

www.iu.de

IU DISCUSSION

PAPERS

Sozialwissenschaften

Psychische Erkrankung – Neurodiversität – Recovery

JENNIFER WÄGERLE

BESSY ALBRECHT-ROSS

IU Internationale Hochschule

Main Campus: Frankfurt

Juri-Gagarin-Ring 152

99084 Erfurt

Telefon: +49 421.166985.23

Fax: +49 2224.9605.115

Kontakt/Contact: kerstin.janson@iu.org

Autorenkontakt/Contact to the author(s):

Prof.in Dr.in Jennifer Wägerle

ORCID-ID: 0009-0000-1040-3872

IU Internationale Hochschule - Campus Freiburg

Hans-Sachs-Gasse 4

79098 Freiburg

Email: jennifer.waegerle@iu.org

Prof.in Dr.in Bessy Albrecht-Ross

ORCID-ID: 0009-0000-0097-476X

IU Internationale Hochschule – Karlsruhe

Blücherstr. 20

76185 Karlsruhe

E-Mail: bessy.albrecht-ross@iu.org

IU Discussion Papers, Reihe: Sozialwissenschaften, Vol. 6, No. 4 (MÄR 2026)

ISSN: 2750-0675

DOI: <https://doi.org/10.56250/4114>

Website: <https://repository.iu.org>

Psychische Erkrankung – Neurodiversität – Recovery

Konturen eines integrativen Forschungsfeldes für Ausbildung, Praxis und Forschung der Sozialen Arbeit

Jennifer Wägerle

Bessy Albrecht-Ross

ABSTRACT:

Discourses on mental illness, neurodiversity, and recovery have developed largely in parallel over the past decades, even though they share fundamental similarities: criticism of the medical deficit model and recognition of experiential knowledge as a genuine source of insight. This discussion paper argues for a systematic convergence of these three perspectives and outlines the contours of an integrative field of research for social work. In terms of professional theory, it builds on the concept of reflexive professionalism (Dewe & Otto): experiences of mental crisis can be understood as condensed practical knowledge that can be reflexively related to scientific knowledge. The concept of sanism serves as a sensitizing term that makes structural discrimination based on mental difference visible. The relevance of this perspective stems from the specific positioning of social work as an advanced degree program and a female-dominated profession—positions that are intersectionally intertwined with the social gradient of mental stress. The paper develops implications for training, practice, and research in social work.

Die Diskurse zu psychischer Erkrankung, Neurodiversität und Recovery haben sich in den vergangenen Jahrzehnten weitgehend parallel entwickelt, obwohl ihnen grundlegende Gemeinsamkeiten zugrunde liegen: die Kritik am medizinischen Defizitmodell und die Anerkennung von Erfahrungswissen als eigenständiger Erkenntnisquelle. Das vorliegende Diskussionspapier plädiert für eine systematische Zusammenführung dieser drei Perspektiven und skizziert die Konturen eines integrativen Forschungsfeldes für die Soziale Arbeit. Professionstheoretisch knüpft es an das Konzept reflexiver Professionalität (Dewe & Otto) an: Erfahrungen psychischer Krisen lassen sich als verdichtetes Praxiswissen verstehen, das reflexiv auf wissenschaftliches Wissen bezogen werden kann. Der Begriff des Sanismus dient dabei als sensibilisierender Terminus, der strukturelle Diskriminierung aufgrund psychischer Differenz sichtbar macht. Die Relevanz dieser Perspektive ergibt sich aus der spezifischen Positionierung der Sozialen Arbeit als Aufstiegsstudiengang und frauendominiertem Berufsfeld – Positionen, die intersektional mit dem sozialen Gradienten psychischer Belastung verschränkt sind. Das Papier entwickelt Implikationen für Ausbildung, Praxis und Forschung der Sozialen Arbeit.

KEYWORDS:

psychische Erkrankung, Krisenerfahrung, Neurodiversität, Recovery, Reflexive Professionalität, Soziale Arbeit, EX-IN, Erfahrungswissen

AUTOR:INNEN



Dr. Bessy Albrecht-Ross ist Professorin für Soziale Arbeit im dualen Bachelorstudiengang an der IU Internationale Hochschule. Sie hat zu komplex traumatisierten Menschen geforscht und im Sinne der Salutogenese und Eudaimonie die Frage nach dem guten Leben gestellt. Ihre Handlungskonzepte innerhalb der Tätigkeit als Sozialpädagogin waren die des Empowerments, der Resilienz und der Recovery. Sie implementiert EX-IN in Lehre und Forschung und bietet Studierenden praxisnahe Einblicke in aktuelle sozialpsychiatrische Konzepte und Diskurse.



Dr. Jennifer Wägerle ist Professorin für Soziale Arbeit an der IU Internationalen Hochschule mit den Forschungsschwerpunkten Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Existenzsicherung und Geschlechterforschung. In ihren qualitativen Forschungsarbeiten befasst sie sich insbesondere mit Lebenslagen unter prekären und unsicheren Existenzbedingungen, sowie mit Fragen von Handlungsmacht. Sie entwickelt und reflektiert handlungsfeldspezifische Unterstützungskonzepte im Spannungsfeld von sozialer Sicherung, psychosozialer Versorgung und rechtlichen Rahmenbedingungen und bringt diese Perspektiven in Lehre und Forschung.

1. Einleitung: Das Problem der getrennten Diskurse

Studierende und Praktizierende arbeiten professionell mit Menschen in psychischen Krisen und können zugleich selbst psychische Erkrankungen oder neurodivergente Merkmale mitbringen. Diese Schnittstelle zwischen eigener Betroffenheit und professioneller Praxis ist jedoch kaum beleuchtet. In den vergangenen Jahrzehnten haben sich drei Diskurse entwickelt, die jeweils auf ihre Weise das traditionelle (pathologisierende) psychiatrische Paradigma herausfordern: die Neurodiversitätsbewegung, die Recovery-Orientierung und die Anerkennung von Erfahrungswissen in der psychiatrischen Versorgung (EX-IN). Diese Diskurse sind historisch aus unterschiedlichen Kontexten hervorgegangen und werden in der Forschung zumeist getrennt behandelt, obwohl sie zentrale Grundannahmen teilen – insbesondere die Kritik am medizinischen Defizitmodell sowie die Aufwertung subjektiver Erfahrung (Dwyer 2022; Leamy et al. 2011). Die Verbindung von Recovery Education und Neurodiversität ist in der peer-reviewten Literatur bislang nur ansatzweise ausgeleuchtet, wie Norton et al. (2025) hervorheben. Demgegenüber ist die Verknüpfung von Recovery-Orientierung und Erfahrungswissen in der internationalen wie nationalen Literatur zu Peer Support und in EX-IN-Konzepten bereits deutlich profiliert (z.B. Davidson et al. 2012; EX-IN Deutschland, o.J.).

Professionstheoretisch lässt sich die Perspektive mit dem Konzept der reflexiven Professionalität nach Dewe und Otto rahmen. Professionelles Handeln erfordert demnach die Relationierung von Wissenschaftswissen und Handlungswissen – nicht deren unstrukturierte Vermischung, sondern ihre reflexive Inbeziehungsetzung zu einem eigenständigen Professionswissen (Dewe & Otto 2012, S. 205, 213f.). Eigene Krisenerfahrung kann in diesem Rahmen als besonders verdichtete Form von Handlungswissen verstanden werden: implizites, verkörpertes Wissen über Prozesse der Destabilisierung und Restabilisierung (Dewe 2009, S. 52). Die professionalisierungstheoretische Herausforderung besteht dann nicht darin, solches Erfahrungswissen zu eliminieren oder zu pathologisieren, sondern es reflexiv für die stellvertretende Deutung nutzbar zu machen (Dewe & Otto 2018, S. 1207). Der Begriff geht auf Oevermann (1996) zurück, wird bei Dewe und Otto jedoch partizipativ gewendet: nicht als einseitige Expertendeutung, sondern als dialogischer Prozess der gemeinsamen Problemschließung (Dewe & Otto 2018, S. 1207). Diese Relationierung vollzieht sich jedoch nicht im strukturfreien Raum. Die Soziale Arbeit ist als ‚Aufsteigerstudium‘ mit einem Anteil von 60% Studierenden aus nicht-akademischen Familien (Midendorff et al. 2017) und als geschlechtlich segregiertes Berufsfeld mit über 81% Frauenanteil (CHE 2022; vgl. Teubner 2008) durch spezifische strukturelle Positionierungen gekennzeichnet. Diskriminierung aufgrund psychischer Differenz - in der angloamerikanischen Literatur als Sanismus (sanism) theoretisiert (Perlin 2000; Poole et al. 2012) und über das individualpsychologisch konnotierte Stigma-Konzept hinausgehend auf die institutionelle und strukturelle Ebene zielend - wirkt dabei nicht als individuelles Vorurteil, sondern als institutionelle Struktur, die sich mit anderen Ungleichheitsdimensionen verschränkt: mit Klassismus, wie der ausgeprägte soziale Gradient bei psychischen Erkrankungen zeigt (Kersjes 2025), und mit Sexismus, etwa in geschlechtsspezifischen Psychiatrisierungsmustern (Canazei et al. 2018). Eine intersektionale Analyse dieser Verschränkungen erscheint für ein Berufsfeld mit dieser Zusammensetzung daher besonders geboten. Das Konzept des Sanismus kann dabei als sensibilisierender Begriff dienen, der die gemeinsame Stoßrichtung der drei Diskurse markiert: psychische Erkrankungen, Neurodiversität und Recovery stellen je auf ihre Weise sanistische Normalitätskonstruktionen in Frage – auch wenn eine vollständige intersektionale Analyse dieser Verschränkungen den Rahmen des vorliegenden Papiers übersteigt.

Das vorliegende Diskussionspapier verfolgt somit das Ziel, die fragmentierten Diskurse zusammenzuführen und die Konturen eines integrativen Forschungsfeldes zu skizzieren. Die zentrale These lautet: Die systematische Verbindung von psychischer Erkrankung, Neurodiversität und Recovery eröffnet nicht nur neue theoretische Perspektiven, sondern ermöglicht auch konkrete Handlungsempfehlungen für Ausbildung und Praxis der Sozialen Arbeit.

2. Krisenerfahrung in der Sozialen Arbeit

2.1 PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN UND SOZIALE ARBEIT

Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind selbst in besonderem Maße von psychischen Belastungen betroffen. Die Wahrscheinlichkeit, aufgrund von Stress, Burnout oder Depressionen krankgeschrieben zu werden, liegt in dieser Berufsgruppe höher als im Durchschnitt anderer Berufe (Hollederer 2023; DAK-Psychreport 2024).

Aktuelle Gesundheitsreporte weisen auf eine erhöhte Rate psychischer Erkrankungen bei Beschäftigten in sozialen Interaktionsberufen hin (Badura et al. 2021); Längsschnittanalysen der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen zeigen, dass die psychische Erschöpfung bei Fachkräften der Sozialen Arbeit zwischen 2006 und 2018 signifikant angestiegen ist (Bauknecht & Wesselborg 2021). Im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen ist die emotionale Erschöpfung von Sozialarbeiter:innen besonders hoch (Hollederer 2023). Innerhalb der Berufsgruppe zeigen sich dabei differenzierte Belastungsmuster: Jüngere Fachkräfte weisen höhere psychische Erschöpfungswerte auf als ältere, und weibliche Fachkräfte höhere als männliche (Kahl & Bauknecht 2023). Angesichts des in der Einleitung skizzierten hohen Frauenanteils der Profession (über 81%) verweisen diese Befunde auf ein strukturelles Problem: Die für frauendominierte Sorgeberufe charakteristischen Belastungsmuster - hohe emotionale Anforderungen bei gleichzeitig begrenzten Ressourcen und geringer gesellschaftlicher Anerkennung - betreffen in der Sozialen Arbeit die große Mehrheit der Fachkräfte (vgl. Canazei et al. 2018).

Diese Befunde verweisen auf eine doppelte Betroffenheit: Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind nicht nur beruflich belastet, sondern bringen häufig auch biografische Krisenerfahrungen in die Profession mit. Der Schweizer Psychiater Carl Gustav Jung (1951) prägte hierfür den Begriff des *wounded healer* – des verwundeten Heilers – in Anlehnung an den griechischen Mythos des Zentauren Chiron, der durch seine eigene Verwundung zum Meister der Heilkunst wurde. Jung argumentierte, dass Behandelnde, die selbst Leid erfahren haben, besser in der Lage seien, das Leiden ihrer Patient:innen zu verstehen; zugleich wies er darauf hin, dass diese persönliche Geschichte auch Einschränkungen mit sich bringen könne. Dieser Archetyp hat in der Sozialarbeitsliteratur breite Rezeption gefunden (Newcomb et al. 2015, S. 56-58; Straussner et al. 2018, S. 126). Straussner et al. (2018, S. 128-130) bestätigen in ihrer multistaatlichen US-Studie mit über 6.000 Sozialarbeitenden, dass 40% bereits vor Berufseintritt eigene Erfahrungen mit psychischen Problemen, Substanzkonsum oder Trauma mitbrachten. Für den deutschsprachigen Raum fehlen vergleichbare Prävalenzstudien – systematische Forschung hierzu stellt ein Desiderat dar.

Im Sinne des später diskutierten Erfahrungswissens (Kapitel 3) kann davon ausgegangen werden, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit über eine Fülle an Expertise hinsichtlich individueller wie fachlicher Strategien zur Bewältigung eigener und stellvertretend begleiteter Krisen verfügen.

Die Frage, wie Fachkräfte ihr eigenes Gewordensein, ihre Verletzlichkeiten und Bewältigungsgeschichten reflexiv in die professionelle Arbeit einbringen können, bleibt bisher weitgehend unbearbeitet. Dieses biografische Wissen als professionelle Ressource zu erschließen, ist Ziel der folgenden Überlegungen. Im Sinne der in der Einleitung skizzierten reflexiven Professionalität (Dewe & Otto) stellt sich damit die Frage, wie biografisches Krisenwissen – als implizites Handlungswissen – mit wissenschaftlichem Wissen relationiert werden kann, ohne es zu pathologisieren oder zu ignorieren.

2.2 DIE AMBIVALENZ DES ERFAHRUNGSWISSENS

Die Fachliteratur ist sich weitgehend einig, dass eigene Krisenerfahrung sowohl Ressource als auch Risiko darstellen kann (Herriger 2020). Als Ressourcen werden erhöhte Empathie, Authentizität und Hoffnungsvermittlung genannt (Mackay 2023); als Risiken Gegenübertragung, Retraumatisierung und Grenzverwischung (Zerubavel & Wright 2012; Newcomb et al. 2015). Entscheidend ist die Unterscheidung zwischen wounded healers, die ihre aufgearbeiteten Erfahrungen produktiv nutzen, und impaired professionals, deren unbearbeitete Probleme ihre Arbeit beeinträchtigen (Zerubavel & Wright 2012, S. 483). Diese Unterscheidung verbleibt jedoch auf der Ebene individueller Disposition – sie fragt, ob eine Fachkraft ihre Erfahrungen aufgearbeitet hat, nicht, unter welchen institutionellen Bedingungen Offenlegung überhaupt möglich ist. Aktuelle empirische Forschung lenkt den Blick auf genau diese strukturelle Dimension – wobei die Perspektivgebundenheit der Befunde selbst Teil des Problems ist.

Frank, Fromm und Waldkirch (2024) untersuchten in einer qualitativen Studie explizit die Perspektiven von Leitungskräften auf gemeindepsychiatrische Fachkräfte mit eigener Krisen- und Bewältigungserfahrung. Aus dieser hierarchisch situierten Außenperspektive zeigt sich ein komplexes Spannungsfeld: Einerseits wird Eigenerfahrung als Ressource für authentische Begegnung und enthierarchisierte Arbeitsbeziehungen wahrgenommen. Andererseits problematisieren die befragten Leitungskräfte, dass Mitarbeiter:innen mit Eigenerfahrung in ihrer Abgrenzungsfähigkeit eingeschränkt und durch Situationen von Klient:innen getriggert werden könnten (Frank et al. 2024, S. 7).

Diese Befunde sind in doppelter Hinsicht aufschlussreich: Sie dokumentieren nicht nur eine wahrgenommene Ambivalenz, sondern zeigen zugleich, unter welchen Bedingungen Fachkräfte Entscheidungen über die Offenlegung ihrer Erfahrungen treffen müssen. Frank et al. (2024, S. 7) differenzieren dabei zwischen der Offenlegung von Eigenerfahrung gegenüber Leitungskräften und der Einbindung dieser Erfahrungen in die Arbeit mit Klient:innen. Während die Offenlegung an sich von den befragten Leitungskräften nicht als problematisch bewertet wird, beurteilen sie eine prominente Einbindung von Eigenerfahrung in die Klient:innenarbeit ambivalent - insbesondere mit Blick auf Abgrenzungsfähigkeit und professionelle Distanz. Wer antizipiert, dass Vorgesetzte bei krisenerfahrenen Mitarbeitenden vorrangig Risiken und potenzielle Defizite vermuten, wird ein Outing eher vermeiden - unabhängig davon, ob diese Befürchtungen empirisch berechtigt sind. Die defizitorientierte Leitungsperspektive erzeugt

damit genau jene Bedingungen, unter denen Offenlegung zum beruflichen Risiko wird. Die Entscheidung zur Offenlegung, die formal als persönliche Wahl markiert wird (das IWS-Konzept, vgl. Rüschi 2021), ist so in Wirklichkeit an institutionelle Machtverhältnisse und antizipierte Stigmatisierung geknüpft. Dass der produktive Einsatz von Eigenerfahrung in professionellen Kontexten gelingen kann, wenn klare Rahmenbedingungen und reflexive Begleitung gegeben sind, zeigt die psychotherapeutische Forschung zur therapeutischen Selbstoffenbarung (vgl. Alva et al. 2024) - doch über Supervision hinaus existieren kaum institutionalisierte Ansätze zur systematischen Förderung der Einbindung von Erfahrungswissen (Frank et al. 2024, S. 7-8). Es fehlt an sicheren Räumen, in denen Offenlegung ohne Risiko der Pathologisierung möglich wäre.

2.3 VOM INDIVIDUELLEN ZUM STRUKTURELLEN BLICK

Die vorangegangenen Überlegungen verweisen auf ein grundlegendes Problem des Wounded-Healer-Diskurses: Er verhandelt die Frage, ob eigene Krisenerfahrung hilfreich oder hinderlich ist, primär auf der Ebene individueller Bewältigung. Mackay (2023) beschreibt aus autoethnographischer Perspektive, wie Erfahrungswissen in der Sozialen Arbeit strukturell marginalisiert wird: In der Ausbildung werde zur Separierung persönlicher Erfahrungen von der professionellen Identität angehalten, in der Praxis fehle es an institutionalisierten Räumen für die produktive Einbindung von Eigenerfahrung (ebd., S. 1834-1836). Auch wenn diese Beobachtungen nicht ohne weiteres verallgemeinerbar sind, decken sie sich mit den in Kapitel 2.2 analysierten Befunden von Frank et al. (2024) zur institutionellen Logik der Nicht-Offenlegung.

Der Blick muss sich daher von der individuellen auf die strukturelle Ebene verschieben: Es geht nicht primär darum, ob Einzelne ihre Krisenerfahrung „aufgearbeitet“ haben, sondern welche institutionellen Bedingungen die produktive Nutzung von Erfahrungswissen ermöglichen oder verhindern. Hier eröffnet die Verbindung mit dem Recovery- und dem Neurodiversitätsdiskurs neue Perspektiven: Beide haben – auf unterschiedlichen Wegen – systematische Ansätze entwickelt, Erfahrungswissen nicht nur anzuerkennen, sondern institutionell zu verankern.

3. Recovery-Orientierung und Erfahrungsexpertise (EX-IN)

3.1 RECOVERY – BEGRIFFSDEFINITION UND GESCHICHTE

Der Recovery-Begriff hat seine Wurzeln in den 1960er Jahren (Amering & Schmolke 2012, S. 21) und ist historisch in der Betroffenen- und Selbsthilfebewegung verankert (Lange et al. 2024, S. 72). Entstanden ist er aus der Kritik am klinischen Verständnis von Psychosen als fortschreitende und unheilbare Erkrankungen. Eine einheitliche Operationalisierung fehlt bislang. Knuf (2020) definiert: „*Der englische Begriff ‚Recovery‘ könnte mit ‚Genesung‘ oder ‚Wiedererlangung von Gesundheit‘ übersetzt werden*“ (Knuf 2020, S. 12).

Zentral ist die Unterscheidung zwischen klinischer und persönlicher Recovery (Winter et al. 2015). Die klinische Perspektive fokussiert symptomatische Verbesserungen (Lange et al. 2024, S. 71), idealerweise eine Remission. Die persönliche Recovery hingegen beschreibt einen Entwicklungsprozess, bei

dem die (Wieder-)Übernahme von Kontrolle und Verantwortung für das eigene Leben im Mittelpunkt steht, mit dem Ziel eines zufriedeneren Lebens (Knuf 2020, S. 13). Nicht Symptomfreiheit steht im Vordergrund, sondern der individuelle Umgang mit möglicherweise weiterhin belastenden Symptomen wie Antriebsminderung oder depressiven Gedanken. Entscheidend ist die persönliche Bewältigungsfähigkeit, deren Bewertung nicht bei Professionellen, sondern bei den Klient:innen selbst liegt. Diese Prozesshaftigkeit hat Konsequenzen für professionelle Begleitung: Wägerle (2025, S. 78) zeigt am Beispiel von Interviews mit Betreuungserfahrenen, dass Unterstützungsbedarf nicht statisch ist, sondern „*fortwährend hinsichtlich der möglichen und angemessenen Eigenständigkeit*“ der begleiteten Person eingeschätzt und angepasst werden muss.

Der Recovery-Ansatz orientiert sich am Gesundheitskontinuum nach Antonovsky (1997) und überwindet damit den Dualismus von Gesundheit und Krankheit. Menschen befinden sich nicht auf gegenüberliegenden Polen, sondern bewegen sich auf einem Kontinuum. Der Ansatz konzentriert sich auf Schlüsselkomponenten wie Hoffnung, Spiritualität, Empowerment, Sinnhaftigkeit (Antonovsky, 1997), Symptommanagement und Anti-Stigma-Arbeit (Finzen 2013; Lange et al. 2024, S. 72). Dabei verschiebt sich der Fokus von der Frage: „*Wie wird ein Behandlungserfolg gemessen?*“ zu „*Wer beurteilt eigentlich den Behandlungserfolg?*“ (Winter et al. 2015, S. 43). Die subjektive Definition von Gesundheit wird nicht mehr an externe Professionen delegiert, sondern das individuelle Erleben wird maßgeblich.

Innovativ ist die Anerkennung von Erfahrungswissen in der Zusammenarbeit: „*Die meisten konzeptuellen und politischen Erwägungen und Entscheidungen sind durch die Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Profis und Politikerinnen zustande gekommen*“ (Amering & Schmolke 2012, S. 22). Die Entwicklung von Maßnahmen wie der EX-IN-Qualifizierung zeigt den Fortschritt zu einem gemeinsamen Blick von Helfenden und Hilfesuchenden. Die Neuausrichtung – von Betroffenen als passiven Empfänger:innen von Behandlung hin zu aktiven Expert:innen ihrer eigenen Genesung – markiert einen fundamentalen Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgung.

3.2 EX-IN: DIE PROFESSIONALISIERUNG DES ERFAHRUNGSWISSENS

Das EX-IN-Konzept (Experienced Involvement) stellt den Versuch dar, Erfahrungswissen systematisch für die psychiatrische Versorgung nutzbar zu machen. Entwickelt im Rahmen eines EU-Leonardo-Projekts zwischen 2005 und 2007, qualifiziert das Programm Menschen mit eigener Psychiatrieerfahrung zu Genesungsbegleiter:innen. Die Grundüberzeugung lautet: Menschen, die psychische Krisen durchlebt haben, können diese persönlichen Erfahrungen nutzen, um andere Menschen in ähnlichen Situationen zu verstehen und zu unterstützen (Utschakowski et al. 2015).

Die zwölfmonatige Ausbildung zielt darauf ab, individuelles Ich-Wissen durch Reflexion und Austausch in der Gruppe zu Wir-Wissen zu transformieren. Die Teilnehmenden werden zu Expert:innen ihrer eigenen Erfahrung und zu kompetenten Akteur:innen innerhalb des psychiatrischen Systems. Die Beschäftigung von Genesungsbegleiter:innen in psychiatrischen Einrichtungen – etwa in Sozialpsychiatrischen Diensten, Kliniken oder Beratungsstellen – hat sich in Deutschland seit 2015 sukzessive etabliert.

Eine differenzierte Analyse der unterschiedlichen Wissensformen liefern Noltenius, Krebs und Frank (2023) in ihrem Vergleich von Wissensnutzungsprozessen bei Sozialarbeiter:innen und Genesungsbe-

gleiter:innen. Während Sozialarbeiter:innen wissenschaftliches Wissen als zentrale, im Studium erarbeitete Wissensbasis nutzen, basiert die Expertise von Genesungsbegleiter:innen auf systematisch reflektiertem Erfahrungswissen. Im Rahmen des EX-IN-Curriculums wird dabei zwischen verschiedenen Validierungsebenen unterschieden: Die Ich-Validierung umfasst die individuelle Reflexion eigener Krisen- und Bewältigungserfahrungen, die Du-Validierung den kommunikativen Austausch mit anderen, und die Wir-Validierung die kollektive Erarbeitung intersubjektiv geteilter Erfahrungen (Noltenius et al. 2023, S. 213-214; vgl. Utschakowski 2016). Das resultierende "Wir-Wissen" ermöglicht einen komplexitätssensiblen Zugang zu individuellen Krisensituationen, der auf wissenschaftlichem Wissen basierende Konzeptualisierungen situativ ergänzen kann (Noltenius et al. 2023, S. 215). Für die sozialpsychiatrische Versorgung ergibt sich hieraus der Mehrwert einer gemeinsamen Relationierung unterschiedlicher Wissensbasen im Sinne dialogischer Aushandlungen (ebd., S. 215-216). Die Notwendigkeit dieser Relationierung ergibt sich nicht zuletzt daraus, dass Erfahrungswissen als implizites, situativ gewonnenes Wissen - aus kognitionspsychologischer Perspektive dem intuitiven, heuristischen Urteilen zuzuordnen (vgl. Kahneman 2011) - auch zu vorschnellen Generalisierungen eigener Erfahrungen auf fremde Situationen führen kann. Auch wenn eine kognitionspsychologische Rahmung den interaktiven und sozial eingebetteten Charakter professionellen Handelns nur begrenzt erfasst, verweist sie doch auf ein grundlegendes Problem: Individuelles Erfahrungswissen bedarf der intersubjektiven Überprüfung. Gerade die im EX-IN-Curriculum angelegten Validierungsstufen - die kommunikative Überprüfung individueller Erfahrungen in der Gruppe und deren Relationierung mit wissenschaftlichem Wissen - stellen einen systematischen Schutz vor solchen Fehlschlüssen dar.

Professionstheoretisch lässt sich diese Transformation als spezifische Form der Wissensrelationierung verstehen: Die EX-IN-Qualifizierung überführt individuelles Erfahrungswissen durch kommunikative Validierung in intersubjektiv geteiltes „Wir-Wissen“, das mit wissenschaftlichem Wissen relationiert werden kann. Dass der systematische Einbezug von Erfahrungswissen auch empirisch Wirksamkeit zeigt, belegen Meta-Analysen zur Peer-Support-Forschung: Smit et al. (2022) ermitteln in einer Auswertung von 30 randomisierten kontrollierten Studien (N = 4.152) kleine, aber konsistente Effekte von Peer-Support-Interventionen auf die klinische und persönliche Recovery - und zwar über verschiedene Störungsbilder und Interventionsformate hinweg. Damit vollzieht EX-IN exemplarisch, was Dewe und Otto als Kern reflexiver Professionalität beschreiben – allerdings vom Erfahrungswissen her, nicht vom Wissenschaftswissen ausgehend.

3. Neurodiversität: Von der Pathologie zur Variation

4.1 BEGRIFFSGESCHICHTE UND PARADIGMATISCHER WANDEL

Der Begriff Neurodiversität wurde Ende der 1990er Jahre von der australischen Soziologin Judy Singer geprägt, selbst Autistin und Mutter einer autistischen Tochter. Singer (1998, S. 63-65) argumentierte in Anlehnung an den Begriff der Biodiversität, dass neurologische Unterschiede als natürliche Variationen menschlicher Kognition verstanden werden sollten - nicht als Defekte oder Störungen, die es zu korrigieren gilt. Das Neurodiversitätsparadigma steht damit in der Tradition des sozialen Modells von Behinderung: Nicht die neurologische Differenz selbst ist das Problem, sondern die fehlende Anpassung der Umwelt an unterschiedliche kognitive Funktionsweisen. Eine analoge Verschiebung vollziehen die Mad

Studien für psychische Differenz (Boger 2020, S. 43-48). Zugleich ist das Neurodiversitätsparadigma nicht mit der Annahme gleichzusetzen, neurodivergente Lebensweisen seien per se unbelastend: Je nach Person-Umwelt-Passung, Ressourcen und Unterstützungszugängen können erheblicher Leidensdruck, Erschöpfung und Krisenerfahrungen auftreten. Chapman betont zudem, dass „Neurodiversität“ ein umkämpfter und dynamischer Begriff („moving target“) ist und dass definitorische Grenzziehungen sowohl erkenntnisförderlich als auch potenziell ausschließend wirken können (Chapman 2020, S. 218–220).

Unter dem Dach der Neurodiversität werden typischerweise Autismus-Spektrum-Störungen (ASS), Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Legasthenie, Dyskalkulie und Dyspraxie gefasst. Diese Kategorisierung ist jedoch Gegenstand anhaltender Debatten. Während einige Autor:innen Neurodiversität auf entwicklungsbezogene neurologische Unterschiede beschränken wollen, argumentieren andere für eine Erweiterung auf alle Formen neurologischer Differenz - einschließlich psychiatrischer Diagnosen wie Depression, Angststörungen oder Psychosen (Cascio 2025).

Unabhängig davon, wie diese konzeptionelle Grenzziehung vorgenommen wird, dokumentiert die empirische Forschung erhebliche Überschneidungen, wenn auch die genauen Zahlen differieren. Etwa 70% der Personen mit Autismus-Spektrum-Störung weisen mindestens eine zusätzliche psychiatrische Diagnose auf - in der klinischen Forschung als Komorbidität bezeichnet, wobei dieser Begriff die medizinische Annahme distinkter, unabhängig auftretender Störungen transportiert, die im Neurodiversitätsparadigma kritisch hinterfragt wird (Hossain et al. 2020). Eine Meta-Analyse ermittelte für Erwachsene mit Autismus Lifetime-Prävalenzen von 37% für Depression und 42% für Angststörungen (Hollocks et al. 2019). Ähnliche Muster zeigen sich bei ADHS: Bis zu 50% der Betroffenen erleben Angststörungen, und die Prävalenz von Depressionen liegt zwischen 18% und 53% (Katzman et al. 2017). Diese Befunde verweisen darauf, dass die hier zusammengeführten Diskurse – Neurodiversität, psychischer Erkrankung und Recovery – nicht nur konzeptionell, sondern auch in den betroffenen Populationen überlappen.

Diese empirischen Überschneidungen legen auch eine konzeptionelle Verbindung nahe. Die in Kapitel 3.1 entwickelte Unterscheidung zwischen klinischer und persönlicher Recovery lässt sich produktiv auf den Neurodiversitätsdiskurs beziehen. Klinische Recovery – verstanden als Symptomfreiheit oder "Heilung" – widerspricht dem Neurodiversitätsparadigma grundlegend: Autismus oder ADHS sind keine Erkrankungen, von denen man genesen könnte, sondern dauerhafte neurologische Konstitutionen. Das Konzept der persönlichen Recovery hingegen erweist sich als anschlussfähig: die Selbstdefinition von Wohlbefinden, die Entwicklung eines gelingenden Umgangs mit den eigenen Besonderheiten und die Rückgewinnung der Deutungshoheit über das eigene Leben sind Prozesse, die auch für neurodivergente Menschen zentral sind – unabhängig davon, ob zusätzlich psychiatrische Diagnosen vorliegen. Beide Diskurse vollziehen damit eine analoge epistemische Verschiebung: weg von der Fremdbeurteilung durch Professionelle, hin zur Anerkennung subjektiver Erfahrung als maßgeblicher Instanz.

Die hohen Komorbiditätsraten werfen dabei die Frage auf, ob neurodivergente Menschen mit zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen gleichsam "doppelt recovern" müssten – von der Depression und vom Autismus. Eine solche Konzeption würde jedoch die Fragmentierung fortschreiben, die der vorliegende Artikel kritisiert. Plausibler erscheint, die neurologische Konstitution als Rahmen zu verstehen, innerhalb dessen Krisen erlebt und bewältigt werden: Eine Depression bei einer autistischen Person ist nicht

dieselbe Erfahrung wie bei einer neurotypischen Person – weder im Erleben noch in den Bewältigungswegen. Empirische Forschung stützt diese Perspektive: Hull et al. (2021) dokumentieren beispielsweise, dass soziales Camouflaging – das Verbergen autistischer Merkmale in sozialen Interaktionen – mit erhöhten Raten von Angst und Depression assoziiert ist. Für ADHS zeigt die Stigma-Forschung analoge Muster: Masuch et al. (2019) fanden, dass internalisiertes Stigma und antizipierte Diskriminierung mit psychischer Belastung, funktionaler Beeinträchtigung und verminderter Lebensqualität korrelieren. Manche komorbiden Störungen könnten demnach überhaupt erst Folge des Lebens in einer nicht-angepassten Umwelt sein: Depression durch jahrelanges Maskieren, Angststörungen durch wiederholte Erfahrungen des Nicht-Passens. Persönliche Recovery wäre dann kein Prozess der Heilung von zwei getrennten Zuständen, sondern würde gerade deren Integration erfordern – Selbstakzeptanz der eigenen Neurodivergenz und Veränderung belastender Umweltbedingungen als Teile desselben Prozesses.

4.2 NEURODIVERGENTE SOZIALARBEITENDE

Ein emergentes Feld, das die Verbindung von Neurodiversität und Sozialer Arbeit besonders deutlich macht, ist das Phänomen der neurodivergenten Sozialarbeitenden selbst. Diese Perspektive stellt das traditionelle Verständnis von Professionalität in Frage, das – wie in Kapitel 2.3 gezeigt – Studierende und Praktizierende zur Separierung persönlicher und professioneller Identität anhält (Mackay 2023). Neurodivergente Sozialarbeitende argumentieren demgegenüber für eine Integration: Ihre neurologische Differenz ist nicht etwas, das sie überwinden müssen, um professionell zu arbeiten, sondern kann eine genuine Ressource für die Arbeit darstellen (vgl. Cantor 2024).

Professionstheoretisch betrachtet vollziehen neurodivergente Sozialarbeitende eine ähnliche Relativeringung wie die in Kapitel 3 beschriebenen Genesungsbegleiter:innen: Sie bringen verkörpertes Erfahrungswissen über neurologische Differenz mit, das sie reflexiv mit fachlichem Wissen verbinden. Der Unterschied liegt darin, dass EX-IN diesen Prozess curricular formalisiert hat, während neurodivergente Fachkräfte diese Integration oft informell und ohne institutionelle Unterstützung leisten müssen. Welche Implikationen eine systematische Unterstützung dieser Integration für die Soziale Arbeit hätte, ist Gegenstand des folgenden Kapitels.

5. Implikationen für Ausbildung, Praxis und Forschung der Sozialen Arbeit

Die vorangegangenen Kapitel haben drei Diskursstränge entfaltet: die Ambivalenz von Krisenerfahrung in der Sozialen Arbeit (Kap. 2), die Professionalisierung von Erfahrungswissen im Recovery- und EX-IN-Diskurs (Kap. 3) sowie das Neurodiversitätsparadigma mit seiner Kritik am Defizitmodell (Kap. 4). Die empirische Basis dieser Diskursstränge ist heterogen - sie reicht von repräsentativen Sekundäranalysen (Hollederer 2023; Kahl & Bauknecht 2023) über qualitative Studien (Frank et al. 2024) bis zu autoethnographischen Zugängen (Mackay 2023). Die folgende Ableitung von Implikationen für Ausbildung, Praxis und Forschung versteht sich daher als theoretische Zuspitzung, die auf Plausibilität und Konvergenz der dargestellten Befunde setzt, nicht als empirisch gesicherte Generalisierung. Allen drei Perspektiven gemeinsam ist dabei eine Neuorientierung: vom individuellen Defizit zur strukturellen Bedingung, vom Makel zur Expertise.

5.1 AUSBILDUNG

In der angloamerikanischen Literatur wird Neurodiversität zunehmend als neue kulturelle Kompetenz für die Sozialarbeitsausbildung diskutiert. Salisbury (2025, S. 1225) argumentiert für einen fundamentalen Perspektivwechsel: weg von der Frage ‚Wie können wir Studierende mit besonderen Bedürfnissen unterstützen?‘ hin zu ‚Wie können wir Lernumgebungen gestalten, die unterschiedliche kognitive Funktionsweisen von vornherein berücksichtigen?‘ Diese Perspektive hat Implikationen für Didaktik, Prüfungsformate, Raumgestaltung und die Kultur der Hochschule insgesamt.

Die Zusammenführung von psychischer Erkrankung, Neurodiversität und Recovery hat weitreichende Implikationen für die Curricula der Sozialen Arbeit an deutschen Hochschulen. Diese Implikationen gewinnen vor dem Hintergrund aktueller Daten zur psychischen Gesundheit Studierender besondere Dringlichkeit: Die Studierendenbefragung best3 des Deutschen Zentrums für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (Steinkühler et al. 2023) und des Deutschen Studierendenwerks (DSW) dokumentiert einen Anstieg studienerschwerender gesundheitlicher Beeinträchtigungen von 11% (2016) auf 16% (2021). Der Anteil psychischer Erkrankungen unter den Beeinträchtigungen stieg im selben Zeitraum von 53% auf 65% (Steinkühler et al. 2023). Die Autor:innen sprechen von einer „Mental-Health-Krise der Studierenden“ (Steinkühler et al. 2023).

NEURODIVERSITÄT UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT ALS CURRICULARE QUERSCHNITTSTHEMEN

Erstens sollten Neurodiversität und psychische Gesundheit als Querschnittsthemen in die Ausbildung integriert werden - nicht als spezialisiertes Wissen über besondere Zielgruppen, sondern als grundlegende Kompetenz im Umgang mit menschlicher Vielfalt. Angesichts der hohen Komorbiditäten zwischen Neurodivergenz und psychischen Erkrankungen (vgl. Kap. 4.1) sowie der Prävalenz psychischer Belastungen unter Studierenden der Sozialen Arbeit erscheint eine integrierte Betrachtung beider Themenfelder geboten.

Curricular relevant sind zwei Perspektivwechsel, die sich als roter Faden durch die vorangegangenen Kapitel ziehen. Der erste betrifft die Verschiebung vom Individuum zur Struktur: psychische Erkrankung und neurodivergente Merkmale wären nicht primär als Beeinträchtigungen zu rahmen, die Einzelne kompensieren müssen, sondern als Anlass, Lernumgebungen so zu gestalten, dass sie unterschiedliche Voraussetzungen von vornherein berücksichtigen. Die zweite Veränderung betrifft die Neubewertung von Erfahrungswissen selbst: Der EX-IN-Ansatz hat diesen Schritt bereits systematisch vollzogen, indem er Krisenerfahrung als professionelle Ressource qualifiziert.

Diese Neuorientierung betrifft nicht nur curriculare Inhalte, sondern auch die Haltung in der Lehre selbst. In Seminaren der Sozialen Arbeit wird häufig über Erfahrungen von psychischer Krise, Gewalt, Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Rassifizierung oder Klassenzugehörigkeit gesprochen, als wären keine Betroffenen unter den Teilnehmenden anwesend. Diese Praxis des „Redens über“ statt „Redens mit“ reproduziert eine Subjekt-Objekt-Spaltung, die Betroffene zu Gegenständen professioneller Intervention macht, anstatt sie als Expert:innen ihrer eigenen Erfahrung anzuerkennen. Dadurch trägt auch die Lehre dazu bei, diese Gruppen zu marginalisieren, Bildungserfolge trotz – oder gerade wegen – belastender Erfahrungen unsichtbar zu machen und bereitet den Boden für die Persistenz von Stereotypen. Angesichts der dokumentierten sozialen Zusammensetzung der Studierendenschaft –

Aufsteigerstudium, hoher Frauenanteil, erhöhte Prävalenz psychischer Belastungen – ist davon auszugehen, dass in jedem Seminar Studierende sitzen, die von den besprochenen Themen persönlich betroffen sind. Eine reflexive Lehre müsste diese Gleichzeitigkeit von professioneller Distanz und persönlicher Betroffenheit explizit adressieren. Auch Lehrende, die sich in ihrer eigenen Verletzlichkeit und mit eigenen Erfahrungen psychischer Belastung zeigen, durchbrechen die implizite Hierarchie zwischen „Professionellen“ und „Betroffenen“. Gahleitner (2017) hat für diese Haltung den Begriff der professionellen Nahbarkeit geprägt: eine gut austarierte Nähe, die weder in distanzierte Expertokratie noch in entgrenzende Selbstoffenbarung kippt. In der Lehre modelliert eine solche Haltung Authentizität, Reflexivität und geteilte Menschlichkeit – und bereitet Studierende darauf vor, diese Balance später in der Arbeit mit Klient:innen zu finden. Dadurch entsteht ein Lernraum, in dem Studierende ihre eigenen Erfahrungen eher einbringen können, ohne Pathologisierung oder Distanzierung befürchten zu müssen.

BIOGRAFISCHE REFLEXION UND SELBSTERFAHRUNG

Zweitens sollten Curricula Räume schaffen, in denen Studierende ihre eigenen Erfahrungen reflektieren können – nicht im Sinne therapeutischer Aufarbeitung, sondern im Sinne der Entwicklung einer reflexiven professionellen Identität. Newcomb et al. (2015, S. 64-66) zeigen, dass viele Studierende erst im Rahmen ihres Studiums verstehen, wie ihre eigenen Erfahrungen ihre berufliche Orientierung beeinflussen. Diese Reflexionsprozesse zu ermöglichen und zu begleiten ist eine zentrale Aufgabe der Ausbildung.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob strukturierte Selbsterfahrung in der Sozialarbeitsausbildung verbindlicher verankert werden sollte. Ein Blick auf die Psychotherapieausbildung ist instruktiv: Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) schreibt mindestens 120 Stunden Selbsterfahrung vor, deren Gegenstand explizit „die Reflexion oder Modifikation persönlicher Voraussetzungen für das therapeutische Erleben und Handeln unter Einbeziehung biographischer Aspekte“ ist (§ 5 PsychTh-APrV). In der Sozialarbeitsausbildung existiert keine vergleichbare bundesweite Verpflichtung.

Eine systematische Diskussion darüber, ob und in welcher Form Selbsterfahrungselemente für die Sozialarbeitsausbildung verpflichtend werden sollten, steht noch aus. Dabei wäre zu klären: Welche Formate sind für die spezifischen Anforderungen der Sozialen Arbeit geeignet? Wie lässt sich biografische Reflexion von Therapie abgrenzen? Welche Qualifikationen benötigen Lehrende für die Begleitung solcher Prozesse?

Ein innovativer Ansatz bestünde in der Integration von Elementen der EX-IN-Qualifizierung in die Sozialarbeitsausbildung. Die in Kapitel 3.2 beschriebene Methodik der reflexiven Intersubjektivierung ließe sich auch für Studierende der Sozialen Arbeit fruchtbar machen, die eigene Krisenerfahrungen mitbringen. Denkbar wären etwa Wahlmodule oder Spezialisierungen, in denen Studierende mit eigener Psychiatrie- oder Krisenerfahrung diese systematisch reflektieren und für die professionelle Arbeit nutzbar machen können. Im Sinne der in Kapitel 3.2 entwickelten Perspektive würde eine solche Integration zugleich die Relationierung von Erfahrungswissen und Wissenschaftswissen curricular verankern – nicht als einseitigen Transfer, sondern als wechselseitige Bezugnahme, die beide Wissensformen in ihrer Eigenlogik respektiert.

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie stärkt zudem die Fähigkeit, Macht- und Grenzverhältnisse wahrzunehmen und verantwortungsbewusst zu handeln. Dies knüpft an zentrale Prinzipien der sozialarbeiterischen Ethik wie Achtung der Autonomie, Transparenz und reflexives Handeln an.

Um solche Reflexionsprozesse didaktisch zu unterstützen, sind vielfältige Formate denkbar: angeleitete Selbstreflexionstagebücher, biografische Interviews in Peer-Settings, Fallwerkstätten zur Verbindung persönlicher Erfahrungen mit professionellen Standards oder forschungsorientierte Lehrformate, die biografische Zugänge methodisch reflektieren. Wichtig ist dabei, dass diese Formate klare Rahmenbedingungen aufweisen, um eine unangemessene Therapeutisierung zu vermeiden – hierzu gehören transparente Zielsetzungen, die Freiwilligkeit hinsichtlich der Tiefe persönlicher Offenlegung, die fachliche Qualifikation der Lehrenden sowie der Ausschluss einer leistungsbezogenen Bewertung sensibler biografischer Inhalte.

Diese Reflexionsräume leisten zugleich einen Beitrag zur Förderung professioneller Selbstfürsorge (Groen et al. 2014; Mackay 2023) und zur Entwicklung einer realistischen Einschätzung eigener Ressourcen und Grenzen. Indem Studierende ihre biografisch geprägten Haltungen, Motive und potenziellen Vulnerabilitäten bewusst wahrnehmen, können sie diese in ein professionelles Rollenverständnis integrieren, ohne sie unreflektiert in die Praxis zu übertragen. Dies trägt zur Ausbildung eines verantwortungsvollen professionellen Selbst (Schenk 2014, S. 269-273) bei, das sowohl selbstschützend als auch klient:innenorientiert agieren kann.

STRUKTURELLE BARRIEREN IM DEUTSCHEN HOCHSCHULKONTEXT

Drittens erfordert eine neurodiverse-inklusive Hochschulbildung die systematische Analyse struktureller Barrieren. Im deutschen Hochschulkontext existieren zwar rechtliche Grundlagen für Nachteilsausgleiche – verankert in den Landeshochschulgesetzen und gestützt auf § 2 Abs. 4 HRG sowie die UN-Behindertenrechtskonvention –, doch zeigt sich in der Praxis eine erhebliche Heterogenität.

Während Regelungen zum Nachteilsausgleich bei Prüfungen mittlerweile in vielen Prüfungsordnungen verankert sind, stehen Fragen des Nachteilsausgleichs bei der Studienorganisation – etwa bei Anwesenheitspflichten, Fristvorgaben oder der Reihenfolge von Modulen – in der prüfungsrechtlichen Literatur weniger im Fokus und sind an vielen Hochschulen nicht explizit geregelt (vgl. Gattermann-Kasper 2018, S. 32). Das Rechtsgutachten von Ennuschat (2019) zeigt zudem, dass bei psychischen Erkrankungen, ADHS und anderen nicht sichtbaren Beeinträchtigungen Nachteilsausgleiche deutlich restriktiver gehandhabt werden als bei körperlichen oder Sinnesbehinderungen – mit Verweis auf ein ‚persönlichkeitsprägendes Dauerleiden‘, dessen Auswirkungen das ‚normale Leistungsbild‘ prägen würden und daher nicht ausgleichbar seien. Der Verweis erfolgt hier auf ein Konstrukt aus einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts von 1985, das die seither erfolgten völker-, europa- und verfassungsrechtlichen Entwicklungen zur Stärkung der Rechte von Menschen mit Behinderungen ignoriert (vgl. ebd., S. 3, 87ff.). Eine umfassende Barriereanalyse sollte sowohl manifeste Barrieren (z.B. fehlende oder uneinheitliche Nachteilsausgleiche, lange Wartezeiten für Diagnostik) als auch latente Barrieren (z.B. implizite Normalitätserwartungen in der Leistungsbewertung, fehlende Sensibilisierung von Lehrenden) in den Blick nehmen. Zur Situation neurodivergenter Studierender an deutschen Hochschulen – insbesondere im Studiengang Soziale Arbeit – fehlt systematische Forschung bislang. Das aktuelle Projekt

„Studium mit ADHS und Autismus“ des ADHS Deutschland e.V. geht davon aus, dass große Unterschiede zwischen Bundesländern, Hochschultypen und einzelnen Fakultäten in der Umsetzung von Nachteilsausgleichen bestehen, und will diese systematisch erfassen.

5.2 PRAXIS

SUPERVISION ALS RELATIONIERUNGSRAUM

Für Praktizierende mit eigener psychischer Erkrankung oder neurodivergenten Merkmalen sind geschützte Reflexionsräume von besonderer Bedeutung. Die in Kapitel 2.2 analysierte Dynamik – antizipierte Stigmatisierung führt zur Vermeidung von Offenlegung – unterstreicht den Bedarf an Räumen, in denen Unterstützung ohne berufliches Risiko gesucht werden kann. Supervision und kollegiale Beratung sollten daher explizit als Orte konzipiert werden, an denen die Integration von persönlicher Erfahrung und professioneller Praxis reflektiert werden kann. Dies erfordert Supervisor:innen, die selbst mit dem Thema vertraut sind und eine nicht-pathologisierende Haltung einnehmen. Die in Kapitel 5.1 skizzierte professionelle Nahbarkeit stellt sich für Praktizierende mit Eigenerfahrung als besondere Herausforderung dar: Wie gelingt eine Nähe zu Klient:innen, die eigene Resonanzfähigkeit zulässt, ohne professionelle Grenzen aufzulösen? Je nach Ausbildungsverlauf kann Supervision bereits während des Studiums – etwa in Praxissemestern oder studienbegleitenden Praktika – eine wichtige Funktion für die Relationierung von biografischem Erfahrungswissen und fachlichem Wissen übernehmen.

STIGMASENSIBLE ORGANISATIONSKULTUR

Die Schaffung institutioneller Reflexionsräume erfordert mehr als die Bereitstellung von Supervision. Frank et al. (2024) identifizieren verschiedene Ebenen: Neben individuellen Gesprächen mit Führungskräften werden institutionell verankerte Ansprechstellen wie Personalrat und Schwerbehindertenvertretung sowie Trialog- und Recoverygruppen als mögliche Offenlegungsräume benannt. Allerdings bleibt Eigenerfahrung zumeist verborgen, weshalb das damit verbundene Erfahrungswissen für Teams und die Arbeit mit Klient:innen unzugänglich bleibt (Frank et al. 2024, S. 7). Eine stigmasensible Organisationskultur müsste daher aktiv Bedingungen schaffen, unter denen die freiwillige Offenlegung von eigener Krisenerfahrung nicht mit beruflichen Nachteilen verbunden ist.

Darüber hinaus können Peer-Gruppen von Praktizierenden mit ähnlichen Erfahrungen wertvolle Ressourcen darstellen. Noltenius et al. (2023, S. 216) betonen in diesem Zusammenhang, dass die Einbindung von Erfahrungswissen nicht die Implementierung wissenschaftlich fundierter Interventionen ersetzen soll, sondern einen Komplexitätssensiblen Zugang zu Krisensituationen auf Basis geteilter Erfahrungshintergründe ermöglicht.

Integration von Peer-Expertise

Im Praxisfeld der Sozialen Arbeit stellt sich die Frage, wie Peer-Expertise systematisch integriert werden kann. Das EX-IN-Modell bietet hier einen erprobten Ansatz, der jedoch bislang primär auf den psychiatrischen Kontext beschränkt ist. Eine Ausweitung auf andere Handlungsfelder der Sozialen Arbeit – etwa Kinder- und Jugendhilfe, Suchthilfe oder Wohnungslosenhilfe – erscheint vielversprechend, ist aber mit spezifischen Herausforderungen verbunden.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie das Erfahrungswissen von Fachkräften – nicht nur von separat eingestellten Peer-Begleiter:innen – in die Arbeit integriert werden kann. Die Forschung zeigt, dass viele Sozialarbeitende eigene Erfahrungen mitbringen, diese aber aus Angst vor Stigmatisierung verbergen (Straussner et al. 2018, S. 131). Organisationskulturen, die eine Integration ermöglichen, ohne sie zu erzwingen, sind daher eine zentrale Entwicklungsaufgabe.

5.3 FORSCHUNG

Die Zusammenführung von psychischer Erkrankung, Neurodiversität und Recovery eröffnet ein breites Spektrum von Forschungsfragen, die bislang kaum systematisch bearbeitet wurden. Auf empirisch-deskriptiver Ebene wäre zu fragen: Wie hoch ist die Prävalenz von psychischen Erkrankungen und neurodivergenten Merkmalen unter Studierenden und Praktizierenden der Sozialen Arbeit im deutschsprachigen Raum? Welche strukturellen Barrieren erleben krisenerfahrene und neurodivergente Studierende in der Sozialarbeitsausbildung? Wie wird Erfahrungswissen in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit genutzt oder marginalisiert? Wie können Bildungsangebote an der Schnittstelle von Recovery und Neurodiversität gestaltet werden? Recovery Colleges – Bildungseinrichtungen, die Recovery-orientierte Kurse unter Beteiligung von Erfahrungsexpert:innen anbieten – haben sich international etabliert, doch die Frage, wie solche Angebote für neurodivergente Teilnehmende zugänglich gemacht werden sollten, ist bislang kaum erforscht (Norton et al. 2025).

Im angloamerikanischen Raum – insbesondere in Großbritannien, den USA und Australien – ist die Forschung zu Erfahrungswissen und neurodiversitäts-affirmativer Praxis deutlich weiterentwickelt. Die Verbindung dieser Diskurse mit der Tradition kritischer Gesellschaftstheorie, die die deutschsprachige Soziale Arbeit prägt, verspricht jedoch innovative Perspektiven. Sie würde auf kritisch-reflexiver Ebene fragen: Inwiefern reproduziert die Profession selbst sanistische Normalitätsvorstellungen? Welche Rolle spielen psychiatrische Diagnosen als Zugangsvoraussetzung für Hilfen – und als Ausschlussmechanismus? Welche Intersektionen bestehen zwischen Sanismus und anderen Diskriminierungsformen (Klassismus, Sexismus, Rassismus) im Kontext der Sozialen Arbeit? Wie verhalten sich die strukturellen Benachteiligungen der Professionsmitglieder zu denen ihrer Klient:innen? Eine systematische Analyse dieser Verschränkungen – wie sie etwa Carstensen et al. (2021) für die Frauenhausarbeit vorgelegt haben – steht für die Soziale Arbeit als Profession noch aus.

Methodologisch impliziert das Prinzip nichts über uns ohne uns, das sowohl die Neurodiversitätsbewegung als auch die Recovery-Bewegung prägt, partizipative Forschungsdesigns, die Betroffene als Ko-Forschende einbeziehen. Die bislang einzige präpandemische Studie zu psychosozialer Belastung bei Sozialarbeitsstudierenden im deutschsprachigen Raum (Kriener et al. 2018) zeigt den erheblichen Bedarf an aktuellen Daten.

6. Schluss: Für eine reflexive Profession

Das vorliegende Diskussionspapier hat argumentiert, dass die systematische Zusammenführung von psychischen Erkrankungen, Neurodiversität und Recovery ein produktives neues Forschungsfeld für die Soziale Arbeit eröffnet. Die drei Konzepte verbindet eine gemeinsame epistemologische Grundhaltung:

die Kritik am medizinischen Defizitmodell und die Anerkennung von Erfahrungswissen als genuine Erkenntnisquelle.

Das EX-IN-Konzept erweist sich dabei als besonders instruktiv: Es zeigt, wie die von Dewe und Otto geforderte Relationierung differenter Wissensformen praktisch vollzogen werden kann – und zwar vom Erfahrungswissen her, nicht nur vom Wissenschaftswissen ausgehend. Diese symmetrische Perspektive könnte für die Sozialarbeitsausbildung insgesamt fruchtbar gemacht werden.

Das Sanismus-Konzept wurde als sensibilisierender Begriff eingeführt, der strukturelle Diskriminierung aufgrund psychischer Differenz sichtbar macht. Eine systematische intersektionale Analyse, die die Verschränkung von Sanismus mit Klassismus und Sexismus theoretisch ausarbeitet, bleibt Desiderat künftiger Forschung. Das vorliegende Papier beschränkt sich darauf, die empirischen Hinweise auf solche Verschränkungen zu bündeln und ihre Relevanz für eine Profession aufzuzeigen, deren Angehörige selbst an diesen Schnittstellen positioniert sind.

Die Implikationen für Ausbildung und Praxis sind weitreichend: von der Integration von Neurodiversität als curricularem Querschnittsthema über die Schaffung von Reflexionsräumen für krisenerfahrene Studierende bis hin zur systematischen Analyse struktureller Barrieren in Hochschulen und Praxisfeldern. Die skizzierte Forschungsagenda zeigt, dass an der Schnittstelle der drei Diskurse zahlreiche unbearbeitete Fragen liegen.

Letztlich geht es um die Vision einer reflexiven Profession, die ihre eigene Verstrickung in Normalitätskonstruktionen kritisch hinterfragt. Die Soziale Arbeit hat traditionell den Anspruch, parteilich für marginalisierte Gruppen einzutreten. Eine Profession, in der ein erheblicher Teil der Angehörigen selbst von psychischer Erkrankung oder neurologischer Differenz betroffen ist, sollte in der Lage sein, diese Erfahrungen nicht als privates Problem zu individualisieren, sondern als strukturelle Herausforderung anzuerkennen - und als potenzielle Ressource wertzuschätzen.

Literaturverzeichnis:

- ADHS Deutschland e.V. (2025): *Studium mit ADHS und Autismus*. Online: <https://adhs-deutschland.de/adhs-schule-studium-und-ausbildung/studium-mit-adhs-und-autismus> [abgerufen am 10.12.2025].
- Alva, M. H.; Antony, S. P. & Kataria, K. (2024): Exploring the Use of the Therapist's Self in Therapy: A Systematic Review. In: *Indian Journal of Psychological Medicine*, 47 (1), S. 17–24. <https://doi.org/10.1177/02537176241252363>.
- Amering, M. & Schmolke, M. (2012): *Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit*. 5. Aufl., Bonn.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (Dt. erw. Hrsg. Von Alexa Franke). DGTV.
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) vom 18. Dezember 1998, zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 15. August 2019.
- Badura, B. et al. (Hrsg.) (2021): *Fehlzeiten-Report 2021. Betriebliche Prävention stärken – Lehren aus der Pandemie*. Berlin.
- Bauknecht, J. & Wesselborg, B. (2021): *Psychische Erschöpfung in sozialen Interaktionsberufen von 2006 bis 2018. Ein Vergleich der Bereiche Pflege, frühkindliche Bildung, Schule, Soziale Arbeit und Polizei*. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17 (2), S. 249-256. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00879-0>.
- Boger, M.-A. (2020): *Eine Verhältnisbestimmung. Mad Studies und/in/als Disability Studies*. In: Brehme, D. et al. (Hrsg.): *Disability Studies im deutschsprachigen Raum: Zwischen Emanzipation und Vereinnahmung*. Weinheim, S. 41-55.
- Canazei, M. et al. (2018): *Gender Differences in Different Dimensions of Common Burnout Symptoms in a Group of Clinical Burnout Patients*. In: *Neuropsychiatry (London)*, 8 (6), S. 1967–1976. Online: *Gender Differences in Different Dimensions of Common Burnout Symptoms in a Group of Clinical Burnout Patients* [abgerufen am 10.12.2025]
- Cantor, C. (2024): *Helping neurodivergent individuals succeed in a neurotypical world*. Online: <https://www.columbiapsychiatry.org/news/helping-neurodivergent-individuals-succeed-neurotypical-world>, [abgerufen am 10.12.2025].
- Cascio, M. A. (2025): *Empirical perspectives on neurodiversity and mental health conditions*. In: *AJOB Neuroscience*, 16 (1), S. 34-36. <https://doi.org/10.1080/21507740.2024.2438031>.

- Carstensen, M. et al. (2021): *Eine intersektionale Betrachtung von Klassismus und Psychiatrieerfahrung in den Lebenswelten von Frauenhausbewohnerinnen*. In: Biele Mefebue, A.; Bührmann, A.; Grenz, S. (Hrsg.): Handbuch Intersektionalitätsforschung. Wiesbaden.
- Chapman, R. (2020). *Defining neurodiversity for research and practice*. Online: <https://neurotribe.uk/wp-content/uploads/2022/02/Defining-Neurodiversity-Chapman-2020-1.pdf> [abgerufen am 16.12.2025].
- Davidson, L. et al. (2012): *Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience*. In: World Psychiatry, 11 (2), S. 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- DAK-Gesundheit (Hrsg.) (2024): *Psychreport 2024. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2013–2023*. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Hamburg. Online: https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/psychreport-2024_57364 [abgerufen am 06.03.2026]
- Dewe, B. (2009): *Reflexive Professionalität: Maßgabe für Wissenstransfer und Theorie-Praxis-Relationierung im Studium der Sozialarbeit*. In: Riegler, A. & Hojnik, S.; Posch, K. (Hrsg.): Soziale Arbeit zwischen Profession und Wissenschaft. Vermittlungsmöglichkeiten in der Fachhochschulausbildung. Wiesbaden, S. 47-64.
- Dewe, B. & Otto, H.-U. (2012): *Reflexive Sozialpädagogik. Grundstrukturen eines neuen Typs dienstleistungsorientierten Professionshandelns*. In: Thole, W. (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Aufl., Wiesbaden, S. 197-217.
- Dewe, B. & Otto, H.-U. (2018): *Professionalität*. In: Otto, H.-U. et al. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6. Aufl., München, S. 1203-1213.
- Dwyer, P. (2022): *The neurodiversity approach(es): What are they and what do they mean for researchers?* In: Human Development. 66 (2), S. 73–92. <https://doi.org/10.1159/000523723>.
- Ennuschat, J. (2019): *Nachteilsausgleiche für Studierende mit Behinderungen – Prüfungsrechtliche Bausteine einer inklusiven Hochschule. Rechtsgutachten*. Hrsg. v. Deutsches Studentenwerk/Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung (IBS). Berlin. Online: https://www.studierendenwerke.de/fileadmin/api/files/2019-10-14_gutachten-nachteilsausgleiche-_ennuschat-2019.pdf [abgerufen am 16.12.2025]
- EX-IN Deutschland e. V. (o. J.). *EX-IN Deutschland – Expertinnen durch Erfahrung in der Psychiatrie**. Online: <https://ex-in.de> [abgerufen am 09.12.2025].
- Finzen, A. (2013): *Stigma psychischer Krankheit: Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Bonn.

- Frank, F.; Fromm, M. & Waldkirch, A. (2024): *Profis als Peers. Perspektiven von Leitungskräften auf gemeindepsychiatrische Fachkräfte mit eigener Krisen- und Bewältigungserfahrung*. In: Treffpunkte, 1/2024, S. 6-8.
- Gahleitner, S. B. (2017): *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Weinheim.
- Gattermann-Kasper, M. (2018): *Nachteilsausgleich für Studierende mit Beeinträchtigungen. Arbeitshilfe für Beratende*. Hrsg. v. Deutsches Studentenwerk/Informations- und Beratungsstelle Studium und Behinderung (IBS). Hamburg. Online: <https://www.uni-hamburg.de/studieren-mit-beeintraechtigungen/infos-lehrende/ibs-arbeitshilfe-nachteilsausgleiche.pdf> [abgerufen am 16.12.2025].
- Groen, G. et al. (2014): *Selbstfürsorge in psychosozialen Berufen*. Stuttgart.
- Herriger, N. (2020): *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. 6. Aufl., Stuttgart.
- Hollocks, M. J. et al. (2019): *Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis*. In: *Psychological Medicine*, 49 (4), S. 559-572. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002283>
- Hossain, M. M. et al. (2020): *Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses*. In: *Psychiatry Research*, 287, 112922. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112922>.
- Holleder, A. (2023): *Wer leidet in der Sozialen Arbeit an Erschöpfung?* In: *Soziale Passagen*, 15, S. 233-250. <https://doi.org/10.1007/s12592-023-00457-7>.
- Hull, L. et al. (2021): *Is social camouflaging associated with anxiety and depression in autistic adults?* In: *Molecular Autism*, 12 (1), 13. <https://doi.org/10.1186/s13229-021-00421-1>.
- Jung, C. G. (1951): *Fundamental questions of psychotherapy*. In: *Collected Works*, Vol. 16. Princeton, S. 111-125.
- Kahl, Y. & Bauknecht, J. (2023): *Psychische und emotionale Erschöpfung von Fachkräften der Sozialen Arbeit. Entwicklung, Ausmaß und die Rolle von Belastungs- und Resilienzfaktoren*. In: *Soziale Passagen*, 15, S. 213–232. <https://doi.org/10.1007/s12592-023-00448-6>.
- Katzman, M. A. et al. (2017): *Adult ADHD and comorbid disorders: Clinical implications of a dimensional approach*. In: *BMC Psychiatry*, 17, 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>.
- Kersjes, C. et al. (2025): *Einkommen, Bildung und depressive Symptome in Zeiten multipler Krisen. Trends aus der hochfrequenten Mental Health Surveillance in Deutschland, 2019–2024*. In: *Deutsches Ärzteblatt International*, 122, S. 573-578. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2025.0130> .
- Knuf, A. (2020): *Recovery und Empowerment*. Bonn.

- Kriener, C. et al. (2018): *Psychosoziale Belastungen, Stressempfinden und Stressbewältigung von Studierenden der Sozialen Arbeit: Ergebnisse einer quantitativen Studie*. In: Gesundheitswesen, 80 (S 01), S. S37-S43. <https://doi.org/10.1055/s-0042-108643>.
- Lange, C. et al. (2024): *Recovery-orientierte Behandlung und Genesungsbegleitung in der Psychiatrie*. In: Der Nervenarzt, 95, S. 71-79. <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01586-1>.
- Leamy, M. et al. (2011): *Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis*. In: The British Journal of Psychiatry, 199 (6), S. 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>.
- Mackay, T. (2023): *Lived Experience in Social Work: An Underutilised Expertise*. In: British Journal of Social Work, 53, S. 1833–1840. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcad028>.
- Masuch, T. V. et al. (2019): *Internalized stigma, anticipated discrimination and perceived public stigma in adults with ADHD*. In: ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 11 (2), S. 211-220. <https://doi.org/10.1007/s12402-018-0274-9>.
- Middendorff, E. et al. (2017): *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016. 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung*. Berlin.
- Newcomb, M. et al. (2015): *How Jung's concept of the wounded healer can guide learning and teaching in social work and human services*. In: Advances in Social Work & Welfare Education, 17 (2), S. 55-69.
- Noltenius, M.; Krebs, J. & Frank, F. (2023): *Der Mehrwert von Peer-Support in der Sozialpsychiatrischen Versorgung. Ein Vergleich von Wissensnutzungsprozessen bei Sozialarbeiter:innen und Genesungsbegleiter:innen*. In: Soziale Arbeit, 72 (6), S. 211-217.
- Norton, M. J. et al. (2025): *Exploring Neurodiversity within Recovery Education and Lived Experience Recovery Based Settings: A Scoping Review Protocol*. In: HRB Open Research, 8, 34. <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.14074.1>.
- Oevermann, Ulrich (1996): *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns*. In: Combe, Arno & Helsper, Werner (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 70–183.
- Perlin, M. L. (2000): *The Hidden Prejudice: Mental Disability on Trial*. Washington, D.C..
- Poole, J. M. et al. (2012): *Sanism, 'mental health', and social work/education: A review and call to action*. In: Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice, 1, S. 20-36.

- Rüsch, N. (2021). *Das Stigma psychischer Erkrankung: Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung*. Urban & Fischer.
- Salisbury, Y. et al. (2025): *Neurodiverse inclusive social work education considered through a student partnership*. In: *Social Work Education*, 44 (5), S. 1215-1230. <https://doi.org/10.1080/02615479.2024.2378915>.
- Schenk, C. (2014): *The Perception of the Professional Self of Social Workers in Private Practice*. Stellenbosch. <https://doi.org/10.15270/42-3-299>.
- Singer, J. (1998): *Odd people in: The birth of community amongst people on the autistic spectrum. A personal exploration of a new social movement based on neurological diversity*. Honours thesis, University of Technology Sydney. Online: https://terapiastimulus.fi/wp-content/uploads/2023/07/Odd_People_In_The_Birth_of_Community_amo.pdf [abgerufen am 11.12.2025].
- Smit, D.; Miguel, C.; Vrijzen, J. N.; Groeneweg, B.; Spijker, J. & Cuijpers, P. (2022): The Effectiveness of Peer Support for Individuals with Mental Illness: Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Psychological Medicine*, 53 (11), S. 5332–5341. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002422>.
- Steinkühler, J. et al. (2023). *Die Studierendenbefragung in Deutschland: best 3. Studieren mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung*. DZHW.
- Teubner, U. (2008): *Beruf: Vom Frauenberuf zur Geschlechterkonstruktion im Berufssystem*. In: Becker, R. & Kortendiek, B. (Hrsg.): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung*. 2. Aufl., Wiesbaden, S. 491-498.
- Utschakowski, J. et al. (2015): *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Bonn.
- Utschakowski, J. (2016): *Von der Ich-Erfahrung zum Wir-Wissen. Die Transformation des Erfahrungswissens in der EX-IN-Qualifizierung*. In: *Psychiatrische Praxis*, 43 (5), S. 244-246.
- Wägerle, J. (2025): *Rechtliche Betreuung als unterstützendes System in der Krise: Eine kritische Betrachtung der Qualitäten Rechtlicher Betreuung*. In: Staats, M. et al. (Hrsg.): *Soziale Arbeit zwischen Krise und Kritik*. Weinheim: Beltz Juventa, S. 70-85.
- Winker, G. & Degele, N. (2009): *Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten*. Bielefeld.
- Winter, K.; Radtke, M. & Berger, M. (2015): *Recovery in Psychiatrie und Psychotherapie: Die unterschiedlichen und sich wandelnden Recovery-Konzepte*. In: *Neurologie & Psychiatrie*, 17 (6). <https://doi.org/10.1007/s15005-015-1216-0>.
- Zerubavel, N. & Wright, M. O. D. (2012): *The dilemma of the wounded healer*. In: *Psychotherapy*, 49 (4), S. 482-491. <https://doi.org/10.1037/a0027824>.