

**Persönliche Assistenz für erwachsene Frauen
mit psychischen Beeinträchtigungen
in Wien, NÖ und OÖ**

Kader Samira

Penz Hermine

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades

Master of Arts in Social Sciences

an der Fachhochschule St. Pölten

Im April 2014

Erstbegutachterin:

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

Zweitbegutachterin:

FH-Prof.ⁱⁿ DSAⁱⁿ Mag.^a Gertraud Pantucek

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns bei den Organisationen bedanken, die sich bereit erklärt haben, unser Ansinnen zu unterstützen. Ohne sie wäre die vorliegende Forschungsarbeit nicht zustande gekommen. Unser Dank gilt damit dem Verein für psychosoziale Dienste EXIT sozial, Pro Mente Oberösterreich, dem PSD Psychosozialer Dienst der Caritas St. Pölten und FEM Süd Frauenassistenz Wien. Ganz herzlich bedanken möchten wir uns bei allen InterviewpartnerInnen, den MitarbeiterInnen der Organisationen und ganz besonders den Frauen, die sich zu einem Interview bereit erklärt und uns damit Einblick in ihre Lebenswelt und Privatsphäre gegeben haben.

Weiters gilt unser Dank Frau Professorin Monika Vyslouzil für die kompetente und wertvolle Unterstützung im Rahmen der Lehrveranstaltung Forschungslabor. Hier fand auch mit den anderen Studierenden der Projektarbeit ein reger und kollegialer Austausch statt, der unsere Arbeit mit vielen anregenden Impulsen bereichert hat. Danke, liebe KollegInnen!

Ein berufsbegleitendes Studium und als Abschluss eine Masterthesis zu schreiben erfordert viel Mühe, Geduld und einen großen Zeitaufwand nicht nur für die Studierenden selbst, sondern auch für ihr näheres Umfeld. Deshalb möchten wir uns ganz herzlich bei unseren Familien und unseren Partnern bedanken, die uns während des gesamten Prozesses mit Geduld und Verständnis unterstützt und emotional gestärkt haben.

**Persönliche Assistenz für erwachsene Frauen
mit psychischen Beeinträchtigungen
in Wien, NÖ und OÖ**

Masterthese, eingereicht an der Fachhochschule St. Pölten im April 2014

Abstract

Penz Hermine

Kader Samira

Viele Aktivitäten und Maßnahmen im Sinne der UN-Konvention beziehen sich auf die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. In der vorliegenden Masterthesis wird die derzeitige Situation von Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen in Wien, OÖ und NÖ untersucht, da Barrieren, die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen an voller und gleicher Teilhabe hindern, kaum öffentlich diskutiert werden.

Als Forschungsmethode wurde eine Kombination von quantitativen und qualitativen Instrumenten der Datenerhebung verwendet. Es wird der Frage nachgegangen, wie eine Umsetzung der UN-Konvention gestaltet werden kann, um dieser Personengruppe zu vermehrter Selbstbestimmung und Teilhabe zu verhelfen. Dazu werden die derzeit genutzten Unterstützungsangebote und die darüber hinaus gehenden Bedürfnisse der betroffenen Frauen erhoben. Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt darin, herauszufinden, welche zusätzlichen Unterstützungsangebote gebraucht werden und ob das Modell Persönlicher Assistenz dazu geeignet ist. Unsere Forschungen haben gezeigt, dass der Unterstützungsbedarf der Betroffenen höher als zuvor angenommen ist. Die Wünsche der betroffenen Frauen nach Unterstützung betreffen vor allem die Bewältigung ihres Alltags sowie ihre Tätigkeiten im Freizeitbereich. Viele Betroffene fühlen sich von der Gesellschaft exkludiert, da die Stigmatisierung aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen immer noch enorm hoch ist. Eine

Sensibilisierung der Gesellschaft ist laut den befragten Betroffenen sowie den Fachkräften notwendig, um die öffentliche Meinung über psychisch beeinträchtigte Menschen und deren Lebenssituation verändern zu können.

Die detaillierte Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen psychisch beeinträchtigter Frauen führt zu Handlungsempfehlungen, die einen wesentlichen Beitrag zu Empowerment und Inklusion leisten können.

**Personal Assistance for adult women
with psychic interferences
in Vienna, Lower-and Upper Austria**

Master Thesis submitted in University of Applied Science, St. Pölten, April 2014

Abstract

Penz Hermine

Kader Samira

Many activities and measures regarding the UN convention refer to a full participation of people with impediments. In this Master Thesis was examined the actual situation of women with psychic interferences in Vienna, Upper- and Lower Austria. Existing barriers obstructing full and equal participation of people with psychic interferences are hardly publicly discussed.

As a research method a combination of quantitative and qualitative survey instruments was used. The main research focus of this Thesis was the question of implementation of the UN Convention, to help this specific group to increased self-determination and participation. This project looked at the support offers used currently and what the additional needs of the affected women are. With this

investigation, we wanted to find out which additional support offers are used, and whether the model of personal assistance would be a suitable addition.

Our research showed that the women concerned have more needs for assistance than originally assumed. They would wish for assistance in coping with daily life activities and for participation in leisure time activities. Many of the women feel excluded from society, because there is still an enormous amount of stigmatization prevalent because of their psychiatric problems. According to the interview partners a sensitization of the society is needed to turn around public opinion in order to improve the live situation of persons with a psychiatric problem.

The detailed analysis of the needs of psychically affected women, leads to recommendations which could make essential contributions to their empowerment and inclusion.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1) Theoretische Grundlagen	4
1.1) UN-Menschenrechtskonvention für Rechte von Menschen mit Behinderungen	4
1.2) NAP 2012 - 2020	6
1.2.1) Definition von Behinderung im NAP	7
1.2.2) Frauen mit Behinderungen.....	7
1.2.3) Selbstbestimmtes Leben	8
1.2.4) Persönliche Assistenz	9
1.2.5) Inklusion laut NAP.....	10
1.3) Begriffsdefinitionen	10
1.3.1) Behinderung laut WHO	10
1.3.2) Behinderung als sozial- und kulturwissenschaftliche Kategorie	10
1.3.3) Medizinisches Modell von Behinderung	11
1.3.4) Soziales Modell von Behinderung	12
1.3.5) Behinderung in der Gesellschaft	12
1.3.6) Beeinträchtigung	14
1.3.7) Psychische Erkrankung versus Behinderung	14
1.4) Rechtliche Grundlagen im Sozialsystem	16
1.4.1) Niederösterreich.....	17
1.4.2) Wien.....	17
1.4.3) Oberösterreich	17
1.4.4) Psychiatrieplan Österreich	18
2) Forschungsdesign	20
2.1) Forschungsinteresse.....	20
2.2) Forschungsfeld	22
2.3) Forschungsmethode	22
2.4) Auswahl der Untersuchungspersonen	24
2.5) Untersuchungsverlauf	26
2.6) Datenauswertung.....	28
3) Darstellung der Ergebnisse	29
3.1) Behinderung	30
3.2) Stigmatisierung	32
3.3) Lebenswelt	36
3.3.1) Identität	37

3.3.2) Gesundheit	41
3.3.3) Unterstützungsangebot	43
3.3.4) Persönliche und materielle Abhängigkeiten.....	49
3.4) Darüber hinaus gehender Unterstützungsbedarf	51
3.4.1) Therapieangebot.....	52
3.4.2) Unterstützung bei der Alltagsbewältigung	53
3.4.3) Mobilität	59
3.4.4) Einstellungsveränderung der Gesellschaft	61
3.4.5) Umsetzung der Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen.....	65
3.5) Persönliche Assistenz.....	66
3.5.1) Art und Umfang.....	68
3.5.2) Voraussetzungen und Kompetenzen der AssistentInnen	69
3.5.3) Risiken und mögliche Probleme bei Persönlicher Assistenz	71
3.5.4) Kompetenzen der AssistenznehmerInnen.....	72
3.5.5) Erfolge durch Persönliche Assistenz	73
4) Conclusio	75
4.1) Lebenssituationen von Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen	75
4.2) Bedürfnisse bezüglich voller Teilhabe und vermehrter Selbstbestimmung	79
4.2.1) Ende der Stigmatisierung.....	79
4.2.2) Gesundheit - Therapeutische Versorgung.....	81
4.2.3) Mit Assistenz zum selbstbestimmten Leben.....	82
4.2.4) Positive Effekte von Persönlicher Assistenz.....	85
5) Handlungsempfehlungen.....	86
5.1) Umsetzung der UN-Menschenrechtskonvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen	86
5.2) Umsetzung des NAP	87
5.3) Bundesweite Vereinheitlichung der Zugangsregelungen für PA.....	88
5.4) Einführung eines Persönlichen Budgets	89
5.5) Überarbeitung und Erfüllung der Psychiatriepläne	90
5.6) Betroffene für Betroffene.....	91
5.7) Änderung der Einschätzungsverordnung	92
6) Literatur	94
7) Anhang	106
7.1) Quellen.....	106
7.2) Abbildungsverzeichnis	106

7.3) Abkürzungsverzeichnis.....	107
7.4) Interviewleitfäden.....	109
7.5) Fragebogen	112
7.6) Eidesstaatliche Erklärungen	116

Einleitung

Kader Samira/Penz Hermine

Die vorliegende Arbeit entstand im Zuge des Masterprojekts 2012 – 2014 zu den Rechten von Menschen mit Behinderung an der Fachhochschule St. Pölten. Das Forschungsprojekt untersucht die Umsetzung der UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und beschäftigt sich mit dem Stand der Entwicklung bezüglich der Themen Inklusion am Arbeitsmarkt, Teilhabe und Selbstbestimmung sowie Modellen persönlicher Assistenz für Menschen mit Lernbehinderungen und psychischen Beeinträchtigungen.

Der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung folgte im Juli 2012 die Veröffentlichung des Nationalen Aktionsplans Behinderung 2012 - 2020, der Strategie der österreichischen Bundesregierung zur Umsetzung dieser Konvention. Auf Länderebene Österreichs wird mit variierender Intensität an notwendigen Maßnahmen gearbeitet. Die einzelnen Gruppen von Menschen mit Behinderungen profitieren in unterschiedlichem Ausmaß von den Aktivitäten rund um die UN Konvention.

In der Umsetzung der UN-Konvention werden Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen noch kaum erwähnt, diese Form der Behinderung stellt jedoch ein starkes Hindernis bezüglich Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dar.

Frauen haben zudem ein geschlechtsspezifisch höheres Risiko, an psychischen Störungen zu erkranken und komplexe komorbide Störungsmuster zu entwickeln. Die Forschungsarbeit richtet sich besonders an ihnen aus, da sie durch behinderungsspezifische Belastungen in Kombination mit geschlechtsspezifischen Benachteiligungen oftmals von Mehrfachdiskriminierung betroffen sind. Aus statistischen Daten geht hervor, dass Frauen mit Behinderungen nicht nur gegenüber Frauen ohne Behinderung deutlich schlechter gestellt sind, sondern auch gegenüber Männern mit Behinderungen. Sie geraten öfter in Armut als Männer mit Behinderungen und neben anderen Personengruppen sind sie zudem

besonders gefährdet, Opfer von Gewalt und Missbrauch zu werden (vgl. BMASK 2012:20).

Daraus entstand das Interesse, den lebensweltlichen Kontext von Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen empirisch zu untersuchen und ihre Wünsche und Bedürfnisse im Hinblick auf ein selbstbestimmtes Leben zu erheben. Die vorliegende Masterthesis beschäftigt sich mit der Umsetzung der Rechte von erwachsenen Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen in Hinblick auf Selbstbestimmung und Teilhabe. Dabei wird auch die Möglichkeit der Persönlichen Assistenz als Mittel zur Zielerreichung untersucht.

Die empirische Forschung ist am Bereich des Wohnens, der Freizeit und der allgemeinen gesellschaftlichen Teilhabe ausgerichtet, grenzt sich jedoch von Persönlicher Assistenz im Arbeitsbereich ab. Eine Zielsetzung des Projektes und der vorliegenden Arbeit ist es, der Praxis Impulse zur Veränderung in Richtung „Selbstbestimmung“ zu geben.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in 5 Abschnitte, beginnend mit Kapitel 1, wo theoretische Grundlagen wie der Inhalt der UN-Konvention für Rechte von Menschen mit Behinderungen und die Ziele des Nationalen Aktionsplans Behinderung behandelt werden. Verschiedene Definitionen und Bedeutungsimplicationen von Behinderung werden vorgestellt und in den für den weiteren Verlauf bedeutsamen Kontext gestellt. Zusätzlich werden Ausschnitte zur aktuellen Lage der Sozialgesetzgebung in den drei untersuchten Bundesländern präsentiert mit dem Schwerpunkt der Umsetzung des österreichischen Psychiatrieplans.

Im Kapitel 2 wird das Forschungsdesign vorgestellt, sowie seine Umsetzung erläutert. Hier erfolgt auch die Beschreibung des Zugangs zum ausgewählten Forschungsfeld und den Untersuchungspersonen. Das Kapitel schließt mit der Darstellung des Untersuchungsverlaufes und der Datenauswertung ab.

Das dritte Kapitel widmet sich ausführlich der Darstellung der gewonnenen Untersuchungsergebnisse. Hier wird die Lebenswelt der betroffenen Frauen mit ihren bedeutsamen Einflussfaktoren wie Identität, Gesundheit und soziale Lage dargestellt. Dabei tritt Stigmatisierung als bedeutsame Komponente für den Gesamtkontext hervor. In weiteren Unterkapiteln erfolgen die Darstellung von genutzten Unterstützungsangeboten und eine Analyse des ungedeckten Bedarfs, der mit dem Modell von Persönlicher Assistenz gedeckt werden könnte. Wie ein solches Modell aussehen könnte, bzw. welche Punkte den betroffenen Frauen und auch den Fachkräften dafür wichtig erscheinen, wird ebenfalls ausgeführt.

Das Kapitel 4 fasst in einer Conclusio die zentralen Ergebnisse zusammen und bietet auch Lösungsvorschläge zu einzelnen Themen. Den Abschluss dieser Arbeit bilden Handlungsempfehlungen zur zentralen Forschungsfrage

„Wie kann eine Umsetzung der UN-Konvention gestaltet werden, um Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen zu vermehrter Selbstbestimmung und Teilhabe zu verhelfen?“

1) Theoretische Grundlagen

Kader Samira/Penz Hermine

Maßgeblich für die Festlegung und Einhaltung der Rechte von Menschen mit Behinderungen sind die allgemeine Menschenrechtscharta der Vereinten Nationen, ergänzend dazu die UN-Menschenrechtskonvention für Rechte von Menschen mit Behinderungen, der Nationale Aktionsplan Behinderung 2012-2020 als Strategie der Österreichischen Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und verschiedene Gesetze betreffend Unterstützungsleistungen zu Gleichstellung und Teilhabe an der Gesellschaft.

Dazu muss auch geklärt werden, von welchem Begriff der Behinderung in dieser Arbeit ausgegangen wird und welcher Personenkreis dazu zählt. Um ein einheitliches Verständnis von Behinderung zu erlangen, wird in diesem Abschnitt auch eine Begriffsdefinition vorgenommen, wobei verschiedene Modelle von Behinderung in den Blick genommen werden.

1.1) UN-Menschenrechtskonvention für Rechte von Menschen mit Behinderungen

Penz Hermine

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Convention on the Rights of Persons with Disabilities - CRPD) entstand als erste Menschenrechtskonvention unter maßgeblicher Einbindung von VertreterInnen von NGOs in den Jahren 2002 bis 2006. Für Österreich wurde sie von Sozialminister Erwin Buchinger am 30. März 2007 in New York unterzeichnet, trat mit 3. Mai 2008 völkerrechtlich in Kraft und wurde im Juli 2008 vom österreichischen Nationalrat ratifiziert (vgl. BMASK 2010:1).

Der *Artikel 1* definiert den Zweck der Konvention folgendermaßen:

„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. Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ (RIS Bundeskanzleramt Österreich 2008:5)

Der *Artikel 3* der Behindertenrechtskonvention enthält allgemeine Grundsätze, die den Kern des Übereinkommens darstellen und den Rahmen für die Interpretation der einzelnen normativen Bestimmungen abstecken. Dabei handelt es sich um:

- **Respekt vor der Würde und individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen**
- **Nichtdiskriminierung**
- **volle und effektive Partizipation an der und Inklusion in die Gesellschaft**
- **Achtung vor der Differenz und Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen als Teil der menschlichen Diversität und Humanität**
- **Chancengleichheit**
- **Barrierefreiheit**
- **Gleichheit zwischen Männern und Frauen**
- **Respekt vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität (RIS Bundeskanzleramt Österreich 2008:6f)**

Oberste Grundsätze des Übereinkommens sind volle gesellschaftliche Teilhabe verbunden mit sozialer Wertschätzung und Achtung der Autonomie von Menschen mit Behinderungen. Menschen, die intensivere Unterstützung benötigen, werden explizit einbezogen. In der Konvention werden Freiheitsrechte mit Abwehrrechten gegen staatliche und andere Eingriffe in die persönliche Freiheit und mit sozialen Rechten in Form von Anspruchsrechten auf soziale Dienste und Leistungen verknüpft (vgl. Graumann 2008:o.A.).

Das Dokument verzichtet auf eine abschließende Definition von Behinderung und betont, dass sich der Begriff Behinderung ständig weiterentwickelt. Das

Übereinkommen bezieht sich auf das soziale Modell, welches Behinderung auf gesellschaftliche Barrieren und fehlende Unterstützung zurückführt. Dieses Modell löst das medizinische ab, welches sich auf individuelle Funktionsbeeinträchtigungen stützt. Als Menschen mit Behinderungen im Sinne der Konvention gelten daher alle, die auf Grund von Wechselwirkungen zwischen individuellen Beeinträchtigungen und verschiedenen Barrieren an der vollen gesellschaftlichen Teilhabe gehindert werden. Der "Defizit-Ansatz" im Verständnis von Behinderung wird damit konsequent durch einen "Diversity-Ansatz" ersetzt: Die sozialen Bedingungen sind als das eigentliche Problem anzusehen, welche vollkommene Teilhabe erschweren (vgl. Graumann 2008:o.A.).

An diesen Prinzipien, den daraus resultierenden Zielvorgaben und deren Erreichung wird die Zukunft nationaler und internationaler Behindertenpolitik messbar sein.

1.2) NAP 2012 - 2020

Penz Hermine

Zur Umsetzung der UN-Konvention wurde der Nationale Aktionsplan Behinderung 2012-2020 (NAP Behinderung) vom Sozialministerium in Zusammenarbeit mit allen anderen Bundesministerien Österreichs erstellt. Erstmals nach dem österreichischen Behindertenkonzept vom Dezember 1992 liegt mit dem NAP nunmehr wieder eine umfassende Strategie der österreichischen Behindertenpolitik auf Bundesebene vor.

Das visionäre Ziel des NAP ist in Übereinstimmung mit der UN-Behindertenrechtskonvention eine inklusive Gesellschaft bis zum Jahr 2020 zu erreichen, wonach behinderte und andere benachteiligte Menschen an allen Aktivitäten der Gesellschaft teilhaben können.

1.2.1) Definition von Behinderung im NAP

Im Bundesverfassungsgesetz scheint kein Kompetenztatbestand Behindertenwesen auf. Das Behindertenrecht ist demnach eine Querschnittsmaterie, welche durch zahlreiche Bundes- und Landesgesetze geregelt ist. Diese Gesetze haben verschiedene Zielsetzungen und enthalten auch unterschiedliche Definitionen von Behinderung. Mit der Einschätzungsverordnung von 2010 wurden Kriterien und Parameter für die Feststellung des Grades der Behinderung im Rahmen einer Begutachtung durch ärztliche Sachverständige geschaffen. Unter Behinderung im Sinne dieser Einschätzungsverordnung ist „die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen 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.“(BMASK 2012:14f)

Eine im NAP genannte Zielsetzung lautet dahingehend, dass das soziale Modell von Behinderung im Sinn der UN-Konvention bei der Einschätzung verwendet wird. Dies impliziert eine ausreichende und bestmögliche Gewichtung der sozialen Komponente (vgl. BMASK 2012:15).

1.2.2) Frauen mit Behinderungen

Nach Artikel 6 der UN-Behindertenrechtskonvention muss Österreich gewährleisten, dass Frauen mit Behinderungen alle Grundfreiheiten und Menschenrechte gleichberechtigt und in vollem Ausmaß genießen können. Demnach muss die Geschlechterperspektive in allen behindertenpolitischen Vorhaben einbezogen werden. Zielsetzungen gibt es auch in den Bereichen wie Recht auf Selbstbestimmung, Schutz vor Gewalt, Stärkung von Persönlichkeitsrechten und verbessertem Zugang zu medizinischen Leistungen.

Im NAP wird von 20,8% der weiblichen Bevölkerung mit einer lang andauernden Beeinträchtigung ausgegangen. Dabei sind Frauen mit Behinderungen zusätzlich geschlechtsspezifisch benachteiligt. Sie sind nicht nur gegenüber nicht behinderten Frauen schlechter gestellt sondern auch gegenüber Männern mit Behinderungen und haben Nachteile in den Bereichen von Bildung, Ausbildung, Beruf und Alter. Sie sind auch öfter von Armut betroffen als Männer mit Behinderungen (vgl. BMASK 2012:18).

1.2.3) Selbstbestimmtes Leben

Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention beginnt wie folgt:

„Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern ...“

Das Kapitel „Selbstbestimmtes Leben“ im NAP dient insbesondere auch der Umsetzung der *Artikel 19*: Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft, *Artikel 23*: Achtung der Wohnung und der Familie, *Artikel 28*: Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz und *Artikel 29*: Teilnahme am politischen und öffentlichen Leben (vgl. BMASK 2012:85f).

Unterstützungen für selbstbestimmtes Wohnen für Menschen mit Behinderungen fallen in die Kompetenz der Länder. Sie umfassen einerseits die Leistung von Persönlicher Assistenz, die in den Bundesländern gesetzlich sehr unterschiedlich festgelegt ist. Für eine konventionskonforme Umsetzung müssen für die unterschiedlichen Bedürfnisse passende Unterstützungsleistungen zur Verfügung stehen. Nur durch eine entsprechende Angebotsvielfalt kann den Betroffenen tatsächlich ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden. Die Zielsetzungen des NAP richten sich dabei am Konzept von Empowerment aus. Für den Bereich des Wohnens bedeutet dies zunehmende De-Institutionalisierung. Unterstützungsleistungen sollen geschaffen werden, die auch für Menschen mit

hohem Unterstützungsbedarf ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung ermöglichen. Ein weiterer festgelegter Grundsatz ist die Wahlfreiheit der passenden Wohnform und der notwendigen Unterstützungsleistungen (vgl. BMASK 2012:85f).

1.2.4) Persönliche Assistenz

Persönliche Assistenz kann definiert werden als eine Form der persönlichen Hilfe, die den betroffenen Menschen in die Lage versetzt, sein Leben selbstbestimmter und unabhängiger zu gestalten (vgl. BMASK 2012:86).

Die Zuständigkeit für Persönliche Assistenz ist zwischen Bund und Ländern aufgeteilt. Der Bund ist zuständig für Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz, in Bundesschulen und beim Studium. Für Persönliche Assistenz in anderen Lebensbereichen liegen die Kompetenzen bei den Ländern. Die von den Bundesländern geschaffenen Regelungen weichen im berechtigten Personenkreis, den Voraussetzungen, Zielsetzungen, der Organisationsform, der Förderungshöhe sowie bei der Anrechnung von Einkommen, Vermögen und anderen Geldleistungen stark voneinander ab. Laut NAP beziehen derzeit etwa 1.000 Personen eine Leistung, die diesem Modell der Persönlichen Assistenz entspricht (vgl. BMASK 2012:88).

Die vorliegende Arbeit beruft sich auf die folgenden im NAP (vgl. ebd.) festgehaltenen Zielsetzungen:

- Die persönliche Assistenz soll ausgebaut und im Sinne der UN-Konvention grundsätzlich für alle Arten von Behinderungen angeboten und die Regelungen bundesweit vereinheitlicht werden.
- Als Indikator der Zielerreichung wird die Zahl der Personen herangezogen, die persönliche Assistenz in Anspruch nehmen können.

1.2.5) Inklusion laut NAP

Im Gegensatz zum Integrations- und Rehabilitationsansatz überwindet Inklusion den Anspruch, Menschen mit Behinderungen müssten eingegliedert werden bzw. sich so weit wie möglich den Anforderungen der Menschen „ohne Behinderung“ anpassen, um nicht von gesellschaftlichen Aktivitäten ausgeschlossen zu sein. Inklusion entspricht damit dem Grundsatz der Normalisierung nach dem Behindertenkonzept von 1992, wonach sich das Leben von Menschen mit Behinderung möglichst wenig von dem der Menschen ohne Behinderung unterscheiden soll (vgl. BMASK 2012:13). Dazu gehört auch, möglichst selbstbestimmt leben zu können.

1.3) Begriffsdefinitionen

Kader Samira

1.3.1) Behinderung laut WHO

Behinderung wird in Anlehnung an die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung“ (ICIDH-2) der Weltgesundheitsorganisation WHO als komplexe Beziehung zwischen körperlicher, geistiger und seelischer Verfassung einer Person und den Umweltfaktoren im Sinn einer dynamischen Wechselwirkung verstanden (vgl. Niehaus 2001:1). Der Begriff Behinderung wird zwar im allgemeinen Sprachgebrauch häufig verwendet, entzieht sich allerdings einer einheitlichen Definition. Behinderte Menschen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Eigenschaften und stellen eine stark heterogene Gruppe dar. Es werden dabei verschiedene Arten von Behinderung unterschieden, wie z.B. körperliche, geistige oder seelische Behinderungen (vgl. Hofer 2003:13).

1.3.2) Behinderung als sozial- und kulturwissenschaftliche Kategorie

Die Begrifflichkeit des Wortes Behinderung ist laut Dederich (2009:16f) immer noch nicht gesellschaftlich definiert und etabliert. Der Autor stellt fest, dass als Behinderung alles gesehen wird, was eine Barriere, Hindernis, Hemmung oder

Einschränkung im körperlichen und/oder psychischen Sinne darstellt. Erstmals wurde der Begriff Behinderung im Zusammenhang mit der „Krüppelfürsorge“ für Körperbehinderte im frühen 20. Jahrhundert verwendet. Hier taucht er als deskriptiver Begriff auf, allerdings ohne sich durchzusetzen. Auch diverse Publikationen, die sich mit dem Thema Behinderung auseinandersetzen, befinden sich in einem Dilemma, wenn es um eine Eingrenzung des Begriffes geht. Eine allgemein gültige und einheitliche Definition existiert nicht. Dederich (2009:18) stellt dazu die folgende kritische Frage: „Wie ist es möglich, wissenschaftlich adäquat, philosophisch und soziologisch reflektiert und an den Erfordernissen der Praxis orientiert über Behinderung zu reden, ohne mit (sonder-)anthropologischen Denkfiguren, Wesenszuschreibungen, festgeschriebenen Merkmalskatalogen usw. zu operieren?“

1.3.3) Medizinisches Modell von Behinderung

Aus medizinischer Sicht ist Behinderung ein individuelles Problem einer Person, welches durch Krankheit, Vererbung oder Unfall hervorgerufen wurde und das eine medizinische bzw. therapeutische Behandlung notwendig macht, mit dem Ziel, das vorhandene Defizit zu beheben oder zumindest zu verringern. Als Norm wird hier der vermeintlich nicht behinderte Mensch herangezogen. Eine Abweichung von den in der Gesellschaft geltenden Normalitätsvorstellungen wird als Defizit und als negative persönliche Eigenschaft betrachtet. Dabei erfolgt eine Reduzierung der gesamten Person, bei der die Behinderung zum Hauptmerkmal des Individuums erhoben wird, hinter dem alle weiteren Merkmale, Eigenschaften und auch individuelle Fähigkeiten zurückbleiben. Damit wird Behinderung zum Stigma (vgl. Goffman 1967), welches die Lebenssituation der Person entscheidend beeinflusst. Die Betrachtung mit diesem Modell hat zur Folge, dass den Betroffenen Urteils-, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit abgesprochen und sie oftmals an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden (vgl. Hermes o.A.:16-18).

1.3.4) Soziales Modell von Behinderung

Behinderung wird hierbei nicht als ein festgeschriebenes individuelles Merkmal, sondern als sozial verliehener Status verstanden. Im Gegensatz zum medizinischen geht das soziale Modell von Behinderung grundsätzlich davon aus, dass die Hauptprobleme behinderter Menschen nicht durch die individuellen Besonderheiten, sondern durch die ausgrenzenden gesellschaftlichen Bedingungen, den eingeschränkten Zugang zu gesellschaftlicher Teilhabe und den massiven Vorurteilen gegenüber Behinderung hervorgerufen werden. Demnach ist es die Gesellschaft, die behindert. Behinderung ist etwas, das zusätzlich auf vorhandene Beeinträchtigungen aufgesetzt wird, indem Menschen mit Behinderungen isoliert und von der vollen Teilhabe in der Gesellschaft ausgeschlossen werden. Behinderte Menschen können deshalb auch einer unterdrückten Bevölkerungsgruppe zugerechnet werden (vgl. Hermes o.A.:18-20).

1.3.5) Behinderung in der Gesellschaft

In unserer Gesellschaft werden Menschen mit Behinderungen wie alle anderen benachteiligten gesellschaftlichen Gruppen als Minderheit betrachtet. Nach Dederich (2009:19-22) gibt es drei Merkmale, die solche benachteiligten Gruppen charakterisieren:

1. Die Gruppe sowie ihre Eigenschaften werden als soziales Problem angesehen, um das sich die Gesellschaft kümmern muss.
2. Bestimmte Institutionen beschäftigen sich daher mit der Bekämpfung des Problems.
3. Behinderte Menschen werden von der Gesellschaft stigmatisiert und sind von der Teilhabe am aktiven gesellschaftlichen Leben ausgegrenzt.

Behinderung ist stark mit Ausgrenzung und Isolation verbunden. Im sozialen Kontext wird Isolation stark mit gesellschaftlich ausgegrenzten Gruppen assoziiert. Sie ist eine Störung des Widerspiegelungs- und Aneignungsprozesses im innerorganismischen Bereich wie im Verhältnis zur objektiven Realität in der

Gesellschaft. Nach dieser Argumentation ist Isolation der Gegenpart von Partizipation und damit bedeutet Behinderung ihrem Wesen nach auch Isolation (vgl. Prosetzky 2009:87).

Behinderung ist ein soziales Konstrukt aus Zuschreibungen, Etikettierung, Stigmatisierung und Systemeffekten. Sie ist auch verbunden mit sozialer Ungleichheit, z.B. in der Benachteiligung beim Zugang zu Ressourcen (vgl. ebd.:37). Behinderung muss auch in Zusammenhang mit sozialen Netzwerken gesehen werden, da Entwicklung stets in diesem Rahmen passiert und entweder fördernde, gefährdende oder behindernde Auswirkungen haben kann. Behinderung ist in ihrer Feststellung, den Reaktionen und Folgen an soziale Interaktionen gebunden und kann im Sinne Goffmanns als Stigma verstanden werden (vgl. ebd.:21).

Nach Goffmann (1967:11) wird mit Stigma eine Eigenschaft einer Person bezeichnet, die „zutiefst diskreditierend“ ist. Stigma (Duden 2007:o.A.) bedeutet, dass jemand deutlich sichtbar in einer bestimmten, meist negativen Weise gekennzeichnet ist und sich dadurch von anderen unterscheidet. Das Wort geht hervor aus dem griechischen „Stigma“, gleichbedeutend mit Stich, Brandmal, Kennzeichen. Ein Mensch mit einem Stigma entspricht in seiner sozialen Identität nicht den normativen Erwartungen seiner Umwelt. Er weicht in den antizipierten Vorstellungen vom "Normalen" ab (vgl. Cloerkes 1997:146).

In ihrem Ursprung ist die Stigmatheorie mit diversen Abweichungsnormen verbunden, die an soziale Interaktionen gekoppelt sind. Bei diesen Interaktionen finden verschiedene Machtprozesse statt, welche von der Gesellschaftsstruktur abhängig sind und sich meistens innerhalb der sozialen Netzwerke entwickeln (vgl. Dederich 2009:37). Als wichtige Faktoren, die eine Stigmatisierung ausmachen, werden Kontaktverlust, Isolation und Ausgliederung auf der Ebene der Interaktionen, sowie Umdefinieren der Person in Hinsicht ihrer Interaktionen und Gefährdungen sowie Probleme auf der Ebene der Identität genannt (vgl. ebd.:21).

Stigmata haben auf einer individuellen Ebene eine Art Orientierungsfunktion, welche die Bildung einer Identitätsstrategie unterstützt. Auf der Gesellschaftsebene

haben Stigmata eine Funktion der Systemstabilisierung und der Umleitung von Aggressionen, indem diese z.B. auf „Sündenböcke“ geleitet werden. Die Nicht-Stigmatisierten verfestigen dadurch ihre gesellschaftliche Position der Herrschaftsfunktion und schließen andere gesellschaftliche Gruppen dadurch aus (vgl. Dederich 2009:21).

1.3.6) Beeinträchtigung

Der Begriff der Beeinträchtigung ist ein anderer Ausdruck für Behinderung, beide Wörter haben dieselbe Bedeutung. Es wird synonym verwendet für Mangel, Störung, Schaden, Hindernis oder Defekt (vgl. Duden 2014:o.A.).

Eine psychische Behinderung liegt vor, wenn ein Mensch die üblichen sozialen Rollen in einer Gesellschaft nicht oder nur eingeschränkt ausüben kann. Der Begriff wird jedoch heute meist durch den der psychosozialen Beeinträchtigung ersetzt. Leichte und schwere Formen von Behinderungen haben stets gemeinsam, dass sie irgendwelche Beeinträchtigungen im individuellen und sozialen Feld nach sich ziehen (vgl. Integration:Österreich/ Firlinger 2003:125f).

Die Organisation Lebenshilfe Österreich hat sich 2006 dafür entschieden, den Begriff „geistige Behinderung“ aus ihrem Wortschatz zu streichen. Dieser Begriff wurde von SelbstvertreterInnen heftig kritisiert, da sich viele Menschen durch die Bezeichnung diskriminiert und in ihrem Selbstwert verletzt fühlen. Die Lebenshilfe spricht deshalb von „Menschen mit Beeinträchtigung“, weil durch diesen Ausdruck der Respekt gegenüber Menschen mit Einschränkungen ausgedrückt werden soll (vgl. Lebenshilfe Österreich 2014:o.A.).

1.3.7) Psychische Erkrankung versus Behinderung

Die International Classification of Functioning, Disability and Health wurde 2001 als Nachfolgeklassifikation zur ICDH von der WHO verabschiedet. Der bio-psycho-soziale Ansatz des Konzepts wird hierin erweitert. Es erfolgt eine Berücksichtigung

des gesamten Lebenskontextes hinsichtlich Umwelt und der individuellen Besonderheiten. Dementsprechend ist Behinderung das Ausmaß der Einschränkungen von Aktivitäten, bzw. die Wechselwirkung des Gesundheitsproblems mit den Kontextfaktoren und den Funktionsfolgen in den einzelnen Lebensbereichen (Niehoff 2008:74f).

Bei psychischen Erkrankungen sind Diagnosestellung und psychopathologischer Befund für die Behandlung aufgrund der ICD-10 Richtlinien notwendig. Dieser Vorgang sollte noch vor der Gesprächs- und/oder medikamentösen Therapie stattfinden, da Klassifikationen eine wichtige Voraussetzung für Leistungsansprüche darstellen. In der Psychiatrie werden zwei Internationale Klassifikationssysteme, die ICD-10 der WHO und die DSM-IV der American Psychiatric Association, zur Diagnosestellung herangezogen. Trotz diesen Richtlinien ist aber eine Differenzialdiagnostik mittels therapeutischer Untersuchung und Gespräch nach Volz (2012: 5-7) unersetzlich.

In der Diagnoseerstellung wird weiters zwischen psychischen Störungen mit organischen und ohne organische Ursachen unterschieden. Zu psychischen Störungen ohne körperliche Ursachen zählen alle Störungen, die ohne eine äußere Verletzung des Gehirnes entstehen. In der ICD-10 wird häufiger von psychischer Störung und weniger von Krankheiten gesprochen. Eine psychische Störung ist eine erhebliche Abweichung von der Norm im Erleben oder Verhalten. Sie betrifft die Bereiche des Denkens, Fühlens und Handelns, wobei die Betroffenen psychisch darunter leiden (vgl. WHO 2013:9-11). Ob solche Auffälligkeiten krankheitsbedingt und deswegen behandlungsbedürftig sind, hängt von der Fähigkeit der Betroffenen zur Selbstversorgung (Alltagstauglichkeit) und deren Belastung durch die Symptome ab. Bevor eine psychiatrische Diagnose gestellt werden kann, müssen organische Ursachen immer ausgeschlossen werden (vgl. Volz 2012:8f).

Psychische Störungen lassen sich als Reaktionen auf innere oder äußere Bedingungen oder misslungene Anpassungsstrategien auf Probleme verstehen

und sind im weitesten Sinne natürliche psychische Reaktionen auf die Verletzbarkeit der Personen. Erkrankungen der Psyche sind stets multifaktoriell bedingt, denn die Dynamik zwischen Körper und Seele wird, wie im bio-psycho-sozialen Modell beschrieben, auch vom ständigen Austausch mit der Umwelt beeinflusst.

Die Begriffsdefinitionen sollen die Unterschiedlichkeit der Zugänge sichtbar machen und der Orientierung im Verständnis dienen. Im weiteren Verlauf der Arbeit werden sowohl die Begriffe Behinderung, Beeinträchtigung und auch psychische Erkrankung verwendet. Dabei orientiert sich das Verständnis am sozialen Modell von Behinderung, nach dem Behinderung als Folge gesellschaftlicher Barrieren und fehlender Unterstützung entsteht. Beeinträchtigung und psychische Erkrankung werden verwendet, um möglichst wertschätzend die Situation der Betroffenen beschreiben zu können und ihren Wünschen bezüglich Wording entgegen zu kommen.

1.4) Rechtliche Grundlagen im Sozialsystem

Penz Hermine

Menschen mit Behinderungen haben in Österreich bestimmte gesetzlich geregelte Ansprüche auf Hilfestellung und Unterstützungsleistungen. Diese Rechtsansprüche sind in den unterschiedlichen Sozialhilfegesetzen oder Behindertengesetzen der Bundesländer bzw. dem österreichischen Psychiatrieplan festgehalten. Dabei wird der Begriff der Behinderung differenziert verwendet und die Anspruchsvoraussetzungen variieren in den unterschiedlichen Landesgesetzen ebenfalls.

Im Folgenden werden maßgebliche gesetzliche Gegebenheiten der Bundesländer des gewählten Forschungsfeldes kurz umrissen. Dabei muss jedoch bedacht werden, dass die Umsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderungen eine Querschnittsmaterie ist, die sich über weit mehr verschiedene Ressorts erstreckt

als hier angegeben. Die genannten wurden gewählt, da die Leistung von persönlicher Assistenz als Mittel zu vermehrter Teilhabe im Rahmen dieser Gesetze ihren Platz finden könnte bzw. es bereits teilweise tut.

1.4.1) Niederösterreich

In Niederösterreich regelt das NÖ Sozialhilfegesetz 2000¹ die Hilfe für Menschen mit besonderen Bedürfnissen. Damit sind Personen gemeint, die unter anderem auf Grund einer psychischen Beeinträchtigung (einer psychischen Krankheit) nicht in der Lage sind, aus eigener Kraft zu einer selbständigen Lebensführung zu gelangen oder diese beizubehalten. Als Ziel wird definiert, sie durch Hilfsangebote in die Gesellschaft einzugliedern (vgl. Landesrechnungshof Niederösterreich 2012:5).

1.4.2) Wien

Hier regelt das Gesetz zur Förderung der Chancengleichheit von Menschen mit Behinderung die Gewährung von Hilfe. Als Ziel wird darin festgelegt, dass dieser Personenkreis beim chancengleichen, selbstbestimmten Zugang zu allen Lebensbereichen, insbesondere bei der chancengleichen Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen, wirtschaftlichen und politischen Leben unterstützt wird (nach §1). Die Leistung von Persönlicher Assistenz (nach §14) soll Menschen mit Behinderung in die Lage versetzen, in einem Privathaushalt ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben zu führen. Auf die Förderung der Leistung von Persönlicher Assistenz besteht jedoch kein Rechtsanspruch (vgl. Chancengleichheitsgesetz Wien – CGW).

1.4.3) Oberösterreich

Das Landesgesetz betreffend die Chancengleichheit von Menschen mit Beeinträchtigungen regelt den Anspruch auf Persönliche Assistenz (§ 13). Sie soll

¹ LGBl 9200

die erforderliche persönliche Hilfe für ein selbstbestimmtes Leben in allen Bereichen des täglichen Lebens ermöglichen. Dazu gehören besonders die Sicherstellung der Grundversorgung, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Mobilität, Freizeitgestaltung und Unterstützung bei der Kommunikation, insbesondere bei Sprach- oder Sinnesbeeinträchtigungen, nicht jedoch medizinische, therapeutische und qualifiziert pflegerische Maßnahmen oder solche der Arbeitsbegleitung oder der Arbeitsassistenz. Der Umfang der Persönlichen Assistenz und deren zeitliche Befristung der Inanspruchnahme können durch Verordnung der Landesregierung festgelegt werden (vgl. Landesgesetz betreffend die Chancengleichheit von Menschen mit Beeinträchtigungen -Oö. ChG).

1.4.4) Psychiatrieplan Österreich

In allen österreichischen Bundesländern gibt es sogenannte „Psychiatriepläne“ zur aktuellen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung.² Die Vergleichbarkeit zwischen den Plänen der einzelnen Bundesländer ist begrenzt, ebenso deren Verbindlichkeitsgrad und Umfang. Inhaltliche Gemeinsamkeiten bestehen darin, dass sich die Angebote an den jeweiligen Bedürfnissen der Betroffenen orientieren sollen. Das Grundprinzip lautet, ambulante und mobile Versorgung der stationären vorzuziehen. Ein weiteres Ziel ist Gemeindenähe, somit auch Regionalisierung und Dezentralisierung. Der Zugang soll einfach sein und die Planung der Angebote abgestimmt erfolgen. Eine weitere Leitlinie ist Mitbestimmung der Betroffenen und die Beteiligung aller relevanten Interessensgruppen.

In der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in Wien werden auch genderspezifische Aspekte miteinbezogen, da neben Umweltfaktoren auch geschlechtsspezifische Unterschiede bei psychischen Erkrankungen relevant sind.

² Für das gewählte Forschungsfeld gelten folgende Dokumente (vgl. Katschnig et al 2004:18-20):

- Niederösterreichischer Psychiatrieplan 2003 als Evaluation und Weiterentwicklung des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995
- Psychiatrieweiterentwicklungsplan Oberösterreich 2002
- Evaluation der Psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in Wien 2002 aufbauend auf den Wiener Zielplan 1979

Ein weiterer Fokus liegt auf der Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund, da sie aufgrund von Migrationserfahrungen einer besonders vulnerablen Gruppe angehören (vgl. MA24 2013:88-91).

In Oberösterreich ist geplant, dass es im Bereich Wohnen für Menschen mit psychosozialen Betreuungsbedarf eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen geben soll. Die Intensität der Wohnbetreuung soll sich an den individuellen Bedürfnissen der KlientInnen orientieren. Weiters gibt es eine Leistung der „Freizeitassistenz“, wo MitarbeiterInnen Kontakte zu Organisationen im Freizeitbereich herstellen bzw. Unterstützung geben, um bei diversen Aktivitäten mitzumachen (vgl. Amt der OÖ Landesregierung 2003:120-123).

In NÖ wurden auf gesetzlicher Grundlage des damaligen NÖ Behindertengesetzes bzw. heutigen NÖ Sozialhilfegesetzes so genannte „Psychosoziale Dienste“³ installiert. Durch individuell abgestimmte ambulante und mobile Hilfen in integrierter Weise soll den betreuten Personen weitestgehend der Verbleib in ihrem Lebensfeld ermöglicht und eine bedürfnisgerechte Lebensqualität für die Betroffenen und deren soziales Umfeld gewährleistet werden. Dabei sollen auch Angehörige und andere relevante Bezugspersonen in die Unterstützungsmaßnahmen mit einbezogen werden (vgl. Katschnig et al 2003:32f). Die Versorgung unterliegt allerdings dem Subsidiaritätsprinzip, was bedeutet, dass verfügbaren Hilfen aus dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem Vorrang vor spezifischen psychiatrischen Hilfen eingeräumt wird (vgl. ebd.:3).

Allgemein wird dazu angemerkt, dass sich die Kompetenztatbestände der Bundesverfassung im Gesundheits- und Sozialbereich in erster Linie auf die Grundsatzgesetzgebung beschränken. Die Gesetzgebung der Ausführung und die Vollziehung obliegen den Ländern. Zwischen Gesundheits- und Sozialleistungen erfolgt grundsätzlich eine politische und verwaltungsorganisatorische Aufteilung,

³ Die Zielgruppe umfasst Erwachsene mit schweren psychischen Beeinträchtigungen und einem oft fluktuierenden komplexen Unterstützungsbedarf, die mit dem allgemein verfügbaren Angebot an ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Hilfen ihren Lebensalltag nicht bewältigen können oder diese nicht in Anspruch nehmen (vgl. Katschnig et al. 2004:26-29).

welche auch unterschiedliche Finanzierungszuständigkeiten und –systeme mit sich bringt. Die Planung und Steuerung der psychiatrischen und psychosozialen Leistungen fällt in mehrere politische Ressortzuständigkeiten gleichzeitig.

Das Sozialhilferecht erlaubt zudem teilweise eine relativ breite Auslegung. Daraus resultieren erhebliche Unterschiede in den Finanzierungs- und Leistungsstrukturen zwischen den einzelnen Bundesländern (vgl. Katschnig et al. 2004:26-29).

2) Forschungsdesign

Dieses Kapitel widmet sich vorerst dem zu Grunde liegenden Forschungsinteresse, den daraus erwachsenen Forschungsfragen und den einzelnen Schritten des Untersuchungsverlaufs. Weiterer Inhalt sind Überlegungen zur Wahl der Methoden für die Datenerhebung und –auswertung, der Zugang zum Feld und die Auswahl der Untersuchungspersonen.

2.1) Forschungsinteresse

Penz Hermine

Die vorliegende Masterthesis wurde im Verlauf des Masterprojekts mit dem Titel *„Umsetzung der UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen – auf dem Weg zur unterstützten Entscheidungsfindung und Selbstbestimmung“* verfasst.

Viele Aktivitäten und Maßnahmen im Sinne der UN-Konvention beziehen sich auf die Teilhabe von Menschen mit körperlichen oder Mehrfachbehinderungen, Sinnesbehinderungen oder Menschen mit Lernschwierigkeiten. Unser Interesse galt besonders der Gruppe von Menschen mit psychischen Problemen, da für sie

vorhandene Barrieren und Hindernisse an gleicher Teilhabe kaum in der Öffentlichkeit diskutiert werden.

Wegen dem in der Einleitung bereits genannten erhöhten Risiko für Frauen, psychische Störungen zu entwickeln und der Gefahr von Mehrfachdiskriminierung aufgrund des Geschlechts wurde der Fokus dabei auf erwachsene Frauen gelegt. Weiteres Interesse galt der Genderperspektive, inwiefern traditionelle Rollenzuschreibungen und –erwartungen die Lebensbedingungen und Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Frauen beeinflussen.

Im Sinne der UN-Konvention soll die Persönliche Assistenz als wichtiges Hilfsmittel zum selbstbestimmten Leben ausgebaut werden und grundsätzlich für alle Arten von Behinderungen angeboten werden (vgl. BMASK 2012:86).

Als zentrale Forschungsfrage ergab sich daraus:

Wie kann eine Umsetzung der UN-Konvention gestaltet werden, um Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen zu vermehrter Selbstbestimmung und Teilhabe zu verhelfen?

Aus dieser allgemeinen und sehr umfassenden Frage leiten sich folgende Detailfragen ab:

- Wie ist die reale Lebenssituation von erwachsenen Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen im untersuchten Forschungsfeld?
- Welche Unterstützungsangebote werden von den betroffenen Frauen genutzt?
- Welche Wünsche und Bedürfnisse äußern Betroffene bezüglich voller, wirksamer und gleichberechtigter Teilhabe in der Gesellschaft?
- Welche zusätzlichen Unterstützungsleistungen werden von Betroffenen dazu gebraucht?
- Wie könnte ein Modell der Assistenz aussehen?

2.2) Forschungsfeld

Penz Hermine

Als Feld wurden Organisationen gewählt, die ambulante Dienstleistungen für Menschen mit psychischen Problemen in Wien, OÖ und NÖ anbieten. Der Zugang wurde vorerst bei Institutionen gesucht, zu denen es informelle Kontakte gab. Das Sampling war stark von der Kooperationsbereitschaft der Organisationen abhängig.

2.3) Forschungsmethode

Penz Hermine

Als Forschungsmethode wählten wir die Triangulation von quantitativer und qualitativer Sozialforschung, um Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen zu gewinnen. Durch die Kombination unterschiedlicher Methoden, Einnahme verschiedener Perspektiven und der Verknüpfung der Ergebnisse erwarteten wir uns einen umfangreicheren Erkenntniszuwachs als mit nur einem Zugang (vgl. Flick 2009:49). Verwendete Instrumente zur Datengewinnung waren dabei eine Erhebung mittels Fragebogen und die Durchführung von Leitfadeninterviews.

Nach Raithel (vgl. 2006:66) braucht man für ein standardisiertes Befragungsinstrument ein großes Vorwissen über das zu untersuchende Thema, da ein größerer Kreis von MerkmalsträgerInnen verglichen werden soll. Durch die beruflichen Erfahrungen des Forschungsteams existierte dieses Vorwissen. Aus diesem Grund und da mit relativ geringem Zeit- und Personeneinsatz eine möglichst hohe Personenanzahl erreicht und eine repräsentative Stichprobe erhalten werden kann, entschieden wir uns für dieses Instrument.

Ein weiterer Vorteil der schriftlichen Befragung liegt neben der Anonymität darin, dass die TeilnehmerInnen die Fragen besser durchdenken können und keine Interviewperson Einfluss ausübt. Allerdings gibt es keine Kontrolle der Befragungssituation und bei Verständnisproblemen kaum Hilfe. Ein Fragebogen

birgt auch immer das Risiko, dass einzelne Fragen unvollständig oder gar nicht ausgefüllt werden (vgl. Raithel ebd.).

Bei der Erstellung und Erhebung mittels Fragebogen wurde auch auf Validität, Reliabilität und Objektivität geachtet. Ein zentrales Kriterium ist die Validität, die Gültigkeit einer Erhebungsmethode, da eine wissenschaftliche Methode nachweislich das messen muss, was sie zu messen vorgibt. Daneben sollen Daten möglichst im natürlichen Umfeld der betreffenden Personen und mit ebensolchen Verfahren gewonnen werden. Ein weiteres Kriterium ist die Reliabilität, die Zuverlässigkeit. Bei Wiederholung sollte das gleiche oder nahezu gleiche Ergebnis vorliegen. Objektivität bedeutet, dass das Verfahren unabhängig von den durchführenden Personen die gleichen Ergebnisse erbringt. Es wurde versucht, ein möglichst hohes Maß dieser Gütekriterien zu erreichen in dem Bewusstsein, dass eine hundertprozentige Erfüllung nicht erreicht werden kann (vgl. Atteslander 2003:277).

Bei der Erstellung wurde darauf geachtet, das Sprachniveau an die Untersuchungspersonen anzupassen. Die Fragen wurden möglichst klar und einfach formuliert. Es wurden Skalierungsfragen und ein Mix aus geschlossenen, halboffenen und offenen Fragen verwendet.

Da das Forschungsfeld Personen umfasst, die Dienstleistungen von ambulanten Einrichtungen in Anspruch nehmen, wurde vorerst erhoben, welche Leistungen in welchem Ausmaß in Anspruch genommen werden und in welchen Bereich weitere Unterstützung gebraucht wird. Die Befragung enthielt auch Bewertungsfragen über die Wichtigkeit einer öffentlichen Interessenvertretung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Am Schluss der Befragung wurden soziodemografische Daten erhoben. Der Fragebogen wurde vor der Durchführung einem Pretest unterzogen, um die Verständlichkeit zu prüfen, eventuelle Fehlerquellen zu eruieren und die Fragen zu optimieren.

Die erhaltenen deskriptiven Daten wurden durch qualitative Instrumente mit explorativem Charakter ergänzt (vgl. Flick 2009:42). Eine Vertiefung erfolgte einerseits durch Führen qualitativer Interviews mit betroffenen Personen, die sich

im Rahmen der schriftlichen Befragung dazu bereit erklärten. Ergänzend wurden zwei Interviews geführt mit Fachkräften aus dem Bereich der Sozialen Arbeit und ein Interview mit einem Leiter einer Selbsthilfegruppe, der gleichzeitig selbst ein ehemaliger Betroffener ist. Als Erhebungsinstrument wurde die teilstandardisierte Form des Leitfadeninterviews gewählt. Dieses erlaubt Spielräume in der Gestaltung, behandelt jedoch bestimmte vorher festgelegte Themen (vgl. Flick 2005:143f). Die Interviews wurden aufgezeichnet, digitalisiert und nach den Transkriptionsregeln von Froschauer/Lueger (2003:223f) transkribiert.

Der entdeckende Charakter in dieser Arbeit liegt in der Überwindung von Vorannahmen (vgl. Flick 2005:73). Durch einen Zugang ohne Hypothesenbildung im Vorhinein soll die Chance gegeben sein, möglichst offen Daten zu generieren und so ein breites Spektrum an Sichtweisen zu erlangen.

2.4) Auswahl der Untersuchungspersonen

Kader Samira

Die Fragebogenerhebung wurde gemeinsam mit zwei weiteren Studierenden geplant, die eine Masterthesis zum Thema „Selbstbestimmt dabei. Interessenvertretung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung unter dem Aspekt von Recovery.“⁴ verfassen. Bevor wir die ausgewählten Institutionen kontaktiert haben, wurden Überlegungen zu folgenden Fragen angestellt:

- Wer kann Kontakte zu möglichen interessierten Einrichtungen herstellen?
- Welche Ansprechperson ist „Gatekeeper“, die den Weg in die Einrichtung erschließt?
- Wie kontaktieren wir diese Person?
- Welcher Zeitpunkt der Kontaktaufnahme ist dafür geeignet?
- Wo sollte das erste Gespräch stattfinden?

⁴ Dorner, Tamara/ Gebetsberger, Martin (2014): Dorner, Tamara/ Gebetsberger, Martin (2014): Selbstbestimmt dabei. Interessenvertretung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung unter dem Aspekt von Recovery. Masterthesis Soziale Arbeit. Fachhochschule St. Pölten.

- Welche Informationen geben wir weiter?

Das Forschungsfeld wurde im Vorfeld definiert und ein Kreis von rund 300 Untersuchungspersonen in Erwägung gezogen. Die Vorgehensweise war so geplant, dass von den vier ForscherInnen Anfragen an bestimmte Organisationen in Wien, OÖ und NÖ gesendet wurden, von denen Interesse an einer Fragebogenerhebung erwartet wurde. Der Zugang wurde vorerst bei Institutionen gesucht, zu denen es informelle Kontakte gab. Von einer Studierenden wurden zwei oberösterreichische Organisationen für die Fragebogenerhebung gewonnen, zwei Studierende stießen auf Interesse bei einer niederösterreichischen Organisation und führten die Erhebung mit Beratungseinrichtungen in zwei verschiedenen Bezirken durch. Eine der ForscherInnen erhielt auf ihre Anfragen von sechs Wiener Organisationen eine Absage, da die leitenden MitarbeiterInnen einen zusätzlichen Aufwand an Zeit- und Personalressourcen mit der Teilnahme verbanden. Schließlich konnte eine frauenspezifische Beratungseinrichtung für die Teilnahme gewonnen werden.

Insgesamt wurden 230 Fragebögen in 4 Einrichtungen in Wien, NÖ und OÖ ausgegeben mit einem Rücklauf von 129 Fragebögen. Bei einer Organisation mit einem hohen Anteil an Klientinnen mit Migrationshintergrund gab es nur einen sehr geringen Rücklauf von Fragebögen. Von ausgegebenen 30 Bögen kamen 6 Stück ausgefüllt retour. Das Sampling war damit abhängig von der Kooperationsbereitschaft und den Ressourcen der Organisationen und der Bereitschaft, sowie den Fähigkeiten und Möglichkeiten der Teilnehmenden.

Mit den Fragebögen wurde auch ein Zusatzblatt ausgegeben, in dem die TeilnehmerInnen ein eventuelles Interesse an einem vertiefenden Interview und die von ihnen gewählte Art der Daten zur Kontaktherstellung deponieren konnten. Dadurch war relativ offen, wieviele Personen des jeweiligen Geschlechts sich zu einem Interview bereiterklären würden. Von ProfessionistInnen wurde gewarnt, dass möglicherweise die Interviewbereitschaft bei den KlientInnen sehr gering sein könnte, weil die Barriere sehr hoch eingeschätzt wurde, mit fremden Personen über sehr persönliche Dinge zu sprechen und die Interviewbereitschaft stets vom

momentanen psychischen Zustand abhängig ist. Insgesamt erhielten wir von sechs Frauen eine Zusage für ein Interview. Auffällig ist, dass sich keine Frau mit Migrationshintergrund zu einem Interview bereit erklärte, was laut ProfessionistInnen der Organisationen in mangelnden Sprachkenntnissen begründet lag. Zudem muss erwähnt werden, dass das Vereinbaren, das Durchführen der Interviews und auch die erhaltenen Antworten von der momentanen psychischen Verfassung der Betroffenen abhängig waren bzw. sind.

Von den Organisationen, die sich für eine Kooperation bereit erklärten, wurde uns großes Interesse am Thema und den Ergebnissen entgegengebracht. Aus diesem Grund gestaltete es sich einfach, Interviews mit Fachkräften zu erhalten. Aus den jeweiligen Organisationen wurde je eine Fachkraft interviewt. In der ersten Organisation erklärte sich eine Mitarbeiterin bereit, die auch als Obfrau einer Selbsthilfegruppe tätig ist. In der zweiten wurde eine Mitarbeiterin gefragt, die Betreuerin einer punktbetreuten Wohngemeinschaft ist und auch im Bereich betreuter Freizeitgestaltung beschäftigt ist. Ein drittes Interview wurde mit einem ehemaligen Betroffenen geführt, der die Leitung einer Selbsthilfevereinigung innehat.

Somit grenzte sich das Sampling auf 129 Fragebögen ein, die nach Geschlecht gefiltert wurden. Als untersuchte Personengruppe wurden schließlich 74 Frauen herangezogen, die die Fragebögen beantwortet hatten. Weiters wurden 6 Interviews mit weiblichen Betroffenen und 3 Interviews mit ProfessionistInnen geführt, die ebenfalls zur Untersuchungsgruppe zählen.

2.5) Untersuchungsverlauf

Kader Samira

Als erster Schritt erfolgte eine Kontaktaufnahme mit leitenden MitarbeiterInnen der Organisationen. Es wurde ihnen der Untersuchungsgegenstand vorgestellt und versucht, das dort vorhandene ExpertInnenwissen aufzugreifen und bei der

Erstellung des Fragebogens einfließen zu lassen. Dazu wurde auch eine Gesprächsrunde mit interessierten Betroffenen geführt.

In der Kleingruppe haben sich die vier Studierenden auf einen gemeinsamen Fragebogen zu den Themen persönliche Assistenz und öffentliche Interessensvertretung geeinigt. Insgesamt waren 18 Fragen zu beantworten zum eigenen Befinden, dem derzeitigen genutzten Unterstützungsangebot, den darüber hinausgehenden Unterstützungsbedarf und zum Thema Öffentlichkeitsarbeit bzw. Lobbying für Menschen mit psychischen Behinderungen. Ergänzt wurden die Fragen mit der Erhebung von soziodemografischen Daten. Die Fragebogenausgabe erfolgte persönlich in den jeweiligen Organisationen und der in Boxen gesammelte Rücklauf wurde auch wieder abgeholt. Die Teilnahme an der Umfrage war freiwillig und anonym. Die Eingabe der Fragebogenergebnisse erfolgte durch die einzelnen ForscherInnen, anschließend wurden alle Eingaben zusammengeführt.

Unter Hinzuziehen der Fragebogenergebnisse wurde ein Leitfaden mit Fragen für teilstandardisierte Interviews mit Betroffenen ausgearbeitet (vgl. Froschauer/Lueger 2003:34f). Für die Interviews mit den Fachkräften der Sozialen Arbeit wurde der Leitfaden etwas adaptiert.

Die Kontaktaufnahme erfolgte je nach Wunsch der Interviewpartnerinnen aufgrund der bereitgestellten Daten entweder telefonisch oder persönlich in der Institution. Intervieworte waren unterschiedliche Beratungsstellen, Privatwohnungen von Klientinnen oder neutrale Orte im öffentlichen Raum. Die Frauen waren mit der digitalen Aufnahme des Gesprochenen einverstanden, sehr wichtig war allen die Anonymisierung der Daten.

Nach Froschauer/Lueger (vgl. 2003:20) ist die Durchführung von Interviews ein wichtiges Instrument organisationaler Reflexion. Um möglichst aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, wurden die Fragen für die Leitfadeninterviews so an die Untersuchungsgruppe angepasst, dass diese für sie anschlussfähig waren. Froschauer/Lueger (vgl. 2003:23) stellen auch fest, dass eine gut formulierte Forschungsfrage wie auch die Interviewfragen viel zum Aufbau einer

Vertrauensbeziehung zwischen InterviewerIn und der interviewten Person beitragen können.

2.6) Datenauswertung

Kader Samira

Die Fragebogenauswertung erfolgte mithilfe eines computergestützten Programms. Es wurde vorerst eine nach Geschlecht gefilterte Grundausswertung erstellt und für bestimmte Themen wurden Kreuztabellen und Häufigkeitsverteilungen zur Ergebnisaufbereitung verwendet.

Die Interviews wurden mittels Themenanalyse nach Froschauer/Lueger (vgl. 2003:163-165) ausgewertet. Dabei wurde auf die Strukturierung von Themenkategorien besonderes Augenmerk gelegt. Untersucht wurde die Bedeutung der Themenkategorien im Text und wie diese miteinander verbunden sind (vgl. Froschauer/Lueger 2003:163-226). Um die Ergebnisse abzusichern, bzw. neue oder divergierende Aspekte sichtbar zu machen, wurden auch die Auswertungen jener Interviews der Studierenden verwendet, mit denen die Fragebogenauswertung erfolgte. Die Einschränkung auf nur ein begrenztes Forschungsgebiet bietet eine leichtere, gezieltere Interpretation der gewonnenen Daten. Die Analyse der sozialen Systeme ist eines der wichtigsten Felder qualitativer Sozialforschung (vgl. Froschauer/Lueger 2003:13f).

In diesem Fall waren das bestimmte Beratungsstellen für psychisch kranke Personen in Wien, NÖ und OÖ, zu denen es informelle Zugangsmöglichkeiten durch berufliche Beziehungen gab.

Bei der Auswertung der Interviews wurde das „Codierverfahren“ nach Froschauer/Lueger angewandt (vgl. Froschauer/Lueger 2003:226f). Bei diesem Vorgang geht es um die Bildung von Themenkategorien und deren Analyse nach Subkategorien. Die Forschungsfrage wurde während des gesamten Auswertungsprozesses im Auge behalten. Letztendlich wurden die Themenkategorien mit den Subkategorien verknüpft und die Interpretation des

Kategoriensystems und eine vergleichende Analyse verschiedener Texte vorgenommen. Das Endziel des ganzen Auswertungsprozesses ist die Theoriebildung, die die getätigten Vorannahmen bestätigen oder verwerfen sollte.

3) Darstellung der Ergebnisse

Kader Samira/ Penz Hermine

Hier werden die Ergebnisse aus den Fragebögen und die Antworten aus den Interviews aufbereitet. Die Grundlage dafür bilden die Aussagen aus 74 Fragebögen und 9 Interviews mit ExpertInnen. Als ExpertInnen werden die Betroffenen und die professionellen Fachkräfte verstanden. Die Kommunikation der Forschenden mit dem Feld und den Beteiligten sowie deren Subjektivität wird zum expliziten Bestandteil der Erkenntnis (vgl. Flick 2009:29).

Die Darstellung erfolgt in Form von Zusammenfassungen der Aussagen, Zitaten aus den Interviews in Verknüpfung mit sozialwissenschaftlicher Literatur zu den jeweiligen Themen. „Theoretische Literatur wird hier als Kontextwissen relevant, um die Aussagen und Beobachtungen im Feld besser einordnen zu können.“ (Flick 2009:74)

Bei den Ergebnissen der Fragebögen ergeben sich von der Grundgesamtheit abweichende Zahlen, da nicht jede Frage von allen 74 Frauen beantwortet wurde. Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich stets auf die Zahl der Antworten bei der jeweiligen Frage.

Die Ergebnisse gliedern sich in die Themenschwerpunkte Behinderung und Stigmatisierung, die Lebenswelt der Betroffenen und Einflussgrößen wie Identität, Gesundheit, materielle und persönliche Abhängigkeiten. Weitere Punkte sind das genutzte Unterstützungsangebot und der darüber hinausgehende Unterstützungsbedarf. Als mögliche Form der Unterstützung zu vermehrter

Teilhabe und Selbstbestimmung wird das Modell Persönlicher Assistenz behandelt sowie wichtige Inhalte definiert, notwendige Kompetenzen und Voraussetzungen der Beteiligten ermittelt und mögliche Risiken und Erfolge aufgezeigt.

Als erstes Thema wird die Bedeutung von Behinderung mit ihren Folgen behandelt, da aus der Zurechnung zum Personenkreis von Menschen mit Behinderungen erst die Umsetzung der Rechte eingefordert werden kann.

3.1) Behinderung

Penz Hermine

Bei den Interviews musste oftmals erst ausführlich erklärt werden, warum die Umsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderungen Bedeutung für Frauen mit psychischen Problemen hat. Auffallend ist, dass die betroffenen Frauen ihre Situation in erster Linie als Erkrankung definieren. Die Reaktionen auf die mögliche Bezeichnung ihrer Lage als Behinderung fallen bei einigen Interviewten heftig ablehnend aus. Dies reicht von ablehnendem Schnauben bis zur Aussage „I bin ja net so gstört behindert“ (I1:Z.57).

Als Begründung wird angegeben, dass „auf der Straße“ (I9:Z.342) die Beeinträchtigung niemand erkennen würde, daher sei es keine Behinderung. Von einer Frau wird auch damit argumentiert, dass bei der Feststellung des Grades der Behinderung für einen Behindertenpass eine psychische Erkrankung nicht ausreicht, um einen Grad der Behinderung von mindestens 50 Prozent zu erhalten.

Aus allen Interviews geht deutlich hervor, dass der Begriff Behinderung emotional negativ belegt ist. Mit dem Begriff werden Benachteiligungen verbunden, die die befragten Frauen vermeiden möchten. Studien und Gutachten zur Lebenssituation von Frauen und Mädchen mit Behinderungen verdeutlichen die sozialen Schwierigkeiten und Abwertungen, mit denen sich Frauen mit Behinderungen im Alltag auseinandersetzen müssen. Der Behindertenstatus wird gesellschaftlich negativ bewertet und hat zur Folge, dass viele Betroffene sich zurückziehen und ihre Situation als Einzelschicksal sehen. Damit geht meist ein Verlust des

Selbstwertgefühls, die Verminderung sozialer Kontakte und das Gefühl von Hilflosigkeit einher (vgl. Niehaus 2001:2).

Der Verzicht einiger Frauen auf den amtlichen Behindertenpass kann als eine Reaktion auf die damit verbundenen negativen sozialen Bewertungen angesehen werden. Man bzw. „frau“ will nicht einer Gruppe angehören, die sozial abgewertet wird. Andererseits können gesundheitliche Einschränkungen oder Behinderungen aber nicht einfach unsichtbar gemacht werden (vgl. ebd).

Aus den Aussagen kann der Schluss gezogen werden, dass die betroffenen Frauen mit dem Etikett von „Behinderung“ zusätzliche Stigmatisierung und Ausgrenzung befürchten und sie deshalb den Begriff der Erkrankung bevorzugen. Die Definition von Krankheit hat mehrere Bedeutungen für Betroffene. Sie müssen damit nicht die „normale“ Leistung bringen, dürfen sich schonen, müssen nicht zur Arbeit gehen. Sie dürfen ohne schlechtes Gewissen Hilfe annehmen. Dafür müssen sie auch Abhängigkeiten in Kauf nehmen und bestimmte Erwartungen erfüllen, wie etwa Dankbarkeit und Ähnliches. Für manche stellt die Zuschreibung der Krankheit eine Hilfe und Entlastung dar, die zur Stabilisierung beiträgt (Seibert 2007:117-119).

Was als Behinderung gilt, ist das Ergebnis von variablen gesellschaftlichen Definitionsprozessen und bezieht sich nicht auf objektive Fakten, sondern allenfalls auf objektivierbare Sachverhalte. Die soziale Definiertheit betrifft nicht nur das Phänomen Behinderung, sondern gilt auch für andere Gruppenbezeichnungen. Kulturelle oder gesellschaftlich spezifische Festlegungen sind stets entscheidend, ob ein Individuum einer größeren Einheit oder einer Gruppe zugerechnet wird. Definieren kann durchaus eine neutrale Wertigkeit bedeuten oder manchmal sogar positive Folgen nach sich ziehen. Im Fall von Behinderung ist es jedoch so, dass die Definition mit der Stigmatisierung von TrägerInnen einer Behinderung verbunden ist (vgl. Walter 2004:29).

Eine befriedigende Teilnahme am sozialen Leben setzt die Erfüllung von Bedingungen in den jeweiligen Situationen durch Mobilität, Flexibilität oder Können voraus. Je weniger diese Bedingungen von Betroffenen erfüllt werden können,

desto größer ist die Behinderung. Es sind meist normative Anforderungen, die jemand, der sie nicht erfüllen kann, zum *Verhinderten* und damit zum *Behinderten* machen. Dieses nicht Erfüllen-Können führt zu Beeinträchtigungen im Wert und wird damit zur Belastung (vgl. Bernard/Hovorka 1992:90).

Resultierende Konsequenzen daraus wie Stigmatisierung und damit verbundene Ausgrenzung haben einen geschichtlichen Hintergrund und begannen bereits in der Antike. Eine der befragten Fachkräfte beurteilt die öffentliche Meinung über und Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen so: „Ich denke, das hat mit der Geschichte zu tun. Wenn i denk, vor 150-200 Jahren hat es in Wien noch diesen Narrenturm gegeben. Da sind die psychisch Kranken von der Geschichte her Da gab es die Hexenverbrennungen. Da waren auch teilweise psychisch Kranke dabei. Dieses psychisch Kranke, nicht einordnen können, was tut dieser Mensch, die Persönlichkeit ist verändert. Ich glaub, dass da eine ganz alte Geschichte dran hängt. Wenn i z´rück schau und die Berührungsängste... stell dir vor, vor 50 Jahren wurden diese Menschen noch im Stall gehalten! Psychisch kranke oder kognitiv behinderte Menschen hat man weggesperrt. Und teilweise hast du das heute noch. Diese Scham...So jemanden will ich nicht haben in der Familie. Scham und auch Unsicherheit, wie geht man damit um. Und Angst.....Tut er mir was an?“(I 4:Z.209-219).

3.2) Stigmatisierung

Kader Samira

In allen ausgewerteten Interviews war Stigmatisierung von Betroffenen ein aktuelles Problem. Psychisch kranke Menschen erleben andauernd Stigmatisierung und ihre Folgen. Betroffene erzählen: „Also da gibt´s Leut´ im Dorf, die schau di an wie (unverständlich)..... i waß´net warum.“ (I2:Z.328f)

„Es hat immer nur g´haßn der „Steinhofnarr“ und..... Freundschaften san in Bruch gegangen, wie´s des dann erfahren haben. Weil früher hab i des aa net g´sagt! Aber

wie i mir dann ein´bildet hab´, i muass des sagen, haben´s mi alle schief ang´schaut.“ (I3:Z.163-166)

Da psychische Erkrankungen immer noch ein Tabuthema sind, müssen sich Menschen mit psychischen Erkrankungen gut überlegen, wem sie von ihrer Erkrankung erzählen und wie sie ihre Krankheit benennen (vgl. Finzen 2013:146). Eine der befragten Frauen erzählt über ihre Erfahrung zum Thema Ansprechen der Krankheit im Freundeskreis: „Freunde, ja, es ist halt schwierig, vor allem, ich meine, es ist halt für mich eine ziemlich große Hemmschwelle, das den Leuten überhaupt zu erzählen und selbst die Leute, die man sehr gerne hat...“ (I5:Z.117-119).

„Also,..... so die Leut´, die kapiern...Die können da mit dem net. Wie ich dazumals ... wie ich dann die Pension kriegt hab´, hat mi dann amal eine g´fragt beim Tanzen was ich halt tu und so, also hab i halt g´ sagt, dass i die Pension hab, Nau, du kannst ja no´ arbeiten, wieso bist denn du scho´ daham?“ (I2:Z.276-281).

Nach Amering/Schmolke (vgl. 2007:62f) hat sogar die eigene Familie Schwierigkeiten, depressive Angehörige zu akzeptieren und sie bei ihrer Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Fehleinschätzungen und Ratschläge wie: „Reiß dich zusammen“ machen den Zustand demnach nicht besser. Das bestätigt auch eine der befragten Fachkräfte. „Ich sehe immer noch ein Stigma, sie sind nicht anerkannt als gleichberechtigt, man wird immer noch auch als faul, als labil, als „man will nicht“, zusammenreißen, etc...., man wird nicht als krank sondern als sonst was gesehen, wie gesagt als faul, schwach oder labil aber nicht als krank. Ja, man vergisst immer auch den biologischen Anteil an einer psychischen Krankheit, dass man das nicht einfach so überwinden kann, auch nicht mit Willenskraft, dass da wirklich auch biochemisch etwas nicht passt, ja, dass die Menschen mit Willenskraft genauso wenig Dopamin wie Insulin produzieren können, das wird gerne vergessen und deswegen werden diese Leute immer noch sehr stigmatisiert. Es wird nicht anerkannt, dass sie wirklich krank sind.“ (I7:Z.28-38). Finzen (2013:26-45) stellt wiederholt fest, dass es ohne Vorurteile,

Diskriminierung und Schuldzuweisungen keine Stigmatisierung gibt. Weiters stellt er fest, dass die Betroffenen unter der Stigmatisierung umso mehr leiden, je ausgeprägter die gesellschaftlichen Vorurteile über eine bestimmte Krankheit sind.

Die Frage, inwieweit die Punkte der UN-Menschenrechtskonvention bezüglich Inklusion und volle Teilhabe bereits umgesetzt werden, beurteilt eine der befragten Fachkräfte so: „Also rein von der Arbeit g’sehn, gar net! weil wir eigentlich ein Ghettoleben da führen. Wenn i Club Aktiv anschau, hat des nix mit Normalisierung, Inklusion oder sonst was zu tun, sondern wir leben Ghetto. In Grund gibt’s wirklich nix, wo i sag, es wird die Gleichwertigkeit ... es wird g’redet da drüber, aber es wird net durchgeführt. Wenn i dran denk, dass wir in unserer Arbeit, beim Club aktiv zum Beispiel keine Arbeit anbieten dürfen, sondern nur Freizeitgestaltung, dann is des schon mal eine Begrenzung.“(I4:Z.21-27) Die Ausgrenzung findet auf mehreren gesellschaftlichen Ebenen statt. Die ClubbesucherInnen pflegen demnach oft nur Sozialkontakte mit ihresgleichen. Frauen mit psychischen Erkrankungen leben somit separiert, was eine soziale Isolierung und Distanz von Menschen „ohne“ Behinderung beinhaltet. So vergrößert sich der Abstand zwischen den unterschiedlichen Gruppen noch zusätzlich, denn die soziale Distanz, die die Gesunden zu psychisch Kranken halten, ist größer als der Abstand zu Menschen, bei denen psychische Störungen nicht bekannt sind (vgl. Finzen 2013:46). Ein weiterer Punkt ist die Ausgrenzung in Bezug auf Arbeit, worauf allerdings hier nicht weiter eingegangen wird.

Weiters wird auch über Diskriminierung berichtet: „Da passiert diese ungleiche Behandlung der kranken Menschen. Ein „normal“ Kranker geht einfach mit seiner e-Card zu einem der Fachärzte und wird sofort behandelt. Ein psychisch Kranker wartet dagegen Monate, bis er Hilfe bekommt.“ (I8:Z.5-11). Der befragte Leiter einer Selbsthilfevereinigung hat folgende Erfahrungen: „Ein psychisch kranker Mensch ist immer noch ein Mensch zweiter Klasse, er wird leider stigmatisiert.“ (I8:Z.15-19)

„Hemm, Ängste, also ich meine, dass, ich bin halt im Moment arbeitssuchend und habe da immer die Angst, dass irgendwer mich schief anschaut, wenn ich sage,

ich bin arbeitslos. Also es ist, es ist Stigmatisierung, ich weiß nicht..." (16:Z.42-45). Fast zwei Drittel aller Menschen mit psychiatrischen Diagnosen befürchten, dass andere den Kontakt mit ihnen aufgrund der Erkrankung vermeiden (vgl. Amering/Schmolke 2007:71f). Durch die Stigmatisierung entwickeln Betroffene verschiedene Ängste, worunter auch ihre Identität leidet. Es kommt zur Beschädigung der Identität.

Besonders schmerzvoll ist die Konsequenz von Stigmatisierung, da Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sich nicht mehr als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft fühlen. Die subjektive Wahrnehmung von Abwertung und Ausgrenzung wirkt belastend und führt zu einem niedrigen Selbstwertgefühl. Oftmals gehen damit Scham, Selbstabwertung, Verheimlichung und sozialer Rückzug einher (vgl. ebd.). Nach Finzen (2013:63) besteht für viele Betroffene bei Internalisierung des Stigmas die Gefahr, eine Selbststigmatisierung zu entwickeln. In diesem Fall wenden die Betroffenen die stigmatisierende Haltung gegen sich selbst an. Dies ist letzten Endes ein aktiver sozialer Prozess, der die Identität der Handelnden verändert, sei sie bereits beschädigt oder nicht.

„Mit dem Konzept des Stigmas, der Beschädigung der sozialen Identität, zeigt Goffman (1975:9), dass es für viele Menschen, die sich sozial abweichend verhalten oder zu einem abweichenden Dasein verurteilt sind, um viel mehr geht als um das Einhalten oder Verletzen von Regeln und Normen. Für sie geht es um die Frage der sozialen und personalen Identität.“ (Finzen 2013:38)

Finzen (2013:44) meint, dass der/die Stigmatisierte wegen der Erkrankung von seiner Umwelt gemieden wird. „Die stigmatisierte Person findet keine Freunde, und wenn sie welche findet, mögen die sich häufig nicht mit ihr in der Öffentlichkeit zeigen.“ (Finzen 2013:44) Die stigmatisierte Person wird somit ausgeschlossen, findet keine Beschäftigung, wird zurückgewiesen und irgendwann dermaßen isoliert, dass ein Wiederanschluss an die Gesellschaft fast unmöglich scheint.

Stigmata betreffen das gesamte soziale Umfeld der Betroffenen, ihre Identität wird durch die Stigmatisierung negativ beeinflusst. Das gesamte soziale Umfeld

verändert sich und das Stigmaopfer versucht, sich neu zu orientieren, was wiederum zu mehr Isolation führt. (vgl. Finzen 2013:52f).

Somit sind Behinderung und Stigmatisierung und die daraus resultierenden Konsequenzen bestimmend für die Identität der Frauen mit Beeinträchtigungen. Das folgende Kapitel widmet sich der Lebenswelt von den betroffenen Frauen, die von vielen Dimensionen beeinflusst wird. Der Faktor von Stigmatisierung infolge von Behinderung muss stets dabei mitbedacht und berücksichtigt werden.

3.3) Lebenswelt

Penz Hermine

Der Begriff der Lebenswelt umfasst nach Grunwald/Thiersch (2008:20f) den doppelten Bezug zwischen den jeweils individuellen Lebensbedingungen eines Menschen und dessen subjektiver Perspektive auf diese Lebensbedingungen.

Der von Otto Neurath geprägte Begriff der „Lebenslage“ wurde von Glatzer/Hübinger 1990 als Rahmen oder Spielraum definiert, der von einer Vielzahl individuell nicht beeinflussbarer äußerer bzw. struktureller Merkmale der Existenz bestimmt ist. Die Lebenslage beinhaltet ökonomische, nichtökonomische und immaterielle, objektive und subjektive Dimensionen. Zentral wird sie vom Haushaltseinkommen bestimmt, weil damit der Zugang zur Befriedigung zahlreicher Bedürfnisse verbunden ist (vgl. Enders-Drägässer/Sellach 2002:19-21). Neben ökonomischen Ressourcen können mit dem Lebenslagen-Ansatz auch andere Faktoren berücksichtigt werden wie Wohnen, Körperlichkeit, Gesundheit, Bildung, Mobilität, Freizeit, Teilhabe an kulturellem und politischem Leben, sozialstaatliche Versorgung und Partizipation. Dabei kann auch die Dimension der subjektiven Bewertung der eigenen Lebenslage zur Einordnung herangezogen werden (vgl. ebd. 30f).

Menschen konstruieren somit ihre Lebenswelt unter den jeweiligen Bedingungen ihrer Lebenslage. Der folgende Abschnitt soll aufzeigen, welche Punkte bedeutsam für die Lebenslage von Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen sind und wie sich daraus ihre Lebenswelt konstituiert.

3.3.1) Identität

Penz Hermine

Identität ist Ausdruck eines biographischen sozialen Prozesses und entsteht in der Art und Weise, wie sich Personen aktiv gestaltend auf ihren Kontext beziehen und ebenso wie sie von ihm geformt werden. Identität im engeren Sinne beschreibt, wie sich eine Person selbst erfährt, welches Selbstbild sie entwickelt (vgl. Bock 1999:62-64).

Für die Identifikation einer Person scheint das Geschlecht eine vorrangige Kategorie zu sein, mit der allenfalls die ethnische Zugehörigkeit konkurrieren kann. Unter Geschlechteridentität wird das kulturell konstruierte Selbst- oder Fremdbild als Frau oder Mann verstanden, das gesellschaftlich definierte Männlichkeits- oder Weiblichkeitsmuster aufrechterhält bzw. fortschreibt (vgl. Lenz/Adler 2010:24).

Aus den Ergebnissen des Fragebogens geht hervor, dass 48 der 74 befragten Frauen Kinder haben. Die Identität als Frau ist daher überwiegend an die Rolle als Mutter geknüpft. Aus den Antworten ist allerdings zu entnehmen, dass nur bei 30% der Mütter, also 15 Frauen, die Kinder im selben Haushalt wie sie wohnen. Dies resultiert aber in einem bestimmten Maß daraus, dass nur von 17 Frauen die Kinder noch nicht volljährig, somit unter 18 Jahren alt sind.

Angenommen wurde, dass das Alter Einfluss auf die Identität und die Rolle als Frau hat. Darum wird auch die Altersverteilung der untersuchten Gruppe beleuchtet. Die Angaben der Frauen, die den Fragebogen beantwortet haben, ergeben, dass nur 2 Frauen unter 25 Jahre alt sind. Die Altersverteilung von 25 Jahren bis über 55 Jahre gestaltet sich etwa gleichmäßig. Einen detaillierten Überblick gibt dazu die folgende Grafik:



Abbildung 1: Alter der befragten Frauen laut Fragebogen

Hier werden nun Ergebnisse aus Interviews mit drei Frauen verschiedenen Alters zum Thema Identität als Frau vorgestellt.

Frau B. (etwa 60 Jahre alt) berichtet, dass in ihrer Erziehung nie die Selbständigkeit gefördert wurde. Sie musste sich um nichts kümmern, wurde dazu erzogen, nicht zu widersprechen, alle aufgetragenen Arbeiten zu erledigen und Leid einfach zu ertragen. Sie lebte lange Zeit mit dem Muster, Probleme nicht anzusprechen und erhielt auch keine Unterstützung bei ihren Problemen mit der Familie. Daneben erduldet sie jahrelang die Aggressionen ihres Gatten. Frau B. war nicht berufstätig, bis ihre Kinder erwachsen waren. Dann arbeitete sie als Hilfsarbeiterin, bis sie aufgrund schwerer Depressionen arbeitsunfähig wurde. Sie besucht die Freizeit- und Tagesstruktur nur, wenn es die Haushaltsführung zulässt. Frau B. ist sehr von Leistungsdenken geprägt, sie betont, dass sie ständig in Bewegung ist, da ihr in der Sozialisierung vermittelt wurde, dass nur Arbeit einen hohen Wert darstellt (vgl. I2).

Frau K. (etwa 50 Jahre alt) verfügt über den Abschluss einer höheren Schule und arbeitete danach, bis ihre Kinder zur Welt kamen. Sie beendete nach der Geburt der Kinder ihre berufliche Karriere, war finanziell vom Partner abhängig und später

nur mehr „Zuverdienerin“ im Rahmen von Gelegenheitsjobs. Kindererziehung nahm einen hohen Stellenwert in ihrem Leben ein. Nach der Scheidung begann sie wieder zu arbeiten und war als Alleinerzieherin erhöhtem Stress und Mehrfachbelastungen ausgesetzt, was schließlich zur Erkrankung führte (vgl. I9).

Frau A. (etwa 40 Jahre alt) lebt mit dem Ehegatten und zwei Kindern in einem Haus und bezieht dauerhaft Invaliditätspension. Sie setzt Freizeitgestaltung gleich mit Haushaltsarbeiten, Erziehung, Beaufsichtigung und Versorgung der Kinder. Freizeitaktivitäten erfolgen fast ausschließlich mit den Kindern. „mei Freizeit, die kann i mir net nehmen.“ (I1:Z.127-139) Damit spricht sie einerseits an, dass sie die Arbeiten, die sie laufend verrichtet als Freizeit und damit nicht als Arbeit im herkömmlichen Sinn bewertet, und dass sie für sich selbst keine freie Zeit beanspruchen kann. Die Rolle als „Mutter“ hat für sie einen hohen Stellenwert, dafür nimmt sie den Umstand in Kauf, keine eigene Freizeit zu haben.

Diese Ergebnisse der Befragungen deuten darauf hin, dass hier das fordistische Familienernährermodell dominant ist und sich die Frauen sehr über die Rolle als Hausfrau und Mutter definieren. Die Frauen erhalten mit ihrer unbezahlten Arbeit das soziale Netz der Familie. Gleichzeitig wird durch die soziale Rolle Identität hergestellt, sie wirkt einerseits Sinn stiftend und bildet andererseits eine Quelle des Selbstwertes. Aus sozialen Beziehungen können für Frauen aber auch Belastungen resultieren, wie die Versorgungspflichten aus der Mutterschaft, Familienzugehörigkeit, Ehe und Beziehungen (vgl. Mayr-Kleffel 2010:70). Dies ist bei einer vulnerablen Gruppe wie bei Frauen mit vorhandenen psychischen Problemen ein besonders erschwerender Faktor, da die Beeinträchtigung meist mit Leistungseinbußen in den Bereichen der Intellektualität, der emotionalen Belastbarkeit, Konzentration und mit verminderter Stressresistenz einhergeht (vgl. Finzen 2013:33f).

Sorgearbeit ist eine im Privatraum geleistete Aktivität, die sich auf personen- wie auf sachbezogene Tätigkeiten erstreckt. Neben Kinderbetreuung zählen Putzen, Kochen, Aufräumen, Abwaschen, Wäsche waschen, Bügeln und Einkaufen zu den

Routineleistungen. Sorgearbeit sichert die physische und psychische Reproduktion aller Haushaltsmitglieder und ist auch durch private Abhängigkeitsverhältnisse gekennzeichnet. Im Gegensatz zu Lohnarbeit galt Reproduktionsarbeit von Frauen mit der industriellen Revolution nicht als „richtige Arbeit“ sondern wurde als Ausdruck der Liebe für ihre Familien verrichtet (vgl. Lenz/Adler 2010:185-189).

Die Vermutung, dass sich die soziale Rolle je nach Alter verändert, konnte anhand der Interviews nicht bestätigt werden. Generell kann gesagt werden, dass vorhandene egalitäre Muster der Arbeitsteilung bei Eintreten von Elternschaft wieder zugunsten der traditionellen Paarbeziehung verändert werden. Junge Mütter werden auch derzeit stärker in die klassische Hausfrauenrolle gedrängt oder übernehmen sie mehr oder weniger freiwillig. Kinderbetreuung ist dabei eine Pflichtaufgabe, die Frauen zeitökonomisch rationell gestalten müssen (vgl. ebd.:192).

Zudem werden Frauen nicht so sozialisiert, dass sie Konflikte austragen und Ärger oder Wut artikulieren, sondern vielmehr zu Anpasstheit, Bravheit, dem Zurücknehmen eigener Bedürfnisse und der Abhängigkeit von anderen erzogen (vgl. Jesse 2010:305). Besonders Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen stehen dabei im Spannungsfeld zwischen den Anforderungen sich bevormunden zu lassen und der immensen Verantwortung, die im Rahmen der Familie an sie übertragen wird. Häufig haben sie seit ihrer Kindheit gelernt, für andere zu leben und die eigenen Bedürfnisse zurückzustellen, dadurch können eigene Interessen weder entwickelt, geschweige denn verwirklicht werden und in Zeiten von Umbrüchen oder Krisen kommt es dann durch innere Leere zu entsprechenden Krankheitssymptomen (vgl. ebd.).

Zusammenfassend bedeutet dies, dass traditionelle Rollenmuster stark das Selbstbild von Frauen beeinflussen. Sie verinnerlichen die Zuschreibungen, wie „frau“ sein soll und versuchen, den normierten Verhaltensweisen zu entsprechen. Frauen mit Beeinträchtigungen sind in Anbetracht von Mutterschaft doppelten Überforderungsansprüchen ausgesetzt. Anhand der Aussagen der Betroffenen

kommt es zu der Annahme, dass die Frauen zwar den an sie gestellten Erwartungen entsprechen möchten, aus diesem Grund kaum Bedarf an Unterstützung äußern, aber oftmals stark überfordert sind und sich dies wiederum negativ auf ihren Gesundheitszustand und die damit einher gehenden Beeinträchtigungen auswirkt.

3.3.2) Gesundheit

Kader Samira

Die WHO definiert Gesundheit folgendermaßen: Sie ist „...ein Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur definiert durch die Abwesenheit von Krankheit und Behinderung.“ (Hurrelmann 2010:289). Hurrelmann konzeptualisiert Gesundheit als Balancezustand zwischen psychischen, physischen und sozialen Anteilen, die sich gegenseitig beeinflussen und mit kollektiven sowie individuellen Wertvorstellungen verbunden sind (vgl. ebd.).

Verschiedene Einflussfaktoren können die Krankheitssymptome auf psychischer Gesundheitsebene verstärken. Zu diesen Faktoren zählen die Folgen von Stigmatisierung, gesellschaftliche Isolation, Gewalt, Arbeitslosigkeit und belastende Beziehungen. Befragte ProfessionistInnen berichten über Einflussfaktoren und Auswirkungen auf Betroffene in instabilen Familiensystemen:

„Wenn die Familie durch die Krankheit selbst belastet ist, dann ist sie auch für die Person wieder sehr belastend. Es kommt wirklich darauf an, wie stabil ist das Umfeld. Ein stabiles Umfeld gibt auch den Menschen eine gewisse Stabilität. Ist das Umfeld nicht stabil, bewirkt es eigentlich das Gegenteil.“ (I4:Z.174-178)

„Familie ist eher noch oft das Problem, vor allem die Herkunftsfamilie ist eher, in fast allen Fällen, die Ursache. mit für die psychische Krankheit, ich würde sagen, die Eltern.“ (I7:Z.180-182)

Manche der betroffenen Frauen haben auch in ihrem Leben diverse Gewalterfahrungen erlebt. Wie eine der befragten Fachkräfte bestätigt, ist die Gewaltproblematik bei einigen ihrer Klientinnen immer noch aktuell. "Psychische Gewalt ist häufig, physische Gewalt kommt in einer Partnerschaft vor, haben wir immer wieder, leider..."(I7:Z.190-209) Physische und psychische Gewalt wirken sich negativ auf den psychischen Zustand aus und diverse Drohungen, Einschüchterungen und Druck seitens des Partners halten viele Betroffene in ihrer Opferrolle gefangen (vgl. Burgard 2002:51).

Aus einem Interview geht hervor, dass sich die Frau in ihrer Ursprungsfamilie immer benachteiligt fühlte und sie sagt: „Also i bin eigentlich.... prinzipiell durch mei Mutter psychisch krank word´n.“ (I3:Z.50-54)

Zusätzlich besteht ein Risiko der Entwicklung von komplexen körperlichen Störungen. „Wir haben ja nicht nur psychisch kranke Frauen, wir haben da auch andere Krankheiten von, weiß ich nicht, Krebs, Multiple Sklerose, etc.“ (I7:Z.205-207)

Körperliche sowie psychische Krankheiten können zu vielen Einschränkungen führen. Wie eine der Befragten bestätigt, sind gleichzeitige körperliche und psychische Erkrankungen ein gravierendes Problem, mit dem sie sich in ihrem Alltag auseinandersetzen muss. „... also i hab ja zwei Möglichkeiten, weil mei Wirbelsäule kaputt is und alles andere? jaa des is mei Erkrankung, sag i.“(I3:Z.51-53)

Durch Psychosen oder andere psychische Erkrankungen ist die allgemeine Leistungsfähigkeit oftmals längere Zeit eingeschränkt (vgl. Finzen 2013:33-35). Aufgrund der psychischen Erkrankungen in Verbindung mit physischen Problemen sind 87,5% der befragten Frauen nicht berufstätig und nach den Ergebnissen des Fragebogens beziehen insgesamt 31% Pflegegeld. „Naja, beim Arbeiten hat sich das außa g´schlag´n. Wie soll i dir sagen? I war viel im Krankenstand.“ (I3:Z.57f)

Chronische psychische Krankheit führt häufig zum Verlust des Arbeitsplatzes oder die Frauen konnten erst gar keine Erfahrungen mit Berufstätigkeit machen. Erwerbstätigkeit steht in enger Verbindung zur Identität und vermittelt

Handlungsautonomie, Existenzsicherung, Wertschätzung, Selbstvertrauen, Kompetenzerleben, Struktur und soziale Einbindung. Die Bewertung der Erwerbslosigkeit erfolgt unterschiedlich. Einerseits ist die Sehnsucht nach „Normalität“ und damit Erwerbstätigkeit hoch, andererseits ist die freie Zeit gesundheitsfördernder, weil realitätsnäher (vgl. Schlichte 2006:36). Mit der Erwerbslosigkeit geht oftmals eine ökonomische Abhängigkeit der Betroffenen von ihrem Partner oder dem Rest der Familie einher, was ein Auslöser für psychische Krankheitssymptome und/oder verantwortlich dafür sein kann, dass keine Besserung eintritt.

3.3.3) Unterstützungsangebot

Penz Hermine

Unter diesem Punkt wird das von den Frauen derzeit genutzte Unterstützungsangebot dargestellt. Aus der Fragebogenerhebung geht hervor, dass die befragten 74 Frauen unterschiedliche institutionelle Leistungen in Anspruch nehmen sowie private Unterstützung erhalten. Die folgende Grafik soll dies verdeutlichen:

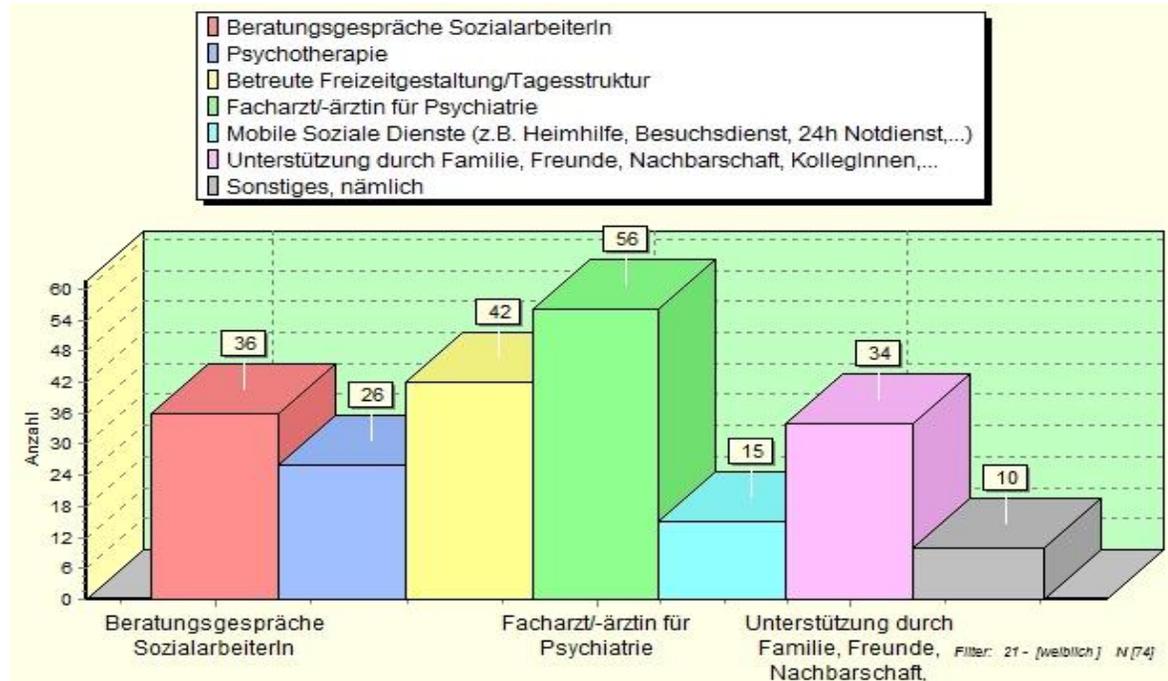


Abbildung 2: Beanspruchte Unterstützungsleistungen der Frauen

56 und damit 75,7% der Befragten befinden sich in Behandlung von FachärztInnen für Psychiatrie. 42 Personen (56,8%) besuchen eine Tagesstruktur bzw. nutzen betreute Freizeitgestaltung. 36 Frauen und damit 48,7% nehmen die Möglichkeit von Beratungsgesprächen mit SozialarbeiterInnen in Anspruch. 34 Befragte (46%) erhalten Unterstützung durch Familie, Freunde, Nachbarschaft oder KollegInnen. 26 Personen (35,1%) stehen in psychotherapeutischer Behandlung. 15 Personen gaben an, durch mobile soziale Dienste unterstützt zu werden, was 20,3% entspricht. 10 Frauen (13,5%) geben noch sonstige Hilfen an wie Wohnhaus, Tageswerkstätte, Beschäftigung und Berufsorientierung, Selbsthilfegruppen und Coaching.

3.3.3.1) Institutionelle Unterstützung

Hier werden am häufigsten Leistungen aus dem medizinischen und therapeutischen Gesundheitssystem genannt. Einen sehr hohen Stellenwert nimmt dabei laut Fragebogenergebnissen die Behandlung bei FachärztInnen für Psychiatrie ein. Dies bestätigt sich auch in den Interviews, wo ebenfalls von vielen die regelmäßige Inanspruchnahme fachärztlicher Betreuung genannt wird. Mehr als ein Drittel der befragten Frauen stehen auch in psychotherapeutischer Behandlung. In den Einzelinterviews wird Psychotherapie als große Hilfe beschrieben, aber auch als finanzielle Belastung durch die hohen Kosten, da den befragten Frauen keine „Kassenplätze“ bewilligt wurden. „... aber einen Krankenkassenplatz zu kriegen bei einem Psychotherapeuten ist echt, wirklich schwierig...“ (15:Z.92f)

An institutioneller Unterstützung werden weiters die Dienste von verschiedenen Organisationen angeführt. Dies sind diverse psychosoziale Beratungs- und Betreuungseinrichtungen sowie mobile soziale Dienste wie Hauskrankenpflege und Essen auf Rädern. Auch das Angebot des betreuten Wohnens durch gemeinnützige Wohnbaugenossenschaften wird in Anspruch genommen.

Eine der interviewten Frauen lebt in einer solchen Wohnung, die baulich mit einem Pflegeheim verbunden ist. Sie hat jedoch nur das Service der Notfallknöpfe

aktiviert, die in den Räumen angebracht sind. Eine Nutzung des Tagesangebotes des Pflegeheimes wäre für sie möglich, wird aber durch die Erkrankung nicht in Anspruch genommen, da dafür Eigeninitiative bei der Anmeldung zum Angebot nötig wäre. Dazu fühlt sich die Betroffene nicht imstande aufgrund der Symptome ihrer Depression. Zudem ist das Angebot der Tagesbetreuung kostenpflichtig und daher schwer leistbar (I3:Z.107-113).

Die Ergebnisse des Fragebogens zeigen, dass rund die Hälfte der Frauen Unterstützung beim Wohnen und bei Arztterminen, Veranstaltungen und bei der Freizeitgestaltung in Anspruch nehmen, wobei etwa die Hälfte davon durch institutionelle Dienstleistungen erbracht wird. Von Befragten aus Oberösterreich wird dabei mehrfach die mobile Betreuung genannt. 7 Frauen wohnen laut Fragebogenaussagen in betreuten Wohngemeinschaften.

Aus den Interviews geht hervor, dass sich die Frauen durch Gespräche mit SozialarbeiterInnen unterstützt fühlen und ihnen dabei die Gewissheit, jederzeit eine/n Ansprechpartner/in zu haben, Sicherheit gibt (vgl. I2:Z.252-254). In diesem Zusammenhang wird auch von mehreren Frauen betont, dass die Inanspruchnahme der Hilfe von wechselnder Häufigkeit und Intensität gekennzeichnet ist und stark vom momentanen psychischen Zustand abhängig ist. Daraus wird die Schlussfolgerung gezogen, dass Frauen mit Beeinträchtigungen aufgrund ihres wechselnden psychischen Zustandes und der damit einhergehenden Unplanbarkeit besonders die Gewissheit flexibler Gesprächs- und Beratungsmöglichkeiten schätzen.

Auch in Partnerschafts- und Erziehungsfragen nehmen betroffene Frauen laut Fragebogenergebnissen Beratung in Anspruch. Von 18 Frauen, die in Partnerschaft leben, wendet sich die Hälfte an die Beratungseinrichtung bei Partnerschaftsfragen. Von den untersuchten Personen leben 15 mit den eigenen Kindern im gleichen Haushalt und davon geben 8 Frauen an, Unterstützung in Erziehungsfragen durch Beratungseinrichtungen zu erhalten. Mehrmals werden

hier als AnsprechpartnerInnen SozialarbeiterInnen und BetreuerInnen der Freizeit- oder Tagesstruktur genannt.

35% der Befragten nehmen regelmäßig an Gruppentreffen wie Selbsthilfegruppen, Peerberatung oder Trialoggruppen teil. Die Befragten erzählen von ihren positiven Erfahrungen: „ ... und, hemm, ja, also, die Selbsthilfegruppe ist halt schon sehr wertvoll, hm,... weil man sich einfach nicht mehr so allein fühlt und nicht das Gefühl hat, dass man der einzige Mensch ist, der diese Probleme hat. Das ist, das ist schon sehr hilfreich und Organisationen ansonsten ... meinen jetzigen Therapeuten habe ich über den Verein für ambulante Psychotherapie gefunden.“ (I5:Z.157-162). „Ja, ich habe mich einer Selbsthilfegruppe angeschlossen, das hilft wirklich viel weil man merkt, es gibt viele, denen es so geht wie mir selber.“ (I6:Z.52-53).

Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe hebt die soziale Isolation teilweise auf. Die Betroffenen erhalten Orientierungshilfen und werden dadurch zum Kommunizieren und Überdenken ihrer eigenen Einstellung angeregt. Selbsthilfegruppen bieten einen Austausch unter Betroffenen und tragen zur Gesundheitsförderung bei (vgl. Amering/Schmolke 2007:137).

3.3.3.2) Unterstützung im privaten Umfeld

46% der Fragebogenteilnehmerinnen erhalten Unterstützung im privaten Umfeld. Beim Thema Wohnen wird hier fast ausschließlich die Familie mit Partner/in, Eltern, Geschwistern und Kindern genannt. Nur eine Frau leistet sich eine Putzfrau, die sie privat bezahlt. Eine Interviewte besucht regelmäßig einen Yogakurs und Kunsttherapie als stabilisierendes Angebot, was sie privat finanziert.

Laut Fragebogenergebnissen wird bei Arztterminen, Veranstaltungen und der Freizeitgestaltung die Unterstützung ebenfalls überwiegend von der Familie erbracht. Nur vier Frauen nennen FreundInnen als UnterstützerInnen.

In den Interviews werden ebenfalls die Kontakte mit FreundInnen beschrieben. Dabei werden vor allem Freizeitaktivitäten, das Besuchen von Veranstaltungen

und Gespräche als hilfreiche Unterstützung benannt. Allerdings wird in Gesprächen mit FreundInnen über die psychische Beeinträchtigung kaum gesprochen, da einerseits Ausgrenzung und Ablehnung befürchtet werden und genau diese Erfahrungen von anderen bereits gemacht wurden (vgl. I2:Z.267-278, I5:Z.66-69). Eine junge Frau mit etwa 25 Jahren ist auch mit Unsicherheit der FreundInnen konfrontiert: „... viele wissen dann auch nicht wie sie reagieren sollen und deswegen, also ich habe schon viele Freunde, die wissen, dass ich Depressionen habe, das schon, aber so wie Sie gesagt haben, das mit mehr Unterstützung ... das geht doch bei vielen Leuten nicht, weil ... zwischen, aha, o.k., der hat Depressionen, ist in Ordnung und ich bin wirklich dann auch da für denjenigen, das ist, das sind zwei Paar Schuh.“ (I5:Z.131-139) Auch FreundInnen mit medizinischer Ausbildung sind überfordert: „... es ist halt für mich eine ziemlich große Hemmschwelle ... selbst die Leute, die man sehr gerne hat und ... also die damit schon was anfangen können, aber ... es ist glaube ich urschwer für manche Leute zu kapieren.“ (I5:Z.117-127)

Einen gewichtigen Stellenwert nimmt also die Familie in der Unterstützungsfunktion ein. Diese wird von den befragten Frauen jedoch ambivalent erlebt, wie die Beispiele zeigen:

Die folgend zitierte Frau beschreibt die Unterstützung durch ihren ehemaligen Lebensgefährten so: „... also, er hat mir immer g´holfen ... er hat mi immer unterstützt ... und wenn i in aner tiefen Grub´n g´legn bin, dann war er da.“ (I3:Z.183-185) Auch von anderen Frauen wird der Partner als wichtige und große Hilfe genannt. Die Kinder werden ebenfalls als Stütze und Hilfe erlebt (vgl. I1:Z.214-217, I2:Z.235). Eine Frau erzählt aus der Zeit einer akuten Psychose von der Hilfe durch ihre Schwester, die „ ... hat dann alles für mich g´macht, dass´s passt.“ (I1:Z.87-89)

„Die Familie unterstützt mich schon, also wenn ich Geld bräuchte, würde ich es kriegen und emotional stehen die auch hinter mir, also die sind schon für mich da und das ist wichtig.“ (I6:Z.47-49)

Aus den Interviews geht ein gespaltenes Erleben der Beziehungen hervor, teilweise oder phasenweise wird die Unterstützung wahrgenommen und hilfreich erlebt, phasenweise fühlen sich die Frauen trotz Unterstützung alleingelassen oder es werden Angehörige als Belastung erlebt. Eine Frau berichtet, dass sie lange Zeit keinerlei Unterstützung in ihrem persönlichen Umfeld hatte. Jetzt, wo die Kinder erwachsen sind, können diese auch nur sporadisch Unterstützung leisten, da sie weit entfernt wohnen und wenig Zeit haben (vgl. I2:Z.291-293).

Bei Frau A mit zwei minderjährigen Kindern wird die Hilfe durch die eigenen Eltern nicht als Unterstützung für sich selbst und ihre Beeinträchtigung erlebt. „Was machen Oma und Opa für uns? (...) Nix, gell. Mir fällt nix ein.“ (I1:Z.209f) Die Großeltern übernehmen die Aufsicht für die Kinder während der Zeit von Besuchen bei ÄrztInnen oder anderen Terminen. „... ja manchmal, wenn i zum Arzt muss oder so. Da derf i eh nix sogn.“ (I1:Z.212) Oftmals laden die Großeltern Frau A. und die Kinder zu sich zum Mittagessen ein, um die Frau beim Einkaufen und Kochen zu entlasten oder nehmen ihr die Kinderbetreuung ab. Sie fühlt sich aber dennoch allein gelassen. Bei organisatorischen Dingen fühlt sie sich von ihrem Gatten im Stich gelassen und deutet damit die Überforderung an, gegen die sie ständig kämpft, was sie aber nicht mit direkten Worten anspricht. Frau A. möchte alle Anforderungen des Alltags möglichst ohne Hilfe bewältigen, schafft es aber nicht. Sie vermeidet jedoch, aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung um Hilfe zu bitten (vgl. I1:Z.179-231).

Ähnliche Erfahrungen hat auch eine interviewte Fachkraft gemacht. Sie führt aus, dass in manchen Fällen die Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen von ihren Partnern und den Angehörigen ausreichend unterstützt werden, viele ihrer Klientinnen jedoch kein soziales Netz haben und aus diesem Grund so schwer betroffen sind. Viele Frauen, die in ihrer Organisation beraten werden, sind alleinstehend oder alleinerziehende Mütter.

In den Fällen, wo Familie vorhanden ist, wird oftmals die Herkunftsfamilie als Auslöser für die psychische Krankheit genannt. Es gibt viele traumatisierte Frauen, die durch die Herkunftsfamilie psychische Gewalt in Form von Erniedrigung und

Abwertung erlebt haben und immer noch erleben. Sie werden unter Druck gesetzt und der Faulheit bzw. Willensschwäche bezichtigt (vgl. 17:Z.171-197). Rund ein Drittel hat zudem Erfahrungen mit physischer Gewalt durch den Partner. Darüber wird häufiger in muttersprachlichen Beratungen von Frauen aus anderen Kulturkreisen berichtet (vgl. 17:Z.197-204).

Zusammenfassend haben die Ergebnisse gezeigt, dass Unterstützung im privaten Umfeld größtenteils von der Familie erbracht wird, was von den Betroffenen vielfach ambivalent erlebt wird. Die Bandbreite reicht von der Empfindung von zu wenig Unterstützung über passende materielle und emotionale Hilfestellung bis zu Druck und Abhängigkeit, auch Traumatisierung und Gewalt. Mit dem Bedarf an Unterstützung geht in jedem Fall eine gewisse Abhängigkeit einher, auf die im folgenden Abschnitt näher eingegangen wird.

3.3.4) Persönliche und materielle Abhängigkeiten

Kader Samira

Menschsein impliziert immer auch ein gewisses Maß an Abhängigkeit. Dederich (2003:o.A.) unterscheidet gesellschaftlich oder sozial hergestellte Abhängigkeit und Abhängigkeit, die zur *conditio humana* gehört.

Wegen seiner leiblichen und psychischen Verletzbarkeit ist der einzelne Mensch ebenso auf andere Menschen wie auf ein Lebensumfeld angewiesen, das wenigstens ein Minimum an innerer und äußerer Sicherheit und Verlässlichkeit gewährleistet. Im Krankheitsfall oder bei schweren Behinderungen sind Menschen besonders auf andere angewiesen; darauf nicht verletzt oder alleine gelassen zu werden und darauf, dass ihre leibliche, psychische und soziale Integrität geschützt und gewahrt wird (vgl. ebd.).

Wegen ihrer schlechten psychischen Gesundheit sind viele Menschen mit Behinderungen auf die Hilfe von anderen angewiesen (vgl. Burdich 2014:9). Dies

bestätigen auch die Ergebnisse der Fragebögen. Etwa die Hälfte der in dieser Arbeit untersuchten Betroffenen wohnt mit einer zweiten oder mehreren Personen im gleichen Haushalt. 18 Frauen leben in einer Partnerschaft und 13 Frauen wohnen mit anderen Familienmitgliedern zusammen.

Die Ergebnisse des vorigen Kapitels der Unterstützung im privaten Umfeld zeigen markant, dass die Unterstützung fast ausschließlich durch die Familie erfolgt und damit private Abhängigkeiten geschaffen werden, die die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der betroffenen Frauen einengen.

Wenn eine Person existenziell davon abhängig ist, dass Angehörige bestimmte Aufgaben für sie übernehmen, kann dies die Beziehung erschweren. Diese Form der Abhängigkeit kann auf Seite der beeinträchtigten Person eine Tendenz zur Überanpassung fördern, verstärkte Unselbständigkeit und Minderwertigkeitsgefühle zur Folge haben. Die abhängige Person beginnt bestimmte Anforderungen innerhalb ihres Familiensystems zu erfüllen, damit Familienangehörige wie z.B. der Partner, die Schwiegereltern oder die Kinder mit ihr zufrieden sind. Aus diesen Abhängigkeiten, die durch verschiedene Machtmittel kontrolliert und durchgesetzt werden, kommt die erkrankte Person nur schwer heraus (vgl. Dederich/Jantzen/Zimpel 2009:188f). Auf der Seite des Partners oder der Angehörigen können diese Abhängigkeitsverhältnisse ebenfalls zu erheblichen physischen und psychischen Belastungen führen. Aber auch für die auf Unterstützung angewiesenen Menschen mit Beeinträchtigungen ist diese Situation belastend. So sind sie häufig den Sachzwängen oder dem Willen der Angehörigen ausgesetzt, schlimmstenfalls von Gewalt bedroht.

Die Tendenz, einen beeinträchtigten Menschen abhängig und unselbständig zu machen oder zu halten und ihn wegen seiner Unselbständigkeit unter Druck zu setzen, ist eines der problematischen Verhaltensmuster, die sich infolge dieser Dauerbelastung entwickeln können (vgl. Rülcker 1990:24). Solche Dauerbelastungen und die meist damit einhergehenden Konflikte führen häufig zu Trennungen in Partnerschaften und zu Beziehungsbrüchen in Familien oder im privaten Umfeld. Manche Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen neigen

dazu, als Reaktion auf Trennungserfahrungen in eine Depression zu verfallen oder eine psychotische Episode zu entwickeln (vgl. Battegay 1991:80). Das bedeutet, dass sich fehlschlagende Unterstützung im familiären Umfeld wiederum negativ auf die Gesundheit auswirkt und einen höheren Unterstützungsbedarf nach sich zieht.

Die betroffenen Frauen sind jedoch nicht nur im Bereich der Beziehungen abhängig von Angehörigen, sondern meist auch in materiellen Belangen. Im Durchschnitt leben chronisch psychisch kranke Menschen in relativer Armut von Sozialhilfe oder einer niedrigen Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension oder sind materiell abhängig von ihren Angehörigen (Schlichte 2006:35). Wenn zu geringem Einkommen zusätzliche Belastungen wie gesundheitliche und soziale Beeinträchtigungen kommen, wird die Gesamtproblematik komplexer und die Abhängigkeiten verfestigen sich.

3.4) Darüber hinaus gehender Unterstützungsbedarf

Kader Samira/Penz Hermine

Nach der bzw. bereits im Zuge der Erhebung des in Anspruch genommenen Unterstützungsangebotes wurde versucht, zu ermitteln, in welchen Bereichen die Frauen einen ungedeckten oder suboptimal gedeckten Unterstützungsbedarf haben. Dabei wurde ersichtlich, dass es in der gesundheitlichen Versorgung besonders bei Therapieangeboten ungedeckten Bedarf gibt. Im großen Bereich der Alltagsbewältigung, wo auch Wohnen, Freizeitgestaltung und soziale Beziehungen dazugehören, wurde ebenfalls eine große Notwendigkeit an Unterstützung festgestellt. Verwoben mit allen Bereichen der Alltagsbewältigung sind Barrieren der Mobilität vorhanden, die von den Frauen überwunden werden möchten. Alle Untersuchungspersonen haben zudem hohen Veränderungsbedarf in der Einstellung der Gesellschaft zu Behinderung und psychischen Erkrankungen gesehen. Im folgenden Abschnitt werden die aufgezählten Bereiche nun näher dargestellt.

3.4.1) Therapieangebot

Kader Samira

Der Unterstützungsbedarf besteht vor allem in Psychotherapie. Viele der Betroffenen beschwerten sich darüber, dass ein akuter Mangel an krankenkassenfinanzierten Therapieplätzen herrscht: „... die meisten Therapeuten haben nur so teilrefundierte Krankenkassenplätze und ich meine, 20 € bei einem Honorar von 80 €, die ein Therapeut schnell hat, ich meine, das ist lächerlich, ja und ich meine, dass es mir wahrscheinlich jetzt besser gehen könnte, wenn ich nicht über zehn Jahre nur, ich weiß es nicht, alle zwei Wochen in die Therapie gehen kann, weil ich es mir einfach nicht leisten kann, und das ist schon was, ich glaube am ehesten, was mir den Alltag erleichtern könnte, ich glaube, vielen Leuten den Alltag erleichtern könnte, wenn das halt im Vorhinein übernommen werden würde komplett.“ (I5:Z.100-108)

Die befragten ProfessionistInnen haben mehrmals das Vorherrschen von mangelnder Unterstützung für ihre psychisch erkrankten Klientinnen genannt. „...Es fehlen extrem viele Behandlungsplätze ... auf Krankenschein sehr, sehr, sehr schwer zu bekommen ... weil die Wartefristen enorm sind. Das Geld, eine andere Möglichkeit zu nützen, haben gerade Leute, die psychisch schwer krank sind, oft nicht. Weil, es geht einher mit verminderter Arbeitsfähigkeit, Arbeitslosigkeit, nicht immer, aber häufig und daher mit vermindertem Einkommen. Das heißt, Geld ist auch immer ein Problem...“(I7:Z.38-51)

Wie die interviewten Fachkräfte mit ihren Aussagen bestätigen, gibt es verschiedene Mängel betreffend der Versorgung von psychisch Kranken. „Therapie ist gleichwertig für einen psychisch Kranken wie das Insulin für einen Diabetiker.“ (I7:Z.59f). „Jeder kranke Mensch hat Recht auf Gesundheit und daher kämpfen wir für Psychotherapie auf Krankenschein. Momentan sind bei uns in NÖ die Wartezeiten für Psychotherapie bis zu 6 Monaten.“ (I8:Z.15-19) Eine der

Betroffenen hat folgende Erfahrung gemacht: "Aber einen Krankenkassenplatz zu kriegen bei einem Psychotherapeuten ist echt, wirklich schwierig und das ist halt das, wo ich mich einfach ungerecht behandelt fühle, weil ganz ehrlich, ich glaube, dass eine Psychotherapie weniger kostet als viele andere gesundheitliche Probleme und, und das ist was, wo ich schon finde, dass irgendwie ein Recht wäre, dass einem mehr Unterstützung gegeben wird..... oder mehr Geld eigentlich, oder für Therapie fehlt es an finanziellen Mitteln wahrscheinlich." (I5:Z.92-99)

Einige der befragten Frauen beschwerten sich über die mangelnde Finanzierung der Krankenkassenplätze. „...Ich habe bis vor drei Monaten eigentlich keine Psychotherapie auf Krankenkassa gehabt. Ich war zwar seit Jahren immer wieder in Psychotherapie und das war immer mein Problem, dass ich das Geld nicht gehabt habe und dass meine Familie nicht das Geld gehabt hat. Das ist schon was, wo ich glaube, dass, ich meine, bei jeder anderen Erkrankung ... die Behandlung, die man braucht, übernommen wird von der Krankenkassa, zumindest weitestgehend und das ist essenziell.“ (I5:Z.78-85).

Laut Österreichischem Bundesverband für Psychotherapie wäre der rechtzeitige Beginn mit Psychotherapie eine große Chance, um der Entstehung einer psychischen Erkrankung entgegenzuwirken oder eine gesundheitliche Verbesserung bei vorhandenen Erkrankungen zu erreichen. Wenn die Psychotherapie von den Sozialversicherungsträgern finanziert werden würde, könnten psychische Probleme rechtzeitig behandelt werden (vgl. ÖBVP 2011:7).

3.4.2) Unterstützung bei der Alltagsbewältigung

Kader *Samira*

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit dem über das derzeitige Angebot hinausgehenden Unterstützungsbedarf der befragten Frauen im Alltag, welcher auch in engem Zusammenhang mit Wohnen, Freizeit und Sozialen Netzwerkbeziehungen steht.

Alltagsbewältigung allgemein

Aufgrund von diversen psychischen Erkrankungen sind bei vielen Betroffenen auch diverse Leistungseinschränkungen im alltäglichen Leben vorhanden. Solche Einschränkungen betreffen nicht nur die Intellektualität sondern auch die emotionale Belastbarkeit, Konzentration und Stressresistenz (vgl. Finzen 2013:33f). Die Auswirkungen davon erschweren die Bewältigung des Alltags. Eine der Betroffenen erzählt von ihrem erhöhten Tablettenkonsum als Ausgleich für die fehlende Unterstützung in ihrem Alltag (vgl. I1:Z.173-180). Indem sie sich mit Psychopharmaka betäubt, erhöht sie ihre Stressresistenz, was die Situation zwar kurzfristig entlastet, die Problematik langfristig allerdings verstärkt.

Nach der Meinung aller befragten Fachkräfte brauchen die meisten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in ihrem Alltag Unterstützung. „... jemand, der krank ist, ist vielleicht damit überfordert, alle diese Sachen im Auge zu behalten, er braucht halt jemanden, ein zweites Paar Augen. Insofern auch die Finanzen, Haushalt, ist ein ganz großes Thema, Einkaufen, Versorgung, ja Amtswege auch. Vielleicht auch Begleitung zu Ärzten, also auch herkömmlichen Ärzten, denn der psychisch Kranke kann gleichzeitig auch orthopädische Probleme haben oder so, und ich weiß nicht, ob das jetzt auch in den Bereich fällt, teilweise auch ein bisschen.....wirklich Aufräumen oder die Reinigung von der Wohnung, ja, ... helfen beim Putzen. Also, das brauchen manche schon. Vielleicht macht man auch ein bisserl einen kleinen Anstoß, dass sie das doch wieder selber schaffen. Aber manche brauchen sicher auch wirklich eine zupackende Hand.“ (I7:Z.139-150)

Die Bewältigung des Alltages, besonders die Führung des Haushaltes und die eigene Versorgung, ist für einige der interviewten Frauen überfordernd. „Alleine durch die Symptome könnt ich die Wohnung nicht erhalten.“ (I3:Z.78-80) Der Unterstützungsbedarf besteht bei ihr auch beim Kochen, Planen und Einkaufen (vgl. I3:Z.80-85). „In wirklich ganz schlechten Phasen, wenn es mir...hm, wenn ich wirklich ganz, ganz schlechte Tage habe, es ist schon so, dass man nicht aus dem Haus gehen will, sicher, wenn ich meinen Freund nicht hätte, wäre es viel, viel

schlimmer, weil er einfach der ist, der mich in der Früh an der Hand nimmt und sagt: „Wir gehen jetzt an die Uni“ ... aber alles wo ich, hm... nicht unbedingt hin muss, lasse ich halt dann oft aus ...“ (I5:Z.51-60). „Alles was mit Wohnung verlassen zu tun hat, wie Einkaufen, ist dann schon schwieriger ...“ (I6:Z.38-39)

Wohnen

Für die persönliche Lebensgestaltung ist das Wohnen sehr wichtig. Die Wohnung ist gleichzeitig Rückzugsort und Raum, wo man sich wohl und sicher fühlen kann. Wohnen befriedigt zahlreiche Bedürfnisse wie Geborgenheit, Ungestörtheit, Individualität, Vertrautheit, Selbstdarstellung, Kontrolle und auch Selbstbestimmung. "Wenn die Wohnung eine derart zentrale Bedeutung hat, dann liegt es auf der Hand, dass die Möglichkeit, über diesen Ort, seine Gestaltung, das darin stattfindende Leben und die darin ein- und ausgehenden Personen selbst bestimmen zu können, ein besonders elementares Bedürfnis darstellt". (Sack 1997:193)

Der Zusammenhang von Armut und dauerhafter psychischer Erkrankung kann zu Wohnungsverlusten, Räumungsklagen und Kündigungen führen. Lang andauernde Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen haben oft die Aufgabe des eigenen Wohnraumes zur Folge (vgl. Schlichte 2006:37). Einige der Betroffenen haben aufgrund ihrer Krankheit irgendwann einmal auch die Wohnung verloren. Dadurch sind 9,5 Prozent der befragten Frauen auf das Leben in einer Wohngemeinschaft angewiesen. Eine Betroffene beschreibt ihre Situation so: „Ich hab gewusst, ich kann nicht wieder zurück in diese Familienwohnung, die hab ich aufgegeben ein halbes Jahr später, weil ich wusste, ich bin nicht so gut beieinander, dass ich meine Kinder versorgen kann. Erstens einmal allein in der großen Wohnung ... Ich hatte keinen Job und keine Möglichkeit und jo, da bin ich dann in ein Wohnheim nach Mödling gegangen und hab mit sieben psychisch kranken Menschen zusammengewohnt.“ (I9: Z.78-85)

Die Wohnsituation der untersuchten Gruppe verteilt sich folgendermaßen: Von den 74 Befragten wohnen 64 und damit 86,5% in einer privaten Wohnung bzw. einem

Haus. Sieben Frauen leben in einer Wohngemeinschaft und nur drei Frauen haben angegeben, dass sie durch eine Organisation beim Wohnen betreut werden.

Aus der Sicht einer der befragten Fachkräfte ist Wohnen in betreuten Wohngemeinschaften für psychisch kranke Menschen mit bestimmten Regeln und Einschränkungen verbunden. Die Hausordnung bestimmt maßgeblich das Zusammenleben und aus der Sicht einer der Fachkräfte ist es nicht immer einfach, Autonomie und Selbstbestimmung zu gewährleisten. „Natürlich muss ich überlegen, was ist machbar, wenn jemand da wohnt. Frei wählenohne Regeln... das heißt, er kann tun und lassen, was er will, des geht natürlich net. ... Wobei ich sagen muss, es gibt zu wenig Wohnmöglichkeiten, wo ein schwerst psychisch kranker Mensch wohnen kann überhaupt! Ich denk, es gibt viel zu wenige Möglichkeiten. Was Arbeit, Freizeitgestaltung, Wohnen, Partnerwahl angeht, ist noch ganz vieles im Argen.“ (I4:Z.28-37) Trotz all diesen Hindernissen ist auch für psychisch kranke Menschen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben erstrebenswert (vgl. Finzen 2013:130).

Dass Wohnen auch mit Bewegung im Sozialraum verbunden ist, mit Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und dem Knüpfen und Pflegen von Sozialkontakten, machen Bernard/Hovorka (1992:127) anschaulich: „Um räumlich nicht isoliert leben zu müssen, muss man eine Wohnung selbstständig verlassen, die Wohnumgebung bewältigen und Ziele –andere Wohnungen, Lokale usw. erreichen können“.

Soziale Beziehungen

Persönliche Beziehungen und soziale Netzwerke erweisen sich als wichtige Bedingungen einer schützenden und förderlichen Lebensgestaltung. Soziale Beziehungen haben eine große Bedeutung für die Lebensführung und dessen Bewältigung. Sie können Unsicherheit und Krisen überwinden helfen, fördern die Gesunderhaltung und Problembewältigung, sowie die Fähigkeit, sich mit neuen Gegebenheiten zu arrangieren. Soziale Unterstützung bietet psychologischen Rückhalt und gibt der unterstützten Person implizite und explizite Rückmeldungen zu sich selbst und zu spezifischen Situationen. Durch Zuhören und Gespräch,

praktische Hilfen, wie kleine Handreichungen, Transportdienste und Ähnliches werden Anforderungen bewältigbar, die mit den individuellen Möglichkeiten und Ressourcen nicht bearbeitbar scheinen (vgl. Weinhold/ Nestmann 2012:53-55).

Bei Mangel an sozialen Netzwerkkontakten besteht für die Betroffenen die Gefahr der sozialen Isolation. Nach Waldschmidt/Schneider (2007:284) führt die reduzierte Möglichkeit, stabile Netzwerke zu bilden und zu behalten zum Risiko sozialer Isolation und wirkt sich negativ auf die Teilnahme an anderen Lebensbereichen aus.

Viele der befragten Frauen berichten über Kontaktmangel und Verluste von sozialen Netzwerkbeziehungen. Einige von ihnen fühlen sich durch ihre psychischen Erkrankungen nicht mehr in der Lage, stabile Freundschaften und andere Beziehungen zu erhalten. Andere führen die Verminderung ihrer Sozialkontakte auf Stigmatisierung und eigenen Rückzug aus Angst vor Stigmatisierung zurück.

Das Leiden unter der eigenen Erkrankung stellt für einige Betroffene eine der Hürden dar, um Bekanntschaften und Freundschaften schließen zu können. „Ich vertrag´ keine Menschenmengen und i tua schwer Freundschaften schließen.Und i fühl´ mi unwohl, wenn i im Kaffeehaus sitz´ und mich spricht wer an. Da krieg i dann scho ... de halbe Panik. Weil i mir denk..... der glaub i..... weil des steht auf´m Hirn g´schrieben, „Psychisch krank“!“ (I3:Z.154-157)

Die fehlende Motivation im Alltagsleben und das verlorene Interesse an gewohnten Aktivitäten sind oft Gründe, warum psychisch kranke Frauen sich von ihrer Umwelt zurückziehen. Dies behindert auch die regelmäßige Teilnahme am öffentlichen Leben. Die Betroffenen müssen sich zwingen arbeiten zu gehen, einzukaufen, Freunde zu treffen, etc. Die Isolation wird durch die negativen Reaktionen von manchen ihrer FreundInnen und Bekannten zusätzlich verstärkt. (vgl. Stemmer-Lück 2009:105) “ Ja, wie i dir zuerst scho´ gsagt hab, i bin daham benachteiligt g´wesen. Es hat immer nur g´haßn der „Steinhofnarr“und..... Freundschaften san in Bruch gängen, wie´s des dann erfahren haben. Weil früher hab i des aa net

g´ sagt! Aber wie i mir dann ein´bildet hab´ i muass des sagen, haben´s mi alle schief ang´ schaut. Und vü Freundschaften san z´brochen.“ (I3:Z.163-167)

Von den meisten der Befragten war zu hören, dass viele ihrer Freundschaften sowie verwandtschaftlichen Beziehungen auseinander gegangen sind, als die psychische Krankheit von den Betroffenen thematisiert wurde. Aufgrund der Krankheit verändert sich ihr soziales Umfeld, manche Beziehungen gehen verloren. Die Unterstützung von Dritten ist somit nicht mehr da (vgl. Finzen 2013:53).

„Als Gesamtbild kann man sagen, sehr, sehr viele psychisch Kranke sind unter anderem deswegen so schwer betroffen, weil sie kein soziales Netz haben, die haben keinen Partner, sind teilweise alleinerziehend, ich kann jetzt nicht sagen, sie haben keinen Partner, weil sie psychisch krank sind, oder dass sie psychisch krank sind weil sie keinen Partner haben, aber es ist einfach, man hat, ahm, man verliert den Boden unter den Füßen, wenn man kein Netz hat. Die sind am meisten, schwerer betroffen.“ (I7:Z.173-180)

Die verminderten bzw. fehlenden Netzwerkbeziehungen sind für Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen ein ernsthaftes Problem und mit schmerzlichen Erfahrungen verbunden. Sie drücken einen klaren Wunsch nach vermehrter sozialer Teilhabe in Form von gelingenden Beziehungen aus.

Freizeitgestaltung

Wie man den angeführten Interviewabsätzen entnehmen kann, ist für die untersuchten Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen der Bereich der Freizeit mit Einschränkungen verbunden. „Freizeit? also mit meine Freundinnen wär i gern g´fahn zu „Breakfast in the Sky“... Des wär´ mei Highlight. Oder was wär´ no´ meines, was mir a Freud´ mach´n tat? ... Mir mochat vü´ Freud! “ (I1:Z.100-105) Damit spricht sie an, dass ihr viele Freizeitaktivitäten Freude bereiten würden, die sie aber ohne Unterstützung nicht realisieren kann. Die befragte Frau ist durch die Nebenwirkungen von Psychopharmaka dermaßen eingeschränkt, dass sie selbst

keine längeren Autofahrten tätigen kann und die Freundinnen sich aufgrund der Erkrankung distanzieren. Ausflüge wie der genannte sind ihre Wunschvorstellungen einer möglichst „normalen“ oder für den Großteil der Bevölkerung üblichen Freizeitgestaltung, die ihr Hoffnung und Motivation geben. Die Darstellung als reale Möglichkeit wirkt für sie als Schutzmechanismus.

Manche der Befragten würden in ihrer Freizeit mehr unternehmen, sind aber aufgrund ihrer körperlichen und psychischen Einschränkungen nicht in der Lage dazu. Die Freizeit wird von jeder der Befragten nach eigenen Möglichkeiten im persönlichen und materiellen Bereich gestaltet. Von einer Betroffenen wird als bevorzugte Freizeitaktivität Fernsehen als „Lückenbüsser“ und in Ermangelung anderer Alternativen genannt. Einige der Frauen mögen in ihrer Freizeit keine Außenaktivitäten betreiben aufgrund der Symptome von Depressionen (vgl. I6:Z.31-39). Andere wiederum fühlen sich an der Teilnahme am öffentlichen Leben durch die Reaktionen ihrer Umwelt eingeschränkt (vgl. I2:Z.328-331).

Der Bereich der Freizeitgestaltung ist stark mit Beziehungen, materiellen Ressourcen und Mobilität verknüpft.

3.4.3) Mobilität

Penz Hermine

Mittlerweile hat Mobilität, insbesondere die Alltagsmobilität, hohe Bedeutung für alle Menschen. Sie ist allerdings durch die soziale und ökonomische Position, körperliche und geistige Konstitution sowie durch den Raum determiniert. Besonders Menschen mit dauerhaften Beeinträchtigungen sind oftmals in der Beweglichkeit eingeschränkt. Die Untersuchungsergebnisse betreffen in erster Linie die Alltagsmobilität, wozu Pendelfahrten zu Arbeit oder Ausbildung, Einkaufen, Freizeitgestaltung sowie der Verkehr zwischen Standorten zählen (vgl. Friebel 2005:15-17).

Mobilität ist in den Interviews ein wichtiges Thema und wird von den Betroffenen unmittelbar mit Selbständigkeit und Selbstwirksamkeit verbunden. In einem Interview wird von der befragten Frau betont, dass sie selbst Auto fahren kann und damit in der Alltags- und Freizeitgestaltung relativ flexibel ist (I2:Z.185-189). Sie resümiert, was sie an Wegen zurücklegt: „Ja eigentlich eh alles. I muass mir ja alles selber erledigen.“ (I2:Z.187) und fügt dann noch hinzu: „... aber längere Strecken bin i schon lang net g´fahren ... und des will i aa gar net, weil i mit den Augen aa solche Probleme hab.“ (I2:Z.184f) Sie schränkt ihre Aktivitäten auf den Radius ein, den sie selbst mit dem Kraftfahrzeug bewältigen kann.

Von einer anderen Interviewteilnehmerin wird das Thema Parken am Behindertenparkplatz angesprochen. Einerseits fühlt sie sich gehandicapt und würde sich eine Erleichterung durch erweiterte Parkmöglichkeiten wünschen, andererseits deutet die vordergründig formulierte Scheu vor der Bürokratie und den Kosten zur Erlangung eines Behindertenpasses latent darauf hin, dass sie damit auch das öffentliche Bekenntnis zur Behinderung vermeiden möchte. Aus weiteren Aussagen kann gefolgert werden, dass sie mit dem festgesetzten Grad einer Behinderung einhergehend Stigmatisierung befürchtet (vgl. I1:Z.43-61).

Für eine weitere Person ist die Mobilität ein gravierendes Problem, mit dem sie zu kämpfen hat. Die Betroffene erlebt sich dadurch sehr eingeschränkt in ihren Möglichkeiten. „I muass immer warten, bis i mit wem fahren kann.“ (I3:Z.61) Dies drückt auch ganz gut die Abhängigkeit von Unterstützungsleistungen aus. Nach der Trennung vom Partner hat sie nun keine Fahrgelegenheit für Freizeitaktivitäten, Spaziergänge außerhalb der Stadt, Ausflüge und vieles mehr.

In ländlichen Regionen ist die Mobilität durch die fehlende Infrastruktur sehr eingeschränkt. Die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln scheitert an mehreren Punkten. Es gibt kein flächendeckendes und zeitlich passendes Angebot, nur sehr lang auseinander liegende Intervalle. Die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel ist mit hohen Kosten verbunden, zudem ist sie für Betroffene durch die Symptome der Krankheit phasenweise erschwert bzw. unmöglich.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich ein Teil der Betroffenen scheinbar freiwillig in ihren Aktivitäten einschränkt, um möglichst ohne Unterstützung vom Umfeld leben zu können. Ein Teil der Frauen leidet unter der hohen Einschränkung ihrer Mobilität, ohne diesen Zustand jedoch verändern zu können. Der verbleibende Rest leidet unter der Abhängigkeit von den Personen im privaten Umfeld. Weitere Barrieren, die Betroffene veranlassen, vorhandene Infrastrukturmöglichkeiten nicht zu nutzen, sind der Schweregrad der Betroffenheit, Angst vor Stigmatisierung und materielle Armut.

Barrierefreie Mobilität beinhaltet die Möglichkeit der eigenständigen, selbstbestimmten, unabhängigen und sicheren Bewegung im öffentlichen Raum und gleichberechtigte Nutzung von Verkehrsangeboten für alle Personen mit ihren unterschiedlichen Fähigkeiten. Besonders Menschen mit Behinderungen sind in ihrer Mobilität benachteiligt und in ihrer Teilhabe an der Gesellschaft behindert. Ein besonderes Problem ist für Mobilitätsbehinderte, von der Hilfe anderer abhängig zu sein. Sie schränken sich häufig ein, um anderen nicht zur Last zu fallen oder nicht um Hilfe bitten zu müssen (vgl. Friebel 2005:23).

Eine interviewte Fachkraft aus der Sozialen Arbeit sieht im Bereich der Mobilität einen großen Unterstützungsbedarf bei den allgemeinen Dingen des Lebens wie Einkäufen, Behördengängen, Terminen bei ÄrztInnen, TherapeutInnen und in der Freizeitgestaltung. Diese Leistungen könnten durch Persönliche AssistentInnen erbracht werden (vgl. I4:Z.85-96). Damit könnte ein wesentlicher Beitrag zu vermehrter Teilhabe und der Durchsetzung von Rechten von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen geleistet werden.

3.4.4) Einstellungsveränderung der Gesellschaft

Kader Samira

Stigmatisierung lässt Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen an einer „zweiten Krankheit“ leiden (vgl. Finzen 2013). Stigma-Erfahrungen kommen häufig

im Zusammenhang mit psychiatrischen Erkrankungen vor und sind für die Betroffenen meist schmerzlich. Wie im Kapitel 3.2)⁵ bereits ausführlich behandelt, ist Stigmatisierung von Betroffenen ein aktuelles Problem. Die befragten Frauen leiden unter den Folgen und wünschen sich Verständnis und Umdenken der Gesellschaft und beurteilen dies als immens wichtigen Punkt zu gleichberechtigter Teilhabe.

Die Antwort einer Betroffenen in einem Interview auf die Frage, was den Alltag von Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen erleichtern könnte, lautete: „Ja, dass di´ vielleicht irgendwer versteht.“ (I2:Z.346-349) Eine andere Frau nannte vermehrte Informationen über psychische Erkrankungen als wesentliche Voraussetzung für eine Einstellungsänderung der Öffentlichkeit. „Mehr publik machen über das.... Dass das kein... dass man nicht, dass wir auf Deutsch gesagt, nicht „deppat“ san, net „irr“, sondern dass das eine Krankheit ist. Weil für die anderen ist man irr und die wollen des net begreifen, dass des a ganz a normale Krankheit is. Und über das gehört publik gemacht ... mehr außē.... Von mir aus in den Zeitungen und Was weiß ich?“ (I3:Z.197-201) Die befragten Frauen fordern zudem, nicht auf die Krankheit reduziert zu werden, sondern als gesamte Persönlichkeit gesehen zu werden.

Menschen mit diversen körperlichen oder/und psychischen Beeinträchtigungen werden in der Öffentlichkeit durch manche Medien stigmatisiert und nicht als gleichwertige BürgerInnen dargestellt. Lobbying und mediale Berichterstattung als Mittel zur Einstellungsveränderung werden von einer befragten Professionistin ambivalent beurteilt. „Das finde ich zweiseitig... Das kommt ganz darauf an, wie es dargestellt wird. Ich mag es nicht, wenn es wie im kognitiven Behindertenbereich gemacht wird, dass die Menschen ... durch Fernsehsendungen als diese armen Menschen dargestellt werden, denn sie sind nicht nur diese armen Wesen, sie sind gleichwertige Bürger! Also das geht oft über die Gefühlsebene und das mag ich nicht. Ja... wenn..... mit nüchternen Tatsachen..... ja.... Aber nicht auf der Gefühlsebene, dass man aus Mitleid der

⁵ Siehe 3.2) Stigmatisierung ab Seite 33

Gesellschaft was gibt. Denn damit bezwecke ich nämlich im Grunde kein Umdenken, sondern belasse es dabei und das ist zweischneidig.“ (I4:Z.190-198)

Sensibilisierung der Gesellschaft ist eine der Stigma-Bekämpfungsstrategien. Drei Strategien werden von Amering/Schmolke (2007:75f) zur Stigmabekämpfung genannt, diese sind Protest, Edukation und Kontakt. Protest kann bei stigmatisierenden Darstellungen in der Öffentlichkeit und in den Medien erfolgreich sein. Bei edukativen Strategien bestimmt der Inhalt die Wirksamkeit. Eine auf biologische Aspekte gerichtete Aufklärung verringert jedoch die soziale Distanz nicht, sondern führt eher zu mehr Angst und erhöhtem Distanzwunsch. Kontakt ist eine Strategie, von der man weiß, dass sie Stigma verringert.

Wie auch eine der befragten Fachkräfte meint, sollte die Sensibilisierung der Gesellschaft betreffend psychische Erkrankungen möglichst früh beginnen. „...diese Ängste und Vorurteile könnte man durch Öffentlichkeitsarbeit abbauen. Eigentlich gehört das schon in Schulen gemacht, bei Kindern und Jugendlichen, in Biologie, in den Unterricht, wo drüber informiert wird über ganz natürliche Dinge. Wie geht man damit um? Das fängt bereits in der Familie an.“ (I4:Z.219-223)

„Mehr Toleranz gegenüber anderen und mehr Sensibilität gegenüber sich selbst bedingen sich gegenseitig als notwendige Voraussetzungen von seelischer Gesundheit für alle Menschen.“ (Finzen 2013:150)

Eine der befragten Fachkräfte findet die Tätigkeit der Selbsthilfegruppen als eine wichtige Maßnahme zur Überwindung von Stigmatisierung und Selbststigmatisierung der psychisch kranken Menschen. „Klar, das ist extrem wichtig, wie gesagt das Stigma ist ja immer noch sehr groß und da geht es darum, dass die Aufklärung viel besser wird und wenn die von Betroffenen selber kommt,

ist das natürlich umso besser. Die Peerberatung ist ganz wichtig, weil die Leute, die selbst betroffen sind, einfach die anderen viel besser verstehen. Ich selber arbeite auch in meinem Bereich als Peerberaterin, ich bin behindert und berate behinderte Frauen. Also, ich kann auch vieles, was die mir erzählen, besser nachvollziehen, weil ich zum Beispiel auch mit Schmerzen und mit Schmerzmitteln zu tun habe, nur als Beispiel. Auch die ganze Selbsthilfe, das Konzept der Selbsthilfe, ist etwas, wo ich sehr dafür stehe.“(I7:Z.153-170)

Als Voraussetzung für eine gelingende Selbsthilfe müssen die Betroffenen vorerst ihre Diagnose kennen, genau über ihre Krankheit aufgeklärt sein und sich damit auseinandersetzen. Dabei brauchen sie Unterstützung, die sie von diversen Interessensvertretungen wie Selbsthilfegruppen und von Psychiatriefachkräften bekommen könnten (vgl. Finzen 2013:146-148). Interessensvertretung in Form von Selbsthilfevereinigungen ist laut den meisten Befragten eine große Unterstützung hinsichtlich Krankheitsüberwindung. Was dabei vielen wichtig ist, ist die Freiwilligkeit der Teilnahme. „Ja, wenn es, wenn es freiwillig ist, also wenn mich nicht irgendwer zu irgendwas zwingen will, ist es super. Wenn irgendwer kommt und meint, man du bist so arm und... aber das, das passiert eh nicht.“ (I6:Z.56-58) Die betroffenen Frauen wünschen sich, nicht bemitleidet zu werden sondern in dem Sinne unterstützt, dass man sich mit seiner Krankheit nicht allein gelassen fühlt. „Ich habe mich einer Selbsthilfegruppe angeschlossen, das hilft wirklich viel, weil man merkt, es gibt viele, denen es so geht wie mir selber.“ (I6:Z.52-53)

Stigma-Bewältigung und Stigma-Management sind wichtige Aufgaben der Stigmatisierten und Mitstigmatisierten. Sie bedürfen dabei vielfältiger Hilfe von ihren TherapeutInnen wie ihrer sozialen Umgebung (vgl. Finzen 2013:143).

Lobbying wird seitens der Betroffenen sowie ihren BeraterInnen ebenfalls als ein wichtiges und geeignetes Mittel zur Einstellungsveränderung betrachtet. In den Interviews und Fragebögenantworten wird eine Interessensvertretung großteils befürwortet und es gibt auch mehrere Frauen, die sich für ihre Rechte und die anderer Betroffener einsetzen würden. „Sicher, also, wenn ich wüsste, da gibt es

ein Projekt, wo ich ein paar Stunden helfen kann oder so, das würde ich machen.“ (I6:Z.74-75) Auf Lobbying und Interessensvertretung kann in diesem Rahmen nicht näher eingegangen werden. Mit dem Thema beschäftigt sich die Masterthesis jener zwei Studierenden eingehend, mit denen der Fragebogen ausgearbeitet wurde⁶.

3.4.5) Umsetzung der Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen

Kader Samira

Als Menschenrechte gelten jene Rechte, die jedem Menschen qua Geburt zustehen. Sie werden nicht erworben - etwa durch Leistung oder Erbe - und können auch niemandem entzogen werden. Die Internationale Menschenrechtscharta der Vereinten Nationen gilt als allgemein anerkannter Katalog der Menschenrechte. Nach Degener (2009:161) sind diejenigen, die sich theoretisch oder praktisch mit Menschenrechten beschäftigen, häufig durch eine enttäuschende Erkenntnis geprägt. „Menschenrechte werden in der Realität nicht umgesetzt oder massiv verletzt. Zwischen Anspruch und Wirklichkeit besteht eine tiefe Kluft“. (Degener ebd.)

Ähnliche Erfahrungen haben auch die Fachkräfte gemacht: „Ich weiß, dass die Behindertenorganisationen jetzt sagen, in Österreich wird prinzipiell bei Behinderten, egal welche Form behindert, die UN-Konvention für Menschen mit Behinderungen überhaupt nicht befolgt. Da gibt es in Österreich ganz große Probleme, ganz große Fehler, viel ist noch nicht erfüllt, was da vorgeschrieben ist von der Konvention. Viel wird nicht eingehalten von Österreich, ich nehme an, dass es für psychisch Kranke genauso wie für alle anderen Kranken und Behinderten zutrifft. Wenn ich mir auf dem Zettel hier die Definition anschau, das Recht auf Möglichkeit von Teilhabe, Selbstbestimmung und so weiter, so sehe ich das in

⁶ siehe Dorner, Tamara/Gebetsberger, Martin (2014): Selbstbestimmt dabei. Interessenvertretung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung unter dem Aspekt von Recovery. Masterthesis Soziale Arbeit. Fachhochschule St. Pölten.

manchen Bereichen möglich und in manchen Bereichen nicht möglich, weil die nötige Unterstützung nicht da ist.“ (17:Z.12-22)

„... teilweise wird die UN-Konvention eingesetzt. In der UN-Konvention steht, dass alle Menschen gleich sind. In der Praxis, in unserer Arbeit sehen wir, dass die psychisch Kranken immer noch abgewertet und stigmatisiert werden. Jeder kranke Mensch hat Recht auf Gesundheit und daher kämpfen wir für Psychotherapie auf Krankenschein.“(18:Z.4-8) Im Sinne von Gleichbehandlung und dem Verbot der Diskriminierung wird auch ein barrierefreier Zugang zu medizinischer und therapeutischer Behandlung einer psychischen Erkrankung durch die wirksame Behandlungsform der Psychotherapie gefordert.

3.5) Persönliche Assistenz

Penz Hermine

In der Encyclopedia of Disability wird Persönliche Assistenz folgendermaßen definiert: „Personal assistance is defined as one person assisting another with the tasks that individuals would normally do for themselves if they did not have disabilities“ (Racino 2006:1235).

Das Modell der Persönlichen Assistenz wurde im Zuge der Independent-Living-Bewegung in den USA von Menschen mit Behinderung für Menschen mit Behinderung entwickelt, um einer Fremdbestimmung und organisatorischen Zwängen von Institutionen entgegenzuwirken. Die Anregungen, die richtungsweisend für dieses Modell der Unterstützung waren, stammen aus der Empowerment-Philosophie, Rechte-Perspektive und Inklusionsdebatte (vgl. Theunissen 2009).

Unter Persönliche Assistenz wird jede Art von individueller Unterstützung verstanden, welche Menschen mit Behinderung ermöglichen soll, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten. AssistenznehmerInnen entscheiden selbst, wann, wie, in welchem Bereich und durch wen Assistenz geleistet wird. Dies verändert die Rolle von behinderten Personen, die vormals passive EmpfängerInnen von

Hilfeleistungen waren, und macht sie zu AuftraggeberInnen für persönliche AssistentInnen (vgl. Niehoff 2009:53). Die Assistenz hat sich an den individuellen Lebensvorstellungen behinderter Menschen auszurichten.

Assistenz ist ein Fremdwort für "Hilfe". Das Wort Hilfe impliziert, dass jemand stark ist, der hilft und jemand schwach, dem geholfen werden muss. Damit geht ein Machtgefälle einher. Der Begriff Assistenz kennzeichnet eine andere Arbeitsbeziehung, ein ausgewogeneres Machtverhältnis zwischen AssistenznehmerIn und AssistentIn, beide sind ebenbürtig (vgl. Kanka o.A.:22).

Nach den Aussagen der befragten Fachkräfte der Sozialen Arbeit bedarf es für ein selbstbestimmtes Leben im Sozialraum individuelle Unterstützung abgestimmt auf die jeweiligen Bedürfnisse des Menschen. Wer viel Bedarf an Unterstützung hat, sollte das auch in Form von Persönlicher Assistenz erhalten. Diese Person sollte eine zentrale Anlaufstelle für alle Belange des täglichen Lebens darstellen. Eine Fachkraft kritisiert die derzeit geteilten Zuständigkeiten, die das momentane Versorgungssystem kennzeichnet. Im Sinne der KlientInnen braucht es eine Vereinfachung der Kommunikationswege, nicht jeweils verschiedene Ansprechpersonen für den Wohnbereich, Finanzielles oder für Behördenwege. Indem die KlientInnen in ihrer gesamten Lebenswelt wahrgenommen und zu AuftraggeberInnen werden, erfolgt eine Stärkung ihrer Sicherheit, ihrer Autonomie und sie fühlen sich ernst genommen (vgl. I4:Z.47-72).

In den Interviews muss das Modell der Persönlichen Assistenz meist erklärt werden, da es den betroffenen Frauen nicht bekannt ist. Eine Betroffene setzt die persönliche Assistenz mit dem derzeitigen Angebot von SozialarbeiterInnen in Beratungseinrichtungen gleich. In den Interviews wurde erhoben, in welchen Bereichen und welchem Umfang Assistenz durch persönliche AssistentInnen geleistet werden sollte.

3.5.1) Art und Umfang

Einer betroffenen Frau ist es sehr wichtig, die Assistentin/den Assistenten nach eigenen Vorstellungen anzuleiten. Sie äußert, dass das Ausmaß und die Häufigkeit der Assistenz zu Beginn relativ hoch und in kurzen Abständen erfolgen und sich dann je nach Bedarf einpendeln sollte. Wichtig ist ihr die Bedarfsgerechtigkeit, Assistenz sollte auch an zwei Tagen hintereinander möglich und telefonische Erreichbarkeit gegeben sein. Für sie wäre eine Unterstützung bei der Kinderbetreuung sehr hilfreich zur eigenen Entlastung und eine Person, mit der sie jederzeit ihre Probleme ausgiebig besprechen könnte (vgl. I1:Z.291-311).

Eine in Partnerschaft lebende junge Frau mit Depressionen stellt fest, dass sie Persönliche Assistenz benötigen würde, wenn sie ihren Partner nicht hätte, der vieles für sie erledigt. „Wenn es einem schlecht geht, dann braucht man eh überall Hilfe, weil man geht nicht raus, man geht nicht einkaufen, man geht nicht zum Arzt, weil man den ganzen Tag nur im Bett liegt.“ (I5:Z.191-193)

Eine bereits mehrfach zitierte Frau, die vom Partner verlassen wurde, hat nun auch einen weit höheren Unterstützungsbedarf, da die lange gewohnte Unterstützung und Regelung des Alltags durch den Partner nun nicht mehr gegeben ist. Sie benötigt vor allem jemanden zum Reden und zur Motivation, da ihre depressiven Symptome nun verstärkt auftreten. Für die Führung des Haushaltes braucht sie Unterstützung, wie auch jemanden, der mit ihr Einkäufe für die Ernährung plant, durchführt und sie motiviert zu kochen. Derzeit ernährt sie sich nur von kaltem Essen, was für sie eine unbefriedigende Alternative darstellt. Auch im Bereich der Mobilität zur Freizeitgestaltung wünscht sie sich Assistenz (vgl. I3:Z.61-99, Z.104-107).

Die Fachkräfte der Beratungseinrichtungen sind sich darüber einig, dass AssistentInnen Unterstützung bei der Alltagsbewältigung leisten sollten. „Ob das jetzt nur zum Reden, zum Kommunizieren ist oder ob es auch darum geht,

praktische Tätigkeiten zu machen ...“ (I4:Z.85-87) Als wichtig erachtete Zuständigkeitsbereiche wären Haushaltsführung, Planung, Einkaufen, Versorgung, Finanzen, ÄrztInnenbesuche, Behördenwege, Kommunikation, Anleitung und Motivation der KlientInnen, Unterstützung bei der Mobilität, Ausflüge „... da bin ich extrem dafür, dass das in viel größerem Ausmaß gemacht und unterstützt wird ... weil sie es nicht schaffen, alles im Auge zu behalten und alles zu kontrollieren ...“ (I7:Z.114-121)

Der interviewte Leiter der Selbsthilfevereinigung findet es wichtig, dass persönliche AssistentInnen die Interessen der KlientInnen in Akutphasen vertreten. Dazu gehört auch, dass sie in Akutsituationen tatsächlich zur Verfügung stehen. Sie sollten dann zu Besuchen bei ÄrztInnen motivieren und darauf achten, dass die AssistenznehmerInnen ein passgenaues Therapie- und Behandlungsangebot erhalten (vgl. I8:Z.43-48).

Der Fachkraft einer Beratungseinrichtung nach ist der Abschluss eines Vertrages der AssistenznehmerInnen mit den jeweiligen AssistenzleisterInnen die Voraussetzung für ein gutes Arbeitsverhältnis. Darin sollte eine gemeinsame Leistungsplanung vorgenommen werden, der zeitliche Rahmen und die Frequenz der Erbringung. Es sollten auch die Möglichkeiten und Grenzen des individuellen Leistungsumfangs besprochen werden (vgl. I4:Z.96-112). Eine weitere Möglichkeit wäre, einen Krisen- oder Vorsorgeplan zu erstellen, damit die Assistenzleistenden sich um die Belange der AssistenznehmerInnen auch dann kümmert, wenn sie diese durch ihren momentanen Gesundheitszustand nicht selbst in Auftrag geben können (vgl. I4:Z.143-149).

3.5.2) Voraussetzungen und Kompetenzen der AssistentInnen

Persönliche Assistenz zu leisten bedeutet ein auftragsbezogenes Handeln, bei dem sich die Frage stellt, ob eine Ausbildung im sozialen Bereich zur geeigneten Ausführung notwendig ist. Die Tätigkeit der AssistentInnen bedeutet nicht nur,

Anordnungen auszuführen, sondern verlangt auch hohe soziale Kompetenzen. Die Frauen wurden deshalb befragt, welche Voraussetzungen und Kompetenzen AssistentInnen ihrer Ansicht nach mitbringen müssen.

Frau C. stellt fest: „Nett muss sie sein. Net nervös, weil sonst werd´ i nervös. Tierliebend“ (I3:Z.151) Für Frau A ist es wichtig, dass die assistierende Person eine spezielle Ausbildung hat, sich mit psychischen Erkrankungen auskennt. Weiters ist ihr wichtig, dass die Arbeitsbeziehung möglichst konstant bleibt, da der Vertrauensaufbau stets langwierig ist. Bei fremden Personen zweifelt sie zudem vorab deren Kompetenzen an. Frau A findet es außerdem wichtig, dass sie Assistenz von einer weiblichen Person erhält. Sie glaubt, dass sie eine hohe emotionale Bindung zu dieser Person aufbauen würde, da diese ja auch in einem gewissen Maß in die Familie integriert sein würde. Daher ist ihr Sympathie sehr wichtig, die sie auch als Erfolgsfaktor für das Gelingen der Assistenz sieht. Weitere genannte Voraussetzungen sind Verlässlichkeit, Erreichbarkeit und Flexibilität in Richtung variierende Unterstützungshäufigkeit. Als Auftraggeberin akzeptiert zu werden, obwohl sie die Person ist, die Unterstützung braucht, hat für sie zentrale Bedeutung.

Die Fachkräfte sind sich einig, dass AssistentInnen Handlungs- und Vermittlungskompetenzen brauchen. Die LeistungserbringerInnen können Ehrenamtliche oder Peers sein, sollten aber zumindest eine Kurzeitbildung mit folgendem Ausbildungsinhalt haben: Umgang mit psychischen Erkrankungen, Risiken, Besonderheiten, Wissen um Krankheitsbilder und Medikamente. Es bedarf ihrer Meinung nach einer Prüfung der Eignung. Besonderes Augenmerk gilt der Kommunikationsfähigkeit und der Verschwiegenheit, da mit der Assistenzbeziehung sehr viel Nähe und Einblick in die Privat- bzw. Intimsphäre verbunden ist.

Der Leiter der Selbsthilfevereinigung findet es aus eigener Erfahrung wichtig und sinnvoll, dass Betroffene andere Betroffene unterstützen. Er nennt dazu das Peersystem und das Modell von GenesungsbegleiterInnen in Deutschland (vgl. I8:Z.48-62). Die Effekte dieser Unterstützung seien schnellere Gesundung und

weniger Rückfälle. Dazu gibt es Erfolge für beide Seiten, auf Seite des Peers und auf Seite der Assistenz nehmenden Person.

3.5.3) Risiken und mögliche Probleme bei Persönlicher Assistenz

Frau A spricht die Problematik der emotionalen Auswirkungen von oft wechselnden Unterstützungspersonen an: „... heut bist da und morgen bist aa no´ da und so, gell und dann kriegst a anders Angebot und dann steßn´s da wieder drei Leut´ eina. Des hab´i des letzte Jahr´ g´habt und des halt´ i net aus.“ (I1:Z.240-242) Sie berichtet von der Langwierigkeit des Vertrauensaufbaues und der Angst vor Verlusten. Bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen können durch häufige Wechsel in der Assistenzbeziehung Krisen ausgelöst werden.

„Betroffene, die anderen Betroffenen helfen, ja, glaub ich, dass das gut sein könnte, ... aber es ist auch nicht immer ganz leicht für Peers diese Doppelrolle zu spielen ... Leute, die so einen Job übernehmen, die brauchen einen Ansprechpartner ... es braucht ein Netz, für Rückfragen, für Hilfestellungen, ... was Organisatorisches, das dann noch dahinter steht.“ (I4:Z.124-137) Dies ist die Meinung einer Fachkraft, die Erfahrungen mit Betroffenen hat, die gerade eine Peerberatungsausbildung absolvieren.

Psychisch kranke Menschen haben oftmals einen variierenden Unterstützungsbedarf. Es stellt sich daher die Frage nach der Assistenz in Akutphasen, wo sie vielleicht mehr Unterstützung brauchen, aber vielleicht gerade selbst diese Einsicht nicht haben und auch nicht die Kompetenz, die AssistentInnen anzuleiten. „Einen Vertrag, wie so einen Vorsorgeplan, der bereits unterschrieben ist, so eine Art Krisenplan fände ich nicht schlecht, ob er dann tatsächlich in der Situation umsetzbar ist, ist die andere Frage, weil bei psychisch kranken Menschen ... in Krisen kann sein, dass sie das dann vom Denkvermögen nicht mehr einhalten können.“ (I4:Z.143-147)

Die befragte Fachkraft stellt zudem fest, dass der Zukauf von privaten oder institutionellen Dienstleistungen oder die Entscheidung für Persönliche Assistenz

eine gewisse Organisationskompetenz der beeinträchtigten Frauen erfordert. Sie müssen sich über die eigenen Bedürfnisse, Wünsche und Handicaps bewusst sein und diese auch äußern können (vgl. I4:Z.98-105).

3.5.4) Kompetenzen der AssistenznehmerInnen

Miles-Paul und Frehse (1994:14) nennen vier zentrale Kompetenzen, die AssistenznehmerInnen brauchen: Personalkompetenz, Anleitungskompetenz, Organisationskompetenz und Finanzkompetenz. Auf der Grundlage eines (Bewerbungs-)Gesprächs müssen sie entscheiden, ob die BewerberInnen sich als geeignet erweisen und den eigenen Zielsetzungen und Vorstellungen entsprechen. Miles-Paul (ebd.) hebt diesbezüglich hervor, dass die Auswahl des Personals einen wichtigen Faktor hinsichtlich der Wahrung der Menschenwürde darstellt, indem die AssistenznehmerInnen selbst entscheiden und bestimmen, wer sie in unterschiedlichen Bereichen des Alltags begleitet.

Um AssistentInnen anleiten zu können, sollten die AssistenznehmerInnen Arbeitsanweisungen geben, ihre Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche reflektieren und klar äußern können sowie Gesprächsbereitschaft beziehungsweise Konflikt- und Kritikfähigkeit aufweisen. „Die Anleitungskompetenz der Assistenznehmerin umfasst neben der konkreten Anleitung von Tätigkeiten auch, dass grundsätzliche Rahmenbedingungen innerhalb der Beziehung zwischen Assistenznehmerin und Persönlicher Sicht Assistentin angesprochen werden“ (Klicker 2001:215). Im Rahmen der Organisationskompetenz muss der Umfang des Hilfebedarfs festgelegt und geplant werden, welche Tätigkeiten zu welcher Zeit ausgeführt werden sollen. Dies spielt eine große Rolle bezüglich der Machtverhältnisse, da AssistenznehmerInnen zu AuftraggeberInnen werden. Wird Persönliche Assistenz über eine Assistenzorganisation realisiert, spielt die Finanzkompetenz nur in geringem Maße eine Rolle. Bei einem ArbeitgeberInnenmodell haben die AssistenznehmerInnen die Finanzmittel selbst in der Hand, was nach Miles-Paul (ebd.) eine weitere Voraussetzung zur Umkehrung der Machtverhältnisse darstellt.

Die Organisation von Persönlicher Assistenz kann durchaus auch zu einer Belastungsprobe werden. Die Entscheidung Persönliche Assistenz von außerhalb der bisherigen familiären Strukturen zu erhalten, kann einen Freiheitsgewinn bedeuten, bringt aber auch die Notwendigkeit der Eigeninitiative und das Tragen von Verantwortung mit sich. Nach Mohr (2004:43) ist das Treffen von selbstbestimmten Entscheidungen und das Tragen der Konsequenzen daraus oft eine schwierige, keineswegs angenehme Angelegenheit. Der Wunsch, selbstbestimmt leben zu können, birgt das Risiko, sich mit Unbekanntem und Ungewohntem zu beschäftigen. Für das Wachstum und die Entwicklung eines Individuums ist es allerdings unumgänglich, Risiken in Kauf zu nehmen.

3.5.5) Erfolge durch Persönliche Assistenz

Persönliche Assistenz könnte laut Interviewergebnissen derzeitige bestehende Versorgungslücken füllen und dadurch auch Sachwalterschaften vermeiden. „Viele Betroffene haben einen Sachwalter ... Persönliche Assistenz wäre viel produktiver als ein Sachwalter.“ (I8:Z.26-28). Ein weiterer Gewinn entsteht durch die vermehrte Selbstbestimmung, die nach Ansicht eines Interviewpartners nachweislich gesundheitsfördernd wirkt. „In Deutschland gibt es sowas im ambulanten Bereich und heißt Genesungsbegleiter. Das ist eine Person, die selber psychisch krank war/ist, die eine Ausbildung für Genesungsbegleiter gemacht hat. (...) Angeblich gibt es über diese Unterstützung eine Studie, die Betroffenen werden schneller gesünder und haben weniger Rückfälle. (...) Im Heilungsprozess gibt es in jedem Fall viel Erfolg für beide Seiten.“(I8:Z.44-62)“

Nach Meinung eines ehemaligen Betroffenen und jetzigen Leiters einer Selbsthilfevereinigung würde diese Form der Unterstützung auch eine höhere Effizienz als hohe Dauermedikation nach sich ziehen. Seiner Erfahrung nach geht mit dem Ressourcenmangel im derzeitigen Unterstützungsangebot meist eine hohe Medikamentendosis einher (vgl. I8:Z.32-48). Er stellt fest: „Also, alle Lebensbereiche könnten damit abgedeckt werden ... das könnte viel mehr bringen als eine starke, dauerhafte medikamentöse Therapie.“ (I8:Z.31-34).

Abschließend folgt eine Darstellung des Modells Persönlicher Assistenz zur Veranschaulichung der wichtigsten Einflussfaktoren. Zentral ist darin die/der Betroffene, welche/r über die genannten Kompetenzen verfügen muss, um Assistenzleistende anleiten zu können. Die Assistenzleistungen sollten sich besonders auf den häuslichen Bereich, Freizeit und gesellschaftliche Partizipation konzentrieren. In bestimmten Fällen wird es nötig sein, dass die Assistenzleistung auch hinsichtlich Ausbildung bzw. Berufstätigkeit erfolgt. Das Spektrum der erbrachten Hilfeleistungen kann dabei Körperpflege, Haushalt, Mobilität, Kommunikation und Handreichungen umfassen, die eine betroffene Person selbst nicht ausführen kann.

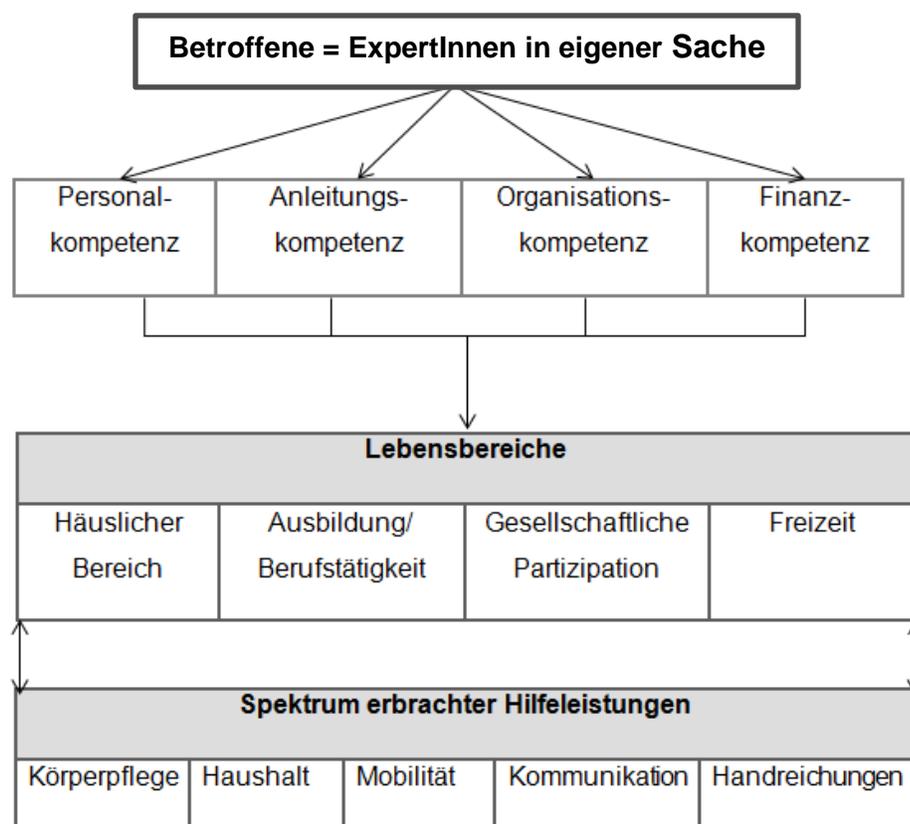


Abbildung 3: Modell persönlicher Assistenz nach Franz (2002:40)

4) Conclusio

Kader Samira/Penz Hermine

Die Auswertung der Daten hat nicht nur Antworten auf die Fragen der Forschung geliefert, sondern auch bereits bekannte Erkenntnisse zur Bedeutung von Behinderung und Stigmatisierung bestätigt. In diesem Kapitel erfolgt nun eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse zur Lebenssituation von Frauen mit Beeinträchtigungen, von ihnen genutzte Unterstützungsangebote, ihre Bedürfnisse bezüglich voller, wirksamer und gleichberechtigter Teilhabe in der Gesellschaft, Unterstützungsleistungen, die dazu gebraucht werden und ein aus den Erkenntnissen hervorgegangenes Modell von persönlicher Assistenz.

4.1) Lebenssituationen von Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen

Anhand der Ergebnisse wurden die reale Lebenswelt und Lebenslage von erwachsenen Frauen im untersuchten Forschungsfeld beschrieben. Sie beinhaltet ökonomische, nichtökonomische und immaterielle, objektive und subjektive Dimensionen, die interagieren. An Einflussgrößen wurden neben ökonomischen Ressourcen, Abhängigkeiten, Beziehungen, Gesundheit, Geschlecht, Mobilität, Freizeit und Partizipation an kulturellem und politischem Leben untersucht. Eine weitere wichtige Dimension war die subjektive Bewertung der eigenen Lebenslage.

Die Lebenssituation der untersuchten Gruppe ist gekennzeichnet von Stigmatisierung und Ungleichbehandlung. Psychische Erkrankungen werden immer noch tabuisiert. Viele der Betroffenen leiden weiterhin unter Stigmata, Vorurteilen und Diskriminierung. Das Leiden infolge von Stigmatisierung kann dermaßen intensiv sein, dass es sich wie eine zweite Krankheit auf die Betroffenen auswirkt (vgl. Finzen 2013:9). Durch Internalisierung der Urteile von außen und des Gefühls, wegen der psychischen Erkrankung weniger wert zu sein als andere Menschen, stigmatisieren sich viele der Betroffenen zusätzlich selbst.

Aus den Interviews geht ganz sehr hervor, dass der Begriff Behinderung emotional negativ belegt ist. Mit dem Begriff werden von den Frauen Benachteiligungen,

Ausgrenzung, Fremd- sowie Selbststigmatisierung und damit einhergehend emotionale Verletzungen, negative Auswirkungen auf den Selbstwert und Veränderung der eigenen Identität verbunden. Das Ausmaß der Stigmatisierung durch die Identität als Mensch mit einer Behinderung machen Bernard/Hovorka (1992:87) mit folgender Aussage deutlich: „Die Einführung des Wortes „behindert“ hat mehr zur Desintegration betroffener Menschen beigetragen als alle vorherigen, angeblich so deformierenden Wörter (...) Wenn dann auch noch das Hauptwort Mensch weggelassen wird, ist eine eigene Kategorie von Lebewesen geschaffen.“ Die befragten Frauen bevorzugen daher den Begriff der Erkrankung.

Eine weitere Einflussgröße ist die Identität als Frau. Traditionelle Zuschreibungen beeinflussen stark das Selbstbild von Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen. Zuschreibungen, wie „frau“ sein soll und die Normierung der Verhaltensweisen führen dazu, dass psychisch kranke Frauen einerseits mit hohen Erwartungen konfrontiert werden und auch selbst diesen Ansprüchen gerecht werden möchten, da damit ihre Identifikation einhergeht und ihr Selbstwert bestimmt wird. Naheliegend ist daher, dass sie aus diesen Gründen keine Hilfe in Anspruch nehmen bzw. auch einen Bedarf danach nicht äußern.

Die Sozialisierung von Frauen erfolgt noch immer in Richtung Anpasstheit, Bravheit, dem Zurücknehmen der eigenen Bedürfnisse und der Abhängigkeit von anderen (vgl. Jesse 2010:305). Das Geschlecht hat Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von psychischen Erkrankungen durch biologische, psychosoziale und kulturelle Unterschiede, die interaktionell und multifaktoriell wirken. Dazu stehen Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen meist in starken Abhängigkeiten, ohne Möglichkeiten der Beeinflussung oder Kontrolle in Partnerschaften oder anderen familiären Beziehungen wie auch in materieller Hinsicht, was durch die geringe Beschäftigungsquote bedingt ist und verfestigt wird. Einige sind obendrein psychischer und auch physischer Gewalt ausgesetzt. Die betroffenen Frauen sind in besonderem Maß durch ihre multiplen Rollen wie Mutter, Ehefrau/Partnerin, Haushälterin, Tochter oder Pflegende für Eltern oder Schwiegereltern zahlreichen Stressoren und einer allgemeinen Überlastung ausgesetzt (vgl. Riecher-Rössler 2001:VIII). Durch jahrelange Abhängigkeiten sind

viele Menschen mit Behinderungen zudem sehr vorsichtig, ihre Bedürfnisse zu äußern.

Die Auswertungen der durchgeführten Befragungen haben ergeben, dass die meisten der betroffenen Frauen aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen nicht in der Lage sind, ein Dienstverhältnis aufrechtzuerhalten. Der Verlust des Arbeitsplatzes hat oftmals soziale Exklusion zur Folge. Das Risiko, von sozialer Unterstützung abhängig zu werden, steigt somit. Die beeinträchtigten Frauen sind zahlreichen sozialen Exklusions- und Desintegrationsrisiken ausgesetzt. Sie bilden häufig von Armut betroffene Bevölkerungsteile, die gesellschaftlich und ökonomisch an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden und aus gesellschaftlichen Funktionssystemen herausfallen. So lässt sich ein klarer Zusammenhang zwischen Behinderung und sozialer Lage bzw. Behinderung und Armut nachweisen (Dederich 2009:29). Die Geschlechtszugehörigkeit stellt eine weitere Ursache für soziale Ungleichheit dar, welche durch Klassen und Schichten noch verschärft wird (vgl. Rosenberger 1996:86f).

Durch die Leistungseinschränkungen und die damit einhergehenden materiellen Einbußen nimmt das Ausmaß der Abhängigkeit von externer Unterstützung zu. Die untersuchte Gruppe nimmt unterschiedliche institutionelle Leistungen in Anspruch und erhält großteils auch private Unterstützung. An institutioneller Hilfe wird am häufigsten die medizinische Behandlung durch Fachärzte für Psychiatrie genannt. Etwa ein Drittel befindet sich in psychotherapeutischer Behandlung und ein Fünftel wird durch mobile soziale Dienste unterstützt.

Mehr als die Hälfte besucht eine Tagesstruktur bzw. nutzt betreute Freizeitgestaltung. 48,7% nehmen die Möglichkeit von Beratungsgesprächen mit SozialarbeiterInnen in Anspruch. Dabei gibt den Frauen die Gewissheit, jederzeit eine/n Ansprechpartner/in zu haben, Sicherheit. Für die Betroffenen ist Sicherheit und Flexibilität eine wichtige Komponente, da die Inanspruchnahme der Hilfe stark vom momentanen psychischen Zustand abhängig ist und Bedarf und Häufigkeit von wechselnder Intensität gekennzeichnet sind.

46% erhalten Unterstützung durch Familie, Freunde, Nachbarschaft oder KollegInnen. Freunde werden kaum als Unterstützende genannt und wenn sie genannt werden, dann im Bereich von Freizeitaktivitäten und Gesprächen, was diese Beziehungen nicht von üblichen freundschaftlichen Beziehungen unterscheidet.

Beim Thema Wohnen wird die Unterstützung fast ausschließlich von der Familie durch Partner/in, Eltern, Geschwistern und Kindern geleistet. Laut Fragebogenergebnissen wird bei Arztterminen, Veranstaltungen und der Freizeitgestaltung die Unterstützung ebenfalls überwiegend von der Familie erbracht. Die Familie nimmt einen hohen Stellenwert in dieser Funktion ein, was von den befragten Frauen ambivalent erlebt wird. Die Bandbreite reicht von der Empfindung von zu wenig Unterstützung über passende materielle und emotionale Hilfestellung bis zu Druck und Abhängigkeit, auch Traumatisierung und Gewalt. Mit dem Bedarf an Unterstützung geht in jedem Fall eine gewisse Abhängigkeit einher.

Die befragten Frauen verfügen infolge der Stigmatisierung und daraus resultierendem Rückzug über mangelnde Netzwerkbeziehungen und wenig Möglichkeiten der selbstbestimmten Freizeitgestaltung. Wie die Befragten in den Interviews feststellen, ist die Teilnahme am öffentlichen Leben durch ihre Erkrankungen erschwert.

Mobilität ist in diesem Zusammenhang ein wichtiges Thema und wird von den Betroffenen unmittelbar mit Selbständigkeit und Selbstwirksamkeit verbunden. Frauen in ländlichen Gebieten empfinden fehlende Mobilität als gravierende Einschränkung. Die Betroffenen erleben sich gehindert bzw. behindert in ihren Möglichkeiten, da sie keine materiellen Ressourcen zur Verfügung haben am Individualverkehr teilzunehmen und die Infrastruktur bzw. die Nutzungskosten die Fortbewegung mittels öffentlicher Verkehrsmittel nicht zulassen. Als Folge schränkt sich ein Teil der Betroffenen mehr oder minder freiwillig in ihren Aktivitäten ein, um möglichst ohne Unterstützung von anderen leben zu können. Andere leiden unter

der hohen Einschränkung ihrer Mobilität, ohne diesen Zustand verändern zu können. Der verbleibende Teil nimmt die Abhängigkeit von den Personen in ihrem privaten Umfeld in Kauf.

Eine weitere Barriere, sich Zugang zu geregelten Unterstützungsangeboten zu verschaffen, bildet die Angst vor Stigmatisierung. Der Verzicht auf die Ausstellung eines Behindertenpasses deutet latent darauf hin, dass damit auch das öffentliche Bekenntnis zur Behinderung vermieden werden möchte.

4.2) Bedürfnisse bezüglich voller Teilhabe und vermehrter Selbstbestimmung

4.2.1) Ende der Stigmatisierung

Die befragten Frauen wünschen sich eine Gesellschaft ohne Stigmatisierung, in der sie sich als gleichberechtigte Bürgerinnen fühlen können. Wie anhand der ausgewerteten Daten belegt, werden viele der Betroffenen aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen ungleich behandelt und stigmatisiert. Dadurch reduzieren sie ihre sozialen Kontakte, was ihr Leiden noch zusätzlich verstärkt.

Eine der Bewältigungsstrategien von Stigmatisierung ist der regelmäßige Austausch mit anderen Betroffenen. Dieser ist im Rahmen von Selbsthilfegruppen möglich. In einer Selbsthilfegruppe kann Betroffenen klar werden, wie ungerecht und verletzend Ausgrenzung ist. Wenn sie zu der Überzeugung gelangen, dass die stigmatisierenden Haltungen und negativen Reaktionen von anderen keine Berechtigung haben, können empörte Reaktionen entstehen. Diese Energie kann im Engagement gegen Diskriminierung und Stigmatisierung sowohl auf individueller Ebene als bei gesellschaftlichen und politischen Aktivitäten zur Veränderung der Situation genutzt werden (vgl. Amering/Schmolke 2007:74). Viele der Befragten nehmen an diversen Selbsthilfegruppen teil. Dadurch fühlen sie sich von anderen Gleichbetroffenen verstanden und mit ihrer Krankheit nicht allein gelassen.

Die Aussagen der Befragten weisen darauf hin, dass auf der gesellschaftlichen Ebene bezüglich Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen noch starker Handlungsbedarf besteht. Eine Aufklärungsarbeit, die noch im Schulalter beginnen sollte, ist bei allen Befragten erwünscht. Dialogische Antistigma-Initiativen im Rahmen von Schulprojekten schaffen Begegnung mit Erfahrenen und bewirken gerade dadurch Sensibilisierung und Prävention (vgl. Bock 1999:30).

Im Stigma-Management wäre ein Lösungsansatz hinsichtlich der Schaffung von Voraussetzungen für Selbsthilfe und Etablierung der Peerarbeit notwendig. Nach Bock (1999:30f) ist ein direkter Kontakt von erfahrenen Betroffenen zu den Ersterkrankten sehr wichtig, damit sie möglichst frühzeitig einer Selbststigmatisierung entgegenwirken können. Dazu sollten vermehrt die ehemaligen Psychiatrie-Erfahrenen eingesetzt werden. Sie könnten damit auch zu gezielter Aufklärungsarbeit beitragen, die als Teil eines Anti-Stigma Managements für Betroffene von großem Vorteil sein würde. Persönliche Begegnungen mit Betroffenen und deren individuelle Geschichte stellen die überzeugendsten Maßnahmen dar, um die Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen aufzuklären und sie zu sensibilisieren (vgl. Bock 1999:30f). Die Überwindung von Stigma ist nur möglich, wenn die Betroffenen selbst die Initiative ergreifen und somit vorhandene Ängste und soziale Distanz in der Gesellschaft abbauen helfen (vgl. Amering/Schmolke 2007:75). Die Kontakthypothese basiert auf der Annahme, dass intensive Beziehungen zu Menschen mit Behinderung die Einstellungen positiver gestalten. Die Qualität wird dabei durch die Intensität und nicht die Häufigkeit bestimmt (vgl. Cloerkes 2007:146). Finzen (2013:56,146) weist ebenfalls darauf hin, dass die Krankheitsoffenbarung eine Chance sein kann, im Bekannten- und Freundeskreis Hilfe zu bekommen.

Ein weiterer Punkt, mit dem Stigmatisierung eingegrenzt werden könnte, ist das Mitbedenken der Auswirkungen durch die Erstellung von Diagnosen und die Klassifizierung mittels „Einschätzung vom Behinderungsgrad“. Stigmatisierungen werden mitunter durch Diagnosen untermauert. Die Diagnosestellung ordnet Probleme in einen medizinischen Kontext ein, ist für die Kommunikation darüber

hilfreich und eine zwingende Voraussetzung für medizinische oder rechtliche Unterstützung, haftet aber den Betroffenen wie ein Etikett an. Um eine weitere Stigmatisierung durch Diagnosen zu vermeiden, sollte man klarer machen, dass es sich bei psychischen Krankheiten um einen veränderlichen Zustand handelt. Der Diagnose sollte man daher etwas von ihrer Bedeutung wegnehmen, so dass sie nicht dermaßen negativ behaftet ist (vgl. Schomerus 2014:o.A.).

4.2.2) Gesundheit - Therapeutische Versorgung

Nicht nur Stigmatisierung, sondern auch die mangelnde medizinische Versorgung der Betroffenen ist ein weiteres Problem, welches die Befragten belastet.

Mit ihren Aussagen betonen die Betroffenen, dass sie sich vom Gesundheitssystem als Patientinnen ungleich behandelt fühlen. Psychische Krankheiten werden nicht als „echte“ Krankheiten anerkannt. Die psychiatrische Versorgung ist leider immer noch mangelhaft, was nicht nur in finanziellen Mängeln begründet liegt. Erst mit einer zeitgemäßen psychiatrischen Krankenversorgung, die auch therapeutische Elemente beinhaltet, ist die Behandlung der psychischen Erkrankungen aussichtsreich (vgl. Finzen 2013:157).

Alle Betroffenen sowie alle befragten Fachkräfte fordern Psychotherapie auf Krankenschein im Sinne von Gleichbehandlung. Viele Betroffene müssen für ihre notwendigen Psychotherapiestunden selbst aufkommen, weil darauf kein Anspruch durch die gesetzliche Sozialversicherung besteht. Durch Arbeitsplatzverlust bzw. gar keinen Zugang zu eigener Erwerbstätigkeit aufgrund der Beeinträchtigung sind viele der Betroffenen aufgrund ihrer finanziellen Situation nicht in der Lage, sich Therapiestunden zu leisten. Denn der durchschnittliche chronisch psychisch kranke Mensch lebt in relativer materieller Armut entweder von Sozialhilfe, einer kleinen Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension oder ist materiell abhängig von Angehörigen (vgl. Schlichte 2006:35).

Einige Betroffene haben geäußert, dass ihrer Meinung nach der Staat auf der Ebene der medizinischen Versorgung von psychisch kranken Menschen spart.

Nach ihren Erfahrungen ist es einfacher, Psychopharmaka verschrieben zu bekommen als monatelang auf einen Therapieplatz zu warten. Die befragten Fachkräfte sind ebenfalls der Meinung, dass die meisten Betroffenen allzu schnell und zu hoch dosiert medikamentös behandelt werden. Ein Lösungsansatz für dieses Problem wäre, dass mehr Therapiestunden durch die Sozialversicherungen bewilligt werden, da die Effekte der Gesprächstherapie auch dabei helfen, den Medikamentenverbrauch zu senken.

Nicht nur psychische Erkrankungen stellen ein Problem dar, sondern auch Komorbidität. Zusätzliche körperliche Erkrankungen stehen in Wechselwirkung mit der psychischen Beeinträchtigung. Deswegen ist die psychische Entlastung durch psychotherapeutische Gespräche eine Möglichkeit, den Gesundheitszustand zu stabilisieren und/oder nachhaltig zu verbessern.

„Je besser die Betroffenen medizinisch und therapeutisch versorgt sind, desto leichter können sie anderen ebenso Betroffenen im Rahmen von Selbsthilfe- und Trialoggruppen Hilfe leisten.“(Finzen 2013:156)

4.2.3) Mit Assistenz zum selbstbestimmten Leben

Freiwilligenarbeit im Rahmen von privaten Unterstützungsleistungen ist in außergewöhnlichen, kurzfristigen Notfällen ein wertvoller Baustein der Gesellschaft. Als Dauerlösung funktioniert sie aber nicht, sondern schafft massive Abhängigkeiten und Schuldgefühle, deren Auswirkungen und Folgekosten nicht zu unterschätzen sind (vgl. Kanka o.A.:63).

Alle betroffenen Interviewpartnerinnen sind von der Hilfe und Unterstützung ihres näheren Bezugssystems abhängig. Die Unabhängigkeit und die Entlastung dieses Bezugssystems erscheinen besonders bedeutsam, denn aus diesem Angewiesensein können schwierige Lebenssituationen mit problematischen Abhängigkeitsverhältnissen entstehen. Der Unterstützungsbedarf der betroffenen Frauen sollte von AssistentInnen gedeckt werden, um unabhängiger zu sein und die Beziehungen zu Familie und Freunden zu entlasten. Dies sind wesentliche

Gründe, die für das Assistenzmodell sprechen. Andererseits bedeutet das jedoch nicht zwingend, dass Hilfestellung durch Familienangehörige völlig abzulehnen ist, sondern weist auf die Bedingungen hin, die aus diesen Verhältnissen entstehen können.

Nach einheitlichen Aussagen bedarf es für ein selbstbestimmtes Leben im Sozialraum individuelle Unterstützung abgestimmt auf die jeweiligen Bedürfnisse des Menschen. Wer viel Bedarf an Unterstützung hat, sollte dies nach Meinung der Befragten in Form von Persönlicher Assistenz erhalten. Der/Die Assistent/in sollte eine zentrale Anlaufstelle für alle Belange des täglichen Lebens darstellen. Kritisiert werden die geteilten Zuständigkeiten, die das momentane Versorgungssystem kennzeichnet. Im Sinne der KlientInnen braucht es eine Vereinfachung der Kommunikationswege, nicht jeweils verschiedene Ansprechpersonen für den Wohnbereich, Finanzielles oder für Behördenwege. Indem die KlientInnen in ihrer gesamten Lebenswelt wahrgenommen und zu AuftraggeberInnen werden, erfolgt eine Stärkung ihrer Sicherheit, ihrer Autonomie und sie fühlen sich ernst genommen

Wichtigster Parameter für die Assistenz ist die Bedarfsgerechtigkeit. Das Ausmaß der Assistenz sollte zu Beginn relativ hoch sein und in kurzen Abständen erfolgen und sich nach dem individuellen Bedarf richten, da Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen einen variierenden Unterstützungsbedarf haben.

Bereiche, in denen jemand gebraucht wird, sind Kommunikation z.B. für entlastende oder beratende Gespräche, zur Motivation, Haushaltsführung, Planen, Einkaufen, Versorgung, Finanzen, ÄrztInnenbesuche, Behördenwege, Anleitung und Motivation, Unterstützung bei der Mobilität. Ein weiterer Punkt ist die Vertretung der Interessen der AssistenznehmerInnen in Akutphasen.

Voraussetzung für ein Arbeitsverhältnis ist der Abschluss eines Vertrages der AssistenznehmerInnen mit den jeweiligen AssistenzleisterInnen. Zentrale Inhalte sind dabei die Möglichkeiten und Grenzen des individuellen Leistungsumfangs und die Vornahme einer gemeinsamen Leistungsplanung.

Geklärt werden sollte auch die Frage nach der Ausgestaltung der Assistenz in Krisen. In Akutphasen brauchen die betroffenen Frauen zumeist mehr Unterstützung, haben möglicherweise diese Einsicht selbst aber gerade nicht und verfügen auch nicht über die Kompetenz, die AssistentInnen anzuleiten.

Als Voraussetzungen und Kompetenzen von AssistentInnen werden von Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen persönliche Eigenschaften wie Höflichkeit, Kommunikationsfähigkeit, Ausstrahlung von Ruhe, Tierliebe, Akzeptanz der Assistenznehmerin, Sympathie, Verlässlichkeit, Erreichbarkeit, Flexibilität und Verschwiegenheit gefordert. Ein wichtiger Punkt ist Vertrauenswürdigkeit, da durch sehr viel Nähe und Einblick in die Privat- und Intimsphäre der Klientinnen bei den meisten Assistenzbeziehungen eine hohe emotionale Bindung entsteht. Geschlechtssensibilität ist bei den befragten Frauen ebenfalls ein Thema. Weiters werden möglichst konstante Arbeitsbeziehungen aufgrund der Langwierigkeit des Vertrauensaufbaus und Angst vor Verlusten gewünscht. Durch häufig wechselnde Unterstützungspersonen kann möglicherweise auch eine Destabilisierung entstehen oder es könnten auch Krisen ausgelöst werden.

Fachliche Qualifikationen wie ein bestimmtes Ausmaß an Wissen um psychische Erkrankungen, sowie Handlungs- und Vermittlungskompetenzen sind den Frauen ebenfalls wichtig. Als gute Möglichkeit wird die Assistenz durch Peersysteme angesehen, wo Betroffene andere Betroffene unterstützen sowie der Einsatz von ehrenamtlichen AssistenzleisterInnen.

Damit dieses Modell funktionieren kann, bedarf es auch bestimmter Kompetenzen bei den Assistenznehmerinnen. Wie bereits angeführt, nennen Miles-Paul und Frehse (1994:14) vier zentrale Kompetenzen, die AssistenznehmerInnen brauchen: Personalkompetenz, Anleitungskompetenz, Organisationskompetenz und Finanzkompetenz. Die Frauen müssen eine Auswahl des Personals vornehmen, die AssistentInnen anleiten können und damit ein bestimmtes Ausmaß an Reflexions- und Kommunikationsfähigkeit besitzen. Im Rahmen der Organisationskompetenz muss der Umfang des Hilfebedarfs festgelegt und

geplant werden, welche Tätigkeiten zu welcher Zeit ausgeführt werden sollen. Finanzkompetenz spielt nur im Rahmen des ArbeitgeberInnenmodells eine Rolle. Das Innehaben und die Ausführung aller genannten Kompetenzen hat starken Einfluss auf die Machtverhältnisse in der Assistenzbeziehung, die eine komplette Aufhebung der Asymmetrie der Machtverhältnisse zur Folge hat, von der herkömmliche Fachkräfte-KlientInnenbeziehungen gekennzeichnet sind. Indem AssistenznehmerInnen zu AuftraggeberInnen werden, erhalten sie einen anderen Status als den von „Hilfeempfangenden“, was den ihnen gesellschaftlich zugebilligten Stellenwert sowie auch den eigenen Selbstwert und damit auch die Wahrnehmung der eigenen Identität massiv verändern kann bzw. wird.

4.2.4) Positive Effekte von Persönlicher Assistenz

Persönliche Assistenz könnte laut Interviewergebnissen bestehende Versorgungslücken füllen und Sachwalterschaften vermeiden. Das entstehende Empowerment (vgl. Stark 1996) durch vermehrte Selbstbestimmung und Entscheidungsmöglichkeiten wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus und ist essentiell für Recovery⁷. Für die Frauen mit Beeinträchtigung bedeutet dies, dass sie selbst wählen, in welchem Lebensbereich und zu welchem Zeitpunkt sie Unterstützung bzw. Assistenz benötigen.

Wohnen in familialen Strukturen ist für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen die einzige Alternative zum Leben in Institutionen (vgl. Becker 2011:267f). Die meisten der in der Untersuchung befragten Frauen leben in privaten Wohnungen und im Familienverband. Derzeit wird der Bedarf an Assistenz häufig durch Familienmitglieder gedeckt, was durch den Einsatz des Modells von Persönlicher Assistenz auf Außenstehende verschoben werden würde. Dies könnte die Abhängigkeitsverhältnisse im privaten Umfeld aufbrechen und somit auch familiäre Strukturen entlasten. Die positiven Aspekte des Lebens

⁷ Bedeutung von Recovery (vgl. LEO 2006): Erholung, Besserung, Genesung, Rückgewinnung. Der Begriff Recovery wurde in den frühen 90er Jahren in der Rehabilitation geprägt und bedeutet ein Konzept der Entwicklung aus den Beschränkungen der PatientInnenrolle hin zu einem selbstbestimmten sinnerfüllten Leben (vgl. Amering/Scholke 2007:11).

im persönlichen Umfeld bleiben dabei erhalten, denn Familien bieten Alltag und damit Normalität, Integration in der Nachbarschaft und weitere soziale Kontakte.

5) Handlungsempfehlungen

Kader Samira/Penz Hermine

Da sich die gesamte Untersuchung darauf konzentriert, wie die Umsetzung der UN-Konvention gestaltet werden könnte, um Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen zu vermehrter Selbstbestimmung und Teilhabe zu verhelfen, werden hier nun Handlungsempfehlungen zu den beiden Kernthemen der Arbeit, der Entgegenwirkung von Stigmatisierung und Assistenz als Mittel zu Selbstbestimmung, ausgesprochen.

5.1) Umsetzung der UN-Menschenrechtskonvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Als eines der zentralen Rechte werden in der Konvention Achtung vor der Differenz und Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen als Teil der menschlichen Diversität und Humanität genannt. Laut den Ergebnissen leiden die Betroffenen aber unter Stigmatisierung, Ungleichbehandlung und Diskriminierung. Es existieren zahlreiche Barrieren, die eine volle und effektive gesellschaftliche Partizipation und Inklusion verhindern. Behinderung stellt soziale Ungleichheit her, wobei Geschlecht als verstärkende Kategorie wirkt, das die Fortschreibung traditioneller Frauenrollen bedingt und besonders bei Frauen mit Beeinträchtigungen Armut und Abhängigkeitsverhältnisse mit sich bringt. Neben strukturellen und sozialen Barrieren, die stark im Denken der Menschen verankert sind, herrschen auch Mobilitätsbarrieren vor. Frauen mit psychischen Behinderungen können durch die bestehenden Abhängigkeitsverhältnisse nicht in Würde und individueller Autonomie, die von selbstbestimmten Entscheidungen gekennzeichnet ist, leben.

Die Untersuchungsergebnisse dieser Arbeit bestätigen die Vorannahme, dass das maßgebliche Ziel der UN-Konvention, nämlich die bedingungslose Inklusion in die

Gesellschaft, noch lange nicht erreicht ist. Diese beinhaltet nach dem österreichischen NAP, dass sich das Leben von Menschen mit Behinderung möglichst wenig vom Leben von Menschen ohne Behinderungen unterscheiden soll (vgl. BMASK 2012:13).

Hinderliche Gründe für die Umsetzung der Konventionsinhalte sind, dass die UN-Menschenrechtskonvention in Österreich unter Erfüllungsvorbehalt steht, was bedeutet, dass aus der Konvention keine subjektiven Rechte abgeleitet werden können; sie aber zur Auslegung von Gesetzen heranzuziehen ist. Bei der Umsetzung der Konvention in Österreich gibt es darüber hinaus strukturelle Probleme wie den Föderalismus, das mangelnde Bewusstsein dafür, dass die Konventionsprinzipien Querschnittsmaterie sind und die mangelnde Verwirklichung des Menschenrechtsansatzes (vgl. ÖKSA 2011:40).

„Rechte ohne Ressourcen zu besitzen ist ein grausamer Scherz“ nach Aussage von Rappaport (1985:268). Deshalb erscheint es wichtig, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen der österreichischen Sozialgesetzgebung dahingehend verändert werden, dass Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen ihre Rechte durchsetzen können. Dazu bedarf es der Verbesserungsmöglichkeiten und Ausschöpfung der Entwicklungspotentiale in Bereichen der finanziellen und gesetzlichen Voraussetzungen, dem Abbau von Isolation, einer Änderung der gesamtgesellschaftlichen Wertmaßstäbe wie z.B. dem Leistungsprinzip, Unterstützung zu Selbstbestimmung und Autonomie im Bereich Wohnen und Mobilität, der Vereinheitlichung von Gesetzen und Förderungsmaßnahmen, sowie der Verbesserung verschiedener Hilfs- und Servicedienste.

5.2) Umsetzung des NAP

Für eine konventionskonforme Umsetzung des Kapitels „Selbstbestimmtes Leben“ müssen passende Unterstützungsleistungen und eine entsprechende Angebotsvielfalt zur Verfügung stehen. Das Konzept von Empowerment und De-Institutionalisierung werden im NAP als geeignete Strategien zur Erreichung von Selbstbestimmung genannt. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass

gemeindenahere Unterstützungssysteme im Falle der meisten NutzerInnen sowohl kostengünstiger sind, als auch bessere Ergebnisse im Sinne von Zufriedenheit, Lebensqualität und Selbstbestimmung produzieren (vgl. Mansell et al. 2007:o.A.). Persönliche Assistenz und/oder andere gemeindenahere Unterstützungssysteme brauchen daher einen Ressourcentransfer weg von den stationären Einrichtungen hin zu flächendeckendem Ausbau von bedarfsorientierten Mobilen Diensten oder Persönlicher Assistenz. Als Voraussetzung dafür bedarf es der Sensibilisierungsmaßnahmen in Fachkreisen wie auch in der allgemeinen Öffentlichkeit (vgl. Stockner 2011:10).

5.3) Bundesweite Vereinheitlichung der Zugangsregelungen für PA

Im NAP wird die Forderung nach einem allgemeinen Recht auf Persönliche Assistenz in allen Lebensbereichen gestellt. Die Untersuchungsergebnisse bestätigen den Bedarf an Assistenz bei Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen. Daher sollte daran gearbeitet werden, dieser Personengruppe den Zugang zu Persönlicher Assistenz in den erforderlichen Bereichen ohne Einschränkungen zu ermöglichen. Die vorliegende Untersuchung deutet darauf hin, dass das Modell der Persönlichen Assistenz notwendige Bedingungen zur Realisierung von Teilhabe und Selbstbestimmung schaffen kann und unterstreicht damit das große Potenzial dieser Unterstützungsform für Menschen mit psychischer Behinderung. Als Voraussetzung dafür müssen jedoch die Regelungen der Zugangsvoraussetzungen auf Bundesebene vereinheitlicht werden, da derzeit bundesländerspezifisch sehr große Unterschiede durch die föderalistische Landesgesetzgebung existieren.

In Wien wird Persönliche Assistenz im Rahmen der sogenannten Pflegegeldergänzungsleistung gewährt. Dabei sind Menschen mit Sinnesbehinderungen und Menschen, denen der FSW die sogenannte „Selbstverwaltungskompetenz“ abspricht, ausgeschlossen, weiters die BezieherInnen der Pflegegeldstufen 1 und 2. Zudem existiert kein Rechtsanspruch auf diese Leistung (vgl. Essl Foundation 2010:115f).

Im oberösterreichischen Chancengleichheitsgesetz ist die Persönliche Assistenz geregelt. Darin ist festgehalten, dass auch Menschen mit psychischen Behinderungen darauf einen Rechtsanspruch haben, der allerdings nur im Rahmen der vorhandenen finanziellen Mittel gilt. Deshalb erhält nur ein (kleiner) Teil der betroffenen Menschen die Unterstützung (vgl. ebd.).

In NÖ wird Persönliche Assistenz generell nicht bei psychosozialen Behinderungen gewährt (vgl. ebd.).

Nach einer einheitlichen Regelung der Anspruchsvoraussetzungen sollten je nach Unterstützungsbedarf, den eigenen Wünschen und Kompetenzen von Betroffenen und vorhandenen gemeindenahen Unterstützungssystemen mehrere Ausgestaltungsformen für die Erbringung konzipiert und gesetzlich verankert werden. Die Persönliche Assistenz kann danach über Persönliches Budget, ambulante Träger oder innerhalb eines ArbeitgeberInnenmodells organisiert werden.

5.4) Einführung eines Persönlichen Budgets

Selbstbestimmung geht eng mit der Möglichkeit, selbst über die Mittel für Assistenz, Therapie, Hilfsmittel und ähnliches zu verfügen, einher. Das Persönliche Budget, das sich am tatsächlichen Bedarf einer Person orientiert, könnte somit eine empowernde Alternative zu fremdbestimmt zugewiesenen Sachleistungen darstellen.

In Deutschland haben Menschen mit Behinderung seit 1. Jänner 2008 einen Rechtsanspruch auf die Leistungsform des Persönlichen Budgets⁸ Alle Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Menschen können es unabhängig von der Art und der Schwere der Behinderung und auch unabhängig von der Art der benötigten Leistungen erhalten. Vom BMAS wurde seitdem ein steigendes

⁸ (SGB IX, § 17) Das Persönliche Budget ist eine zusätzliche Wahlmöglichkeit für Menschen mit Behinderung und löst die traditionelle Form der Sachleistung nicht vollständig ab. Die Höhe hängt vom Hilfebedarf ab.

Interesse am Persönlichen Budget verzeichnet. In der Evaluierung durch das BMAS konnte festgestellt werden, dass sich mit zunehmenden Bewilligungszahlen auch die Angebotsstrukturen veränderten und/oder erweiterten. Bei der Prüfung der Lebenslage kommt es jedoch nicht in allen Fällen zu einer Beantragung oder Bewilligung dieses alternativen Instrumentes, da die bedarfsgerechten Unterstützungsmaßnahmen auch mittels angepasster Sachleistungen möglich werden. Insgesamt herrscht bei den BudgetnutzerInnen eine hohe Zufriedenheit mit dieser neuen Leistungsform und ihren flexiblen Einsatzmöglichkeiten, was zeigt, dass die Einführung des Persönlichen Budgets einen richtigen und wichtigen Schritt auf dem Weg zu echter Inklusion im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention bedeutet (vgl. BMAS 2012:251-262).

Dieses Beispiel bestätigt, dass das Persönliche Budget ein geeignetes Mittel der Finanzierung von passenden Unterstützungsleistungen sein kann und damit den Betroffenen ein gleichberechtigendes Mittel in die Hand gegeben wird, durch das sie genau die Hilfe für sich organisieren können, die sie nach eigenem Ermessen benötigen.

5.5) Überarbeitung und Erfüllung der Psychiatriepläne

Die Kontinuität der Betreuung bei psychischen Beeinträchtigungen leidet an der Fragmentierung der Finanzierung des Versorgungssystems. Im Verlauf der Arbeit wurden bereits mehrmals die vorhandenen Strukturen als Grund für die Verhinderung einer bedarfsgerechten Versorgung hervorgehoben.

Die Psychiatriepläne von OÖ, NÖ und Wien werden laut den Forschungsergebnissen nur teilweise umgesetzt. Besonders im Bereich Wohnen gibt es große Kritikpunkte bezüglich passendem Angebot an Wohnmöglichkeiten, der Autonomie und Selbstbestimmung in Wohngemeinschaften und Unterstützung beim Wohnen im persönlichen Umfeld. Bezogen auf die UN-Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderungen wurde festgestellt, dass das Gleichheitsprinzip und Recht auf Autonomie bzw. Selbstbestimmung in Bezug auf Wahlmöglichkeiten der Wohnform und die notwendigen Unterstützungsleistungen nicht erfüllt wird.

Eine bedarfsgerechte und individuell angepasste Persönliche Assistenz könnte von sozialen Diensten erbracht werden, wenn ein Ausbau im ambulanten Bereich der psychiatrischen Versorgung erfolgen würde. Zum Beispiel liegt die Gesamtverantwortung für die Nachbetreuung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in NÖ nach dem dort geltenden Psychiatrieplan bei den Psychosozialen Diensten⁹. Der derzeitige Leistungsumfang lässt allerdings die notwendige komplexe Betreuung nicht zu. Für eine dem Bedarf angemessene Versorgung müssen bestehende Angebote erweitert, bzw. neue Richtlinien entwickelt werden, die eine bedarfsgerechte Anpassung des Leistungsspektrums und –umfangs ermöglichen. Einen Ansatz dafür bietet das Projekt des Intensiv-Case Managements des PSD/PSZ, das schwer chronisch psychisch kranken Personen durch erweiterte interdisziplinäre Unterstützung den Verbleib im persönlichen Umfeld ermöglichen soll. Durch eine Ausweitung dieses Angebotes könnte auch die Gewährleistung der bedürfnisgerechten Lebensqualität, wie im NÖ Psychiatrieplan als Ziel formuliert, erreicht werden. Eine andere Möglichkeit wäre, Persönliche Assistenz im Rahmen von Case Management mit den vorhandenen Unterstützungsangeboten zu vernetzen.

Die Psychiatriepläne der einzelnen Bundesländer und seine Umsetzung betreffend, sollten die Ziele, zur Erreichung entwickelte Maßnahmen und ihre Implementierung ebenfalls einheitlich für alle österreichischen Bundesländer, wie auch beim Rechtsanspruch und den Zugangsregelungen für Persönliche Assistenz gefordert, stattfinden.

5.6) Betroffene für Betroffene

Auch wenn es im deutschsprachigen Raum schon einige Organisationen gibt, die Peer-ExpertInnen beschäftigen, ist es weiterhin schwierig ehemalige Betroffene als Mitarbeitende in psychiatrischen Diensten einzubeziehen (vgl. Utschakowski 2009:70). Die gesetzliche Situation in den einzelnen EU-Ländern ist für die Umsetzung solcher Projekte entscheidend. Um die Peer-Arbeit zu etablieren,

⁹ Psychosozialer Dienst der Caritas (PSD) und Psychosozialer Dienst der Psychosozialen Zentren GmbH (PSZ)

sollten EU-Projekte gefördert werden, die die Möglichkeit geben, die Erfahrungen in Europa auszutauschen und spezifische Ausbildungen für ExpertInnen zu entwickeln. Ein gutes Beispiel dafür ist das Projekt EX-IN. Der Begriff EX-IN steht für „Experienced Involvement“, der Einbeziehung (Psychiatrie-)Erfahrener (vgl. Utschakowski 2009:85). Auch in Niederösterreich hat bereits eine EX-IN-Ausbildung begonnen. Ein weiterer wichtiger Schritt wurde in Oberösterreich getätigt. Im Oö. Chancengleichheitsgesetz¹⁰ wurden Beratungs- und Informationsdienste durch Peers als ergänzende Leistung erstmals gesetzlich festgeschrieben und die Peer-Beratung als anerkannter Sozialberuf im Oö. Sozialberufegesetz¹¹ verankert (vgl. Glaser/Karoliny 2013:o.A.).

Die Idee der gleichberechtigten Begegnung auf Augenhöhe von ExpertInnen aus Erfahrung drängt in die Praxis der Versorgung, der Aufklärungs- und Antistigmaarbeit, der Lehre und hoffentlich auch vermehrt in die Forschung. Diese Veränderungen werden zu veränderten Rollenmustern und zu einer neuen Qualität der Begegnung mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen führen (vgl. Utschakowski 2009:226-228) und sind daher sehr zu begrüßen.

5.7) Änderung der Einschätzungsverordnung

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen behandelt vor allem soziale Barrieren wie Vorurteile und Diskriminierungen. Diese werden erhärtet durch die derzeit defizitorientierte Sichtweise bei der Einschätzung von Behinderung. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werden hauptsächlich über Defizite definiert, was sich nach den Zielen der UN-Konvention und dem NAP dahingehend verändern soll, dass auch ihre Fähigkeiten und Möglichkeiten, die sie mit nötigem Unterstützungsbedarf entwickeln und ausgestalten können, sichtbar gemacht werden. Für eine langfristige Veränderung in der Einstellung der Öffentlichkeit ist auch ein Paradigmenwechsel in der Sichtweise von Menschen mit Behinderungen als marginalisierte Gruppe zu gleichwertigen Rechtssubjekten notwendig. Die derzeit geltende

¹⁰ OÖ Chg mit Inkrafttreten IX 2008, § 17

¹¹ OÖ SBG: 2009 Verankerung des Berufs Ausgebildeter Peer-BeraterInnen

Einschätzungsverordnung (EVO) befasst sich mit den Kriterien für die diagnosebezogene Einschätzung von psychischen Erkrankungen. Eine Möglichkeit der Veränderung wäre in ihrer Anpassung an die ICF¹² der WHO. Die Beurteilungen sollten vom sozialen Modell von Behinderung ausgehen, das Behinderung als Ergebnis von ausgrenzenden gesellschaftlichen Bedingungen, den eingeschränkten Zugang zu gesellschaftlicher Teilhabe und den massiven Vorurteilen gegenüber Behinderung sieht. Der Unterstützungsbedarf sollte demnach nicht als Defizit, sondern als derzeitiger, aber veränderbarer Zustand gesehen werden. Bei der Einschätzung sollten auch die Meinungen von ExpertInnen aus der Sozialarbeit, der Klinischen Psychologie und der Pflege herangezogen werden.

Damit Menschen nicht mehr behindert werden und sich als bedingungslos in die Gesellschaft inkludiert erleben, müssen noch zahlreiche Schritte gesetzt werden. Was Behinderung ist, wird in jeder Gesellschaft durch ein komplexes Zusammenspiel politischer bzw. ökonomischer Kräfte und kultureller Werte festgelegt (vgl. Hermes o.A.:21). Wenn Behinderung als Produkt der Kultur und der Vorstellungen einer Gesellschaft überwunden werden soll, werden wir unsere Kräfte darauf konzentrieren müssen, diese Vorstellungen zu verändern und positivere Darstellungen behinderter Menschen in der Öffentlichkeit zu erreichen. Ein weiterer Schritt ist, Barrieren gegen die gesellschaftliche Partizipation behinderter Menschen zu identifizieren und abzubauen (vgl. Waldschmidt 2004:369f). Wir hoffen, dass wir mit der vorliegenden Arbeit einen Beitrag dazu leisten können.

¹² International Classification of Functioning

6) Literatur

Albrecht, Gary L. (Hg.) (2006): Encyclopedia of Disability, Thousand Oaks/ London/New Dehli.

Amering, Michaela/Schmolke Margit (2007). Recovery-Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie Verlag, Bonn.

Amering Michaela (2009): Hindernisse und Widerstände gegen die Peer-Arbeit. In: Vom Erfahrenen zum Experten von: Utschakowski, Jörg/ Sielaff, Gyöngyver/Bock, Thomas (Hg.)Bonn,58-70.

Amt der Oö. Landesregierung (2003): Oberösterreichischer Sozialbericht 2001. 6. Menschen mit Beeinträchtigungen. http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/ooe/SO_Sozialbericht_06.pdf, am 06.01.2014.

Atteslander, Peter (2003): Methoden der empirischen Sozialforschung. 10. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin.

Becker, Joe (2011): Betreutes Wohnen in Familien-ein Weg zur Inklusion. In Rosemann, Matthias/Konrad, Michael (Hg.): Handbuch Betreutes Wohnen. Bonn, 267-276.

Bernard, Jeff/ Hovorka, Hans (1992): Behinderung: ein gesellschaftliches Phänomen. Befunde, Strukturen, Probleme, Wien.

Battegay, Raymond (1991): Depression; Psychophysische und soziale Dimension, Therapie. Verlag Hans Huber, Bern.

Bernard, Jeff/ Hovorka, Hans (1992): Behinderung: ein gesellschaftliches Phänomen. Befunde, Strukturen, Probleme, Wien.

BMAS Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2012): Förderprogramm zur Strukturverstärkung und Verbreitung von Persönlichen Budgets. Bericht über Entstehung, Ablauf und Ergebnisse, Bonn/Berlin.

BMASK Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2010): UN-Behindertenrechts-Konvention. ERSTER STAATENBERICHT ÖSTERREICHS, Wien.

BMASK Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2011): UN-KONVENTION, Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Erklärt in leichter Sprache, Wien.

BMASK Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012): Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012-2020. Strategie der Österreichischen Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Inklusion als Menschenrecht und Auftrag, Wien.

Bock, Thomas (1999): Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie. Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen, Bonn.

Burdich, Irene (2014): INNENWELT. Magazin für seelische Gesundheit und Lebensqualität. HPE-Wien, Jänner 2014: 8-9.

Burgard, Roswitha (2002): Frauenfalle Psychiatrie-Wie Frauen verrückt gemacht werden, Berlin.

Cloerkes, Günther (1997): Soziologie der Behinderten. Heidelberg.

Cloerkes, Günther (2007): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Heidelberg.

Dederich, Markus (2003): Gibt es ein Recht auf Anderssein? Überlegungen zu einer Ethik der Anerkennung. [http://www.beratungszentrum-alsterdorf.de/cont/GibteseinRechtaufanderssein\(3\).pdf](http://www.beratungszentrum-alsterdorf.de/cont/GibteseinRechtaufanderssein(3).pdf), am 17.3.2014.

Dederich, Markus (2009): Behinderung als sozial- und kulturwissenschaftliche Kategorie. In: Dederich, Markus/ Jantzen, Wolfgang (Hg.): Behinderung und Anerkennung. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Stuttgart, 15-40.

Dederich, Markus/ Jantzen, Wolfgang (Hg.) (2009a): Behinderung und Anerkennung. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Stuttgart.

Degener, Theresia (2009): Menschenrechte und Behinderung. In Dederich, Markus/Jantzen, Wolfgang (Hg.): Behinderung und Anerkennung. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Stuttgart, 160-170.

Duden online (2007): Definition Beeinträchtigung, www.bi-media.de. Bibliographisches Institut GmbH. Dudenverlag, am 10.04.2014.

Enders-Dragässer, Uta/ Sellach, Brigitte (2010): Weibliche Lebenslagen und Armut am Beispiel von allein erziehenden Frauen. In: Hammer, Veronika/Lutz, Ronald (Hg.): Weibliche Lebenslagen und soziale Benachteiligung. Theoretische Ansätze und empirische Beispiele. Frankfurt am Main, 18-44.

Finzen, Asmus (2013): Stigma-psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen, Verlag Köln.

Flick, Uwe (2005): Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. Vollst. überarb. und erw. Neuausg., 3. Auflage, Reinbek bei Hamburg.

Flick, Uwe (2009): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe. 2. Auflage, Reinbek bei Hamburg.

Franz, Alexandra (2002): Selbstbestimmt Leben mit Persönlicher Assistenz - Eine alternative Lebensform behinderter Frauen, Neu-Ulm.

Frauengesundheitszentrum (2014): Seelische Gesundheit, <http://www.fgz.co.at/Seelische-Gesundheit.274.0.html>, am 07.04.2014.

Friebel, Katja (2008): Zukunfts(t)räume? Wege zur barrierefreien Mobilität: Anwendung eines dynamischen WebGIS am Beispiel Berlin/Treptow-Köpenick. Diplomarbeit, Hamburg.

Froschauer, Ulrike/ Lueger, Manfred (2003) Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme, Wien.

Gahleitner, Silke/ Hahn, Gernot (Hg.) (2012): Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit. Band 4. Bonn.

Glaser, Wolfgang/ Karoliny, Klaudia (2013): Internationale Konferenz über Beschäftigungsrechte. Innovative Gesetze und Innovative Praxisbeispiele für Menschen mit Behinderungen. Die Professionalisierung des Empowerment I. Teil, Wien.

Goffman, Erving (1967): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main.

Graumann, Sigrid (2008): Institution Mensch Ethik und Wissenschaft. Das gemeinnützige Institut mit der anderen Perspektive. Die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Erschienen in: IMEW konkret Nr. 11, März 2008. Online Version ISSN 1612-9997, <http://www.imew.de/index.php?id=405>, am 29.12.2013.

Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (2008): Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit- Einleitende Bemerkungen. In: Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hg.) Praxis lebensweltorientierter sozialer Arbeit: Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Handlungsfeldern. 2. Auflage. Weinheim und München, 13-40.

Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hg.) (2008a): Praxis lebensweltorientierter sozialer Arbeit: Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Handlungsfeldern. 2. Auflage, Weinheim und München.

Hammer, Veronika/Lutz, Ronald (Hg.) (2010): Weibliche Lebenslagen und soziale Benachteiligung. Theoretische Ansätze und empirische Beispiele, Frankfurt am Main.

Hähner, Ulrich/ Niehoff, Ulrich/Sack, Rudi/ Walther, Helmut (Hg.) (2007): Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung, Marburg.

Hähner, Ulrich/ Niehoff, Ulrich/ Sack, Rudi/ Walther, Helmut (Hg.) (2009): Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung, Marburg/Stuttgart.

Hermes, Gisela (o.A.): Der Wissenschaftsansatz Disability Studies - neue Erkenntnisgewinne über Behinderung? [http://www.uni-klu.ac.at/gender/downloads/hermes -
_der_wissenschaftsansatz_disability_studies.pdf](http://www.uni-klu.ac.at/gender/downloads/hermes_-_der_wissenschaftsansatz_disability_studies.pdf), am 14.03.2014.

Hermes, Gisela/ Köbsell, Swantje (Hg.) (2003): Disability Studies - Behinderung neu denken: Dokumentation der Sommeruni 2003, Kassel.

Hofer, Hansjörg (2003): Einleitung. In: Hofer, Hansjörg (Hg.): ALLTAG mit Behinderung. Ein Wegweiser für alle Lebensbereiche. Wien – Graz, 13-24.

Hofer, Hansjörg (Hg.) (2003a): ALLTAG mit Behinderung. Ein Wegweiser für alle Lebensbereiche, Wien – Graz.

Horvath, Christian: Ohne Recovery kein Empowerment. In Amering, Michaela/Schmolke Margit (2007). Recovery-Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie Verlag, Bonn 194-198.

Integration:Österreich/Firlinger, Beate (Hg.) (2003): Buch der Begriffe. Sprache. Behinderung. Integration, Wien.

IVS Wien Interessensvertretung sozialer Dienstleistungsunternehmen für Menschen mit Behinderung (2012): Band Gesellschaft. BE PART 2012. NEWSLETTER 2, Wien.

Jesse, Anja (2010): Gesundheitliche Belastungen von Frauen. In: Hammer, Veronika/Lutz, Ronald (Hg.): Weibliche Lebenslagen und soziale Benachteiligung. Theoretische Ansätze und empirische Beispiele. Frankfurt am Main, 288-314.

Kanka, Katharina (o.A.): Inhaltliche Grundlagen der Assistenzmodelle. Fachstelle Assistenz Schweiz,
<http://www.fassis.net/images/Pdf/inhaltlichexgrundlagenxderxassistenzmodelle.pdf>,
am 19.03.2014.

Katschnig, Heinz/ Denk, Peter/ Weibold, Barbara (2003): Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995 Kurzfassung, Wien.

Katschnig, Heinz/ Denk, Peter/ Scherer, Michael (2004): Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen und

psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. In Hg.: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Sektion III, Wien.

Klicker, Bärbel (2001): Anleitungskompetenz. In MOBILE - Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V. (Hg.): Handbuch Selbstbestimmtes Leben mit Persönlicher Assistenz. Ein Schulungskonzept für AssistenznehmerInnen. Band A. Dortmund, 209-224.

Knuf, Andreas/ Osterfeld, Margret/ Seibert, Ulrich (Hg.) (2007): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. 5., überarbeitete Auflage, Bonn.

Landesrechnungshof Niederösterreich (2012): Grundlagen der psychiatrischen Versorgung in Niederösterreich. Bericht 16/2012, www.landtag-noe.at/service/politik/landtag/lvxvii/14/1420/70B.pdf, am 3.6.2013.

Lebenshilfe Österreich (2014): Menschen in den Lebenshilfen. <http://www.lebenshilfe.at/index.php?/de/Ueber-uns/Menschen-in-den-Lebenshilfen>, am 10.04.2014.

Lenz, Karl/ Adler, Marina (2010): Geschlechterverhältnisse. Einführung in die sozialwissenschaftliche Geschlechterforschung. Band 1, Weinheim und München.

LEO (2006): Recovery. Online dictionary. LEO GmbH 2006-2014. <http://dict.leo.org/#/search=recovery&search>, am 16.04.2014.

MA24 Magistratsabteilung 24 - Gesundheits- und Sozialplanung (2013): Seelische Gesundheit in Wien. Informationen zu psychiatrischen, psychosozialen und rechtlichen Angeboten. www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/seelische-Gesundheit-info.pdf, am 21.1.2014.

Mansell, James/Knapp, Martin/Beadle-Brown, Julie/Beecham, Jennifer (2007): Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a

European Study. Volume 2: Main Report. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.

Mayr-Kleffel, Verena (2010): Netzwerkbeziehungen und weibliche Lebenslagen. In: Hammer, Veronika/Lutz, Ronald (Hg.): Weibliche Lebenslagen und soziale Benachteiligung. Theoretische Ansätze und empirische Beispiele. Frankfurt am Main, 67-85.

Miles-Paul, Otmar/ Frehse, Uwe (1994): Persönliche Assistenz. Ein Schlüssel zum selbstbestimmten Leben Behinderter. In: Gemeinsam Leben. 2/1994, 12-16.

MOBILE - Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V. (Hg.) (2001): Handbuch Selbstbestimmtes Leben mit Persönlicher Assistenz. Ein Schulungskonzept für AssistenznehmerInnen. Band A, Dortmund.

Mohr, Lars (2004): Ziele und Formen heilpädagogischer Arbeit, Luzern.

Niehaus, Mathilde (2001): Netzwerkarbeit von und für Frauen mit Behinderung. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft Nr. 1/2001. <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh1-01-niehaus-netzwerkarbeit.html>, am 10.2.2014.

Niehoff, Jens-Uwe (2008): Gesundheitssicherung, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsmanagement. Grundlagen, Ziele, Aufgaben, Perspektiven, Berlin.

Niehoff, Ulrich (2009): Grundbegriffe Selbstbestimmten Lebens. In Hähner, Ulrich/ Niehoff, Ulrich/ Sack, Rudi/ Walther, Helmut (Hg.): Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. Marburg/Stuttgart, 53-64.

ÖAR Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010): Bericht zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

in Österreich anlässlich des 1. Staatenberichtsverfahrens vor dem UN-Ausschuss über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Wien.

ÖBVP (2011): Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie. OEBVP-2011-04-12, pdf. <http://www.psychotherapie.at/oebvp>, am 15.03.2014.

ÖKSA Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit (2011): Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Österreich. Dokumentation der Jahreskonferenz 2011, Wien.

Österwitz, Ingolf (1996): Das Konzept Selbstbestimmt Leben - eine neue Perspektive in der Rehabilitation? In: Zwierlein, Eduard (Hg.): Handbuch Integration und Ausgrenzung. Behinderte Mitmenschen in der Gesellschaft. Neuwied, 196–205.

Prosetzky Ingolf: Isolation und Partizipation. In Dederich, Markus/ Jantzen, Wolfgang (Hg.) (2009): Behinderung und Anerkennung. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Stuttgart, 87-96.

Preuss-Lausitz, Ulf/ Rülcker, Tobias/ Zeiher, Helga (Hg.) (1990): Selbständigkeit für Kinder - die große Freiheit? Weinheim, Basel.

Racino, Julie Ann (2006): Personal Assistance and direct payment. In Albrecht, Gary L. (Hg.) (2006): Encyclopedia of Disability, 1235-1238.

Raithel, Jürgen (2006): Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs, Wiesbaden.

Rappaport, Julian (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des "empowerment" anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2, 257-278.

Reithofer, Hans (1995): Sozialpolitik in Österreich. Probleme-Lösungen-Argumente, Wien.

Riecher-Rössler, Anita (2001): Vorwort. In: Riecher-Rössler, Anita/Rohde, Anke (Hg.): Psychische Erkrankungen bei Frauen: für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie. Freiburg, VII-X.

Riecher-Rössler, Anita/Rohde, Anke (Hg.) (2001): Psychische Erkrankungen bei Frauen: für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg.

RIS Bundeskanzleramt Österreich (2008): Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. www.ris.bka.gv.at, am 30.12.2013.

Rosemann, Matthias/Konrad, Michael (Hg.) (2011): Handbuch Betreutes Wohnen, Bonn.

Rosenberger, Sieglinde (1996): Geschlechter-Gleichheiten-Differenzen. Eine Denk- und Politikbeziehung, Wien.

Rülcker, Tobias (1990): Selbständigkeit als pädagogisches Zielkonzept. In: Preuss-Lausitz, Ulf/ Rülcker, Tobias/ Zeiher, Helga (Hg.): Selbständigkeit für Kinder - die große Freiheit? Weinheim. Basel, 20-27.

Sack, Rudi (1997): Emanzipierende Hilfen beim Wohnen. In: Hähner, Ulrich/ Niehoff, Ulrich/Sack, Rudi/ Walther, Helmut (Hg.): Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. Marburg, 193-206.

Seibert, Ulrich (2007): Die Stabilisierung der Identität – eine Empowerment-Strategie. In: Knuf, Andreas/ Osterfeld, Margret/ Seibert, Ulrich (Hg.): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. 5., überarbeitete Auflage. Bonn, 113-131.

Schlichte, Gunda (2006): Betreutes Wohnen-Hilfen zur Alltagsbewältigung, Bonn.

Schomerus, Georg (2014): Die Diagnose-Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie... Die Subjektive Seite der Schizophrenie. XVI. Tagung am 19.02.2014. Schaden begrenzen, Risiken mindern, Chancen mehren, Wien.

Stark, Wolfgang (1996). Empowerment. Neue Handlungskompetenzen der psychosozialen Praxis, Freiburg im Breisgau.

Stockner, Hubert (2011): Persönliche Assistenz als Ausweg aus der institutionellen Segregation von Menschen mit Behinderungen. Bericht für Selbstbestimmt Leben Österreich zur Situation der Persönlichen Assistenz in Österreich. Vorschläge für eine bundeseinheitliche Regelung zur Persönlichen Assistenz, Innsbruck.

Strom, Jonas/Wallimann, Isidor (2002). Weg von der Armut durch soziokulturelle Integration. Bern-Stuttgart-Wien.

Stemmer-Lück, Magdalena (2009): Verstehen und Behandeln von psychischen Störungen. 1.Auflage, Stuttgart.

Theunissen, Georg (2009): Empowerment und Inklusion behinderter Menschen, Freiburg.

Utschakowski, Jörg (2009): Strukturelle Voraussetzungen und Bedingungen der Peer-Arbeit. In: Utschakowski, Jörg/ Sielaff, Gyöngyver/Bock, Thomas (Hg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Bonn, 70-81.

Utschakowski, Jörg (2009a): Das Projekt EX-IN. In: Utschakowski, Jörg/ Sielaff, Gyöngyver/Bock, Thomas (Hg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Bonn, 82-91.

Utschakowski, Jörg/ Sielaff, Gyöngyver/Bock, Thomas (Hg.) (2009b): Vom Erfahrenen zum Experten, Bonn.

Waldschmidt, Anne (2003): Selbstbestimmung als behindertenpolitisches Paradigma - Perspektiven der Disability Studies. APuZ B8/2003. S. 13 - 20 Online unter: <http://www.bpb.de/files/Q72JKM.pdf> - Stand. 12.07.2010, am 04.04.2014.

Walter, Paul (2004): Schulische Integration Behinderter: eine Einführung in die Bedingungen, Aufgaben und Perspektiven, VS Verlag für Sozialwissenschaften UTB.

Weinhold, Kathy/ Nestmann, Frank (2012): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In Gahleitner, Silke/ Hahn, Gernot (Hg.): Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit. Band 4. Bonn, 52-67.

Welti, Felix (2005): Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat, Tübingen.

Zwierlein, Eduard (Hg.) (1996): Handbuch Integration und Ausgrenzung. Behinderte Mitmenschen in der Gesellschaft, Neuwied.

7) Anhang

7.1) Quellen

Interviewtranskripte von Interviews in Niederösterreich, Autorin: Penz Hermine

I 1: Interview 1, durchgeführt am 30.08.2013 in einer Privatwohnung

I 2: Interview 2, durchgeführt am 04.09.2013 in einer Beratungseinrichtung

I 3: Interview 3, durchgeführt am 04.11.2013 in einer Privatwohnung

I 4: Interview 4, durchgeführt am 26.11.2013 in einer Beratungseinrichtung

Interviewtranskripte von Interviews in Wien, Autorin: Kader Samira

I 5: Interview 5, durchgeführt am 18.10.2013 in einer Privatwohnung

I 6: Interview 6, durchgeführt am 22.10.2013 in einer Privatwohnung

I 7: Interview 7, durchgeführt am 24.10.2013 in einer Beratungseinrichtung

I 8: Interview 8, durchgeführt am 11.03.2013 in einer sozialen Einrichtung

Interviewtranskript eines Interviews in Niederösterreich, Autor: Gebetsberger Martin

I 9: Interview 9, durchgeführt am 20.08.2013 in einer Privatwohnung

Gesprächsprotokoll, Autorin: Penz Hermine

Protokoll der Betroffenenengruppe des PSD in Niederösterreich vom 13.03.2013

7.2) Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:

Alter der befragten Frauen laut Fragebogen, eigene Darstellung 38

Abbildung 2:

Beanspruchte Unterstützungsleistungen der Frauen, eigene Darstellung 43

Abbildung 3:

Modell persönlicher Assistenz nach Franz (2002:40), eigene Darstellung 74

7.3) Abkürzungsverzeichnis

Abb. - Abbildung

Art. - Artikel

BMASK - BMAS -Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

BPGG - Bundespflegegeldgesetz

BVÖGD - Bundesverband der ÄrztInnen des öffentlichen Dienstes

CGW - Chancengleichheitsgesetz Wien

CHG - Chancengleichheitsgesetz

Conditio humana - Lat.: „ die menschliche Natur“

d.h. - das heißt

DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual IV, eine Ergänzung der Amerikanischen psychiatrischen Vereinigung für bestimmte Passagen in ICD-10

ebd. - ebendort

e-Card- elektronische Sozialversicherungskarte

et. al. - et alii, lat. gleichbedeutend „und andere“

e.V. - eingetragener Verein

EVO – Einschätzungsverordnung in BGBl.II nr.261/2010

EX-IN – Experienced Involvement

f - folgende Seite

FSW - Fond Soziales Wien

GmbH - Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Hg. - HerausgeberIn

I – Interview

ICF - International Classification of Functioning der WHO

ICD-10 – International Classification of Diseases, internationales Klassifikations-system der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen

ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

IVS - Interessenvertretung sozialer Dienstleistungsunternehmen für Menschen mit Behinderung

MA24 - Magistratsabteilung 24, Gesundheits- und Sozialplanung

NAP - Nationaler Aktionsplan Behinderung

NGO - Non Governmental Organisation, Nichtregierungsorganisation

NÖ - Niederösterreich

o. A. - ohne Angabe

ÖAR - Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

OÖ - Oberösterreich

O.K. – okay, engl. in Ordnung

ÖBVP - Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

ÖKSA - Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit

P.A. - Persönliche Assistenz

PB - Persönliches Budget

RIS - Rechtsinformationssystem vom Bundeskanzleramt

SGB IX - neuntes Sozialgesetzbuch

SHG - Sozialhilfegesetz

UN - United Nations, Vereinte Nationen

UNI - Universität

U.S.A. - United States of America

Vgl. - Vergleich

WG - Wohngemeinschaft

WHO - World Health Organisation, Welt Gesundheitsorganisation

z.B. – zum Beispiel

7.4) Interviewleitfäden

Leitfaden Betroffeneninterview

Die UN-Konvention für Menschen mit Behinderungen ist das erste Dokument, das sich spezifisch mit den Rechten von Menschen mit Behinderung auseinandersetzt. Die UN-Konvention ist ein internationaler Vertrag, in dem sich die Unterzeichnerstaaten verpflichten, die Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen zu schützen und zu gewährleisten. Die Behindertenrechtskonvention enthält 8 Kernprinzipien:

- Respekt vor der Würde und individuellen Autonomie,
- Freiheit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen
- Nichtdiskriminierung
- volle und effektive Teilhabe und Inklusion in die Gesellschaft
- Achtung und Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen
- Chancengleichheit
- Barrierefreiheit
- Gleichheit zwischen Männern und Frauen und
- Respekt vor Kindern mit Behinderungen

Das Dokument meint auch Menschen mit psychischer Problematik.

- 1) Die Sozialarbeit bemüht sich um nicht diskriminierende Benennungen im Zusammenhang mit der früher üblichen Bezeichnung von behinderten Menschen. Mittlerweile werden andere Begriffe wie Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Lernschwierigkeiten verwendet. Es wird auch darauf geachtet, Betroffene zu befragen, wie sie genannt werden wollen. Die Betroffenen benennen sich selbst oftmals sehr unterschiedlich. Ein einheitlicher Begriff ist schwierig zu finden, weil sie selbst die Bezeichnungen sehr unterschiedlich empfinden.

Welche Bezeichnung würden Sie für Ihre eigene Situation bevorzugen?

(Diese Bezeichnung wird dann im Interview weiter verwendet!)

Bei aufkommendem Unmut über Zuschreibung von Behinderung wird der Begriff relativiert und in folgenden Zusammenhang gestellt: Menschen sind nicht behindert, sondern die Gesellschaft erzeugt Behinderungen, indem sie die Teilhabe erschwert.

- 2) Wann haben sich bei Ihnen die 1. psychischen Probleme ergeben?
- 3) Wann war der 1. KH-Aufenthalt und was ist dann weiter passiert?
- 4) Was machen Sie gerne in ihrer Freizeit?
- 5) Was können Sie leicht selber tun? Wo gibt es Einschränkungen?
- 6) Was hindert Sie an der Teilnahme am öffentlichen Leben?
- 7) Plakativer Einstieg: Wenn Sie jetzt an einen Rollstuhlfahrer denken, da ist es doch selbstverständlich, dass Gehsteige abgeschrägt werden, ihn jemand schiebt und er Unterstützung braucht. 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?
- 8) Wie werden Sie derzeit unterstützt?
- 9) Welche Unterstützung von Organisationen nehmen Sie in Anspruch?
- 10) Von wem werden Sie in ihrem persönlichen Umfeld unterstützt?
- 11) Wie erleben Sie die Hilfe?
- 12) Wo brauchen sie zusätzliche Hilfe?
- 13) Wer sollte diese Unterstützung erbringen?
- 14) Kennen Sie das Modell von Persönlicher Assistenz? (Wenn nicht, wird es kurz erklärt)
- 15) Wie könnte Persönliche Assistenz für Sie aussehen?
- 16) Welche Voraussetzungen müssen persönliche AssistentInnen haben, damit Sie angemessen unterstützt werden können?
- 17) Würden Sie sich selbst für Ihre Rechte engagieren?

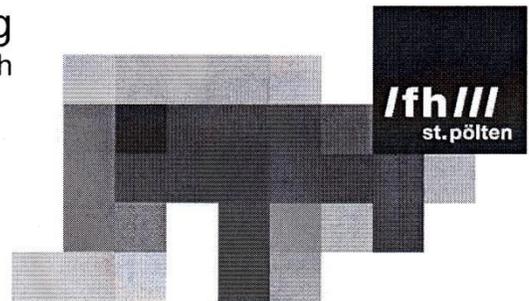
Interviewleitfaden für Fachkräfte der Sozialen Arbeit

1. In wie weit wird die UN-Menschenrechts-Konvention für Menschen mit Behinderungen in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen eingesetzt?
 2. Was ist für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wichtig, um sich als gleichberechtigter Teil der Gesellschaft zu fühlen?
 3. Welche Unterstützung benötigen Menschen mit psychischen Krankheiten um ein selbstbestimmtes Leben in ihrem gewohnten Sozialraum führen zu können?
 4. Welche Unterstützung erhalten Menschen mit psychischer Problematik derzeit?
Im institutionellen Bereich?
Im persönlichen Umfeld?
 5. Kennen Sie das Modell der Persönlichen Assistenz? Bitte erläutern Sie Ihr Verständnis davon und was Sie davon halten!
 6. Wäre Ihrer Erfahrung nach Persönliche Assistenz eine Möglichkeit der Unterstützung für Menschen mit Psychischer Problematik?
In welchen Bereichen?
Welche Tätigkeiten könnte diese Person für den/die Betroffene/n erbringen?
Wer könnte sie erbringen? (Ausbildung, Peers?)
 7. Was halten Sie von Lobbying für Psychisch kranke Menschen?
 8. Wie könnte es zur Durchsetzung der Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen beitragen?
-

7.5) Fragebogen

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.

Das Projekt versucht eine Bilanz in Wien, NÖ und OÖ 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 Erfahrung 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,...) |
| <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 einer öffentlichen Interessensvertretung für Ihre Anliegen.

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?

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)

Statistische Daten

11. Geschlecht

Männlich

Weiblich

12. Alter

unter 25 Jahre

40 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

Wohngemeinschaft

Haus

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
					

Zusatzblatt mit eigener Abgabemöglichkeit:

Haben Sie Interesse an einem Einzelinterview?

Ja

Nein

Wenn wir Sie für ein Interview kontaktieren dürfen, geben Sie uns bitte Ihren Namen und eine Telefonnummer bekannt oder die Einrichtung, über die wir Sie erreichen können.

Name:

Erreichbarkeit:

7.6) Eidesstaatliche Erklärungen

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Hermine PENZ, geboren am 20.12.1973 in Zwettl, Niederösterreich, 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,

Zwettl, am 29.04.2014

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Samira Kader, geboren am 19.01.1973 in Bijeljina, im ehemaligen Jugoslawien, 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 29.04.2014
