

Selbstbestimmt dabei.

Interessenvertretung von Menschen mit psychischer
Beeinträchtigung unter dem Aspekt von Recovery

Tamara Dorner
Martin Gebetsberger

Masterthese
eingereicht zur Erlangung des Grades
Master of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Im April 2014

ErstbegutachterIn:
FH-Prof. DSA Mag.^a Dr.ⁱⁿ Monika Vyslouzil

ZweitbegutachterIn:
FH-Prof. DSA Mag.^a Gertraud Pantucek

Abstract

Das Forschungsprojekt greift das Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen auf und holt dazu Sichtweisen von Personen mit psychischer Beeinträchtigung ein. Bei Analyse des österreichischen „Nationalen Aktionsplans 2012-2020“ finden sich nur wenige Maßnahmen, die auf die Förderung von Menschen mit psychischer Behinderung abzielen, was darauf schließen lässt, dass diese keine entsprechende Interessenvertretung haben. Die zentrale Frage dieser Forschung beschäftigt sich damit, wie eine Lobby von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung stärker etabliert werden kann. Auf Basis einer Internet-Datenanalyse entsteht ein Überblick über den aktuellen Stand der Selbsthilfe und der Interessenvertretung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in Österreich. Mittels Fragebögen, Interviews und Themenanalyse werden Erfahrungen Betroffener in ihrem persönlichen Recovery-Prozess erhoben. Dieser stellt eine wesentliche Voraussetzung für einen aktiven Einsatz in der Interessenvertretung dar. Das Ergebnis der Forschung zeigt vielfältige Potenziale von Betroffenen auf, die sowohl in der Selbsthilfe und Interessenvertretung als auch in der Sensibilisierung und Aufklärung der Allgemeinheit für einen konstruktiven Umgang mit psychischen Belastungen Nutzen bringen kann.

Schlagworte

Psychische Beeinträchtigung, Recovery, Selbsthilfe, Interessenvertretung, Experienced Involvement, psychosoziale Versorgung, Behindertenrechtskonvention

The present work deals with the right to self-determination and participation in the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The object of the study is to consider the perspectives of people with mental disabilities. In the Austrian “National Action Plan 2012 – 2020” few measures for the promotion of people with psychological impairment are discussed. The study suggests that these people have no corresponding political representation. The main focus concerns itself with creating a lobby group of disabled people to establish a stronger voice in politics. An overview of the current status of self-help and advocacy of people with mental impairment is

based on an Internet - Data Analysis. To identify the experiences of affected people in their personal recovery process, surveys were conducted with questionnaires and interviews. A successful recovery process is an essential prerequisite for active participation in advocacy. The results of the research show how people who had suffered from mental illness can help constructively in both the self-help and advocacy as well as in raising awareness and educating the general public.

Keywords

Mental impairment, recovery, self-help, advocacy, experienced involvement, psychosocial care, UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities

„Keine Schuld ist dringender, als die, Dank zu sagen.“

(Marcus Tullius Cicero)

Bei gelingender Forschungsarbeit steht frau/man auf den Schultern vieler – um vielleicht wieder ein wenig den Horizont zu weiten. Für diese Arbeit haben uns viele Fachleute „einen Lift“ gegeben: Erfahrene Betroffene, KollegInnen und ProfessorInnen im Studium an der Fachhochschule, VertreterInnen von Sozialorganisationen, KollegInnen der International Federation of Social Workers.

Besonderer Dank steht auch unseren Familien und FreundInnen zu, die immer wieder Rücksicht auf die Zeitpläne des Forschungsprojektes genommen haben.

Spezieller Dank gebührt jenen VertreterInnen der Organisationen, die uns den Weg für die Datenerhebung ebneten – FEM Süd Frauenassistenz (Wien), Caritas der Diözese St. Pölten und der Verein HSSG – Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit Niederösterreich, pro mente Oberösterreich und exit-Sozial (Oberösterreich).

Außerordentlich großer Dank kommt aber vor allem den Betroffenen zu, die sehr zahlreich an der Fragebogenerhebung teilgenommen haben und sich als InterviewpartnerInnen zur Verfügung gestellt haben.

Inhalt

1 Einleitung	1
2 UN-Konvention.....	4
2.1 Definition von Behinderung in der Konvention.....	5
2.2 Teilhabe und Autonomie.....	6
Exkurs: Inklusion	7
2.3 Das innovative Potenzial der Konvention	8
2.4 UN-Konvention und psychische Erkrankung	9
2.5 Stigmatisierung und Diskriminierung	9
2.6 Monitoringausschuss.....	11
2.7 Zusammenfassung	12
3 Soziale Arbeit.....	12
3.1 Definition der Sozialen Arbeit	13
3.2 Menschenrechte und Soziale Arbeit.....	14
3.3 Aufgaben der Sozialen Arbeit.....	15
3.4 Politisches Mandat und Soziale Arbeit.....	16
3.5 Soziale Arbeit und psychische Beeinträchtigung.....	17
3.6 Zusammenfassung	18
4 Psychische Beeinträchtigungen	18
4.1 Diagnose psychischer Erkrankungen	19
4.2 Klassifikation psychischer Beeinträchtigung und Behinderung.....	20
4.3 Relativierungen psychischer Krankheit.....	23
4.4 Psychische Beeinträchtigung in Österreich	24
5 Recovery.....	26

Inhalt

5.1 Entstehen einer Recovery-Bewegung	27
5.2 Entwicklungen in ausgewählten Ländern.....	28
5.3 Beispiele von Betroffenen entwickelten Recovery-Programmen	31
5.4 Zusammenfassung	32
6 Lobbying.....	33
6.1 Begriffsbestimmungen und Abgrenzung.....	34
6.1.1 Lobbying / Interessenvertretung	35
6.1.2 Public Affairs.....	36
6.1.3 Public Relations / Öffentlichkeitsarbeit.....	37
6.1.4 Politikberatung / Political Consulting.....	38
6.2 Aufgaben/Funktionen und Techniken von Lobbying.....	38
6.3 Lobbying in der öffentlichen Meinung	40
6.4 Zusammenfassung	40
7 Forschungsinteresse und Forschungsfrage	42
8 Feldzugang	44
8.1 Stichprobe	44
8.2 Datengewinnung.....	45
9 Datenanalyse	47
9.1 Selbsthilfe-Plattformen.....	48
9.2 Spezifische Selbsthilfe-Initiativen	49
9.3 Betroffene Einzelpersonen	50
9.4 Sozial- und Gesundheitsorganisationen	51
9.5 Öffentliche Selbsthilfeförderung.....	53
9.6 Profitunternehmen	53
9.7 Zusammenfassung	54

Inhalt

10 Fragebogen.....	55
10.1 Gütekriterien.....	56
10.1.1 Objektivität.....	56
10.1.2 Reliabilität.....	56
10.1.3 Validität.....	57
10.2 Auswertung Fragebogen.....	57
10.2.1 Personenbezogene Daten.....	58
10.2.2 Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen.....	59
10.2.3 Wünsche hinsichtlich der Anliegen einer Interessenvertretung.....	60
10.2.4 Interesse und Wichtigkeit an/von Interessenvertretungen.....	61
10.3 Zusammenfassung.....	62
11 Interviews.....	63
11.1 Teilstrukturiertes narratives Interview.....	63
11.2 Auswertung der Transkripte.....	64
11.3 Auswertung der Interviews.....	65
11.3.1 Krankheit und Gesundheit.....	66
11.3.2 Hilfsangebote.....	70
11.3.3 Lernprozesse.....	74
11.3.4 ExpertInnen aus Erfahrung.....	76
11.3.5 Sensibilisierung.....	79
11.3.6 Teilhabe.....	83
11.4 Zusammenfassung.....	86
12 Zusammenfassung und Ausblick.....	87
13 Literatur.....	92
14 Daten.....	101

Inhalt

15 Abbildungsverzeichnis	102
16 Anhang.....	103
16.1 Liste der Webseiten.....	103
16.2 Fragebogen	110
16.3 Interview Leitfaden	115

1 Einleitung

Tamara Dorner, Martin Gebetsberger

Die vorliegende Forschungsarbeit nimmt die Bemühungen in Österreich seit der Unterzeichnung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung im Jahr 2008 und den im Jahr 2012 vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz veröffentlichten „Nationalen Aktionsplan Behinderung 2012-2020“ zum Anlass, näher hinzuschauen, ob und wie sich Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung darin wiederfinden. Die AutorInnen gehen der Frage nach, wie beide Dokumente zur Verbesserung der teilweise auch in Österreich sehr prekären Lebenssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen nutzbar gemacht werden können.

Wie bereits der Titel anklingen lässt, wird in der Forschungsfrage der Fokus auf die beiden Denkmodelle Lobbying und Recovery gelegt. Das Modell Recovery geht vom persönlichen Gesundungsprozess einzelner Menschen aus, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Lobbying bzw. Interessenvertretung zielen vor allem auf die Bündelung von Anliegen ab und stellen letztlich die Demokratie- und Machtfrage in den Mittelpunkt.

In ihrem für die Behandlung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung in Österreich richtungsweisenden Buch „Recovery – das Ende der Unheilbarkeit“ lassen die beiden Autorinnen Michaela Amering und Margit Schmolke eine Reihe von Betroffenen zu Wort kommen, die den eigenen Genesungsprozess beschreiben. Für viele davon entwickelt sich der persönliche Recoveryweg auch zu einem politischen Engagement für die Verbesserung der Lebenschancen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Die beiden Autorinnen definieren „Recovery als Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle hin zu einem selbstbestimmten sinnerfüllten Leben“ (Amering/Schmolke 2007:11).

Die ansteigende Komplexität unterschiedlicher Politikbereiche in der gegenwärtigen Wissensgesellschaft und der damit verbundene Informationsbedarf als Basis für die Regulierung durch die Legislative machen es erforderlich, dass die EntscheidungsträgerInnen mit externer Expertise versorgt werden müssen. In einer

pluralistischen, demokratisch organisierten Gesellschaft bildet Lobbying mittlerweile einen zentralen Aspekt politischer Entscheidungsbildungsprozesse, weshalb manche Beobachter Lobbyismus bereits als fünfte Gewalt charakterisieren (vgl. Leif/Speth 2006 zit. n. Kleinfeld/Willems/Zimmer 2007:11). Öffentliche und private Verbände, Nichtregierungsorganisationen und andere Lobby-AkteurInnen übernehmen die Aufgabe, mitunter diffuse und unpräzise Anschauungen und Belange ihrer KlientInnen zusammenzufassen und zu kanalisieren, und demnach Komplexität zu vermindern. Infolgedessen werden verschiedene Standpunkte sichtbar und erst prinzipiell verhandelbar und können in den politischen Arenen wichtige Inputs zur Willensbildung liefern.

Die vorliegende Arbeit hat es sich zum Ziel gesetzt, unter den Aspekten Recovery und Interessenvertretung die Situation von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in Österreich im Sinne der UN-Konvention näher zu beleuchten. Ausgehend von der Darstellung der Forderungen und des Potenzials, welches in der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung sowie der Begriffsklärung und der derzeit immer noch vorherrschenden Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung soll ein Bogen über das Verständnis von psychischer Beeinträchtigung, den Recoveryprozessen bis hin zu den Formen von Lobbying gespannt werden, um in der anschließenden praktischen Auseinandersetzung einen Ausblick auf noch zu erfolgende Schritte hin zu einer gelingenden Umsetzung der Forderungen der Behindertenrechtskonvention zu geben.

Die Gliederung der Arbeit setzt einen theoretischen und praktischen Schwerpunkt. Im Theorieteil werden Themen im Hinblick auf das Forschungsinteresse erörtert, im praktischen Teil die Ergebnisse aus Datenanalyse, Fragebogen und Interviews dargestellt und in der Folge eine Zusammenfassung und ein Ausblick auf gefundene Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung gegeben.

Kapitel 2 beschäftigt sich mit der Auseinandersetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung unter dem Aspekt der psychischen Beeinträchtigung. Das Verständnis des Behinderungsbegriffes, die Definition und

Bedeutung von Inklusion und auch die Beschäftigung mit Stigmatisierung und Diskriminierung sind zentrale Punkte dieses Abschnitts.

Kapitel 3 lenkt den Blick auf die Aufgaben und Möglichkeiten der in der Sozialen Arbeit Tätigen. Ziel der Auseinandersetzung ist das Verorten dieser Profession und eine Darstellung von Unterstützungsmöglichkeiten in der Arbeit mit Menschen mit psychischer Beeinträchtigung.

In Kapitel 4 – Psychische Beeinträchtigung – erfährt der Begriff eine Bestimmung, verortet diesen in den gängigen Klassifikationssystemen und beleuchtet die Situation in Österreich.

Im Anschluss daran wird der Aspekt Recovery (Kapitel 5) als Genesungsprozess von Betroffenen beschrieben. Ausgehend von der Begriffsbestimmung wird die Entwicklung dieser „Bewegung“ anhand von Beispielen dargestellt.

Den Abschluss der theoretischen Darlegung bildet das Kapitel 6 – Lobbying – mit den unterschiedlichen Möglichkeiten und Einsatzbereichen von Interessenvertretung in der Arbeit mit der Öffentlichkeit bzw. der Legislative.

Kapitel 7 (Forschungsinteresse) und Kapitel 8 (Feldzugang) markieren den Anfangspunkt der praktischen Auseinandersetzung und stellen die Hintergründe der Motive zur Beschäftigung mit dieser Thematik sowie den Zugang zu den erhobenen Daten dar.

Die Beschreibung der verwendeten Methoden der Erhebung und die Ergebnisse aus den einzelnen Befragungen finden in Kapitel 9 (Datenanalyse), Kapitel 10 (Fragebogen) und Kapitel 11 (Interviews) ihre Beachtung.

Abschließend wird in Kapitel 12 – Zusammenfassung und Ausblick – eine Zusammenfassung der Erkenntnisse dargelegt und ein Ausblick für den weiteren Umgang mit dieser Thematik in Form von Handlungsoptionen erarbeitet.

2 UN-Konvention

Tamara Dorner

Menschen mit Behinderung sind nicht nur durch die Haltung von anderen Personen sondern auch durch institutionelle sowie strukturelle Rahmenbedingungen in vielen Bereichen des täglichen Lebens benachteiligt. Ein Rechtsinstrument für die Durchsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderung und somit einen bedeutsamen Schritt in Richtung Gleichheit stellt die Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) dar. Die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, deren Entstehung ein mehrjähriger Prozess mit der Beschäftigung zum Thema Behinderung vorausging, wurde im Dezember 2006 von der Vollversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet. Österreich hat diese Konvention 2008 ratifiziert und sich im Zuge dessen verpflichtet, die Standards der UN-Konvention-Forderungen durch österreichische Gesetze umzusetzen und zu gewährleisten (vgl. Wegscheider 2010:10-15).

Mit dieser Verpflichtung geht allerdings eine beträchtliche Herausforderung bei der Umsetzung einher, zumal der gesellschaftliche Umgang von Menschen mit Behinderung größtenteils gegenläufig zur UN-Konvention mit ihren Normen und festgeschriebenen Rechten passiert. Durch die Hinwendung zu einem sozialen Modell der Behinderung, dessen Hauptaugenmerk auf den Wünschen und Bedürfnissen und dem Willen des betroffenen Menschen liegt, wird das Wohl des Individuums zum Gradmesser von Unterstützung, die unter Bezugnahme auf ein den Begabungen und Dispositionen des Einzelnen geführtes selbstbestimmtes Leben abzielt. Dazu sind im allgemeinen Teil der Konvention wesentliche Grundsätze formuliert, die eine Abwendung „vom stellvertretenden Handeln (substituted decision, substituted activity) zu einer Unterstützung bei der Ausübung der eigenen Rechts- und Handlungsfähigkeit (supported decision, supported activity)“ (vgl. UN-Konvention, Wunder 2009:o.A.) fordert.

Ein Leitgedanke der UN-Konvention ist, wie in Artikel 1 festgelegt, „den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderung zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und durch

Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern“ (Art. 1 der UN-Konvention). Demzufolge ist auch die Behindertenrechtskonvention – wie schon die Konventionen zu den Frauen- und den Kinderrechten – keine Konvention der Sonderrechte, sondern konkretisiert lediglich den allgemeingültigen Menschenrechtsschutz für die Gruppe der Menschen mit Behinderung aufgrund der Tatsache, dass sie in spezieller Form mit Problematiken beim Zugang zu diesen Grundrechten und damit verbundenen Gefährdungen konfrontiert sind. Im Konkreten bedeutet dies nun, dass die Konvention von den Überlegungen ausgeht, dass erst dann von Beachtung der Menschenwürde gesprochen werden kann, wenn gleichzeitig Freiheitsrechte als auch Schutzrechte eines Menschen berücksichtigt werden. Freiheitsrechte beziehen sich auf Selbstbestimmung, Persönlichkeitsentfaltung, Individualität, Meinungsfreiheit und Schutz vor Diskriminierung wohingegen Schutzrechte die Gesellschaft in den Mittelpunkt rücken und auf Sicherung der physischen und sozialen Bedingungen, auf geeignete Behandlung von Krankheit und entsprechenden Umgang bei Hilfebedürftigkeit plädieren. Demzufolge bildet erst eine gesicherte finanzielle Grundlage durch Sozialrechte die Voraussetzung, dass Freiheitsrechte zur Führung eines selbstbestimmten und unabhängigen Lebens Wirksamkeit erlangen können.

Ein zweiter wesentlicher Grundgedanke – beziehend auf die Behinderungsdefinition der WHO von 2001 – der UN-Konvention ist, dass physisch, psychisch, kognitiv und von Sinnesschädigungen betroffene Menschen durch verschiedene, gesellschaftlich bestimmte Faktoren gehindert werden, uneingeschränkt und selbstwirksam sowie gleichberechtigt an der Gesellschaft teilzuhaben. Im Hinblick auf diesen Leitgedanken beschreibt die Behindertenrechtskonvention den Auftrag der staatlichen Legislative, nämlich diese beschränkenden Größen in der Gesellschaft abzuwehren und abzubauen (vgl. Aichele 2008:8-10, Wunder 2009:o.A.).

2.1 Definition von Behinderung in der Konvention

Definitionen von Behinderung sind in der Mehrzahl der Fälle aufgrund des Defizitgedankens stigmatisierend. Die UN-Konvention unterlässt es eine

abschließende Begriffsbestimmung festzusetzen, denn ihr liegt das soziale Modell zugrunde, was bedeutet, dass die Grundprinzipien Respekt und Würde der Menschen sich nicht auf ein medizinisches Modell reduzieren lassen. Die Bedeutung von Behinderung ist aus folgender Zielsetzung heraus zu denken, nämlich

„Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern“ (Art. 1 der UN-Konvention).

In diesem Verständnis ist der Begriff Behinderung einer ständigen Neugestaltung unterworfen und wird lediglich auf gesellschaftliche Barrieren und fehlende Unterstützung zurückgeführt (Graumann 2008:o.A.). Auch Aichele (2008) zufolge wird Behinderung als „dynamisches Konzept verstanden, das hinreichend offen ist, um Erfahrungen und Erkenntnisse zukünftiger gesellschaftlicher Lern- und Sensibilisierungsprozesse einzubeziehen“ (ebd.:5). Auf diese Weise würde auch das medizinische Klassifikationsmodell, das sich lediglich auf Funktionsbeeinträchtigungen von Einzelnen bezieht, und worauf auch im Sozialrecht zurückgegriffen wird, obsolet werden. Dies bedingt in der Folge, dass der Defizit-Ansatz in der Verständigkeit von Behinderung durch einen Diversity-Ansatz ersetzt wird, welcher seine Verortung der Problematik im Umgang mit der betroffenen Personengruppe im gesellschaftlichen Kontext sieht (Bielefeldt 2009:6-9).

2.2 Teilhabe und Autonomie

Die Maximen der UN-Konvention sind in der vollen gesellschaftlichen Teilhabe – also der Inklusion – festzumachen. Bei der Übertragung der UN-Konvention ins Deutsche wurde allerdings das Wort Inklusion mit dem Wort Integration übersetzt, was den Schluss zulassen könnte, dass aufgrund der unterschiedlichen Bedeutungen Dekrete erlassen werden, die nicht im Einklang mit der Konvention stehen (bizeps online 2013:o.A.).

Exkurs: Inklusion

Die Bedeutung des Begriffs soziale Inklusion wird im Ilse Arlt Institut für soziale Inklusionsforschung (o.J.) als „Möglichkeit der Nutzung und Mitgestaltung der gesellschaftlichen und sozialen Prozesse, wie jene der Produktion, Reproduktion, Kommunikation und Rekreation als Grundlage für eine selbstbestimmte Lebensführung“ beschrieben. Ihm gegenüber steht der Begriff der Integration, welcher in der Soziologie als Entwicklung einer Lebens-, Kommunikations- und Arbeitsgemeinschaft mit dem Einbezug aller Menschen – gleich welcher Gruppierungen – die zuvor aus dem System ausgeschlossen waren, definiert wird. Behinderte Menschen im Verständnis der Integration werden von der Gesellschaft allerdings eher nur akzeptiert, wohingegen sie im Verständnis der Inklusion die Möglichkeit haben vollständig an ihr teilzunehmen oder teilzuhaben (vgl. Abb. 1:7).

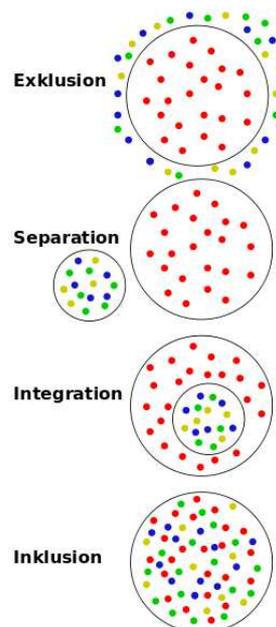


Abb. 1: Formen des Zusammenlebens zwischen unterschiedlichen Gruppen in einer Gesellschaft/unterschiedlichen Mitgliedern in einer Gruppe (Quelle: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Stufen_Schulischer_Integration.svg)

Dies wiederum bedeutet in einer logischen Schlussfolge, dass Strukturen des Gesellschaftssystems dahingehend verändert werden, dass sich Personen mit Beeinträchtigungen in allen Bereichen des Lebens barrierefrei bewegen können. Derartige Forderungen werden auch in der

Menschenrechtskonvention und der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung angestrebt, scheitern derzeit aber noch an der Starrheit bestehender Gesellschaftsstrukturen und fehlender Ressourcen für die Umsetzung.

Gemeinsam mit der Forderung nach Inklusion, ganz gleich welcher Unterstützungsbedarf dafür notwendig ist, ist die Achtung der Autonomie und der sozialen Wertschätzung behinderter Menschen in der Gesellschaft als wesentlich einzustufen. Verbunden damit ist die Kombination von Freiheitsrechten und sozialen Rechten, einerseits als Abwehrrechte gegen amtlich-behördliche oder anderweitige Interventionen in die Freiheit der Einzelnen, andererseits als Anspruchsrechte auf soziale Dienstleistungen (Graumann 2008:o.A.). Dies bedeutet nun konkret, dass das Recht auf gleiche Anerkennung als rechtsfähige Person nicht nur den Schutz vor Belieben und Ungleichbehandlung vor dem Gesetz, sondern auch die erforderliche Unterstützung und Assistenz, die behinderte Menschen benötigen, um ihre Rechte definitiv ausüben zu können (Art. 12; Art. 13 der UN-Konvention), umfasst. Letzteres ist allerdings nur dann durchführbar, wenn beide Rechtsansprüche verknüpft werden.

2.3 Das innovative Potenzial der Konvention

Die Behindertenrechtskonvention wird durch die Geschlossenheit und Gleichrangigkeit von Freiheitsrechten einerseits und der sozialen Menschenrechte andererseits bestimmt, wobei diese Grundsätze allerdings umstritten sind, da oft eingewandt wird, dass soziale Rechte unbestimmt sind und aus diesem Grund Freiheitsrechte verletzen würden, was wiederum bedeutet, dass ihnen ein nachgeordneter Status zukommt (vgl. Lob-Hüdepohl 2007:87-90). So gesehen wären aber Freiheitsrechte für Menschen mit Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen nutzlos, denn gleichberechtigte Teilhabe in der Gesellschaft wird durch das Fehlen von materiellen Grundlagen für ein selbstbestimmtes und unabhängiges Leben verhindert. Zudem haben Personen mit Beeinträchtigungen oft die Erfahrung machen müssen, dass soziale Leistungen meist mit Bevormundung und Fremdbestimmung verknüpft sind (vgl. Graumann 2008:o.A.).

2.4 UN-Konvention und psychische Erkrankung

In der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sind Personen angesprochen, bei denen eine physische, geistige, psychische oder Sinnesbeeinträchtigung besteht. In Artikel 29 der Behindertenrechtskonvention wird festgeschrieben, dass Menschen mit Behinderungen die Chance bekommen sollten, sich aktiv in Entscheidungsprozesse über politische Konzepte einzubringen und Programme mitzugestalten. Derartiges könnte dann gelingen, wenn die Möglichkeit zur Mitarbeit in Nichtregierungsorganisationen und/oder Vereinigungen gegeben und die Entstehung von Organisationen von Menschen mit Behinderungen forciert wird (vgl. Art. 29 der UN-Konvention).

Ein Problem, das sich nicht nur in Österreich stellt ist, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen zu wenig daran beteiligt sind, wie eine entsprechende und bedürfnisorientierte Leistungsgestaltung aussehen könnte, respektive wie sowohl eine Leistungsbewilligung als auch eine Leistungsdurchführung strukturiert sein müsste. Auch in der Gestaltung des Sozialraumes und in der jeweiligen Gesetzgebung ist diese Personengruppe zu wenig oder fast gar nicht repräsentiert. Hilfestellungen hierfür könnten in der Förderung der Infrastruktur von regionaler Selbsthilfe verortet werden; wobei eine Finanzierung von überregionaler Interessenvertretung zu überdenken wäre (Selbstverwaltung, gemeinsamer Bundesausschuss, Bundes- und Länderprogramme). Daneben müsste eine Beteiligung an der Konzeptentwicklung durch Menschen mit psychischer Beeinträchtigung von Unterstützungsangeboten forciert werden (vgl. Wunder 2009:o.A.).

2.5 Stigmatisierung und Diskriminierung

Stigmatisierung und Diskriminierung bezeichnen nach wie vor eine bedeutende Belastung für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen. Wahl (1999) geht davon aus, dass Vorurteile die folgenschwerste Problematik bilden, mit der sich psychisch kranke Menschen auseinandersetzen haben. Selbstachtung und Selbstwert der Betroffenen werden durch Stigmatisierung und Diskriminierung beeinträchtigt und in der Folge werden sie generell soziale Beziehungen zerstören,

was sich wiederum auf zusätzliche andere Lebensbereiche – wie beispielsweise Wohnungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten – negativ auswirken kann. Auch nach vollständiger Wiederherstellung oder Genesung können sich diese „Behinderungen“, welche eine Bandbreite an sozialen, emotionalen als auch ökonomischen Auswirkungen haben können, fortsetzen. Derartige Belastungen betreffen aber in der Regel nicht nur ausschließlich die betroffenen Menschen, sondern können auch deren Angehörigen miteinbeziehen (vgl. ebd.:o.A.).

Goffmann (1975) bezeichnet Stigma als ein physisches, psychisches oder soziales Merkmal, wodurch eine Person von den übrigen Mitgliedern einer Gesellschaft oder einer bestimmten Gruppe von völliger Anerkennung ausgeschlossen ist, weil sie sich negativ davon unterscheidet. Ein zentrales Kriterium von Stigmatisierung ist, dass den MerkmalsträgerInnen negative Dispositionen beigemessen werden, die in keinerlei Zusammenhang mit dem eigentlichen Merkmal oder dem beobachtbaren Verhalten stehen. Stigma bildet sich innerhalb von sozialen Beziehungen und Interaktionen aus (vgl. ebd.:30-44). Die Entstehung von Stigma passiert – bei Goffman (1975) als „Moralischer Werdegang“ (ebd.:45-55) bezeichnet – wie folgend beschrieben:

- Der Bezug von Betroffenen bzw. VerursacherIn(nen) zur Art wie Stigma wahrgenommen wird, wird hergestellt.
- Alle Aspekte der Identität – angefangen bei der persönlichen bis hin zur Gruppenidentität – werden angesprochen.
- Und schließlich wird Bezug genommen auf Reaktionen von Betroffenen bzw. VerursacherIn(nen).

Link und Phelan (2001, zit. n. Guterrez-Lobos/Trapp 2006:2) vertreten die Hypothese, dass während der Sozialisation der Grundstein für soziale Annahmen über psychische Krankheiten gelegt wird. Diese Internalisierung bedingt in der Regel bei den Individuen unserer Gesellschaft die Verknüpfung des Merkmals der psychischen Erkrankung mit einem negativen Stereotyp oder der Voreingenommenheit, dass Menschen mit dieser Beeinträchtigung unberechenbar und/oder gefährlich sind. Damit verbunden ist ein Statusverlust der stigmatisierten

Personen. Wenn nun aus derartiger Voreingenommenheit auch noch Konsequenzen im Verhalten ableitbar sind, erfolgt daraus Diskriminierung. Die Folgen der Stigmatisierung und Diskriminierung von Personen mit psychischer Beeinträchtigung sind für die Betroffenen vor allem in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld und dem ihrer Angehörigen am bedeutsamsten, da vielfach Probleme in der Arbeitswelt und/oder bei der Wohnungssuche resultieren. Des Weiteren erfolgt durch eine medizinische Behandlung eine offizielle Etikettierung, die sich verändernd auf das Verhalten der Betroffenen auswirken und den Krankheitsverlauf demnach negativ beeinflussen kann. Grund dafür ist nicht zuletzt eine Selbststigmatisierung durch Verinnerlichung von Stigmatisierung und Diskriminierungserlebnissen, welche zu einer sekundären Erkrankung führt (vgl. Gutierrez-Lobos/Trappl 2006:2-5).

2.6 Monitoringausschuss

In Österreich gibt es zwar eine Vielzahl an Einrichtungen – wie beispielsweise den Menschenrechtsbeirat, die Gleichbehandlungskommission oder die –anwaltschaft – die zum Teil die Anforderungen der Pariser Prinzipien (vgl. Vereinte Nationen 1993) erfüllen, es besteht allerdings, wie gefordert, keine nationale Menschenrechtsinstitution, welche die Aufgabe hat die Menschenrechte im Inland zu fördern und zu sichern. Zur Umsetzung der UN-Konvention für die Rechte der Menschen mit Behinderungen wurde hierzu nun ein Monitoringausschuss eingerichtet, der die Überwachungsaufgaben bei der Erfüllung der Forderungen übernimmt. Der Monitoringausschuss, welcher als Beratungsgremium des Behindertenbeirats im Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz installiert wurde und diesen regelmäßig über seine Beratungen informiert, kann im Einzelfall Stellungnahmen von Organen der Verwaltung einholen, Empfehlungen und Gutachten betreffend der Rechte von Menschen mit Behinderungen im Zusammenhang mit Angelegenheiten der UN-Konvention liefern und hat sämtliche Kontrollaufgaben gem. § 13 Bundesbehindertengesetz auszuführen. Die Mitglieder bzw. die Ersatzmitglieder werden von der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR) empfohlen, wobei

vier der insgesamt sieben Mitglieder unmittelbar der ÖAR, d.h. dem Kreis der organisierten Menschen mit Behinderungen, zuzuordnen sind, ein/e VertreterIn einer Nichtregierungsorganisation aus dem Bereich der Menschenrechte, ein/e VertreterIn einer Nichtregierungsorganisation aus dem Bereich der Entwicklungszusammenarbeit und ein/e VertreterIn aus der Wissenschaft. Der Monitoringausschuss ist ein unabhängiger Ausschuss, der die Einhaltung der Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen durch die öffentliche Verwaltung für den Bereich der Bundeskompetenz überwacht, was bedeutet, dass alle seine ehrenamtlichen Mitglieder dem Gesetz zufolge in ihrer Position unabhängig und weisungsfrei sind (vgl. Schulze 2011:21-23).

2.7 Zusammenfassung

Die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung verlangt unter anderem eine kritische Hinterfragung des vorherrschenden Verständnisses von sozialstaatlichen Solidarpflichten. Indem sie mit der Akzentuierung gesellschaftlicher Teilhabe bei zwingender Achtung persönlicher Autonomie ansetzt, fordert sie einen Paradigmenwechsel von einer „Politik der Fürsorge“ zu einer „Politik der Menschenrechte“. Damit folgt die Behindertenrechtskonvention der Tradition anderer „Gruppenkonventionen“ wie Frauen- und Kinderrechtskonvention und versucht Wegbereiter für Menschen mit Behinderung bzw. Beeinträchtigung aus der „gesellschaftlichen Verborgenheit“ zu sein. Dafür sollen aber keine Forderungen nach Sonderrechten beansprucht werden, sondern lediglich der generelle Menschenrechtsschutz im Hinblick auf diese Zielgruppe konkretisiert und präzisiert wird.

3 Soziale Arbeit

Tamara Dorner

Professionelle Soziale Arbeit in ihrer abwechslungsreichen Ausprägung orientiert sich an mannigfachen und vielschichtigen Interaktionen zwischen Menschen untereinander und ihrem sozialen Umfeld. Die Bestimmung von Sozialer Arbeit ist in der Befähigung des Menschen zu verankern, eine Entwicklung der ihm zur

Verfügung stehenden gesamten Möglichkeiten herbeizuführen, um sein Leben zu bereichern und Funktionsstörungen abzuwehren. Das Hauptaugenmerk von professioneller Sozialer Arbeit ist deshalb wesentlich in der Problemlösung und Veränderung zu verorten (vgl. IFSW 2005:o.A.).

3.1 Definition der Sozialen Arbeit

In gängigen Definitionen wird Soziale Arbeit als Oberbegriff von Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik beschrieben. Beispielsweise stellt die Brockhaus Enzyklopädie Soziale Arbeit dar als

„(...) Sammelbezeichnung für alle Teilbereiche der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, deren Angebote und Dienste über die Begriffe Beratung, Erziehung, Fürsorge, Hilfe und Pflege inhaltlich bestimmbar werden. Es gehören dazu die Alten-, Familien-, Jugend- und Sozialhilfe, neue Bereiche sind die Schule, berufl. Bildung und Arbeit, Wohnen, Stadtentwicklung und Politik. Getrennt von sozialer Arbeit wird weiterhin die Sozialpolitik (besonders das System der sozialen Sicherung) gesehen“ (Brockhaus online o.J.:o.A.).

In der fach einschlägigen Literatur wird Soziale Arbeit allerdings durch die International Federation of Social Workers (IFSW), welche sich als Föderation nationaler Berufsorganisationen der Sozialen Arbeit versteht, wie folgt definiert:

„Soziale Arbeit als Beruf fördert den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen und sie befähigt die Menschen, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten. Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift Soziale Arbeit dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit“ (IFSW 2005:o.A.).

Dieser Definition liegt ein dynamisches Verständnis professioneller Sozialer Arbeit zugrunde, welches als ein System von Werten, Theorien und Praxis verstanden werden kann. Derartige Werte sind in den internationalen und nationalen Berufscodizes, dem sogenannten Code of Ethics, festgehalten und werden von

humanitären und demokratischen Idealen geleitet. Diese Werte ergeben sich aus der Achtung vor der Gleichheit und Würde aller Menschen (vgl. IFSW 2005).

Obwohl die systemische Verortung Sozialer Arbeit allgemeingültig ist, verändert sich die Prioritätensetzung innerhalb der Praxis national und ist abhängig von kulturellen, historischen und sozioökonomischen Bedingungen. Hier gilt es anzumerken, dass die emotionalen und kognitiven Aspekte bei einer Umstrukturierung in der Regel längere Zeit dauern. Dies bedeutet, dass der hohe Anspruch der Ethik mit den derzeitigen Möglichkeiten der Sozialen Arbeit in der Praxis durch die unzähligen Vorgaben von Organisationen und der Akquirierung von finanziellen Mitteln deutlich auseinanderklaffen (vgl. IFSW 2005:o.A.). Die Anforderungen an die Soziale Arbeit „global denken, lokal handeln“ bildet die Einstellung der IFSW „die Nachsicht auf lokale und nationale Gegebenheiten mit einer Weit- und Weltsicht Sozialer Arbeit zu verknüpfen“ (IFSWS 2005:o.A.) ab. Unter dieser Verortung verstanden, kann Soziale Arbeit nicht nur als Profession, sondern auch als Teil einer globalen sozialen Bewegung gesehen werden.

3.2 Menschenrechte und Soziale Arbeit

Gemäß der Definition von Sozialer Arbeit durch die International Federation of Social Workers bilden die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit das Fundament der Sozialen Arbeit. Menschenrechte werden lt. Vereinte Nationen (1999) wie folgt dargestellt:

„Als Menschenrechte lassen sich ganz allgemein jene Rechte definieren, die unserer Natur eigen sind und ohne die wir als menschliche Wesen nicht existieren können. Die Menschenrechte und die grundlegenden Freiheiten erlauben uns, unsere menschlichen Eigenschaften, unsere Intelligenz, unsere Begabungen und unser moralisches Bewusstsein voll zu entwickeln und zu gebrauchen und unsere geistigen und sonstigen Bedürfnisse zu befriedigen. Sie gründen im zunehmenden Verlangen der Menschheit nach einem Leben, in dem die unveräußerliche Würde und der Wert jedes einzelnen Menschen Anerkennung und Schutz findet“ (ebd.:5).

Demzufolge haben Menschenrechte universellen Anspruch, denn sie gelten in derselben Weise für alle Menschen. Die Rechte jedes einzelnen Menschen – ganz gleich in welcher Situation oder unter welchen politischen Verhältnissen – müssen anerkannt und bewahrt werden (vgl. Vereinte Nationen 1999).

Menschenrechte und Soziale Arbeit haben ein zentrales Verbindungsglied durch die Berücksichtigung von Bedürfnissen, indem „(...) ihre Befriedigung keine Sache des Beliebens, sondern ein Gebot fundamentaler Gerechtigkeit ist“ (Vereinte Nationen 1999:7).

3.3 Aufgaben der Sozialen Arbeit

Zentrale Aufgaben der Sozialen Arbeit lassen sich in der Förderung sozialen Wandels, sozialer Entwicklungen und des sozialen Zusammenhalts zusammenfassen. Des Weiteren stehen die Befähigung und Emanzipation von Menschen im Blickpunkt der Unterstützung. Dies bedeutet nun, dass Soziale Arbeit einerseits aus instrumentellem Handeln, also der Anwendung von fachlichem Wissen und Techniken, und andererseits aus kommunikativem Handeln – der Verständigung über eine Lebensweise – besteht. Des Weiteren benennt professionelle Soziale Arbeit Grenzen, Differenzen und Diskriminierung, die in der Gesellschaft vorhanden sind. Die Aufgaben liegen sowohl im Antworten auf Krisen und Gefahren als auch in der Konzentration auf alltäglich auftretende persönliche und soziale Problematiken (vgl. IFSW 2005:o.A.).

Soziale Arbeit sah von Beginn an die menschlichen Bedürfnisse und deren Befriedigung in ihrem Hauptaufgabenbereich verortet. Aufgrund materieller Knappheit ist es allerdings unumgänglich das Aufgabenfeld dahingehend zu erweitern, dass neben der Orientierung an Bedürfnissen auch die Bekräftigung von Rechten notwendig wird. Das bedeutet nun, dass grundlegende Bedürfnisse in Rechte mit Leistungsanspruch übersetzt werden müssen, infolgedessen dann vom Staat oder übergeordneten Instanzen Anspruch eingefordert werden kann (vgl. Vereinte Nationen 1999:7-8).

Neben diesen Bereichen liegt ein wesentliches Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit in der anwaltschaftlichen Funktion gegenüber ihren KlientInnen, was allerdings für die in dieser Disziplin Tätigen gewisse Rollenkonflikte verursacht, welche unter dem Dilemma des doppelten Mandates zusammengefasst werden. Einerseits beinhaltet der Auftrag nämlich die Befriedigung von Bedürfnissen als auch die Stärkung der Rechte von Individuen und Gruppen, andererseits werden SozialarbeiterInnen gleichzeitig als VertreterInnen des Staates gesehen, da ihre ArbeitgeberInnen vielfach die etablierten anerkannten Mächte repräsentieren. In der Sozialen Arbeit haben sich demnach zwei Instanzen herausgebildet, welche die Aufgaben der Sozialarbeit organisieren. Auf der einen Seite sind Institutionen angesprochen, die weitgehend unabhängig von staatlichen Vorgaben sind und im Netz der Freien Träger ihre Verortung finden, auf der anderen Seite gibt es staatliche Institutionen, deren Arbeitsvorgaben ganz klaren gesetzlichen Regelungen unterliegen (vgl. Seibl 2010: 214-220).

3.4 Politisches Mandat und Soziale Arbeit

In Österreich steht es außer Frage, dass in bestimmten Einsatzbereichen von Sozialer Arbeit – beispielsweise in der Flüchtlingspolitik – diese ein politisches Mandat innehat. Allerdings herrscht in der Praxis zu dieser Frage kein Konsens. Auf der einen Seite stehen Gegner, die sich für eine strikte Trennung von politischer und beruflicher Rolle aussprechen, wie beispielsweise Lüssi (2001), der es folgendermaßen formuliert: „Politische Parteinahme und Polemik ist für den Sozialarbeiter in seiner Berufsrolle als sozialpolitischer Experte unangemessen und kontraproduktiv“ (ebd:125).

Demgegenüber stehen die Befürworter, die in der Sozialen Arbeit eine stetig wachsende Tendenz Richtung betriebswirtschaftlicher Orientierung bis hin zu politischem Engagement durch Druck auf die parlamentarische Demokratie und der Aktivierung der Öffentlichkeit sehen. Es wird in der Sozialen Arbeit zwar nicht der Auftrag konkret in einem politischen Mandat gesehen, allerdings sprechen sie sich sehr klar für die Befähigung der KlientInnen zur Selbstständigkeit hin aus, damit

diese souverän ihre Rechte wahrnehmen und durchsetzen können (vgl. Merten 2001).

3.5 Soziale Arbeit und psychische Beeinträchtigung

Die Soziale Arbeit kann in zahlreiche Arbeitsfelder mit unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkten unterteilt werden. Eine allgemeingültige Aufteilung, die diese Tätigkeitsfelder ordnet oder systematisiert, liegt aufgrund der Tatsache, dass Soziale Arbeit ständig auf neue Problemlagen zu reagieren hat und deshalb häufig Veränderungen in der Gliederung vorgenommen werden müssten nicht vor. Unterteilungen betreffen in der Hauptsache theoretische Hintergründe der Sozialen Arbeit, Methoden der Sozialarbeit als auch die Verortung der Sozialen Arbeit in Hilfs-Betreuungs- und Beratungseinrichtungen. Ebenso breit wie die Aufgliederung in den verschiedenen Arbeitsfeldern ist auch die Ein- und Aufteilung in entsprechende Zielgruppen (vgl. Stein 2008:356-359).

SozialarbeiterInnen, die in ihrer Arbeit mit Menschen mit psychischer Beeinträchtigung befasst sind, sind in der Regel im erweiterten psychiatrischen Umfeld zu verorten. Stationäre Betreuung, ambulante Betreuung in Wohngemeinschaften, Freizeiteinrichtungen, arbeitsmarktpolitische Maßnahmen, und Beratungsstellen bilden die Kernbereiche der Tätigkeitsfelder. Wie auf allen Gebieten der Sozialen Arbeit ist auch hier der Aufbau einer professionellen tragfähigen Beziehung in der besonders schwierigen und mitunter belastenden Lebenssituation zielführend. Neben der Mitbestimmung im Betreuungsprozess durch eine partizipative Herangehensweise, bestimmt auch die Analyse der sozialen Lebenswelten einen entscheidenden Faktor im sozialarbeiterischen Handeln. Durch diesen lebensweltbezogenen Ansatz erreicht auch die Klinische Sozialarbeit ihre Zielgruppe der Personen mit psychischer Beeinträchtigung und ist damit in der Lage Netzwerke aufzubauen, gegebenenfalls zu festigen und/oder unterstützend einzuwirken (vgl. Dörr 2005:11-15; 83-86).

Klinische Sozialarbeit ist eine „Fachdisziplin im Gesundheits- und Sozialwesen mit der Aufgabenstellung psychosozialer Beratung, Sozialtherapie und Krisenintervention“ (Geißler-Plitz/Mühlum/Pauls 2005:13). Wendt (2002) formuliert

folgendermaßen die Definition der Klinischen Sozialarbeit und verortet „ihre Kompetenz in schwierigen und defizitären Lebenslagen von Menschen. Sie hilft und führt zur Bewältigung und Besserung von Beeinträchtigungen. Die Nöte, Schwierigkeiten und Belastungen, bei denen Sozialarbeit einsetzt, sind oft gesundheitlich bedeutsam: sie bedingen Krankheiten oder verhindern Heilung. Auch im Falle von Krankheit oder Behinderung kommt es darauf an, mit ihr und ihren Folgen angemessen umzugehen, mit ihr leben zu lernen und sie sozial zu bewältigen, und zwar meist außerhalb des Medizinsystems“ (ebd.:39).

3.6 Zusammenfassung

Der ganzheitliche Fokus Sozialer Arbeit ist allgemein gültig, dennoch sind Variationen in der Prioritätensetzung Sozialer Arbeit sowohl national, regional als auch zeitlich legitim, da geschichtliche, kulturelle, politische und sozioökonomische Faktoren und Konstellationen mitzudenken sind. Die Praxis der Sozialen Arbeit umfasst eine Reihe von Maßnahmen, welche unter anderem in Therapie- und Beratungsformen, Betreuungsleistungen als auch in der advokatorischen Funktion und politischen Intervention zu verorten sind. Derartige Tätigkeiten haben das eigentliche Ziel, Vertrauen in die Zukunft, Selbstwertgefühl und kreatives Leistungsvermögen von Menschen zu steigern. Dadurch werden diese Menschen in die Lage versetzt sich gut gewappnet den mitunter unterdrückerischen Machtstrukturen zu stellen (vgl. IASSW 2005).

4 Psychische Beeinträchtigungen

Martin Gebetsberger

Ob eine Erkrankung auch eine Beeinträchtigung in der Lebensführung mit sich bringt, hängt von der Art, Schwere und Dauer einer Gesundheitsirritation aber wesentlich auch von den Rahmenbedingungen ab, in denen die betroffene Person lebt und mehr oder weniger geeignete Unterstützung findet. Bei psychischen Problemen kommt die Spezifität hinzu, dass andere Menschen die Dynamiken oft nur begrenzt nachvollziehen können. Wie psychische Störungen klassifiziert werden, welche Modelle für die Erfassung von Beeinträchtigungen entwickelt

wurden und welcher Stellenwert psychischen Problemen auch in Österreich zukommt, soll im Folgenden erörtert werden.

4.1 Diagnose psychischer Erkrankungen

Das im Laufe der Evolution entstandene Bewusstsein des Menschen erweist sich als komplexes System und auch als anfällig für Störungen. Um mit solchen psychischen Störungen umzugehen und diese einzuordnen, wurden in der Geschichte der Menschheit unterschiedlichste Ansätze gefunden. „Ob jemand als krank oder als gesund gilt, das hat sehr viel mit gesellschaftlichen Konventionen zu tun. Es scheint, dass wir heute weniger tolerant sind als die Menschen früherer Zeiten, dass wir also schneller dazu neigen, etwas Außergewöhnliches für krank zu erklären“ (Lütz 2011:34). Auf die vielfältigen historischen Entwicklungen der Psychiatrie in den vergangenen 200 Jahren soll hier nicht näher eingegangen werden. Jedoch konnte als ein Gemeinsames aller traditionellen Klassifikationssysteme „die Einteilung in exogene (organische), endogene und psychogene Störungen nach dem ‚triadischen System‘ gesehen werden“ (Paulitsch 2004:25). Diese Dreiteilung nach möglichen Ursachen von psychischen Erkrankungen stellte sich allerdings auch bereits „als wissenschaftlich unhaltbar heraus, da fast alle psychischen Störungen (...) einen psychogenen, einen exogenen (körperlichen) und einen endogenen (anlagebedingten) Anteil aufweisen“ (ebd.:27).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat seit ihrer Gründung 1948 als Unterorganisation der UNO mit der Systematisierung psychischer Störungen in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases) in der mittlerweile zehnten Fassung (ICD-10) ein umfassendes Diagnoseschema für Krankheiten entwickelt. Psychische und Verhaltensstörungen finden sich darin in Kapitel V (F). Für die Mehrzahl der darin beschriebenen psychischen Erkrankungen gibt es allerdings keine sicheren Laborbefunde. Die Diagnosen stützen sich daher „auf eine Beschreibung der Emotionen, des Verhaltens und der Erfahrungen eines Menschen“ (Dilling 2012:4). Im ICD-10 werden psychische Erkrankungen in den Kategorien F0 bis F9 zu vier Typen geordnet: Organische psychische Störungen; psychotische Störungen; neurotische,

Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen; Störungen der Kindheit, der Adoleszenz und Entwicklungsstörungen.

Neben der ICD-Systematik besteht in der Klassifikation der psychischen Krankheiten international eine zweite wichtige Entwicklungslinie mit dem ‚Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders‘ (DSM), das von der American Psychiatric Association (APA) erarbeitet wurde und seit 1994 in der Version DSM-IV Verwendung findet (vgl. Paulitsch 2004:29). Die aktuell neue Version DSM-5 liegt vorerst nur in der englischen Fassung vor. „When the Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) was released at the American Psychiatric Association’s Annual Meeting in May 2013, it marked the end of more than a decade’s journey in revising the criteria for the diagnosis and classification of mental disorders” (American Psychiatric Association 2013:o.A.). Im DSM-IV wird auf fünf Achsen diagnostiziert. Neben den medizinisch ausgerichteten Achsen I bis III bezieht sich die Achse IV auf psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme, die sich in folgende neun Problemkategorien aufgliedern: Probleme mit der Hauptbezugsgruppe, Probleme im sozialen Umfeld, Ausbildungsprobleme, berufliche Probleme, Wohnungsprobleme, wirtschaftliche Probleme, Probleme beim Zugang zu Einrichtungen der Krankenversorgung, Probleme beim Umgang mit dem Rechtssystem/Delinquenz, andere psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme (vgl. Pantuček 2009:241). Die Achse V des DSM-IV ist als GAF-Scale (Global Assessment of Functioning) bekannt und findet auch als einzelnes Einschätzungsinstrument Verwendung. Sie ermöglicht eine Einschätzung der aktuellen sozialen Funktionsfähigkeit einer Person in Form einer kompakten Darstellung auf einer Skala, die in der Zusammenarbeit mit Betroffenen realitätsbezogene Zielsetzungen erleichtern soll (ebd.:230).

4.2 Klassifikation psychischer Beeinträchtigung und Behinderung

Die Diagnostik mittels ICD-10 und auch nach der DSM-Systematik zielt auf die Feststellung einer Erkrankung ab. Der Begriff „psychische Beeinträchtigung“ spricht dagegen die je spezifischen Auswirkungen dieser Erkrankungen bzw. Störungen an. Diese können sich gerade bei psychischen Problemen sowohl aus Sicht der

Betroffenen als auch in der Wahrnehmung der Bezugspersonen durchaus wechselhaft gestalten. Ein großer Teil von psychischen Problemen und Erkrankungen führen aber – mit oder ohne therapeutische Behandlung – nicht zu länger andauernden Beeinträchtigungen und sind so auch nicht als Behinderung zu werten. In §1 des Bundesgesetzblattes der Republik Österreich Nr. 261/2010 findet sich die Definition: „Unter Behinderung (...) ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung (...) zu verstehen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere am allgemeinen Erwerbsleben, zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten“ (ebd.:o.A.). Viele psychische Probleme haben aufgrund der begrenzten Dauer in dieser Betrachtungsweise keine behinderungswertige Bedeutung. In der angeführten Definition geht die Gesetzgebung allerdings – wie auch für die UN-Konvention bereits in Kapitel 2 dargestellt – dazu über, die gesellschaftliche Teilhabe in den Mittelpunkt der Maßnahmen für Menschen mit Behinderung zu stellen. Die bisher dominierende medizinentrierte Sicht wird damit um die Teilhabe- bzw. Inklusions-Dimension erweitert. „The transition from an individual, medical perspective to a structural, social perspective has been described as the shift from a ‘medical model’ to a ‘social model’ in which people are viewed as being disabled by society rather than by their bodies“ (World Health Organization/The World Bank 2011:4).

Im Manual zur Anwendung der International Classification of Functioning (ICF) wird das Zusammenwirken des ICD-10 mit dem ICF folgendermaßen umrissen: „The ICF and ICD are two complementary WHO reference classifications (...). ICF is not associated with specific health problems or diseases; it describes the associated functioning dimensions in multiple perspectives at body, person and social levels“ (World Health Organization 2013:6). In diesem Sinne kann eine bestimmte Art von Beeinträchtigung auf sehr unterschiedlichen gesundheitlichen Ursachen beruhen. Beispielsweise mag eine Angststörung, die eine betroffene Person am Verlassen der Wohnung hindert, konkret ähnliche Auswirkungen bzw. Beeinträchtigungen nach sich ziehen wie eine Lähmung oder organisch bedingte Gehbehinderung. Es

geht also ganz alltagsbezogen um die konkrete Funktionsfähigkeit einer Person in ihrem jeweiligen Lebenskontext. „Mit dem Begriff der funktionalen Gesundheit wird die rein bio-medizinische Betrachtungsweise verlassen. Zusätzlich zu den bio-medizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen), die die Ebene des Organismus betreffen, werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) einbezogen“ (Schuntermann 2006:2).

Mit der ICF-Systematik „werden Bereiche klassifiziert, in denen Behinderungen auftreten können“ (Pantuček 2009:243). Eine Kombination aus Ressourcen- und Defizitorientierung beansprucht, „dass sowohl positive wie auch negative Bilder der Funktionsfähigkeit erstellt werden können“ (ebd.:243).

In der grafischen Darstellung (vgl. Abb. 2:23) sollen mögliche Wechselwirkungen der funktionalen Gesundheit in den vier Klassifikationen der ICF – nämlich Funktionen, Aktivitäten, Teilhabe und Umweltfaktoren – beispielhaft für einen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung veranschaulicht werden. Geeignete und zeitgerechte Therapie und Rehabilitation können längerfristige Folgen im Sinne von Beeinträchtigen verhindern oder diese in ihrem Ausmaß reduzieren. Allerdings erhalten derzeit nur ca. 25% aller von schweren psychischen Erkrankungen Betroffenen eine Behandlung, die evidenzbasiert ist und dem derzeitigen fachlichen Wissensstand entspricht (vgl. Bock/Amering 2011:151). Hier gilt es also noch enorme Verbesserungen in die Wege zu leiten, die von der Forschung bereits erkannt worden sind.

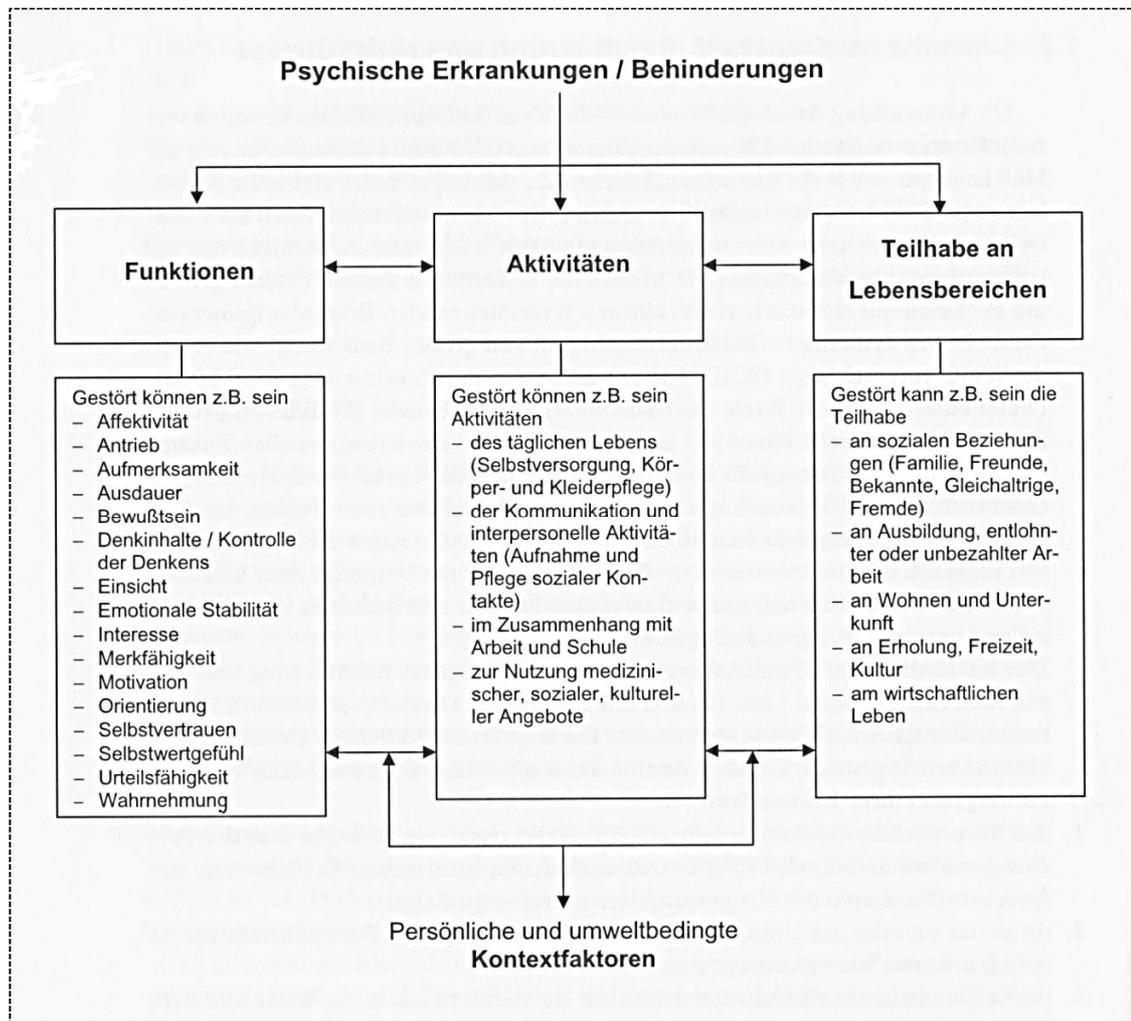


Abb.2: Das Modell International Classification of Functioning (ICF) angewandt auf Personen mit psychischer Behinderung (Kruckenberg/Krüger/Meiners 2005:18)

4.3 Relativierungen psychischer Krankheit

Im Sinne des Dialogs und der Survivor-Bewegung geht es aus Betroffenenansicht auch um eine Relativierung des Krankheitsbegriffes. So beschreibt Dorothea Buck-Zerchin in einem öffentlichen Vortrag ihre fünf zwischen 1936 und 1959 als schizophren diagnostizierten Schübe als für sich selbst sinnbringend deutbar: „Die Krankheit scheint mir darin zu liegen, dass wir unser Psychoerleben für objektive Wirklichkeit halten. Würden wir es von vornherein auf der **Traumebene** (Hervorhebung im Original) erkennen, wären wir nicht krank. Es bedarf also der **Verschiebung** (Hervorhebung im Original) der Psychose-Inhalte auf die

Traumebene, um sich den SINN (Hervorhebung im Original) der Psychose zu erhalten“ (Buck 2013:4). Abschließend merkt die betagte Ehrenobfrau des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener in Deutschland an, dass sie der Nutzung dieser Erkenntnis ihre 50-jährige Psychosefreiheit verdanke.

Einen weiteren Ansatz zur Relativierung einer dominanten medizinischen Sicht bringt die Disziplin der ‚Disability History‘. Diese konzentriert sich auf die soziale und Minoritätsperspektive und vermeidet es, Behinderung auf ein medizinisches Problem einzuengen. „Nicht die individuelle Beeinträchtigung gilt es zu erforschen, sondern Behinderung in Zusammenhang mit der sozialen, politischen und kulturellen Bedeutung und die gesellschaftlichen Zuschreibungen. Die sozio-ökonomische Einordnung der Geschichte(n) von Behinderung sollte dabei stets Beachtung finden“ (Wegscheider o.J.:o.A.). Gerade der Aspekt der Stigmatisierung und die Tendenz zur Selbststigmatisierung muss für psychisch Erkrankte in dieser Sicht eine gravierende Rolle spielen.

4.4 Psychische Beeinträchtigung in Österreich

Laut der im Jahr 2011 von der österreichischen Sozialversicherung vorgelegten Analyse zur psychischen Gesundheit der Gesamtbevölkerung nehmen 900.000 ÖsterreicherInnen wegen psychischer Diagnosen jährlich das Gesundheitssystem in Anspruch, „mit steigender Tendenz und jährlichen Kosten von rund 800 Millionen Euro“ (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2012:o.A.). Des Weiteren gibt die Webseite Auskunft, dass im selben Jahr rund 36% der Neuzugänge zur Berufsunfähigkeitspension psychischen Diagnosen zuzuordnen seien. „Überproportional angestiegen ist auch die Verschreibung von Psychopharmaka im Vergleich zu Medikamenten insgesamt. Die Anzahl der Verordnungen wuchs um 5,74%, während die Verordnungen insgesamt praktisch gleich blieben“ (ebd.:o.A.).

Bei Betrachtung der Zahl aller Spitalsentlassungen für Österreich im Jahr 2012 entfallen 136.070 auf psychische Diagnosen, das sind 4,83% aller Spitalsaufenthalte. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt im selben Jahr bei

psychischen Erkrankungen bei 21,0 Tagen im Vergleich zu 7,9 als Durchschnitt bei allen Diagnosen (vgl. Statistik Austria 2013:o.A.).

Laut einer Studie an der Universität Salzburg würde allerdings eine Diagnosestellung oft erst verspätet erfolgen. Körperliche Funktionsstörungen und Schmerzzustände hätten oft psychische Ursachen oder Folgen. Der medizinische Alltag nehme darauf aber zu wenig Rücksicht. PatientInnen würden zwar organisch nach allen Regeln der ärztlichen Kunst abgeklärt, eine psychiatrische Diagnose werde jedoch vielfach nicht gestellt. Im Durchschnitt vergingen 5 Jahre zwischen dem Erstauftreten einer psychischen Erkrankung und der Diagnosestellung (vgl. Klaushofer 2013:o.A.).

Als Personen mit dauerhaften nervlichen oder psychischen Problemen werden in der Mikrozensus-Erhebung von 2007 im Durchschnitt aller Altersgruppen 2,5% der Bevölkerung ausgewiesen. Laut dieser Befragung kommen psychische Beeinträchtigungen bei Frauen häufiger vor als bei Männern (2,9% zu 2,1%) und zwar in jeder Altersgruppe. „Nervliche und psychische Probleme treten bereits im Alter zwischen 20 und 60 Jahren relativ häufig auf (2,1% bei Männern, 2,8% bei Frauen), sind jedoch im Alter von 60 und mehr Jahren am häufigsten (3,8% bei Männern, 4,9% bei Frauen)“ (Leitner 2008:14).

Sowohl in der Diagnose von psychischen Erkrankungen als auch in der Einschätzung von Auswirkungen auf die Lebensbewältigung von Betroffenen haben Medizin und Sozialwissenschaften also wie hier dargestellt differenzierte Modelle entwickelt, die laufend verbessert werden, oft aber auch im Widerspruch stehen. Für die Optionen im persönlichen Recoveryprozess von Betroffenen und der Frage nach der geeigneten Interessenvertretung stellt die Definition und Abgrenzung der gemeinsamen Grundlagen in der Diagnostik jedenfalls einen wesentlichen Ausgangspunkt dar.

5 Recovery

Martin Gebetsberger

Auch wenn der englische Ausdruck in der breiten Öffentlichkeit im deutschsprachigen Raum noch nicht geläufig ist, so haben sich dieses kraftvolle Wort und sein Innovationspotenzial unter Betroffenen und Professionellen in der Psychiatrie auch hierzulande schon durchgesetzt. Im Sinne des Empowerments, das für die Soziale Arbeit auch ein handlungsleitendes Konzept darstellt (vgl. Stimmer 2000:49), machen PatientInnen und Psychiatrieüberlebende („survivors“) ernst und haben gelernt, den eigenen Gesundungsprozess vermehrt selbst in die Hand zu nehmen und sich solidarisch in unterschiedlichen Plattformen von Selbsthilfe zusammenzufinden. Diese internationale Bewegung bringt neuen Wind auch in die österreichische psychiatrische Szene.

In den letzten zwei Jahrzehnten erhielt der Begriff Recovery ausgehend von der internationalen Betroffenenbewegung folgend auf die gemeindenahere Psychiatrie und die Empowerment-Bewegung für die psychiatrische Praxis eine neue zentrale Bedeutung. Ins Deutsche übersetzt bedeutet Recovery „Besserung, Erholung, Genesung, Gesundung, Rettung, Bergung, Rückgewinnung, Wiederfinden“ (vgl. Amering/Scholke 2007:11). Der Wunsch nach Heilung und Überwindung von irritierenden und belastenden Symptomen und ausgegrenzten Lebensrealitäten hat für Menschen mit psychischen Ausnahmezuständen schon immer eine wichtige Rolle gespielt, auch wenn das Bild von PsychiatriepatientInnen in der Öffentlichkeit von Vorstellungen der Unheilbarkeit geprägt ist. Solche Gesundung ist Menschen mit früher sogenannten „Geisteskrankheiten“ trotz unzureichender und oft problematischer Behandlungsformen zu einem hohen Ausmaß auch gelungen, wie Richard Warner mit dem Vergleich einer Reihe von Studien zur Genesung nach Schizophrenie beginnend mit dem Jahr 1919 belegen konnte. In seinen international angelegten Untersuchungen definierte er zwei Arten von Recovery. Vollständige Gesundung bezeichnet er mit „complete recovery“ und charakterisiert diese mit „loss of psychotic symptoms and return to pre-illness level of functioning“ (Warner 2004:56). Eine abgestufte Form von Genesung benennt er mit „social recovery“,

womit ein Wiedererlangen einer „economic and residential independence and low social disruption“ (ebd.:56) gemeint ist. Über die gesamte Periode von 75 Jahren (1919-1994) stellt Warner dabei fest, dass ‚complete recovery‘ bei 20-25% der von Schizophrenie betroffenen Personen gelingt und weitere 40-45% ‚social recovery‘ erreichen (vgl. ebd.:78), also in Summe 60-70% der von dieser schweren psychischen Erkrankung Betroffenen als genesen bezeichnet werden können.

5.1 Entstehen einer Recovery-Bewegung

Was aber ist neu an dieser Recovery-Bewegung, und wer sind dabei die treibenden Kräfte? Als zentrale Aussage der Recovery-Bewegung kann hervorgestrichen werden, dass jede/r Betroffene die eigene ganz persönliche Recovery-Entwicklung machen kann und diesbezüglich auch nach Jahren mit Beeinträchtigung mit gutem Grund eine konsequente Zuversicht pflegen kann und soll. In ihrem Manual „Voices of Transformation: Developing Recovery-Based Statewide Consumer/Survivor Organizations“ schreiben VertreterInnen des National Empowerment Centers mit Sitz in Massachusetts: „We understand that everyone with a mental illness can recover and that all people can live full lives in the community because we are doing it every day“ (National Empowerment Center/The Recovery Consortium 2007:5).

Motor für diese Bewegung bilden Betroffene bzw. Psychiatrieerfahrene selbst, flankiert von Angehörigen und engagierten Professionellen aus Psychiatrie und sozial-psychiatrischen Diensten, die sich mit der einseitigen Überbewertung der Behandlung mit Psychopharmaka nicht einverstanden erklären. Viele Betroffene, die mittlerweile ihre Erfahrungen austauschen und schriftlich festhalten, haben beispielsweise das Verstehen von Psychosen und damit verbunden die Basis für einen geeigneten Umgang damit wesentlich vorangebracht. Als langjährige Psychiatrieerfahrene schreibt Dorothea S. Buck-Zerchin über ihren Erkenntnisprozess: „Bei meinen früheren Schüben konnte ich hinterher selber nicht mehr verstehen, daß ich so Phantastisches hatte glauben können. Diesmal war es anders: Ich verstand jetzt, daß es sich beim Psychose-Erleben um eine symbolische Wirklichkeit handelt“ (Buck-Zerchin 2005:226).

Von vielen VertreterInnen der Betroffenenbewegung wird als essenziell herausgearbeitet, dass es für diesen Erholungs- und Entwicklungsprozess förderliche und hinderliche Rahmenbedingungen gibt, die näher analysiert werden müssten. Daher beteiligen sich in den letzten Jahrzehnten weltweit viele Betroffene an der Forschung zu psychischer Gesundheit und Genesung aus psychischen Erkrankungen. Andere bringen sich in die Gestaltung und Verbesserung von sozialpsychiatrischen Diensten ein. In vielen Ländern sind so bereits gesetzliche Verpflichtungen für Anbieter von psychiatrischen Diensten zur Einbindung von Betroffenen etabliert worden. In beiden Bereichen, also der Forschung und der Qualitätsverbesserung der psychiatrischen Versorgung, bringen sich Betroffene und NutzerInnen als ‚experts by experience‘ in abgestuften Formen der Teilnahme ein. Diese Stufen werden als ‚consultative‘ (beratend) über ‚collaborative‘ (zusammenarbeitend) bis ‚user-led‘ (von NutzerInnen geleitet) bezeichnet (vgl. Amering/Schmolke 2007:227).

5.2 Entwicklungen in ausgewählten Ländern

Die Empowerment-Bewegung von Psychiatrieerfahrenen in den USA hat ihre Wurzeln in der Bürgerrechtsbewegung der 1960iger-Jahre. Mit Ihrem Buch „On our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System“ setzte Judi Chamberlin 1978 einen Meilenstein für die sich entwickelnde Selbsthilfe-Bewegung der Psychiatriebetroffenen (vgl. Zinman 2009). Unter dem Titel „Erfahrungen und Zielsetzungen der nordamerikanischen Selbsthilfe-Bewegung“ beschreibt Chamberlin wie sich immer mehr Menschen, die eine psychiatrische Behandlung und stationäre Unterbringung überlebt hatten, zusammenschlossen um eigene Alternativen zu einseitig medizinisch orientierten psychiatrischen Behandlungen zu entwickeln und „um allen als psychisch krank Etikettierten ihre vollen Bürgerrechte zu sichern“ (Chamberlin 1993:300). Das medizinische Modell der psychischen Krankheit wird infrage gestellt. Menschen, die als psychisch krank abgestempelt werden, könnten für sich selbst reden und wollten nicht von FürsprecherInnen vertreten werden. In der Folge werden vielfältige Projekte der Selbsthilfe und der gegenseitigen Unterstützung aufgebaut, in denen ehemalige PatientInnen die

Angebote selbst bestimmen und kontrollieren. Psychatriebetroffene in den USA stellen in „Leitlinien der Bewegung“ (ebd.:303) fest, dass es für ihre Arbeit am günstigsten ist, wenn sie Professionelle, die im psychosozialen Bereich tätig sind, und andere Nicht-Betroffene aus ihren Organisationen ausschließen. Für die Kommunikation der Bewegung startete der Rundbrief ‚Madness Network News‘ im Jahr 1972 ausgehend von San Francisco und wuchs allmählich zu einer Zeitschrift heran, die nicht nur in der Bewegung von Psychatriebetroffenen der USA, sondern bald auch in der ganzen Welt Verbreitung fand (vgl. Rissmiller 2006:o.A.).

In Großbritannien brachte die Recovery-Bewegung in den letzten 20 Jahren vor allem große Veränderungen für die Mental Health Services in Form von Betroffenenbeteiligung. Beispielhaft sei hier die Geschichte von Ron Coleman erwähnt, der als Stimmenhörender die Diagnose Schizophrenie erhalten hatte. Die Hilfe der psychiatrischen Dienste hatte auf ihn unter anderem folgende Wirkung: „The system did teach me things the main one being how to be a good schizophrenic, I do believe that we learn much about how to be mentally ill in the system. Ten years were to pass before I found a way out the system by then they (the system) had created a perfect schizophrenic“ (Coleman 1999:o.A.). Durch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe für Stimmenhörende gelang ihm nach dieser langen Zeit der Einstieg zu seiner persönlichen Recovery-Geschichte. „Any recovery journey has a beginning, and for me the beginning was my meeting with Lindsay Cooke my support worker, it was her who encouraged me to go to the hearing voices self-help group in Manchester at the start of 1991. It was her not me who believed that a self-help group would benefit me“ (ebd.:o.A.). Mit seinem Buch „Recovery – an Alien Concept“ propagiert Ron Coleman die Idee von Recovery, die offenbar „sowohl den Betroffenen als auch den Profis abhanden gekommen“ (Amering/Schmolke 2007:151) war. Für NutzerInnen von psychiatrischen Diensten wäre die Möglichkeit, wieder gesund werden zu können, ganz „alien“ geworden. „Es kann nicht nur um eine Stabilisierung eines Zustandes gehen, sondern darum, Gesundheit wiederzuerlangen“ (ebd.:152). Durch konsequentes Engagement vieler Betroffener wie Ron Coleman ist es in Großbritannien gelungen, die „Mental Health Alliance“ als einen Zusammenschluss von 75 Organisationen aus allen Bereichen zu psychischer

Gesundheit zu gründen „to secure better mental health legislation, resulting in the Mental Health Act 2007“ (Mental Health Alliance 2014:o.A.).

Das erste Stimmenhören-Netzwerk Europas entstand in den Niederlanden und existiert seit 1987. In diesem Jahr hinterfragte Patsy Hage das Verständnis von Stimmenhören ihres Psychiaters Marius Romme. „Sie wies darauf hin, dass es hilfreicher sei, mit der Erfahrung des Stimmenhörens umgehen zu lernen, als die Stimme bloß zum Diagnostizieren einer Krankheit zu benutzen“ (Buck-Zerchin 2007:135). Als Betroffene erzählte Patsy Hage in einer bald darauf folgenden Talkshow in Holland von ihren Erfahrungen mit Stimmenhören, worauf sich 700 Interessierte meldeten. Dies brachte den Anstoß für den ersten Stimmenhören-Kongress in den Niederlanden. „The Hearing Voices Network remains very active, it has over 200 members, publishes a well organised periodical and holds two yearly meetings“ (Intervoice 2014:o.A.). Bald knüpften Betroffene auch internationale Verbindungen und gründeten 1996 das Netzwerk Intervoice. Ebenfalls aus den Niederlanden stammt Wilma Boevink, die als Betroffene und Forscherin Recovery vor allem auch als eine politische Aufgabe auffasst. „To me, talking about and working on recovery with others is a political matter. I believe that mental health care users can help and support each other in their recovery to a far greater extent than is currently the case“ (Boevink 2003:o.A.).

Deutschland – und Österreich, das im Jahr 1938 im Deutschen Reich aufgegangen war, mit ihm – hat mit der Ermordung von insgesamt fast 300.000 PsychiatriepatientInnen (vgl. Buck-Zerchin 2007:21) in der Zeit des Nazi-Regimes eine besonders schwere geschichtliche Bürde zu tragen. Es dauerte mehrere Jahrzehnte bis die Fachöffentlichkeit begann, die sogenannte „Euthanasie“ dokumentarisch aufzuarbeiten. „Der Krieg gegen die psychisch Kranken“ (Dörner 1980) erschien als Sonderband der Sozialpsychiatrischen Informationen. Dorothea S. Buck-Zerchin schreibt als Psychiatriebetroffene und Überlebende anlässlich einer 50-Jahr-Gedenkveranstaltung im Jahr 1989: „Dieses jahrzehntelange Schweigen unserer Psychiatrie und der übrigen Öffentlichkeit zu den Morden an den ‚Euthanasie‘-Opfern, die keines Gedenkens für wert erachtet wurden, war eine bittere Erfahrung für ihre Angehörigen, für die Überlebenden der Tötungsanstalten

und für uns Zwangssterilisierte“ (Buck-Zerchin 2002:102). In ihrem Beitrag „Siebzig Jahre Zwang in deutschen Psychiatrien“ (Buck-Zerchin 2007:17) beklagt sie auch für das neue Jahrtausend einen Mangel an therapeutischen Gesprächen und nur Symptome bekämpfende statt auf Verstehen ausgerichtete Behandlung. „Gegen die gesprächsarme biologistische Psychiatrie gründeten wir (...) an der Hamburger Uni-Psychiatrie (...) 1989/90 das ‚Psychose-Seminar‘ als Erfahrungsaustausch zwischen uns Psychiatrie-Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten, den sogenannten Trialog“ (ebd.:23).

Die Entwicklungen in der psychiatrischen Behandlung in Österreich sind ähnlich wie in Deutschland vor allem medizinisch geprägt. FachärztInnen setzten in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen vor allem auf die Weiterentwicklung im Feld der Psychopharmaka und damit verbunden auf Psychoedukation. Andererseits haben sich Selbsthilfe-Netzwerke von Angehörigen und Betroffenen entwickelt, die sich mittlerweile als wesentliche Stützen für die Förderung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Familien in der gemeindenahen Versorgung verstehen. Über diesen kurzen historischen Abriss hinaus finden sich für die Recoverybewegung auch in Kanada, Neuseeland, Australien, Irland und Norwegen starke Wurzeln.

5.3 Beispiele von Betroffenen entwickelten Recovery-Programmen

Im „Copeland Center for Wellness and Recovery“, das von Mary Ellen Copeland im US-Bundesstaat Vermont gegründet wurde, können Betroffene und Professionelle trainieren einen Wellness Recovery Action Plan (WRAP) zu gestalten. Es besteht auch die Möglichkeit sich zum zertifizierten „WRAP Facilitator“ ausbilden zu lassen. Copeland entwickelte auf Basis ihrer eigenen Erfahrung mit einer schweren psychischen Erkrankung diesen Selbsthilfeplan, den sie seit 1997 mit vielen Psychiatrieerfahrenen teilt und mit dem sie ein weitreichendes Fördernetzwerk knüpfen konnte, das bereits auch international Wirkung zeigt. „The person who experiences symptoms is the one who develops their personal WRAP. The person may choose to have supporters and health care professionals help them create their WRAP. The WRAP system was developed by people who have been dealing with a

variety of psychiatric symptoms for many years and who are working hard to feel better and get on with their lives“ (Copeland o.J.:o.A.). Durch ihre Bücher und Lesungen hat Mary Ellen Copeland über die Jahre zehntausende Betroffene gelehrt, ihre ganz persönliche Recovery-Reise zu gestalten. Das Programm basiert auf der Grundidee, „dass Betroffene wegen ihrer Erkrankung nicht gezwungen sind, ihre Träume und Lebensziele aufzugeben, und dass sie die Verantwortung für ihr eigenes Leben haben“ (Amering/Schmolke 2007:183).

Ein weiteres viel beachtetes Programm haben Laurie Ahern und Dan Fisher vom „National Empowerment Center“ im US-Bundesstaat Massachusetts entwickelt, das sich „Personal Assistance in Community Existence“ (PACE) nennt. „PACE is based on the underlying principle that people recover from what is known as mental illness through voluntary forms of assistance directed by the individuals themselves. The cornerstone of this assistance is the development of trusting relationships, which in turn allows people to (re)capture their dreams and enables them to (re)gain a valued social role“ (Ahern/Fisher o.J.:4). Der PACE Recovery-Plan baut auf vier Dimensionen auf. Zunächst geht es in der Beziehung zu sich selbst um das Finden des eigenen Tempos. In der zweiten Dimension spielt die persönliche Unterstützung durch Menschen, die an die oder den Betroffene/n glauben, eine große Rolle. In der Zugehörigkeit zu kleinen Gruppen aus Nahestehenden, Freunden und Geschwistern kann Recovery drittens gefestigt werden. Im vierten wichtigen Aspekt kommt der Weltbezug dazu, also Recovery durch die Mitgliedschaft in der Gemeinde und in größeren Gemeinschaften (vgl. ebd.:28).

5.4 Zusammenfassung

Im Überwinden ihrer Symptome, im Aufbau eines unterstützenden Netzwerkes und durch das Wiedererlangen von sozialen Rollen gelingt es vielen Betroffenen gesund zu werden oder mit ihrer bestehenden Beeinträchtigung den Alltag wieder konstruktiv zu gestalten. Mit den Erfahrungen von Betroffenen mit verschiedenen schweren psychischen Erkrankungen in vielen Ländern belegt, stellt Recovery nicht nur ein vorübergehend bedeutsames Modewort dar, sondern bringt eine Neuorientierung für alle AkteurInnen in der Versorgung von Menschen mit

psychischen Problemen. Die politische Dimension, die für viele Betroffene in ihrer Recovery-Reise insbesondere durch ein ermutigendes Netzwerk eine wesentliche Rolle spielt, soll im folgenden Kapitel mit dem Konzept des Lobbying aufgezeigt werden.

6 Lobbying

Tamara Dorner

Im öffentlichen Diskurs eher vernachlässigt, ist Lobbying – als Vertretung von Interessen gegenüber EntscheidungsträgerInnen – seit jeher mit der Politik verbunden. Wird von LobbyistInnen gesprochen, dann – vielfach negativ konnotiert – beispielsweise im Zusammenhang mit Spendenskandalen oder Betrugsvorwürfen. Vergessen wird dabei allerdings, dass große Wirtschaftsverbände oder aber auch Umweltschutzorganisationen im Prinzip nichts anderes als Lobbying ausüben. Dies stellt sich nicht immer in dieser Klarheit dar, denn in der generellen Wahrnehmung scheint ein diffuses und verzerrtes Bild von LobbyistInnen zu dominieren. Lobbying agiert nämlich aus den unterschiedlichsten Gründen in einer rechtlichen Grauzone und versucht leider nicht immer nur mit sauberen Mitteln – meist wirtschaftliche – Einzelinteressen durchzusetzen. Den Partikularinteressen entgegengestellt sind Interessen des Kollektivs, welche durch Mehrheitsentscheide legitimiert und als achtbares Ziel politischen Handelns befürwortet werden. Diese Gegenüberstellung hält aber einer gründlicheren Analyse nicht stand, denn das Gemeinschaftsinteresse hat sich in der Regel aus einer Masse an vielfältigen, heterogenen, oft widersprüchlichen und zum Teil konkurrierenden Interessen entwickelt und ist demzufolge auch einem stetigen Wandel unterworfen. Allerdings wird die Berücksichtigung der Interessen hin zum Gemeinwohl als die Essenz einer pluralistischen Demokratie gesehen, in der der Vertretung von Interessen eine fundamentale Position im Rahmen der Entscheidungsfindung zukommt (vgl. Kleinfeld/Willems/Zimmer 2007:7-35).

6.1 Begriffsbestimmungen und Abgrenzung

Einleitend gilt es zu sagen, dass eine konkrete Definition von Lobbying nicht in vollem Ausmaß möglich ist, da sich Begriffe zum einen in ihrer Bedeutung überschneiden und zum anderen in der Literatur konkurrierende Beschreibungen wiederfinden. Auch über die Herkunft der gegenwärtigen Bedeutung des Begriffs Lobbying existieren verschiedene Angaben; als begründet gilt jedoch die sprachliche Herkunft des Wortes Lobby, dass sich vom lateinischen Wort „labium“ – Vorhalle bzw. Wartehalle – ableitet (vgl. Teuber 2001:117). Buholzer (1998:6) zufolge geht die derzeit geläufige Bedeutung des Begriffs Lobbying, welche als die interessengeleitete Beeinflussung von politischen EntscheidungsträgerInnen im 19. Jahrhundert in den Vereinigten Staaten entstanden ist, auf jene InteressenvertreterInnen zurück, die in der Lobby des amerikanischen Kongresshauses auf die Abgeordneten warteten.

Prägnant aber auch sehr offen definiert Fischer (1997) Lobbying schlicht als „der Versuch der Beeinflussung von Entscheidungsträgern durch Dritte“ (ebd. 35). Dementsprechend, allerdings eine den verschiedenen Kriterien von Lobbying entsprechende und konkretere Definition liefert Köppl:

„Beeinflusst werden legislative Entscheidungen von Behörden und offiziellen Institutionen und zwar durch Personen, die selbst nicht Teil des Entscheidungsprozesses sind. Diese Beeinflussung muss gewollt und beabsichtigt sein und wird über spezielle Kommunikationsinstrumente bewerkstelligt. Lobbying zielt auf die punktuelle Beeinflussung spezifischer Sachentscheidungen ab, nicht jedoch auf anhaltende Mitgestaltung der (staats-)politischen Rahmenbedingungen“ (Köppl 1998:2-3., zit. n. Teuber 2001:117).

Unabhängig von der genaueren Definition des Begriffs Lobbying lässt sich allerdings festhalten, dass dieser im Laufe der Zeit einer Ausweitung und Verschiebung seiner Bedeutung ausgesetzt war. Einst wurde Lobbying immer wieder in Verbindung mit einer verdeckten, vielmehr illegitimen Form der Beeinflussung von InteressenvertreterInnen auf einzelne Abgeordnete gebracht; wohingegen der

Begriff heutzutage – im angloamerikanischen Raum stärker als etwa in Europa, wo die ältere Bedeutung noch häufiger vertreten ist – eine professionalisierte und legale Art der Entscheidungsbeteiligung beschreibt. Des Weiteren beinhaltet eine dezidiertere Beschreibung des Begriffs Lobbying jedoch nur Tätigkeiten, die im Auftrag von Dritten entgeltlich gemacht werden und die ausschließlich auf die unmittelbare Einflussnahme von Regierungsmitgliedern, Parlamentariern oder aber auch BeamtenInnen gerichtet sind. LobbyistInnen sind demzufolge bezahlte Personen, die das Handeln im Staat, respektive die Rechtsprechung, durch den direkten Kontakt mit verantwortlichen AmtsträgerInnen in eine bestimmte, von AuftraggeberInnen intendierte Richtung zu lenken versuchen (vgl. Redelfs 2006:333-345).

6.1.1 Lobbying / Interessenvertretung

Im deutschen Sprachraum wird im Zusammenhang mit Lobbying oft aufgrund der neutralen klingenden Benennung „Interessenvertretung“ oder „Interessenverband“ gesprochen, besonders dann, wenn politische Arbeit von Verbänden gemeint ist (Matyja 2007:148). Interessenvertretung bedeutet aber auch hier nichts anderes als bestimmte Interessen gegenüber anderen, meist gegenüber dem Staat, geltend zu machen. Die Begrifflichkeiten Lobbying und Interessenvertretung werden demnach häufig synonym verwendet, dennoch gilt es anzumerken, dass beide gleiche Ziele haben – nämlich Entscheidungen zu Gunsten eigener Interessen zu beeinflussen – sie sich doch in einem grundlegenden Punkt unterscheiden. Während „reines“ Lobbying in der Regel punktuell erfolgt und Partikularinteressen einzelner Personen oder Gruppen anbelangt, wird eine Interessenvertretung als eine demokratisch organisierte Gruppe verstanden, die eine Mehrheit der Gesellschaft, beispielsweise die ArbeitnehmerInnen, vertritt. Etwas unspezifischer wird dann zuweilen auch die Bezeichnung „Verbandsmarketing“ (Sebaldt 2002:81) benutzt, nicht zuletzt auch deshalb, um damit eine steigende Professionalisierung in diesem Bereich hervorzuheben.

Generell lassen sich drei Arten von Lobbying nach Buholzer (1998) unterscheiden. Von „*legislativem* Lobbying“ (Gesetzgebungs-Lobbying) wird dann gesprochen,

wenn versucht wird, die gesetzlichen Normen und deren Rahmenbedingungen im Sinne der Auftraggeber zu beeinflussen. Beim „*anwendungsorientierten* Lobbying“ (Vollzugs-Lobbying) wird das Ziel, Beeinflussung von spezifischen Einzelentscheidungen von öffentlichen Instanzen, z.B. bei Fragen der Wettbewerbspolitik, verfolgt. Als dritte Form gibt Buholzer (1998) das „*Fonds-Lobbying*“ (Subventions-Lobbying) an, bei dem Interessengruppen versuchen, die Verteilung von Subventionen und Unterstützungsprogrammen zu ihren Gunsten zu verändern, wobei hier marketingähnliche Strategien verbreiteter zum Einsatz kommen, als bei den anderen Lobbyingarten (ebd. 8-9).

Aus den USA kommend findet sich eine weitere Unterscheidung bezüglich des Ausgangspunktes von Lobbying, welche auch zunehmend in Europa verwendet wird. Es ist dies jene Unterscheidung zwischen „*Inside-*“, „*Outside-*“ und „*Grass-roots-Lobbying*“ (vgl. Thunert 2003:89-90). Unter „*Inside-Lobbying*“ wird das direkte Lobbying bei den politischen EntscheidungsträgerInnen und ihren MitarbeiterInnenstäben verstanden. „*Outside-Lobbying*“ hingegen setzt beim sozialen Umfeld der politischen EntscheidungsträgerInnen oder bei bedeutsamen MeinungsführerInnen aus Wissenschaft, Medien und/oder anderen Bereichen an und wird oft unter dem Begriff Public Affairs zusammengefasst. Eine weitere Form, die als Unterform des „*Outside-Lobbying*“ verstanden wird, ist das „*Grass-roots-Lobbying*“, wo versucht wird, mithilfe von Kampagnen großflächige gesellschaftliche Mobilisierung zu bewirken und dadurch Einflussnahme auf politische Entscheidungen zu erzielen (ebd.:89-92).

6.1.2 Public Affairs

Die Tatsache, dass der Begriff Public Affairs noch relativ neu ist, bedingt, ähnlich wie schon beim Lobbyingbegriff unterschiedliche Bedeutungen damit zu verknüpfen. In der Literatur wird oftmals eine Abgrenzung zum klassischen Lobbyingbegriff dahingehend getroffen, dass versucht wird dem doch etwas verstaubt anmutenden Lobbying lediglich einen neuen Anstrich zu verpassen (vgl. Kahler/Lianos 2006:290-292). Grundsätzlich bezeichnet Public Affairs Management eine umfassende Kommunikationstätigkeit, welche Aufgaben der Öffentlichkeitsarbeit mit der einer

Interessenvertretung paart. Ein zentrales Merkmal von Public Affairs im Gegensatz zum klassischen Lobbying ist darin zu sehen, dass dieses mehrfach von autonomen Agenturen ausgeübt wird, die in der Regel für unterschiedliche AuftraggeberInnen arbeiten und daher teils verschiedene teils auch rivalisierende Interessen vertreten. Althaus (2002) spricht von diesen Agenturen als „Söldnern der Politik“ (ebd. 236), deren Loyalität nur bis zum Versiegen des Honorars anhält. Allerdings räumt er auch ein, dass ein Outsourcing der Interessenvertretung an eine Public Affairs-Agentur im Hinblick auf die Nutzung von Spezialisierung- und Kostenvorteile erstrebenswert erscheint (vgl. Althaus 2002:237-238). Nützlich erscheint hier vor allem die Beschreibung der Bedeutung des Begriffs Public Affairs als das aktive Management von externen Beziehungen einer Organisation oder eines Unternehmens mit der Legislative – respektive Ämtern und Behörden – und gesellschaftlichen Gruppen sowie den Medien abseits von gängiger Produktvermarktung. Als Zielsetzung verfolgt Public Affairs Management eine Verbesserung des gesamtwirtschaftlichen Klimas durch die Einflussnahme auf Politik und Öffentlichkeit einerseits und die Beschränkung negativer Effekte der Aktivitäten der Politik andererseits. Public Affairs beziehen sich anders als das Lobbying nicht ausschließlich nur auf staatliche AmtsträgerInnen, sondern auch auf beispielsweise örtliche Interessengruppen, Angehörige einer Interessengruppe, NachbarInnen, als auch eigene ArbeitnehmerInnen (vgl. Kahler/Lianos 2006:292-299).

6.1.3 Public Relations / Öffentlichkeitsarbeit

Public Relations bezeichnet eine weitere Form öffentlicher Kommunikation und wird zum überwiegenden Teil identisch mit Öffentlichkeitsarbeit übersetzt. Es findet in allen Lebensbereichen Zugang und scheint gegenwärtig in nahezu alle sozialen Zusammenhänge in irgendeiner Form einzugreifen. Eine Grenzziehung zu Marketing und Journalismus ist, wie auch der Versuch das Ausmaß und die Wirkung derartiger Maßnahmen abzuwägen, nur schwer möglich. Des Weiteren gibt es auch keine Übereinstimmung über die Verortung des Public Relations als ein Teil von Public Affairs oder umgekehrt. Festzuhalten gilt es allerdings, dass im Gegensatz zum klassischen Lobbying – mit direkter Einflussnahme auf

EntscheidungsträgerInnen – es bei Public Relations über den Einsatz von gesellschaftlichen Gruppen und den Medien zum indirekten Einfluss auf Legislative und dergleichen kommt. Damit wird unter anderem versucht, entsprechendes Handeln der Öffentlichkeit begreiflich zu machen und um Verständigkeit zu werben, was in der Regel einer Imagepflege gleichkommt (vgl. Avonarius/Bentele 2009:11-13).

6.1.4 Politikberatung / Political Consulting

Unter Politikberatung wird im deutschsprachigen Raum hauptsächlich die wissenschaftliche Beratung politischer EntscheidungsträgerInnen verstanden. Aufgaben von ExpertInnen aus Forschungs- und Beratungseinrichtungen sind in der Vorbereitung und Evaluierung von politischen Programmen zu verorten, womit vor allem zwei wichtige Funktionen, nämlich konkrete Information und dadurch deren Legitimation, vereinigt sind. Oftmals werden allerdings mit Political Consulting auch solche Kooperationen angesprochen, welche nicht auf ausschließlich wissenschaftlichen Formen der Expertise und Erfahrung basieren sondern auf ein persönliches Vertrauensverhältnis zu etablierten MeinungsträgerInnen zurückzuführen sind. Dadurch wird deutlich, dass eine rein wissenschaftliche Beratung nicht als gegeben angenommen werden kann, da immer die Eventualität besteht, dass zugrundeliegende Interessen die Beurteilung eines Sachverhaltes beeinflussen oder zumindest eine selektive Betrachtungsweise begünstigen, was wiederum bedeutet, dass es zu einer Vermischung von Sach- und Wertaussagen kommen kann (vgl. Falk/Römmle 2009:22-28).

6.2 Aufgaben/Funktionen und Techniken von Lobbying

Einerseits lassen sich die Hauptaufgaben von Lobbyorganisationen bzw. Interessenverbänden unterteilen in Koordination und Aufeinander-Abstimmung der Anliegen und Wünsche ihrer AuftraggeberInnen, in der Form, dass Interessen verständlich und plausibel artikuliert werden, um eine Berücksichtigung durch die AdressatInnen zu erzielen; andererseits in der aktiven Vertretung des konsolidierten Standpunkts nach außen, verbunden mit dem Versuch entsprechende Wirkung zu

erlangen. Das Aufgabengebiet umfasst drei zentrale Funktionen, nämlich das Monitoring, die Bewertung und das Lobbying im engeren Sinne (vgl. Martiny 2006:221-224).

- Unter Monitoring wird die beständige Beobachtung der Entwicklung im relevanten Politikfeld verstanden, womit das Erkennen von wichtigen Trends, Chancen aber auch von Gefahren frühzeitig möglich ist. Wesentlich hierbei ist die adäquate Selektierung in der Unterscheidung von Wichtigem und Unwichtigem in der zunehmenden Informationsflut.
- Gesammelte Daten und Informationen werden in einem zweiten Schritt einer Analyse und Bewertung unterzogen, die als Grundlage dafür verwendet wird, sich mit den Mitgliedern abzustimmen, einen gemeinsamen Standpunkt auszuarbeiten und eine Planung der Strategie vorzunehmen.
- Das Lobbying im engeren Sinne umfasst nun die aktive Umsetzung der erarbeiteten Handlungsstrategie, indem gestaltend oder behindernd auf den politischen Entscheidungsprozess eingewirkt wird.

In Bezug auf die Techniken ist es hilfreich grob zwischen formellem und informellem Lobbying zu unterscheiden. Die formelle Einflussmöglichkeit beinhaltet vor allem das Abfassen von Stellungnahmen und Memoranden, um ehestmöglich und weitläufig Bekanntheit des eigenen Standpunktes beim Zielpublikum zu erreichen. Des Weiteren wird auch die systematische Kontaktpflege zu den AnsprechpartnerInnen in Ämtern und Behörden der formellen Technik zugeordnet, wobei persönliche Begegnung sowie räumliche Anwesenheit am Ort der Entscheidungsfindung als wesentlich für die Berücksichtigung der oben erläuterten drei Funktionen von Lobbying angesehen wird. Über informelle Techniken können schwerer konkrete Aussagen gemacht werden, da vieles stillschweigend und nicht offenkundig erfolgt. Erkennbar bei diesem Verfahren ist aber der Versuch, eine Besetzung von wichtigen Positionen in Ausschüssen und Kommissionen mit Personen aus der Umgebung der Lobbyorganisation herbeizuführen. Die Aussichten an derartigen Gremien teilzunehmen und eigene Auffassungen einzubringen sind zahlreich (vgl. ebd:224-226). Allerdings gilt es hier anzumerken, dass auch heute noch zur Beeinflussung von EntscheidungsträgerInnen und zur

Durchsetzung von Interessen vereinzelt Begünstigungen eingesetzt werden, die alle Facetten eines Kontinuums von legaler Annehmlichkeit bis illegaler Maßnahme abbilden (vgl. Redelfs 2006:333-334).

6.3 Lobbying in der öffentlichen Meinung

Lobbying hat unverkennbar einen fixen Anteil im demokratischen Entscheidungsprozess, der entscheidend für eine effiziente politische Willensbildung ist, nichtsdestotrotz ist das Bild vom Lobbyismus in der öffentlichen Wahrnehmung ein ausgesprochen negatives. „Lobbyisten werden als lichtscheue Gnome charakterisiert, die abseits der öffentlichen Bühne eifrig Klinken putzen und ihren Einfluss primär durch die politische Hintertür zur Geltung bringen“ (Sebaldt 2002:81). Ein ernstliches Thema im Zusammenhang mit der öffentlichen Meinung von Lobbying scheint darin verankert zu sein, dass ein erheblicher Teil der Arbeit nicht offenkundig durchgeführt wird, was wiederum den Eindruck vermittelt, demokratische Kontrolle zu umgehen. Die Intransparenz der Aktivitäten von Interessengruppen stellt ein laufendes Problem dar, welches sich in ihrer ambivalenten Haltung gegenüber der Öffentlichkeit ausdrückt. Auf der einen Seite sind Interessenverbände durchaus daran interessiert hohen Bekanntheitsgrad ihrer Standpunkte und Forderungen zu erzielen, um durch eine befürwortende öffentliche Meinung ihren Absichten mehr Druck zu verleihen; allerdings verfolgen sie auf der anderen Seite das Ziel, KonkurrentInnen geringen Einblick in die eigenen Geschäftspraktiken zu gewähren, um strategische Vorteile geltend machen zu können (vgl. Sebaldt, 2007:92-110).

6.4 Zusammenfassung

Wesentlich für die Arbeit der LobbyistInnen bzw. InteressenvertreterInnen ist das zur Verfügung stellen von zuverlässigen und relevanten Informationen, die den wichtigsten EntscheidungsträgerInnen im jeweiligen Verantwortungsbereich einen dezidierten Einblick über entscheidende Abläufe und Vorgänge ermöglicht. Die Auseinandersetzung mit konkreten Informationen bietet den EntscheidungsträgerInnen die Möglichkeit eine klare Vorstellung über die Interessen

zu entwickeln, sie in ihrer Arbeit einzusetzen und eine Legitimation nach außen zu erreichen, welche sich in der Berücksichtigung bestimmter Interessen bei einer zu treffenden Entscheidung resultiert. Damit versteht sich Lobbying als eine Art Tauschgeschäft, wo Informationen gegen Interessenberücksichtigung gehandelt werden. Aus diesem Grund sind LobbyistInnen dazu angehalten ausschließlich verlässliche Informationen weiterzugeben, um damit eine dauerhafte Arbeitsbeziehung zu fördern und Beachtung der Forderungen der AuftraggeberInnen zu erzielen. Abschließend lässt sich Lobbying dahingehend zusammenfassen, dass es ein entscheidendes Hilfsmittel von gesellschaftlichen Parteien bezeichnet, um Interessenartikulation im politischen System sicherzustellen (vgl. Michalowitz 2007:169-195).

7 Forschungsinteresse und Forschungsfrage

Martin Gebetsberger

Zu Beginn des Forschungsprojektes wurden vielfältige Aspekte der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung diskutiert und mit den in Österreich festgeschriebenen Maßnahmen im „Nationalen Aktionsplan Behinderung 2012-2020“ (NAP) in Verbindung gesetzt. Dabei wurde deutlich, dass im NAP die Gruppe der Menschen mit einer psychischen Behinderung nur in wenigen Maßnahmen Erwähnung findet. Die Vereinten Nationen halten in der Konvention psychische Beeinträchtigungen ('mental impairments') explizit als Behinderung fest (siehe Kapitel 2.4): „Persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others“ (United Nations 2006:Article1).

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung kommen im NAP nur am Rande vor, obwohl dies international ein sehr häufiges Gesundheitsproblem und in der Folge eine verbreitete Behinderung darstellt. „Psychische Gesundheit bedeutet heute, wo psychische Gesundheitsprobleme mindestens jede vierte Person einmal im Leben betreffen, für jedes Land der Region eine der größten Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit“ (World Health Organization 2006:1). Für diese mangelnde Wahrnehmung einer spezifischen Behinderungsform im NAP lassen sich unterschiedliche Begründungen finden bzw. können Vermutungen auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen angestellt werden. Als Hypothese könnte angenommen werden, dass möglicherweise die meisten anderen Behindertengruppierungen eine bessere Vertretung in bundesweiten Organisationen und Gremien haben. Diese waren dadurch vermutlich besser in der Lage ihre spezifischen Vorstellungen und Interessen auch auf politischer Ebene in die Formulierung des NAP einzubringen.

Diese These würde wiederum durch eine Reihe von Spezifika in der heterogenen Gruppe der psychisch Erkrankten erklärt werden können. Zwischen einmalig auftretenden psychischen Störungen, von denen ein großer Teil der Bevölkerung

vorübergehend betroffen ist, und schweren psychischen Erkrankungen mit ausgeprägten Langzeitfolgen besteht eine große Bandbreite. Die daraus resultierenden Unterschiede auch im jeweiligen Unterstützungsbedarf lassen offenbar nur schwer gemeinsame Interessen definieren. Einen wesentlichen Grund für die schwache Repräsentanz von Menschen mit psychischen Behinderungen in den politischen Gremien könnten auch die immer noch vorherrschende Tabuisierung von vielen psychischen Erkrankungen und die Gefahr der Stigmatisierung für Betroffene bilden. Wenn Personen mit einer psychischen Problematik in ihrem Umfeld gravierende Nachteile zu erwarten haben, werden sie eine höhere Hemmschwelle vorfinden, sich zu deklarieren, offen zu ihrer Erkrankung zu stehen und sich einer Interessenvertretung für Betroffene anzuschließen. Menschen, die schwer psychisch erkrankt sind, sehen sich möglicherweise kaum in der Lage sich mit Gleichbetroffenen zu organisieren. Obwohl international die Empowerment-Bewegung ausgehend von den USA seit mehr als zwei Jahrzehnten unter psychisch Erkrankten einiges bewirken konnte (vgl. Knuf/Seibert 2000:18), erweist sich eine „Lobby“ für PsychiatriepatientInnen hierzulande – wenn überhaupt existent – als schwach und darüber hinaus mehr von psychiatrischen Fachkräften und Angehörigen geprägt als von Betroffenen. Selbstvertretung und Selbstbestimmung stellen im Sinne der UN-Konvention eine wesentliche Forderung auch für Menschen mit psychischen Problemlagen dar. Inwieweit diese Zielvorstellung aber auch schon der Realität von Betroffenen entspricht, ist Gegenstand dieser Untersuchung. Vor diesem Hintergrund wird als zentrale Forschungsfrage des Projekts formuliert:

Wie können Unterstützungsformen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung im Sinne von Selbstbestimmung und Förderung von Recovery erweitert werden?

Mit Blick darauf soll mittels folgender Subforschungsfragen eine Annäherung unternommen werden:

- Welche Formen der Interessenvertretung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung bestehen in Österreich aktuell?

- Wie können Betroffene dahingehend unterstützt werden, sich selbst im Laufe ihres recovery-Prozesses für ihre Rechte einzusetzen?
- Und wie kann die UN-Konvention dazu genutzt werden?

Das Forschungsprojekt macht sich zur Aufgabe, zwischen den individuellen Erfahrungen und Sichtweisen, die mittels Fragebögen und Interviews von Betroffenen in der Rolle von PatientInnen eingeholt werden, und möglichen Formen von Lobbying bzw. Interessenvertretung eine Verbindung herzustellen. Um aus den Beschränkungen zu mehr Selbstbestimmung zu gelangen, kann die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen – wie in Kapitel 2 beschrieben – für Betroffene und die Soziale Arbeit Argumentationsgrundlage und Rückenwind bieten.

8 Feldzugang

Tamara Dorner

Der Feldzugang gestaltete sich durch Kontakte von in der Forschungsgruppe involvierten Personen aufgrund beruflicher Verpflichtungen und damit in diesen Bereich Tätigen relativ einfach. Im Konkreten konnten Kontakte in Wien, Niederösterreich und Oberösterreich aktiviert werden, um das Vorhaben auf eine breite Basis zu stellen. Im Hinblick auf die Forschungsfrage wurden Fragebögen an Menschen mit psychischer Beeinträchtigung ausgegeben und qualitative Interviews geführt.

8.1 Stichprobe

Da es sich um eine explorative Studie handelt, deren Ziel es ist Annahmen bzw. Hypothesen über mögliche Ursachen des vorliegenden Datenmaterials zu bilden und in weiterer Folge weitere Datensammlungen anzuregen, wurde das Forschungsfeld und die Auswahl der an der Befragung beteiligten Personen grundsätzlich nur dahingehend eingeschränkt, dass es sich bei den Betroffenen um Personen mit psychischer Beeinträchtigung handeln sollte, die gegebenenfalls bereits psychiatrische Erfahrung gemacht haben. In Wien konnten FEM Süd

Frauenassistenz, in Niederösterreich die Caritas der Diözese St. Pölten und der Verein HSSG – Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit, in Oberösterreich promente Oberösterreich und exit-Sozial für das Forschungsvorhaben gewonnen werden. In den involvierten Unternehmen gelten unterschiedliche Kriterien für den Zugang zu den verschiedenen Betreuungsformen. An der Befragung beteiligt waren nun im Speziellen Personen mit psychischer Beeinträchtigung, die

- durch mobile Dienste betreut werden,
- eine Beschäftigung im geschützten AMS-Maßnahmenbereich haben,
- in einer betreuten Wohngemeinschaft oder einem Wohnheim leben,
- einer SelbstvertreterInnengruppe zugehörig sind oder
- Freizeitangebote der verschiedenen Träger nutzen.

8.2 Datengewinnung

Die Erhebung von Daten wurde in zwei Schritten durchgeführt. In der ersten Phase wurde der eigens für das Forschungsinteresse konzipierte paper-pencil-Fragebogen durch die in der Stichprobe beschriebene Personengruppe bearbeitet. Durch die Zusammenarbeit mit der Forschungsgruppe „Persönliche Assistenz für erwachsene Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen in Wien, NÖ und OÖ“ (Kader/Penz 2014) konnte gemeinsam eine relativ gute Basis an Datenmaterial für die Fragebogenauswertung erreicht werden. Bei Ausgabe der Fragebögen war ein Schreiben angefügt, in dem sich eine Zustimmungserklärung für ein Einzelinterview befand. Die jeweiligen Befragten konnten mittels separaten Rücksendeküverts und unter Angabe von Kontaktdaten ihr Interesse an einem Einzelinterview bekunden und dies direkt an die Forschungsgruppe retournieren. Damit konnte völlige Anonymisierung der Daten der Fragebogenerhebung garantiert werden. Der Rücklauf erfolgte gesammelt durch persönliche Abholung bei den einzelnen Unternehmen oder auf dem postalischen Weg.

Wie schon im Vorfeld vermutet, gestaltete sich der Zugang zu den InterviewpartnerInnen bzw. die Vereinbarung der Termine für Interviews eher schwierig. Aufgrund der Tatsache, dass Fragebogenerhebung mit Interessenbekundung der Betroffenen zur Teilnahme an Interviews und

Vereinbarung der Termine für Interviews zeitlich getrennt war, waren die zu befragenden Personen, die sich zuvor selbst gemeldet und Interesse bekundet hatten, in der Mehrzahl der Fälle eigenen Angaben zufolge nicht in der Lage, als GesprächspartnerInnen für die Interviews zu fungieren. Aus diesem Grund konnten nur vereinzelt Gespräche geführt werden. Diese wurden nach Zustimmung aufgezeichnet und nach der Transkription einer Themenanalyse unterzogen.

9 Datenanalyse

Martin Gebetsberger

Die gewählte Forschungsstrategie zielt darauf ab, einen Überblick über die Formen von Selbstvertretung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in Österreich zu gewinnen und die vorhandenen Strukturen als mögliche Anknüpfungspunkte für Betroffene, die sich in der Selbstvertretung engagieren möchten, zu beschreiben. Die ausgewählte qualitative Dokumentenanalyse ist als Sekundäranalyse konzipiert. Damit wird eine Auswertung von Daten bezeichnet, die bereits vorhandene für andere Zwecke erstellte Datensätze analysiert (vgl. Flick 2009:129). In diesem Fall handelt es sich um Daten, die von Webseitenerstellenden im Internet veröffentlicht wurden. Das Material wird mittels Internetrecherche aufgefunden, nach inhaltlichen Kategorien ausgefiltert und geordnet. Die Auswertung beschränkt sich auf Webseiten, die in einem direkten Zusammenhang mit Selbsthilfe und Formen der Selbstvertretung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in Österreich gebracht werden können. Im ersten Schritt werden die relevanten Dokumente bzw. Internetauftritte identifiziert. Aus diesen wird zweitens eine geeignete Auswahl getroffen, die im dritten Schritt begründet wird (vgl. ebd.:131).

Angesichts des fortschreitenden digitalen Zeitalters – heuer besteht das Internet bereits seit 25 Jahren – kann auch für die hier in den Fokus genommene Themenstellung davon ausgegangen werden, dass ein repräsentativer Teil der öffentlichen Aktivitäten in Österreich dazu auch im Internet entsprechend Spuren hinterlässt. Relativierend soll allerdings auf den Aspekt der digitalen Spaltung („digital divide“) hingewiesen werden. „Die These der digitalen Spaltung behauptet, dass sich die ungleiche Verfügbarkeit und Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien gesellschaftlich auswirkt“ (Zillien 2006:2). Bei dieser internetbasierten Analyse ist also zu bedenken, dass Personen und Gruppen, die das Internet nicht nutzen – möglicherweise gerade auch aufgrund der Folgen ihrer psychischen Beeinträchtigung und einer damit im Zusammenhang stehenden materiellen oder bildungsbezogenen Schlechterstellung – hier keine Berücksichtigung finden.

Am Ausgangspunkt zu dieser qualitativen Dokumentenanalyse (vgl. Flick 2009:131) steht die Subforschungsfrage nach derzeit bestehenden Formen der Selbstvertretung und Interessenvertretung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in Österreich. Auf Basis einer umfangreichen Internet-Recherche konnten bis 15.02.2014 mehr als 50 für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung relevante Webseiten gefunden werden, die im weiteren Sinne mit Selbsthilfe und Selbstvertretung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in Österreich in Verbindung gebracht werden können (siehe Anhang:103-109). Diese Webseiten konnten wiederum in Form einer Clusterbildung in sechs Kategorien unterteilt und so entsprechend ihrem Inhalt und Impressum dem Anliegen der Selbstvertretung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung differenziert näher oder ferner stehend zugeordnet werden. Die Frage, ob Betroffene in einer entscheidenden Rolle in den zum größten Teil als Vereine aufscheinenden Organisationen ersichtlich werden, wird auf Basis des Impressums der Webseiten beantwortet. Diese muss bejaht werden, um tatsächlich als Interessenvertretung eingestuft zu werden. Nach einer Charakterisierung jeder Kategorie wird zur Veranschaulichung jeweils ein typisches Beispiel vorgestellt.

9.1 Selbsthilfe-Plattformen

Der Kategorie A werden Landes- und bundesweite Plattformen im Sinne allgemeiner Selbsthilfe und Interessenvertretung zugeordnet. Diesbezüglich kann festgestellt werden, dass sich in den vergangenen Jahrzehnten in Österreich ein breites Angebot an Selbsthilfegruppen entwickelt hat. Sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene konnten sich Dachverbände etablieren, die für unterschiedliche chronische Erkrankungen und Behinderungsformen gemeinsame Plattformen bilden. Diese Verbände erfüllen nach innen für die eigenen Mitglieder vor allem eine Koordinations-, Service- und Meinungsbildungsfunktion. Nach außen fungieren sie im Besonderen gegenüber den Verantwortlichen im Sozial- und Gesundheitssystem als Interessenvertretung, um die spezifischen Anliegen der jeweiligen Betroffenen gebündelt zu transportieren und die relevanten Themen an den geeigneten Stellen mit Nachdruck vorzubringen.

Als Beispiel für diese Kategorie sei der Verein „ARGE Selbsthilfe Österreich – ein Zusammenschluss der Selbsthilfe in Österreich“ angeführt. Auf Bundesebene obliegt dieser „ARGE Selbsthilfe Österreich“ eine zentrale Vernetzungs- und Koordinationsaufgabe. Der ARGE „gehören themen-übergreifende Selbsthilfedachverbände und -kontaktstellen und themenbezogene, bundesweit tätige Selbsthilfeorganisationen an. Dadurch gibt die ARGE (...) einen guten Überblick über die Anliegen und Bedürfnisse der Betroffenen und Angehörigen und stellt gleichzeitig sicher, dass nicht Einzelinteressen, sondern Anliegen von einer breiten Basis (kollektive Interessen) vertreten werden“ (ARGE Selbsthilfe Österreich o.J.:o.A.). Um diesem Anspruch nahe zu kommen, sind im Bundesvorstand Personen aus den Selbsthilfeverbänden der Bundesländer und VertreterInnen von unterschiedlichen Betroffenenengruppen beteiligt. Mit Hilfe eines Fachbeirates wird die Expertise für den Vorstand und die Geschäftsführung erweitert. Bezüglich der Positionierung der Anliegen von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung fällt auf, dass in der Liste der themenbezogenen Mitglieder nur die HPE (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter) aufscheint und Dachverbände von Betroffenen derzeit noch nicht Mitglied sind.

9.2 Spezifische Selbsthilfe-Initiativen

In der Kategorie B finden sich spezifische Selbsthilfeinitiativen von Betroffenen einer psychischen Erkrankung mit Interessenvertretung. Betroffene haben sich in Österreich etwas später als die Angehörigen psychisch Erkrankter in Selbsthilfegruppen zu formieren begonnen. Wie auch die Auswertung der Fragebögen und Interviews nahelegen wird, bilden die vielfältigen Diagnosebilder und individuellen Erlebensweisen vermutlich einen wesentlichen Faktor für die eher späte Etablierung der Selbsthilfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Beispielsweise sind Depressionen und Angststörungen anders zu bewältigen als bipolare Erkrankungen oder psychotische Erkrankungsformen mit Stimmenhören. Auch weil das emotionale Befinden der Beteiligten stark variieren kann, ist es nicht als selbstverständlich anzunehmen, dass kontinuierliche Gruppenarbeit gelingt.

Als typisches Beispiel für diese Kategorie sei der Verein „Achterbahn - Plattform für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung“ angeführt. Der Verein Achterbahn mit Sitz in Graz versteht sich als Plattform für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in der Steiermark. Betroffene vertreten als ExpertInnen in eigener Sache Menschen mit psychischer Erkrankung in der Öffentlichkeit. „Menschen, die mit psychischer Belastung leben gelernt haben, stellen dieses Wissen Menschen in ähnlichen Situationen zur Verfügung“ (Verein Achterbahn o.J.:o.A.). Der Verein wird von Betroffenen geleitet und bietet auf seiner Webseite eine Plattform für Selbsthilfegruppen, Informationen zu Therapiemöglichkeiten, Stellungnahmen von Prominenten und eine Onlineberatung. Neben dem Hauptsitz in Graz werden regelmäßige Treffen auch in Außenstellen in den Bezirksstädten Liezen, Kapfenberg, Deutschlandsberg, Hartberg und Weiz organisiert. Es bestehen Kooperationen mit Anbietenden von psychosozialen Diensten in der Steiermark. Finanziell wird die Arbeit des Vereines von der öffentlichen Hand und von privaten Sponsoren gefördert.

Obwohl in dieser Kategorie ausschließlich Organisationen unter der Leitung von Betroffenen zu erwarten wäre, wurden auch einzelne Webseiten gefunden, die zwar laut Bezeichnung und Beschreibung auf der Startseite einen Interessenvertretungsanspruch erheben, laut Impressum aber von Professionellen beispielsweise aus der ÄrztlInnenschaft betrieben werden. Bei einzelnen liegt die Annahme nahe, dass Foren, die unter dieser Bezeichnung in Deutschland als aktive Interessenvertretung existieren, wie beispielsweise der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrene, für Österreich als Gesellschaft für Psychiatrieerfahrene unvollständig nachgeahmt werden.

9.3 Betroffene Einzelpersonen

Die Kategorie C betrifft Einzelpersonen, die sich auf einer eigenen Website als Betroffene einer psychischen Erkrankung deklarieren. In den thematischen Schwerpunktsetzungen solcher Webseiten von Betroffenen werden ausgeprägte Unterschiede in den Profilierungen ersichtlich. Geht es auf einzelnen Webseiten vor allem um die Lebensgeschichte der betreibenden Person und die Ansätze zur

Bewältigung einer Depression durch Therapie und Unterstützung in der Selbsthilfegruppe, so nutzen andere ihre Webseite um eigene literarische oder bildnerische Werke der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Diese Webseiten von Einzelpersonen zeigen sehr individuelle Zugänge, mit denen sie die eigene Geschichte der Krankheitsbewältigung oder Genesung darstellen und sich in ihrem eigenen Webauftritt mitteilen. Die Schwerpunktsetzungen reichen dabei von künstlerischen Absichten über Förderung von Selbsthilfe und Vernetzung bis hin zu Aufbereitung von Fachinformationen und Verlinkung zu aktuellen Veranstaltungen.

Als typisches Beispiel soll hier die Webseite www.stimmenhoeren.info von Monika Mikus kurz vorgestellt werden. Sie bringt in ihrem Webauftritt „Informationen einer Stimmenhörerin für Betroffene, Angehörige und Interessierte“ (Mikus o.J.:o.A.). In der Rubrik „über mich“ schildert Frau Mikus in mehreren Artikeln ihre eigene Geschichte mit einer Psychose und wie sie mit ihrem eigenen Stimmenhören auch durch den Austausch in einer Selbsthilfegruppe und unter Beteiligung im internationalen Netzwerk von „Intervoice“ einen konstruktiven und kreativen Umgang gefunden hat. „Dass ich Ihnen heute, von meiner Familie als ‚Stimmenhörerin‘ akzeptiert, hier im Internet begegnen kann, ist für mich von tiefer seelischer Bedeutung! Besonders hoffe ich auch, Ihnen als Betroffene oder Angehörige mit meiner Erfahrung zur Seite zu stehen“ (ebd.:o.A.). Auf der Startseite finden sich weitere Angebote wie „Antistigma“, ein Blog zum Thema Stimmenhören, eine Literatur- und Linkliste sowie Terminankündigungen. In einem Downloadbereich werden Dokumentationen und Links zu relevanten Veranstaltungen zugänglich gemacht.

9.4 Sozial- und Gesundheitsorganisationen

Die Kategorie D umfasst Sozial- und Gesundheitsorganisationen, die auch Selbsthilfeinitiativen als Plattform dienen. Ein Großteil dieser Sozial- und Gesundheitsorganisationen ist auch Mitglied beim Dachverband pro mente Austria, daher wurden nicht alle 22 Organisationen einzeln in der Rechercheliste angeführt. Viele der Organisationen bieten möglichst gemeindenaher professionelle Beratungs- und Betreuungsdienste an, meist im öffentlichen Auftrag. In der Tradition des

Triologs (siehe Kapitel 5.2) arbeiten sie meist sowohl mit Betroffenen- und Angehörigenorganisationen als auch mit den stationären psychiatrischen Angeboten in den Kliniken der jeweiligen Region eng zusammen. Oft wird Selbsthilfe unmittelbar unterstützt, auch Räumlichkeiten der Organisationen können für die Treffen von Selbsthilfegruppen kostenlos genutzt werden.

Als typisches Beispiel dieser Kategorie engagiert sich der Verein EXIT-sozial, Verein für psychosoziale Dienste mit Sitz in Linz, für Emanzipation, Partizipation und Empowerment. Der Verein bietet psychosoziale und sozialpsychiatrische Hilfen, die vom ersten entlastenden Beratungsgespräch über eine längere Psychotherapie bis hin zur ambulanten psychiatrischen Unterstützung durch FachärztInnen reichen können. Betreutes Wohnen und mobile Unterstützung für das Leben im Alltag können von Betroffenen genutzt werden. Der Verein bietet auch Arbeits- bzw. Beschäftigungsangebote. Zusätzlich gibt es psychosozial begleitete Freizeitangebote. Der „Notruf für die Seele“ steht als telefonischer Krisendienst rund um die Uhr zur Verfügung. Vier Krisenzimmer bieten eine betreute Zuflucht in psychischen Notsituationen (vgl. Exit-sozial o.J.:o.A.).

In den letzten Jahren wurde mit der Peer-Beratung eine neue Form der Beteiligung von ExpertInnen aus Erfahrung geschaffen. Laut Webseite werden aktuell sechs Peer-BeraterInnen bei EXIT-sozial eingesetzt. Für Anregungen und Beschwerden steht auch eine Ombudsfrau zur Verfügung. Insgesamt zeigt sich EXIT-sozial in der Darstellung im Internetauftritt bestrebt, eine Demokratisierung der psychiatrischen Versorgung durch zunehmende Beteiligung von Betroffenen zu forcieren. Die Beteiligung von Betroffenen in den in dieser Kategorie angeführten Organisationen ist unterschiedlich ausgeprägt. Viele Organisationen werden von ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen oder PsychologInnen geleitet. Betroffene beteiligen sich in Beiräten, als MitarbeiterInnen und teilweise auch in Vorständen.

9.5 Öffentliche Selbsthilfeförderung

In der Kategorie E finden sich staatliche bzw. öffentliche Stellen zur Förderung von Selbsthilfe. An vielen Kliniken in Österreich bestehen bereits Standards für die Förderung von Selbsthilfegruppen und für aktiv betriebene Zusammenarbeit mit

Betroffeneninitiativen. So gibt es beispielsweise in den Landeskliniken in Niederösterreich ein Gütesiegel für das „Selbsthilfefreundliche Krankenhaus“. Dabei geht es vor allem um Aufbereitung von Informationen für PatientInnen über die jeweiligen Selbsthilfeangebote zu bestimmten Erkrankungen oder Behinderungen und die praktische Erleichterung des Zuganges zu Beratung und Gruppentreffen.

Beispielhaft für diese Kategorie sei hier die „Selbsthilfe-Unterstützungsstelle“ (SUS Wien) als eine Einrichtung der Wiener Gesundheitsförderung GmbH angeführt. Sie versteht sich als „die erste Anlaufstelle für alle, die Fragen zum Angebot und zur Arbeit von Selbsthilfegruppen haben“ (Wiener Gesundheitsförderung o.J.:o.A.). Als themenübergreifende Kontaktstelle steht sie für Betroffene, Angehörige und VertreterInnen von relevanten Berufsgruppen gleichermaßen zur Verfügung. Dabei orientiert sich SUS Wien an nationalen und internationalen Unterstützungseinrichtungen sowie an den österreichischen und deutschen Fachstandards zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen. SUS Wien bietet in Kooperation mit dem Fonds Gesundes Österreich regelmäßig Schulungen für Selbsthilfegruppen an und organisiert Fachvorträge. Bei SUS können gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen auch finanzielle Förderungen erhalten. Die SUS hilft bei der Suche nach einer Selbsthilfegruppe in Wien sowie bei der Gründung neuer Gruppen.

9.6 Profitunternehmen

Die Kategorie F beinhaltet Initiativen von Profitunternehmen, die Selbsthilfe von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung fördern. Selbsthilfeinitiativen werden als vielgestaltige Netzwerke auch von Unternehmen als relevanter Markt und bedeutender Ort der Meinungsbildung wahrgenommen. Für psychische Erkrankungsformen finden sich in dieser Gruppe insbesondere Pharmafirmen, die auch in Österreich Niederlassungen unterhalten. Im Bereich der angebotenen Medien geht es vor allem um Meinungsbildung und Informationsaufbereitung beispielsweise zu neuen Erkenntnissen in der Wissenschaft im Zusammenhang mit der Behandlung von psychischen Krankheiten. In Bezug auf Medikamente bemühen sich Unternehmen, die Psychopharmaka produzieren bzw. vertreiben, um den

langfristigen Aufbau von Akzeptanz und Vertrauen ihren Produkten gegenüber sowie um eine aktive Kommunikation mit den potenziellen KundInnen.

Als Beispiel soll hier die Webseite www.innenwelt.at, betrieben von Innenwelt gemeinnützige GmbH, eine Tochter der Lundbeck Austria GmbH mit Sitz in Wien, betrachtet werden. Laut Startseite des Webauftritts hat es sich die Initiative „innenwelt - für seelische Gesundheit und Lebensqualität“ zur Aufgabe gemacht, „Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Plattform zu geben und sie und ihre Angehörigen im Kampf gegen die Stigmatisierung und Tabuisierung von seelischen Erkrankungen zu unterstützen“ (Bichler o.J.:o.A.). Die GmbH informiere und unterstütze Menschen mit seelischen Erkrankungen und engagiere sich auch für ihre Gleichstellung und das Recht auf optimale medizinisch-therapeutische Versorgung. „Wir unterstützen daher Patientenorganisationen bei Projekten, deren Ziel die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Aufklärung über psychische Erkrankungen ist“ (ebd.:o.A.). Neben der Webseite erscheint auch ein Magazin namens „Innenwelt“, das sich seit 2004 regelmäßig mit aktuellen Themen rund um psychische Gesundheit in Österreich beschäftigt. Das Magazin wird über ÄrztInnenpraxen und Krankenhäuser verteilt und kann auch gratis abonniert werden. Zusätzlich werden innenwelt-Patientenbroschüren in Kooperation mit anerkannten Fachleuten erstellt und stehen auch auf der Website als Download zur Verfügung.

9.7 Zusammenfassung

Diese Analyse und die Liste im Anhang (16.1:103-109) können einen aktuellen Überblick über die unterschiedlichen Formen von Selbstvertretung bzw. Interessenvertretung von und für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in Österreich verschaffen und bieten eine erste Einschätzung über die Mitgestaltung durch Betroffene. Die angeführten meist regional verankerten Strukturen können auch als Anknüpfungspunkte für Betroffene dienen, die Selbsthilfegruppen suchen, die sich an eine Interessenvertretung wenden wollen oder sich in einer der vorhandenen Formen von Selbstvertretung engagieren möchten. Wie einleitend im Zusammenhang mit der digitalen Spaltung erwähnt, beschränkt sich die

Aussagekraft dieser Datenanalyse auf Funde im Internet. Für weiterreichende Aussagen müsste bei den aufgefundenen Organisationen und Einzelpersonen durch direkte Kontaktaufnahme noch vertiefend nachgefragt werden.

10 Fragebogen

Tamara Dorner

Der Fragebogen zählt zu den quantitativen Methoden der Datenerhebung. Die schriftliche Variante der Befragung ist anonym als andere Methoden, was zu der Einsicht führt, dass ehrlichere Antworten und auch eine gründlichere Auseinandersetzung mit der zu erfragenden Problematik zu erwarten sind. Des Weiteren stellt diese Art der Datenerhebung eine kostengünstige Variante und das am wenigsten zeitaufwendigste Instrument in der Auswertung dar.

Der Fragebogen ist so gestaltet, dass außer einer einleitenden Instruktion zu Beginn des Fragebogens, es keiner weiteren Erklärung bedarf (Anhang 16.2:110-114).

Die Fragen wurden beinahe durchgehend geschlossen formuliert gestellt, um hohe Objektivität zu gewährleisten, und die Antworten so leichter zu kategorisieren und zu kodieren. Es wurde darauf geachtet, dass die Fragen fast ausschließlich mittels einer Nominal- bzw. Ordinalskala zu beantworten sind, weil diese besser geeignet erscheinen, die interessierende Fragestellung, welche sich auf explorative Datensammlung stützt, darzustellen. Mittels einer Checkliste wurde der Fragebogen auf seine Vollständigkeit und mittels Pretest auf seine Verständlichkeit hin geprüft (vgl. Bortz /Döring 2002:253-256).

Folgende Schwerpunkte wurden im Hinblick auf das Forschungsinteresse abgefragt:

1. Personenbezogene Daten
2. Angaben zur derzeitigen Inanspruchnahme von Sozialen Dienstleistungen
3. Fragen zu zusätzlich benötigten Sozialen Dienstleistungen
4. Angaben zum Interesse und der Wichtigkeit von Interessenvertretungen

Durch die Art und Weise der Ausgabe und des Rücklaufs konnte vollständige Anonymität der ProbandInnen gewährleistet werden.

10.1 Gütekriterien

Bei quantitativen Messungen sind deren zentralen Gütekriterien an der Objektivität, der Reliabilität und der Validität festzumachen. Diese drei Hauptgütekriterien erlauben die Qualität eines Tests bzw. eines Fragebogens zu bestimmen (vgl. Bortz/Döring 2002:193-194).

10.1.1 Objektivität

„Die Objektivität eines Tests gibt an, in welchem Ausmaß die Testergebnisse vom Testanwender unabhängig sind“ (Bortz /Döring 2002:194).

- **Durchführungsobjektivität:** Durch den Einsatz von Fragebögen mit geschlossenen Antwortvorgaben kann mit einer hohen Durchführungsobjektivität gerechnet werden, da durch standardisierte Instruktionen mögliche Untersuchungsleitereffekte ausgeschlossen werden.
- **Auswertungsobjektivität:** In der Untersuchung kann davon ausgegangen werden, dass verschiedene Personen, die die Auswertungen vornehmen würden, zu den gleichen Ergebnissen kommen werden. Zu diesem Schluss kommt man deshalb, weil die Fragen des Fragebogens ausschließlich so formuliert wurden, dass sowohl die Beantwortung als auch die Auswertung eindeutig vorgeschrieben ist.
- **Interpretationsobjektivität:** Da es sich bei dieser Arbeit um eine erkundende Studie handelt und es nicht Ziel ist, Hypothesenprüfungen vorzunehmen, werden die Ergebnisse deskriptiv dargestellt und Anregungen für künftige Untersuchungen gegeben. Dies impliziert, dass individuelle Deutungen einfließen werden, auch deshalb, weil in diesem Bereich keine vergleichbaren Daten vorliegen, die als Maßstab herangezogen werden könnten.

10.1.2 Reliabilität

„Die Reliabilität eines Tests kennzeichnet den Grad der Genauigkeit, mit dem das geprüfte Merkmal gemessen wird“ (Bortz /Döring 2002:195).

Dass bestimmte Fehlereinflüsse, wie zum Beispiel Müdigkeit der ProbandInnen, Missverständnisse trotz standardisierter Instruktionen und zum Teil Verständnisprobleme bei Personen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, die in

Situationen der Erhebungen häufig auftreten könnten, müsste diese Methode an den gleichen UntersuchungsteilnehmerInnen noch einmal durchgeführt werden, um Reliabilität in der Untersuchung gewährleisten zu können. Dies kann als Kriterium allerdings vernachlässigt werden, da es in der Erhebung um Einschätzungen von Personen geht, die zu verschiedenen Zeitpunkten der Befragung unterschiedlich sein können.

10.1.3 Validität

„Die Validität eines Tests gibt an, wie gut der Test in der Lage ist, genau das zu messen, was er zu messen vorgibt“ (Bortz /Döring 2002:199).

Die Fragen bzw. die Items des Fragebogens wurden so gewählt, dass sie mit der Operationalisierung der Fragestellungen übereinstimmen. Aufgrund dieser Tatsache kann davon ausgegangen werden, dass der Fragebogen auch das misst, was er messen soll.

10.2 Auswertung Fragebogen

Wie in Kapitel Stichprobe (8.1:44-45) beschrieben, wurden insgesamt 230 Fragebögen an Personen mit psychiatrischer Erfahrung in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Oberösterreich ausgegeben. Der Erhalt von 129 ausgefüllten und retournierten Fragebögen entspricht einer Rücklaufquote von 56%, welche für eine explorative Datenerhebung als sehr gut eingeschätzt werden kann. Zurückführen lässt sich diese Quote vermutlich auf die Tatsache, dass die Befragung an einer Teilpopulation durchgeführt wurde, für die schriftliche Befragungen nichts Außergewöhnliches sind und die Erhebung aktuelle und für die Zielgruppe interessante Themen aufgriff. Da es sich, wie bereits erwähnt um eine explorative Untersuchung handelt, die Informationen über einen Untersuchungsgegenstand sammelt mit dem Ziel eine Bildung von technologischen Theorien in der angewandten Forschung anzuregen, wird die Fragebogenauswertung ausschließlich deskriptiver Natur sein. Das Interesse am Forschungsgebiet bestand zu keiner Zeit in der Erklärung von Begründungszusammenhängen (vgl. Bortz/Döring 2002: 355-362).

Die Darstellung der Ergebnisse umfasst folgende Aneinanderreihung mit abschließender Zusammenführung:

1. Personenbezogene Daten
2. Angaben zur derzeitigen Inanspruchnahme von Sozialen Dienstleistungen
3. Fragen zu zusätzlich benötigten Sozialen Dienstleistungen
4. Angaben zum Interesse und der Wichtigkeit von Interessenvertretungen

10.2.1 Personenbezogene Daten

Insgesamt nahmen an der Befragung 129 Personen teil, die sich nach Bundesländern folgendermaßen aufteilen: Wien 6 Personen (= 4,65%), Niederösterreich 51 Personen (= 39,53%) und Oberösterreich 72 Personen (= 55,81%).

Der Anteil der Frauen an der Erhebung beträgt 58,27%, der Anteil der Männer 41,73%. Die Aufteilung der Altersklassen nach Geschlecht zeigt, dass in der Altersgruppe unter 25 Jahre, 25 bis 40 Jahre als auch in Gruppe über 55 Jahre annähernd doppelt so viele weibliche wie männliche Personen an der Erhebung teilgenommen haben. Lediglich in der Gruppe der 40- bis 55-jährigen besteht ausgeglichenes Geschlechterverhältnis. Die Mehrzahl der Befragten (43,2%) ist in der Altersgruppe 40 bis 55 Jahre zu verorten (vgl. Abb. 3: 59).

Hinsichtlich der Wohnsituation lässt sich folgendes aussagen: Die Mehrzahl der befragten Personen (51,9%) leben alleine in einer Wohnung (37,6%), in einem Haus (8,3%) oder in einer von einer Organisation betreuten Einrichtung (6,1%). 24,1% der ProbandInnen beantworten die Frage nach der Wohn-/Lebensform mit „in Partnerschaft lebend“ (Wohnung/Haus: 22,6%; in einer Wohngemeinschaft: 1,5%). Des Weiteren gaben 24,1% der Befragten an, eine sonstige Wohn- bzw. Lebensform zu haben; dazu zählen das Wohnen mit Kindern, den Eltern oder Geschwistern.

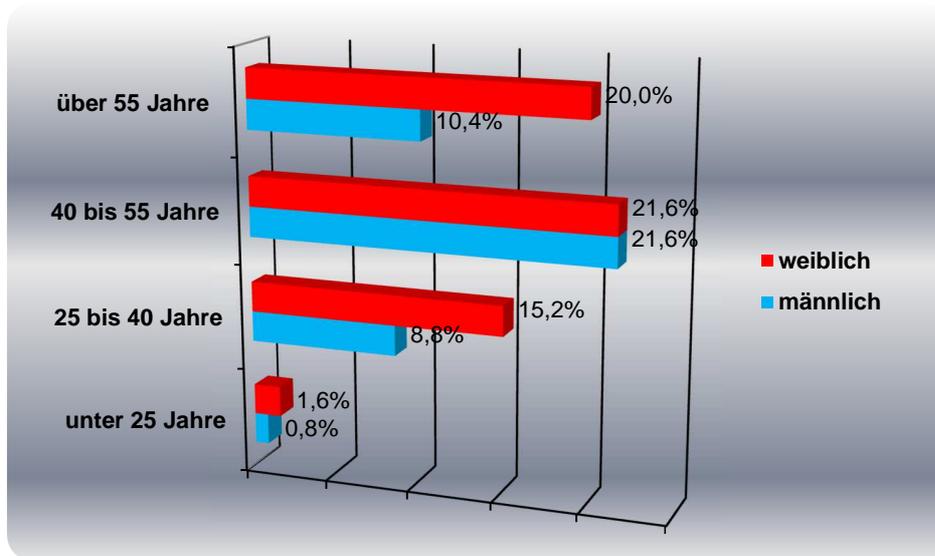


Abb. 3: Altersklassen nach Geschlecht der befragten Personen

Von den insgesamt 129 Personen sind 12,2% berufstätig, wobei hier etwa die Hälfte (48,3%) einer Tätigkeit in einer arbeitsmarktpolitischen Tagesstruktur nachgeht und der Rest (51,7%) am ersten Arbeitsmarkt beschäftigt ist. 87,8% der Befragten sind nicht berufstätig.

10.2.2 Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen

Die Frage nach Unterstützungsleistungen, die betroffene Personen in Anspruch nehmen, konnte mittels Mehrfachnennungen im Fragebogen beantwortet werden. Insgesamt sind bei der Stichprobe (N = 129) 382 Nennungen abgegeben worden, wobei jede Person zumindest zwei Angaben gemacht hat (vgl. Abb. 4:60). Die Aufteilung auf eine Gesamtheit von 100% zeigt, dass 35,4% der Angaben sich auf psychotherapeutisch/psychiatrische Unterstützungen beziehen, 21,2% eine betreute Freizeit/Tagesstruktur besuchen, 15,4% der Nennungen regelmäßig Gespräche mit SozialarbeiterInnen führen, 7,1% Mobile Soziale Dienste in Anspruch nehmen und 17% auf eine Unterstützung durch ihr Umfeld (Familie, Freunde, Nachbarn,...) zurückgreifen. Die Angaben unter „Sonstiges“ (3,9%) beziehen sich zum Großteil auf dezidiert bezeichnete HelferInnen (Mutter, Geschwister, BetreuerIn der Einrichtung).

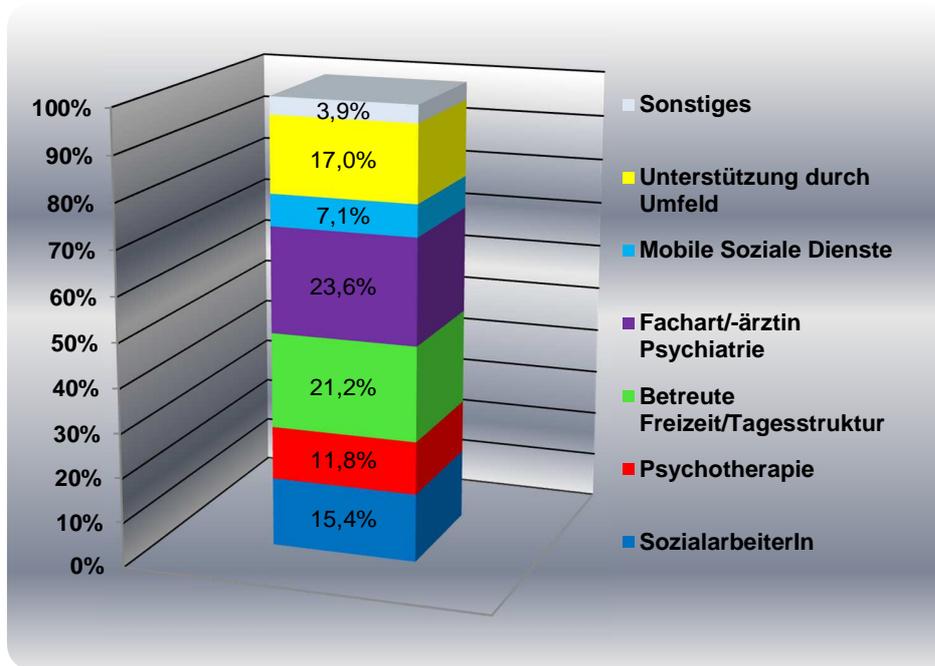


Abb. 4: Inanspruchnahme von derzeitigen Unterstützungsleistungen

Bezugnehmend auf die Fragestellung nach der Teilnahme an Gruppentreffen (Selbsthilfegruppen, Peerberatung, Dialoggruppen,...) lässt sich festhalten, dass 31,1% regelmäßig an Treffen partizipieren, 68,9% der Befragten sich allerdings nicht daran beteiligen.

10.2.3 Wünsche hinsichtlich der Anliegen einer Interessenvertretung

Die Themenschwerpunkte, um die sich eine Interessenvertretung kümmern soll, waren bei den Angaben der 129 ProbandInnen zahlreich (N= 429), was bedeutet, dass jede Person annähernd 4 Kernbereiche als essentielle Aufgabe einer Vertretung sah. Im Einzelnen ergibt sich nun folgendes Bild (vgl. Abb. 5:61):

Gleich häufig mit der Mehrzahl der Angaben genannt wurden die Umsetzung der Rechte von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und Arbeit/Beschäftigung mit 16,3%. Des Weiteren werden Sensibilisierung der Gesellschaft (14,7%) und Öffentlichkeitsarbeit (13,8%) als wesentlicher Aufgabenbereich in der Interessenvertretung gesehen. Auch Freizeitgestaltung (13,5%) und Wohnen (13,1%) zählen zu der erwünschten Berücksichtigung einer Vertretung. Lediglich Fragen zu Partnerschaft (6,5%), Erziehung (4,0%) und Sonstiges (1,9%) liegen

unterhalb der 10%-Marke. Unter Sonstiges wurden Konkretisierungen der einzelnen Themennennungen aufgezählt, wobei die Essenz der Konkretisierungen im sinnhaften Vollzug beim Bearbeiten der Anliegen liegt – beispielsweise Arbeit: Tagesstruktur in Betrieben, Freizeit: sinnvolle Workshops, Sensibilisierung der Gesellschaft: „dass ein psychisch erkrankter Mensch auch nicht böser und gefährlicher ist als ein gesunder Mensch“.

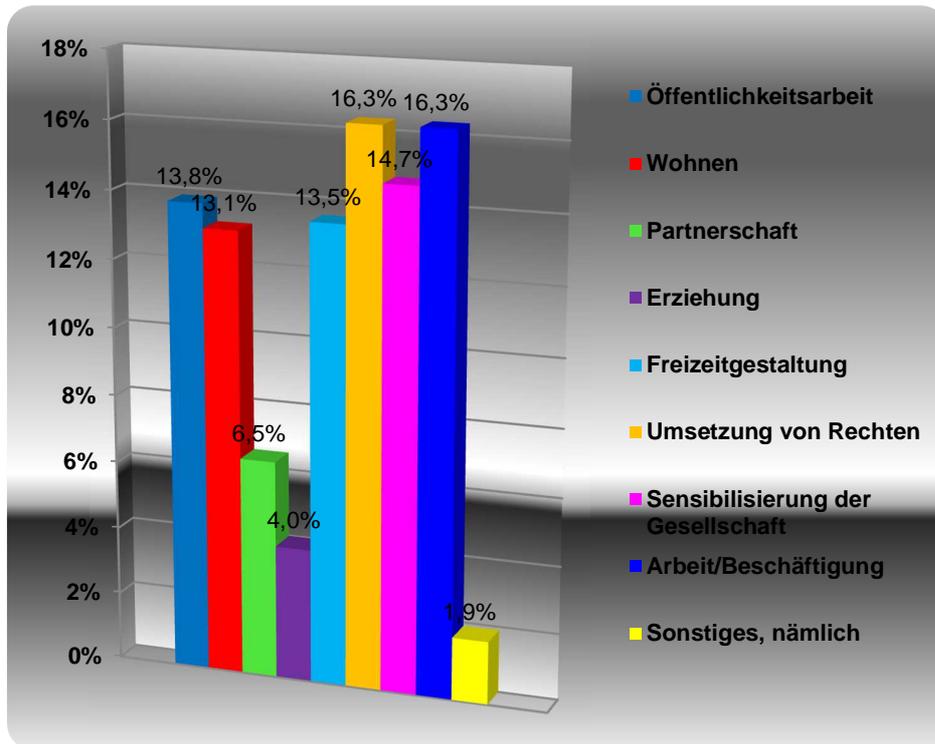


Abb. 5: Themenbereiche für eine Interessenvertretung

10.2.4 Interesse und Wichtigkeit an/von Interessenvertretungen

Die Beurteilung eine Möglichkeit zu haben, Anliegen in einer Interessenvertretung zu besprechen, wurden auf einer Skala von 1 (= unwichtig) bis 6 (= sehr wichtig) mit einem Mittelwert von 4,45 und einem Median von 5 (mehr als die Hälfte der Angaben liegt bei 5 bzw. darüber) bedacht. Das bedeutet nun, dass die Mehrzahl der Personen die Vertretung ihrer Interessen über Interessenvertretungen als eher sehr wichtig einstuft. Die Zusammensetzung einer Interessenvertretung (vgl. Abb. 6:62) sollte lt. Angaben der ProbandInnen mit 50,5% aus professionellen HelferInnen – wie ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen – bestehen. 39,6% der

Befragten würden eine Interessenvertretung bestehend aus Menschen mit psychischer Beeinträchtigung bzw. SelbstvertreterInnen bevorzugen. Unter dem Punkt „Sonstiges, nämlich“ (9,9%) sind vor allem die Einbeziehung von Angehörigen und das Aussprechen für eine Zusammenarbeit psychisch Beeinträchtigter mit ProfessionistInnen genannt worden. Wesentlich ist auch der zusätzliche Hinweis „jemand der Verantwortung übernehmen will und kann“ von mehreren Befragten.

Nennung	Anteil
Menschen mit psychischer Beeinträchtigung/ SelbstvertreterInnen	39,6%
Professionelle HelferInnen (ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen,...)	50,5%
Sonstige, nämlich	9,9%
Anteil	100,0%

Abb. 6: Zusammensetzung einer Interessenvertretung

Die Frage nach einer möglichen Mitarbeit in einer Interessenvertretung beantworteten 72,3% mit „nein“ und 27,7% mit „ja“. Die Begründungen für oder gegen eine Mitarbeit waren zahlreich und konnten in folgende Kategorien eingeteilt werden: Gründe für eine Mitarbeit können in die „eigene Betroffenheit/Wissen“ (48,2%) und dem „Einsatz für andere/Interessen vertreten/Stigmatisierung entgegen wirken“ (51,8%) zusammengefasst werden. „Zuwenig Selbstvertrauen /kein Wissen“ (44,4%), „keine Zeit/keine Lust“ (8,3%) und „Überforderung“ (47,3%) waren Aspekte der Ablehnung einer derartigen Aufgabe.

10.3 Zusammenfassung

Die Auswertung der Daten der Fragebögen zeigt ein klares Bild hinsichtlich der Wichtigkeit einer Interessenvertretung für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung. Um die Interessen durchzusetzen ist der Wunsch nach der Zusammensetzung eher bei den professionellen HelferInnen bzw. in der Zusammenarbeit mit SelbstvertreterInnen zu verorten. Bei der Zusammensetzung einer Interessenvertretung gehen die Meinungen nach einer expliziten Personengruppe auseinander; als wesentlich wird eine Mischung aus allen möglichen Beteiligten zur Gruppe der Personen mit psychischer Beeinträchtigung

gesehen, welche aus SelbstvertreterInnen, ProfessionistInnen der Medizinischen/Sozialen Dienstleistungen und Angehörigen gebildet wird. Die Bandbreite der Themenschwerpunkte, um die sich eine Interessenvertretung bemühen sollte umfasst grundsätzlich 8 wesentliche Bereiche, die sich mit der Teilhabe an/in der Gesellschaft befassen.

11 Interviews

Martin Gebetsberger

Die Gespräche mit Betroffenen stellen deren Sicht in den Mittelpunkt. Mit einer möglichst offenen Herangehensweise werden die vielfältigen Erfahrungen und deren Darstellungsweisen gesammelt und im zweiten Schritt nach den konstituierenden Themen analysiert. In einem dritten Durchgang können Hinweise für eine verbesserte Berücksichtigung der Anliegen dieser Gruppe von Menschen mit Behinderung formuliert werden.

11.1 Teilstrukturiertes narratives Interview

Die Wahl der Methode zur Befragung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung fiel auf eine Mischform zwischen Leitfaden-Interview und narrativem Interview. Um eine minimale Gemeinsamkeit und Vergleichbarkeit in den Gesprächen zu gewährleisten (Flick 2009:113) und die Anliegen der UN-Konvention konkret einbringen zu können, wurde vorbereitend ein Gesprächsleitfaden erstellt. Dieser konnte allerdings in allen Gesprächen dem Fluss der Erzählungen der Interviewten untergeordnet werden. So gelang es, die folgenden drei Vorgaben des narrativen Interviews bei Flick annähernd durchgängig zu erfüllen. Beginnend mit der Eröffnungsfrage, die „eine Erzählung über den angepeilten thematischen Bereich und zeitlichen Ausschnitt aus der Biographie“ (ebd.:117) stimulieren soll, schließt eine Orientierung am Spielraum für die Interviewten an um erst im abschließenden Teil angeschnittene Themen aufzugreifen und gezielt nachzufragen (vgl. ebd.:117).

Für die vorgesehene Materialerhebung mit Betroffenen einer psychischen Beeinträchtigung erhielt die Form des Einzelinterviews aus zwei Gründen den Vorzug. Einerseits sind persönliche Erfahrungen mit einer psychischen Erkrankung als möglicherweise sensible Themen einzustufen, was einen gewissen geschützten Rahmen für die Gesprächssituation erfordert, andererseits scheint damit eine Zielsetzung des Forschungsprojektes, möglichst unterschiedliche Sichtweisen und Handlungsorientierungen miteinander zu vergleichen (Froschauer/Lueger 2009:146), besser erreichbar. Die Gespräche wurden zwischen August 2013 und Februar 2014 durchgeführt.

11.2 Auswertung der Transkripte

Für die Forschungsfrage, in der Unterstützungsbedarf und Selbstbestimmung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung näher erörtert werden, sollen die Perspektive der Interviewten und deren Formulierung der ihnen wesentlichen Themen den Ausgangspunkt bilden. Im Sinne des sozialen Konstruktivismus wird „jede Form des Wissens durch Selektion und Strukturierung konstruiert“ (Flick 2009:53). Im Rahmen der Auswertung des Datenmaterials aus den Interviews soll diese Selektion und Strukturierung im Erfahrungswissen der Betroffenen Beachtung finden. „Erfahrungen werden durch die Begriffe und Zusammenhänge, die das erkennende Subjekt konstruiert, strukturiert und verstanden. Ob das dabei entstehende Bild wahr oder richtig ist, lässt sich nicht beantworten. Jedoch kann man seine Qualität durch seine *Viabilität* (Hervorhebung im Original) bestimmen, das heißt, inwieweit das Bild oder Modell dem Subjekt ermöglicht, sich in der Welt zurechtzufinden und in ihr zu handeln“ (ebd.:55).

Für die Auswertung des Textmaterials aus den Interviews wird das Textreduktionsverfahren nach Froschauer und Lueger angewendet. Es geht in dieser Methode darum, sich einen Überblick über „die Vielfalt an Themen, deren Darstellungsweise und Zusammenhang“ (Froschauer/Lueger 2003:159) zu verschaffen. Aus den vorliegenden Transkripten werden die charakteristischen Elemente der Themendarstellung und die jeweiligen Argumentationszusammenhänge der Themen herausgearbeitet.

Die Texte der Transkripte aus den Interviews werden nach Themen untersucht, in Paraphrasen zusammengefasst und mittels einer Tabelle den gefundenen Themen und Subkategorien zugeordnet. Ergänzend können unter den Rubriken „Interpretation“ und „Memo“ Anmerkungen und Originalzitate festgehalten werden. Für das Vorgehen in der Themenanalyse nach Froschauer/Lueger sind fünf Komponenten in Form von Fragen vorgesehen. Erstens wird nach den wichtigen Themen gesucht, die im zweiten Schritt charakterisiert und im Zusammenhang ihres Auftauchens dargestellt werden. Zu beachten und zu dokumentieren ist drittens die Abfolge der Themen. Die vierte Frage geht den Unterschieden zwischen den Themen in den Gesprächen nach, um abschließend fünftens die Themencharakteristika in den Kontext der Forschungsfrage zu stellen (vgl. ebd.:160).

11.3 Auswertung der Interviews

Wie zum Feldzugang in Kapitel 8 dargestellt, wurden mit Betroffenen einer psychischen Erkrankung, die zum Teil bereits an der Fragebogenerhebung teilgenommen hatten und sich schriftlich für ein Gespräch interessiert erklärt hatten, zur Vertiefung der Themenstellung teilstrukturierte narrative Interviews geführt. Von den insgesamt sechs Befragten, die in Ober- bzw. Niederösterreich leben, sind drei weiblich und drei männlich. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden beträgt 50,5 Jahre mit einer Streuung von 31 bis 59 Jahren. Mit im Durchschnitt 19,5 Jahren (von 12 bis 29 Jahre) seit dem Beginn der psychischen Erkrankungen, die sich auf Depression, schizoaffektive Psychose und bipolare affektive Störung aufteilen, bringen sie eine langjährige Erfahrung als NutzerInnen von psychiatrischen Diensten mit. Drei der Befragten sind auch bereits in einer Form von Interessenvertretung aktiv tätig.

Für die Auswahl der relevanten Themen aus den Interviews soll zunächst die Forschungsfrage, ob und wie Unterstützungsformen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung im Sinne von Selbstbestimmung der Betroffenen und Förderung von Recovery erweitert werden könnten, in Erinnerung gerufen werden. Aus dem Textmaterial der Interviewtranskripte konnten in mehreren Analysedurchgängen die

Themen Krankheit, Hilfsangebote, Lernprozesse, ExpertInnentum, Sensibilisierung und Teilhabe als zentrale Dimensionen für die Fragestellung herausgefiltert werden. Ein Überblick zu diesen sechs Themen und deren Untergliederung in die konstituierenden Subkategorien wird in Form einer Mindmap (vgl. Abb. 7:66) ersichtlich gemacht.

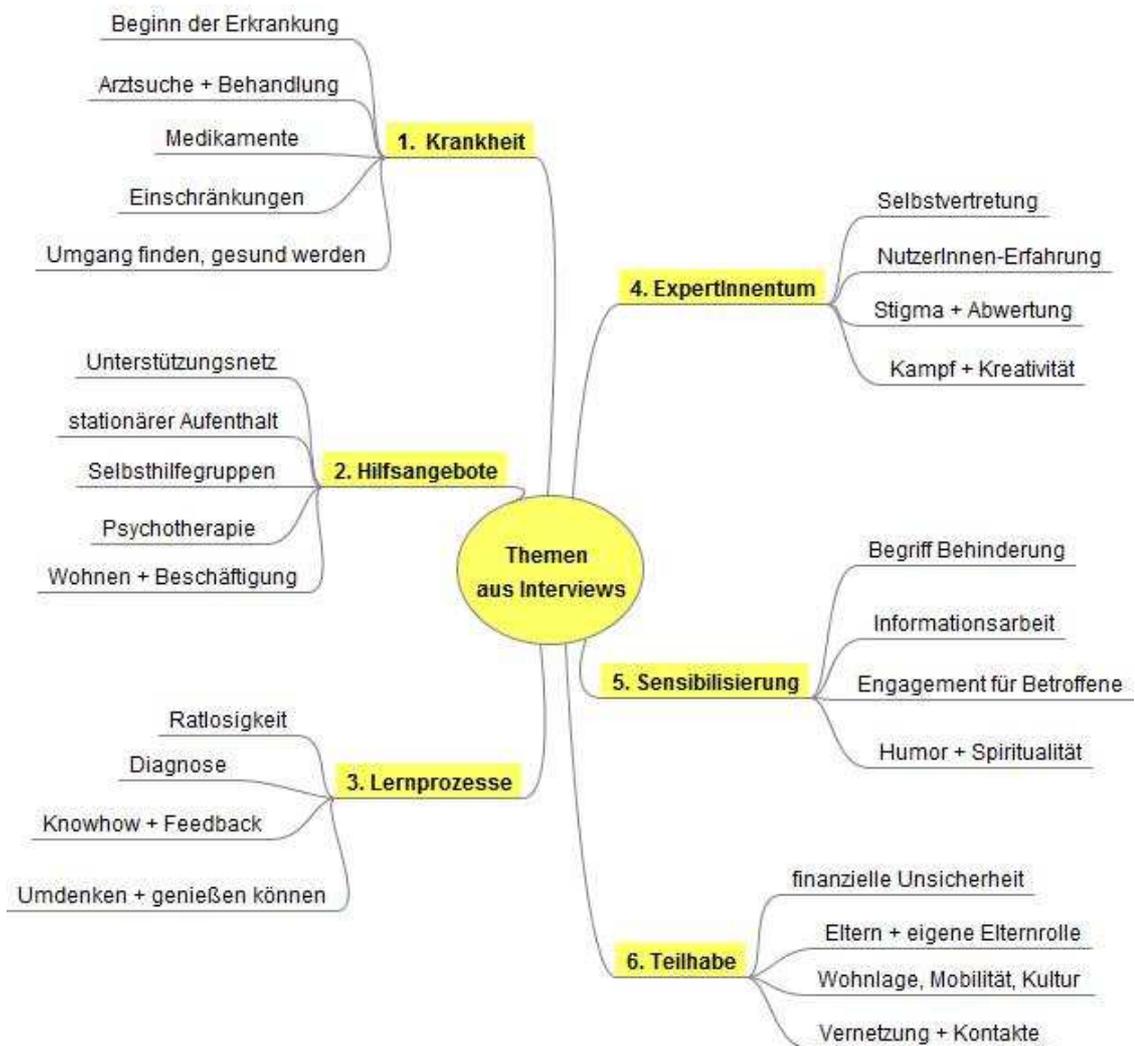


Abb.7: Mindmap der Themen und Subkategorien aus den Interviews

11.3.1 Krankheit und Gesundheit

Ein Kriterium für die Auswahl der InterviewteilnehmerInnen stellte deren psychische Erkrankung dar. Die Einstiegsfrage im Interviewleitfaden bezog sich auf diese persönliche Erkrankungs- und Gesundungsgeschichte, das Auftreten erster

psychischer Probleme, eventuelle Krankenhausaufenthalte in diesem Zusammenhang und auf den Verlauf der Behandlung und Gesundung.

Beginn der Erkrankung

Neben den spezifischen Erkrankungsformen stellt das Alter zum Zeitpunkt der Ersterkrankung einen wesentlichen Unterschied zwischen den Befragten dar. Während ein Teil der GesprächspartnerInnen ihre Ausbildung bereits abgeschlossen, Berufstätigkeit begonnen, eine Partnerschaft eingegangen und Familie gegründet hatten, waren andere noch in der Schulausbildung und wohnten bei den Eltern, als erste Episoden oder Erkrankungsphasen auftraten. In den Vorgeschichten der Erkrankung stimmen die Interviewten allerdings darin überein, dass ihr Leben schon einige Zeit davor nicht mehr in Ordnung gewesen sei. Sie nehmen dabei Bezug auf Schwierigkeiten in ihrer Selbstsicht, Partnerschaft, Herkunftsfamilie, Schule oder in ihrer beruflichen Situation. Meist nannten die Interviewten auch konkrete Auslöser wie Überforderung in Schule oder Beruf und Mehrfachbelastungen. Betroffene hätten in ihrem Beziehungserleben „einfach gewisse Dinge nicht verarbeiten können“ (I3:51) und erzählen zum Teil auch von Traumata aus früheren Lebensabschnitten.

Die Befragten nennen Auslöser wie Scheidung, die den Boden unter den Füßen weggezogen habe oder berufliche Anforderungen, die keine Erholungsphasen zuließen und beispielsweise auch den Schlaf massiv beeinträchtigt hätten. Einige beschreiben, dass sie anfangs dagegen angekämpft hätten, bevor sie in die Krise oder Psychose gekommen seien. Die meisten Befragten erzählen, dass sie anfangs die psychische Erkrankung nicht sehen oder wahrhaben wollten und hofften, dass bei den Untersuchungen eine körperliche Krankheit als Erklärung für die auftretenden Symptome gefunden würde. Einzelne litten schon seit langer Zeit unter den Vorzeichen der Erkrankung, konnten diese aber erst Jahre später in der Psychotherapie dem Krankheitsbild zuordnen.

Arztsuche und Behandlung

In den meisten Erzählungen nehmen die Suche nach der geeigneten Behandlung und Therapie sowie der Umgang mit Medikamenten einen wichtigen Stellenwert ein.

Da zuerst nur die somatischen Aspekte der Erkrankung wichtig genommen wurden, sei es bei Einzelnen im Nachhinein gesehen zu Fehldiagnosen und ungeeigneter Behandlung gekommen. Mehrere missglückte Behandlungsversuche hätten bei einzelnen Befragten zu Verzweiflung und Einengung geführt, sodass von Betroffenen auch Suizidversuche angesprochen werden. Wenn allerdings das Vertrauen zur psychiatrischen Fachkraft gepasst hat und eine nachvollziehbare Diagnose gestellt werden konnte, habe sich auch wieder so etwas wie Zuversicht eingestellt.

Das Gefühl, das Steuer nicht in den Griff zu bekommen und das eigene Leben „nicht lenken zu können“ (I2:178), sei schwer zu ertragen gewesen. Eine Stabilisierung habe sich für einige der Befragten erst über Jahre durch den regelmäßigen Kontakt mit vertrauten Menschen, durch die passende Medikation und mit psychotherapeutischer Begleitung eingestellt.

Medikamente

Die Überlegung, wie man als PatientIn von den Medikamenten auf verantwortbare Weise mit kompetenter medizinischer Begleitung und Schritt für Schritt auch wieder wegkommen kann, spielt bei fast allen Befragten eine Rolle. Gerade wenn viele verschiedene Medikamente über lange Zeit genommen werden müssen, wird das von Befragten als Festschreibung des Krankseins empfunden. Zum Teil wird auch die Wirkung der Medikamente selbst als massiv einschränkend empfunden, sodass von Phasen in psychiatrischen Einrichtungen erzählt wird, in denen man sehr stark unter Medikamente gesetzt worden sei, sodass der/die Betroffene über Wochen nicht viel mitbekommen habe.

Als bedeutsame Nebenwirkungen der Behandlung mit Psychopharmaka wird von mehreren Befragten eine Gewichtszunahme angeführt, die sowohl das körperliche als auch das soziale Wohlbefinden beträchtlich reduziert habe. Ein Befragter gibt an, dass es bei ihm mehr als zwei Jahre gedauert habe bis die Medikamente so eingestellt waren, dass er seinen Tagesablauf wieder gut bewältigen konnte.

Allerdings gilt die Akzeptanz von medikamentöser Behandlung oft auch als Voraussetzung für die Teilnahme in Wohn- und Rehabilitationseinrichtungen. Darin

kann ein Widerspruch zwischen der Förderung von Selbstbestimmung der Betroffenen und den allgemeingültigen Vorgaben in den Konzepten von sozialpsychiatrischen Institutionen festgestellt werden.

Einschränkungen

Als mittelbare Folgen der Erkrankung werden existenzielle Probleme wie Jobverlust, Wohnungsverlust und insgesamt drückende finanzielle Probleme genannt. Eine Frau musste aufgrund der Erkrankung die Verantwortung für ihre Kinder an den Exmann abgeben. „Theater spielen, dass andere das nicht sehen“ (I4:93) oder sozialer Rückzug aus Scham werden angeführt. Entwurzelung durch Übersiedlung in andere Regionen aufgrund der Lage von psychiatrischen Einrichtungen wird von Betroffenen als weitere mögliche Konsequenz aus der Erkrankung genannt.

Die Sicht auf den aktuellen gesundheitlichen Status fällt bei den Befragten erwartungsgemäß unterschiedlich aus. Diese reicht von einigermaßen starker Einschränkung durch Ängste, reduzierte Belastbarkeit, Angewiesenheit auf Unterstützung und diverse Psychopharmaka bis zur Wahrnehmung von kleinen Restsymptomen, mit denen sich gut leben lässt. Alle Befragten gestalten ihren Alltag wieder aktiv, sind aber beinahe durchgehend nicht oder nur geringfügig in bezahlter Weise berufstätig.

Umgang finden, gesund werden

Als Meilensteine auf ihrem Gesundungsweg führen die Teilnehmenden beispielsweise Medikamentenreduktion, Aufhebung einer Sachwalterschaft, selbstständiges Wohnen, regelmäßiger Besuch von Kulturveranstaltungen und die Gründung einer Selbsthilfegruppe oder die Teilnahme daran. Schritte in Richtung Genesung werden von den meisten Befragten als ausgesprochen individuell geschildert. Wesentlich erscheint dabei, dass es der/dem Einzelnen gelingt, Selbstheilungskräfte zu aktivieren, eine psychotherapeutische Vertrauensbeziehung aufzubauen und Formen von gemeinschaftlichen Treffen zu nutzen. Jedenfalls konnten das persönliche Umfeld und Betroffene selbst viel dazu beigetragen, um wieder gesund oder doch gesünder zu werden. Die persönlichen Erfahrungen mit den psychischen Problemen werden auch als identitätsstiftend, jedenfalls als sehr

prägend, geschildert. Der Umgang mit der Erkrankung sei "ein Thema, das mich mein Leben lang beschäftigen wird, weil es einfach zu mir dazugehört" (I3:116-117). Als Ergebnis des langjährigen Genesungsprozesses beschreiben einige Befragte, dass sie durch die Schwierigkeiten mit der psychischen Krankheit auch neue Fähigkeiten gewonnen hätten und einige sich durch den bewussteren Umgang mit ihrem Leben gesünder als je zuvor fühlen würden. Nach der letzten Depression im Sommer sei sie gestärkt und spüre Hunger wirklich lebendig zu sein, erzählt eine der Befragten.

11.3.2 Hilfsangebote

Organisierte Hilfsangebote und ein vielfältiges und nach Bedarf nutzbares Unterstützungsnetz tragen aus Sicht der Befragten wesentlich zu ihrem Gesundungsprozess bei. Auch wenn in den beiden Bundesländern Ober- und Niederösterreich eine systematische Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen angeboten wird, können in den Gesprächen einige Anregungen für deren Weiterentwicklung gefunden werden.

Unterstützungsnetz

Durch die wiederholte Erfahrung der Zuverlässigkeit im Unterstützungsnetz entstünden mehr Vertrauen in sich selbst und in die Helfenden sowie die Überzeugung, dass auch zukünftige Schwierigkeiten zu meistern sein werden. So hält ein Befragter fest, dass für ihn die besondere Kompetenz des Hilfeholens das Wichtigste für die Bewältigung des Lebens mit seiner Erkrankung darstelle. Allerdings sei diese Inanspruchnahme von Hilfe oft nicht leicht, obwohl das Angebot an Krisendiensten ausgeweitet worden sei. So falle es einem Befragungsteilnehmer beispielsweise schwer, ein Telefonberatungsangebot des Psychosozialen Dienstes am Wochenende in Anspruch zu nehmen, weil er nicht wisse, welche konkrete Person aktuell erreichbar und ihm wichtig sei, ihm bekannte oder vertraute Personen kontaktieren zu können. So kommt es dazu, dass doch wieder die Eltern als Krisendienst genutzt werden, was aber der eigenen Verselbständigung nicht wirklich zugutekommt.

Ein Befragter schildert das Unwissen seiner Angehörigen, die nicht verstehen würden, dass es sich tatsächlich um eine Erkrankung handelt. Sie würden das nicht akzeptieren, weil es so etwas für sie nicht gäbe und ihm als Betroffenen vorwerfen, er würde die Probleme nur vortäuschen. So erlebe er sein familiäres Umfeld gar nicht als Unterstützung sondern müsse sich im Gegenteil vor diesem in Acht nehmen.

Betroffene beschreiben mehrfach, dass sie selbst die im Entstehen begriffene Erkrankung zunächst nicht wahrhaben wollten. Oft seien es nahe Angehörige, denen die Veränderungen im Verhalten durch eine psychische Erkrankung oder Vorzeichen für neue Krisenphasen auffallen würden und Hilfe in die Wege leiten. Dies kann mit fachärztlicher und psychotherapeutischer Unterstützung zum Teil ambulant gelingen. In der Erkrankungsgeschichte der Befragten waren aber bei allen auch stationäre Aufenthalte nötig.

Stationärer Aufenthalt

Stationäre psychiatrische Behandlung wird von den Interviewten durchaus unterschiedlich wahrgenommen und entsprechend bewertet. Einige beschreiben die Zeit im psychiatrischen Krankenhaus oder auf einer entsprechenden Abteilung als Erholung von der Überlastung oder Erkrankung. Im Krankenhaus konnte beispielsweise bei einem Befragten durch die richtige Diagnose und Medikation ein langes Versuch- und Irrtumspiel beendet werden. Andere Befragte haben allerdings Zwangsmaßnahmen erleben müssen, an deren traumatisierende Szenen sie sich erst Jahre später zu erinnern wagen. So beklagen Einzelne, dass in der Psychiatrie in den ersten Tagen nicht mit ihnen gesprochen worden sei und sie keine Informationen über Behandlung und weitere Vorgangsweisen erhalten hätten. Oder sie seien unvorbereitet und ohne geplante Nachsorge entlassen worden, weil das Bett plötzlich für andere PatientInnen dringender gebraucht wurde.

Mehrere Befragte halten fest, dass mit einem passenden sozialen Umfeld stationäre Aufenthalte erspart bleiben und Lösungen gefunden werden könnten, die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung besser aufrecht erhalten würden. Die Gruppensituationen in einer Klinik bringe jedoch für die PatientInnen auch eine

Gelegenheit, erstmals Anknüpfungspunkte zu Selbsthilfe kennen zu lernen. In den Kliniken würden in letzter Zeit auch vermehrt Bemühungen unternommen, Selbsthilfeangebote bei den PatientInnen bekannt zu machen.

Selbsthilfegruppen

Ein Befragter erzählt von der Gründung seiner Selbsthilfegruppe auf Anregung einer Sozialarbeiterin des Psychosozialen Dienstes. Die Betroffenen sieht könne nur mit Menschen in ähnlicher Situation ausgetauscht werden. Und davon profitiere man gerade auch bei psychischen Problemen, weil Betroffene voneinander sehr viel lernen könnten. Sie fühlten sich verstanden in ihren Erfahrungen, die sie in der Gruppe erzählen, mit dem, was sie machen wollen und was sie aktuell nicht realisieren können. Allerdings haben einzelne auch weniger positive Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen gemacht. Es bestehe die Gefahr, dass schwierige Persönlichkeiten in der Leitung das Gruppengeschehen dominierten. Auch bei Leitungspersonen von Selbsthilfegruppen kann es passieren, dass es Rückfälle gibt und die Gruppe sich auflöst, wenn keine stellvertretende Gruppenleitung vorhanden war.

Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen funktioniere für Einzelne vor allem in stabilen Phasen gut. Wenn die Depression aber ganz arg sei, wolle sie die Gruppe nicht sehen, schildert eine Befragte für sich eine Grenze in Bezug auf die Wirksamkeit der Gruppe. Das Geschehen in Selbsthilfegruppen sei anspruchsvoll, es stelle Anforderungen und zeige auch Wirkung. Einerseits brauche es ein gewisses Maß an Selbsterkenntnis und andererseits fördere es diese.

Psychotherapie

Der Mangel an passender psychotherapeutischer Unterstützung und deren nur eingeschränkte Finanzierung durch die Krankenkassen werden von Befragten als Benachteiligung im Vergleich zur Versorgung bei körperlichen Erkrankungen genannt. Auch wenn es in den letzten Jahren von den Krankenkassen finanzierte Psychotherapieplätze gibt, wird die Chance einen solchen einigermaßen zur richtigen Zeit zu erhalten als gering beschrieben. Auf Basis der Erfahrung mit anderen Betroffenen in seiner Selbsthilfegruppe betont ein Befragter, dass rasche

und individuell abgestimmte Psychotherapie Krankheitsphasen verhindern oder verkürzen könne. Allerdings könne Psychotherapie zeitgerecht und im nötigen Ausmaß nur in Anspruch nehmen, wer sich das selbst leisten könne.

Die Gespräche in der Einzelpsychotherapie werden als besonders bestärkend dargestellt, weil Betroffene erleben, dass die Fachkraft sich für sie Zeit und sie als Person ganz ernst nimmt, sodass sie sich verstanden fühlen könnten. Einzelne Befragte erleben Gruppenpsychotherapie als gut geeignet um in der Genesung voran zu kommen. Man könne sich als Bereicherung für die Gruppe erleben und bei guter Unterstützung durch die therapeutische Fachkraft trotz unterschiedlicher Diagnosen der Teilnehmenden wechselseitig Anregungen und Hilfestellungen geben. In dieser Form der Psychotherapie könne die Gruppe als geschütztes Lernfeld dienen um ein positives Erleben von authentisch ausgedrückten Gefühlen zu üben und beispielsweise auch widersprechen zu können, ohne Nachteile befürchten zu müssen. Eine Betroffene beschreibt ihre Rolle als Gruppenmitglied mit langjähriger Psychiatrieerfahrung und weiß sich aufgrund ihrer Beiträge in der Gruppenpsychotherapie sowohl von der Gruppenleitung als auch von den anderen Teilnehmenden trotz unterschiedlichster Diagnosen sehr wertgeschätzt. Exemplarisch nennt sie ihre Beiträge in Bezug auf langjährige Erfahrung im Umgang mit erlebter Abwertung und Stigmatisierung als Psychiatriepatientin und wie sie damit andere Gruppenmitglieder anregen konnte, Probleme auch in Stärken umzumünzen.

Wohnen und Beschäftigung

Aufgrund von schweren psychischen Erkrankungen kann oft ein Beruf nicht oder nicht mehr ausgeübt werden, wobei gerade ein strukturierendes Tätigsein einen zentralen Beitrag zur psychischen Gesundheit leisten kann. Eine Befragte betont den Wert von Eigenverantwortung und von angepassten Alltagsanforderungen. „Das war auch wirklich gut organisiert. Wir mussten in Gruppen die Wohnung putzen, kochen, einkaufen gehen. Wir hatten auch zweimal die Woche Kunsttherapie, einmal Musiktherapie. Und Ausflüge wurden mit uns am Wochenende gemacht“ (I1:89-91). Von den Befragten werden neben betreuten

Wohngemeinschaften passende Arbeits- und Beschäftigungsformen als wichtig angeführt. Gerade in Phasen mit starker Beeinträchtigung wird von einigen die positive Wirkung der Beschäftigung als wesentlich hervorgehoben.

11.3.3 Lernprozesse

Bei den Befragten kann eine typische Gesamtdynamik ausgemacht werden. Nach oft mehrmals wiederholten Krisenphasen entwickelt sich vermehrt so etwas wie eine neue Problemlösungskompetenz. Viele schildern in der Folge Erkenntnisprozesse, die durch ein Umdenken zu neuer Lebensqualität führen würden.

Ratlosigkeit

Über den Beginn der Erkrankung sprechen viele Betroffene von einer Ratlosigkeit und Verzweiflung, weil sie nicht gewusst hätten, wie sie mit den vielfältigen Irritationen und Verlusten umgehen sollten. Dieses vollständige Fehlen von Bewältigungsstrategien führte bei einzelnen Befragten zu Suchtverhalten, bei vielen auch zu Einengung, Suizidgedanken und -versuchen. Besonders wenn Behandlungen nicht die gewünschte Wirkung erzielt hätten, sei es unmöglich gewesen Zuversicht aufrecht zu erhalten.

Der Verlust der Fähigkeit sich zu konzentrieren, Texte zu lesen und zu verstehen hat beispielsweise eine Teilnehmerin in der Akutphase sehr belastet. Es war schrecklich für sie, weil sie beim fünften Wort von einem Satz das erste Wort nicht mehr gewusst hätte. Sie habe befürchtet vollkommen dumm zu werden. Aber es habe ihr niemand gesagt, dass das nur vorübergehende Konzentrationsschwierigkeiten wären.

Diagnose

Ein Mangel an Information wird auch im Zusammenhang mit der erhaltenen psychiatrischen Diagnose angesprochen. Im Zuge von mehreren stationären Aufnahmen, hätte sich die Diagnose bei einem Interviewten gewandelt „von einer paranoiden Schizophrenie zu einer schizoaffektiven Störung, was ich persönlich als Vorteil sehe, weil einfach dieses Fühlen dazugekommen ist, dass es auch ein Leben

in mir gibt“ (I3:106-108). Dieser Teilnehmer deutet so seinen Lernprozess in der Nutzung von Informationen von den ärztlichen Fachkräften in der Psychiatrie an.

Ein anderer gibt an, dass er nach einem halben Jahr mit regelmäßiger Gesprächstherapie endlich seine Erkrankung anerkennen habe können. Erst dadurch habe er begonnen zu lernen, wie er mit der Erkrankung leben könne. Es habe ihm auch geholfen, mögliche Ursachen in traumatisierenden Erlebnissen in seiner Kindheit zu finden und diese Verwundungen besser zu verarbeiten.

Knowhow und Feedback

In Jahren des Überlebenskampfes und der Krankheit seien die eigenen Fähigkeiten und Interessen aber nicht verloren gegangen, schildert eine Befragte. Sie hätte sich sogar eine besondere Art von Kontaktfähigkeit angeeignet. So habe sie in den letzten Jahren an sich selbst beobachtet, dass sie leicht eine Verbindung zu psychisch kranken Menschen herstellen könne. Sie habe aber auch lernen müssen, sich zu schützen und zu distanzieren, wenn die Kontakte sie überstrapazieren würden.

Auch ein anderer Interviewpartner spricht über seinen besonderen Zugang zu Betroffenen in der Selbsthilfe. Für ihn als selbst Betroffenen bestünden gute Voraussetzungen, dass Gruppenteilnehmende auch unangenehme Themen und herausfordernde Konfrontationen von ihm annehmen könnten. In diesem Zusammenhang plädiert er für einen sehr ehrlichen Umgang mit psychisch Erkrankten und fordert zu mehr Toleranz von Betroffenen untereinander auf, weil gerade durch den Erhalt und das Geben von direktem Feedback Lernprozesse angestoßen werden könnten. Bei frühzeitiger Warnung durch Gruppenmitglieder würde sich auch die Chance erhöhen, dass ein sich abzeichnender Rückfall erkannt und verhindert oder abgemildert werden könne.

Im Rahmen einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft habe ein Befragter über Monate seine Problemlösungskompetenz trainieren können und gelernt, dass er sein Selbstmanagement in den Griff bekommen müsse und wie das immer besser gelingen könne.

Umdenken und genießen können

Im Reflektieren seines Gesundungsprozesses stellt ein Befragter fest, dass er durch die Lebenskrise seiner Erkrankung und mit Unterstützung durch die Psychotherapie die eigene Überbewertung des Berufslebens revidiert und seine Lebenseinstellung verändert habe. „Da hab ich eben gesehen, was falsch gelaufen ist, weil man war ja wirklich so programmiert, zu schaffen, also wenn du was schaffst, dann bist du was. Also die Arbeit war alles" (I2:201-203). Durch die Erkrankung und das Umdenken in diesem Zusammenhang habe er gelernt, das Leben auch wieder zu genießen.

11.3.4 ExpertInnen aus Erfahrung

Den Befragten gelingt es, wenn auch in unterschiedlichen Ausmaß, sich als Fachkraft in eigener Sache zu sehen. Das dies für sie selbst zutrifft, bringen im Laufe der Gespräche alle Befragten zum Ausdruck. Im Engagement für andere und ob auch ein Deklarieren der psychischen Erkrankung in der Öffentlichkeit in Frage kommt, darin besteht unter den Teilnehmenden jedoch eine große Bandbreite.

Selbstvertretung

Als eine besondere Schwierigkeit in der Organisation von Selbsthilfegruppen und Organisationen der Interessenvertretung von Betroffenen wird von mehreren Interviewten angesprochen, dass Betroffene auch nach einem längeren Genesungsprozess selbst in Krisen kommen können und damit oft mühsam aufgebaute Strukturen ins Wanken geraten oder gar wieder verschwinden. So sei manche Selbsthilfegruppe für psychisch Erkrankte leider kurzlebig, wenn nicht die Etablierung einer Vertretung von Leitungspersonen gelinge. Als mögliche Ansätze nennt ein Interviewter neben gezielten Moderationsschulungen für Leitungspersonen und dem Aufbau von funktionierenden Vertretungen für die Leitung von Selbsthilfegruppen eine Nachbetreuung von ehemals Erkrankten auch außerhalb von Krisenzeiten und eine Form von Supervision zur Festigung der persönlichen Stabilität im Rahmen des Engagements für eine Selbsthilfeorganisation. Diese Supervision oder ein spezifisches Coaching durch erfahrene Fachkräfte oder Peers könne dann auf eine nicht mehr benötigte

Psychotherapie folgen und so eine nachhaltige Nutzung der Erfahrung als Betroffene für die Selbsthilfebewegung gewährleisten.

Als Bedenken gegen das eigene aktive Auftreten im Rahmen einer Interessenvertretung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nennt eine Interviewte die Gefahr der Überforderung, wenn Betroffene alle ihre Anliegen an sie weitergeben würden. Auch die intensive Beschäftigung mit dem eigenen Existenzkampf und die Unterschiedlichkeit in Diagnosen und Erscheinungsformen von psychischen Problemlagen führt sie als Hindernisse für den Einsatz in einer Interessenvertretung an. Andererseits sehe sie eine Aufgabe in der Selbstvertretung auch als reizvolle Herausforderung, da sie damit in ihrer eigenen Selbstsicherheit noch weiter wachsen könnte.

Die Selbsthilfe sei in Österreich immer noch zu wenig anerkannt. Ein bereits in der Selbstvertretung aktiver Befragter argumentiert, dass viele Professionelle bereits auf die Selbsthilfe zurückgreifen würden, weil sie die Wirksamkeit für die Gesundheit Betroffener erkannt hätten, aber die Anerkennung auch durch eine gesetzliche Grundlage und eine entsprechende finanzielle Ausstattung von Selbsthilfeorganisationen ließe leider noch auf sich warten.

NutzerInnen-Erfahrung

Zum Aspekt des ExpertInnentums aus eigener Erfahrung beschreiben die Befragten übereinstimmend eine besondere Gesprächsbasis mit anderen Betroffenen zu erleben, dies sowohl im Rahmen von organisierten Gruppen, als auch in individuellen Einzelkontakten und Beziehungen, in denen sich Betroffene gegenseitig besonders unterstützen könnten. Einige beschreiben, dass durch den gemeinsamen Erfahrungshintergrund auch Freundschaften von ganz besonderer Qualität entstanden seien. Gerade nach psychischen Ausnahmesituationen gäbe es häufig Verunsicherung in Bezug auf die Selbsteinschätzung und das Selbstwertgefühl. Durch den Austausch mit Menschen mit ähnlichen Erlebnissen und mittels taktvoller aber ehrlicher Rückmeldungen könnten sich die Teilnehmenden in Selbsthilfegruppen gegenseitig Chancen in Richtung Gesundheit eröffnen.

Ein Befragter nimmt gerade an einer spezifischen Ausbildung für psychiatrieerfahrene Menschen teil, die im Sinne des international erfolgreich erprobten „Experienced-Involvement“ auf dem Erfahrungswissen der TeilnehmerInnen basiert. Er sieht selbst ein großes Potenzial in der Nutzung der Fähigkeiten von engagierten Betroffenen, durch die die regionale Versorgung und die Förderung der Genesung von psychisch Erkrankten verbessert werden könnte. Er wolle sich vor allem auch für eine breite Aufklärung der Bevölkerung einsetzen.

Stigma und Abwertung

Leider passiere auch durch Professionelle im psychiatrischen Arbeitsfeld Stigmatisierung. Als es um die Frage der Gesundheitsperspektive gegangen sei und darum, was die Angehörigen dazu beitragen könnten, habe sich einer der Befragten durch eine Fachkraft als „aussichtsloser Fall“ abgestempelt erlebt. In derselben Erzählung wird allerdings auch ein Mitpatient als Quelle der Abwertung beschrieben. Eine Studienteilnehmerin schildert ihre Diskriminierung durch eine Wohnungsvergabestelle, gegen die sie sich aktuell mit Unterstützung einer Gleichbehandlungsstelle zur Wehr setze. Weil sie bei der Genossenschaft mehrere Jahre zuvor in einer psychischen Krise als auffällig registriert worden war, wurde sie von dieser auch als Gesundete nicht als Kandidatin für eine Wohnung akzeptiert. Die einmal geschehene Stigmatisierung habe also Langzeitwirkung.

Ein Befragter erzählt von seinen Erfahrungen bei der Arbeitssuche und den Kommentaren von möglichen ArbeitgeberInnen. Als er sein psychisches Problem angedeutet habe, seien seine geeigneten Qualifikationen nicht mehr von Bedeutung gewesen. Mit Menschen mit psychischen Problemen wollten sich die Firmen „nichts anfangen“, auch wenn es für den Betrieb aufgrund der Behinderung finanzielle Vorteile gäbe. Der Betroffene habe sich hinterher ausgestoßen wie ein Aussätziger empfunden.

Aus Angst vor öffentlicher Abwertung bestünden bei Interessierten oft auch Bedenken, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen. Dies sei laut Einschätzung eines Befragten ein besonders bedeutender Faktor, wenn sich die Gruppe in der eigenen Wohngemeinde trifft. Solche Vorsicht aus Scham könne zu Vereinsamung

und verlängertem Leiden führen. Aus den Kontakten zu Interessierten für Selbsthilfegruppen merkt ein Befragter an, dass Scham und Angst vor öffentlichem Gesichtsverlust nicht selten bis hin zu Suizidversuchen führen könnten. Eine Angst vor öffentlicher Abwertung sei bei Betroffenen in kleinen Gemeinden häufig vorhanden.

Es gäbe häufig Aversionen gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung, Betroffene würden laut der Erfahrung eines Befragten immer wieder als zweitklassig behandelt. Wenn psychosoziale Organisationen öffentliche Veranstaltungen durchführten, würden nur wenige Gäste kommen, weil es eben eine „solche“ Einrichtung sei und die Umwelt allgemein noch wenig Akzeptanz dafür aufbringe. Betroffene nehmen also sowohl Abwertungen gegen sich als Personen als auch gegenüber Sozialeinrichtungen wahr, was wiederum das eigene Selbstwertgefühl zu unterminieren droht.

Kampf und Kreativität

Die Befragten stimmen darin überein, dass sie intensiv an sich selbst arbeiten müssten. Eine von ihnen spricht mehrfach von ihrem Theaterspiel, um als normal zu erscheinen und in ihrem Umfeld nicht negativ aufzufallen, was für sie aber offene Kommunikation verunmöglicht und ihr viel Kraft abverlange. Ein Teilnehmer schildert, wie er für die Realisierung seiner Talente täglich mit sich selbst ringen müsse, sodass er sich manchmal vorkomme „wie so ein Manager, der rund um die Uhr alles um die Ohren hat, nur sind es halt Bereiche, die man nach außen hin nicht sieht“ (I3:146-147).

11.3.5 Sensibilisierung

Wie im letzten Abschnitt bereits umschrieben, fühlen sich Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Öffentlichkeit oft abgewertet. Als vermeintlicher Schutz der einzelnen Person und ihres Umfeldes entstünden in der Folge Tabuisierungen, die auch aufklärende Gespräche zur Erkrankung und deren Folgen verhindern. Eine Betroffene musste eine Erfahrung unmittelbar am eigenen Leib machen, als sie eine schwere körperliche Krankheit zu überwinden hatte. „Beim

Krebs war es körperlich, da war Mitleid der anderen da, Anteilnahme, Hilfe und Unterstützung, bei der Depression nicht“ (I4:45-47). Sie wendet allerdings selbst ein, dass sie über die psychischen Probleme nicht so direkt sprechen wollte und konnte wie bei der körperlichen Erkrankung.

Es kann vermutet werden, dass es auch an passenden Begriffen mangelt, um sich im eigenen Erleben verständlich zu machen. Ein Augenmerk hat das Forschungsprojekt unter anderem deshalb auch auf die Frage nach passenden Bezeichnungen für Menschen mit psychischen Problemen aus Betroffenen­sicht gelegt. Auch die Frage, ob Betroffene sich unter dem Begriff „Behinderung“ – wie mit der UN-Konvention vorgegeben – zuordnen würden, bildete deshalb einen Orientierungspunkt im Gesprächsleitfaden.

Begriff Behinderung

Mehrere Befragte erzählen, dass sie sich in manchen Phasen ihrer Erkrankung selbst als schwer behindert empfunden hätten. Weil er einfach ganz viel abgeben habe müssen und in fast allen Handlungen des Alltags auf Unterstützung angewiesen gewesen sei, gibt ein Teilnehmer seine Zustimmung als Begründung auch zu diesem Überbegriff. Früher habe er viel durch seine Willenskraft erreicht, so habe er damals selbst wenig Verständnis für Menschen mit psychischen Problemen gehabt, verdeutlicht ein anderer Befragter. „Aber man kann nicht wollen. Das ist die Erkrankung. Wenn zu mir jemand gesagt hätte, da liegt eine Million, steh auf, hol sie dir. Aber in der Akutphase, ich wär nicht fähig gewesen dazu. Es ist nicht gegangen“ (I2:171-173). Wer also Hintergrund und Erfahrungen von Betroffenen nicht kenne, komme leicht in Gefahr Menschen mit einer psychischen Krankheit als willensschwach abzustempeln.

Andererseits ist den Befragten bewusst, dass ihre Beeinträchtigung für andere kaum erkennbar sei, solange kein näherer Kontakt zustande käme und man sich nicht gewissermaßen deklarieren müsse. Sein eigener chronischer Krankheitsverlauf habe aber zu einem Verlust an Lebenskraft geführt, nach mehreren psychotischen Episoden wäre es schwieriger wieder an das frühere Aktivitätsniveau anzuschließen, beschreibt ein Teilnehmer die Erfahrung mit seiner psychischen

Behinderung. Wenn er sich näher bekannt mache, bezeichne er sich als Betroffener einer psychischen Erkrankung. Aber das sage er, weil er es nicht besser beschreiben könne. Derselbe Betroffene stellt sein Gesundheitsproblem aber auch im medizinischen Fachjargon dar und merkt an, dass seine Transmitter einfach so durcheinander seien.

Viele Menschen mit einer psychischen Erkrankung würden sich dagegen wehren, als behindert bezeichnet zu werden, schildert ein Befragter seine Wahrnehmungen in der Selbsthilfegruppe. Er beschreibt eine Diskrepanz, die darin liege, dass manche Betroffene die Vorteile der Erkrankung im Sinne von Erleichterungen in Anspruch nehmen wollten, aber vor der zu befürchtenden Abwertung und möglichen Benachteiligung zurückschrecken würden.

Der Begriff Behinderung „gefalle ihr nicht“, für die Befragte würde für Menschen mit Depression der Begriff „Hochsensible“ besser passen. Dieser Begriff beschreibe auch gut die besondere Veranlagung, weil man ja nicht wirklich wisse, woher die Depression komme. Ursache und Wirkung stünden immer in einer Wechselbeziehung, die Seele beeinflusse den Stoffwechsel und umgekehrt. Eine andere Befragte meint, sie wolle sich selbst nicht als behindert bezeichnen, weil es ihr zwar phasenweise sehr schlecht gehe, das aber nur vorübergehend sei.

Informationsarbeit

Einige der Befragten sind bereits aktiv als Betroffene tätig und treten auch öffentlich auf. Dies reicht von Dichterlesungen und Ausstellungen von Bildern über die Leitung von Selbsthilfegruppen bis hin zu Vorträgen im Sinne des „Triologs“ (siehe Kapitel 5.2), in dem vor allem die Perspektiven und Sichtweisen der Betroffenen und Angehörigen in den Mittelpunkt gestellt werden.

Im Rahmen einer Sensibilisierungskampagne mit dem Titel „Bündnis gegen Depression“ tritt auch einer der Befragten als Betroffener gemeinsam mit Fachkräften des Psychosozialen Dienstes auf und betreibt damit als Experte aus Erfahrung Aufklärungsarbeit und Sensibilisierung in der Öffentlichkeit. Dabei erhalte er immer wieder die Rückmeldung, dass informierte Angehörige in der Folge zu wesentlichen Stützen für betroffene Verwandte und Befreundete würden. Auch in

Internet und Radiosendungen haben sich einzelne der Interviewten bereits als Betroffene einer psychischen Erkrankung deklariert und „geoutet“. Um es zu wagen, sich öffentlich zur eigenen Erkrankung zu bekennen, war jeweils ein persönlicher Reifungsprozess vorausgegangen. Auch ein bestärkendes soziales Umfeld und der dadurch bei Bedarf mögliche Schutzraum sowie Rückhalt in Selbsthilfegruppen, wird von AkteurInnen als wichtige Voraussetzung genannt.

Engagement für Betroffene

Als Teilnehmer an einer Fachtagung, an der auch viele Betroffene anwesend waren, habe ein Befragter überrascht bemerkt, dass es mit der Recoverybewegung etwas gibt, wofür sich viele Betroffene einsetzen. Er habe in sich den Impuls wahrgenommen, sich auch an dieser Betroffenenbewegung beteiligen zu wollen, merkt aber gleich an, dass er dabei sehr vorsichtig ist sich nicht zu überfordern und er seine Energie sehr bewusst einteilen müsse.

Für eine der befragten Personen wäre ein verstärktes Augenmerk auf die Information von erstmalig Erkrankten im Rahmen der Psychiatrie ganz wichtig. Den Betroffenen sollte mehr Zuversicht vermittelt werden, indem ihnen ein vielfältiges Unterstützungsnetz nach dem stationären Aufenthalt bekannt gemacht wird. Vieles, das für Insider geläufig ist, haben Ersterkrankte bisher noch nie gehört. Für eine entsprechende Einführung in das vorhandene Unterstützungsnetz erscheint Beratung durch Peers für diesen Befragten besonders geeignet. Diese ExpertInnen aus Erfahrung könnten auch für den Übergang in verschiedene Formen von Nachbetreuung nach einem stationären Aufenthalt eine begleitende Rolle in der Alltagsgestaltung übernehmen. Es gehe dabei vor allem um die Sicherstellung, dass Betroffene sich nicht alleine gelassen fühlen, damit es anderen nicht auch so ergehe, wie man es selbst erleiden musste. Es genüge oft auch ein Gespräch zwischen zwei Betroffenen und müssten nicht immer gleich Psychotherapie oder FachärztInnen sein.

Humor und Spiritualität

Obwohl laut den Schilderungen der Befragten die ganze Erkrankungsproblematik eine oft schwer zu ertragende Thematik darstellt, spielt der Humor in einer Reihe

von Gesprächen eine wichtige Rolle. Professionelle, die auch schmunzeln und lachen können, werden als zugänglicher erlebt und würden mehr Gelassenheit und Zuversicht vermitteln. In Selbsthilfegruppen habe das Scherzen oft eine entlastende Funktion. Weil alle in der Gruppe grundsätzlich dieselben Schwierigkeiten erlebten, könnten die Teilnehmenden humorvoll gemeinsam sogar über die Erkrankung Späße machen, bringt eine Befragte damit eine Begründung, warum sie sich in ihrer Gruppe besonders wohl fühle. Auch in der gegenseitigen Unterstützung einzelner Betroffener spiele oft eine gewisse gemeinsame Basis im Humor mit, die belastende Situationen und Erlebnisse spürbar zu erleichtern.

Einige der Befragten erzählen von religiösen Erfahrungen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung. Die Frage des Aufrechterhaltens einer gewissen Zuversicht und Hoffnung auf einen Sinn der erlebten Wirrnisse stellt für einzelne die Basis für ein Grundvertrauen dar. Eine Befragte nimmt an einer Bibelgruppe teil, bei der sie es auch als Chance sehe, einen nahen Kontakt mit „psychisch Gesunden“ zu pflegen.

11.3.6 Teilhabe

Der Begriff „Teilhabe“ findet in der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung mehrfach Anwendung. In den Gesprächen mit den Betroffenen spielt dessen Gegenteil, nämlich die Wahrnehmung eines Ausschlusses durch eine soziale Ächtung von psychisch Erkrankten für alle eine gewisse Rolle und steht somit in einem unmittelbaren Zusammenhang mit Stigmatisierung.

Finanzielle Unsicherheit

Durch das Eintreten der psychischen Erkrankung hat sich bei den meisten Befragten die wirtschaftliche Situation gravierend verschlechtert oder konnten Berufsausbildung bzw. ein Einstieg ins Berufsleben erst gar nicht realisiert werden. Einzelne Befragte gaben aufgrund der Erkrankung die bisherige Arbeit auf und wurden später in weniger qualifizierten Tätigkeiten oder nur im geringfügigen Ausmaß wieder beruflich aktiv. Neue Arbeitsverhältnisse konnten zum Teil nur kurz aufrechterhalten werden, sodass auch kein neuer Anspruch auf Leistungen der Arbeitslosenversicherung erlangt wurde. Ein Befragter befindet sich in einem

Konkursverfahren und hat auch daher kaum finanziellen Spielraum, was immer wieder Auswirkungen auf seine psychische Stabilität zeitigen kann. Als seine befristete Invaliditätspension nicht verlängert wurde, sei er kurzfristig auch emotional in ein Loch gefallen.

Ein anderer Teilnehmer bezog vor der Erkrankung über längere Zeit ein gutes Einkommen und kann seine wirtschaftliche Existenz durch den Erhalt einer Berufsunfähigkeitspension absichern. Bei einem Teil der Interviewten führte die Erkrankung aber zu einer Gefährdung der Einkommenssituation und in der Folge zu großer finanzieller Unsicherheit, sodass sie ihre bisherigen Wohn- und Lebensgewohnheiten stark einschränken mussten. Ein Teilnehmer zeigt sich im Interview empört über die Auswirkungen von Armut. Betroffene seien oft isoliert und arm, und das in Wechselwirkung. Er erzählt von einem Mitglied seiner Selbsthilfegruppe, das sich nicht einmal leisten konnte das Handy-Guthaben aufzuladen und so die Informationen zum Treffen der Gruppe nicht erhalten habe.

Eltern und eigene Elternschaft

Ein Befragter, der bereits als junger Erwachsener erkrankte, gibt an, dass er seine Ablösung von den Eltern auch durch die wirtschaftliche Angewiesenheit noch wenig vollziehen konnte und so eine wirklich selbständige Lebensführung erschwert sei. Eine Interviewte habe die Erziehung ihrer noch schulpflichtigen Kinder an den Expartner übergeben, weil sie aufgrund der Erkrankung in akuten Phasen diese Verantwortung nicht mehr voll wahrnehmen habe können. Mit den mittlerweile erwachsenen Kindern habe sie aber weiterhin einen sehr guten Kontakt. Auch eine andere Befragte gibt an, dass sie gerade in schweren Zeiten von ihrer Tochter sehr ermutigt worden sei, auf die Besserung der Erkrankung zu vertrauen.

Wohnlage, Mobilität, Kultur

Die Wohnlage und die teilweise damit zusammenhängende Mobilität spielt aus Sicht der Befragten eine bedeutsame Rolle für ihre gesellschaftliche Teilhabe. Den Vorteil einer zentralen Lage ihrer Wohngemeinschaft in einem städtischen Umfeld, in dem öffentliche Verkehrsmittel zur Verfügung und von wo aus viele Wege zu Fuß zu schaffen sind, verbindet eine Befragte mit der Chance zur Gesundheitsförderung

durch Bewegung. Die Teilnahme an Kunst- und Kulturveranstaltungen sei für sie gut realisierbar, weil sie mit geringem Einkommen den Kulturpass der Aktion „Hunger auf Kunst und Kultur“ in Anspruch nehme, allerdings erst seit es ihr psychisch insgesamt besser gehe. In kritischen Phasen habe sie den Alltag über längere Zeit sehr zurückgezogen verbracht.

Ängste und geringe Belastbarkeit erschwerten für einen anderen Befragten, der in einer kleinen Marktgemeinde wohnt, die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln. An seinem Wohnort fühle er sich kaum in alltägliche Kontakte eingebunden. Beispielsweise würde er sich seinen Wunsch an einem Gesundheitsförderungsprogramm der Gemeinde teilzunehmen nicht erfüllen können, weil er niemanden habe, der ihn regelmäßig dorthin begleiten könnte. Für ihn wiederum sei das Internet ein ganz wichtiges Medium um mit anderen in Kontakt zu kommen und zu bleiben. Wenn ihm seine Ex-Lebensgefährtin nicht regelmäßig einen PKW geborgt hätte, wäre er bei seiner Wohnlage weder zur Psychotherapie noch zu Selbsthilfeaktivitäten gekommen und hätte seinen Genesungsprozess nicht so aktiv vorangebracht, schildert einer der Interviewten die Bedeutung der materiellen Grundlagen in seinem ländlichen Lebensumfeld.

Vernetzung und Kontakte

Im Zusammenhang mit Behandlung, Rehabilitation und Selbsthilfe erzählen die Befragten von vielfältigen Kontakterfahrungen mit anderen Betroffenen. Zum Teil entstünden reger Austausch und sogar langfristige Beziehungen. Einzelne erzählen von intensiven Freundschaften, die sich im Rahmen von Rehabilitationsaufenthalten entwickelt hätten. Durch die gemeinsame Betroffenheit seien eine ganz besondere Qualität von Verbundenheit und eine Erweiterung des sozialen Netzes möglich geworden. Ein Befragter erzählt von der gegenseitigen Unterstützung auch in schwierigen Zeiten, obwohl diese aufgrund des entfernten Wohnortes hauptsächlich per Telefon und E-Mail geschehen müsse. Ein anderer unterstreicht die Bedeutung seiner Kontakte zu anderen Betroffenen in der Selbsthilfe und erklärt, dass er nach einem Suizidversuch und dem stationären Aufenthalt sein sonstiges Umfeld gescheut habe und das ausgeprägte Bedürfnis hatte sich vor verständnislosen

Personen zu schützen. Andererseits werden von Befragten andere Betroffene in Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen auch als nur eingeschränkt kontakt- und geschäftsfähig erlebt.

In der Startphase seiner Selbsthilfegruppe habe ein Befragter zur Vorbereitung an einer Moderationsschulung der Angehörigenorganisation HPE teilnehmen und wertvolle Kontakte knüpfen können. Als Mitbegründer eines Landesverbandes habe er in der Folge mit den Jahren ein vielfältiges Netz von engagierten Betroffenen kennengelernt. So sei für ihn die Selbsthilfeorganisation auch zu einem wichtigen persönlichen Netzwerk geworden. Von seinem Gefühl der Anerkennung im Kontakt mit Selbsthilfeinitiativen spricht ein Befragter, dem es enorm Kraft gebe, wenn er in letzter Zeit vermehrt von verschiedenen Organisationen zur Mitarbeit eingeladen werde.

11.4 Zusammenfassung

In den Interviews kommen sowohl vorhandene Unterstützungsformen und Mängel zur Sprache als auch eine Reihe von Fähigkeiten auf Seite der Betroffenen und aus Erfahrung gewonnene Kompetenzen, die sich im Verlauf ihres jeweiligen Recovery-Prozesses herauskristallisiert haben. Bei den NutzerInnen von psychiatrischen Diensten wird wertvolles Erfahrungswissen in Bezug auf psychische Problemlagen erkennbar und je nach persönlichem Genesungsstand auch ein vielfältiges Potenzial, das von einigen der Befragten vor allem in der Selbsthilfe und Sensibilisierung der Öffentlichkeit auch schon eingesetzt wird.

So stehen vielfältige Unterstützungsbedarfe einem Pool an Erfahrungsressourcen gegenüber. Fachkräfte der Sozialen Arbeit können das Zusammenfinden von Fähigkeiten und Bedarfen fördern, wenn es durch geeignete Organisationsformen gelingt, dass eine Art gemeinsamer Marktplatz entsteht, auf dem diese vielfältigen Ressourcen bei den ExpertInnen aus Erfahrung sichtbar und nach individuellem Bedarf von anderen Betroffenen in Anspruch genommen werden können. Betroffene kommen in der Folge vermehrt in die aktive Rolle und können in einem Peer-Netzwerk noch weniger erfahrene KollegInnen im Recovery-Prozess begleiten.

12 Zusammenfassung und Ausblick

Tamara Dorner, Martin Gebetsberger

Ausgehend von der zentralen Forschungsfrage nach einer Erweiterung von möglichen Unterstützungsformen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung im Sinne von Selbstbestimmung und Förderung unter dem Aspekt von Recovery mit Blick auf Interessenvertretungen, wurde sich dieser Thematik über eine theoretische Abhandlung (Kapitel 2 bis 6) und Darlegung der Ergebnisse aus Datenanalyse, Fragebogen und Interviews (Kapitel 9 bis 11) genähert.

Im Hinblick auf aktuelle Formen von Interessenvertretungen von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung wurde eine Analyse von Daten aus Webseiten und Internetplattformen vorgenommen, deren Ergebnis einerseits zu skeptischer Vorsicht rät andererseits aber auch ermutigende Ansätze sichtbar macht. Betroffene, die eine vertrauenswürdige Interessenvertretung suchen und sich daran beteiligen wollen, haben mit Organisationen zu rechnen, die entweder AnbieterInnen von Dienstleistungen sind und damit auch auftragstaktische Interessen verfolgen müssen, als Professionelle beispielsweise aus der ÄrztInnenschaft bzw. der Sozialen Arbeit auch berufsständische Anliegen zu berücksichtigen haben oder die als Initiativen von Wirtschaftsunternehmen ihre Gewinnorientierung nicht außer Acht lassen können. Andererseits wird in einem Teil der sechs Kategorien von untersuchten Webseiten ein beachtliches Potenzial von bereits aktiver Interessenvertretung sichtbar. Bei den Webseiten in den Kategorien A bis C (vgl. 9.1 -9.3:48-51) befinden sich fast durchgängig Betroffene in den entscheidenden Positionen, wobei einschränkend festzustellen ist, dass es sich bei den in Kategorie A genannten um Selbsthilfe-Dachverbände handelt, in denen Personen mit verschiedensten Erkrankungen und Behinderungsformen das Sagen haben. In einer Reihe von laut Webanalyse gelingenden Interessenvertretungen kommen Professionelle vermehrt nur in beratender Funktion zum Einsatz und Betroffene bewegen die entscheidenden Hebel in der Organisation. Anbietende von psychiatrischen und psychosozialen Diensten holen umgekehrt immer öfter Betroffene in Beiräte, die so an der Ausrichtung bei den Versorgungsangeboten

partizipieren können. Als beachtlich lässt sich auch der Mut einstufen, mit dem sich Einzelpersonen zunehmend via Internet als Betroffene deklarieren und sich selbst als Anknüpfungspunkte für ein wachsendes Netzwerk anbieten. Da derzeit auf Bundesebene keine spezifische Dachorganisation implementiert werden konnte, die Selbsthilfe und Interessen von Menschen mit psychischen Problemen und Erkrankungen aus der Perspektive von Betroffenen wahrnimmt und eine koordinierende Rolle für die vorhandenen länder- und regionsbezogenen Organisationen übernimmt, sind diese Anliegen teilweise von der ARGE Selbsthilfe Österreich, pro mente austria und HPE Österreich stellvertretend aufgegriffen worden. Diese bestehende Situation birgt allerdings die Gefahr, dass Betroffene österreichweit nicht in eigener Sache sprechen und entsprechend legitimiert auftreten können.

Die Auswertung der Daten der Fragebogenerhebung unter Betroffenen zeigt ein ganz klares Bild hinsichtlich der Wichtigkeit einer Interessenvertretung im Bereich der Zielgruppe Menschen mit psychischer Beeinträchtigung. Die Befragten äußern einen markanten Wunsch nach Verstärkung der Interessenvertretung, die von Professionellen und Angehörigen unterstützt aber von Betroffenen getragen sein soll. Als ihre wichtigsten Themen werden die Umsetzung von Rechten, Arbeit/Beschäftigung, Sensibilisierung der Gesellschaft, Öffentlichkeitsarbeit, Freizeitgestaltung und Wohnen sichtbar. Daraus ergibt sich ein breites Einsatzgebiet auch für die in der Sozialen Arbeit Tätigen. Als advokatorische FunktionsträgerInnen sind sie von ihrem Professionsverständnis heraus dazu angehalten, unterstützend auf derartige Veränderungen und Neuerungen einzuwirken und Wissen als auch Methodenwerkzeug für eine gelingende Umsetzung zur Verfügung zu stellen. Sie transportieren die Botschaft, dass die Erfahrung einer psychischen Erkrankung ein Gewinn sein kann. Ihr wichtigstes Ziel sollte es sein, Personen darin zu unterstützen, ihre Zukunft wieder selbst in die Hand zu nehmen, sie dazu zu ermutigen, soziale Verantwortung zu entwickeln, wie eben beispielsweise durch die Wahrnehmung ihrer Rechte. Dazu gehört vor allem aber auch, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung der Aspekte Partizipation und Selbstbestimmung aktiv in die Entwicklung entsprechender Strategien einbezogen

werden, damit ihre Belange und Interessen in der Folge, vermittelt durch Interessenvertretungen, in den politischen Prozess einfließen können.

Trotz einer beachtlichen Anzahl von Gesetzen zur Wahrung der Bürgerrechte und Selbstbestimmung, zur Verhinderung von Diskriminierung und Ungleichbehandlung und differenzierter Sozialgesetzgebung, treffen gerade Menschen mit psychischen Erkrankungen nach wie vor auf vielfältige gesellschaftliche Hürden, die ihre vollständige Partizipation am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigen und sich negativ auf ihre Lebenssituation auswirken. Die psychische Beeinträchtigung trifft unmittelbar den Kern eines Menschen, d.h. die Menschen müssen sich nicht nur von der psychischen Erkrankung selbst erholen, sondern auch von ihren emotionalen, körperlichen, intellektuellen, sozialen und auch spirituellen Folgen. In der heutigen Gesellschaft wird Leistung vorwiegend über eine zuverlässige geistige Leistungsfähigkeit beurteilt und dies entspricht auch den Erwartungen vieler Menschen an sich selbst. Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung erfüllen diese Ansprüche eben nicht immer in vollem Ausmaß. Viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erleben in ihrem Alltag mannigfaltige Formen von Stigmatisierung, Diskriminierung und Ungleichbehandlung und viele von ihnen sehen sich entgegen den rechtsverbindlichen Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention zur Inklusion immer noch mit systematischer Ausgrenzung und sozialer Isolierung in vielen Bereichen konfrontiert. Auch die Auswertung der Interviews ergibt eine ähnliche Lagebeschreibung.

Für alle in den Interviews Befragten wurde in ihrer bisherigen Lebensgeschichte die Tatsache ihrer psychischen Erkrankung zu einer großen Herausforderung. Diese stellt sich ihnen in unterschiedlicher Ausprägung und reicht von der mehr oder weniger vorhandenen Unterstützung durch das persönliche Umfeld über die Diagnose, die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung bis hin zur Nutzung von Hilfsangeboten wie Klinik, Reha-, Wohn- und Beschäftigungsinstitutionen. Die eigenen Lernprozesse eröffnen Betroffenen Wege von einer anfänglichen Ratlosigkeit inklusive lebensbedrohlichen Krisen hin zu einem Umdenken, durch das sie sich trotz erlebter Stigmatisierung und Abwertung als ExpertInnen aus Erfahrung zum Teil auch für andere in ähnlichen Situationen zu

engagieren beginnen. Bei vielen führt dieser Überlebenskampf zu neuer Kreativität. Diese äußert sich unter anderem im Formieren von Selbsthilfegruppen, in der Beteiligung an Aktivitäten zur Sensibilisierung der Gesellschaft und im Schaffen von Strukturen, durch die sie die Rahmenbedingungen für sich selbst und für betroffene KollegInnen nachhaltig zu verbessern trachten. Damit befinden sich diese Betroffenen in einem internationalen Trend der Recoverybewegung und können sich in ihren Bemühungen umfassend auf die UN-Konvention berufen.

Um Interessensvertretung bzw. Lobbying von Betroffenen einer psychischen Erkrankung voranzubringen, ist allerdings eine Klärung der Frage einer gemeinsamen Begrifflichkeit wesentlich. Es geht um Bezeichnungen, in denen sich möglichst viele wiederfinden können. In den Interviews äußerten sich einige Befragte ablehnend gegen „Behinderung“ bzw. „psychische Behinderung“ als Überbegriff, da diese den veränderlichen Einschränkungen nicht gerecht würden. Als alternative Vorschläge wurden Begriffe wie „Hochsensible“ und „Betroffene einer psychischen Erkrankung“ bzw. „Erfahrene“ oder „ExpertInnen aus Erfahrung“ genannt.

Die Teilnahme an Gruppenpsychotherapie und Selbsthilfegruppen wird in den Interviews als erste Stufe im Engagement für eine Interessensvertretung ausgemacht. Das Ergreifen einer solchen aktiven Rolle bestärkt in einer positiven Wechselwirkung den persönlichen Recoveryprozess. Im Sinne des Artikels 24 der UN-Konvention soll „die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderung und das Mentoring“ (BMASK 2011:24) gefördert werden. Damit solche weitreichende Vorstellungen umfassend wirksam umgesetzt werden können, ist einerseits eine Ausweitung der in den letzten Jahren auch in Österreich begonnenen Schulungsprogramme für Peer-Beratung und Beteiligung von ExpertInnen aus Erfahrung wie EX-IN wesentlich. „Um Unterstützungsangebote zu entwickeln, die Wiedererstarken und Empowerment zum Ziel haben, ist es erforderlich, die Erklärungs- und Bewältigungsmodelle der Betroffenen zu nutzen“ (Utschakowski 2009:20). Andererseits werden vermehrt Interessensvertretungen durch Betroffene zu etablieren sein, die die sozialpolitischen Rahmenbedingungen dafür entsprechend umgestalten helfen, wie beispielsweise Betroffene in Großbritannien

durch eine gesetzliche Verankerung mit dem „Experienced Involvement“ oder auch in den Niederlanden und Norwegen bereits weit vorangekommen sind. Vor diesem Hintergrund erscheint wesentlich, dass Betroffene von Professionellen in der Sozialen Arbeit und von erfahrenen Peers dabei begleitet und angeleitet werden, wenn sie Rollen in Organisationen der Selbsthilfe und Interessenvertretung wahrnehmen wollen. Risiken durch Überforderung können durch konsequent betriebene Mehrfachbesetzungen von Funktionen und Vertretungsregelungen sowie durch regelmäßige Supervision oder durch ein Coaching der AkteurInnen minimiert werden.

Wenn Anbietende von psychosozialen Dienstleistungen „ExpertInnen aus Erfahrung“ als Mitarbeitende einbinden, kann deren Know-how zur Entwicklung einer Recoverykultur in der Organisation beitragen, indem die „professionelle“ soziale Distanz zu Betroffenen gezielt überwunden wird. Im Feld der klinischen Sozialen Arbeit sollen Recoveryansätze im österreichischen Kontext weiter beforscht werden, damit die Sicht der Betroffenen besser zum Vorschein kommen und unter anderem auch als Basis für die Ausbildung von Professionellen Nutzen bringen kann.

Wenn die Stärken der Betroffenen wichtig genommen werden, können sich beachtliche Energiereservoirs erschließen, die nicht nur die Fähigkeiten der Lebensbewältigung bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen steigern, sondern der gesamten Gesellschaft, die unter gesteigertem Anpassungsdruck und verschiedensten Überforderungen leidet, eine Kultur der Achtsamkeit angeeignet lassen.

13 Literatur

- Ahern, Laurie / Fisher, Daniel (o.J.): Personal Assistance in Community Existence - PACE, Recovery at your own, A Recovery Guide.o.O., National Empowerment Center, Inc., verfügbar unter http://www.power2u.org/downloads/pace_manual.pdf.
- Aichele, Valentin (2008): Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihr Fakultativprotokoll. Ein Beitrag zur Ratifikationsdebatte. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.
- Althaus, Marco (2002): Söldner der Politik. Vom Amateur zum Profi: Political Consultants in den USA und Deutschland. in:Becker-Sonnenschein, Stephan / Schwarzmeier, Manfred (Hg.): Vom schlichten Sein zum schönen Schein? Kommunikationsanforderungen im Spannungsfeld von Public Relations und Politik. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag, 236-260.
- American Psychiatric Association (2013): DSM-5 Development, <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx> am 14.3.2014.
- Amering, Michaela / Schmolke, Margit (2007): Recovery: das Ende der Unheilbarkeit. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- ARGE Selbsthilfe Österreich (o.J.): Webseite der ARGE Selbsthilfe Österreich, <http://www.selbsthilfe-oesterreich.at/> am 12.3.2014.
- Avanarius, Horst / Bentele, Günter (2009): Ein deutscher Rat und seine ethischen Voraussetzungen – Eine Einführung zum vorliegenden Band. in: Avanarius, Horst / Bentele, Günter (Hg.): Selbstkontrolle im Berufsfeld Public Relations. Reflexionen und Dokumentation. Wiesbaden, VS Verlag, 11-17.
- Bichler, Harald (o.J.): Innenwelt- Initiative für seelische Gesundheit und Lebensqualität, <http://innenwelt.at/> am 16.3.2014.
- Bielefeldt, H. (2006): Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenkonvention. Essay. Berlin, Deutsches Institut für Menschenrechte.
- Bizeps online (2013): Übersetzung der Handlungsempfehlungen der UN-Staatenprüfung Österreichs. verfügbar unter: http://www.bizeps.or.at/downloads/CRPD-C-AUT-CO-1_de.pdf [06.02.2014].

- BMASK (2011): UN-Konventionen - Übereinkommen der vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.
- Bock, Thomas / Amering, Michaela (2011): Eigensinn und Psychose: „Noncompliance“ als Chance. Neumünster, Paranus.
- Boevink, Wilma (2003): Recovery - Mitreden - mitmachen - selbst aktiv werden, <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/recovery.htm> am 13.1.2014.
- Bortz, Jürgen /Döring, Nicola (2002): Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler. Wien, Springer.
- Brockhaus online (o.J.). Soziale Arbeit. verfügbar unter <https://test2.brockhaus-wissensservice.com/brockhaus/soziale-arbeit> [02.02.2014]
- Buck, Dorothea (2013): Lebenserfahrungen - Lebensträume, Vortrag beim Evangelischen Kirchentag, Hamburg, 2. Mai 2013., verfügbar unter <http://www.bpe-online.de/buck/lebenserfahrungen.pdf>.
- Buck-Zerchin, Dorothea S (2002): Lasst Euch nicht entmutigen. Norderstedt, Fischer.
- Buck-Zerchin, Dorothea S. / Lehmann, Peter, Aderhold, Volkmar / Stastny, Peter (Hg.) (2007): Statt Psychiatrie 2. Berlin; Eugene; Shrewsbury, Lehmann, Antipsychiatrieverl.
- Buck-Zerchin, Dorothea Sophie / Krieger, Hans (Hg.) (2005): Auf der Spur des Morgensterns: Psychose als Selbstfindung. Neumünster, Paranus.
- Buholzer, René P. (1998): Legislatives Lobbying in der Europäischen Union. Ein Konzept für Interessengruppen. Bern, Haupt
- Chamberlin, Judi / Kempker, Kerstin / Lehmann, Peter (Hg.) (1993): Statt Psychiatrie. Berlin, Lehmann, Antipsychiatrieverl.
- Coleman, Ron (1999): The Ron Coleman Story | Ron Coleman, <http://www.roncolemanvoices.co.uk/the-ron-coleman-story> am 13.1.2014.
- Copeland, Mary Ellen (o.J.): The Wellness Recovery Action Plan (WRAP) | Copeland Center for Wellness and Recovery, <http://copelandcenter.com/wellness-recovery-action-plan-wrap> am 16.3.2014.

- Dilling, Horst / World Health Organisation (Hg.) (2012): WHO-Fallbuch zur ICD-10: Kapitel V (F): Psychische und Verhaltensstörungen - Falldarstellungen von Erwachsenen. Bern, Huber.
- Dörner, Klaus (1980): Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Rehburg-Loccum, Psychiatrie-Verlag.
- Dörr, Margret (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München, Reinhardt
- Exit-sozial (o.J.): EXIT-sozial Verein für psychosoziale Dienste, <http://www.exitsozial.at/> am 13.3.2014.
- Falk, Svenja / Römmele, Andrea (2009): Der Markt für Politikberatung. Wiesbaden, VS Verlag.
- Fischer, Klemens H. (1997): Lobbying und Kommunikation in der Europäischen Union. Berlin, Wissenschafts-Verlag.
- Flick, Uwe (2009): Sozialforschung: Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Reinbek, Rowohlt Taschenbuch.
- Froschauer, Ulrike / Lueger, Manfred (2009): Interpretative Sozialforschung: der Prozess. Wien, Facultas.wuv.
- Froschauer, Ulrike / Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview: zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien, WUV.
- Geißler-Piltz, Brigitte / Mühlum, Albert / Pauls, Helmut (2005): Klinische Sozialarbeit. München, Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag.
- Goffman, E. (1975). Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt/Main, Suhrkamp
- Graumann Sigrid (2008): Die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. verfügbar unter: <http://www.imew.de/index.php?id=405> [12.11.2013].
- Guitérrez-Lobos, Karin / Trappl, Eva (2006): Benachteiligung von Menschen mit psychischen Krankheiten im österreichischen Rechtssystem - Entstigmatisierung und Entdiskriminierung. verfügbar unter <http://www.westreicher.com/docs/Entstigmatisierung-Entdiskriminierung%20von%20psychisch%20Kranken-Lobos-Gutierrez.pdf> [06.01.2014].

- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2012): Krankheit verhindern – Versorgung verbessern – Invalidität verringern; Psychische Gesundheit: Sozialversicherung legt Strategie vor, http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cms/Window?action=2&p_menuid=74280&p_tabid=2&p_pubid=657966 am 15.3.2014.
- Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung (o.J.) Inklusion. <http://inclusion.fhstp.ac.at/index.php/ueberdasinstitut/inklusion> am 10.02.2014.
- IASSW (2005): International Association of Schools of Social Work. verfügbar unter http://www.sozialarbeit.at/files/ethiccodex_ifsw_1.pdf [14.03.2014]
- IFSW (2005): International Federation of Social Workers. verfügbar unter http://www.sozialarbeit.at/files/ethiccodex_ifsw_1.pdf [14.03.2014]
- Intervoice (2014): Intervoice: The International Hearing Voices Network, <http://www.intervoiceonline.org/> am 13.1.2014.
- Kader, Samira / Penz, Hermine (2014): Persönliche Assistenz für Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen in Wien, NÖ und OÖ. Masterthese Fachhochschule St. Pölten.
- Kahler, Tobias /Lianos Manuel (2006): Die Rolle der Public-Affairs-Agenturen in Berlin. in: Leif, Thomas / Speth, Rudolf (Hg): Die fünfte Gewalt. Lobbyismus in Deutschland. Wiesbaden, VS-Verlag, 290-301
- Klaushofer, Reinhard (2013): Die Folgen der Nichtdiagnose psychischer Erkrankungen, <http://www.unisalzburg.at/index.php?id=41697&newsid=5985&b=52> am 15.3.2014.
- Kleinfeld, Ralf /Willems, Ulrich / Zimmer, Annette (2007): Lobbyismus und Verbändeforschung: Eine Einleitung. in: Kleinfeld, Ralf /Willems, Ulrich / Zimmer, Annette (Hg.): Lobbying. Strukturen. Akteure. Strategien. Wiesbaden, VS-Verlag, 7-35.
- Knuf, Andreas / Seibert, Ulrich (2000): Selbstbefähigung fördern - Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn, Psychiatrie-Verlag.

- Kruckenberg, Peter / Krüger, Ulrich / Meiners, Birgit (2005): Der personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung - individuelle Hilfeplanung und personenzentriert-integriertes Hilfesystem. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Leitner, Barbara (2008): Menschen mit Beeinträchtigungen. Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzfragen im 4. Quartal 2007.
- Lob-Hüdepohl, Andreas (2007): Welche Pflichten hat die Gesellschaft gegenüber Menschen mit schweren Behinderungen und ihren Familien? in: Dederich, Markus /Grüber, Katrin (Hg.): Herausforderungen. Mit schwerer Behinderung leben. Frankfurt/Main, Mabuse, 87-101.
- Lüssi, Peter (2001) Systemische Sozialarbeit - Praktisches Lehrbuch der Sozialarbeit 5. Aufl., Bern/ Stuttgart/ Wien, Verlag Paul Haupt.
- Lütz, Manfred (2011): Irre! Wir behandeln die Falschen, unser Problem sind die Normalen. München, Goldmann Verlag.
- Martiny, Anke (2006): Wer steuert Deutschlands Gesundheitswesen? Nur Blauäugige glauben es seien Parlament und Gesetzgebung. in: Leif, Thomas / Speth, Rudolf (Hg): Die fünfte Gewalt. Lobbyismus in Deutschland. Wiesbaden, VS-Verlag, 221-236.
- Matyja, Miroslaw (2007): Interessenverbände im Entscheidungsprozess der Europäischen Union. in: Kleinfeld, Ralf /Willems, Ulrich / Zimmer, Annette (Hg.). Lobbying. Strukturen. Akteure. Strategien. Wiesbaden, VS-Verlag, 148-168.
- Mental Health Alliance (2014): Mental Health Alliance, <http://www.mentalhealthalliance.org.uk/aboutus/index.html> am 13.1.2014.
- Merten, Roland (2001) Hat soziale Arbeit ein politisches Mandat? Positionen zu einem strittigen Thema,Verlag Leske und Budrich, Opladen.
- Michalowitz, Irina (2007): Die Rationalität europäischer Interessenvertretung: Prinzipale, Agenten und Tausch im maritimen Transport. in: Kleinfeld, Ralf /Willems, Ulrich / Zimmer, Annette (Hg.). Lobbying. Strukturen. Akteure. Strategien. Wiesbaden, VS-Verlag, 169-195.
- Mikus, Monika (o.J.): Stimmenhoeren.info, <http://www.stimmenhoeren.info/> am 13.3.2014.

- National Empowerment Center / The Recovery Consortium (2007): Voices of Transformation: Developing Recovery-Based Statewide Consumer/ Survivor Organizations., verfügbar unter <http://www.power2u.org/downloads/Voices%20of%20Transformation.pdf>.
- NAP – Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012-2020, Website http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/7/4/9/CH2092/CMS1359980335644/nap_web.pdf [28.11.2013]
- Pantuček, Peter (2009): Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis sozialer Arbeit. Wien; Köln; Weimar, Böhlau.
- Paulitsch, Klaus (2004): Praxis der ICD-10-Diagnostik: ein Leitfaden für PsychotherapeutInnen und PsychologInnen. Wien, facultas.
- Redelfs, Manfred (2006): Mehr Transparenz gegen die Macht der Lobbyisten. in: Leif, Thomas / Speth, Rudolf (Hg): Die fünfte Gewalt. Lobbyismus in Deutschland. Wiesbaden, VS-Verlag, 333-351
- Rissmiller, David J. (2006): Evolution of the Antipsychiatry Movement Into Mental Health Consumerism, <http://www.mindfreedom.org/campaign/media/mf/apa-history-debate/apa-essay-on-movement/?searchterm=1972%20Madness%20Network%20News> am 27.1.2014.
- Schulze, Marianne (2011): Menschenrechte für alle: Die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. in: Flieger, Petra / Schönwiese, Volker (Hg.): Menschenrechte – Integration – Inklusion. Aktuelle Perspektiven aus der Forschung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 11-25.
- Schuntermann, Michael F. (2006): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO., verfügbar unter [http://www.deutsche-
rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/2307/ief_kurzeinfuehrung.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/2307/ief_kurzeinfuehrung.pdf).
- Sebaldt, Martin (2002): Organisierter Pluralismus. Kräftefeld, Selbstverständnis und politische Arbeit deutscher Interessengruppen. Opladen, Westdeutscher Verlag.

- Sebaldt, Martin (2007): Strukturen des Lobbying: Deutschland und die USA im Vergleich. in: Kleinfeld, Ralf / Willems, Ulrich / Zimmer, Annette (Hg.). Lobbying. Strukturen. Akteure. Strategien. Wiesbaden, VS-Verlag, 92-123.
- Seibl, Katharina (2010): Reklamation und Durchsetzung schwacher Interessen – Hinweise aus deutscher Perspektive am Beispiel politischer Sozialer Arbeit auf EU-europäischer Ebene. in: Benz, Benjamin / Boeckh, Jürgen / Mogge-Grotjahn, Hildegard (Hg.): Soziale Politik – Soziale Lage – Soziale Arbeit. Wiesbaden, VS Verlag, 207-224.
- Statistik Austria (2013): Spitalsentlassungen nach ausgewählten Diagnosen, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_nach_ausgewaehlten_diagnosen/index.html am 16.3.2014.
- Stein, Anne-Dore (2008): Be-Hinderung und Sozialer Ausschluss – Ein untrennbarer Zusammenhang?. in: Ahorn, Roland / Bettinger, Franz / Stehr, Johannes (Hg.): Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmung einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit 2.überarb. erw. Aufl. Wiesbaden, VS Verlag, 355-369.
- Stimmer, Franz (2000): Grundlagen des methodischen Handelns in der sozialen Arbeit. Stuttgart, Kohlhammer.
- Teuber, Jörg (2001): Interessenverbände und Lobbying in der Europäischen Union. Frankfurt/Main, Surkamp.
- Thunert, Martin (2003): Internationale Erfahrungen mit Lobbyismus. Das Beispiel USA. in: Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen 16 (3), 89-94.
- United Nations (2006): Convention on the Rights of Persons with Disabilities, <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=261> am 17.4.2014.
- Utschakowski, Jörg (2009): Psychiatrie-Erfahrung als Kompetenz: Das Projekt EX-IN. In: *Kerbe*. Nr. 1/2009, 19–21.
- Verein Achterbahn (o.J.): Achterbahn - Plattform für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, <http://www.achterbahn.st/index.php?page=verein> am 13.3.2014.

- Wahl, Otto F. (1999): Mental Health Consumers' Experience of Stigma. verfügbar unter http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/25/3/467.full.pdf?origin=publication_detail [06.01.2014]
- Warner, Richard (2004): Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy. 3rd ed, Hove ; New York, Brunner-Routledge.
- Wegscheider, Angela (o.J.): Disability History, <http://dista.uniability.org/glossary/disability-history/> am 19.2.2014.
- Wegscheider, Angela (2010): Politik für Menschen mit Behinderung am Beispiel Österreichs. Zur Analyse und Kritik von Innovationsprozessen. Dissertation Universität Linz.
- Wendt, Wolf Rainer (2002): Praxisfelder klinischer Sozialarbeit. in Dörr, Margret (Hg.), Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse. Hohengehren, Schneider-Verlag, 39-49.
- Vereinte Nationen (1993): Pariser Prinzipien: Resolution der Generalversammlung der Vereinten Nationen, A/RES/48/143, National Institutions for the Promotion and Protection of Human Rights - Richtlinien für nationale Institutionen zur Förderung und zum Schutz von Menschenrechten.
- Wiener Gesundheitsförderung (o.J.): Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien, <http://www.wig.or.at/SUS%20Wien.45.0.html#parent=selbsthilfe> am 13.3.2014.
- World Health Organization (2013): How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO, verfügbar unter <http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual2.pdf?ua=1>.
- World Health Organization / Regional Office for Europe (Hg.) (2006): Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen: Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz. Kopenhagen, Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa.
- World Health Organization / The World Bank (2011): World report on disability. Geneva, WHO, World Health Organization.

- Wunder, Michael (2009): Die UN-Konvention zu den Rechten Behinderter – ein Prüfstein für den zukünftigen Umgang mit Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung. verfügbar unter: <http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/159/159> [21.11.2013].
- Zillien, Nicole (2006): Digitale Ungleichheit: neue Technologien und alte Ungleichheiten in der Informations- und Wissensgesellschaft. 1. Aufl, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

14 Daten

[1] Interview 1, geführt am 20.08.2013 in Niederösterreich

[2] Interview 2, geführt am 21.10.2013 in Niederösterreich

[3] Interview 3, geführt am 20.01.2014 in Niederösterreich

[4] Interview 4, geführt am 13.02.2014 in Oberösterreich

[5] Interview 5, geführt am 19.12.2013 in Oberösterreich

[6] Interview 6, geführt am 31.01.2014 in Niederösterreich

15 Abbildungsverzeichnis

Abb.1 (Seite 7): Formen des Zusammenlebens zwischen unterschiedlichen Gruppen in einer Gesellschaft/unterschiedlichen Mitgliedern in einer Gruppe (Quelle: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Stufen_Schulischer_Integration.svg)

Abb.2 (Seite 23): Das Modell International Classification of Functioning (ICF) angewandt auf Personen mit psychischer Behinderung (Kruckenberg/Krüger/Meiners 2005:18)

Abb.3 (Seite 59): Altersklassen nach Geschlecht der befragten Personen (Tamara Dorner)

Abb.4 (Seite 60): Inanspruchnahme von derzeitigen Unterstützungsleistungen (Tamara Dorner)

Abb.5 (Seite 61): Themenbereiche für eine Interessenvertretung (Tamara Dorner)

Abb.6 (Seite 62): Zusammensetzung einer Interessenvertretung (Tamara Dorner)

Abb.7 (Seite 66): Mindmap der Themen und Subkategorien aus den Interviews (Martin Gebetsberger)

16 Anhang

16.1 Liste der Webseiten

URL der Webseite	Charakterisierung Startseite und Impressum	Betroffene entscheidend ?
Kategorie A	Landes- und bundesweite Plattformen im Sinne allgemeiner Selbsthilfe und Interessensvertretung	
www.selbsthilfe-oesterreich.at	Die ARGE Selbsthilfe Österreich sammelt und bündelt Interessen der Selbsthilfegruppen, versteht sich als gemeinsame Stimme der Selbsthilfe im Sozial- und Gesundheitsbereich auf Bundesebene. Gemeinnütziger Verein mit VertreterInnen aus den Bundesländervereinen im Vorstand, Sitz in Wien.	ja
www.selbsthilfe-vorarlberg.at	Selbsthilfe Vorarlberg präsentiert sich als Service- und Kontaktstelle, als Sozialunternehmen mit Sitz in Dornbirn, als Verein organisiert.	ja
www.selbsthilfe-tirol.at	Selbsthilfe Tirol ist der Dachverband der Tiroler Selbsthilfe-vereine und -gruppen im Gesundheits- und Sozialbereich, Sitz in Innsbruck mit Zweigverein in Osttirol.	ja
www.selbsthilfe-salzburg.at	Der Dachverband Selbsthilfe Salzburg unterstützt die regionalen Selbsthilfegruppen und ist als Verein mit Sitz in Salzburg organisiert.	ja
www.selbsthilfe-kaernten.at	Selbsthilfe Kärnten - Dachverband für Selbsthilfeorganisationen (Selbsthilfegruppen und -vereine) im Sozial- und Gesundheitsbereich, Behindertenverbände und organisationen. Als Verein organisiert mit VertreterInnen einzelner Selbsthilfeorganisationen im Vorstand, Sitz in Klagenfurt.	ja
www.selbsthilfe-ooe.at	Selbsthilfe OÖ - Dachverband der Selbsthilfegruppen sieht seine Aufgaben in der Unterstützung, Förderung, Koordinierung, Beratung, Information und Betreuung aller oberösterreichischen Selbsthilfegruppen im Gesundheits- und psychosozialen Bereich, als Verein organisiert mit Sitz in Linz.	ja
www.selbsthilfesteiermark.at	Die Selbsthilfeplattform Steiermark ist der Dachverband der steirischen Selbsthilfegruppen und -organisationen und die demokratisch legitimierte Interessensvertretung der Selbsthilfe. Die Selbsthilfekontaktstelle und -plattform Stmk. befinden sich im Sozial- und Begegnungszentren in Graz.	ja

Anhang

www.selbsthilfenoe.at	Der Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen bezweckt die Zusammenarbeit aller Selbsthilfegruppen in Niederösterreich, ist als Verein organisiert und hat seinen Sitz in St. Pölten.	ja
www.dachverband-burgenland.at	Der Dachverband für Selbsthilfeorganisationen im Sozial- und Gesundheitsbereich, Behindertenverbände bzw. -organisationen unterstützt die regionalen Selbsthilfegruppen und ist als Verein mit Sitz in Eisenstadt organisiert.	ja
www.selbsthilfewien.at	Der Landesdachverband Selbsthilfe Wien ist als Verein organisiert, im Vorstand finden sich teilweise dieselben Personen wie in der Patienteninitiative.	ja
www.medshz.org	Das Medizinische Selbsthilfezentrum Wien Martha Frühwirth hilft Betroffenen durch die Förderung von Selbsthilfeorganisationen. Dies erfolgt vor allem durch geeignete Beratung, Information und Schulung. Als Verein organisiert, Sitz in Wien.	ja
www.patienteninitiative.at	Die Patienteninitiative versteht sich als Vertretung der Interessen von erkrankten und von möglichen Erkrankungen gefährdeten Menschen sowie deren Angehörigen. Sie will Selbsthilfegruppen in der Öffentlichkeit sowie im Gesundheits- und Sozialwesen Österreichs die gebührende Bedeutung verschaffen. Organisiert als Verein, Sitz in Wien.	ja
sli-emc.jimdo.com	Das Empowerment-Center der Selbstbestimmt-Leben-Initiative OÖ in Linz ist ein Beratungs- und Schulungszentrum für Menschen mit Behinderung und ein Ort der Begegnung. Es bietet Peer-Beratung für Menschen mit körperlicher oder psychischer Behinderung und Weiterbildungen für InteressenvertreterInnen.	ja
Kategorie B	Spezifische Selbsthilfe-Initiativen von Betroffenen einer psychischen Erkrankung mit Interessensvertretung	
www.achterbahn.st	Der Verein Achterbahn versteht sich als Plattform für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in der Steiermark. Betroffene vertreten als ExpertInnen in eigener Sache Menschen mit psychischer Erkrankung in der Öffentlichkeit, Sitz in Graz.	ja
www.freiraeume.at	Der Verein "Freiräume für Menschen mit psychischen Problemen und Krisenerfahrungen" entstand aus dem Wiener Dialog, einem Gesprächsforum von Betroffenen, Angehörigen und in der Psychiatrie Tätigen und steht für eine gemeinschaftliche und	ja

Anhang

	gleichberechtigte Zusammenarbeit der genannten Gruppen, Wien	
www.club-d-a.at	Der Club D&A bieten Menschen mit Depressionen, Angststörungen und Burnout einen Rahmen, ihre eigenen Potentiale zu entdecken und zu entwickeln. Jede/r hilft sich selbst und hilft dadurch den anderen. ModeratorInnen der Gruppen sind selbst Betroffene. Verein mit Sitz in Wien.	ja
www.hssg.at	Der Verein Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit HSSG – Landesverband Niederösterreich bezweckt die Interessensvertretung von Psychiatriebetroffenen und in ihrer seelischen Gesundheit gefährdeten Menschen sowie Hilfestellung zur seelischen Gesundheit und Hilfe zur Selbsthilfe, Sitz in St. Pölten	ja
www.bipolar.at	Das Forum Bipolar in Österreich ist ein Informations-, Diskussions- und Kontaktforum für Menschen mit bipolarer Erkrankung, deren Freunde und Angehörige und interessierte Ärzte, Psychotherapeuten und Vertreter anderer medizinischer Berufe. Betreiber Dr. Mühlbacher, Salzburg	teilweise
www.aktivgegenburnout.net	Der Verein aktiv gegen Burnout bietet mehrere Selbsthilfegruppen in Niederösterreich und hat seinen Sitz in Eggenburg.	ja
www.kraeffuerleben.org	Kraft für Leben - Verein für Menschen in Grenzsituationen bezweckt die Beratung und Begleitung von Menschen und die Durchführung von gemeinschafts- und kreativitätsfördernden Aktivitäten. Zielgruppe sind „alle Menschen, die sich vom Leben überfordert und kraftlos fühlen“ - Sitz in Innsbruck	ja
www.bi-happy.at	Die Selbsthilfegruppe BI-HAPPY wurde von TeilnehmerInnen einer psychoedukativen Studie am Wiener AKH zu Behandlungsmethoden der bipolaren Störung gegründet um weiterhin gemeinsam aktiv an ihrer Gesundheit zu arbeiten.	ja
www.shg-bipolar.at	Der Verein Selbsthilfe Bipolar organisiert Selbsthilfegruppen und hat seinen Sitz in Wien.	ja
www.oegpe.com	Die Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie-Erfahrene bezweckt die Interessensvertretung von Menschen mit psychischen Störungen, ist ein Verein und wird von Dr. Andrea Viktoria Lang geleitet. Sitz in Wien.	teilweise
www.hpe.at	Der Verein HPE Österreich - Hilfe für Angehörige psychisch Kranker unterstützt auch die Selbsthilfe von	teilweise

Anhang

	Betroffenen und hat seinen Sitz in Wien mit regionalen Organisationen in allen Bundesländern.	
Kategorie C	Einzelpersonen, die sich auf einer eigenen Website als Betroffene von einer psychischen Erkrankung deklarieren	
www.stimmenhoeren.info	Monika Mikus betreibt diese Web-Seite, deklariert sich als StimmhörerIn und tritt unter anderem für eine sensiblere Kommunikation mit psychisch Erkrankten eintritt.	ja
www.hansib.at	Johann Bauer gestaltet seine Web-Seite und gründete eine Selbsthilfegruppe für seelische Gesundheit in Horn, hier bringt er unter anderem seine Erfahrung auf dem Weg zurück in ein normales Leben nach einem Suizidversuch ein.	ja
www.christianwinkler.at	Christian Winkler ist vielfältig aktiv als Autor, Maler, Radio-gestalter, Fotograf, Betreiber diese Web-Seite und versucht gerade auch als Psychiatererfahrender der Welt humorvoll zu begegnen.	ja
Kategorie D	Sozial- und Gesundheitsorganisationen, die auch Selbsthilfeinitiativen als Plattform dienen	
www.promenteaustria.at	Als Dachverband von 22 Organisationen unterstützt pro mente austria - Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit - Menschen mit psychischen und sozialen Problemen. Die Mitgliedorganisationen haben Förderung von Selbsthilfe als Prinzip. Österreichweit tätig mit Sitz in Linz.	nein
www.buendnis-depression.at	Das Projekt "Europäisches Bündnis gegen Depression" lebt durch die 18 Partnerländer und deren regionale Bündnisse. In Österreich beteiligen sich die Bundes-länder Tirol, Niederösterreich, Steiermark, Wien und Kärnten. Die Koordination für das Österreichische Bündnis erfolgt durch pro mente Tirol. Sitz in Innsbruck	nein
www.plattformpsyche.at	Die Plattform Psyche zur psychosozialen Versorgung der Steiermark ist die Koordinationsstelle für alle Einricht-ungen, die Menschen mit psychischen Problemen betreuen. Eine Initiative der Gesundheitsplattform Steiermark.	nein
www.oegbe.at	Die Österreichische Gesellschaft für Bipolare Erkrankungen setzt sich als Ziel Selbsthilfe, Forschung, Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit zu fördern. Sie wird von Dr. Christian Simhandl geleitet. Sitz in Hirtenberg	nein

Anhang

www.schizophrenie.or.at	Die Österreichische Schizophrenie Gesellschaft setzt sich für die Verbesserung der Situation aller von dieser Krankheit Betroffenen ein. Dabei arbeiten Experten, Betroffene und deren Angehörige.	teilweise
www.exitsozial.at	EXIT-sozial, Verein für psychosoziale Dienste, unterstützt Menschen mit psychischen und sozialen Problemen in Oberösterreich, engagiert sich für Emanzipation, Partizipation und Empowerment. Sitz in Linz	teilweise
www.stimmenhören.at	Intervoice Oberösterreich - Netzwerk Stimmenhören ist eine Gruppe von StimmenhörerInnen und MitarbeiterInnen von Exit-sozial. Fördert Selbsthilfe in Kooperation mit Exit-sozial Linz.	teilweise
www.psz.co.at	Die Psychosoziale Zentren GmbH ist für Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie deren Angehörige in Wien und Niederösterreich tätig. Sie sieht ihre Aufgabe darin, für die NutzerInnen eine Verbesserung der Lebensqualität und verstärkte Teilhabe an der Gesellschaft zu erreichen. Sitz in Stockerau.	nein
www.psychosozialer-dienst.at	Der Psychosoziale Dienst richtet sich an Menschen mit psychischen Erkrankungen nach einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Abteilung bzw. mit einem Unterstützungsbedarf. Wird betrieben von Caritas der Diözese St. Pölten.	nein
lubis.lbg.ac.at	Das Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie befasst sich mit den sozialen Kontexten, die das Auftreten, die Ausgestaltung, den Verlauf und die Bewältigung psychischer Störungen und deren Folgeerscheinungen beeinflussen. Das Institut der Ludwig Boltzmann Gesellschaft wird von Dr. Heinz Katschnig geleitet und hat seinen Sitz in Wien.	nein
www.sprachmacht.at	Betroffene treten als AutorInnen auf, gestalten Lesungen, möchten etwas bewegen und bewirken, denn sie haben etwas zu sagen. SprachMacht kann ein Sprachrohr sein für Menschen mit ähnlichen Erfahrungen. Eine Initiative der Caritas der Diözese St. Pölten.	teilweise
www.windhorse.at	Die „Windhorse-Gesellschaft zur Förderung psychischer Gesundheit und ganzheitlicher Therapie psychotischer Leidensformen“ steht für achtsame, mitfühlende, sozio-therapeutische Begleitung von Menschen in psychischen Krisen und Lebensphasen. Verein mit Sitz in Wien.	nein

Anhang

www.lok.at	Der Verein LOK - Leben ohne Krankenhaus - betreut Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung und/oder Lernbeeinträchtigung Unterstützung brauchen und organisiert eine aktive KlientInnenvertretung. Sitz in Wien.	teilweise
www.gfsg.at	Die Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit hat das Bestreben, zeitgemäße Beratung und Therapie für Menschen mit psychischen Problemen anzubieten. Der Verein hat seinen Sitz in Graz.	nein
Kategorie E	Staatliche bzw. öffentliche Stellen zur Förderung von Selbsthilfe	
www.wig.or.at/SUS%20Wien.45.0.html#parent=selbsthilfe	Die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle der Wiener Gesundheitsförderung koordiniert und fördert Selbsthilfe-Initiativen.	nein
www.salk.at/6703.html	Die Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH fördert Selbsthilfe und bietet Informationen dazu.	nein
www.noegus.at/downloads/S-H-KH.pdf	Das Gütesiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ ist ein Kooperationsprojekt zwischen dem NÖGUS, der Landeskliniken-Holding, und dem Dachverband der NÖ Selbsthilfegruppen.	nein
www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/selbsthilfe	Der Fonds Gesundes Österreich ist eine Teilorganisation der Gesundheit Österreich GmbH mit Sitz in Wien. Für den FGÖ steht im Zentrum, Rahmenbedingungen zu schaffen und weiterzuentwickeln, die die Menschen in die Lage versetzen, ein Leben in guter Gesundheit zu führen.	nein
Kategorie F	Initiativen von Profitunternehmen, die auch Selbsthilfe von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung fördern	
www.selbsthilfe.at	Die T3consult GmbH aus Thalheim bei Wels betreibt eine Suchplattform für Selbsthilfegruppen in Österreich.	nein
www.ganznormal.at	Der Verein ganznormal.at bezweckt die Förderung der öffentlichen Diskussion über seelische Gesundheit. Im Mittelpunkt steht die Gleichstellung von psychischen und Physischen Erkrankungen. Wien, echo medienhaus GmbH.	nein
www.focuspatient.at	Focus Patient bietet Gesundheitsinformationen für PatientInnen, ÄrztInnen und medizinisches Fachpersonal. Die Geschäftsführerin Ingeborg Beunders ist Lehrbeauftragte an der Donau-Universität Krems. Focuspatient.at ist eine Österreichische Zweigniederlassung der Mutterorganisation in Großbritannien.	nein

Anhang

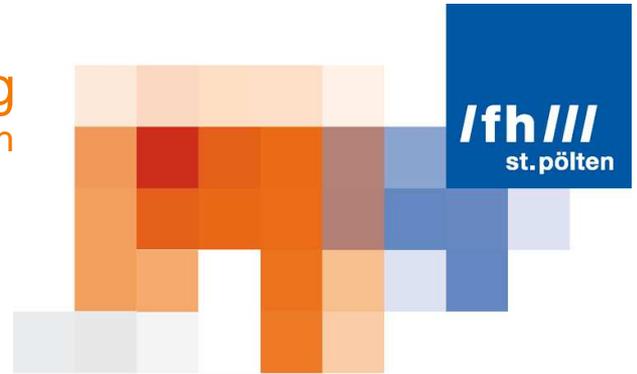
www.nein-zur-depression.at	<p>Die Seite beschäftigt sich mit den Themen Früherkennung und Behandlungsmöglichkeiten der Depression. Sie bietet Informationen, Hilfestellungen und Kontaktdaten, die im Umgang mit Depression oder Angsterkrankung helfen können. Betrieben von Pfizer Corporation Austria GmbH, Wien.</p>	<p>nein</p>
www.innenwelt.at	<p>Die Initiative „innenwelt - für seelische Gesundheit und Lebensqualität“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Plattform zu geben und sie und ihre Angehörigen im Kampf gegen die Stigmatisierung und Tabuisierung von seelischen Erkrankungen zu unterstützen. Die gemeinnützige GmbH ist Tochter der Lundbeck Austria GmbH, Wien.</p>	<p>nein</p>
www.depression.at	<p>Die Web-Seite steht in Verbindung mit innenwelt.at und wird ebenfalls von Lundbeck Austria GmbH betrieben.</p>	<p>nein</p>
clublebenszeit.at	<p>Club lebenszeit will einen wichtigen Beitrag zu einer nachhaltigen Gesundheitsförderung leisten, Gesundheit durch verbesserte Information und zielgerichtete Aktivitäten fördern. Ist ein Angebot des Betrieblichen Gesundheitsmanagements der VAMED AG Wien.</p>	<p>nein</p>

16.2 Fragebogen

Fragebogen in der originalen Formatierung auf den nächsten Seiten eingefügt.

Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung Ilse Arlt Institute on Social Inclusion Research

Matthias Corvinus Str. 15
3100 St. Pölten
T: +43 (2742) 313 228 506
E: inclusion@fhstp.ac.at
I: <http://inclusion.fhstp.ac.at>



St. Pölten, Mai 2013

Einladung zur Teilnahme

Fragebogenerhebung

Wir sind Studierende der Fachhochschule St. Pölten im Masterstudiengang Soziale Arbeit. Im Rahmen des Forschungslabors beschäftigen wir uns mit dem Stand der Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Unser Anliegen sind vor allem Menschen mit einer psychischen Erkrankung und die Verbesserung der Unterstützungsangebote für diese Zielgruppe.

Das Projekt versucht eine Bilanz in Wien, NÖ und OÖ zu erstellen und hat das Ziel, Anregungen von Betroffenen einzuholen.

Wir möchten mit dem angeschlossenen Fragebogen etwas über Ihre Lebenssituation sowie Wünsche und Bedürfnisse erfahren. Gemeinsam mit den Antworten anderer soll damit ein eventueller Bedarf sichtbar gemacht werden, der über das derzeitige Angebot an Leistungen hinausgeht.

Die Bearbeitung dauert **10 bis 15 Minuten** und Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Danke für Ihre Mithilfe und dass Sie uns Ihre Erfahrungen zur Verfügung stellen.

Mit freundlichen Grüßen

Tamara Dorner
Martin Gebetsberger
Samira Kader
Hermine Penz

Bedarf an Unterstützung

1. Welche Unterstützungsleistungen nehmen Sie derzeit in Anspruch? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beratungsgespräche SozialarbeiterIn | <input type="checkbox"/> Facharzt/-ärztin für Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Mobile Soziale Dienste (z.B. Heimhilfe, Besuchsdienst, 24h Notruf, PND, MBH,...) |
| <input type="checkbox"/> Betreute
Freizeitgestaltung/Tagesstruktur | <input type="checkbox"/> Unterstützung durch Familie, Freunde,
Nachbarschaft, KollegInnen,... |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich _____ | |

2. Unterstützung im Haushalt, beim Wohnen?

- Ja, habe ich
Wer unterstützt Sie? _____
- Ja, brauche ich, habe aber keine Unterstützung
Was wünschen Sie sich? _____
- Nein, brauche ich nicht

3. Unterstützung bei Arztterminen, Veranstaltungen, Freizeitgestaltung?

- Ja, habe ich
Wer unterstützt Sie? _____
- Ja, brauche ich, habe aber keine Unterstützung
Was wünschen Sie sich? _____
- Nein, brauche ich nicht

4. Unterstützung in Partnerschaftsfragen?

- Ja, habe ich
Wer unterstützt Sie? _____
- Ja, brauche ich, habe aber keine Unterstützung
Was wünschen Sie sich? _____
- Nein, brauche ich nicht

5. Unterstützung in Erziehungsfragen? (bitte beantworten, wenn Sie Kinder haben)

- Ja, habe ich
Wer unterstützt Sie? _____
- Ja, brauche ich, habe aber keine Unterstützung
Was wünschen Sie sich? _____
- Nein, brauche ich nicht

Interessensvertretung

6. Nehmen Sie an Gruppentreffen (Selbsthilfegruppen / Peer Beratung / Triologgruppen/...) teil?

Ja

Nein

7. Beurteilen Sie bitte auf einer Skala von 1 bis 6 die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer öffentlichen Interessensvertretung für Ihre Anliegen. Wie wichtig ist Ihnen eine Interessensvertretung?

1 unwichtig	2	3	4	5	6 sehr wichtig
----------------	---	---	---	---	-------------------

8. Um welche Themenbereiche sollte sich eine Interessensvertretung für die Anliegen von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung kümmern? (Mehrfachnennungen möglich)

Öffentlichkeitsarbeit

Freizeitgestaltung

Wohnen

Umsetzung von Rechten

Partnerschaft

Sensibilisierung der Gesellschaft

Erziehung

Arbeit/Beschäftigung

Sonstiges, nämlich _____

9. Aus welchen Personen sollte die Interessensvertretung zusammengesetzt sein? (Mehrfachnennungen möglich)

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung/SelbstvertreterInnen

Professionelle HelferInnen (ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen,...)

Sonstige, nämlich _____

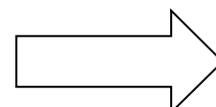
10. Würden Sie gerne in einer Interessensvertretung mitarbeiten?

Ja

Nein

Bitte eine kurze Begründung Ihrer Antwort (warum ja oder warum nein)

Bitte umblättern



Statistische Daten

11. Geschlecht

Männlich

Weiblich

12. Alter

unter 25 Jahre

41 bis 55 Jahre

25 bis 40 Jahre

über 55 Jahre

13. Wohn/Lebensform

allein lebend

in Partnerschaft lebend

Sonstiges, nämlich _____

14. Wo wohnen Sie?

Wohnung (eigene)

Wohngemeinschaft

Haus (eigenes)

Durch eine Organisation betreute Wohnform

Sonstiges, nämlich _____

15. Kinder

Ja

Nein

Wie viele Kinder haben Sie? _____

Wie alt sind die Kinder? _____

Leben die Kinder mit Ihnen im gleichen Haushalt?

Ja

Nein

16. Sind Sie berufstätig?

Ja

Nein

17. Beziehen Sie Pflegegeld?

Ja, Stufe _____

Nein

18. Bitte bewerten Sie Ihre heutige Gefühlslage auf einer Skala von 1 bis 6 (1 = sehr gut, 6 = sehr schlecht)

1	2	3	4	5	6
					

16.3 Interview Leitfaden

A) Erkrankungs-/Gesundungsgeschichte

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ist das erste Dokument, das sich spezifisch mit Menschen mit Behinderungen auseinandersetzt und darunter werden auch Menschen mit psychischer Problematik verstanden.

- Wann haben sich für Sie die ersten psychischen Probleme ergeben? Wann war der erste Krankenhaus-Aufenthalt, und was ist dann weiter passiert?
- Welchen Umgang haben Sie mit Ihrer Erkrankung gefunden?
- Was machen Sie gerne in ihrer Freizeit?
- Was können Sie leicht selber tun? Gibt es Einschränkungen?
- Was hindert Sie an der vollen Teilnahme am öffentlichen Leben?

B) Benennung - Selbstbeschreibung

Die Soziale Arbeit bemüht sich um nicht diskriminierende Benennungen im Zusammenhang mit der früher üblichen Bezeichnung von „behinderten Menschen“. Mittlerweile gibt es andere wie „Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen“ oder „mit Lernschwierigkeiten“... Es wird auch darauf geachtet, Betroffene zu befragen, wie sie selbst genannt werden wollen. Betroffene benennen sich selber oft sehr unterschiedlich. Ein einheitlicher Begriff ist schwierig zu finden, weil sie selbst oft Bezeichnungen sehr unterschiedlich empfinden.

- Welche Bezeichnung würden Sie für ihre eigene Situation bevorzugen?
(Diese Bezeichnung dann auch wirklich im Interview weiter verwenden! Bei aufkommendem Unmut über Zuschreibung von Behinderung, relativieren: Menschen sind nicht behindert, sondern die Gesellschaft erzeugt Behinderungen, indem sie die Teilhabe erschwert.)

C) Recht auf volle Teilhabe

Plakativer Einstieg: Wenn Sie jetzt an eine Rollstuhlfahrerin denken, da ist es doch selbstverständlich, dass Gehsteige abgeschrägt werden, dass sie jemand schiebt,... In der Konvention steht das Recht auf die Möglichkeit von Teilhabe, Selbstbestimmung, unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft.

- Wenn Sie an Ihre Rechte denken, was könnte da Ihren Alltag erleichtern?
- Würden Sie sich für Ihre Rechte engagieren? Wie?
- Wie werden Sie derzeit unterstützt? Wie erleben Sie die Hilfe?
- Wo sind Sie eine Stütze für andere in ähnlichen Situationen?
- Engagieren Sie sich in Selbsthilfegruppen?
- Würden Sie sich gerne mehr für die Rechte von Menschen mit [*psychischen Erkrankungen - Selbstbezeichnung einfügen!*] einsetzen? Wie?

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Tamara Dorner, geboren am 05.05.1976 in Oberpullendorf,
erkläre,

1. dass ich die in dieser Masterthesis mit meinem Namen gekennzeichneten Teile selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich diesen Text bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, am 24.04.2014

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Tamara Dorner', with a long horizontal stroke extending to the right.

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Martin Gebetsberger, geboren am 02.12.1965 in Waidhofen an der Ybbs, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

St. Pölten, am 24.04.2014



Unterschrift