehörige von Psychiatrieerfahrenen (Utschakowski et al. 2009). Eine Form der persönlichen Erfahrung wird damit zum Ausgangspunkt dieses neuen Berufszweigs und zugleich zu einer Form der Expertise. Rund um Genesungsbegleitung gruppiere ich mein empirisches Forschungsfeld und skizziere meinen Zugriff auf epistemologische Fragen rund um Erfahrungsexpertise. Zunächst werde ich der Frage nachgehen, wer potenziell Genesungsbegleiterin sein kann, und darlegen, welche Tätigkeiten damit verbunden sind. Danach gehe ich kurz auf Eigenheiten des deutschen psychiatrischen Versorgungskontextes in Bezug auf Genesungsbegleitung ein, um im Anschluss daran das Forschungsfeld zu entwerfen. Dabei gehe ich davon aus, dass ich als Forscherin dieses Feld aktiv hervorbringe und mitgestalte (Law und Urry 2004) – dies in Abgrenzung zu einem konventionellen, stationären Feldbegriff, der die Kongruenz eines territorial festgelegten Raums mit einer ausschließlich auf ihn bezogenen Kultur voraussetzt.²

1 Diese Selbstbezeichnung erwähnte ein Genesungsbegleiter im Gespräch; sie begegnete mir im Laufe der Feldforschung wiederholt.

2 »Dass heute das In-Eins-Fallen von sozialer Gruppe, Territorium und geteilter Kultur immer weniger selbstverständlich vorausgesetzt werden kann, macht vor allem eins deutlich: Die Vorstellung von der an eine homogene Gruppe gebundenen, in ihrer flächenhaften Ausdehnung territorial beschreibbaren Kultur war schon immer ein Konstrukt. [...] Das Feld ist kein

Diese Einführung in den Beruf Genesungsbegleitung in Deutschland führt zu einer weiteren, höchst dynamischen und einflussreichen Folie, auf der sich die Konflikte um diese spezifische Erfahrungsexpertise konstituieren: den Diskussionen über Genesungsbegleitung, die in der psychiatrischen und psychologischen Fachliteratur der vergangenen zehn Jahre stattgefunden haben. Entlang dieses Spezialdiskurses werde ich darstellen, welche Forschungslücke sich auftut, wenn es um die – einerseits so zentral gestellte, andererseits doch meist ignorierte – Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen geht. Zum Schluss des Kapitels lege ich die inhaltlichen und methodologischen Folgerungen dar, die sich aus dieser Forschungslücke für das empirische Feld ergeben, um deren praktisch-methodische Implikationen sowie meine forschungsethischen Entscheidungen im konkreten Forschungsablauf zu erläutern.

Dieses Kapitel umfasst also den medizinisch-psychiatrischen Diskurs **über** Genesungsbegleitung, die methodologischen Bedingungen der Zusammenarbeit **mit** Genesungsbegleitern und meinen empirischen Umgang **im** Feld Genesungsbegleitung.

2.1 **Über Genesungsbegleitung: Was ist das?** **Was tun Genesungsbegleiter?** **Und woher kommt Genesungsbegleitung?**

»Wer selbst psychische Krisen durchlebt hat, weiß am besten, was ihm in diesen Situationen gutgetan hat.« (Utschakowski et al. 2009) Dieses Zitat aus dem Klappentext des einschlägigen Sammelbandes *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* bringt die Idee des in Deutschland relativ jungen Berufs der Genesungsbegleiterin auf den Punkt: Das Wissen von Personen, die selbst Erfahrung mit psychischen Krisen haben, soll als Ressource zur Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen genutzt werden (von Trotha und Dick 2003).³ Die wohlklingende Bezeichnung *Genesungsbegleitung* wurde dabei im Rahmen des mit EU-Mitteln geförderten Pilotprojekts *EX-IN* (= Experienced Involvement) geprägt, auf das ich nachfolgend noch ausführlicher eingehen werde. In diesem Projekt wurde ein Curriculum zur Weiterbildung von Psychiatrieerfahrenen oder deren Angehörigen zur Genesungsbegleiterin entwickelt. Unterdessen hat sich die (gesetzlich nicht geschützte) Bezeichnung Genesungsbegleiter über den Zusammen-

Ort, der der Forschung vorgängig existiert und der nur einfach aufgesucht wird, sondern vielmehr Produkt eines Herstellungsprozesses.« (Welz 2009, 202)

3 In anderen europäischen Ländern sind entsprechende Berufsbilder teilweise bereits etabliert. Zum Beispiel gibt es in den Niederlanden seit 2012 eine Berufsvereinigung von Erfahrungsexperten (Baillergeau und Duyvendak 2016).

hang dieser spezifischen Weiterbildung hinaus verbreitet. Auch Personen, die die EX-IN-Weiterbildung selbst nicht absolviert haben, aber als Psychiatrieerfahrene oder Angehörige von Psychiatrieerfahrenen in der stationären wie komplementären psychiatrischen Versorgung arbeiten, werden im Feld Genesungsbegleiter genannt (Schmid 2017).

Alle Genesungsbegleiter (ob mit oder ohne EX-IN-Weiterbildung) sind zunächst *Peers* (Ebenbürtige, Übersetzung CS), die im psychiatrischen Kontext arbeiten. Diese Idee, dass *Peers* einander unterstützen und professionelle wie semi-professionelle Tätigkeiten übernehmen, ist weder für den psychiatrischen Bereich noch für andere Berufsfelder neu. Dabei ist sowohl die Bandbreite der Formate als auch die der Arbeitskontexte groß (Mahlke et al. 2014): *Peers* kommen unter anderem in der Suchtberatung und Gesundheitsaufklärung (u.a. Sarafian 2012), in der Schulbildung (Nörber 2003) und in der Behindertenhilfe (Peer Counseling n.d.) zum Einsatz. Wer genau ein *Peer* sein kann und welche Aufgaben *Peers* inner- und außerhalb psychiatrischer institutioneller Kontexte übernehmen können, ist jedoch umstritten (u.a. Mahlke et al. 2015a; Rebeiro Gruhl et al. 2016).

Peer-Arbeit in psychiatrischer Versorgung

Peer-Unterstützung versus Peer-Arbeit

[P]eer support refers to a situation where people with experience of mental health problems are offering each other support based on their lived experience.

(Faulkner et al. 2013, 6)

Diese Definition der englischen Erfahrungsexpertin und *Survivor*⁴-Forscherin Alison Faulkner und ihrer Mitautorinnen umreißt den Personenkreis, der für die Tätigkeit als *Peer-Arbeiter* infrage kommt: Es handelt sich um Personen, die selbst Unterstützung auf Basis ihrer *gelebten Erfahrung* (siehe für genauere Ausführungen Kapitel 3.2.1, S. 102) in und mit psychiatrischen Kontexten bieten können. Wie in nahezu allen anderen Definitionen von *Peer Support* wird ein fundamentaler Bezug zu *gelebter Erfahrung* hergestellt, seine Implikationen bleiben indes meist unklar (Dixon, Krauss und Lehman 1994; Mead 2003; Beales und Wilson 2015; Davidson 2015; Asad und Chreim 2016; Rebeiro Gruhl, Lacarte und Calixte 2016). Faulkner und Mitautoren betonten in ihrer Definition, dass *Peer-Unterstützung* zunächst eine reziproke Beziehung ist, in der nicht festgelegt ist, in welche Richtung die

4 Unter dem Terminus *Survivor* Forscher werden Personen gefasst, die sich offen auf ihre eigene, persönliche Erfahrung mit psychiatrischen Diagnosen und Behandlungen in ihrer wissenschaftlichen Arbeit beziehen. Der Terminus *Survivor* (= Überlebender) verweist darauf, dass innerhalb dieser Bewegung davon ausgegangen wird, dass Psychiatrie etwas Bedrohliches ist, dass es zu überleben gilt. Ich werde auf S. 20f. genauer auf diesen Begriff eingehen.

Unterstützung verläuft – es gibt also keine eindeutige Unterscheidung in Behandlerinnen und Behandelte. Das bringt mit sich, dass viele Menschen sie nutzen, ohne sie so zu nennen, denn jedes informelle Gespräch auf dem Gang, dem Hof oder in der Kantine kann potenziell Peer-Unterstützung sein (Faulkner et al. 2013, 2).

Peer-Arbeit als institutionalisierte Ausformung von Peer-Unterstützung unterscheidet sich nach Ansicht der Betroffenen-Aktivistin Shery Mead vor allem durch die Aufhebung dieses prinzipiell reziproken Charakters (Mead 2014). Eine Genealogiebegleiterin in einer psychiatrischen Tagesklinik gilt beispielsweise als Senderin der Unterstützung, während die Klientinnen, bzw. Patientinnen oder Nutzerinnen als deren Empfängerinnen vorgesehen sind. Das bedeutet jedoch nicht, dass diese kategoriale Trennung alltagspraktisch undurchlässig wäre. Auch der Arzt kann zum Empfänger von Peer-Unterstützung werden (Mead 2003; Mead, Hilton und Curtis 2001). Mead nennt diese Form der institutionalisierten unidirektionalen Peer-Unterstützung *Intentional Peer Support* (Mead 2014). Dies ist jedoch nur eine von vielen gängigen Bezeichnungen (die jeweils mit entsprechenden Bedeutungsverschiebungen einhergehen): *consumer employees*, *consumer providers*, *consumer supporters*, *peer providers*, *peer staff*, *peer support specialists* (vgl. Miyamoto und Sono 2012) oder *formal peer support* (Bradstreet 2006, 34), um nur einige Beispiele zu nennen. Sie unterscheiden sich voneinander vor allem durch den Grad der Reziprozität und Formalität:

Peer support is provided in a variety of service models which could be formal or informal, depending on the degree of reciprocity between clients and peer support providers, and the level of peer support structure and standardization.

(Asad 16, 767)

Manche Autoren sehen in der sich hier abzeichnenden Vagheit eine Ursache für qualitativ schlechte Peer-Arbeit (Faulkner et al. 2013). Weil niemand so richtig wisse, was Peer-Arbeit umfasse, komme es zu dem Missverständnis, dass jede Person, die eine psychische Krise erlebt habe, eine Peer-Arbeiterin sein könne (Beales und Wilson 2015, 315). Während meiner Feldforschung begegnete ich vielen Versuchen, die Unklarheit mit metaphorischen Umschreibungen einzuhegen – von »Tofu-Arbeiter« (Utschakowski 2015, 27; weder *Fisch* noch *Fleisch* ist damit gemeint), über »Eisbrecher« und »Feuerwehr« bis hin zu »Hofnarr« (Heumann et al. 2018). Diese bildlichen Umschreibungen verweisen sicherlich auf Erwartungen und Rollenvorstellungen, mit denen sich Peer-Arbeiterinnen im Alltag psychiatrischer Gesundheitsversorgung konfrontiert sehen: Sie sollen »das Eis brechen«, »den Brand löschen«, unkonventionell Kritik an den »Königen« der Klinik üben (Heumann et al. 2018). Doch damit ist noch nichts darüber gesagt, was Peer-Arbeit alltagspraktisch spezifisch macht (Rebeiro Gruhl, Lacarte und Calixte 2016) und wie sie verhandelt wird.

Aus soziologischer Sicht fassten Evelyne Baillergeau und Jan Willem Duyvendak kürzlich drei verschiedene mögliche Rollen von Peers zusammen: Erstens könne es sich um eine Art »Peer Delivery« (Baillergeau und Duyvendak 2016, 418) handeln, in denen Peers eine Nachricht oder einen Inhalt an eine Zielgruppe weitergeben sollen. Zweitens könne Peer-Arbeit eher im Sinne eines »Peer Development« (ebd.) in Zusammenarbeit mit einer Peergruppe stattfinden. Dabei handle es sich eher um eine gemeinsame Entwicklung von Inhalten, Nachrichten oder Ähnlichem. Drittens könnten sie als Multiplikatoren tätig werden, beispielsweise indem sie Lobbyarbeit leisten und Informationen an politische Entscheidungsträger weitergeben (Baillergeau und Duyvendak 2016). Allerdings trifft keine dieser Rollen direkt oder exklusiv auf Genesungsbegleiterinnen in (teil-)stationären psychiatrischen Kontexten zu. Es zählt nicht zu ihren Aufgaben explizit eine klare Nachricht zu vermitteln (wie es beispielsweise in Bezug auf Drogenaufklärung häufig genutzt wird); ebenso arbeiten sie zwar in Gruppen mit Patienten, häufig jedoch in Zusammenarbeit mit einem Pfleger oder einer Therapeutin (es handelt sich also nicht um reine Peer-Gruppen); auch Lobbying beschreibt Genesungsbegleitung in (teil-)stationären Kontexten nicht umfassend. Die Rolle von Genesungsbegleitern »auf Station⁵« (FN II; 02.05.2015), lässt sich in diesen vorgeschlagenen Kategorien nicht einordnen.

Sowohl die mögliche Rolle von Peer-Arbeit in (teil-)stationärer psychiatrischer Versorgung, als auch die konkreten Tätigkeiten bleiben in der aktuellen Forschungsliteratur häufig unklar (u.a. Mahlke et al. 2015a). Individuelle Beratung aber auch Gruppenleitung oder andere Tätigkeiten auf einer geschlossenen psychiatrischen Station können unter die Bezeichnung Peer-Arbeit fallen. In deutschsprachigen Beschreibungen finden sich für Peer-Arbeiterinnen in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung heute Tätigkeiten wie Schulungen von Mitarbeitenden, Fallsupervisionen, Leitung von *Recovery*- und Freizeitgruppen (siehe Kapitel 2.2.1, 27), Patientenfürsprache in Organisationen, flankierende Peer-Beratung, Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung. Genesungsbegleitung findet in psychiatrischen Krankenhäusern, in der Integrierten Versorgung, im Betreuten Wohnen oder in Heimen statt (Utschakowski 2015, 12). Dagegen scheint ein gewisser Konsens darüber zu herrschen, was *nicht* zu Peer-Arbeit gehört, zum Beispiel pflegerische Aufgaben im engeren Sinne: Peer-Arbeiter messen in der Regel keinen Blutdruck und geben nur in Ausnahmefällen Medikamente. Es gibt zwar Bemühungen, der Aufgaben- und Rollenunklarheit durch Stellenbeschreibungen für Genesungsbegleiterinnen und Implementierungsanleitungen für die Praxis zu begegnen (Utschakowski 2015). Indessen wird

5 Dieser Terminus wurde während meiner Feldforschung häufig gebraucht, um Genesungsbegleitung in- und außerhalb von Klinikkontexten zu unterscheiden. Er erinnert auch an den Sprachgebrauch »auf Arbeit«.

auch in solchen konkretisierenden Beschreibungen regelmäßig die Notwendigkeit einer offenen und flexiblen Aufgabengestaltung für Peer-Arbeitende betont. Manche Autoren sehen in der Unbestimmtheit der Begriffsbestimmung sogar ein definitorisches Merkmal von Peer-Arbeit:

Yet it remains unclear operationally what constitutes the support provided by peers. Defining the nature and meaning of peer support for mental health consumers is a challenging task, primarily because one of the defining features of peer support is the flexibility to suit people's needs and interests. (Rebeiro Gruhl, Lacarte und Calixte 2016, 78)

Das Tun der Peer-Arbeiterinnen realisiert sich sehr unterschiedlich – abhängig vom Team, von der generellen Ausrichtung des therapeutischen Umfelds, von den Modalitäten der Anstellung und anderen Faktoren und im Zusammenspiel zwischen Aufgabenfestsetzung und -offenheit. Für viele Genesungsbegleiter entsteht dadurch ein Spielraum, in dem sie sich ihre eigenen Arbeitsaufgaben selbst suchen und übernehmen – und das kann, wie Asad und Chreim bemerkten, sowohl als Grund für Schwierigkeiten als auch als Chance gewertet werden (Asad und Chreim 2016, 711). In einem der Gespräche, die ich führte, beschrieb eine Person, die im Rahmen ihrer Pflegedienstleitung mit Genesungsbegleiterinnen im stationären Bereich zusammenarbeitet, deren Tätigkeit folgendermaßen:

Das sieht so aus: Sie kommt und schaut, was anliegt. Sie setzt sich zu den Patienten hin und der Patient, der sie braucht, der sucht sie. Der weiß, das ist die Genesungsbegleiterin und der sucht sie und dann schaut man, was macht man gemeinsam. Dann gibt es aber auch eine Situation, wo Genesungsbegleiter im Bezugssystem mit sind. [...] Da hat der Genesungsbegleiter bestimmte Aufgaben dann, die er gemeinsam mit dem Patienten macht. (El 11; 01.03.2017)

Hier wurde einerseits betont, dass Genesungsbegleiterinnen vordefinierte Aufgaben haben, andererseits scheinen die Patientinnen über die Aufgaben der Genesungsbegleiter zu entscheiden. Auch hier zeigt sich, dass ihre Tätigkeiten nicht nur vom Einsatzort (einem Krankenhaus gegenüber dem Betreuten Wohnen beispielsweise) sondern mehr noch von der jeweiligen Situation abhängen und es bisher keine einheitliche Tätigkeits- oder Berufsbeschreibung gibt. Auch innerhalb der einzelnen Versorgungskontexte bleibt teilweise unklar – wie bereits in der Einleitung erwähnt – was denn die Genesungsbegleiterinnen in ihrer Mitte *tun*. So antwortete mir eine auf einer allgemeinspsychiatrischen Station arbeitende Genesungsbegleiterin auf die Frage, ob es häufig vorkomme, dass anderes Personal Patientinnen an sie verweise: »Ja, die erhoffen sich irgendwas von mir obwohl sie gleichzeitig nicht wissen, was ich mache.« (FN II; 07.05.2015). Das bedeutet sicherlich nicht, dass diese Unklarheit auf jeden Kontext zutrifft. Dennoch fehlt bisher, so das Statement eines Gesprächspartners, insbesondere in der (teil-)stationären

Versorgung im deutschsprachigen Raum, eine Art »kollektives Wissen, wofür die Rollen stehen« (GI I; 16.01.2015).

Unabhängig von dieser insgesamt unklaren Aufgabenstellung an Peer-Arbeiter postulieren die meisten medizinisch-psychiatrischen Studien positive Effekte von Genesungsbegleitung. Von reduzierter Hospitalisierung (Repper und Carter 2011; Scott und Doughty 2012) über Re-Integration der Nutzer in den Arbeitsmarkt bis hin zur Verbesserung der Lebensqualität (u.a. Felton et al. 1995) werden viele stabilisierende Wirkungen in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung auf die Mitarbeit von Peer-Arbeiter zurückgeführt.⁶

Auch wenn meist diffus bleibt, was unter der spezifischen Expertise von Genesungsbegleiterinnen verstanden wird und die Erwartungen an deren Funktionen dementsprechend unterschiedlich ausfallen, wirkt sich ihre Tätigkeit auf die psychiatrische Gesundheitsversorgung aus. Ihre Sonderstellung ermöglicht ihnen, Aufgaben zu übernehmen, die nicht von anderen Professionen abgedeckt werden können:

Due to peer support providers' unique client perspective, they are able to engage in recovery planning and assistance of clients in a way that other health care professionals would not be able to do. (Asad und Chreim 2016, 767)

Der zentrale Bezugspunkt, der bei aller begrifflichen Unschärfe den besonderen Wert von Genesungsbegleitung ausmacht, ist die *gemeinsame, gelebte Erfahrung*. Aber was bedeutet es genau, sich auf eine solche gemeinsame (Krisen-)Erfahrung zu beziehen – und wie wird daraus ein charakteristisches Merkmal für eine spezifische professionelle Expertise gemacht?

Peer-Arbeit: Anfänge und Entwicklungen

Gerade weil Peer-Arbeit so stark kontextuell geprägt ist, haben sich die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen immer schon erheblich auf deren alltägliche Umsetzung ausgewirkt.⁷ Während Peer-Arbeit im angloamerikanischen Raum auf eine rund 30-jährige Geschichte als Teil institutionalisierter psychiatrischer Gesundheitsversorgung zurückblicken kann, erreichte das Berufsfeld Genesungs-

-
- 6 In der S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien wird ausdrücklich der Einsatz von Genesungsbegleitern empfohlen (Falkai 2012). Leitlinien sollen Mitarbeiterinnen in der Gesundheitsversorgung bei Entscheidungen über therapeutische Maßnahmen helfen, wobei S 3 (die Unterscheidung reicht von S1-S3) dem höchsten Standard einer systematischen Recherche und Evaluation entspricht. Dennoch sind Leitlinien, im Gegensatz zu Richtlinien, nicht bindend.
 - 7 Die Geschichte informeller Peer-Unterstützung reicht – der offenen Definition dieses Begriffs entsprechend – bis in die Zeit der ersten Asyle zurück (Beales und Wilson 2015). Im Zentrum meiner Dissertation steht jedoch die institutionalisierte und professionalisierte Peer-Arbeit in (teil-)stationärer Versorgung in Deutschland.

begleitung die deutsche psychiatrische Landschaft erst vor ungefähr zehn Jahren (Mahlke et al. 2014; Beales und Wilson 2015).

Doch zu einem fest etablierten Teil der institutionalisierten Gesundheitsversorgung ist Genesungsbegleitung damit in Deutschland noch lange nicht geworden (Utschakowski et al. 2009). Für den angloamerikanischen Raum machten die neuseeländischen Soziologinnen Anne Scott und Carolyn Doughty zwei Bewegungskontexte der 1970er-Jahre aus, in denen sich Peer-Arbeit entwickelt habe: die reformistische *Mutual-Aid-Bewegung* und die radikalere *Survivor-Bewegung*⁸ (Scott und Doughty 2012, 155ff.). Während erstere lediglich die Umgestaltung des bestehenden psychiatrischen Gesundheitssystems anstrebte, hatte letztere einen – in Bezug auf das Gesundheitssystem – oppositionellen Charakter. In der *Survivor-Bewegung* wurden unter anderem psychiatrische Diagnosen hinterfragt und Peers dazu ermuntert, ihre Krisenerfahrungen zu teilen, um sie auf diese Weise zu normalisieren (ebd.). Jasna Russo, eine der prominentesten Vertreterinnen einer *Survivor-Forschungsperspektive* in Deutschland, formulierte:

›Service user‹ (Europe) or ›consumer‹ (Australia, New Zealand and USA), on the one hand, and ›survivor of psychiatry‹ on the other, are expressions of two different perspectives on psychiatry: the first one focuses on reforming the existing system, while the second puts the entire psychiatric system in question, including the very premise of mental illness. (Russo 2012, 3)

Auch im deutschsprachigen Raum macht sich die Polarität dieser Bewegungen und der verwendeten Begriffe (*Mutual Aid*, *Service User* oder *Consumer* auf der einen Seite, *Survivor* auf der anderen) bemerkbar – sowohl inhaltlich als auch durch die Verortung einzelner Personen. Bis heute gibt es Spannungen zwischen Selbsthilfe-Bewegungen, die Psychiatrie abschaffen wollen und sich in antipsychiatrischer Tradition⁹ sehen (beispielsweise die ›Irrenoffensive‹) – und Versuchen, Genesungsbegleitung innerhalb der Psychiatrie zu institutionalisieren. Dabei ist Peer-Arbeit in Deutschland häufig eng verwoben mit einer sozialpsychiatrischen Ausrichtung, die sich nicht als »[...] vorrangig medizinisch definiert, sondern sich als Komplex gemeindeintegrierter, stationärer wie ambulanter, rehabilitativer wie psychiatrisch-therapeutischer Angebote versteht« (Klausner 2013, 5).

8 Der Psychiater Thomas Ihde-Scholl markiert den Beginn von Peer-Unterstützung dagegen in der gegenseitigen Hilfe von Menschen mit Diabetes (Ihde-Scholl 2014, 1).

9 Unter dem Label Antipsychiatrie werden mehrere politische und soziale Bewegungen zusammengefasst, die in Europa und den USA zwischen 1955 und 1975 entstanden sind und sich durch eine ablehnende Haltung gegenüber Psychiatrien (in unterschiedlichem Ausmaß) auszeichnen (Bopp 1989). Auch unter Psychiaterinnen stießen die Aktivistinnen auf Unterstützung; zu den Verfechtern zählen beispielsweise Ronald Laing (Laing 1969) und David Cooper in Großbritannien sowie Franco Basaglia in Italien (Bopp 1989).

Zwei in beiden Bewegungen genutzte, bedeutende im weiteren Sinne therapeutische Konzepte, die einerseits den Aufschwung von Genesungsbegleitung mitbefördern und andererseits inhaltliche Eckpfeiler dieses Ansatzes darstellen, sind *Recovery* und *Empowerment* (Scott und Doughty 2012).

Recovery und Empowerment

Meiner Meinung nach sind Genesungsbegleiter überall dort einzusetzen, wo es um Kontaktgestaltung geht, und wo man versucht, Menschen, die psychische Krisen haben, ein extra Angebot zu machen, was neben Sozialarbeit, Pflege und Ergotherapie eben diese besondere Beziehungsgestaltung im Fokus hat. Und gleichzeitig gibt es eben auch einen besonderen Fokus bei der Arbeit von Genesungsbegleitern und -begleiterinnen. Dieser Fokus ist Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit, *Empowerment* und *Recovery*, und wenn ich an diesem Fokus arbeiten möchte, dann sind auch die Genesungsbegleiter die richtigen Figuren. Ich habe das Gefühl, die besondere Qualifikation ist eben diese Möglichkeit, Zugänge zu schaffen und Beziehungen zu gestalten, und diesen besonderen Fokus auf *Recovery* und *Empowerment*. Das können natürlich auch andere Leute, aber es gibt ja immer Überschneidungen in einem Team. Da ist es ja nie so, dass ich sage, ich bin nur für dieses Tortenstück zuständig und du für ein ganz anderes, sondern wir haben natürlich auch ähnliche Kompetenzen. Eine Ergotherapeutin kann etwas anderes als eine Sozialarbeiterin, aber dennoch arbeiten die ja auch sozusagen mit einer gleichen Ausrichtung; beide arbeiten auch mit Beziehungen. Also, da gibt es natürlich jetzt keine absolute Exklusivität für Genesungsbegleiter in alldem, was sie tun, aber es gibt sozusagen ein bestimmtes Vermögen oder ein bestimmtes Wissen und eine bestimmte Kompetenz, die herausragend ist, und das sind eben diese Punkte, die ich gerade nannte. (E1 12; 02.03.2017)

Dieser Gesprächspartner, ein langjähriger Akteur, der zu den Vorreitern der Genesungsbegleitung in Deutschland gehört, verwies im Gespräch mit den Begriffen *Recovery* und *Empowerment* auf eine besondere Art der Beziehungsgestaltung, die bei Genesungsbegleitung wirksam werde. Das Stichwort *Recovery* umfasst im Kontext psychiatrischer Versorgung verschiedene Verständnisse, »bei denen personenorientiert in der Behandlung Autonomie und Subjektivität der psychisch erkrankten Menschen betont und ein individualisierter Therapiefokus gefordert werden« (Winter, Radtke und Berger 2015, 40). In seiner klassischen Bedeutung beschreibt *Recovery* laut der Psychiaterin Michaela Amering, die den Ansatz im deutschsprachigen Raum maßgeblich bekannt gemacht hat, Genesung, Wiederherstellung und

Gesundung¹⁰ (Amering 2011, 8). In der medizinisch-psychiatrischen Literatur wird grob zwischen klinischer *Recovery* und persönlicher oder rehabilitativer *Recovery* unterschieden (u.a. Amering 2011; Winter, Radtke und Berger 2015). In der klinischen *Recovery* steht das Nachlassen oder Verschwinden von Krankheitssymptomen im Zentrum, während die persönliche *Recovery* positives Selbsterleben (ungeachtet eventuell vorhandener Krankheitssymptome) betont. Bei persönlicher *Recovery* geht es also nicht darum, ohne Medikamente oder Symptome zu leben, sondern einen Weg zu (erneuter) gesellschaftlicher Teilhabe und mehr Lebensqualität zu gehen:

Recovery does not refer to an end product or result. It does not mean that one is ›cured‹. In fact, recovery is marked by an ever-deepening acceptance of our limitations. (Deegan 1987, 13)

In Peer-Arbeit, besonders auch in Genesungsbegleitung, beziehen sich die Beteiligten häufig auf dieses *Recovery*-Konzept und seine eher auf Ressourcen als auf Defizite orientierte Sichtweise von Krisenerfahrungen.

Ein weiteres Stichwort, das im Eingangszitat gleichberechtigt mit *Recovery* genannt wurde, ebenfalls aus den angloamerikanischen Bewegungen stammt und die aktuelle Peer-Arbeit in Deutschland prägt, ist das Konzept von *Empowerment* (Selbstermächtigung, Anmerkung CS). Die beiden Konzepte sind eng miteinander verschränkt. Auch unter dem Label *Empowerment* lässt sich Disparates subsumieren: *Empowerment* kann Ziel, Mittel, Prozess und Ergebnis therapeutischen Arbeitens sein (Bröckling 2007, 184ff.). Der Begriff hat sich im Kontext US-amerikanischer Befreiungsbewegungen der 1950er- und 1960er-Jahre, etwa des *Black Power Movement*, herausgebildet – nicht jedoch im Kontext (anti-)psychiatrischer Bewegungen (Knuf 2009, 8). Das medizinanthropologische Duo Margaret Locke und Vinh-Kim Nguyen verfolgte die Geschichte von *Empowerment*-Techniken, wie beispielsweise dem Psychodrama, gar zurück bis zu Sigmund Freud (Locke und Nguyen 2010, 295). »Empowerment meint [...] die Zurückgewinnung von Stärke und Einfluss betroffener Menschen auf ihr eigenes Leben und steht für eine Emanzipation der Betroffenen« – so lautet eine in Deutschland häufig rezipierte Definition von Andreas Knuf (Knuf 2009, 8). Gemein scheint allen aktuellen *Empowerment*-Konzepten im psychiatrischen Kontext die Kritik an einer bestehenden systemimmanenten Machtungleichheit zu sein; daraus entwickelt sich der Versuch, durch die Ermächtigung der Einzelnen – vor allem durch die Betonung ihrer individuellen Ressourcen – dieser Ungleichheit zu begegnen, wie Ulrich Bröckling ausführte (Bröckling 2003, 2007). Ob *Empowerment* in seiner Fokussierung auf das einzelne

10 Neben diesen Zielen therapeutischen Arbeitens kann *Recovery* jedoch auch als dessen bewertbares Ergebnis, zum Beispiel in Form des zu diesem Zweck aufgestellten *Recovery Index* (Winter, Radtke und Berger 2015) verstanden werden.

Subjekt nur das Empfinden von Machtlosigkeit schwächt, nicht aber die strukturelle Ungleichheit verändert, wird dabei heftig diskutiert (u.a. ebd.).

In den vergangenen 20 Jahren haben sich Peer-Arbeit – und mit ihr die genannten therapeutischen Konzepte – im englischsprachigen Raum aus der Selbsthilfe heraus in Richtung Mainstream der Psychiatrie bewegt. Mittlerweile werden sie dort häufig aus dem öffentlichen Sektor finanziert (Scott und Doughty 2012; Baillergeau und Duyvendak 2016). Peer-Arbeit hat sich im psychiatrischen Gesundheitssektor der USA und Großbritannien – nicht flächendeckend, aber punktuell – stark durchgesetzt (u.a. Ihde-Scholl 2014). In Europa sind Großbritannien und die Niederlande Vorreiter in Bezug auf die Einbeziehung von Peers in den Gesundheitssektor (Utschakowski et al. 2009). In Deutschland setzte dieser Prozess später ein. Vor etwa 10 Jahren begann sich Peer Support allmählich in die psychiatrische Versorgungslandschaft hineinzubewegen. Zwei Initiativen trugen maßgeblich dazu bei: Zum einen das bereits erwähnte EU-Pilotprojekt *EX-IN* (u.a. von Trotha und Dick 2003), zum anderen die sogenannte *Trialog*-Bewegung (Utschakowski et al. 2009, 85; Mahlke et al. 2014).

Trialog

Für uns ist Trialog das partizipative Denken und Handeln der drei Hauptgruppen im (sozial-)psychiatrischen Entwicklungsprozess, die im Idealfall gleichberechtigte Partnerinnen und Partner sind. Dies sind die Psychiatrie Erfahrenen [...], die Angehörigen psychisch kranker Menschen und die professionellen MitarbeiterInnen in sozialpsychiatrischen Handlungsfeldern. (Bombosch 2004, 14)

Der Begriff *Trialog* bezieht sich also – in Überschreitung der Bezeichnungen Monolog und Dialog – vor allem auf eine Zusammenarbeit der drei unterschiedenen Kerngruppen im Kontext psychiatrischer Versorgung. Konkret können verschiedene Formate trialogisch gestaltet werden, zum Beispiel Fokusgruppen, Gremien usw. Die bekannteste Form *trialogischer* Sozialpsychiatrie sind die sogenannten *Psychoseseminare*, die sich als *trialogische* Gesprächsrunden mit dem Ziel einer gleichberechtigten Verständigung über Psychosen mittlerweile in vielen Städten etabliert haben (Bombosch 2004, 16). Dorothea Buck, eine der Vorreiterinnen im Kampf um die Rechte von Psychiatrie-Erfahrenen (und selbst Opfer der NS-Psychiatrie), gründete gemeinsam mit dem Psychiater Thomas Bock 1989 in Hamburg das erste Psychoseseminar (vgl. Bock et al. 2017). Ihre Namen stehen

wie keine anderen für die *trialogische* Idee und Praxis (Bombosch 2004, 13).¹¹ Heute gibt es mehr als 100 Psychoseseminare in Deutschland (EI 12; 02.03.2017).

Der Trialog soll dazu beitragen, die einseitige Definitions- und Deutungsmacht professioneller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Psychiatrie (sowie in allen mit der Psychiatrie zusammenhängenden Gremien) deutlich zu hinterfragen und in eine demokratische Handlungskultur zu überführen, in der alle Beteiligten bereit sind, einen Perspektivwechsel vorzunehmen und einen offenen Diskurs zu führen. (Bombosch 2004, 15)

Trialog proklamiert also die Idee, dass Mitarbeiter des *psy-complex* (Rose 1985) von Psychiatrie-Erfahrenen und deren Angehörigen lernen (ebd.). Der Ansatz möchte »Empowerment fördern, nicht den hierarchischen Austausch von Informationen« (Bock 2004, 32) sowie Klientinnen, Erfahrene und *Survivors* an der Definition und Deutung psychischer Krisen gleichberechtigt beteiligen und zu Experten in eigener Sache machen.

Experienced Involvement (EX-IN)

Ein weiterer Grundpfeiler für die Konjunktur von Genesungsbegleitung in Deutschland ist das *EX-IN*-Projekt. *EX-IN* steht für *Experienced Involvement* und bezeichnet ein Projekt, dessen Ziel die Qualifizierung von Psychiatrie-Erfahrenen zu Dozentinnen oder Mitarbeitern in psychiatrischen Diensten ist (Utschakowski 2014). Im Rahmen eines von der Europäischen Union geförderten Projekts (die Mittel stammen aus dem Berufsbildungsprogramm *Leonardo da Vinci*) wurde zwischen 2005 und 2007 sowohl die Bezeichnung Genesungsbegleitung geprägt als auch ein Curriculum für die Weiterbildung zum Genesungsbegleiter erarbeitet. Die Bremer Initiative zur Rehabilitation e. V. mit ihrem Fortbildungsträger F.O.K.U.S. übernahm dabei die Antragstellung (Utschakowski et al. 2009, 85). Psychiatrie-Erfahrene, psychiatrische Fachkräfte und Ausbilder aus sechs europäischen Ländern (Norwegen, Schweden, Niederlande, Großbritannien, Slowenien und Deutschland) arbeiteten zusammen, um eine »spezifische Ausbildung zu entwickeln, die auf dem Erfahrungswissen der TeilnehmerInnen basiert(e)«. (Experienced Involvement n. d.) Teilnehmen an dieser können alle Menschen, die eine schwere psychische Krise durchlebt haben und aktuell krisenfrei sind – diese offene Formulierung wird meist als Erfahrung mit stationären und teilstationären Aufenthalten interpretiert (Utschakowski 2014, 48).

11 Dies ist zumindest die gängige Rezeption. Klaus Dörner beansprucht für sich ebenso, dass er den Kunstbegriff Trialog zeitgleich geprägt habe und sich in Gütersloh eine ähnliche Tradition – die der Gütersloher Fortbildungswoche – trialogisch entfaltet habe. (Dörner 2006, 318)

Das einjährige, kostenpflichtige Curriculum zur *EX-IN*-Weiterbildung umfasst insgesamt 260 bis 300 Unterrichtsstunden und Praktika. Die fünf Basismodule der aktuellen Ausbildung heißen: 1. Gesundheit und Wohlbefinden, 2. Empowerment, 3. Erfahrung und Teilhabe, 4. Recovery, 5. Trialog (*EX-IN* 2016). In der *EX-IN*-Weiterbildung werden also alle oben ausgeführten Konzepte – *Recovery*, *Empowerment* sowie die *Trialog*-Idee – explizit thematisiert. In den Aufbauomodulen werden weiterführende methodische und theoretische Themen sowie Anwendungsaspekte vermittelt. Diese weiteren sechs Module heißen: 6. Unabhängige Fürsprecher in der Psychiatrie, 7. Selbsterforschung, 8. Assessment, 9. Begleiten und Unterstützen, 10. Krisenintervention, 11. Lernen und Lehren (Utschakowski et al. 2009, 88). Die Module werden jeweils im Tandem von psychiatrieerfahrenen *EX-IN*-Trainerinnen und andere Personen, die in der psychiatrischen Versorgung arbeiten (wie Sozialpädagogen, Ärzten, Pflegern), die ebenso ein *EX-IN*-Trainer-Programm absolviert haben, gelehrt.

Für Jörg Utschakowski, einen der Initiatoren auf deutscher Seite, war das »unzureichende Bauchgefühl«, auf das sich Peer-Arbeit ohne Ausbildung häufig beziehe, einer der ausschlaggebenden Gründe, das internationale Projekt *EX-IN* ins Leben zu rufen.

Bei den GenesungsbegleiterInnen geht es [...] um die Nutzung von Erfahrung mit Krisen und deren Bewältigung. Hierbei besteht allerdings die Gefahr, nur auf die eigenen Erfahrungen zurückzugreifen, nach dem Motto: »Was mir geholfen hat, wird auch für andere gut sein.« (Utschakowski 2014, 47)

Stattdessen sollte das Projekt »eine Ausbildung für Experten durch Erfahrung [...] entwickeln, die eine Grundlage zur offiziellen Anerkennung bietet.« (Utschakowski et al. 2009, 85.) Die Subjektivität von (Krisen-)Erfahrung ist zwar Grundlage der *EX-IN*-Weiterbildung, wird aber auch problematisiert: Eines der erklärten Ziele des *EX-IN* Projekts besteht darin, Wissen, das über subjektive Erlebnisse hinausgeht, zu generieren. Zugleich werden Individualität und Subjektivität als grundlegende Ressource verstanden, wie es nach wie vor im Curriculum zu lesen ist:

Um zu verhindern, lediglich traditionelles Wissen und bekannte Erklärungen zu reproduzieren, hat das Projekt die eindeutige Aufgabe, eine Ausbildung zu entwickeln, die auf individuellen Erfahrungen aufbaut. (*EX-IN* 2016, 3)

Nach dem Pilotprojekt entwickelte sich *EX-IN* weiter; mittlerweile ist es als erfolgreiches Modell anerkannt und wurde auch in anderen Ländern übernommen (Wilkesmann 2009, 23). Zurzeit gibt es laut Jörg Utschakowski in Deutschland etwa 1000 Absolventinnen des *EX-IN*-Programms und die Kurse werden an mehr als 20 Standorten im jährlichen Turnus angeboten. Mancherorts sind die Wartelisten für einen Weiterbildungsplatz lang, darunter auch in Berlin. Dieser Erfolg wird nicht nur positiv wahrgenommen: In einigen Interviews wurde betont, dass die

Qualität der zertifizierten Weiterbildung sich an verschiedenen Standorten sehr unterschiedlich gestalte. So bemerkte ein Genesungsbegleiter im Gespräch:

Und was ich vermisste, ist im Moment noch die stärkere Standardisierung oder auch Ausschlusskriterien oder Einschlusskriterien für Bewerber für die Genesungsbegleiter-Ausbildung. Weil natürlich die Leute – wir hatten da auch so Kandidaten, also die sich selbst immer maßlos überschätzen, die dann Kompetenzen überschreiten, die ihre Krankheit vielleicht auch nicht im Griff haben, die nicht stabil sind. Das können die Leute natürlich nicht in dem Sinn beeinflussen. Das machen die ja nicht extra, aber wenn die dann gerade eine Stelle antreten und das läuft schlecht, das wirft dann immer direkt ein schlechtes Licht auf die gesamte Bewegung von *EX-IN*. Und es ist natürlich auch schwer, dann zu sagen: So, ich habe jetzt als Ausbilder die Macht, ich suche die Leute aus und selektiere, wer darf da mitmachen, wer nicht und andere fühlen sich dann vielleicht ungerecht behandelt. (EI 9; 22.02.2017)

In Aussagen wie diesen zeigt sich, dass der semiprofessionelle Status, den *EX-IN* gewollt einnimmt – Utschakowski beschrieb die Entscheidung gegen Ausschlusskriterien als eine bewusste Strategie –, auch nichtintendierte Nebenfolgen mit sich bringt. Das Programm ist keine Therapie, auch wenn vom therapeutischen Effekt der *EX-IN*-Weiterbildung viel gesprochen wird. Es ist eine Weiterbildung, aber keine Ausbildung mit den üblichen Zugangs- und Qualifikationsbeschränkungen (und -sicherungen): Zwar unterliegen die Bewerber bei großem Andrang einem Auswahlprozess, aber in Bezug auf Qualität und Inhalt der Weiterbildung scheinen die Unterschiede deutschlandweit groß zu sein.

Im Kontext der *EX-IN*-Weiterbildung wird der Begriff *Wir-Wissen* verwendet, um die spezifische, auf Erfahrung psychischer Krisen basierende Expertise der Genesungsbegleiterinnen zu beschreiben. Für Jörg Utschakowski ist die Basis dieses Wissens reflektierte Erfahrung und Handlungswissen (vgl. Utschakowski et al. 2009, 84). Der niederländische Psychologe Harrie van Haaster, der das Pilotprojekt *EX-IN* mitentworfen hat, definierte *Wir-Wissen* als »Sachverstand, der durch die Bewältigung von Erfahrungen erlangt wird« (van Haaster 2012, 51). Im Rahmen der *EX-IN*-Weiterbildung soll dieser Sachverstand durch eine dreistufige Methodik in Textarbeit und Diskussion erarbeitet werden. Aus individuellem »Ich-Wissen« (ebd.) entstehe zunächst dialogisches »Du-Wissen« (ebd.), das dann in einem erfahrungsbasierten Fachwissen, dem »Wir-Wissen« (ebd.) münde – das beispielsweise in Gruppenarbeit vertieft und auf Flipcharts visualisiert und schriftlich fixiert werden könne (weitere Ausführungen hierzu siehe Kapitel 5.2, S. 153). Ich stehe diesem Ansatz etwas distanziert gegenüber, da diese Variante der Extrapolation von subjektivem *Ich-Wissen* zu kollektivem – und vermeintlich objektiverem – *Wir-Wissen* meiner Ansicht nach auch eine Hierarchie zwischen subjektivem und objektivem Wissen reproduziert.

In Interviews wurde mir bei dieser Kritik immer wieder entgegengehalten, dass es bei dem Ansatz um eine Erweiterung der einzelnen subjektiven Erfahrung durch einen kollektiven Erfahrungsraum gehe – die einzelnen, subjektiven Erfahrungen würden durch diese Methodik nicht gegeneinander ausgespielt und es gehe auch nicht darum, individuelles Wissen von vermeintlichen Irrtümern zu bereinigen (EI 12; 02.03.2017 und EI 7; 09.02. 2017).

Ungeachtet dieses Disputs über die epistemologischen Annahmen hinter dem Konzept des *Wir-Wissens* ist diese Fassung von Erfahrungsexpertise für die Analyse meines empirischen Materials nicht fruchtbar. Erstens ist es nicht mein Ziel, ein programmatisches Ideal von Erfahrungsexpertise zu etablieren, sondern deren Wirkweise im (teil-)stationären Alltag zu untersuchen. Das Konzept des *Wir-Wissens* dient meiner Ansicht nach insbesondere dazu, das Erlernen einer spezifischen Expertise in der *EX-IN*-Weiterbildung zu ermöglichen und diese als Ergebnis der Weiterbildung zu positionieren – zur Analyse der alltäglichen Hervorbringung einer solchen Expertise im Rahmen materiell-semiotischer Praktiken scheint es mir weniger geeignet. Zweitens ändert auch das Postulat eines *Wir-Wissens* nichts daran, dass der Träger von Erfahrungsexpertise in dieser Fassung immer eine individuelle Person ist – und es ist auch mein Anliegen diesen individuellen Wissensträger zu dezentrieren.

Genesungsbegleitung: »Eine brotlose Kunst?«

Ungefähr die Hälfte der *EX-IN* Absolventinnen steht nach der Weiterbildung in einem Beschäftigungsverhältnis. Die Spannbreite reicht vom Minijob bis zur sozialversicherungspflichtigen Vollzeitstelle, die allerdings die Ausnahme bleibt. Die Tatsache, dass sich 50 % der Absolventen in einem Beschäftigungsverhältnis befinden, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die große Mehrheit der Personen, die als Genesungsbegleiterinnen in Deutschland arbeiten, nicht davon leben kann (Aly 2013) – es also »eine brotlose Kunst« (EI 13; 07.08.2017) sei, wie von einem Gesprächspartner bemerkt wurde. Teilweise, weil sie nicht so viel arbeiten wollen oder können; häufig aber auch, weil eine Anstellung oder freiberufliche Tätigkeit mit Rentenansprüchen in Konflikt gerät und sich die Arbeit finanziell nicht auszahlt, wenn diese aufgegeben werden müssten, um einen schlecht bezahlten Job als Genesungsbegleiter anzunehmen.

Die Vergütung und Finanzierung von Genesungsbegleitung ist ein kontroverses Thema. Die beiden Kliniken, in denen ich meine Feldforschung durchführte, waren in dieser Hinsicht Ausnahmefälle: Die Bezahlung der Genesungsbegleiterinnen war überdurchschnittlich hoch, die Genesungsbegleiterinnen konnten sich tatsächlich hauptsächlich über diese Jobs finanzieren – und in keiner der beiden Kliniken hatten sie eine *EX-IN*- Weiterbildung absolviert. In Gesprächen außerhalb dieser Kontexte klang dennoch häufig Frustration über die ökonomischen Bedin-

gungen der Tätigkeit an. Unter anderem in folgendem Gespräch mit einem Genesungsbegleiter:

GB: Ich finde es immer noch toll, dass das von gewissen Kräften weiter vorangetrieben wird, dass da Menschen bemüht sind, eine ernstzunehmende Berufsausbildung daraus zu machen, und ich glaube auch, diese EX-IN-Kurse geben den Teilnehmern unglaublich viel. Auch wenn sie später gar nicht mehr im Bereich arbeiten, einfach diese Auseinandersetzung mit sich selbst und mit anderen und wieder so ein neues Selbstbewusstsein zu kriegen in dieser Hinsicht, dass man diese negative – oder meist negative – Psychiatrie-Erfahrung auch nochmal irgendwo verarbeitet. Aber die Arbeitsmarktsituation sehe ich sehr kritisch.

CS: Was fehlt, dass das anders wird?

GB: Naja, die Argumentationen für eine niedrige Bezahlung sind ja unterschiedlich von Träger zu Träger, oft geht das so in die Richtung: da es kein anerkannter Beruf ist, können wir es nicht nach Tarif einsortieren. (EI 13; 07.08.2017)

Genesungsbegleiter werden also in der Regel schlecht bezahlt. Das führt in Zeiten begrenzter Budgets natürlich auch zu Konkurrenz gegenüber anderen Berufsgruppen und so werden sie teilweise als ›billige Alternativen‹ gehandelt (Heijden 2011) auch wenn EX-IN Vertreterinnen sich als Ergänzung, nicht als Alternative zu anderen Professionen im stationären Geschehen verstehen. Nicht wenige Genesungsbegleiter machen eine zusätzliche Ausbildung als Sozialarbeiterin oder Ähnliches, um dann womöglich die EX-IN-Ausbildung nicht mehr im Lebenslauf angeben zu müssen:

Und jetzt überlege ich: Soll ich das angeben in der Bewerbung oder nicht, EX-IN und Sozialarbeit, kann man ja auch als Doppelqualifikation sehen, und wir haben da so ein bisschen hin und her überlegt, wie man das am geschicktesten machen kann. Sie [eine Berufsberaterin, C.S.] hat mir im Prinzip eigentlich dazu geraten, dass ich es lieber erstmal weglasse. (EI 13; 07.08.2017)

Im Kampf um einen Arbeitsplatz scheint die Position als Genesungsbegleiterin in Deutschland, ob mit oder ohne EX-IN-Weiterbildung, sich noch immer hauptsächlich unter prekären Bedingungen abzuspielen. Einige Akteure versuchen allerdings durchzusetzen, dass Genesungsbegleitung in die sogenannte *Psych-PV* – die Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung) – aufgenommen wird. Anhand dieser Verordnung wird die Personalbemessung – und damit auch das Budget – für jede Berufsgruppe (je Patient und Woche in Minutenwerten) ermittelt (Psychiatrie-Personalverordnung – *Psych-PV* 1990). Aktuell werden Genesungsbegleiterinnen in der *Psych-PV* noch nicht als Berufsgruppe geführt. Bisher speist sich ihre Vergütung oft aus dem Budget einer oder mehrerer anderer Berufsgruppen – zum

Beispiel dem Pflegebudget.¹² Diese Gesetzeslage führt unter anderem zu Abwägungsprozessen, wie sie ein Klinikleiter im Gespräch mit mir äußerte. Er leitet eine Klinik, in der keine Genesungsbegleiter angestellt sind. Auf die Frage, ob er erwäge, welche einzustellen, antwortete er:

Ich glaube, es gibt Gründe, das zu erwägen, aber ich bezweifle, dass ich aufgrund der enormen und ungenügenden Praxis, die wir in vielen Bereichen des Profigeschäfts haben – dass wir also ohnehin nicht das tun, was wir den Patientinnen und Patienten schulden – aufgrund dessen würde ich derzeit eher nicht dafür plädieren.

Also ich sehe nicht das Momentum für Veränderung.

Wenn ich jetzt sage, koste es, was es wolle, in Bezug auf den Ressourceneinsatz – ich will, dass hier sieben Peerbegleiter arbeiten. Aber wenn es mir finanziell nicht ›on top‹ gegeben wird, würde ich es hinter unserer nicht genügenden Praxis aus einer professionellen Perspektive ansiedeln. Das heißt: genügend Gesprächszeit, genügend differenzierte Therapieangebote, genügend Einzelgespräch, genügend therapeutisches Angebot sicherzustellen hat noch ein höheres Aufforderungsgewicht für mich – also wenn ich es so gegeneinander stelle. (EI 5; 24.01.2017)

Dass Genesungsbegleitung in gesetzlichen Verordnungen zu stationärer psychiatrischer Versorgung bisher nicht vorkommt, kann also sowohl zu geringer Bezahlung von Genesungsbegleiterinnen führen als auch zu Konkurrenz mit anderen Berufsgruppen.¹³ Ungeachtet dieser widrigen ökonomischen Bedingungen scheint der Beruf der Genesungsbegleiterin sich immer stärker zu etablieren – die geringe Entlohnung trägt vermutlich teilweise sogar dazu bei, indem sie das Berufsbild für manche Akteurinnen im Gesundheitsbereich attraktiv erscheinen lässt.

Recovery und *Empowerment*, die *Trialog*-Idee und die *EX-IN*-Weiterbildung bilden einen fruchtbaren Boden für die spezifische Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleitern. Auch wenn sich diese vier Aspekte stark voneinander unterscheiden – von im weitesten Sinne therapeutischen Konzepten (*Recovery & Empowerment*) über Formate therapeutischen Arbeitens (*Trialog*) zur Weiterqualifizierung für therapeutisches Arbeiten (*EX-IN*) – steht jedes von ihnen für Personen- und Prozessorientierung im therapeutischen Arbeiten und für die Loslösung von defizitären Perspek-

12 In den wenigen Modellkliniken in denen das sogenannte Regionalbudget nach Paragraph 64b SGB V umgesetzt wird – also eine neue Form des Entgeltsystems, in dem die Entkoppelung der Finanzierung von Einzelleistungen und einem pro/Kopf Budget hin zu einem regional gebundenen Finanzierungsmodell stattfindet –, verlaufen die Finanzierungsformen sehr divers und nicht unbedingt in dieser Form (Deister und Wilms 2014).

13 Gerade in Krankenhäusern kann sich die traditionelle administrative Dreiteilung in die Bereiche ärztliche Direktion, Verwaltungsdirektion und Pflegedirektion (Wilkesmann 2009, 21) auf diese ökonomische Situation auswirken.

tiven auf psychische Krisenerfahrungen. Sie alle beziehen sich auf eine persönliche, subjektive Erfahrung (in der Psychiatrie oder als Angehörige), die sie nicht nur als Ressource rahmen, sondern darüber hinaus zum Fundament einer spezifischen Expertise erklären. Deren Anerkennung ist das Ziel, das sie auf verschiedenen Wegen erreichen wollen. Dabei entsteht eine vielschichtige Gemengelage von Ansätzen und Hintergrundfolien für eine Auseinandersetzung mit der spezifischen Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen. Und mit diesen einfühlend erläuterten begrifflichen Konzepten – *Empowerment, Recovery, Trialog, EX-IN* – bewegen wir uns bereits innerhalb eines medizinisch-psychiatrischen Fachdiskurses.

Spezialdiskurs Peer-Arbeit

Peer-Arbeit als neues berufliches Arbeitsfeld in Deutschland (und andernorts) ist seit etwa zehn Jahren ein florierendes Thema in der medizinisch-psychiatrischen Fachliteratur, was auch am Erscheinen verschiedener Reviews deutlich wird (u.a. Miyamoto und Sono 2012; Mahlke et al. 2014; Davidson 2015). Innerhalb dieses medizinisch-psychiatrischen Wissenschaftsdiskurses schlagen sich verschiedene fachliche Hintergründe und Methoden nieder. Zwei Besonderheiten in der Debatte um Peer-Arbeit und Genesungsbegleitung, die in Bezug auf meine Fragestellung wichtig sind, treten bei eingehender Betrachtung hervor. Erstens ist die Debatte vor allem im deutschsprachigen Raum stark geprägt von einem direkten Anwendungsfokus und zweitens steht die Partizipation von Erfahrungsexperten im Forschungsprozess besonders im Mittelpunkt und ist, häufig auch implizit, ein zentraler Konfliktpunkt. Im Spannungsfeld dieser beiden Besonderheiten – Anwendungsorientierung und Partizipation – entsteht meiner Ansicht nach die bereits angedeutete inhaltliche, methodologische und methodische Leerstelle in Bezug auf epistemische Fragestellungen rund um die spezifische Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen.

Anwendungsorientierte Studien und Forschungen

Wenn ich vom Anwendungsfokus der Forschungen zu Genesungsbegleitung spreche, beziehe ich mich zunächst auf ein thematisches Spektrum: Ein Großteil der Artikel und Aufsätze aus der psychiatrisch-psychologischen Literatur nimmt die therapeutische Wirksamkeit von Peer-Arbeit in den Blick – sowohl innerhalb Deutschlands als auch in anderen Ländern (Dixon, Krauss und Lehman 1994; Felton et al. 1995; Davidson et al. 1999; Bock et al. 2013; Fisher et al. 2015; Mahlke et al. 2015a; Wroblewski et al. 2015; Cronise et al. 2016; Heumann et al. 2016a; Salzer et al. 2016). Dazu gehört beispielsweise die bereits erwähnte Reduzierung von Hospitalisierungen, also eine verkürzte Dauer der stationären Behandlung (u.a. Crane 2016; Repper und Carter 2011; Scott und Doughty 2012). Weitere Forschungen

versuchen, Peer-Arbeit im psychiatrischen institutionellen wie außerinstitutionellen Kontext zu definieren, um damit Missverständnissen zu begegnen, die in der praktischen Arbeit entstehen (Mead, Hilton und Curtis 2001; Davidson 2015; Fisher et al. 2015; Mahlke et al. 2015b; Wroblewski et al. 2015; Heumann et al. 2016b; Salzer et al. 2016). Eine zunehmende Anzahl von Untersuchungen nimmt die Implementierung von Genesungsbegleitern in den Blick und liefert teilweise entsprechende Handlungsanleitungen (Kemp und Henderson 2012; Acosta et al. 2013; Aly 2013; Gillard et al. 2013; Elias und Upton-Davis 2015; Utschakowski 2015). Unabhängig davon, ob in diesen Studien, die sich auf die direkte Anwendbarkeit der Ergebnisse im klinischen und komplementären Versorgungsalltag richten, eine Definition von Peer-Arbeit vorliegt oder nicht, geht keine genauer darauf ein, wie die gemeinsame *gelebte Erfahrung*, auf die immer wieder Bezug genommen wird, alltagspraktisch hergestellt wird. Soweit ich die Diskussion überblicke, werden Fragen nach dem epistemischen und ontologischen Status der Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen – also danach, wie wir wissen, was wir über diese spezifische Erfahrungsexpertise wissen und welches Wissen daraus folgt – in Auseinandersetzungen und Studien mit Anwendungsfokus nicht explizit formuliert. Zugleich wird meist ein jeweils bestimmter ontologischer Status der Erfahrungsexpertise – beispielsweise ob sie als Akt, Prozess oder Einheit zu verstehen ist – zwar zugrunde gelegt, aber lediglich ansatzweise erwähnt.

Anwendungsorientierte Studien stützen sich meist auf *Mixed-Method*-Ansätze oder interpretieren qualitative (teilstrukturierte) Interviews zum Thema (Hegedüs, Seidel und Steinauer 2016). Einige wenige machen über Interviews hinaus weitere Anleihen an ein qualitatives Methodenspektrum, zum Beispiel durch »Ethnonursing«¹⁴-Methoden (Coatsworth-Puspoky, Forchuk und Ward-Griffin 2006). Empirische ethnografische Forschung inklusive Teilnehmender Beobachtungen zu Genesungsbegleitung in Deutschland gibt es meines Wissens zurzeit (Mai 2019) nicht.¹⁵

Die Mehrheit der Studien mit *Mixed-Method*-Ansätzen und Anwendungsfokus gehen von einer quantitativ orientierten Methodologie aus, die qualitative Interviews oder andere qualitative Methoden vorrangig als explorative Ergänzung und weniger als eigenständiges Methodenparadigma begreift. Im Kontext sogenannter *hospital ethnographies* verstehe man quantitative Methoden als objektiver und

14 »Nurse anthropologist, Madeleine Leininger, developed the culture care theory and ethnonursing research method to help researchers study transcultural human care phenomena and discover the knowledge nurses need to provide care in an increasingly multicultural world.« (McFarland et al. 2012, 259)

15 Das Bochumer Forschungsprojekt am Institut für Medizinethik »Einsatz von ausgebildeten Genesungsbegleitern in psychiatrischen Akutkrankenhäusern – Implementierung und klinisch-ethische Evaluation« plante eine Teilnehmende Beobachtung, konnte sie dann jedoch nicht verwirklichen.

verlässlicher und halte qualitative Daten für ergänzungsbedürftig durch quantitative Elemente, schrieb die Medizinanthropologin Lisa Dikomitis (2016, 91). Für den Zweck und die Fragestellungen dieser anwendungsorientierten Arbeiten ist dieses Paradigma sicherlich meist sinnvoll und zielführend. Allerdings entziehen sich auf diese Weise die theoretischen Annahmen hinter den Fragestellungen und analytischen Kategorien häufig der Sichtbarkeit. Auch können damit bestimmte qualitative Merkmale schwer erfasst werden. Während es bei der Reduzierung von Hospitalisierung (u.a. Lloyd-Evans et al. 2014) durchaus naheliegt, sie zu quantifizieren, sind sogenannte psychosoziale Zielgrößen wie »Hoffnung«, »Rollenvorbild« oder »Augenhöhe« sehr schwierig zu erfassen, wie auch die Psychologin Candelaria Mahlke und ihre Mitautorinnen kritisierten (Mahlke et al. 2015b). Während sie dafür plädierten, auch jene psychosozialen Zielgrößen mit in die Betrachtung einfließen zu lassen, besteht mein Anliegen darin, darüber hinaus zu fragen, wie – um in diesem Beispiel zu bleiben – Hoffnung als Erfahrungsexpertise in Praktiken hervorgebracht wird und welche Bedeutungen ihr im Alltag zugeschrieben werden. Die alltägliche Ko-(Konstruktion) von Erfahrung als Expertise zu betrachten, halte ich für einen wesentlichen Beitrag, den eine kulturalanthropologische Perspektive leisten kann. Sie vermag es zwar meiner Ansicht nach *nicht*, die Erfahrungen der Genesungsbegleiter an sich zu untersuchen. Allerdings kann eine kulturalanthropologische, praxistheoretische Perspektive den Eigensinn und die Wirkmacht dieser spezifischen Erfahrungsexpertise herausarbeiten und dadurch dazu beitragen, dass sie weder als fraglos hingenommenes Eignungskriterium für Genesungsbegleitung gebraucht wird noch umgekehrt einfach in den Bereich des vermeintlich Unwissenschaftlichen abgeschoben wird.

Rekonstruktive Verfahren, für die unter anderem Aglaja Przyborski und Monika Wohlrab-Sahr eintreten, setzen hier an (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2013). Die Autorinnen verwiesen auf die Eigenheit aller qualitativen Verfahren (sofern sie nicht nur als Ergänzung quantitativer Fragestellungen fungieren), ein per se rekonstruktives Verhältnis zu ihrem Forschungsgegenstand zu haben. Dieses Verhältnis markiere wissenschaftliche Begriffsbildungen immer als sekundäre Konstruktionen, die auf schon vorhandene alltägliche Konstruktionen der Akteurinnen folgen (ebd., 12). Rekonstruktive Verfahren widmeten sich diesen alltäglichen sozialen Konstruktionen erster Ordnung – also dem, was häufig als *common sense* bezeichnet wird – in einem Versuch des Fremdverstehens. Und kaum ein Argument scheint mehr *common sense* zu sein, als der Verweis auf eine persönlich durchlebte Erfahrung. Mithilfe rekonstruktiver Verfahren diesen genauer zu betrachten und so dessen Indexikalität¹⁶ und die Praktiken der Hervorbringung von

16 »Um indexikalische Ausdrücke beschreiben zu können, machen wir bei den Ausführungen der Logiker und Linguisten Anleihen. Edmund Husserl sprach von Ausdrücken, deren Sinn von einem Hörer nicht erschlossen werden kann, ohne daß er nicht auch etwas weiß oder

Erfahrungsexpertise in (teil-)stationären psychiatrischen Alltags zu betrachten, ist Grund und Ziel meiner qualitativ-ethnografischen Betrachtung des Themas.¹⁷

Partizipative Forschung

Die zweite Besonderheit der wissenschaftlichen Debatte dreht sich um den partizipativen Einbezug von Erfahrungsexperten bzw. Peer-Arbeitern in die einzelnen Studien, der unter anderem mit dem Entstehungskontext von Peer-Unterstützung in Betroffenenbewegungen zusammenhängt. Die Bandbreite reicht hier von klassischen, nicht partizipativen Forschungen, die weiterhin in der Überzahl sind, über die *Service-User-* oder *Consumer-*Perspektiven bis hin zu *Survivor Research* als von Betroffenen kontrollierter Form der Forschung. An diesem Ende des Spektrums kämpft die Berliner Betroffenenaktivistin und *Survivor*-Forscherin Jasna Russo dafür, dass Forschung über Psychiatrieerfahrung maßgeblich betroffenenkontrolliert sein sollte:

»Survivor-Controlled research« in mental health (»survivor research«) which should be distinguished from service-user involvement in research, describes research projects designed and conducted by people with lived experience of madness and distress. (Russo 2017a, 216)

Es geht also darum, dass Personen mit gelebter Krisenerfahrung – im Sinne eines Durchlebens einer Erfahrung, wie es Jeannette Pols und Martje Hoogsteyns ausführen (Pols und Hoogsteyns 2016) – Forschungen zum Thema Psychiatrie durchführen. Russo versteht unter dem Terminus *Survivor Researcher* Forscherinnen, die sich offen auf ihre eigene, persönliche Erfahrung mit psychiatrischen Diagnosen und Behandlungen in ihrer wissenschaftlichen Arbeit beziehen. Der Terminus *Survivor* (= Überlebende, Übersetzung CS) macht deutlich, dass innerhalb dieser Bewegung davon ausgegangen wird, dass Psychiatrie etwas Bedrohliches ist, dass es zu überleben gilt. Dass viele andere Betroffene, die auch offen mit ihrer Diagnose und Behandlung umgehen, diese radikale Idee nicht teilen, explizierte auch Russo:

Although I use these terms in reference to people with psychiatric diagnoses throughout this text, I am aware that many do not identify with them and are not part of that movement. (2017 b, 216)

Die Integration von Psychiatrie-Erfahrenen in eine Forschung, die nicht tatsächlich betroffenenkontrolliert sei (also beispielsweise auch in eine partizipative For-

annehmen kann über die Biographie und die Absichten des Benutzers des Ausdrucks, der Umstände der Äußerung, des vorhergehenden Verlaufs des Diskurses, oder der besonderen Beziehung aktueller oder möglicher Interaktion, die zwischen dem Benutzer und dem Hörer besteht.« (Sacks und Garfinkel, 143)

17 Ich nutze den Begriff Indexikalität hier in einem weitläufigeren Sinne, durchaus in Anlehnung an Garfinkel und Sachs, aber ohne deren dezidiert sprachanalytischen Fokus.

schung, in der Betroffene beteiligt, aber nicht über den gesamten Prozess eingebunden sind), tendiert ihrer Ansicht nach dazu, bestehende Machtverhältnisse zu perpetuieren (Russo 2012; Russo 2017b) (Meine Position hierzu erläutere ich genauer in Kapitel 2.2, S. 50). In Deutschland bleibt, abgesehen von Jasna Russo und einigen wenigen anderen Forscherinnen und Kontexten (wie dem Hamburger EmPEERie-Projekt¹⁸) eine *Survivor*-Perspektive selten. Im englischsprachigen Raum ist betroffenenkontrollierte, auch dezidierte *Survivor*-Forschung, weit aus stärker verbreitet und an Universitäten fest etabliert (u.a. Beresford 2003).

Auffallend ist, dass diejenigen Studien, die sich epistemisch-ontologischen Fragen rund um die spezifische Expertise von Peers widmen – zum Beispiel deren besonderer Autorität (u.a. Noorani 2013; Faulkner et al. 2013) – fast ausschließlich aus der betroffenenkontrollierten und partizipativen angloamerikanischen Forschung kommen. Das liegt aus verschiedenen Gründen nahe: Sicherlich gehört es auch zur politischen Agenda der Akteure, die Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen gegenüber zertifiziertem Expertinnenwissen stärker zu gewichten. Obwohl ich das Anliegen teile, *Erfahrungsexpertise* genauer zu betrachten und zu stärken, sehe ich in vielen bisherigen Auseinandersetzungen Spannungen zwischen epistemischen und politischen Ansprüchen (Kelly 2017, 231). Vor allem jedoch halte ich einen häufig durchscheinenden *empathischen*¹⁹ Erfahrungsbegriff, der ausschließlich auf der Idee eines Durchlebens einer Erfahrung aufbaut, für problematisch.

Zunächst legt der Begriff von Empathie (sicherlich mit einigen definitorischen Ausnahmen) eine besondere, unmittelbare Authentizität und unmittelbare Evidenz nahe (Hampe 2000, 16). Ein solcher empathischer Erfahrungsbegriff untermauert zwar einerseits die Legitimität der Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleitern. Andererseits bringt er, wenn er als universelle Konstante begriffen und nicht als eine von vielen möglichen Varianten gesehen wird, Erfahrungsexpertise in Opposition zu zertifizierten Expertisen (u.a. Boardman 2017). Diese als solche zu begreifen, entspricht zwar unter Umständen der Vorstellung mancher *Survivor*-Forscherinnen von der Opposition zu Psychiatrie und der Verhinderung der Kolo-

18 Im Hamburger EmPEERie-Projekt fand beispielsweise ein betroffenengeleitetes Forschungsprojekt statt, bei dem an Forschung interessierte Betroffene methodisch und finanziell unterstützt werden, eigene Forschungsvorhaben zu verwirklichen (Stand Mai 2018).

19 Auch empathisch ist eine Begrifflichkeit, die gerade in medizinanthropologischen Untersuchungen in verschiedenen Varianten verwendet wird: Beispielsweise versteht Jodi Halpern Empathie – in einer psychoanalytisch inspirierten Sichtweise – als imaginativen, kognitiven, affektiven und dynamischen Prozess, der Asymmetrien zwischen »emphathizer and empathizee« enthält. (Halpern 2011) Ob ein empathischer Erfahrungsbegriff erstrebenswert ist oder eher problematisiert werden müsste, ist umstritten. Der Psychologe Franz Breuer betont seine positiven Aspekte, die Philosophen Michael Hampe und Maria-Sybilla Lotter weisen dagegen eher auf die kritischen Seiten hin. (Breuer 2000; Hampe und Lotter 2000)

nisierung des Wissens der Psychiatrie-Erfahrenen.²⁰ Jedoch verführt diese Lesart – abgesehen davon, dass dieser Ansatz einer praxistheoretischen Sichtweise entgegen stehen würde – meiner Ansicht nach unter anderem auch dazu, dem *einen* Hegemon von psychiatrischer Expertise monumental die *eine* Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen als *Gegenexpertise*²¹ gegenüberzustellen. Diese bleibt dann als dominierte und nur in der Abgrenzung zu anderen Expertisen bestehende Form immer unterlegen.

Folgendes Zitat ist eine der meist genannten Definitionen von Peer-Unterstützung von einer Betroffenen-Forscherin und zeigt exemplarisch, wie ein *empathisches* Erfahrungsverständnis als Grundlage von Peer-Arbeit eingebettet sein kann:

Peer Support is not based on psychiatric models and diagnostic criteria. It is about understanding another's situation emphatically through shared experience of emotional and psychological pain. When people find affiliation with others whom they feel are ›like‹ them, they feel a connection. This connection, or affiliation is a deep holistic understanding based on mutual experience where people are able to ›be‹ with each other without the constraints of traditional (expert/patient) relationships. (Mead 2003, 1)

Dass es eine Art Mitgliedschaft zur Gruppe Psychiatrie-Erfahrener – als eine immer wieder zu aktualisierende, ordnungsgenerierende Differenzkategorie im Sinne von Stefan Hirschauer (Hirschauer 2001, 2016) – gibt, die von traditionellen Zwängen zwischen Patient und Experte befreien kann, leuchtet mir ein. Der Schritt zu einem tiefen, holistischen Verständnis zwischen Personen scheint mir jedoch alles andere als eine selbstverständliche Konsequenz. Das heißt nicht, dass ich die Effektivität der Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen bezweifle – ganz im Gegenteil. Aber ich halte sie für eine brüchige Differenzkategorie, die im Horizont eines (teil-)stationären psychiatrischen Alltags immer wieder hergestellt, stabilisiert und unterlaufen werden muss, damit sie ihre Wirksamkeit nicht verliert.

Ein emphatisches und auf der Idee des Durchlebens einer Erfahrung aufbauendes Erfahrungskonzept führt insbesondere im deutschen gesundheits- und wissenschaftspolitischen Kontext zu einer Leerstelle in der Debatte, die selten kritisch

20 Jasna Russo diese Position zu unterstellen würde ihren differenzierten Betrachtungen nicht gerecht werden. Allerdings verweist sie in dem Artikel »Between exclusion and colonisation: Seeking a place for mad's peoples knowledge« gemeinsam mit Peter Beresford auf die Problematik der Aneignung des Wissens von Psychiatrie-Erfahrenen durch Forscherinnen ohne dezidierten Erfahrungshintergrund hin (Russo und Beresford 2015, 155ff.).

21 Luc Boltanski beschreibt Gegenexpertise (counter-expertise) als dominierte Form von Expertise, die in ihrem Streben nach Annäherung an professionelle Expertise immer der Verlierer bleiben muss. (Boltanski 2011, 137ff.)

reflektiert wird. Jijian Voronka, eine der explizit kritischen Stimmen gegenüber einem Erfahrungsbegriff mit solch einem Authentizitätsindex, schrieb über die Expertise aus Erfahrung im psychiatrischen Bereich:

Along with postcolonial, feminist, queer, critical race, and other critical academic and social movements, we have used our experiential knowledge and subject positions to sanction our knowledge. Yet, unlike most fields, we have yet to engage openly with the hard questions on the possibilities, limits, and conditions of relying on experiential knowledge. (Voronka 2017, 191)

Sie spricht, in Anlehnung an Gayatri Chakravorty Spivak (Spivak 1990), von einem »strategischen Essentialismus« (Voronka 2017; hier und im Folgenden meine Übersetzung), dem die Verwendung der Kategorie Erfahrungsexpertise im Kontext psychiatrischer Gesundheitsversorgung erliege. Einerseits sei diese Vorgehensweise notwendig, um dem Wissen von Genesungsbegleitern überhaupt aus einer marginalisierten Position herauszuhelfen, was zu maßgeblichen Veränderungen im psychiatrischen System geführt habe. Andererseits ebne die Herstellung einer Identitätskategorie, die »Personen mit gelebter Erfahrung« (persons with lived experience, Anmerkung CS) bezeichne, Differenzen innerhalb dieser Gruppe ein. Die Abgrenzung zu »normalen« Personen bleibe in dieser Kategorisierung erhalten oder werde sogar verstärkt (ebd.).

[...] using »people with lived experience« as a form of strategic essentialism to unify our divergent ways of making meaning of our experiences to enact political gains holds risks. These risks include undercutting our various differences by effacing interlocking oppressions and the different ways we experience madness, conflating our conceptual and ideological standpoints as universal, shared, and reifying mental illness. (Voronka 2017, 190)

Ein anderes Risiko eines essentialisierenden Blickes auf Psychiatrieerfahrungen (ob er strategisch eingesetzt wird oder nicht) ist meiner Ansicht nach, dass eine Auseinandersetzung mit Erfahrungsexpertise; also beispielsweise Kritik an ihr oder die Diskussion ihrer Grenzen, vorschnell als Attacke auf Identitäten interpretiert wird. Jeanette Pols und Maartje Hoogsteyns beschrieben dieses Problem der Unanfechtbarkeit von individuell durchlebter Erfahrung als: »Stories about experiences are true stories.« (Pols und Hoogsteyns 2016, 41.) Die Autorinnen verwiesen zudem auf die – bereits erwähnte – Schwierigkeit der angenommenen Authentizität von Erfahrung als Expertise. Sie kann nur von Personen beansprucht werden, die diese Erfahrung selbst durchlebt haben. Das macht einerseits ihr emanzipatorisches Potenzial aus, aber es führt auch dazu, dass deren Reichweite schnell begrenzt werden kann:

This is not because their knowledge is different, but because of who articulates it. It suggests that individuals narrate authentic experiences that are untouched by the context in which they are produced. (Ebd., 42)

Ein weiteres Argument, das Pols und Hoogsteyns gegen eine Expertise, die allein auf dem Verständnis einer durchlebten Erfahrung aufbaut, in Stellung bringen, bezieht sich auf die Undeutlichkeit dieser Charakterisierung (Pols und Hoogsteyns 2016, 42):

When anything one has lived through and expresses publicly counts as knowledge, knowledge becomes an extremely broad category that includes all kinds of testimony. The analytical tools to discern knowledge from other experiences people [sic!] are absent. (Ebd.)

Auch diese Undeutlichkeit führe dazu, dass diese Expertise leichter verworfen werden könne und als unbrauchbar bezeichnet werde (ebd.).

Die geschilderten Probleme, erstens eine als selbstverständlich angenommene Authentizität der Krisenerfahrungen der Genesungsbegleiterinnen, zweitens deren Unhinterfragbarkeit und drittens deren unklare Grenzen, machen es notwendig, Kritik an einem *empathischen* Erfahrungsbegriff zu üben – was nicht mit Kritik an der Tätigkeit von Peer-Arbeitern gleichzusetzen ist. Den Begriff der Erfahrungsexpertise kritisch zu untersuchen, bedeutet keinesfalls, dass ich diese für wirkungslos halten würde. Gerade weil ich die besondere Erfahrungsexpertise im Kontext von Genesungsbegleitung ernst nehme, untersuche ich deren alltägliche sozio-materielle Konstruktion. Ich gehe also nicht davon aus, dass sich Erfahrungsexpertise authentisch im einzelnen Subjekt verorten lässt, sondern analysiere ihre kollektive und prozessuale, alltägliche Verhandlung. Es ist mein Anliegen, Erfahrungsexpertise in diesem Feld als Wissen ernst zu nehmen, ohne sie dabei allein im authentischen Erleben zu verorten und damit ebenso unhinterfragbar wie undeutlich bleiben zu lassen.

Genesungsbegleitung, dieses in Deutschland relativ neue berufliche Phänomen, baut auf der Idee einer spezifischen psychiatrischen Krisenerfahrung auf, die dann im therapeutischen Alltag nutzbar gemacht werden kann. Ihre Wirksamkeit ist aus medizinisch-psychiatrischer Sicht weitläufig untersucht und nachgewiesen worden. Dennoch herrscht große Unklarheit darüber, welche Tätigkeiten Genesungsbegleiter im Alltag übernehmen sollen und können und worin eigentlich die Spezifik ihrer Erfahrungsexpertise besteht. Mein Anliegen ist es, darzustellen, wie sich im Zusammenspiel zwischen Peer-Arbeiterinnen und anderen Professionen in bestimmten Situationen eines (teil)stationären psychiatrischen Alltags ein spezifisches und übertragbares Wissen entwickeln kann. Zugleich ist es mir wichtig, die Undeutlichkeit und Unhinterfragbarkeit einer allein emphatisch verstandenen Erfahrungsexpertise zu vermeiden. Indem ich dem alltäglichen Inkrafttreten der Er-

fahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen auf psychiatrisch-klinischen Stationen nachgehe, möchte ich Spezifika dieses Peer-Wissens herausarbeiten.

2.2 Mit Genesungsbegleiterinnen forschen: methodologische Entscheidungen und Anmerkungen zu kolaborativer Zusammenarbeit

Erfahrungsexpertise praxeologisch perspektivieren

Durch diesen Fokus auf das Inkrafttreten von Erfahrungsexpertise verorte ich sie in den konkreten Praktiken und somit weder allein im menschlichen Subjekt noch im Objekt – beide sind Teil der Bedingungen, in denen sie (re-)produziert werden.

Die »Materialisierung« des Sozialen und Kulturellen in den Körpern und den Artefakten positioniert Praxistheorie in Opposition zu zwei – im Homo oeconomicus, Homo sociologicus, im kognitivistischen Mentalismus oder dem semiotischen Textualismus enthaltenen – für die westliche Tradition einflussreichen, ontologischen Dichotomien: Zur Dichotomie zwischen »Geist« und »Körper« und zur Dichotomie zwischen »Subjekt« und »Objekt« als jeweils zwei separierten Sphären, von denen dem jeweils erstgenannten – dem »Geist« und dem »Subjekt« – aus Sicht des traditionellen Dualismus das Primat zukommt. (Reckwitz 2003, 291)

Das heißt, dass ich eine Perspektive einnehme, in der ich Erfahrungsexpertise im Kontext von Genesungsbegleitung im Hinblick auf ihre Herstellung in der – vor allem klinisch-psychiatrischen – Praxis betrachte und sie als Vielzahl sozialer Prozesse beschreibe. Demnach gehe ich nicht davon aus, dass sie ahistorisch oder unveränderlich sei und dennoch Ordnungen hervorbringt (u.a. Law 1994; Law und Mol 2002). Ich blicke auf Erfahrungsexpertise als Praxis, als »typisiertes, sozial geteiltes Bündel von Aktivitäten, die durch implizites, methodisches und interpretatives Wissen zusammengehalten werden und in einen Kontext eingebunden sind« (Reckwitz 2003, 289). Dadurch werden Koexistenzen und Überschneidungen, Unvollständigkeiten und Komplexitäten sozialer Phänomene sichtbar, und das »unabschließbare Gemacht-Sein von Prozessen und Ordnungen« (Knecht 2012, 257) tritt hervor.

Das Feld der Praxistheorien selbst ist in sich sehr divers. Wer von wem als wesentliche Akteurin rezipiert wird, variiert stark in den einzelnen Disziplinen und Subdisziplinen; ebenso unterscheiden sich die Schlagworte und Verständnisse mit denen gegenwärtig die vermehrte Hinwendung zur Praxis in wissenschaftlichen Auseinandersetzungen der Sozial- und Kulturanthropologie diskutiert wird (u.a. Reckwitz 2003; Hillebrandt 2009; Beck, Niewöhner und Sørensen 2012; Bogusz 2016).

Schon in den 1980er Jahren diagnostizierte Sherry B. Ortner ein wachsendes kulturalanthropologisches Interesse an: »practice, praxis, action, interaction, activity, experience and performance« (Ortner 1984, 144) und gab einen Überblick über die damaligen Einflüsse und Verständnisse. Stefan Beck nannte diese Variante *Praxistheorie 1.0*. (Beck 2015b) und signalisiert damit zugleich, dass es seit den 80er Jahren durchaus disziplinäre »Updates« (ebd., 5) gab. In *Praxistheorie 1.0* übernehme Praxis oder Praktiken eine doppelte Erklärungsrolle, durch die *individuelles Handeln* in einen systematischen und regelmäßigen Wirkzusammenhang gesetzt werde (ebd.). *Praxistheorie 2.0* zeichnet sich für Beck demgegenüber vor allem durch eine spezifische »Ontologie des Sozialen« (ebd.) aus. Sie richte sich nicht vor allem an »Logiken« individuellen Handelns aus – wie in *Praxistheorie 1.0* –, sondern betrachte »das Soziale« als Ergebnis von Praktiken, die zugleich körperlich als auch durch externe Materialitäten bedingt sind und sich durch geteilte praktische Verständnisse kennzeichnen. Insbesondere Pierre Bourdieus Arbeiten zum Habituskonzept (u.a. Bourdieu 2015 [1972]) waren wegweisend für diese Perspektiven: *Habitus*²² ist zugleich Ergebnis von Handeln (Opus operatum) und eine Handlungsweise (modus operandi) (u.a. ebd.).²³ Diese in historische Bedingungen eingelassene, strukturierende und strukturierte Struktur – der Habitus – ist dadurch auch ein Hilfskonstrukt, um den soziologischen Blick auf Erzeugungsprinzipien von Praxis zu richten (u.a. Barlösius 2006). Weiterhin skizziert Beck eine *Praxistheorie 3.0* für zukünftige kulturalanthropologische Arbeiten, die »Assemblages aus menschlichen und nicht-menschlichen Elementen in konkreten Handlungszusammenhängen daraufhin untersuchen, was ihr zugrundeliegendes Organisationsprinzip ausmacht [...]« (Beck 2015b, 10).

Trotz dieser und anderer verschiedenen, sich teilweise überlagernden disziplingeschichtlichen Varianten und (sub)disziplinären Prägungen (auf die ich hier nicht weiter eingehe) können Praxistheorien laut Theodore Schatzki durchaus als »loose, but nevertheless definable movement of thought« (Schatzki 2005, 22) verstanden werden. Grundsätzlich zeichnet sich jede Form der Praxistheorie laut Hilmar Schäfer durch einen Ansatz aus, »in dem »Praktiken« die fundamentale theoretische Kategorie oder den Ausgangspunkt einer empirischen Analyse bilden« (Schäfer 2013, 5). Die unterschiedlichen Standpunkte lassen sich zunächst leichter in ihren gemeinsamen Kritikpunkten an »traditioneller« Wissenschaftsphilosophie ver-

22 Dieser kurze Verweis auf das Habituskonzept von Pierre Bourdieu ist sicherlich eine rudimentäre und selektive Bemerkung. Es mangelt nicht an Einführungen, Anwendungen und ausführlichen Diskussionen dieses vielgestaltigen und einflussreichen Konzepts, das heute zum Standardrepertoire der Sozialwissenschaften gehört (u.a. Barlösius 2006; Wacquant 1992; für eine Einführung siehe Lenger, Schneickert und Schumacher 2013).

23 »Der Habitus ist ein »modus operandi« weil er Praxisformen und Wahrnehmungs-Bewertungs- und Denkschemata produziert, die als fertige Produkte »opus operatum« vorliegen und empirisch analysiert werden können.« (Barlösius 2006, 58)

einen, denn in einem positiven Programm: »Rather than being unified as positive program, the practice turn is more united by statements about what must be avoided, and by a view of the sorts of inquiry that are devalued.« (Soler, Zwart und Lynch 2014, 11)²⁴

In einem Versuch darüber hinaus positive Merkmale von Praxistheorien zu identifizieren, nannten Léna Soler und Mitautoren folgende vier Aspekte: Erstens würden praxistheoretische Ansätze »Detail-angemessene« (ebd.; Übersetzung CS) Beschreibungen zum Ziel haben und sich damit gegen überidealisierte wissenschaftliche Studien wenden. Das impliziere zweitens die Verwendung und Priorisierung bestimmter Methoden in der Untersuchung; Gerade ethnographische Methoden einerseits, die Wissenschaft ›in the making‹ fokussieren wären ebenso wie historische Studien andererseits, die Bedingungen von Zeit und Geschichte in den Blick nehmen, wären eng assoziiert mit dem *practice turn* (ebd., 12). Drittens betonten solche Ansätze situative Faktoren und Kontexte sowie, viertens, die Multiplizität von Phänomenen, das heißt die Unterschiedlichkeit der beobachteten und für die Interpretation herangezogenen Phänomene.

Es sind diese vier Aspekte, die in jedweder Ausprägung innerhalb praxistheoretischer Denk- und Argumentationsbewegungen eine zentrale Rolle spielen, die für meine Herangehensweise bedeutsam sind und nicht ein einzelner Standpunkt innerhalb dieses diversen Feldes. Insbesondere die für praxistheoretische Perspektiven charakteristische Verlegung des Fokus weg von Strukturen hin zu täglichen Praktiken (Soler, Zwart und Lynch 2014) ist für mein Erkenntnisinteresse sinnvoll. Sie ermöglicht es, die großen Begriffe *Erfahrung* und *Expertise* als Praxis zu untersuchen und sich dabei von klassischen sozialphilosophischen Dichotomien abzuwenden. So wird zum Beispiel die konzeptionelle Trennung zwischen einem erfahrenden Subjekt und einem zu erfahrenden Objekt in praxistheoretischer Perspektive dezentriert. Meine Darstellung zielt vor allem auf Prozesse ab, in denen Erfahrungsexpertise alltäglich – in materiell-semiotischen Praktiken – verhandelt wird – also darauf, *wie sie wird*, statt *was sie ist*. Auf diese Weise kann ich die erörtere epistemische Leerstelle in der Debatte durch die Erfahrungsexpertise von

24 Hierin liegt auch eine deutliche Verwobenheit der Perspektive mit dem Umfeld der *Science and Technology Studies* (STS). Sicherlich sind STS dabei kein klares, sondern ein transdisziplinäres Forschungsfeld, wie in der ersten deutschsprachigen Einführung in STS zu lesen ist: »Sein vorrangiges Ziel ist die empirische Untersuchung der vielfältigen Rollen von Wissen und Technologie in modernen Gesellschaften unter Verwendung von Methoden der Sozial-, Kultur- und Geschichtswissenschaften. Das Forschungsfeld STS ist in den späten 1970er Jahren vor allem am Schnittpunkt von Wissenschaftsphilosophie, -geschichte und -soziologie auf der einen und Technikphilosophie, -geschichte und -soziologie auf der anderen Seite entstanden. Zentrales Anliegen war es, wissenschaftliches Wissen und Technik als soziale und kulturelle Phänomene zu verstehen und einer kritischen Analyse zugänglich zu machen.« (Beck et al. 2012, 11)

Genesungsbegleiterinnen (also den Rückgriff auf eine spezifische Form von Erfahrung, ohne zu explizieren, wie diese im Alltag produziert wird und welche Wirkung von ihr ausgeht) auch methodologisch füllen – denn es sind genau diese konkreten Praktiken, die empirisch von Konzeptionen der einen individuellen, authentischen und empathischen Erfahrung wegführen.

Vom Kollaborieren zum Ko-laborieren

Der Versuch die Betrachtung von Erfahrungsexpertise methodologisch und praxistheoretisch einzuhegen, bedeutet ebenso, Aspekte der Feldforschungszusammenarbeit ausführlich zu erläutern. Denn auch die spezifischen Konstellationen meiner epistemischen wie konkreten alltäglichen Zusammenarbeit mit den Akteuren im Feld bedingen den Ausschnitt an Praktiken, den ich mit dieser Arbeit einfange.

Darüber hinaus sind Erläuterungen zu Kollaboration²⁵ als einem spezifischen Modus von Forschung in den Sozialwissenschaften aus drei Gründen wichtig: Erstens erfährt dieser Forschungsmodus vermehrt Aufmerksamkeit und kann gar als Imperativ aktueller ethnografischer Forschung gelten, wie Michi Knecht es mit Bezug auf Monica Konrad fasste.²⁶ Zweitens, und noch wichtiger, ist diese Auseinandersetzung zwingend, da ich in einem Feld, das so verschränkt mit Betroffenenbewegungen und geprägt von massiven Machtasymmetrien ist, keine Unklarheiten in Bezug auf meine spezifische Zusammenarbeit mit den Akteurinnen aufkommen lassen möchte. Die Motivation für die Zusammenarbeit wie auch der Nutzen der gemeinsamen Arbeit für alle Beteiligten müssen zur Debatte gestellt werden. Drittens, und dieser Grund wirkt vor allem in eine Fachdebatte hinein, ist die Diskussion von Kollaboration unumgänglich, weil sie eine Möglichkeit darstellt, die Relevanz ethnografischer Ergebnisse für kulturanthropologische Diskussionen sowie für die psychiatrische Forschung sicherzustellen.

Kollaboration als Imperativ

Kollaboration ist, wie unter anderen John Law bemerkte, ein unordentlicher Nexus zwischen Engagement, Ethik und Opportunismus (The CRESC Encounters Collaborative 2013). In den Diskussionen rumoren Ideen und Ansätze zur Demokratisierung von Expertise. Ebenso scheint Kollaboration ein großes Lösungspotenzial für aktuelle globale Herausforderungen zu bergen, indem sie über disziplinäre,

25 Mir ist bewusst, dass der englische Begriff »collaboration« andere Bedeutungssedimente enthält als der deutsche Begriff »Kollaboration«, der auch die politisch-militärische Zusammenarbeit mit dem Feind« (engl. collaborationism) meint. Dennoch habe ich mich hier aus Lesbarkeitsgründen dafür entschieden, die deutsche Übersetzung zu nutzen.

26 Knecht situierte in ihrem Vortrag »Collaborate! Wie ein vielstimmiger, wandernder Imperativ die ethnografische Wissensproduktion verändert« den Begriff »collaboration« zwischen Imperativ und Impetus (Knecht 2017).

formale oder geografische Grenzen hinausgeht – genau wie die Probleme, die sie lösen soll. Das (vermutete) Lösungspotenzial von Kollaboration ist auch der erste von fünf Gründen, den Monica Konrad, Herausgeberin des Sammelbandes »Collaborators collaborate« (Konrad 2012), für dessen gegenwärtigen Erfolg anführte. Dieses Merkmal trage zur kontemporären Verfasstheit von Kollaboration als Imperativ bei, dem man sich kaum entziehen könne.

Gerade auch in Forschungen zu psychiatrischer Versorgung wird dieses Argument häufig aufgegriffen: Krankheits- und Versorgungskonzepte basieren sowohl auf medizinischen, als auch philosophischen, soziologischen und psychologischen Theorien und Konzepten. Daher sei es notwendig, dass sich die verschiedenen Disziplinen gegenseitig ergänzen, um zu adäquater und zufriedenstellender psychiatrischer Versorgung zu gelangen. Zudem müsse psychiatrisches Handeln in besonderer Weise die sozialen Lebens- und kulturellen Sinnwelten der Nutzerinnen auch jenseits des klinischen Kontextes in Rechnung stellen (u.a. von Peter et al. 2016, 8) und könne daher nur zu einem kleinen Teil von einer disziplinären Perspektive umfassend betrachtet werden. Die Überschreitung von disziplinären als auch formalen Grenzen in Kollaborationen wird also als notwendig erachtet, um psychiatrische Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Monika Konrad führte weiter aus, dass Kollaboration dabei meist als Selbstzweck gelte, der gesteigerte Output und/oder validere Ergebnisse von Forschungen garantiere. Den zweiten Grund für den gegenwärtigen Imperativ der Kollaboration gewährte sie in neuen Geografien der Zusammenarbeit in einer globalisierten Welt – sie spricht von »dispersed collaboration« (Konrad 2012, 18). Drittens, und in enger Verknüpfung mit diesen Geografien, komme es heutzutage häufig zu institutionellen Konvergenzen, beispielsweise zwischen Universitäten und Unternehmen, die neue Zusammenarbeitsformen notwendig machten. Viertens sei im Zuge verschiedener »Demokratisierung-von-Expertise-Bewegungen« (meine Bezeichnung, vgl. u.a. Nowotny 2003a; Collins und Evans 2009) die Bedeutung von Interaktionsexpertise²⁷ gestiegen. Und fünftens verlangten das »Projekt und das Team« als bestimmende Arbeitsformate nach neuen Formen der Kollaboration (Konrad 2012, 18).

27 Collins und Evans entwickeln in ihrem wegweisenden und programmatischen Artikel »The third wave of science studies – Studies of expertise and experience« die Unterscheidung in »contributory expertise« und »interactional expertise« (Collins und Evans 2002) als neue analytische Kategorien, die präskriptives statt deskriptives Potential für die soziologische Untersuchung von Wissen und Wissenschaft bieten sollen. Unter »contributory expertise« verstehen sie: »enough expertise to contribute to the science of the field being analyzed« (ebd., 254) während »interactional expertise« »[...]enough expertise to interact interestingly with participants and carry out sociological analysis« (ebd.) fasst (siehe für weitere Ausführungen auch Kapitel 3.3/S. 116).

Den positiven Bewertungen – zumindest des englischen Begriffs *collaboration* –, die bei all diesen Faktoren mitschwingen, ist jedoch auch mit Vorsicht zu begegnen, wie John Law et al. ausführen:

Yet »collaboration«, and invocations to »collaborate«, also feature in a new lexicon of »interdisciplinary«, »partnership«, »innovation«, »engagement«, »value« and »impact« of Higher Education bodies, Research Councils and universities, one that is mobilised in the context of the radical restructuring of the »public university« as well as the production, circulation and consumption of knowledge. (The CRESC Encounters Collaborative 2013, 3)

Kollaboration ist eben auch Teil einer übergreifenden Entwicklung, in der Partizipation und Partnerschaft zum Vehikel für die Reduktion von Forschungskosten und Utilitarisierung wissenschaftlichen Wissens werden können (ebd.). In Bezug auf Formen der Zusammenarbeit in einem Forschungsfeld in der psychiatrischen Versorgungslandschaft, stellt sich zudem eine Frage, die vor allem vonseiten der *Survivor*-Forschung betont wird: Wie nämlich kann es vermieden werden, eine solche Kollaboration praktisch – trotz aller theoretisch demokratisierenden Vorhaben – nicht zu einem vor allem räuberischen und kolonisierenden Vorhaben werden zu lassen (Russo und Beresford 2015; siehe auch Kapitel 2.1.2/S. 41)?

Ich möchte Kollaboration daher nicht als programmatisches Ideal abheben lassen, sondern es offen zum Gegenstand von Kritik machen: Diese Arbeit ist keine kollaborative oder betroffenenkontrollierte Arbeit, wie sie die *Survivor*-Forscherin Jasna Russo von den Akteuren des psychologisch-psychiatrischen Forschungsspektrums einfordert (Russo 2012). Ebenso wenig entspricht sie den Vorstellungen von Kollaboration, die in einem anthropologisch-aktivistischen Spektrum von Luke Lassiter (Lassiter 2005), Ansätzen feministisch-aktivistischer Ethnografie (u.a. Checker, Davis und Schuller 2014) oder der *Participatory Action Research* (u.a. McTaggart 1997) geltend gemacht werden. Die Rolle der »Community«-Mitglieder, vor allem in Bezug auf den Analyse- und Schreibprozess, waren dafür zu partial und unregelmäßig – Genesungsbegleiterinnen haben die Fragestellung zwar beeinflusst, aber nicht formuliert, und waren nur in Teilen in Analyseprozesse involviert; am Schreibprozess selbst waren sie nicht beteiligt.²⁸

28 »Collaborative research – sometimes called »communist-based research«, »action research« and engaged anthropology – is grounded in the perspectives and interests of the community in question. It parallels participatory approaches, in reaffirming people's right to co-direct research that purports to represent them and may inform decisions that affect them. It seeks to work »with« rather than »on« people and community members play a prominent part in defining and contributing to research from project design through data gathering and analysis to presentation of final results.« (Sillitoe 2012, 184)

Ko-laboration als Impetus

Zugleich ist diese Arbeit dennoch eine kollaborative – jedenfalls in dem Sinn, in dem Paul Rabinow, George Marcus oder Dominic Boyer den Begriff verwenden. Denn die Zusammenarbeit mit allen Informantinnen ist mir von einem an gemeinsamer erkenntnistheoretischer Arbeit orientierten Standpunkt aus enorm wichtig (Holmes und Marcus 2010; Rabinow 2011; Boyer 2015; Klausner et al. 2015; Niewöhner 2016). Um die unterschiedlichen Kollaborationsbegriffe zu unterscheiden, beziehe ich mich auf einen von Stefan Beck, Jörg Niewöhner, Martina Klausner und anderen Teilnehmern des Labors *Anthropology of Environment | Human Relations* geprägten Begriff der *Ko-laboration*:

With co-laborative, I mean temporary, non-teleological, joint epistemic work aimed at producing disciplinary reflexivities not interdisciplinary shared outcomes. The neologism co-laborative conjures up associations with laboratory and experiment as well as with labour. (Niewöhner 2016, 2)

In einer *ko-laborativen* Forschung geht es demnach nicht primär darum, ein gemeinsames, politisches und/oder moralisches Ziel zu verwirklichen, sondern in gemeinsamer epistemologischer Arbeit disziplinäre, möglicherweise auch voneinander abweichende Beiträge zu gewinnen:

Vielmehr steht das Experimentieren mit den Denkstilen des jeweils Anderen im Vordergrund. Es geht um die Produktion spezifischer Reflexivität: Reflexivität als Mobilität zwischen Akteuren, Denkstilen und methodischen Zugriffen und Apparaten, im Gegensatz zu Reflexivität, verstanden als das Nachdenken über die eigene Position [...] (Klausner et al. 2015, 219)

Michi Knecht verwies auf zwei Minimalanforderungen an ko-laboratives Arbeiten: Die erste sei die Anerkennung heterogener Wissensbestände ohne deren notwendige Synthese. Dieses Merkmal grenzt Ko-laboration von partizipativer oder eben kollaborativer Forschung im Stil der *Participatory Action Research* ab, die vorrangig auf ein synthetisches Ziel hinarbeite. Zweitens gehe es um die gemeinsame Hervorbringung eines Forschungsgegenstandes – was in praxistheoretischem Zugriff konsequenterweise zu einer Veränderung von Praxis führen müsste (Knecht 2017).

Ich orientiere mich an der so umrissenen Konzeption von Ko-laboration. Eine Promotion ist allerdings ein formal und zeitlich beschränktes wie ressourcenarmes Qualifikationsformat, das die genannten Minimalanforderungen an ko-laboratives Forschen zu einem nahezu unerreichbaren Ideal werden lässt. Einen gemeinsamen Forschungsgegenstand haben alle Beteiligten an dieser Forschung nur in einem sehr kleinen Bereich, zum Beispiel in einer gemeinsamen Fokusgruppe, auf die ich in Kapitel 2.3 noch eingehen werde, hervorgebracht. Gleichzeitig war diese Fokusgruppe Grundlage meiner aktuellen Anstellung innerhalb eines partizipativen Forschungsprojektes (PsychCare – G-BA Innovationsfonds n.d.), in dem

ich als Ethnografin an einer Forschung für den Gemeinsamen Bundesausschuss, dem höchsten Selbstverwaltungsgremium im deutschen Gesundheitswesen, an der Evaluation von psychiatrischen Modellprojekten beteiligt war und bin (von Peter et al. 2018; Bieler, Bister und Schmid; in Vorbereitung). Diese Dissertation ist also im weiteren Sinne eine Grundlage von gegenwärtigen und zukünftigen Ko-laborationen, die durchaus das Potenzial haben, praxisverändernd zu wirken.

Die Anerkennung verschiedener Wissensbestände ist ein Ziel dieser Arbeit – und zugleich eine Bewegung, die sich auch im Feld um Genesungsbegleitung selbst immer wieder abspielt. Dort findet nämlich durch die Genesungsbegleiter*innen eine neue Form der Expertise Eingang in die Psychiatrien, und dort ko-laborieren Vertreter*innen der *Psy-Disziplinen* (Rose 1979) mit Erfahrungsexperten. Stefan Beck argumentierte gar, dass im Feld Genesungsbegleitung ein wahrhaft kollaborativer bzw. ko-laborativer Modus der Wissensproduktion entstehe:

What is emerging here is a new type of »knowledge space« where – in the words of David Turnbull – not the »idealistic linking« of ideas is in the centre of interest but the social process of linking people, practices and places (Turnbull 2001: 2). These processes aim at the production of expertise outside of educational institutions invented by modern societies, universities, research institutions, laboratories. (Beck 2015a, 18)

Ko-laboration als Relevanzgenerator

Ko-laboration als Modus der Wissensproduktion, der über »idealistic linking« (ebd.) hinaus geht ermöglicht es auch, mit einer »dritten Angst des Forschers vor dem Feld« (Niewöhner 2016, 3) produktiv umzugehen. Unter der (in dieser Zählung: ersten) »Angst des Forschers vor dem Feld« (ebd.) wurden und werden im Fach Europäische Ethnologie sämtliche Ängste vor dem Erstkontakt mit dem Feld ausgiebig verhandelt:

[...] diese Ängste kommen u.a. in psychosomatischen Störungen wie Herzklopfen und Bauchschmerzen, in motorischer Unruhe bei gleichzeitiger Entschlussunfähigkeit, im Verschieben von Terminen und deren Rationalisierung sowie im Um-den-Block-laufen/fahren zum Ausdruck [...] (Lindner 1981, 54).

Unter der »zweiten Angst« (Niewöhner 2016, Übersetzung CS) oder »neuen Angst« (Warneken und Wittel 1997) des oder der Forschenden vor dem Feld wird die Sorge nach Akzeptanz in spezifischen Settings des »Studying up« (Nader 2002) diskutiert, also Forschung über »das mittlere und obere Ende sozialer Machtstrukturen« (Nader 2002, Übersetzung CS). Die »dritte Angst« nun, die für das Forschungsfeld um Genesungsbegleitung von großer Relevanz ist, dreht sich um die folgende Frage: Welches Wissen, welche Expertise kann ich als Ethnografin einbringen, damit ich nicht nur das Wissen der Ko-laborant*innen im Feld dupliziere:

How can I document another expert culture without precisely reframing their expert knowledge in the analytical categories of my own, thus absorbing them into my jurisdiction? (Boyer 2008, 41)

So fasste der US-amerikanische Anthropologe Dominic Boyer in »Thinking through the Anthropology of Experts« dieses Dilemma. Das Szenario, auf das sich Boyer bezieht, ist seine Feldforschung mit Journalisten, also ein Feld mit Informanten, die mit ähnlichen Denkstilen arbeiteten wie er selbst (Niewöhner 2016, 3). Während der Feldforschung mögen diese Bedingungen angenehm sein. Nach der Feldforschung entstehe jedoch häufig folgende Schwierigkeit:

Yet the problem arises after the fieldwork phase when it turns out that the actors in the field knew all along what the anthropologists proudly present to them as their findings. (Niewöhner 2016, 3)

Auch im Feld um Genesungsbegleitung ist die Auseinandersetzung mit Eigenkonzepten – also beispielsweise dem *Wir-Wissen* (siehe S.33) – so weit verbreitet, dass der Mehrwert ethnografischer Forschungen nicht selbstverständlich ist. Zwar beispiele ich eine bestehende inhaltliche Lücke im wissenschaftlichen Diskurs rund um epistemische Fragen zur Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleiterinnen. Das schützt mich jedoch nicht davor, Inhalte zu wiederholen, die im Feld schon lange bekannt sind. Eine Antwort auf diese epistemische Misere muss meiner Ansicht nach in einer Zusammenarbeit mit dem Feld liegen, die das Gegenüber im Feld als kritische Expertinnen ernst nimmt, zugleich Zurückhaltung aufseiten der Forscherin übt und die Forschungsperspektive immer wieder explizit situiert. Ob man sich zur Bezeichnung dieser Positionierung auf Konzepte des »studying sideways« (Hannerz 1998, Boyer 2015), des »modest witnessing« (Haraway 1997, Shapin 2011), des »modest withnessing« (Sørensen 2011) oder eben der »Ko-laboration« bezieht, bringt sicherlich Verschiebungen in Bezug auf den Forschungsgegenstand mit sich. In all diesen Konzepten wird jedoch das bereits erwähnte *para-ethnografische*²⁹ Wissen im Feld ernst genommen und die Informanten sind »counterparts rather than ›others‹ – as both subjects and intellectual partners in inquiry« (Holmes und Marcus 2008):

Das formal untheoretische Theoretisieren der »Eingeborenen« des Feldes als Quelle der Erkenntnis zu erschließen, ist [...] natürlich alles andere als neu. Neu

29 Holmes und Marcus verstehen unter para-ethnografischem Wissen eine zum ethnografischen Wissen analoge Form des Wissens, die im Forschungsfeld entsteht: »[...] the de facto and self-critical faculty that operates in any expert domain as a way of dealing with contradiction, exception, facts that are fugitive, and that suggest a social realm not in alignment with the representation generated by the application of the reigning statistical mode of analysis.« (Holmes und Marcus 2008, 236)

ist allerdings, dass den Informanten zugestanden wird, selbst an der Produktion von kritischem Wissen über ihr Feld beteiligt zu sein und sie als Partner bei der Wissensproduktion ernst zu nehmen. (Beck 2009, 223)

So fasste Stefan Beck die Besonderheit von George Marcus' und Douglas Holmes' Konzept des *para-ethnografischen* Wissens zusammen. Im Feld um Genesungsbegleitung kursiert viel *para-ethnografisches* Wissen. Das Konzept suggeriert dabei eine verführerische Symmetrie für die Forscherin, die gleichzeitig postkoloniale Kritik zu lösen scheint (Boyer 2008). Natürlich bleibt dies eine Illusion und es ergeben sich auch mit der Anerkennung von *para-ethnografischem* Wissen neue blinde Flecken. Beispielsweise argumentierte Jasna Russo, dass Psychiatrie-Erfahrene – egal, ob in der Position von Genesungsbegleitern oder nicht – als marginalisierte Personen gesehen werden müssen und neue Probleme entstehen, wenn sie als Partnerinnen in der Wissensproduktion ernst genommen werden. Sie formuliert gemeinsam mit Peter Beresford die Frage, ob eine wohlgemeinte Auseinandersetzung mit den individuellen Stimmen von »mad people«³⁰ die Exklusion dieser Stimmen nicht einfach durch deren Kolonisierung ersetze und so bestehende epistemische Ungleichheiten verstärke, statt sie zu vermindern:

If the first problem was getting any kind of recognition for such narratives, then now this has begun to be achieved it appears we may have moved to a further stage when additional issues emerge. This is how to ensure that they are not just colonised or reduced to a new area for academic activity – taken from the control of their own authors. (Russo und Beresford 2015, 155)

Russo und Beresford beschrieben, erstens, die Anerkennung dieses Problems als wichtigen Schritt in Richtung auf einer Lösungsfindung und fordern zweitens, dass Wissenschaftler ihre Autorität nutzen sollten, um dem Wissen der Psychiatrie-Erfahrenen mehr Legitimität zu verleihen (ebd., 156). Ich folge Jasna Russo insoweit, dass die Diskussion dieses Problems notwendig ist und Forscherinnen ihre (autoritäre) Rolle durchdenken müssen. Aber ich bin nicht der Ansicht, dass eine aktivistische Selbstpositionierung der Forscherin auf der Seite der Betroffenenbewegungen oder innerhalb von *Survivor Research* die einzige Lösungsmöglichkeit für dieses Dilemma ist (u.a. Haraway 1988). Jasna Russo argumentiert vor allem von einem antipsychiatrischen Standpunkt aus. In Bezug auf eine sozialwissenschaftliche, praxistheoretische und ko-laborative Arbeit ergeben sich aus meiner Sicht auch andere Optionen: Die Kritik des Psychiatrie-Systems bleibt zwar eine gemeinsame Schnittmenge mit Betroffenen-Aktivist*innen, vorrangig geht es aber um epistemische Ergebnisse und Positionen auf einer analytischen

30 Ich lasse den Begriff hier so stehen, da Russo ihn so nutzt und die *Mad Studies* in den USA und Kanada sich darauf beziehen (vgl. LeFrancois, Menzies und Reaume 2013).

Ebene, die nicht schon vor einer empirischen Feldforschung festgesetzt sind. Aus meiner Sicht ist es (wie ich es gemeinsam mit Patrick Bieler und Milena Bister andernorts ausgeführt habe) notwendig, Formen der Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie, bzw. medizinisch-psychiatrischer Forschung und Europäischer Ethnologie zu etablieren, die die bisherige Zweiteilung der sozialwissenschaftlichen Forschungen zu Psychiatrie in einerseits dekonstruktive Kritik oder andererseits als zuarbeitende Hilfswissenschaft überformen (Bieler, Bister und Schmid, in Vorbereitung). Epistemische Potisionen auf sozialwissenschaftlicher Seite sollten offen für Revisionen sein.

In der vorliegenden Arbeit nehme ich eine praxistheoretische Perspektive ein. Durch die prinzipielle Anerkennung meines partialen Blickwinkels und dem dementsprechenden situierten Wissen (vgl. Haraway 1988), das ich mit dieser Arbeit hervorbringe, versuche ich »Othering« (Said 2009) gegenüber beispielsweise aktivistischen Positionen in den Forschungen zu Psychiatrieerfahrungen zu verhindern und stattdessen die Heterogenität von Wissen anzuerkennen. Zugleich sind einzelne ko-laborative Formate innerhalb der Dissertation umgesetzt, um den hier generierten Ansatz an das Feld zurück zu binden und seine Relevanz – über eine Reproduktion des schon bestehenden Wissens im Feld hinaus – abzusichern. Ich ziele mit dieser Arbeit nicht auf eine Dekonstruktion des gegenwärtigen Psychiatriesystems ab; das Potential dieser Arbeit liegt vielmehr darin, die Verhandlung von Erfahrungsexpertise bei Genesungsbegleitung im stationären Klinikalltag genauer zu verstehen, um sie besser teilen und einsetzen zu können (Pols 2016, 43).

Im Feld Genesungsbegleitung – methodische und forschungsethische Vorbemerkungen

Auf dem Weg war ich aufgeregt – auf diese seltsame Weise –, wie es bei den ersten Aufenthalten im Feld ist: Ich habe das Gefühl, ein Metamännchen versucht neben mir herzulaufen, bekommt manche Dinge mit. Wenn es richtig spannend wird, verschwindet es dann allerdings wieder, und dann taucht es wieder auf. Ich muss immer wieder tief Luft holen und habe Angst, am falschen Ort, zur falschen Zeit oder einfach generell falsch zu sein. Gedanklich spiele ich Situationen durch. Warum sollten die Leute wollen, dass ich komme? Im gleichen Atemzug meldet sich immer wieder das Metamännchen: Warum hast du so Angst? Die verschiedenen neuen und alten Ängste der Forscher vor dem Feld fallen mir ein.

Vor der Klinik spreche ich eine Gruppe rauchender Frauen an, die anscheinend irgendwie dazu gehören. Und schon die erste Person, sie ist gerade Praktikantin, erklärt mir, wo ich hin muss. Ich gehe in den zweiten Stock und lege meinen Rucksack etc. in das Büro, gebe der Reihe nach die Hände.

Es ist eine kleine Gruppe, die sich im Raum im zweiten Stock versammelt. Alle ziehen das Sofa oder bequeme Sitzsäcke vor – ich habe mir einen der Stühle (die am

anderen Ende des Sitzkreises stehen) genommen und sitze sehr aufrecht.

Die Psychologin meint (möglicherweise in Reaktion auf meine Stuhlwahl): »Es ist ein statement, dass ich mich jetzt hier so hinlümmele. Wenn ich die Gruppe leite, sitze ich auch in einem der aufrechten Stühle.«

Es wird über die offensichtlich neue Wandfarbe in gelblichem Ton gesprochen. Die Ränder zur Decke sind ungleichmäßig und fallen negativ auf, und die Kabelschächte durften nicht überstrichen werden, weswegen diese noch in einem weißgelblichen Dreckzustand sind. Laut einem Pfleger, Moritz, sollen sie jedoch noch geputzt werden. Es wird gewitzelt, dass sie dann wieder total auffallen würden, wenn sie weiß sind und die Wand dann gelb. Wegen Feuerschutz dürfe man sie aber nicht streichen. Im Hin und Her wird deutlich, dass die Atmosphäre des Raumes angenehmer sei, durch diese neue Farbe. Moritz übernimmt die Initiative und sucht nach einem neuen Blatt am Flipchart. Er fängt an, TOPS (Tagesordnungspunkte) zu sammeln. Ich bin der erste. Ich fange also an und habe das Gefühl, in eine offene Stimmung hineinzusprechen. Mein Problem in dieser Situation ist, dass ich mich kaum daran erinnern kann, was ich genau gesagt habe. Einige Anmerkungen waren spannend: Die Psychologin, Jenny, fragt mich, ob ich denn bereit sei, mich voll und bei allen Aktivitäten auch als Mensch einzubringen? Diese Frage überrascht mich etwas, aber ich beantworte sie positiv.

Und sage: »Ich habe nicht vor, in der Ecke zu sitzen und geheimnisvolle Notizen in eine Kladde zu machen.«

Ich habe hier – ohne es zunächst zu bemerken – den Ausdruck des Klinikleiters beim Vorgespräch übernommen, der mich fragte, ob ich in der Ecke sitzen würde. Diese Antwort führt zu allgemeinem Lachen. Die bürokratischen Hürden werden erwähnt. Alle empfehlen mir, doch noch kurz bei Frau Schwarz vorbeizuschauen und nachzufragen. Meine kurze Bemerkung, dass ich meinen Impfpass dabei habe, führt auch zu kurzen Lachern und der Klage, dass ein Impfausweis nicht ausreiche, sondern dass ich einen Titer nachweisen müsste. Empörung ob dieser bürokratischen Schwierigkeiten brandet auf und wieder ab.

Moritz meint: »Das hat ja dann auch was Gutes, wenn es schwierig ist mit der Bürokratie. Dann ist es hier umso angenehmer.« (Lachen). Eine Pflegerin wirft ein: »Ja, wir sind die Tollen«, und Anna, die Genesungsbegleiterin, merkt an: »Meinst du?« Moritz rügt kurz: »So solltest du das nicht sagen!«, woraufhin Jenny schmunzelt: »Ja, das soll sie ja selbst herausfinden!« (FN I; 13.12.2012)

Mein erster Tag in einer der beiden Kliniken, in der ich teilnehmend beobachtete, begann freundlich und humorvoll. In dieser ersten Vorstellungsrunde im Team klingen einige Aspekte der Methode *Teilnehmende Beobachtung* an, die ich teils in diesem und teils in Kapitel 3.1 ausdifferenziere: Da ist die »geistige Nähe« (Boyer 2008, Übersetzung CS) zu einem sozialpsychiatrischen Untersuchungskontext. Da ist die doppelte Intention, mit der ich als Teilnehmende Beobachterin am Alltag

teilnehme – immer im Versuch, zugleich zu beobachten und teilzunehmen (Spradley 1980, Cohn 2014).³¹ Die Ängste der Forscherin vor dem Feld, die ich in Kapitel 2.2 erwähnt habe, tauchen auch auf, ebenso wie die Beschäftigung mit bürokratischen Hürden und die Frage nach dem Ausmaß des Involviertseins in Aktivitäten des Feldes (u.a. Lindner 1981, Emerson, Fretz und Shaw 2011; Sillitoe 2012). Nicht zuletzt drängt sich schon bei diesem ersten »Feldzugang« (Wolff 2008) die Frage nach der (Re-)Konstruktion flüchtiger sozialer Situationen in Notizen aus Teilnehmenden Beobachtungen auf. Zwar strukturiert die metatheoretische und methodologische Auseinandersetzung (die Dyade aus Praxistheorie und Ko-laboration) die Wahl der Techniken, die zur Anwendung kommen, allerdings ist die Forschungspraxis nicht deduktiv aus der Methodologie ableitbar (Bohnsack 1999, 194). Denn umgekehrt strukturiert auch das Feld die Methoden. In diesem Sinn ist das folgende Kapitel eine Rekonstruktion der Praxis empirischer Methoden und des Forschungsablaufs – eben ein Wechselspiel zwischen »empiriegeladenen Theorien und erfindungsreicher Praxis« (Hirschauer 2008a).

Ablauf und Methoden der Feldforschung

Von Teilnehmender Beobachtung zu negotiated interactive observation

Seit sich mit Bronislaw Malinowski (2001, 2003) die *Teilnehmende Beobachtung* zum »Königsweg« (Kaschuba 2003) der Feldforschung entwickelt hat, ist dieser Standard kaum aus ethnografischen Ansätzen wegzudenken (u.a. Wind 2008; Maanen 2011). Ich habe Teilnehmende Beobachtungen für diese Arbeit in zwei verschiedenen psychiatrischen Kliniken, einer in Berlin (2015) und einer in Brandenburg (2013) unternommen (weitere Ausführungen zum Zusammenhang zwischen Teilnehmenden Beobachtungen und »Erfahrung als Methode« siehe Kapitel 3.1, S.87). Beide Kliniken beschäftigen Genesungsbegleiter. Darüber hinaus vollzog ich während des Dissertationszeitraums innerhalb meiner Wissenschaftlichen Mitarbeit im Projekt *PsychCare* Teilnehmende Beobachtungen in verschiedenen Psychiatrischen Kliniken. Diese haben einen anderen Untersuchungsfokus und sind keine empirische Grundlage der Dissertationsschrift. Allerdings spielen sie implizit sicherlich auch mit in meine Thesen und Ausarbeitungen hinein.

31 Ein interessanter Nebenaspekt ist meiner Ansicht nach, dass sich das spezifische »Erinnern« nach einer Teilnehmenden Beobachtung als mnemotechnische Praxis in meinem Fall immer etwas einpendeln muss, sodass ich nach ungefähr zwei Wochen »geübt« darin war, mich im Nachhinein – am Schreibtisch – an lange Stunden im Feld zu erinnern. Nicht nur, weil allgemeine Beschreibungen von Räumen, Personen usw. am Anfang mehr Raum einnahmen, sondern auch, weil ich immer erst einen gewissen Erinnerungspfad einüben musste. Feldnotizen scheinen nicht die einzige Gedächtnisstütze zu sein (Breidenstein et al. 2013, 87), sondern auch »persönliche Varianten« im Umgang mit der Flüchtigkeit sozialer Ereignisse helfen dabei, sich zu erinnern.

Allerdings bringt der Terminus *Teilnehmende Beobachtung* im Kontext einer Forschung in psychiatrischen Kliniken einige nicht nur zweifelhafte, sondern extrem problematische Implikationen mit sich. Unter anderem stellt sich die Frage, ob es sich nicht vielmehr um ein Oxymoron handelt, da eine *Teilnahme* im Krankenhaus – insbesondere, wenn die forschende Person sich unter die Patientinnen mischt – letztlich unmöglich bleibt und im Fall einer psychiatrischen Klinik in Abwesenheit einer Diagnose und/oder eines äquivalenten Leidensdrucks auch völlig außer Frage steht. Es gibt fachgeschichtlich einige obskure Versuche zu dieser Frage, zum Beispiel das sogenannte »Rosenhan Experiment« (Rosenhan 1973), das acht Forscher umfasste, die sich als Undercover-Patientinnen in psychiatrischen Einrichtungen aufhielten – und am Ende mit dem Problem zu kämpfen hatten, das Personal davon zu überzeugen, dass sie nicht »verrückt« seien (Rosenhan 1973; van der Geest und Finkler 2004). Solche Vorgehensweisen sind nicht vertretbar, da sie eine Verschleierung der eigenen Absichten voraussetzen – und sie sind heute glücklicherweise ohnehin nach den Richtlinien der *American Anthropological Association* (AAA) und denen der *Association of Social Anthropologists* (ASA) nicht zulässig (Code of Ethics of the American Anthropological Association 1998; ASA Code of Ethics 2011).

Den ersten empirischen Materialblock dieser Arbeit bilden Feldnotizen aus Teilnehmenden Beobachtungen in zwei verschiedenen Kliniken. Über zwei Zeiträume, einmal zweieinhalb Monate im Jahr 2013 und einmal dreieinhalb Monate im Jahr 2015, habe ich jeweils einen Genesungsbegleiter während der gesamten Arbeitszeit (20 Wochenstunden) begleitet; teilweise blieb ich auch danach noch in der Klinik und begleitete andere Personen wie Ärzte oder Pflegende. Die erste Feldforschung fand in einer Psychiatrischen Tagesklinik statt, die ich hier TK5 nenne, die zweite in einer psychiatrischen Akutstation, der Station 20. Die Genesungsbegleiterinnen stellten mich den Patientinnen und Mitarbeiterinnen meist als »Schatten« (FN II; 28.05.2015) vor. Bei einem Gespräch in einer der Pflegedirektionen wurde ich beispielsweise folgendermaßen begrüßt:

»Ah! Sie sind der Schatten.« Die Genesungsbegleiterin verschwindet auf der Toilette und die Witze gehen los: »Wie? Und der Schatten muss nicht mit auf das Klo?« Alle lachen. (FN II; 28.05.2015)

Die pragmatische Angliederung an die Seite der Genesungsbegleiterinnen entwickelte sich aus dem Fokus meiner Fragestellung, die sich auf das Zusammenspiel zwischen Hervorbringung und Anerkennung beim Inkrafttreten der Erfahrungsexpertise von Genesungsbegleitern bezog. Ebenso war sie ein Ergebnis der praktischen Voraussetzung für eine Anwesenheit in psychiatrischen Kliniken sowie von Überlegungen dazu, dass für Patientinnen klar sein muss, dass Genesungsbegleiterinnen im Fokus meiner Forschung stehen. Allerdings gehe ich nicht davon aus, dass ich durch diese Assoziierung an die Genesungsbegleiter einen »native's point

of view« (Geertz 1974), also in diesem Fall die Perspektive eines Genesungsbegleiters, jemals einnehmen könnte. Michael Parker fasste diese Schwierigkeit im Anschluss an den Medizinanthropologen Arthur Kleinman folgendermaßen zusammen:

The ethnographer, no matter how successful she is in participant observation, either is or becomes an outsider – even if she begins as an indigenous member of the community she studies. She feels the tug of local obligations and the push of local practise, but for all of that she is never so completely absorbed by what is most at stake for community members that their world of experience is entirely hers. (Parker 2012, 142)

Zugleich lag mein Fokus nicht auf der Rolle der Genesungsbegleiter, sondern auf Praktiken, mit denen Erfahrungsexpertise eingebracht wird; insofern ist die Angliederung nicht als inhaltliche Festlegung misszuverstehen. Die Kulturanthropologin Gitte Wind schlug vor, die für Krankenhausethnografien typische Assoziierung mit einer von drei möglichen Rollen (vgl. van der Geest und Finkler 2004) – der Patientin, der Besucherin oder der Angestellten – ad acta zu legen und stattdessen »den Forscher zu machen« (Wind 2008, 83, Übersetzung CS). In diesem Sinne habe ich mich zwar forschungspraktisch an den Genesungsbegleiterinnen orientiert, Fokus waren dennoch immer Praktiken und eine Perspektive, die nicht darauf ausgerichtet ist, die forschende Person zu einem Teil der ›Anderen‹ werden zu lassen. Wind entwickelte in diesem Zusammenhang den Begriff der *negotiated interactive observation*, um ein Klischee der Teilnehmenden Beobachtung zu überwinden und zu einer Form der Feldforschung zu gelangen, bei der nicht davon ausgegangen wird, dass man Teil der ›Anderen‹ werden könnte und stattdessen das Verhandeln der Forscherinnenposition stärker in den Fokus rückt:

We need to be explicit about how we negotiate our way into the field. The concept of negotiated interactive observation forces us to reflect upon and openly discuss how we do this. How and with whom did we (not) interact and form relationships? (Wind 2008, 87)

Sicherlich sind Ansätze, die Verhandlungen offen legen, nicht per se weniger problematisch, wie Michael Parker in seinem Artikel zu empirischer Ethik problematisierte: »that what is under negotiation [...] will be shaped by the how of negotiation [...] and vice versa.« (Parker 2007, 2253.) Ohne diese Bemerkung infrage stellen zu wollen, halte ich es dennoch für sinnvoll, den Versuch zu unternehmen – und damit Gitte Winds Aufruf zu folgen –, den Weg ins Feld und mein Forschen im Feld möglichst offen zu plausibilisieren und von *negotiated interactive observation* zu sprechen.

Meine Pausen und Zwischenzeiten habe ich häufig im Schwestern- oder Teamzimmer zugebracht, aber auch in den Aufenthaltszimmern der Patienten oder auf

den Fluren. Meinen Tagesablauf habe ich vor allem an dem der von mir ›beschatteten‹ Genesungsbegleiterinnen ausgerichtet. Diese enge Zusammenarbeit war in beiden Fällen für mich beeindruckend und lehrreich. Obwohl die Initiative für diese *negotiated interactive observation* von mir ausging und insbesondere ich es war, die von der gemeinsam verbrachten Zeit profitiert hat, genoss ich auch positive Rückmeldungen zu meiner Anwesenheit: »Wir haben uns nicht unangenehm beobachtet, sondern angenehm bereichert gefühlt« (FN I; 21.02.2013) stand auf der Abschiedskarte, die ich nach meinem Aufenthalt in der TK 5 geschenkt bekam. Diese für mich als Anthropologin ungewohnte Anerkennung (schließlich ist klassischerweise eher das kontinuierliche Gefühl, fehl am Platz zu sein, die Regel) machte die Aufenthalte in den Kliniken sehr angenehm.³² In der Zusammenarbeit mit den Genesungsbegleitern ist allerdings auch die Herausforderung zu sehen, dass hier Allianzen oder eine »entente cordiale« (Boyer 2008, 42) entstehen können, die zugleich auch Einschränkungen mit sich bringen – zum Beispiel in der höflichen Unterlassung bestimmter Fragen (ebd.).

Zugleich habe ich versucht, »duplicitious ›friend-like‹ behaviour« (Hoeyer, Dahlager und Lynøe 2005, 1745) gegenüber den Genesungsbegleiterinnen zu vermeiden – zum Beispiel, indem ich täglich erste theoretische Ansätze in die Begleitung eingebracht und versucht habe, meine Position als Forscherin kontinuierlich zu aktualisieren (Hirschauer 2001).

Um die Anonymität der Genesungsbegleiter so gut wie möglich zu schützen, habe ich mich dazu entschlossen, die an dieser Forschung hauptsächlich beteiligten Personen zu einer fiktiven *ethnografischen persona* zu verschmelzen. Damit mache ich zunächst etwas Kontra-Intuitives, denn Genesungsbegleitung als »Berufsgruppe der subjektiven Seite« (EI 12; 02.03.2017) wird im Spezialdiskurs um diesen (Kapitel 2.1.2/S.38) dezidiert an individuelle Personen geknüpft. Es ist jedoch genau mein Anliegen überindividuelle Aspekte herauszuarbeiten und die enge Verknüpfung zwischen einer individuellen Person und ihrer Erfahrung zu erweitern. Zudem – und dies war der ursprüngliche Ausgangspunkt für diese Idee – schützt dieses Verfahren die Anonymität der Genesungsbegleiterinnen besser, denn sonst wäre möglicherweise für Personen, die mit dem Feld vertraut sind, nachvollziehbar, um wen es sich handelt. Das heißt, ich beziehe *persona* nicht auf mich als Forscherin (mein Auftauchen im Feld, Unterschiede zwischen meinem Verhalten dort und in ›privatem‹ Umfeld), wie es in manchen Ethnografien geschieht (u.a. Hine 2015). Auch folge ich nicht der Idee einer »thick persona« (Jacobs, Dreessen und Pierson 2008), die in Design- und Innovationsforschungen dabei helfen soll, eine Zielgruppe und deren mögliches Nutzungsverhalten mithilfe dichter Beschreibung

32 Vgl. u.a. John Law: »[...] the ethnographer is always inscribed in a place where she does not properly belong. She is always a stranger, partly foreign.« (Law 1994, 147)

effektiver darzustellen. Es geht mir vielmehr um die die Zusammenführung meines empirischen Materials in der Konstruktion einer möglichen Genesungsbegleiterin, die ich Anna nenne – ein weiblicher Name, da die große Mehrheit meiner Informanten sich als Frauen identifiziert haben.³³ Die fiktive Genesungsbegleiterin Anna beherbergt dadurch immer wieder auch widersprüchliche Beispiele und Aussagen in einer Person.

Wie u.a. John von Maanen ausführte, ist es in Bezug auf das Gefühl, »teilweise fremd« (Law 1994, 174; Übersetzung CS) zu sein, nicht hilfreich, dass die Arbeitsroutinen von Feldforschenden – zum Beispiel seltsame Fragen stellen, herumsitzen, schreiben, Kaffee trinken – eher unüblich für die meisten Forschungsfelder sind und nicht den Anschein akademischer Forschung haben (Maanen 2011). In beiden psychiatrischen Kliniken stand die Langsamkeit, die mein ethnografisches Arbeiten erforderte, häufig in starkem Kontrast zur Krankenhaushektik. Dennoch erlebte ich kaum offene Bewertungen meines ungewöhnlichen Tuns – ganz im Gegensatz zu anderen Ethnografinnen, die in Krankenhäusern forschen, wie es beispielsweise Gitta Wind für die Forschung in einem auf Rheuma spezialisierten Krankenhaus beschrieb (Wind 2008). Herumsitzen ist bei weitem nicht die ungewöhnlichste Tätigkeit in einer psychiatrischen Tagesklinik oder auf einer psychiatrischen Akutstation. Manchmal wurde ich auch zur Teilnehmerin an der Krankenhaushektik, wie folgende Notiz aus meinem Forschungstagebuch aus der Station 20 illustriert:

Ich stehe im Flur, und plötzlich bricht Hektik aus. Ein mir unbekannter Arzt kommt mit einem Neuankömmling und zwei Polizisten zur Tür herein. Der Arzt gibt kurz ein paar Schlagworte an Saskia, eine Pflegerin: Drogeninduzierte Psychose, ist aufgegriffen worden, und die Polizisten konnten ihn nicht einordnen. Der Stationsarzt, Herr Heck, kommt herein und ein anderer Pfleger, Martin, sagt: »Da bist du ja.« Der Arzt, der gemeinsam mit den Polizisten hereinkam, wiederholt seine Schlagworte im Eiltempo. Herr Heck fragt: »Und wie lange ist er schon in der Psychose? Kann er das sagen?« Der andere Arzt antwortet: »Das kann ich nicht genau sagen. Ich weiß nur, dass er hier sein will.«

Der zukünftige Patient steht völlig ruhig zwischen den beiden Polizisten vor dem Schwesternzimmer. Sie scheinen unsicher, wie man sich verhalten soll. Frau Mayer, eine Patientin, quatscht sie ein bisschen von der Seite an. Martin kommt zu mir und fragt mich, ob ich schnell in Zimmer Nummer 15 am Ende des Ganges nachschauen könnte, ob ein Bett frei ist. Ich nicke, und plötzlich bin ich Teil dieses Auflaufs. Ich frage nach seinem Schlüssel. Er gibt ihn mir. Ich jogge vor und fühle mich

33 Auf geschlechterspezifische Aspekte dieser neuen Profession kann ich in dieser Dissertation, obwohl ich mir bewusst bin, dass hier einige offene Fragen und naheliegende Diskussionen lauern, nicht eingehen.

ganz mitgerissen von der hektischen Stimmung. Dieser ganze Vorgang hat vielleicht drei bis fünf Minuten gedauert. Plötzlich laufe ich auch so schnell über den Gang wie die anderen, ohne nach rechts und links zu schauen. (FN II; 30.04. 2015)

Die Kontakte mit Patienten waren sehr unterschiedlich. Manche wollten mit mir nichts zu tun haben, und wir vermieden es, uns zu begegnen bzw. es war klar, dass ich mich zurückziehen würde, wenn es zu Interaktionen zwischen ihnen und den Genesungsbegleiterinnen kommen würde. Vor jedem Einzelgespräch schätzten wir – Anna und ich – gemeinsam (in beiden Kliniken und auch in allen anderen empirischen Situationen, zum Beispiel Gruppentherapien mit Genesungsbegleitern außerhalb von Kliniken) die Situation ein und entschieden, ob ich mich überhaupt vorstellen sollte, um die Erlaubnis zur Teilnahme am Gespräch zu erbitten, oder nicht. Das heißt auch, dass es Personen gab, bei denen ich an einem Tag anwesend sein konnte und am nächsten Tag nicht. In anderen Fällen luden mich Nutzerinnen bei den Gesprächen explizit ein, und es entwickelten sich über den Zeitraum unterschiedlich intensive Bindungen, da ich mit einzelnen Beteiligten auch ohne Genesungsbegleiter Zeit verbrachte. Beispielsweise begleitete ich einige Patientinnen häufiger in den Hof oder zum Kiosk um die Ecke (wenn niemand anders Zeit dafür hatte) oder zu anderen Stationen in den Kliniken, um somatische Probleme abzuklären (zum Beispiel zum Zahnarzt oder dem Kniespezialisten). Aber auch in den Fällen, in denen ich beim Gespräch willkommen war, war für alle Beteiligten das therapeutische Ziel immer vorrangig. Das Einverständnis der Patientinnen war also ein kontinuierlicher Aushandlungsprozess. Über *Informed Consent* und die Gestaltung des Forschungskontakts bzw. die Beziehung zwischen Forschern und der schutzbedürftigen Gruppe von Patienten in psychiatrischen Kliniken bei teilnehmender Beobachtung wird zu Recht eine intensive Debatte geführt, die unter anderem eng verknüpft ist mit den Reibungspunkten anthropologischer und medizinischer Traditionen von Forschungsethik, aber auch mit den Grenzen der Forschungsmethoden qualitativer Sozialforschung – auf beides werde ich noch ab S. 75 eingehen (u.a. Hoeyer, Dahlager und Lynøe 2005; Pols 2005).

Auch der Kontakt mit Pflegekräften, Ärzten, Psychologen und Sozialarbeiter fiel sehr unterschiedlich aus. Es ergaben sich einerseits alltägliche Gespräche, vor allem mit den Pflegekräften. Zweifelloso begegneten mir auch hier einige mit offenem Misstrauen oder Abwehr. Insgesamt jedoch war – vor allem in der TK5 – das Interesse an meiner Arbeit groß. Kontakt zu Ärzten und Psychologen war punktueller und fand zum Beispiel beim Mittagessen oder in geplanten Interviews statt, alltägliche kurze Gespräche gab es hier weniger. Dies ergab sich unter anderem durch die architektonisch-räumlichen Bedingungen – schließlich verbrachte ich meine Zwischenzeiten zumeist in den Aufenthaltsräumen der Patientinnen und der Pflegerinnen, nicht in den Büros der Psychologinnen und Ärztinnen. Als »Schatten« fungierte ich jedoch nur bei den Genesungsbegleiterinnen.

In einem sensiblen Feld wie diesem versteht sich von selbst, dass die Forschung bei Bedarf zurückstehen muss und die Bedürfnisse der Patienten sowie der Mitarbeiter Vorrang haben. Diese Prämisse führte dazu, dass ich eine ganze Reihe an Tätigkeiten übernahm. Die bereits genannte Begleitung von Patientinnen, kleine alltägliche Hilfstätigkeiten wie das Ausräumen der Spülmaschine oder das Bettenmachen, Unterstützung bei der Ausformulierung der Dokumentation am Computer bis hin zur Teilnahme an den sogenannten Behandlungskonferenzen, in denen ich als Mitglied des Teams auftrat, waren alle Teil meines Daseins. Von medizinischen Tätigkeiten im engeren Sinne blieb ich natürlich ausgeschlossen, wobei ich durchaus auch in die Medikamentenvergabe integriert wurde, indem ich beispielsweise die Becher mit Wasser anreichte.

Während der gesamten Zeit hatte ich ein Namensschild, das mich als Mitarbeiterin auswies und somit von den Patientinnen abgrenzte. Im Fall der TK5 stand auf diesem Schild: »Praktikantin«, was dem administrativen Wortgebrauch für mein Tun, der »forschende Praktikantin« lautete, entsprach. Diese formale Festlegung als Praktikantin hatte für die Krankenhäuser sicherlich vor allem einen juristischen Hintergrund, der unter anderem damit zusammenhängt, dass es für Praktikanten keinen Mindestlohn gibt – und die Klinik auf diese Weise finanzielle Verpflichtungen ausschloss. Mit beiden Kliniken habe ich einen Praktikumsvertrag vereinbart, in dem ich auch meine Verschwiegenheit sowie die Anonymität der Patienten zusicherte. Auf der Station 20 war auf meinem Namensschild »Doktorandin« zu lesen, was gelegentlich zu Verwirrung über meine Kompetenzen führte; schließlich liegt es bei dieser Beschreibung nahe, dass ich Auskunft zur Medikamenten geben könnte. Eine weitere Besonderheit auf der Station 20 war die Tatsache, dass ich keine Schlüsselkarte hatte und es sich um eine geschlossene Station handelte – so klingelte ich jeden Morgen, um eingelassen zu werden, musste für jeden Toilettengang jemanden bitten, mich heraus- und wieder hereinzulassen und konnte auch Patientinnen oder Besucherinnen die Tür nicht öffnen:

Immer wieder kommen Patienten an die Tür des Schwesternzimmers, die telefonieren oder raus aus der Station wollen. Ich reagiere etwas hilflos mit der Antwort, dass ich leider keinen Schlüssel habe und wir einen Pfleger fragen müssen. Ein Mann steht einfach neben mir im Schwesternzimmer, in das er eigentlich nicht hineindarf, und möchte hinaus. Ich antworte, dass ich ihn leider nicht rauslassen kann. »Wieso?« Ich antworte: »Weil ich keinen Schlüssel habe.« – »Warum?« Glücklicherweise kommt wieder ein Pfleger, den ich bitten kann, irgendwie darauf zu reagieren. (FN II; 16.04.2015)

Zugleich bemühte ich mich regelmäßig (und natürlich immer dann, wenn ich neuen Personen begegnete), mich vorzustellen und mich damit fortwährend als Forscherin zu positionieren.

Hintergrund beider Forschungsaufenthalte war eine bereits am Institut für Europäische Ethnologie bestehende Ko-laboration mit Akteuren aus der psychiatrischen Forschung, die an einer Zusammenarbeit interessiert waren. Auf die Kontakte aus diesem Netzwerk konnte ich zurückgreifen, um die erste Teilnehmende Beobachtung umzusetzen und dann in der zweiten von einem Psychiater, Sebastian von Peter, der eine wichtige Funktion für diese Forschung einnahm unterstützt zu werden. Ohne diese bereits bestehenden Kontakte wäre eine Forschung in diesem sensiblen Umfeld schwer möglich gewesen. In beiden Kliniken stellte ich mich sowohl der Klinikleitung als auch den Genesungsbegleiterinnen, deren Zustimmung natürlich Voraussetzung war, vorab vor. In beiden Kliniken standen und stehen die Verantwortlichen der Idee von Genesungsbegleitung – zumindest auf offizieller Linie – positiv gegenüber.

Zugleich waren die Arbeitsbedingungen für die Genesungsbegleiter in dem jeweiligen Klinikumfeld sehr unterschiedlich. Mein erster Forschungsaufenthalt war in einer Tagesklinik, der TK5, angesiedelt. In einer Tagesklinik werden Patientinnen oder Klientinnen tagsüber therapeutisch versorgt. Sie übernachten zuhause, die Tür ist offen und der Tagesablauf ist besonders auf ein (Wieder-)Erlernen von Alltagstätigkeiten ausgerichtet. Einkaufen, Kochen, Ausflüge zu möglichen zukünftigen Arbeitsplätzen gehören ebenso dazu wie Gruppentherapie und Behandlungskonferenzen. Die TK5 ist ein eigenständiges Gebäude auf einem Klinikareal. Hier werden vor allem Nutzerinnen behandelt, die aus einer Akutstation kommen oder sich zeitweilig in die TK5 zurückziehen. Die Genesungsbegleiter dort waren in einem regulären tariflichen Arbeitsverhältnis als Teil des in der Regel neunköpfigen Teams beschäftigt. Sie leiteten Gruppenangebote wie beispielsweise eine Schreibgruppe oder eine Patienten-Angehörigen-Gruppe genauso selbstverständlich wie die sogenannten Behandlungskonferenzen (BKs).

Das Modell der Behandlungskonferenz, wie sie in der TK5 umgesetzt wurde, umfasst eine wöchentliche reflektierende und koordinierte multiprofessionelle Gesprächsrunde mit den Patientinnen und soll die herkömmliche Oberarztvisite ersetzen. Sie wurde erstmals am Klinikum für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf erprobt (Aderhold, Gottwalz-Itten und Haßlöwer 2010). Die TK5 vertritt einen dialogischen Ansatz (gleichberechtigte Zusammenarbeit von Nutzern, Angehörigen und Professionellen; siehe Kapitel 2.1.1/S.29) und versucht, unter anderem durch einen dialogischen Beirat, dieses sozialpsychiatrische Ideal zu verwirklichen. In der TK5 gibt es ungefähr 20 Behandlungsplätze – de facto sind jedoch meist mehr Patienten anwesend, um die Zeiten der Unterbelegung statistisch auszugleichen, da sonst Personalkürzungen drohen würden.

Auf der Station 20 hingegen, dem anderen Ort meiner *negotiated interactive observation*, einer allgemeinspsychiatrischen Akutstation in einem Krankenhaus, war eine Genesungsbegleiterin (wie auch weitere Genesungsbegleiterinnen auf ande-

ren Stationen) als Honorarkraft eingestellt. Innerhalb der Station 20 sind die Aufgaben für die Genesungsbegleitung sehr viel Team-unabhängiger. Sie umfassen die Leitung von therapeutischen Gruppen, aber auch viele Einzelgespräche. Die Station 20 als Akutstation in einem Krankenhaus erstreckt sich über einen langen Flur. Die Stationstüren sind geschlossen und es gibt die klassische Glaskanzel³⁴ am Ende des Flurs ebenso wie ein Schwesternzimmer mit kleinem Fenster zu dem daneben-gelegenen, sogenannten Isolierzimmer. Auf der Station gibt es maximal 26 Plätze, verteilt auf Zwei- und Dreibettzimmer. Die genaue Anzahl an Mitarbeitern konnte ich nicht ermitteln (auf eine Nachfrage beim Personal habe ich auch keine genaue Antwort erhalten und ich habe es versäumt diese Nachfrage an anderer Stelle zu wiederholen), da der Einsatz von Springerinnen, verschiedenen Praktikantinnen aus Psychologie, Medizin und Pflege, ebenso wie der Wechsel von Pflegekräften als Springer zwischen den Stationen zu einer unübersichtlichen Lage führten und ich wenig bis keinen Kontakt zu Krankenhausadministration hatte.

Während der *negotiated interactive observation* in beiden Kliniken habe ich Feedbacks in verschiedenen Formaten durchgeführt. Mehrere Vorstellungen meines Projekts vor dem Team – zu Beginn das Vorhaben, in der Mitte mit ersten Ergebnissen und am Schluss mit weiteren Ergebnissen – als auch in einer eigenen Diskussionsgruppe mit Nutzern, waren Teil meines Versuchs, in gemeinsame epistemische Arbeit einzusteigen. Die Betonung liegt auf Versuch, da das Interesse und vor allem auch die Kapazitäten sehr unterschiedlich ausgeprägt waren – einiges daran kann ich als gelungen betrachten, anderes erwies sich als wenig produktiv. Teilweise wurden die Feedback-Runden, zum Beispiel die Abschlussdiskussion in der Station 20, aus terminlichen Gründen auch so lange verschoben, dass sie gar nicht mehr stattfinden konnten.

Trialogische Fokusgruppe, Expertinneninterviews und eine ›lose Blattsammlung‹ analysieren

Der zweite Block an empirischem Material, auf den ich mich in dieser Arbeit beziehe, kommt einer temporären ko-laborativen Zusammenarbeit näher und ist eine trialogische Fokusgruppe, in der wir »Rolle und Kompetenzen« von Genesungsbegleiterinnen diskutierten. Initiiert und ermöglicht durch Sebastian von Peter, wurden Thesen aus meiner Master-Arbeit³⁵ in einer Fokusgruppe diskutiert, die sich aus acht Teilnehmern mit unterschiedlichen Funktionen und Hintergründen

34 In diesem Fall war die Glaskanzel ein abgeschlossener kleiner Raum mit Glasfenstern zum Flur hin, sodass die innen sitzende Mitarbeiterin nach außen blicken kann ohne in direktem Kontakt zu stehen.

35 In dieser habe ich mich bereits mit dem aufkommenden Berufsfeld Genesungsbegleitung beschäftigt (Schmid 2013).

zusammensetzte (drei Teilnehmer hatten Erfahrung mit eigenen psychischen Krisen, eine Teilnehmer war Angehörige einer Person mit Psychiatrieerfahrung; daneben nahmen zwei Psychologen, ein Psychiater und ich an den Gruppentreffen teil). Über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr (ab Januar 2016) traf sich die Gruppe insgesamt viermal. Die Teilnehmerinnen mit Erfahrung waren alle als Genesungsbegleiterinnen in stationärer, aber auch komplementärer Versorgung tätig. Im Anschluss habe ich (und teilweise meine studentische Hilfskraft Sara Bartz) das Diskussionsmaterial transkribiert, und dieses wurde in drei Kleingruppen gemeinsam interpretiert. Das heißt, jeweils eine Person, die empirisch-qualitative Auswertungsmethoden bereits erlernt hatte (neben mir selbst noch die beiden Psychologinnen und der Psychiater) und eine mit Psychiatrieerfahrung beschäftigten sich gemeinsam mit der Diskussionstranskription und analysierten diese, indem einzelnen Passagen thematisch codiert wurden (sowohl händisch als auch mithilfe der Software MAXQDA). Entlang der Mayring'schen qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2008) wurden Codes wie beispielsweise »körperliche Nähe« zunächst in einem Zweierteam entwickelt, dann beschrieben und in der Gesamtgruppe diskutiert, um in einem zweiten Schritt von den anderen beiden Zweierteams angewendet zu werden. Mit diesem »multiple coding«-Ansatz (Bergold 2012) versuchten wir alle beteiligten Personen und damit verschiedene disziplinäre Perspektiven einzubeziehen und insbesondere die Fragestellungen der Genesungsbegleiter (die nur teilweise einen wissenschaftlichen Ausbildungshintergrund hatten) in die Auswertung einfließen zu lassen.

Die Ergebnisse wurden in den zwei folgenden Sitzungen erneut gemeinsam diskutiert. Aus dieser ko-laborativen Diskussions- und Analysearbeit entstand ein gemeinsam verfasster Artikel über die professionelle Rolle von Genesungsbegleitern und ihre spezifischen Fähigkeiten (Heumann et al. 2018). Insbesondere die Verschriftlichung der Ergebnisse war ein Prozess, bei dem unterschiedliche disziplinäre Konventionen und Prioritäten ebenso wie die unterschiedlichen Positionen und Bedingungen der Teilnehmerinnen deutlich hervortraten. Dieser vom ersten Treffen der Fokusgruppe bis zur Fertigstellung des Artikels etwa eineinhalb Jahre andauernde Prozess ist ein Versuch von geteilter Produktion, geteilter Analyse und geteilter Interpretation empirischen Materials bis hin zu geteilter Verschriftlichung. Bei dieser wiederholten kollektiven Diskussion wurden einige kulturanthropologische Analyse-Ideen verworfen, andere aber auch aufgegriffen. Aspekte, die ich zu Beginn als bedeutend erachtete, wurden für weniger wichtig befunden, und umgekehrt tauchten im Verlauf neue Diskussionsaspekte auf. Die relativ großen Abstände zwischen den Treffen (bis zu sechs Monate) führten einerseits zur distanzierten Neubetrachtung der Themen, andererseits aber auch zu Distanzierungen von eigenen (ehemaligen) Positionen der Teilnehmer. Am dauerhaftesten erwies sich tatsächlich der kollektive Schreibversuch, da hier verschiedene disziplinäre Schreibtraditionen ebenso aufeinandertrafen wie inhaltliche Stand-

punkte – so kreuzte sich die aktivistische Idee, Genesungsbegleitung zu fördern und aus diesem Grund einen Konsens zu finden, so manches Mal mit der Idee von epistemischer Zusammenarbeit, bei der Differenzen in den Standpunkten erhalten bleiben. Für die Umsetzung dieses Formats der Ko-laboration waren nicht nur die Bereitschaft aller Beteiligten zur zeitaufwendigen (und mit Reisen verbundenen) Zusammenarbeit, sondern auch verschiedene infrastrukturelle Voraussetzungen und Ressourcen unabdingbar: Sowohl die Angliederung der Fokusgruppe an psychiatrische Institutionen, die Genesungsbegleiterinnen anstellen, als auch die Möglichkeit, dass drei Beteiligte sich trotz fehlender Zusatzfinanzierungen aufgrund ihrer universitären Anbindungen intensiv mit der Textproduktion beschäftigen konnten, bildeten die Grundlage für die Umsetzung dieser temporären Ko-laboration. In diesem Buch greife ich Aspekte aus dieser Zusammenarbeit auf und betone dennoch meine eigene Perspektive auf diese Diskussionen – diese Dissertation ist im Gegensatz zum entstandenen Artikel (Heumann et al. 2018) nicht multivokal.

Der dritte Materialkörper dieser Feldforschung besteht aus 13 teilstandardisierten Experteninterviews (Helfferich 2009) im Umfang von jeweils einer bis maximal zweieinhalb Stunden mit verschiedenen Akteurinnen rund um Genesungsbegleitung. Die Interviewten besetzten politische Ämter, Forschungs- und oder Leitungspositionen in Kliniken an verschiedenen Standorten in Deutschland. Diese an einem Leitfaden orientierten Interviews habe ich zwischen Oktober 2016 und März 2017 durchgeführt. In ihnen habe ich versucht, zusätzliche Bezüge zu versorgungspolitischen und administrativen Entwicklungen für das Feld Genesungsbegleitung in die Betrachtungen einzubeziehen. Die Mehrheit der Gesprächspartnerinnen waren und sind Genesungsbegleitung gegenüber positiv eingestellt – das entwickelt sich vor allem aus der Prämisse präsente und wichtige Akteure in den aktuellen Entwicklungen um Genesungsbegleitung zu interviewen.

Über den gesamten Zeitraum der Dissertation habe ich Dokumente, Mission Statements und andere Manifestationen der Entwicklungen um Genesungsbegleitung gesammelt und Zeitungstexte sowie andere Erwähnungen von Genesungsbegleitung mit Google Alerts³⁶ verfolgt. Es entstanden auch immer wieder einzelne und von den Kliniken unabhängige Situationen für Teilnehmende Beobachtungen und vereinzelte Gruppen- und Einzel-Interviews, die sich aus meinen Vortragstätigkeiten oder dem Besuch anderer Forschungsgruppen entwickelten.

Das Kennenlernen verschiedener Genesungsbegleiterinnen (durch Vereine und Gruppen) führte auch zu einem gemeinsamen Projektantrag, zu Einladungen in ein Seminar am Institut für Europäische Ethnologie sowie zu meiner Mitgliedschaft im Verein exPEERienced e. V. Dieser Verbund aus vereinzelt Feldnotizen,

36 Google Alert ist eine Möglichkeit, sich über Google benachrichtigen zu lassen, sobald ein bestimmtes Thema im Netz erwähnt wird.

Interview Transkripten und Dokumenten bildet einen eher losen vierten empirischen Materialkörper. Die zeitliche Abfolge, in der die drei primären Materialblöcke entstanden, ist wesentlich. Auf die erste Phase der *negotiated interactive observation*, folgte eine intensive Zeit der theoretischen Auseinandersetzung. Anschließend begann die Arbeit der dialogischen Fokusgruppe, aus deren Diskussionen sich die Veränderungen für erste Hypothesen ergaben. Zeitgleich stieg ich erneut in eine *negotiated interactive observation* ein. Nach einer Phase erster empirischer Auswertung folgten die Experteninterviews als Abschluss der empirischen Datenerhebung.

Diese empirischen Materialblöcke, Feldnotizen, Interviewtranskriptionen³⁷, Transkriptionen der Fokusgruppen³⁸, Mission Statements und andere Dokumente habe ich mithilfe der Software MAXQDA organisiert und bearbeitet. Dabei habe ich mich an der, weit verbreiteten und ursprünglich von Barney Glaser und Anselm Strauss (Glaser und Strauss 1999) entwickelten, *Grounded Theory Method* (GTM) orientiert:

The term refers to both research product and the analytic method of producing it [...] The grounded theory method begins with inductive strategies for collecting and analysing qualitative data for the purpose of middle-range theories. (Charmaz 2008, 397)

Die Geschichte der *Grounded Theory Method* ist lang und konfliktbeladen, von Diskussionen um ihre Umsetzung bis zur Entzweiung der beiden Gründerväter der GTM (Strauss und Corbin 1996; Glaser und Holton 2004). Ich werde hier nicht weiter darauf eingehen. Stattdessen behandle ich sie in dieser Arbeit vor allem als Taktik empirische Material zu kreieren und meine Daten zu organisieren und zu untersuchen, nicht als Weg zu einer objektiven Realität (Charmaz 2008). Auch habe ich mich zwar an den innerhalb der GTM vorgeschlagenen Abläufen verschiedener Modi des Codierens orientiert. Allerdings habe ich zum Großteil alleine, und nicht in einem Team, wie es nach GTM auszuführen wäre, das empirische Material codiert (Strauss und Corbin 1996). Entsprechend begann ich die Analyse des empirischen Materials mit einer Phase des Offenen Codierens, eine zweite Phase der Reduktion des Codebaums und selektiven Codierung folgte darauf. Zeitgleich entwickelte ich mit theoretischen Memos erste Hypothesen und generierte Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Codes. Aus den theoretischen Memos heraus entwickelte ich weiterführenden theoretische Überlegungen und meine Kon-

37 Teilweise wurden Interviews von meiner studentischen Hilfskraft Sarah Bartz transkribiert.

38 Das heißt, neben der oben erwähnten gemeinsamen Analysearbeit in der Gruppe entlang der Mayring'schen Inhaltsanalyse habe ich die empirischen Daten ein zweites Mal alleine ausgewertet.

zepte zu Praktiken des *kanalisierenden* und *erweiternden Reflektierens* (siehe Teil III, S. 135ff.).

Informed consent im Kontext einer Feldforschung in psychiatrischen Kliniken

Gerade die vereinzeltten Feldnotizen aus unterschiedlichen Kontexten und Orten – aber auch die *negotiated interactive observation* in den Kliniken – erzeugen Schwierigkeiten in Bezug auf die Umsetzung medizinisch-ethischer Richtlinien und Regeln in dieser Forschung. Das *sine qua non* ethischer Richtlinien in medizinischer Forschung über und mit Menschen, der *informed consent*, bietet keine ausreichende Antwort auf die Frage nach der ethischen Umsetzung einer Forschung unter den Bedingungen und epistemischen Grundlagen von Feldforschung, wie ich im Folgenden ausführen werde. Zunächst jedoch einige Bemerkungen zum *informed consent* selbst:

It is a key principle of the Nuremberg Code, perhaps the best known of all codes of ethics, drawn up by judges at the end of the Nuremberg Trials in 1946, and of the subsequent Declaration of Helsinki, drawn up by the World Medical Association in 1964 and regularly updated ever since, most recently in 2000. Informed consent has been incorporated in the national legislation in most industrialised countries, and its influence has spread well beyond research in medicine to reach virtually all areas of research on human participants, appearing in the codes of practice of most professional organisations, funding agencies and institutions engaged with such research. (Boulton und Parker 2007, 2187)

Ob ein »informiertes Einverständnis« (meine Übersetzung) zu Forschungen vorliegt, wird in den meisten (biomedizinischen) Ethikrichtlinien über folgende drei Grundprinzipien festgestellt: Erstens müssen den Forschungsteilnehmerinnen alle Informationen, die potenziell entscheidungsrelevant sind, zur Verfügung stehen und verstanden werden. Zweitens muss die Teilnahme freiwillig sein. Drittens muss die Person, die ihr Einverständnis gibt, in der Lage und mündig sein, dieses zu geben (Boulton und Parker 2007). Dass diese Kriterien unterschiedliche Interpretationen geradezu herausfordern, liegt aus kulturanthropologischer Perspektive nahe – und in der Tat ist die Deutung und Ausgestaltung von *informed consent* vor allem in der qualitativen Sozialforschung äußerst strittig. Die Auseinandersetzung führt sowohl zu Forderungen nach einer strikteren Definition als auch zum Wunsch nach deren Lockerung (u.a. ebd.).

Ich habe die Anforderung des *informed consent* (siehe Anhang II) in allen transkribierten Interviews (Einzel- und Gruppeninterviews) in Form einer schriftlichen Erklärung umgesetzt. Innerhalb der Fokusgruppe gab es eine mündliche, aber auf dem Diktiergerät aufgenommene und anschließend transkribierte gemeinsame Einverständniserklärung. In Bezug auf *negotiated interactive observation* treten jedoch Grenzen des *informed consent* hervor, die eng mit dem Ursprung dieses ethischen

Kriteriums und den Anforderungen biomedizinischer Forschung in Zusammenhang stehen: Das im *informed consent* eingebettete biomedizinische sowie methodisch-quantitative Paradigma geht u.a. von deduktiven Fragestellungen und einer daraus folgenden Zukunftsgerichtetheit aus (Strathern 2000). Der ungewisse und offene Charakter qualitativer Forschung macht ein informiertes Einverständnis in dieser biomedizinischen Manier praktisch unmöglich. Bei meinen *negotiated interactive observations* in den Kliniken wie an anderen Orten konnte ich vorab weder genau sagen, welche Personen – wenn auch nur am Rande – Teil dieser Beobachtungen werden, noch die Fragestellung (und daraus folgende Risiken für die Teilnehmenden Personen) so eingrenzen, dass es für einen *informed consent*, wie ein interdisziplinäres Ethikkomitee ihn möglicherweise einfordern könnte, genügt hätte. Außerdem richtet sich *informed consent*, wie Klaus Hoeyer und seine Mitautoren schreiben, auf die Rechte des Individuums und weniger auf Gruppenverpflichtungen und politische Effekte von Forschung (Hoeyer, Dahlager und Lynøe 2005, 1744).³⁹

Einen formalen Ethikantrag beziehungsweise ein interdisziplinäres Ethikkomitee gab es in meinem Fall nicht. Ein hausinternes Ethikgespräch und eine Selbstverpflichtung auf den Verhaltenskodex der *American Anthropological Association* (AAA) gab es; zusätzlich war und bin ich über die vertraglichen Regelungen mit den Kliniken zur Wahrung von Anonymität und zum Schutz der beteiligten Personen verpflichtet. Dennoch scheint mir retrospektiv erstaunlich, dass in Deutschland – dem Land, das mit den nationalsozialistischen Verbrechen Anlass für die *Declaration of Helsinki* und die ursprüngliche Entwicklung des *informed consent* gegeben hat – diese Richtlinie nur wenig in die geisteswissenschaftliche Forschung vorgedrungen ist.

Auch in Frankreich – im Gegensatz zu angloamerikanischen Forschungsständen – scheint der *informed consent* in der Sozial- und Kulturanthropologie wenig verbreitet, wie Didier Fassin schilderte: »[E]thics was considered to be embodied in the anthropologist or sociologist, whose moral integrity and scientific rigor were sufficient guarantee of respect for ethics.« (Fassin 2006, 522.) Wie Fassin in seinen weiteren Ausführungen forderte, würde auch ich dafür plädieren, dass die offensichtliche Lücke mit einem eigenen, neuen Modell ethischer Richtlinien aus den Sozialwissenschaften gefüllt werden muss (Fassin 2006, 524). Die alleinige Idee eines ethisch und moralisch integren Anthropologen, der *informed consent* unnötig

39 Darüber hinaus werden für die Schwierigkeiten des *informed consent* bei qualitativen Arbeiten noch andere Argumente ins Feld geführt, die in meinem Fall jedoch nur eine geringere Rolle gespielt haben. Didier Fassin verwies beispielsweise darauf, dass sich die Grenzen zwischen Forschung und Nicht-Forschung in einer Ethnografie nicht immer deutlich ziehen lassen (Fassin 2006).

macht, scheint überholt, schließt aber an einen Aspekt an, den ich nicht für überholt halte. Ethisches Vorgehen lässt sich in Bezug auf Feldforschung nicht anhand einer einmaligen Entscheidung und formalen Festlegung abhandeln (du Toit 1980; Fassin 2006; Boulton und Parker 2007; Parker 2007; Long, Hunter und Geest 2008). Soziale Beziehungen zwischen Forschenden und Informantinnen verändern sich über den Zeitraum der Forschung, und die Grundsätze müssen immer wieder neu verhandelt werden.