



JAHRESTAGUNG 2020

**„Behindert“ aufgrund
psychischer Erkrankung,
insbesondere in Zeiten
von Covid-19**

**24. November 2020
Innsbruck**



Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit

„Behindert“ aufgrund psychischer Erkrankung, insbesondere in Zeiten von Covid-19

DOKUMENTATIONEN DER
JAHRESKONFERENZ 2020

24. November 2020
Innsbruck

Die Konferenz wurde in den virtuellen Raum verlegt:

<https://us02web.zoom.us/j/6876594850>

Meeting-ID: 687 659 4850



Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit

Gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums
für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAŠK)

REDAKTION

Irene Köhler
Claudia Klambauer
Heidi König-Porstner

DOKUMENTATION

Heidi König-Porstner

IMPRESSUM

Redaktion und Herausgeber:

Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit
Geigergasse 5–9/3. Stock
1050 Wien

Tel.: (01) 548 29 22
Fax: (01) 545 01 33
E-Mail: office@oeksa.at
www.oeksa.at

Produktion: Info-Media, 1010 Wien, office@info-media.at
Coverfoto: 123rf.com/Elena Larina

INHALTSVERZEICHNIS

ERÖFFNUNG

Sprechgedicht „Gemeinsam Gedankenwolken stricken“: <i>Eliah Lüthi</i>	5
Eröffnungsworte: <i>Michael Opriesnig, Präsident des ÖKSA</i>	9
Grußwort: <i>Gabriele Fischer, LRin für Soziales, Flüchtlingswesen und Staatsbürgerschaftsangelegenheiten</i>	11
Grußwort: <i>Max Rubisch, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz</i>	13

VORTRÄGE UND DISKUSSIONEN

<i>Christine Steger</i> Das Soziale Modell von Behinderung	17
<i>Michaela Amering</i> Inklusive Behandlungskonzepte	23
<i>Christine Steger/Michaela Amering</i> Diskussion	31
<i>Monika Nowotny/Dorothea Gasser</i> Stigma psychischer Erkrankung: Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich	33
<i>Monika Nowotny/Dorothea Gasser</i> Diskussion	47
<i>Martin Schenk</i> Sozioökonomische Situation. Was die Seele kränkt und wie die Verhältnisse unter die Haut gehen	49

PODIUMSDISKUSSION	61
ARBEITSGRUPPEN	71
Anhänge zu den Arbeitsgruppen	74
SCHLUSSWORT	
„Gemeinsam Gedankenwolken stricken“: <i>Michael Opriesnig, Präsident des ÖKSA</i>	85
ANHANG	
<i>Mitwirkende</i>	86
<i>Organisationen</i>	87

Elijah Lüthi

Gemeinsam Gedankenwolken stricken

Die Jahrestagung wird eröffnet mit einem Sprechgedicht von Elijah Lüthi.

Elijah Lüthi arbeitet wissenschaftlich, künstlerisch und aktivistisch zu sozialpsychiatrischen Zusammenhängen und versteht sich selbst als genderfrei und verrückt. Lüthi ist die „Akademie der Unvernunft“. In Workshops, Spoken-Word-Gedichten, Seminaren, Texten und Auftritten feiert die „Akademie der Unvernunft“ Verirrungen, Verwirrungen und verrückte Erfahrungen in verschiedensten Formen, macht sich einen Reim auf gesellschaftliche Strukturen und Unsagbarkeiten, die schmerzen und auf die mensch trotzdem manchmal angewiesen ist. Im Sommer 2020 erschien das von Elijah Lüthi herausgegebene Buch, „beHindert & verRückt Worte_Gebärden_Bilder finden“, dem das folgende Sprechgedicht entnommen ist.



Elijah Lüthi

Gemeinsam Gedankenwolken stricken/Gemeinsam verrückte Welten streifen

Ich höre deine Fragen,
die mich auffordern zu beweisen,
was ich meine wenn ich sage,
dass Psychiatrie Rassismus konstruiert,
Zweigeschlechtlichkeit implementiert
Menschen einsperrt, die 'nein!' sagen,
die es wagen zu hinterfragen,
deren Überleben für dich unbequem ist.

An manchen Tagen nehme ich dich bei der Hand
und halte mit meinem verRückten Verstand
die Zeit an, um in deine Welt zu steigen
und dir zu zeigen
was ich meine, wenn ich sage, dass

Psychiatrie Rassismus konstruiert,
Zweigeschlechtlichkeit implementiert
Menschen einsperrt, die 'nein!' sagen,
die es wagen zu hinterfragen,
deren Überleben für dich unbequem ist.

Und dann gibt es solche Tage wie heute,
wo deine Fragen zusammen mit vielen
einfließen in ein Meer
aus Bildern, Gedanken und Wortspielen,
aus Blicken, Diagnosen und Geschichten,
aus Zeitungsartikeln und Entlassungsberichten,
die mich umgeben wie ein dichtes Gelee
welches sich ständig bewegt und doch nicht verändert.

Ich strecke meine Hand aus,
um danach zu greifen,
um es zu begreifen,
doch es löst sich auf,
zerfliegt in 1000 Partikeln
und materialisiert sich wieder
auf der andern Seite meiner Hand,
mit der ich nicht greifen kann.

An solchen Tagen drehe ich mich um
und bin umgeben.
Ich strecke meine Hand aus nach dir...und dir... und dir...
nach dir, dir, dir, dir... und dir, und dir.

Ich strecke meine Hand aus nach
Bildern, Gedanken und Menschen,
die T_Räume entfalten
um gemeinsam zu gestalten.

Gemeinsam Gedankenwolken stricken,
deren Regentropfen – für einen Moment –
dieses Gelee-Meer ersticken.
Gemeinsam verRückte Welten streifen
Gemeinsam be_greifen
gemeinsam ver_rücken

Ich höre deine Fragen, die mich auffordern zu beweisen, was ich meine, wenn ich sage
Menschen einsperren, die Nein sagen, die es wagen zu hinterfragen
An manchen Tagen nehme ich dich bei der Hand und halte
Dass Psychiatrie Rassismus
Menschen einsperren, die Nein sagen, die es wagen zu hinterfragen
Deren Überleben für dich
unbequem ist
Einfließen in ein
Zeitungsartikeln
Ich strecke meine Hand aus, um danach zu greifen, um es zu begreifen,
doch es löst sich auf, zerfließt
Mit der ich nicht greifen kann
Ich strecke meine Hand aus nach dir und dir und dir
Ich strecke meine Hand aus
Entfalten
Für einen Moment dieses Geleemeer ersticken
Gemeinsam verrückte Träume
Gemeinsam entrücken

Michael Opriesnig, Präsident des ÖKSA
Eröffnungsworte

ÖKSA-Präsident *Michael Opriesnig* begrüßt die Teilnehmer*innen der ersten virtuellen Jahreskonferenz des Österreichischen Komitees für Soziale Arbeit. Corona-bedingt findet diese Tagung nicht wie ursprünglich geplant im Landhaus Innsbruck statt, sondern wird aus dem Konferenzraum des ÖKSA in Wien übertragen.

Opriesnig dankt Eliah Lüthi für die eindringliche Performance des Sprechgedichts „Gemeinsam Gedankenwolken stricken“, mit dem die Tagung eröffnet wurde. Ähnlich wie Lüthi sagen viele Menschen mit psychosozialer Behinderung oder Beeinträchtigung: Wir sind nicht behindert, sondern wir werden behindert – durch gesellschaftliche Barrieren. Wir sind nicht verrückt, sondern werden verrückt – durch gesellschaftliche Verhaltensmuster und Wahrnehmungsnormen, die uns aus der gesellschaftlichen Wahrnehmbarkeit verrücken.

„Behindert aufgrund von psychischer Erkrankung: Situation in Österreich“ – so lautete der ursprüngliche Titel dieser von zahlreichen Expert*innen gemeinsam vorbereiteten Tagung. Anzumerken sei, dass in die inhaltliche Gestaltung auch betroffene Menschen eingebunden wurden, die an der Konferenz in sogenannten dialogischen Konzepten (Betroffene – Angehörige – Expert*innen) mitwirken werden. In den vergangenen Monaten sei der ursprüngliche Titel ergänzt worden um den Zusatz „insbesondere in Zeiten von Covid-19“. Spätestens jetzt, in dieser durch die Pandemie hervorgerufenen Krise, sei deutlich zu spüren, dass psychische Probleme – von der Überlastung durch einen überfordernden Alltag bis hin zu schweren psychischen Erkrankungen – ein Thema sind, das uns alle angeht. Sehr viele Menschen in Österreich – und zwar Menschen aus verschiedensten Altersgruppen – geben an, dass Angst, chronischer Stress, Einsamkeit und Sinnleere ihre Wegbegleiter geworden sind. Dies bedeute, dass dringende seelische Grundbedürfnisse wie Unterhaltung, Entspannung, Schutz, Zugehörigkeit und Sinnstiftung nicht ausreichend entfaltet werden können. Die Gründe dafür seien vielschichtig.

Opriesnig bittet die Tagungsteilnehmer*innen, online an einer kurzen anonymisierten Umfrage teilzunehmen, um ein Stimmungsbild zu erhalten. Abgefragt wird, ob einer oder mehrere der folgenden Zustände bereits erlebt wurden: Angst, Einsamkeit, Suizidgedanken und chronische Erschöpfung. Die Resultate zeigen, dass chronische Erschöpfung von den Teilnehmer*innen mit Abstand am häufigsten genannt wurde.

Psychische Not – so *Opriesnig* weiter – sei zwar ein großes Thema in unserer Gesellschaft, zugleich aber auch ein großes Tabu-Thema: Scham, Stigmatisierung und

soziale Ausgrenzung psychisch kranker Menschen verhindern, dass sie rechtzeitig jene professionelle Hilfe erhalten, die bei körperlichen Schmerzen und Erkrankungen selbstverständlich ist. Mit dem vorliegenden Programm wolle man nicht nur Information vermitteln, sondern auch einen Beitrag zur Entstigmatisierung psychischer Krisensituationen und Erkrankungen leisten. Das Gefühl von psychischer Überlastung habe Auswirkungen auf alle Lebensbereiche; in diesem Zusammenhang sei es wichtig zu betonen, dass Österreich sich mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet habe, Menschen mit psychosozialen Behinderungen die volle Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu gewährleisten. Welche Behandlungskonzepte dazu erprobt werden, wie sich psychische Belastungen auf die sozioökonomische Situation auswirken, welche guten neuen Ansätze es gibt – diese Themen stehen im Fokus der diesjährigen ÖKSA-Jahreskonferenz. Das Österreichische Komitee für Soziale Arbeit wolle als Kommunikationsplattform zwischen Bund, Ländern, Trägern der Freien Wohlfahrt sowie Städte- und Gemeindebund zur öffentlichen Bewusstseinsbildung beitragen. In diesem Sinne wünscht *Opriesnig* allen Tagungsteilnehmer*innen eine erkenntnisreiche und spannende Veranstaltung.

Landesrätin Gabriele Fischer, Land Tirol

Grußwort

Im Namen des Landes Tirol begrüßt Landesrätin *Gabriele Fischer* sehr herzlich die Teilnehmer*innen der diesjährigen ÖKSA-Jahreskonferenz, die vom Land Tirol mitveranstaltet wird. Man habe sich sehr gewünscht, einander heute persönlich, von Angesicht zu Angesicht in Innsbruck treffen zu können. Dies sei jedoch nicht möglich, da man durch das Corona-Virus immer wieder vor neue Herausforderungen gestellt sei. *Fischer* hebt hervor, wie sehr das Team des ÖKSA dafür gekämpft habe, diese Tagung doch noch face-to-face durchführen zu können – leider vergeblich. Für seine Flexibilität, die es ermöglicht habe, die Tagung nunmehr online stattfinden zu lassen, spricht *Fischer* dem Team ihren besonderen Dank aus.

Dank gebühre dem ÖKSA auch für die Wahl des Themas der Konferenz: Dieses sei ein äußerst wichtiges. In ihrer politischen Arbeit sei es *Fischer* ein ganz besonderes Anliegen, über dieses Thema psychischer Erkrankung und der Folgewirkungen zu reden. Man wisse auch, dass in der aktuellen Corona-Krise gerade Menschen, die psychisch erkrankt sind, zusätzlich belastet seien. Es sei dies eine für alle sehr schwierige Situation; eine Situation, in der vieles auf Menschen zukomme, in der Ängste und Unsicherheiten auftreten. Für Menschen, die ohnedies schon belastet sind, seien diese Herausforderungen umso stärker spürbar. Als Landesrätin, so *Fischer* weiter, sei es ihr daher sehr wichtig gewesen, dieses Thema aufzugreifen und Unterstützungsangebote dazu zu stellen. Etwa habe man einen psychosozialen Krisendienst einrichten können sowie eine Notfall-Hotline für alle Menschen, denen diese Situation in der Seele wehtut.

Fischer unterstreicht weiters die Notwendigkeit, immer wieder in Diskurs zu treten, um das Thema psychische Erkrankung öffentlich zu machen und aus dem Tabu-Bereich herauszuholen. Psychische Erkrankungen seien Erkrankungen – und für erkrankte Menschen müsse es Hilfe geben.

Abschließend wünscht *Fischer* allen Teilnehmer*innen einen guten Verlauf der Tagung, einen guten und inspirierenden Austausch und schließt mit den Worten: „Bleiben Sie gesund!“

Max Rubisch, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Grußwort

Max Rubisch ist im Kabinett von Bundesminister Rudolf Anschober für Pflegevorsorge, Behinderten-, Versorgungs- und Sozialhilfeangelegenheiten zuständig.

Rubisch überbringt Grüße von Bundesminister Rudolf Anschober, dem das Thema der diesjährigen ÖKSA-Jahreskonferenz ein ganz besonderes Anliegen ist. Die wichtigste Aussage der UN-Behindertenrechtskonvention, die Österreich im Jahr 2008 ratifiziert hat, sei: Menschen mit Behinderung sind Menschen, die alle Menschenrechte haben. Die Staaten müssen Rahmenbedingungen schaffen, damit sie diese Menschenrechte auch ausüben und genießen können. Was bedeutet Menschen mit Behinderungen in diesem Zusammenhang?

Rubisch zitiert aus Art 1 der Konvention:

„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.“

In dieser Definition, so *Rubisch*, stecken zwei wichtige Aussagen: Zunächst seien psychische Beeinträchtigungen hier genauso gemeint wie körperliche oder intellektuelle oder Sinnesbeeinträchtigungen. Eine weitere Aussage sei: Mit der betroffenen Person ist nichts falsch. Das Problem sei nicht die Person, sondern die Gesellschaft, die Politik; das Problem seien Verhältnisse, die Barrieren schaffen oder nicht genug unternehmen, um Barrieren zu beseitigen. Die Konvention beruhe auf dem sogenannten Sozialen Modell von Behinderung, über das im Zuge der Tagung noch eingehend gesprochen werde. Behinderung werde in diesem Modell nicht als Eigenschaft einer Person definiert, sondern als gesellschaftliches Phänomen. Nicht die Person hat ein Defizit, sondern die Gesellschaft muss sich verändern, damit Inklusion, Teilhabe, Gleichberechtigung, Chancengleichheit möglich sind. Dies gelte für alle Lebensbereiche, denn in allen Lebensbereichen seien auch Barrieren vorhanden. Wenn ein blinder Mensch einen Lift nicht bedienen kann, weil die Tasten nicht Braille-beschriftet sind und es keine Sprachausgabe für das Stockwerk gibt, in den er sich befindet, so ist das eine Barriere. Wenn ein gehörloser Mensch an einer Veranstaltung teilnehmen will, und es wird nicht in Gebärdensprache gedolmetscht, so ist das eine Barriere. Wenn ein Mensch mit Lernschwierigkeiten einen Bescheid erhält, der in juristisch

komplizierter Sprache verfasst ist, und er diesen Bescheid nicht verstehen kann, weil es keine Übersetzung in einfache Sprache gibt, so ist das eine Barriere. Und Menschen mit psychosozialen Behinderungen seien mit vielerlei Barrieren konfrontiert, die sich meist nicht in der physischen Umwelt, sondern in den Köpfen und im Verhalten von Menschen finden. Gerade im Zusammenhang mit psychosozialen Behinderungen existieren viele Tabus und Vorurteile.

Gleichzeitig, so *Rubisch*, leben wir in einer Gesellschaft und einer Arbeitswelt, wo die Anforderungen und das Tempo immer höher werden. Menschen mit psychosozialen Behinderungen seien hier besonders benachteiligt, weil auf ihre Bedürfnisse dabei meist keine Rücksicht genommen werde.

Im Auftrag des Sozialministeriums wurden von Statistik Austria zwei Umfragen zum Thema Behinderung durchgeführt, und zwar in den Jahren 2007 und 2015. Die dabei befragten Personen sollten selbst einschätzen, ob sie aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung im Alltagsleben eingeschränkt seien und ob dies bereits länger als ein halbes Jahr andauere. Ein interessantes Ergebnis dieser Befragungen sei gewesen, dass zwischen den Jahren 2007 und 2015 alle Formen von Behinderung einen Rückgang erfahren hatten, mit einer einzigen Ausnahme: Nervliche und psychische Probleme seien im selben Zeitraum angestiegen. Psychische und neurologische Erkrankungen seien bereits die dritthäufigste Form von Beeinträchtigung. In der Befragung haben hochgerechnet etwa 270 000 Menschen angegeben, davon betroffen zu sein, das entspricht etwa 3,7 % der Bevölkerung. Dies liege wohl auch an einer Gesellschaft, die immer mehr Stress, Vereinsamung und Entfremdung produziert. Hinzu kommen geflüchtete Menschen mit traumatischen Erfahrungen, alte und pflegebedürftige Menschen sowie Menschen, die an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden. Nicht zuletzt habe nun auch die Covid-19-Pandemie einen großen Beitrag dazu geleistet, dass Ängste entstehen oder sich verstärken und dass viele Menschen, besonders Menschen mit psychosozialen Problemen, in akute Krisen geraten. Bereits vorhandene Probleme seien durch die Pandemie wie durch ein Brennglas noch einmal deutlich gemacht worden.

Es existiert in Österreich ein Diskriminierungsverbot. Menschen mit Behinderungen sind geschützt durch die Verfassung und durch das Behindertengleichstellungsrecht, in dem es heißt: Niemand darf aufgrund einer Behinderung schlechter behandelt werden als jemand anderer. Wer sich diskriminiert fühlt, kann ein Schlichtungsverfahren beim Sozialministerium-Service einleiten und – wenn nötig – auch zu Gericht gehen. Eine solche individuelle Lösung sei jedoch, wie *Rubisch* unterstreicht, nicht genug. Es könne nicht nur Aufgabe eines einzelnen Menschen sein, sein Recht auf

einem mühsamen Weg durchzusetzen. Zusätzlich zum Behindertengleichstellungsrecht brauche es auch Gesetze, die Barrierefreiheit vorschreiben, sowie spezielle Unterstützung für Menschen mit Behinderung.

An den Maßnahmen des Sozialministerium-Service können Menschen mit psychosozialen Behinderungen grundsätzlich immer teilnehmen. Darüber hinaus existieren jedoch auch besondere Unterstützungsmaßnahmen für diese Menschen, etwa gibt es im Rahmen des Netzwerks Berufliche Assistenz die Arbeitsassistenz, die besondere Angebote für Menschen mit psychosozialen Behinderungen enthält.

Rubisch hebt einen weiteren Grundsatz der UN-Behindertenrechtskonvention hervor, nämlich die Partizipation. Diese bedeute, dass Menschen mit Behinderung gehört werden und als Expert*innen in eigener Sache in Entscheidungsprozesse eingebunden werden müssen. Dieses Einbinden sei mühsam und zeitaufwändig, durch die eingebrachte Vielfalt jedoch für die Qualität der Entscheidungsfindung überaus lohnend. Menschen mit psychosozialen Behinderungen seien in der Partizipation lange übersehen worden. Erst in jüngerer Zeit habe sich daran etwas geändert. Ein Beispiel dafür sei etwa, dass sich im unabhängigen Monitoring-Ausschuss, der die Einhaltung der Konvention in Österreich überwacht, mittlerweile eine Person finde, die selbst Psychiatrieerfahrung hat. Im Bundesbehinderten-Beirat, der den Sozialminister in allen Bereichen der Behindertenpolitik berät, seien ebenfalls Menschen mit psychosozialen Behinderungen vertreten. *Rubisch* verweist weiters auf die wertvolle Arbeit der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung, von der im weiteren Verlauf der Konferenz noch die Rede sein werde. Derzeit arbeite man am Nationalen Aktionsplan (NAP) Behinderung für die Jahre 2022 bis 2030. Damit solle die UN-Konvention in Österreich im kommenden Jahrzehnt umgesetzt werden; der NAP solle für diese Zeit die Leitlinie für die österreichische Behindertenpolitik bilden. Es arbeiten derzeit 26 Teams an diesem Plan, und es werden dabei auch spezifische Maßnahmen für Menschen mit Behinderung erarbeitet. Die NAP-Begleitgruppe, die alle diese Arbeiten koordiniere, sei ein breites Gremium, in dem sich auch eine Selbstvertreterin der Menschen mit psychosozialen Behinderungen finde.

„Behindert aufgrund psychischer Erkrankung“ sei, so *Rubisch* abschließend, immer noch ein Tabuthema. Es sei wichtig, dieses Thema zur Sprache zu bringen und dabei nicht nur über die betroffenen Menschen, sondern vor allem mit den betroffenen Menschen zu reden. Diesem Zweck solle die diesjährige Jahreskonferenz des ÖKSA dienen.

Rubisch dankt dem ÖKSA für die Wahl des Themas der Konferenz; zum Zeitpunkt dieser Wahl habe man noch nicht gewusst, wie aktuell es speziell in diesem Jahr werden würde. Besonderen Dank spricht *Rubisch* Irene Köhler, Claudia Klambauer, Michael Opriesnig und dem Land Tirol aus, die es gemeinsam geschafft haben, diese Konferenz unter schwierigen Bedingungen mit viel Flexibilität und Kreativität zu organisieren. Im Namen von Bundesminister Rudolf Anschober wünscht *Rubisch* allen Teilnehmenden eine spannende und inspirierende Tagung.

Christine Steger

Das Soziale Modell von Behinderung

Christine Steger ist Vorsitzende des Unabhängigen Monitoring-Ausschusses zur Überwachung der Einhaltung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Steger möchte im Zuge ihres Vortrags nicht nur das Soziale Modell von Behinderung in den Fokus stellen, sondern insbesondere auch auf die Auswirkungen der Nicht-Anwendung dieses Modells eingehen.

UN BRK – Paradigmenwechsel & Querschnittsmaterie

Für die Umsetzung der UN-Konvention, zu der Österreich sich im Jahr 2008 verpflichtet hat, sei ein Paradigmenwechsel vonnöten. Menschen werden darin als Rechtsträger*innen anerkannt (Allgemeine Prinzipien Art. 3/Anerkennung vor dem Recht (Art. 12)/Selbstbestimmt Leben und Inklusion Art. 19).

Steger betont, dass die UN BRK eine Querschnittsmaterie ist: Die Umsetzung der Konvention betrifft alle Bereiche des Lebens und der Politik. Es sei wichtig zu betonen, dass dafür also nicht nur der Sozialbereich zuständig ist. Aktuell werde in sehr vielen Teams am neuen NAP gearbeitet, unter verstärkter Beteiligung der Länder und auch anderer Ministerien; die Umsetzung der UN BRK könne nur dann gelingen, wenn auch sämtliche andere Bereiche der Politik sich als dafür zuständig erklären.

Herausforderungen am Beispiel des Föderalismus

Die Herausforderungen bei der Umsetzung seien exemplarisch anhand des Föderalismus dargestellt: In 9 Bundesländern existieren 9 Bautechnikgesetze, 9 Sozialgesetze („Behinderungs/Teilhabe/Inklusionsgesetze“) sowie 9 Kinder- und Jugendhilfegesetze. Mit Ausnahme der persönlichen Assistenz am Arbeitsplatz, die Sache des Bundes ist, liege die Behindertenhilfe in den Händen der Länder, die somit über die Lebensrealitäten von Menschen mit Behinderung maßgeblich entscheiden.

Es gibt eine Kostentragung zwischen Land und Gemeinden: Eine Erweiterung von Leistung muss also immer auch mit Zustimmung der Gemeinden und der Städte erfolgen. Dies führe immer wieder zu Diskussionen sowie zu einem grundsätzlichen Infragestellen der Ziele der Konvention; dass die Umsetzung der BRK keine Angelegenheit sei, die der Bund für die Länder regeln könne, sondern dass alle Stakeholder gemeinsam daran arbeiten müssen, sei noch nicht bis in alle Bereiche durchgedrungen.

Artikel 1 – Zweck

„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.“

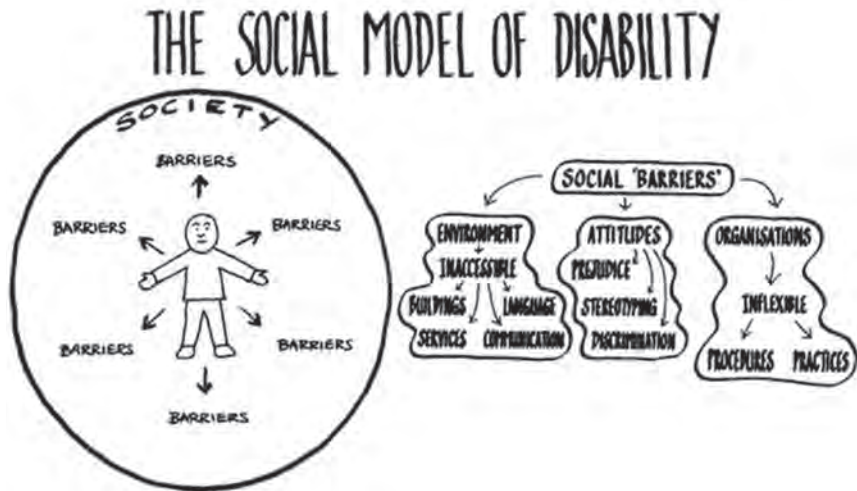
Steger geht an dieser Stelle auch auf Art. 3 Allgemeine Grundsätze und Art. 4 Allgemeine Verpflichtungen der Konvention ein. Die Allgemeinen Grundsätze betreffen Nicht-Diskriminierung, Teilhabe, Chancengleichheit, Zugänglichkeit, Gleichberechtigung von Mann und Frau sowie Rechte von Kindern. Die Allgemeinen Verpflichtungen besagen, dass sich die Vertragsstaaten dazu verpflichtet haben, die Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten ohne Diskriminierung zu gewährleisten und zu fördern. Im ersten Punkt von Art. 4 heißt es, dass alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen anerkannten Maßnahmen zur Umsetzung der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte getroffen werden müssen. Dies bedeute, dass seit 2008 eine systematische Durchforstung aller Gesetze und Grundlagen in Hinblick auf die Konventionsziele stattfinden hätte müssen. Im zweiten Punkt wird angeführt, dass die Vertragsstaaten sich verpflichten, alle geeigneten Maßnahmen einschließlich gesetzgeberischer Maßnahmen zur Änderung oder Aufhebung bestehender Gesetze oder Verordnungen, Gepflogenheiten und Praktiken zu treffen, die eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen darstellen.

Das Soziale Modell von Behinderung

...sei der Schlüssel für die Umsetzung der Konvention. Behinderung wird darin nicht als individuelles Schicksal oder als tragische Pathologie, sondern als soziales Unterdrückungsverhältnis verstanden.

Die British Union der Körperbehinderten (UPIAS) fasst den Unterschied zwischen Beeinträchtigung und Behinderung so zusammen:

„Disability is something imposed on top of our impairment, by the way we are unnecessarily isolated and excluded from full participation in society. Disabled people are therefore an oppressed group.“



Menschen mit Behinderung sind in der Gesellschaft von Barrieren umgeben. Diese Barrieren können mannigfaltiger Natur sein, sie betreffen Abläufe, Nicht-Zugänglichkeit von Gebäuden, aber auch von Dienstleistungen, Angeboten, Kommunikationsmitteln, Sprache oder ganz grundsätzlich Leistungen, die der Staat zur Verfügung stellt. Es geht dabei auch um Vorurteile und Stereotype, die zu Diskriminierungen führen können. Auch Organisationen seien unflexibel in ihren Praktiken, Regeln und Abläufen: Als Beispiel seien Behörden genannt, die bei der Einbestellung von Menschen mit psychosozialen Behinderungen nicht berücksichtigen, dass dies aufgrund der Medikamenteneinnahme oder generell der nötigen Organisation erst am späten Vormittag oder am Nachmittag geschehen sollte.

Medizinisches Modell

Das medizinische Modell bietet derzeit noch in den meisten Ländern den Rahmen, eine flächendeckende Implementierung des Sozialen Modells ist derzeit noch nicht gegeben.

Das medizinische Modell legt den Fokus auf individuelle Schädigung und setzt Behinderung mit Schädigung/Beeinträchtigung gleich; der Schlüssel dazu sei individuelle Rehabilitation. Es gehe dabei um die Passendmachung des Individuums für das soziale System. Oberste Autorität haben professionelle Expert*innen: Erfahrungs-Expert*innen werden nicht einbezogen. Medikalisierung und Rehabilitation werden als Lösung angeboten.

Soziales Modell

Im Sozialen Modell liegt der Fokus auf der Gesellschaft: Was muss diese tun, um inklusiv für alle zu sein?

Behinderung geht über Beeinträchtigung hinaus; es gibt die individuelle Verfasstheit der Person, Behinderung konstruiert sich allerdings erst in Wechselwirkung mit der Gesellschaft.

Soziale Defizite: Verschiedene Lebensrealitäten werden von einer Gesellschaft nicht ausreichend berücksichtigt.

Behinderung sei in diesem Modell vor allem eine dynamische Konstruktion: Man könne nicht an einem bestimmten Punkt sagen, dass eine Person ein für alle Mal eine bestimmte Form von Unterstützung benötige, sondern die entsprechenden Bedarfe orientieren sich situativ.

Oberste Autorität hat der Mensch mit Behinderung.

Im Sozialen Modell gilt statt Medikalisierung Aktivismus: Menschen mit Behinderung artikulieren ihre Bedürfnisse selbst.

Das Soziale Modell von Behinderung – Schlüssel zur Umsetzung der Konvention

Die Grundlage für das Soziale Modell sei in den (Sozial-)Gesetzen sehr selten, wiewohl in den vergangenen zwölf Jahren einige Fortschritte zu verzeichnen waren. In allen anderen Bereichen als dem Sozialbereich bzw. der Behindertengesetzgebung zählt für den Zugang zu Leistungen der Länder und auch des Bundes der Grad der Behinderung. Dies steht in direktem Widerspruch zur Konvention („medizinisches Modell“). Damit seien auch „angemessene Vorkehrungen“ nicht in der geltenden Gesetzge-

bung vorgesehen, was insbesondere Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in Bedrängnis bringe sowie Menschen mit psychosozialen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, Psychiatrieerfahrung und/oder Erfahrung-Expert*innen. Die Konvention hätte bereits in allen Bereichen Eingang finden müssen: etwa dass eine persönliche Assistenz erst ab 18 und nur bis 65 möglich ist, sei ein klares Manko. Die Hilfesysteme müssten sich gemäß der Konvention nach den bestehenden Bedarfen richten.

Wie viel „Behinderung“ ist nötig, um zu der Unterstützung zu kommen, die ich benötige?

Am Beispiel persönliche Assistenz: In den meisten Ländern stehen hier gemäß medizinischem Modell Menschen mit körperlicher Behinderung im Fokus. Dies sei in der Konvention so nicht vorgesehen: Menschen mit allen Formen von Behinderung müssen persönliche Assistenz in Anspruch nehmen können, unabhängig auch davon, ob sie unter 18 sind oder über 65.

Das Soziale Modell am Beispiel Menschen mit psychosozialen Behinderungen

Auf der Gesetzesebene gibt es strukturelle Ausschlusskriterien für Menschen mit psychosozialen Behinderungen. Ein Beispiel dafür ist die Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz: Psychosoziale Behinderungen oder psychische Erkrankungen werden in der Regel nicht ausreichend berücksichtigt, Begutachtungen erfolgen NICHT durch Fachärzt*innen.

Einschätzungsverordnung (Grad der Behinderung): Psychosoziale Behinderungen werden auch hier zu wenig berücksichtigt.

Auswirkungen durch Nicht-Anwendung des Sozialen Modells

Der Grad der Behinderung ist die Grundlage für zahlreiche Leistungen, etwa die erhöhte Familienbeihilfe, Stipendienbezug, Zugang zum Behindertenpass, Zugang zu Sozialtarifkarten im öffentlichen Verkehr bei den ÖBB usw.

Die unzureichende Berücksichtigung von Menschen mit psychosozialen Behinderungen in diesen Bereichen führt zu höherer Armutsgefährdung und einer geringeren Teilnahme am öffentlichen Leben (etwa aufgrund von mangelnder Mobilität).

Die Pflegegeldeinstufung ist auch die Grundlage für die persönliche Assistenz am Arbeitsplatz: Gehörlose etwa erhalten jedoch kein Pflegegeld (oder eine zu geringe Stufe), ebenso wie Menschen mit psychosozialen Behinderungen.

Diese Beispiele illustrieren, dass es für die Umsetzung der Ziele der Konvention unabdingbar ist, das Soziale Modell konsequent voranzutreiben und in eine konkrete Anwendung zu bringen. Dies, so *Steger* abschließend, werde eine der großen Herausforderungen sein, denen man sich in nächster Zeit zu stellen habe. Wichtig sei insbesondere eine bundeseinheitliche Umsetzung im Bereich des Sozialen Modells hinsichtlich der Leistungen: Darüber, welches Leben ein Mensch mit Behinderung führen kann, dürfe nicht die Postleitzahl entscheiden.

Michaela Amering
Inklusive Behandlungskonzepte

Michaela Amering ist Universitätsprofessorin und Oberärztin an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien, mit einem besonderen Interesse an der psychosozialen Situation von Menschen mit der Diagnose Schizophrenie und deren Familien. **Amering** verfügt über sowohl klinische als auch Forschungserfahrung in Großbritannien, den USA und Kanada und verfolgt seit vielen Jahren die internationale Entwicklung der Betroffenenbewegung. Sie ist u. a. Ehrenmitglied des Weltverbands für Psychiatrie. **Amering** war Gründungsmitglied des ersten Wiener Trialogs 1994 sowie des Vereins EX-IN Österreich im Jahr 2014.

Amering erinnert eingangs an die ÖKSA-Tagung des Jahres 2013 zum Thema Selbstbestimmung statt Fremdbestimmung, im Zuge deren Stefan Hagleitner (Omnibus) gesagt hatte:

„Kommunikation auf Augenhöhe ist notwendig, aber schwer. Stigmatisierung ist auch hier in der Diskussion offensichtlich. Bipolare Störung, paranoide Schizophrenie wurden als Sonderfälle genannt. Argumentiert wird über Extremfälle. Der Sachwalter teilt nicht den Alltag, ist nicht auf der Brücke, um zu sagen: ‚Spring nicht!‘. Der Betroffene aber überlegt sich, was es bedeutet, um Zigaretten oder einen Pullover betteln gehen zu müssen. Psychiatrie hat Aufholbedarf. Psychiatrie hat Schwierigkeiten, dazuzulernen.“

Trialoge

In Trialogen treffen sich Betroffene bzw. Erfahrene, deren Angehörige und Freunde sowie professionell Tätige regelmäßig in offenen Gruppen auf neutralem Boden – außerhalb von familiären, therapeutischen und institutionellen Hierarchien und Verflechtungen – zur Kommunikation und Diskussion über psychische Gesundheitsprobleme, deren Bedeutung und Folgen sowie Wege der Bewältigung und der Genesung „auf gleicher Augenhöhe“.

Niemals wieder den Dialog zusammenbrechen zu lassen war auch das Ziel der Erfinderin und Gründerin des Trialogs, einer Überlebenden der Psychiatrie der NS-Zeit, Dorothea Buck (1917–2019).



Die UN-Behindertenrechtskonvention

... habe innerhalb der Psychiatrie für einiges an Empörung, Konflikt und Diskussionsbedarf gesorgt.

Einspringen, helfen, für jemanden entscheiden sei ein hohes Gut im Sinne des medizinischen Modells (mit dem Risiko unerwünschter Effekte). Davon wegzukommen, um ein neues, soziales Modell zu etablieren, erfordere eine breite Diskussion. Leichte Sprache sowie der Trialog (inkl. Angehörigen) seien in dieser Diskussion unerlässlich. Die Erfahrung im Trialog mache deutlich, dass wir Konflikte aushalten und kontroverse Diskussionen mit Gewinn führen können. Auch zeige der Trialog ganz klar die großartigen Möglichkeiten von gemeinsamen Anstrengungen und koordinierten Aktionen.

Trialoge

...gibt es mittlerweile in ganz Österreich. Der erste Trialog wurde in Wien im Jahr 1994 abgehalten und findet derzeit jeden 2. und 4. Mittwoch im Monat statt: www.freiraume.at/trialog

Amering lädt alle Teilnehmenden herzlich ein, daran teilzunehmen.

Diese ÖKSA-Jahrestagung, so *Amering* weiter, profitiere von einer trialogischen Vorbereitung, werde ein trialogisches Podium aufweisen und eine trialogische Zukunftsplanung präsentieren.

Inklusive Behandlungskonzepte

Die Datenlage in der Psychiatrie sei hierzu seit Jahrhunderten (Roots of Recovery, Davidson et al, 2010), seit Jahrzehnten (PORT aus Recovery-Sicht, Davidson, 2010) und auch aktuell mit den neuesten wissenschaftlichen Methoden (Galderisi et al, 2018–2020) überaus klar: Am meisten Effekt haben jene Hilfen, die Menschen mit sogenannten „schweren“ psychiatrischen Gesundheitsproblemen in ihrem Alltagsleben unterstützen.

Die entsprechenden neuesten Daten dazu seien von italienischen Kolleg*innen gesammelt worden, die in ihrer Ausrichtung durchaus dem medizinischen Modell zuneigen. Dabei seien neueste statistische Methoden zur Anwendung gekommen, die für so große Datenmengen zuvor nicht verfügbar waren: Centrality of Community Activities in a Network Analysis of Outcome-limiting Factors: Implications for Recovery-oriented Strategies (EPA Mucci, 2018). Die Resultate aus dieser Untersuchung haben erhebliche Implikationen für die Behandlung:

- Positive Symptome (wie Wahn und Halluzinationen) haben keine Schlüsselrolle in der Kette von Faktoren, die das tatsächliche Alltagsleben beeinflussen, und daraus ergibt sich ein deutlicher Bedarf an Behandlungen jenseits antipsychotischer Medikation.
- Das Muster der Beziehungen zwischen den Daten spricht für die Implementierung von personalisierten Interventionen für Individuen mit Schizophrenie-Diagnose.
- Die große zentrale Bedeutung von funktionaler Kapazität und Alltagsfertigkeiten bedeutet, dass die Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen, eine Schlüsselrolle in jeglicher therapeutischer Intervention spielt.

Die Schlussfolgerung aus dieser datengenerierten Analyse spricht für Recovery-orientierte Ansätze mit mehr Fokus auf die Ziele der Alltagsbewältigung als auf die Symptomkontrolle.

Die Datenlage zeige auch klar, dass dabei die Orientierung an individuellen Wünschen und Bedarfen im Vergleich zur Arbeit in traditionellen Institutionen zumindest genauso gut wirkt. So sei es z. B. beim individuell betreuten Wohnen (Richter & Hoffmann, 2017) und bei der Arbeitsrehabilitation/Job Coach (Richter & Hofmann, 2019).

Auch Forderungen, die bereits seit Jahrzehnten bestehen, werden immer wieder von der Wissenschaft bestätigt, etwa die Forderung „Erst platzieren, dann trainieren!“ statt „Erst trainieren, dann platzieren“. Dies betrifft etwa auch die Bereiche

- Housing First/Supported Housing
- Supported Employment/Job Coach
- Supported Education
- Supported Parenting
- Persönliche Assistenz

Die Datenlage bestätige überdies, dass Behandlungen unter Zwang und Bevormundung nicht nur ethische und rechtliche Bedenken sowie Misstrauen und Wunsch nach Distanz bei der Bevölkerung und bei anderen medizinischen Fachleuten hervorrufen, sondern auch von unklarer Wirksamkeit sind und im regionalen Vergleich massiv variieren (Kallert et al., 2011), und dass es durchaus Alternativen zur Krisenbehandlung im Krankenhaus gibt (Stastny et al., 2007, 2020).

Auch dahingehend gibt es eine Entwicklung, die unter anderem von der UN-Behindertenrechtskonvention angestoßen wurde: Es werden Wege zu einem umfassenden Gewaltverzicht in der Psychiatrie gesucht (Martin Zinkler und José M. Kousseimou 2014). Bereits seit Jahrzehnten gebe es allerdings Modelle, die eine alternative Krisenbehandlung sowie nachgehende Betreuung anbieten: ACT (Test & Stein 1980), Home treatment (Burns et al 2002), Crisis families (Carling 1994), Soteria (Ciompi & Hoffmann 2004), Open dialogue (Seikkula 2006), Need adapted treatment (Alanen, 1997), User-controlled crisis services, Peer respite.

Einbeziehung der Betroffenen in die Versorgung

Einer der Gründe für ihre Überzeugung, dass Betroffene in die Versorgung miteinbezogen werden müssten, seien – so *Amering* – nicht zuletzt ihre persönlichen Erfahrungen in Birmingham 2000/01. Dort habe es ein Betroffenen-geleitetes Krisenhaus gegeben, das unendlich hilfreich gewesen sei. So etwa sei Gewalt in Aufnahmesituationen durch Teammitglieder mit eigener Erfahrung weitgehend vermieden worden. Die Einbeziehung der NutzerInnen in alle Personalentscheidungen habe sehr positive Effekte zeitigt, ebenso die Einbindung von Betroffenen in Praxis, Lehre und Forschung.

Recovery-Orientierung

...sei derzeit die gesundheitspolitische Vorgabe für die Psychiatrie in englischsprachigen Ländern (UK, USA, CAN, AUS u. a.). Recovery als Grundlage und Ziel psychosozialer Interventionen finde sich jedoch auch in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN (2012, 2019).

Recovery-Orientierung der Hilfeangebote

...bedeute

- Personenzentrierung anstatt Institutionszentrierung: Lebensfeldorientierung, Kontinuität, Multidisziplinarität, Mobilität
- integrative Behandlung, bei der ein Team verschiedene Behandlungen in unterschiedlicher Zusammenstellung über verschiedene Zeiten anbieten kann
- im Rahmen eines menschenrechtsbasierten Ansatzes
- wo eine Zusammenarbeit FÜR Veränderung stattfindet
- Selbsthilfe und Interessensvertretung
- Peer Support

Recovery

Das Recovery-Modell sei dadurch entstanden, dass viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in den vergangenen Jahrzehnten in die Öffentlichkeit getreten seien, um ihre Erfahrungen einzubringen (P. Deegan, D. Fisher, M. E. Copeland, K. Jamison u. v. a.). Dies habe zu einer Entwicklung aus den Beschränkungen der Patient*innen-Rolle hin zu einem selbstbestimmten und sinnerfüllten Leben geführt (Pat Deegan, 1998).

Die epidemiologischen Daten zum Krankheitsverlauf schwerer psychiatrischer Erkrankungen haben seit jeher gezeigt, dass es immer wieder auch zu einer vollständigen Gesundheit kommen kann. (Symptomremission nach frühzeitiger Behandlung. e.g. Gitlin et al, McGorry et al, Hegarty et al; Soziale Recovery auch nach langjährigen Verläufen: e.g. Harrison et al, Harding et al, Ciompi, Bleuler.)

Recovery könne als Ergebnis, als Prozess oder als beides definiert werden. Wo es – wie von den Menschen mit Erfahrung vorgeschlagen – als Ergebnis gesehen wird, geht es um soziales Leben (als Arbeitnehmer*in, als Studierende, ...) versus Reduktion von Symptomen, um ein sinnerfülltes Leben versus Reduktion fachlicher Hilfe (diese könne auch selbst bestimmt und je nach Bedarf zur Anwendung gebracht werden).

Recovery bedeute neue Herausforderungen für die Zusammenarbeit von Betroffenen und Profis: Es gilt, die Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen auf allen

Ebenen (Politik, Angebote, Qualitätssicherung, Forschung, Lehre) zu erlernen und neue Formen der Zusammenarbeit (z. B. Krankheits-Selbstmanagement, PatientInnen als ExpertInnen, partizipative Entscheidungsfindung, individuelle Krisenpläne, Behandlungsvereinbarungen, Patient*innenverfügungen) zu implementieren:

- Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen auf allen Ebenen
- Förderung von Selbsthilfe und Interessenvertretung
- Zusammenarbeit in der Versorgung
- im Management lokaler und nationaler Programme
- in Planung und Evaluation des Versorgungssystems
- als Lehrende in Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Forschung (Förderungsentscheidungen; Design; Durchführung; Analyse; Disseminierung)

Peer Support Genesungsbegleitung EX-IN

Eine besondere Form des Peer Support sei die Genesungsbegleitung EX-IN (Experienced-Involvement= Einbeziehung Psychiatrie-Erfahrener: www.ex-in.at), die aus einem EU-Projekt entstanden ist. EX-IN-Genesungsbegleiter*innen bringen ihre Erfahrung in Ausbildungen ein, wobei EX-IN eine Berufsqualifizierung darstellt. Viele dieser Qualifizierten bringen ihre Expertise auch in anderen Bereichen ein, etwa in Krankenhäusern, mobilen Teams, Ambulanzen, im betreuten Wohnen, bei niedergelassenen Psychiater*innen bzw. auch in eigenständigen Beratungsstellen/Krisenhäusern etc.

Zusammenarbeit in Praxis und Lehre

Die Erfahrungen von Menschen, die selbst „in Recovery“ leben und ihr Engagement als Mitglieder multiprofessioneller Teams zur Verfügung stellen, haben gerade für die Identifizierung von Potential an Gesundheit und für Möglichkeiten zu Selbstbestimmung und Eigeninitiative auch bei Menschen, die sich in als aussichtslos erscheinenden Situationen befinden, große Bedeutung. Sie können dem „bias“ der Kliniker*innen, die ohne eigene Psychiatrie-Erfahrung auf den klinischen Alltag mit Fokus auf Risiken, Krisen und Krankheit begrenzt sind, ihre Erfahrungen mit erfolgreichen Aufbrüchen und Ausbrüchen aus solchen Situationen entgegensetzen. Der Blick der Peers – z. B. als Genesungsbegleiter*innen – für Stärken und zu stärke Tendenzen zur Gesundheit auch in Phasen der Demoralisierung kann direkt als Peer Support für Betroffene, aber auch indirekt als Input in Betreuungsteams die Dynamik von Enttäuschung und Resignation verändern. Aus- und Weiterbildungsprogramme für Recovery-orientierte Teams nutzen daher Betroffene und Angehörige als Lehrende und Supervisor*innen.

Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung Übersicht des internationalen Forschungsstandes

(C. Mahlke, U. Krämer, R. Kilian, T. Becker, Nervenheilkunde 2015)

Peer-Arbeit ist nach aktueller Forschung ein vielversprechender Ansatz, der nicht nur den betroffenen Nutzer*innen zugutekommt, sondern auch das allgemeine therapeutische Klima psychiatrischer Einrichtungen verbessern und den Kampf gegen Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffener unterstützen kann.

Recovery und Menschenrechte

- Selbstbestimmung als Gesundheitsressource (WHO Ottawa Chart, 1986)
- Die Würde des Risikos (Recovery; Pat Deegan, 1996) war stets eine wesentliche Forderung der Erfahrenen, ebenso wie
- das Recht, Fehler zu machen (Ron Coleman, 1999).
- Nicht-Diskriminierung: Hierzu biete die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen große Möglichkeiten (CRPD, 2006).

UN-Konvention für die Rechte von Personen mit Behinderungen (BRK) – Soziales Modell

Aus dem Sozialen Modell von Behinderung wird deutlich, dass die multidisziplinäre Feststellung des Unterstützungs- bzw. Assistenzbedarfs in den Mittelpunkt der Erwägungen rückt. „Welche Form von Assistenz kann jemanden wie am besten in seiner Selbstbestimmung unterstützen?“ wird zur zentralen Fragestellung. Diese Assistenz muss gemeindenah sein und kann auch in Form von persönlicher Assistenz erfolgen, die natürlich auch Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen zur Verfügung gestellt werden soll.

UN-Konvention für die Rechte von Personen mit Behinderungen (BRK):

„Nichts über uns ohne uns!“

Partizipation von Selbstvertreter*innen

- während des Verhandlungsprozesses
- Teilhabe bzw. Partizipation ist ein Grundprinzip (Artikel 3 Konvention).
- Mitgliedsstaaten müssen in allen Belangen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, diese einbeziehen (Artikel 4 Abs 3 Konvention),
- so auch in die Überwachung der Konvention selbst (Artikel 33 Abs 2 Konvention).

Amering betont, dass diese Partizipation auf allen Ebenen ein historischer Triumph nicht zuletzt der Menschen mit psychosozialen Behinderungen ist, denen es gelungen sei, ein Teil der Lobby von Erfahrenen mit Behinderungen aller Art zu werden.

Der Recovery-Kontext sei ein menschenrechtsbasierter Ansatz, weg „from charity-based to rights-based“.

„... insbesondere in Zeiten von Covid-19“

Covid-19 macht vieles deutlicher sichtbar, kann viele Formen der Benachteiligung und Diskriminierungserfahrungen verstärken und Exklusion noch befördern.

Covid-19 bietet jedoch auch Chancen für neue Formen von Arbeit an Anti-Diskriminierung und Inklusion (z.B. digitale Möglichkeiten, WHO, ...).

Nicht-Diskriminierung und Inklusion für Frauen

Um die Bedeutung und das Potential der UN-BRK zu erkennen, hilft es, sich eine rezente Änderung der menschenrechtlichen Situation einer großen Personengruppe vorzustellen. Das Recht von Frauen auf Selbstbestimmung und Nicht-Diskriminierung, insbesondere aber das explizite Recht, die Rechtsfähigkeit auszuüben (Artikel 15 Frauenrechtskonvention, 1979) hatte und hat enorme Auswirkungen auf die gesellschaftliche Realität weltweit. (Schulze, 2010; *Amering & Schulze*, 2013)

Nicht-Diskriminierung und Inklusion für Menschen mit Behinderungen

Und während auch in Hinsicht auf Geschlechtergleichstellung menschenrechtlich noch viel zu tun ist, ist uns allen klar, dass diese Entwicklung unumkehrbar ist. Nun stehen wir mit der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (2006) mitten in einem weitreichenden gesellschaftlichen Prozess, der auch im psychosozialen Bereich ein Infragestellen und radikales Neudenken, aber auch anders Handeln erfordert. (Schulze 2010; *Amering & Schulze*, 2013)

Amering beendet ihren Vortrag mit einem Zitat Albert Einsteins.

***„Die reinste Form des Wahnsinns ist es,
alles beim Alten zu belassen
und zu hoffen, dass sich etwas ändert“***

Albert Einstein

Christine Steger, Michaela Amering

DISKUSSION

Walter Marschitz fasst die zu den Vorträgen eingegangenen Fragen aus dem Chat Room zusammen.

An *Max Rubisch*: Wie ist die zeitliche Perspektive zur Fertigstellung des NAP? Welche Umsetzungspläne zur Umsetzung in den Ländern gibt es?

Rubisch: Derzeit arbeiten die erwähnten partizipativen Teams mit einem Zeithorizont bis Ende 2020. Ein Großteil dieser Teams werde es voraussichtlich schaffen, entsprechende Beiträge tatsächlich zu diesem Termin fertigzustellen; man rechne mit einer Fertigstellung aller Beiträge bis März 2021. Es bleibe somit ein Dreiviertel-Jahr Zeit, um den Entwurf des NAP dann weiter zu diskutieren und sodann politisch abzustimmen, damit er Ende des Jahres 2021 beschlossen werden könne. Ziel sei ein Inkrafttreten am 1.1. 2022.

An *Christine Steger*: Welche Länder verwenden bereits Ansätze des Sozialen Modells? Wo werden bei der PflegegeldEinstufung bereits entsprechende Peer Groups eingesetzt?

Steger: Im neuen Teilhabegesetz in Tirol wird die konventionskonforme Definition von Behinderung angewendet, auch im Salzburger (alten) neu benannten Inklusionsgesetz. Die konsequente Umsetzung in allen „Leistungsbereichen“ allerdings ist noch nicht erfolgt. – Zu Peer Groups: Ihr sei, so Steger, leider keine solche Initiative in Österreich bekannt. Die Einbindung von Peers könne, wenn überhaupt, nur konsularisch erfolgen, d. h. als beratende Expert*innen. Partizipation werde in Österreich leider oft mit Beratung verwechselt. Brigitte Heller vom Verein Lichterkette habe hierzu allerdings ergänzt, dass man derzeit mit der „Pro Mente“-Forschung gemeinsam an einem Einstufungsverfahren arbeite: Dabei würden also sehr wohl Erfahrungs-Expert*innen eingebunden.

An *Michaela Amering*: Könnten Sie ein Fallbeispiel beschreiben, damit das Gesagte greifbarer und konkret wird? Zum Beispiel mit inklusivem Behandlungskonzept, personenzentrierter Behandlung?

Amering nennt als Beispiel ein multiprofessionelles Modell, in dem auch Peers mitarbeiten, das jemanden dort betreuen, begleiten und aufsuchen kann, wo er oder sie das möchte. Dies sei vorteilhaft bei wechselndem Unterstützungsbedarf: In Zeiten

geringeren Unterstützungsbedarfs zieht das Team sich zurück, ist jedoch sofort wieder bereit, verstärkt zur Verfügung zu stehen, wenn mehr benötigt wird. – Weitere Beispiele seien etwa Behandlungsvereinbarungen: Mit den lokal vorhandenen Krisendiensten können Vereinbarungen dahingehend getroffen werden, was Betroffene sich in einer Krisensituation an Unterstützung erwarten und was nicht. – Arbeits-Reha-Modelle, wo ein Job Coach den/die Betroffene/n an einem bestimmten Ort betreut, den man sich vorher aussucht, anstatt dass der/die Betroffene etwa zunächst in einer Trainingswerkstatt betreut zu wird, seien ein weiteres Beispiel.

An Amering: Wie steht es in der aktuellen Ausbildung von Mediziner*innen in Österreich um die Qualifizierung zu inklusiven Behandlungs- und Kommunikationskonzepten? Ist das bereits in den Lehrplänen der Kliniker*innen etc. verankert (z. B. Wissen um Peer Support, soziales Modell)?

Amering: Es gibt hier starke Anstrengung vonseiten der in Ausbildung Stehenden, sowohl auf europäischer Ebene als auch in Österreich. Ein Ziel sei es, Angehörige und Betroffene von Anfang an als Lehrende in die Ausbildung miteinzubeziehen.

An Amering: Könnten Sie kurz beschreiben, in welcher Form die Betroffenen in Ihrem Beispiel aus Großbritannien in die Auswahl von Mitarbeiter*innen eingebunden waren?

Amering: Betroffene waren in allen Komitees, denen sich Bewerber*innen vorgestellt haben, vertreten. Im Zuge des Vorstellungsgesprächs einer Ärztin etwa habe eine Erfahrene die Frage gestellt: „Stellen Sie sich vor, ich komme in meiner ersten psychotischen Episode zu Ihrem Team und frage Sie, was soll es heißen, dass Sie mir sagen, ich habe eine Psychose? Was ist eine Psychose? Was sagen Sie mir dann?“ Interessant zu sehen sei gewesen, dass Bewerber*innen sich tatsächlich darauf vorbereitet hatten, solche Fragen zu beantworten, und sich also bereits im Vorfeld damit beschäftigt hatten.

Abschließend verweist Marschitz auf zwei Links, die von Teilnehmer*innen im Chat gepostet wurden:

- Aktuelle Vorlesungsreihe der Uni Hamburg zum Thema „Nähe und seelische Gesundheit – zur Anthropologie von Gesundheit und Krankheit in der Psychiatrie zur Corona-Zeit“:
<https://lecture2go.uni-hamburg.de/l2go/-/get/v/37642>
- „Soziale Not und seelische Gesundheit“:
<https://lecture2go.uni-hamburg.de/l2go/-/get/l/5556>

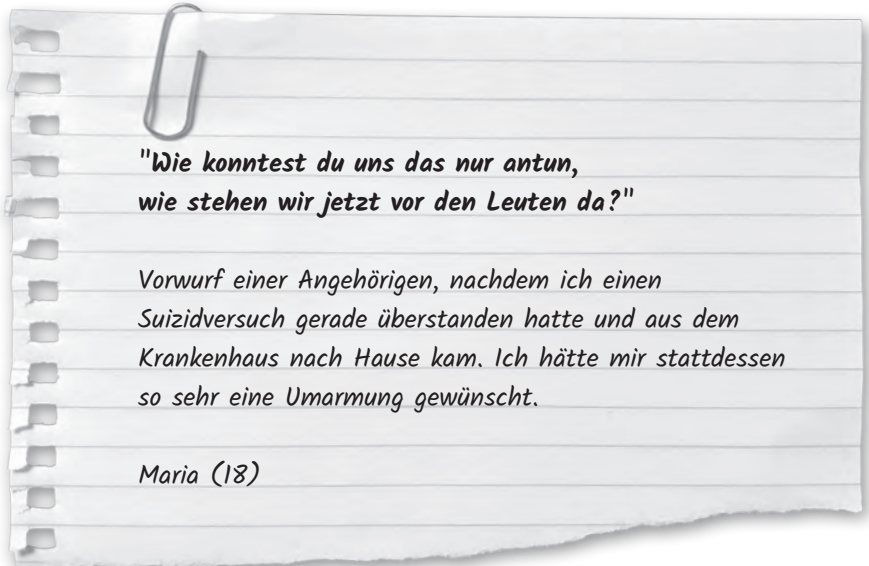
Monika Nowotny, Dorothea Gasser

Stigma psychischer Erkrankung: Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich

Monika Nowotny, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) ist Projektleiterin für die fachliche Begleitung der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung.

Dorothea Gasser, Tiroler Interessenverband für psychosoziale Inklusion (TIPSI), ist Erziehungswissenschaftlerin. Nach der Genesung von einer psychischen Erkrankung absolvierte Frau **Gasser** die EX-IN-Genesungsausbildung. Ihr Erfahrungswissen vermittelt sie unter anderem bei Schulprojekten.

Gasser gibt einleitend einen Überblick über Ziele und Inhalt des Vortrags. Eingangs soll auf das Stigma psychischer Erkrankung und dessen Hintergründe eingegangen werden. Im zweiten Teil wird über die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung berichtet und eine Bestandserhebung zu Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 präsentiert. Den Abschluss bildet ein Resümee über eine von **Gasser** durchgeführte Befragung über Stigma-Erfahrungen. Dieser Befragung entstammen auch die im Folgenden angeführten Zitate von Betroffenen. Die Zitate wurden anonymisiert.



**"Wie konntest du uns das nur antun,
wie stehen wir jetzt vor den Leuten da?"**

Vorwurf einer Angehörigen, nachdem ich einen Suizidversuch gerade überstanden hatte und aus dem Krankenhaus nach Hause kam. Ich hätte mir stattdessen so sehr eine Umarmung gewünscht.

Maria (18)

Stigma psychischer Erkrankung

Wie kommt es, dass Eltern ihrer hilfebedürftigen Tochter mit so einem Vorwurf begegnen?

Dahinter, so *Nowotny*, stehe keine böse Absicht, sondern das Stigma psychischer Erkrankung: Negative Stereotype und Vorurteile, die Menschen verinnerlicht haben, sind handlungsbestimmend.

Stigmatisierung ist ein gesellschaftliches Phänomen, das überall dort auftritt, wo Menschen aufgrund von bestimmten Merkmalen als minderwertig betrachtet, unter Druck gesetzt, in ihrer Identität beschädigt, diskriminiert oder gar aus einer Gesellschaft ausgeschlossen werden.

Das Ausmaß der Stigmatisierungserfahrungen ist sehr groß: Fast 9 von 10 Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen geben an, von Stigmatisierung und Diskriminierung betroffen gewesen zu sein. Mehr als 7 von 10 berichten, dass Stigmatisierung und Diskriminierung sie davon abgehalten hätten, bestimmte Dinge zu tun.¹

Folgen für Betroffene

Zu den Folgen für Betroffene zählen geringere Chancen am Arbeits- und Wohnungsmarkt, geringere Bildungschancen, geringere Qualität der Gesundheitsversorgung, Verlust intimer Beziehungen und Reduktion des sozialen Netzwerkes, das so notwendig gebraucht würde, um wieder gesund zu werden; Schwächung des Selbstwertgefühls, unzureichende Bestimmung über das eigene Leben, Abgleiten in Armutsverhältnisse und soziale Isolation. All diese Folgen haben negative Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf.

Expert*innen sprechen daher von Stigma als zweiter Erkrankung, die es zu bekämpfen gilt, bevor man die Krankheit selbst erfolgreich bekämpfen kann.²

¹ WHO (RC63). Faktenblatt zu psychischer Gesundheit, WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/216210/RC63_Fact_sheet_MNH_Ger.pdf?ua=1 (Abgerufen am 5.7.2018)

² Finzen, Asmus (2000): Psychose und Stigma. Stigmabewältigung zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen. Psychiatrie Verlag gem. GmbH, Bonn.



"Was, du in der Psychiatrie?! Das hätte ich nie von dir erwartet!"

Ein ehemaliger Arbeitskollege, nachdem er mich im Gang eines Krankenhauses traf. Er hatte erfahren, dass ich mich stationär in die psychiatrische Abteilung hatte aufnehmen lassen. Ich habe mich dann geschämt.

Franz (66)

Folgen für die Gesellschaft

sind nicht zuletzt ein geringerer Stellenwert der psychischen im Vergleich zur körperlichen Gesundheit. Es existiert insgesamt eine gesellschaftliche Tabuisierung, wodurch es zu keinem Diskurs über psychische Gesundheit, psychische Krisen/Krankheiten und deren Bewältigung kommt. Dies führt in weiterer Folge zu einer fehlenden Wahrnehmung von Symptomen, dem Fehlen der Entwicklung von gesundheitsrelevanten Kompetenzen (z. B. Wahrnehmung und Benennung von Emotionen, Krisenbewältigungsstrategien) sowie zu einer verzögerten Hilfesuche in psychischen Krisen durch verminderte Wahrnehmung von psychischen Symptomen und nicht zuletzt aus Angst vor Stigmatisierung: Das Resultat sind hohe Gesundheitskosten.



"Willst du diese Medikamente wirklich nehmen?"

Der Apotheker in unserem Tal war entsetzt, als er las, dass mir der Psychiater verschiedene Medikamente verschrieben hatte.

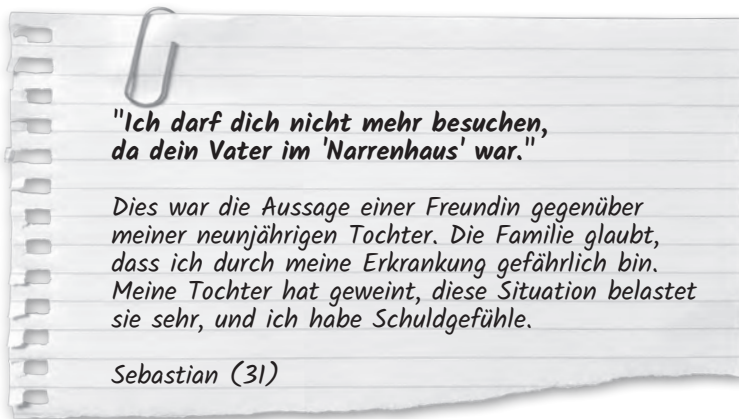
Lisa (29)

Ebenen der Stigmatisierung

1. Direkte Stigmatisierung: Diskriminierung im persönlichen Kontakt mit Menschen (Abwertung, Ablehnung und Ausgrenzung) in unterschiedlichen Settings (z. B. Arbeitsplatz, Schule, Gemeinde, psychosoziale Versorgung, soziale Medien, Familie ...)
2. Kulturelle Stigmatisierung: Reproduktion negativer Stereotype (in Sprachgebrauch und Mediendarstellungen)
3. Strukturelle Stigmatisierung: Institutionalisierte Formen von Ungleichbehandlung in Ressourcenverteilung und Gesetzgebung
4. Selbststigmatisierung: Die bereits zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung im Rahmen der Sozialisation verinnerlichte kulturellen Stereotype und negativen Vorurteile werden oftmals gegen die eigene Person gerichtet.³

Zuschreibungen und deren Folgen

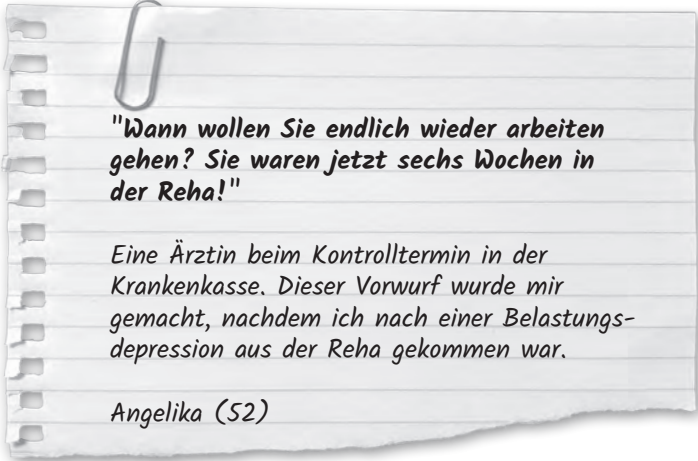
In den Medien herrsche oftmals die Darstellung vor, Menschen mit psychischen Erkrankungen seien gefährlich, unberechenbar oder unzurechnungsfähig. Dies führe zu einer erhöhten sozialen Distanz.



Psychische Erkrankungen seien nicht echt: Menschen mit psychischen Erkrankungen seien bloß faul, Simulanten, Tachinierer und müssten sich lediglich zusammenreißen.

³ Ebenen nach Freimüller, Lena; Wölwer, Wolfgang (2012): Antistigma-Kompetenz in der psychiatrisch-psycho-therapeutischen und psychosozialen Praxis. Schattauer Verlag, Stuttgart

Dies führe zu einer fehlenden Anerkennung der Erkrankung und damit oft auch einer fehlenden Zuerkennung von Unterstützungsleistungen.



"Wann wollen Sie endlich wieder arbeiten gehen? Sie waren jetzt sechs Wochen in der Reha!"

Eine Ärztin beim Kontrolltermin in der Krankenkasse. Dieser Vorwurf wurde mir gemacht, nachdem ich nach einer Belastungsdepression aus der Reha gekommen war.

Angelika (52)

Menschen mit psychischen Erkrankungen seien dumm oder inkompetent – eine Folge daraus sind geringere Bildungschancen oder gar Entmündigung.



"Können Sie überhaupt arbeiten? Sie sind doch nicht mehr belastbar!"

Feststellung des Personalchefs, als ich mich um eine Stelle bewarb und er mich nach den Lücken im Lebenslauf fragte. Ich habe ihm gesagt, dass ich eine psychische Erkrankung gehabt habe.

Edith (42)

Psychische Erkrankungen verlaufen in der Vorstellung vieler Menschen chronisch und seien unheilbar; es sei, so *Nowotny*, besonders verheerend, wenn solche Vorurteile bei psychischen Helfer*innen auftreten. Dies führe zu einem Halten in der Krankenrolle und auch zu fehlender Unterstützung im Sinne von Selbstbestimmung und Recovery.



"Als was wollen Sie da arbeiten, als Risiko?"

Reaktion meines Psychiaters, als ich ihm bei der Kontrolle erzählte, dass ich mich um eine Stelle bei einer Versicherung bewerbe.

Judith (43)

Kompetenzgruppe Entstigmatisierung

Aufgrund der Komplexität des Themas wurde ein interdisziplinär, intersektoral und multiperspektivisch besetztes Expertinnen- und Expertengremium etabliert: die „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“ (seit 2018).

Ziel ist die Entwicklung einer multistrategischen Vorgehensweise gegen Stigma psychischer Erkrankungen in Österreich. In einem ersten Schritt wurde 2019 erhoben, was in dieser Hinsicht bereits getan wird (Bestandserhebung 2019). In einem zweiten Schritt sollen Empfehlungen formuliert werden (ab 2020).

Bestandserhebung

Der Endbericht zur Bestandserhebung der Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 ist unter

https://goeg.at/KG_Entstigmatisierung

zum Download verfügbar. Mitarbeiter*innen im GÖG- Team waren *Monika Nowotny*, Julian Strizek und Joy Ladurner; die Konzeption und Durchführung erfolgte in Zusammenarbeit mit der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung.

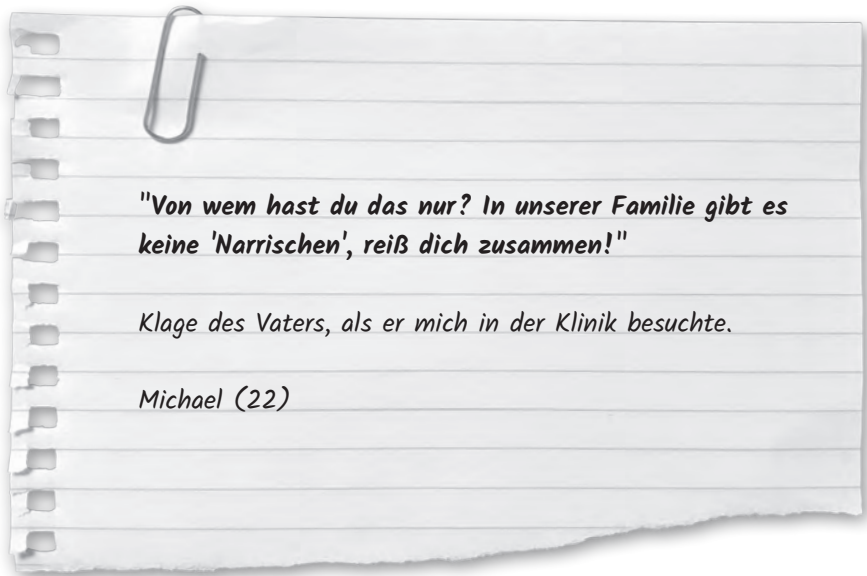
Die Bestandserhebung gliedert sich in einen Ergebnisberichts-Teil (Expert*innen-Beiträge, Zusammenfassung der Ergebnisse inkl. konzeptionelle Vorarbeiten, Methoden, Diskussion und Empfehlungen) und einen zweiten Teil, der ein Verzeichnis der Aktivitäten nach Hauptinterventionsebenen enthält.

Methode der Bestandserhebung

Erhebungszeitraum war Juli bis September 2019.

Es gab zwei Einschlusskriterien: Fokus auf psychische Gesundheit/Erkrankungen sowie Fokus auf Entstigmatisierung.

Ein Erhebungsbogen wurde entwickelt und sodann im Schneeballverfahren primär über die Expert*innen der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung verbreitet (E-Mail-Verteiler) sowie durch zusätzliche Aussendungen, wenn Bereiche durch Kompetenzgruppenmitglieder nicht abgedeckt werden konnten (z.B. Bildungsbereich, Medien).



Bestandserhebung – Ergebnisse

Es wurden insgesamt 207 Aktivitäten eingeschlossen. Die Streuung war dabei sehr breit, rund zwei Drittel waren regionale Aktivitäten, ein Drittel überregional. Es waren Aktivitäten aus allen Bundesländern vertreten.

Häufigste Themenschwerpunkte waren psychische Erkrankungen, psychische Gesundheit und gesundheitsrelevante Kompetenzen (74%), Sucht (12%) sowie Demenz und Suizid (je 7%).

Im Vorfeld habe man sich überlegt, was als Anti-Stigma-Aktivität gelten könne. Die klassische Hauptinterventionsebene sei Ebene 1: Bewusstseinsbildung (Eduktion, Kontakt mit Betroffenen, Protest). Allerdings habe man in Anlehnung an die Bewegung von Menschen mit Behinderungen auch auf Inklusion fokussiert sowie auf die Abschaffung von strukturellen Benachteiligungen und darüber hinaus Querschnittsthemen formuliert, nämlich „zentrale Einbindung Betroffener fördern“ und „Mental Health Advocacy“.

Projekte nach Interventionsebenen

Interventionsebene 1: Bewusstseinsbildung

Beispiele sind „Bündnis gegen Depression“ ; Medienkampagnen, Kulturprojekte wie etwa die „Akademie der Unvernunft“, Informationsveranstaltungen, Vorträge, Forschung, Grundlagenberichte.

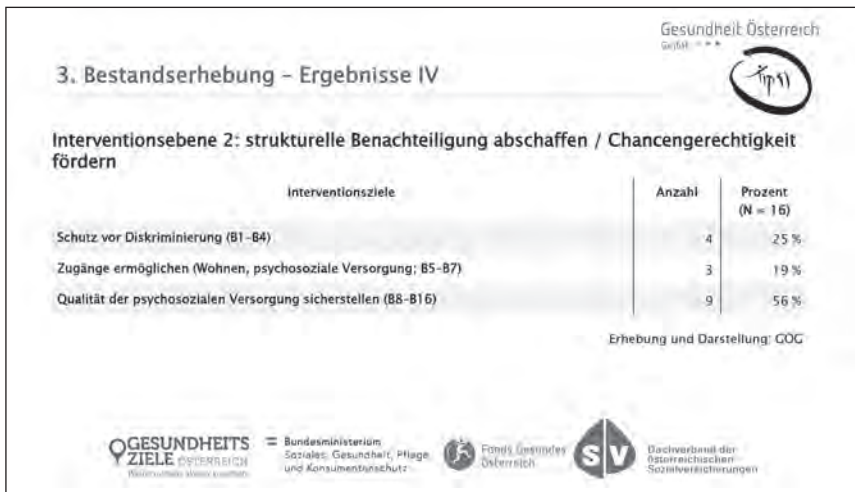


"Ich arbeite in einem Krankenhaus, bin sehr belastet, ich werde mich aber nie als psychisch krank outen. Gerade im medizinischen Bereich ist das tabu."

Maria (46)

Interventionsebene 2: strukturelle Benachteiligungen abschaffen

Hier habe es die wenigsten Rückmeldungen gegeben. Im Bereich Schutz vor Diskriminierung seien Erwachsenenschutzvereine zu nennen; im Bereich „Zugänge ermöglichen“ die Wohnungslosenhilfe.

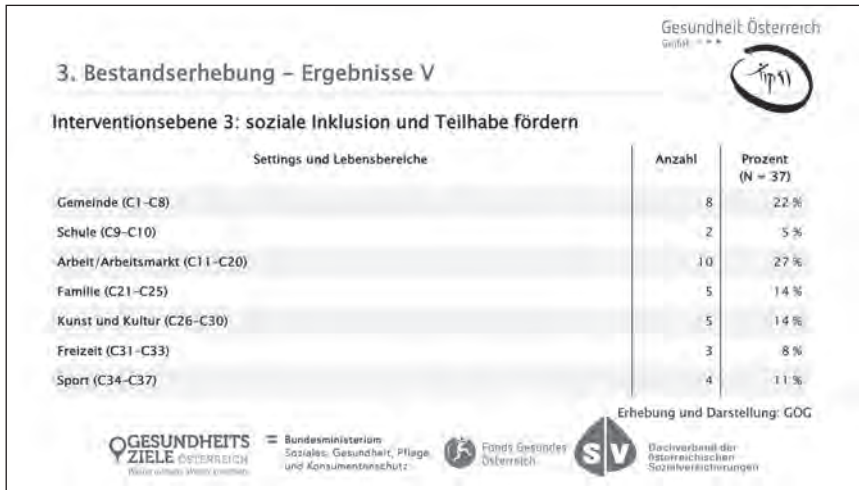


"Ich habe die Therapie abgebrochen, weil ich sie mir nicht mehr leisten konnte."

Eva (31), Alleinerzieherin

Interventionsebene 3: soziale Inklusion und Teilhabe fördern

Diese Ebene wurde in verschiedene Lebensbereiche unterteilt, die der unten stehenden Grafik zu entnehmen sind.



*"Überleg dir gut, ob du sie als Freundin willst.
Ihre Familie ist belastet, du wirst nie Kinder mit
ihr haben können."*

*Nachbarin zu mir, nachdem sie erfahren hatte, dass ich
ein Mädchen heiraten wollte, welches eine psychische
Erkrankung hatte.*

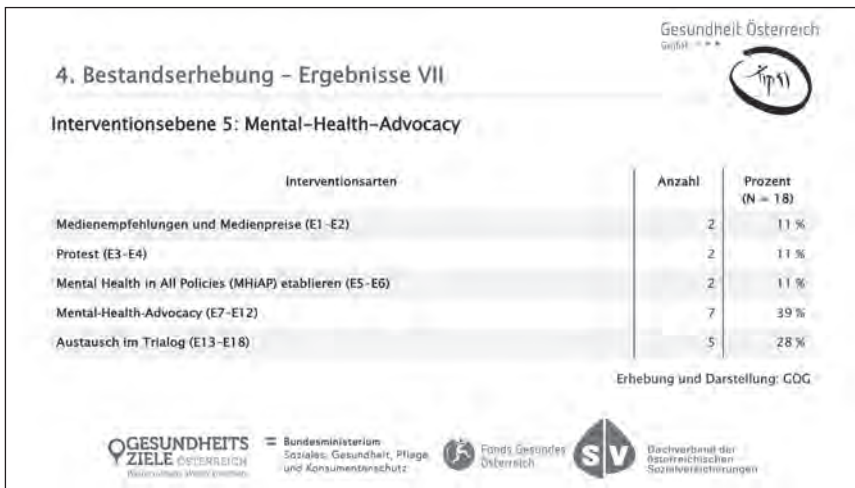
Peter (33)

Interventionsebene 4: zentrale Einbindung Betroffener fördern

Hier gab es Rückmeldungen zu Selbstentstigmatisierung, Unterstützung bei Offenlegungsentscheidungen, Interessenvertretungen stärken und Betroffenenbenachteiligung.



Interventionsebene 5: Mental Health Advocacy





**"Es ist doch egal, wenn Sie nicht potent sind,
Sie haben ja eh Depressionen."**

*Mein Psychiater, nachdem ich ihn um ein anderes
Medikament bat, da ich seit der Einnahme an
Erektionsstörungen leide.*

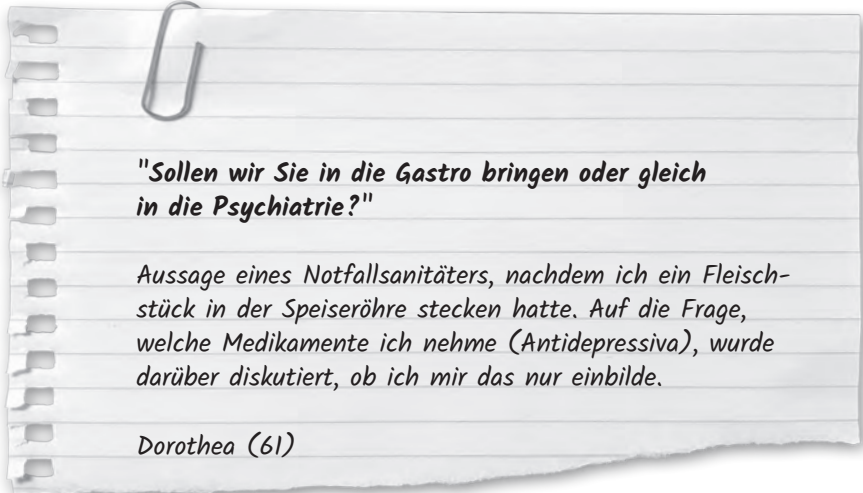
Sandro (30)

Empfehlungen aus der Bestandserhebung

Anti-Stigma-Aktivitäten erfordern sehr viel Geduld, da es sich bei den angestrebten Zielen um einen sozialen Wandel handle.

Erste Empfehlungen seien:

- Etablierung einer zentralen Einbindung Betroffener und Angehöriger in Projektplanung und -umsetzung nach internationalem Vorbild als Prinzip jeder Anti-Stigma-Aktivität.
- Evaluation der spezifischen Zielsetzungen von Anti-Stigma-Aktivitäten stärken.
- Bekämpfung des Stigmas auf allen Interventionsebenen durch Koordination von Einzelinitiativen und Zusammenarbeit verschiedener Politikbereiche.
- Verstärkte Einbindung von Kunst, Kultur und Medien zum Abbau von Stigma und zur Bewusstseinsbildung in Hinblick auf Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen.



"Sollen wir Sie in die Gastro bringen oder gleich in die Psychiatrie?"

Aussage eines Notfallsanitäters, nachdem ich ein Fleischstück in der Speiseröhre stecken hatte. Auf die Frage, welche Medikamente ich nehme (Antidepressiva), wurde darüber diskutiert, ob ich mir das nur einbilde.

Dorothea (61)

Resümee der Befragung über Stigma-Erfahrung

Gasser berichtet aus der von ihr durchgeführten Befragung zu Stigma-Erfahrungen, der auch die meisten der angeführten Zitate entstammen (ab 2018).

Die Methode war narrativ, es handelte sich dabei um Gespräche mit Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen.

Erkenntnisse daraus sind:

- Stigmatisierung findet auf allen Ebenen statt.
- Die Folgen für die Menschen sind: Scham, Angst, Schuldgefühle, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit.
- Zuschreibungen wie dass man faul, gefährlich, unberechenbar sei, verletzen und grenzen aus.
- Stigmatisierung belastet aber auch Angehörige und in diesem Bereich professionell Tätige.
- Es kann jeden treffen, unabhängig von Alter, Status, Ethnie und Geschlecht.
- Aus Angst und Unwissenheit wird professionelle Hilfe oft sehr spät in Anspruch genommen.

Gassers Appell lautet daher: Die Einbeziehung von Erfahrungswissen ist unbedingt erforderlich, um Mythen zu entkräften und einen Paradigmenwechsel in allen politischen und gesellschaftlichen Bereichen herbeizuführen.

Monika Nowotny, Dorothea Gasser

DISKUSSION zum Vortrag *Nowotny & Gasser*

Aus dem Chat Room berichtet Walter Marschitz über Fragen, die in den dort laufenden Diskussionen aufgetaucht sind.

An *Gasser* und *Nowotny* wird die Frage gestellt, aus welchem Jahr die präsentierten Zitate stammen (Antwort: ab 2018) und ob die Resultate aus der entsprechenden Befragung öffentlich zugänglich sind.

Gasser: Die Zitate sind in die Bestandserhebung der Anti-Stigma-Gruppe eingegangen, eine größere Publikation ist in Vorbereitung.

Marschitz: Wie ist es möglich, über Stigma aufzuklären bzw. zu forschen, ohne die (medizinischen) Verständnisse und Begriffe von „psychischer Krankheit“ als einzige mögliche Bezeichnung/Verständnis zu reproduzieren? Wie wurde darüber in der Kompetenzgruppe gesprochen?

Nowotny: Eins der Ziele der Kompetenzgruppe sei die Sensibilisierung füreinander unter unterschiedlichen Perspektiven. Tatsächlich unterscheide sich das Wording oft nach Gruppen: Professionist*innen hängen stärker an medizinischen Begrifflichkeiten, während Betroffene auch stark an Menschenrechtsfragen und der Verbreitung positiver Bilder orientiert seien.

Gasser: Die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung umfasse Menschen aus allen Bereichen (Medizin, Ministerien, Wissenschaft...). Betroffene erfahren dort sehr viel Aufmerksamkeit und haben viele Möglichkeiten, ihre Erfahrungen einzubringen. Formulierungen in Forschungsprojekten etwa werden geändert, wenn Betroffene damit nicht einverstanden sind. Erfahrungswissen sei ein großer Schatz; durch die persönliche Begegnung in der Kompetenzgruppe werde dieses Wissen auch gehört und eingebunden.

Chat Room (Auszüge)

BR



Von *Bernhard Rappert, VertretungsNetz:*

11:49:04

Die hier gebrachten Zitate machen mich sehr betroffen. Besonders bestürzt bin ich über die angebliche Aussage eines Politikers, die in den Medien derzeit immer wieder zu lesen ist:

„Wenn ein geistig abnormer Rechtsbrecher lebenslang weggesperrt werden kann, wenn er eine Gefahr darstellt, kann auch ein Terrorist lebenslang weggesperrt werden.“

Dass Menschen mit psychischer Erkrankung in einem Atemzug mit Terrorist*innen genannt werden ist unfassbar und treibt Stigmatisierung auf den Gipfel.

← Antworten

EG



Von *E. Gundendorfer, PSZ gGmbH Stockerau:*

11:49:21

Ist die Befragung von Fr. Gasser auch öffentlich zugänglich? Danke für den Vortrag!!

← Antworten

EF



Von *Erich Fenninger:*

11:50:31

Danke vielmals, Frau Dorothea Gasser, für Ihren Vortrag und den Einblick, den Sie ermöglicht haben

← Antworten

Martin Schenk

Sozioökonomische Situation. Was die Seele kränkt und wie die Verhältnisse unter die Haut gehen

Martin Schenk ist Psychologe und Sozialexperte, stellvertretender Direktor der Diakonie Österreich und Mitbegründer der Armutskonferenz. Seine Schwerpunkte sind Welfare Policy, Gesundheit, Kinder, Jugend, er ist Mitbegründer und Mitinitiator zahlreicher sozialer Projekte wie „*Hunger auf Kunst und Kultur*“, „*Kultur für Leute ohne Geld*“, des „*Wiener Spendenparlaments*“, des Vereins Hemayat und des Projekts „*Sichtbar werden*“ für Armutsbetroffene.

Brot und Rosen

Eine Schneerose und ein Laib Brot sind das Motto, unter das *Schenk* seinen Vortrag stellt. Brot und Rosen stellen in der Tradition, um soziale Rechte zu kämpfen, ein wichtiges Symbol dar. Das Brot steht dabei für den ökonomischen Anteil: Einkommen, Job, Materielles, existenzielle Bedürfnisse... Die Rose steht für nicht minder wichtige „Lebensmittel“ wie Wertschätzung, Anerkennung, Musik, Freundschaft, Kultur. Der folgende Vortrag zielt auf beide Aspekte ab.

Einsamkeit

Schenk zitiert aus einer aktuellen Studie, die in der Corona-Krise im Auftrag des Sozialministeriums erstellt wurde und zu der die Armutskonferenz einen qualitativen Teil beigetragen hat: Menschen, die unter der Armutsgrenze leben – darunter viele mit psychischen Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen – wurden befragt, wie sie diese Zeit erlebt haben.

Da war ein Fenster offen und eine Geigerin spielt, irrsinnig schön, also Mozart und Bach. Dann waren da immer mehr Leute. Sie wollten schon aufhören zu spielen. Eine Freundin von mir hat gesagt: Bitte, bitte nicht aufhören! Bitte noch einmal spielen! – Zuhause ist alles still, und zuhause wartet niemand auf mich. Und zuhause bin ich allein. Und sie hat dann noch gespielt. Also mir sind total die Tränen gekommen.

Die Sprecherin ist eine Frau aus Graz, die an und unter der Armutsgrenze lebt. Viele solcher Stimmen wurden in der genannten Studie hör- und sichtbar gemacht. Armutsgefährdete, Armutsbetroffene, Leiharbeiter*innen, Künstler*innen in prekären Situationen, Menschen mit Mindestsicherung und Notstandshilfe, Alleinerzieher*innen, Reisebegleiter*innen und auch eine Marktfahrerin sprachen über ihr Leben in der

Corona-Krise. Die Erhebung fand im Juli und im August 2020 statt, also in der Zeit zwischen den Lockdowns, die etwas einfacher war; dennoch waren die Eindrücke und Folgen so nachdrücklich.

Schenk präsentiert Daten einer Studie zum Einsamkeitsempfinden aus dem *Austrian Corona Panel*¹. Wichtig zu betonen sei, dass es dabei nicht um selbstbestimmte, sondern ausschließlich um unfreiwillige Einsamkeit ging, um die fehlende Freiheit, über Nähe und Distanz selbst entscheiden zu können, und zwar in zweierlei Hinsicht: Wenn Menschen nicht die Freiheit haben, sich aus der erzwungenen Nähe, die etwa in einer überbelegten, beengten Wohnung herrscht, freizumachen, ist dies genauso bedrückend, wie wenn die Freiheit fehlt, nach draußen zu gehen und sich mit anderen zu treffen, um Nähe herzustellen. (Im Niederländischen wurde dafür im Zuge der Corona-Krise das Wort „Hauthunger“ geprägt.)

Am stärksten betroffen von Gefühlen der Einsamkeit war gemäß der präsentierten Studie die Generation plus 65. Fast gleichauf mit der älteren Generation rangierten allerdings die 16- bis 25-jährigen.

Vertrauen

Mit Einsamkeit in Zusammenhang steht auch Vertrauen. Statistik Austria stellte die mit Ja oder Nein zu beantwortende Frage: „Den meisten kann man vertrauen?“

Ein Indikator von 1 bis 8 ergab für den Durchschnitt der Bevölkerung einen Wert von 5,2.

Deutlich niedriger liegen die Werte für die folgenden Bevölkerungsgruppen:

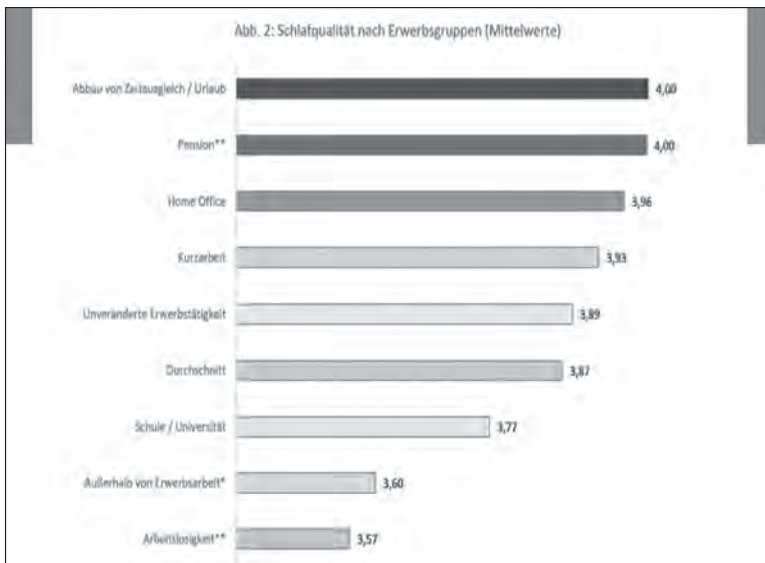
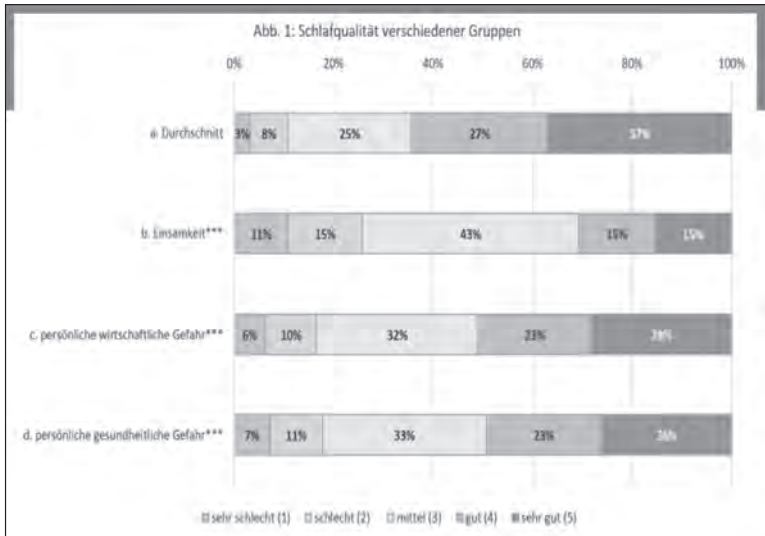
- Armutsgefährdet: **4,8**
- Niedriglohnbeschäftigung: **4,3**
- Arbeitslos (mindestens 6 Monate): **4,3**
- Erheblich depriviert: **3,7**

Je prekärer also die Lebenslage, desto niedriger ist dieser Wert.

Schlaf

Je einsamer sich die Befragten fühlten (Befragung aus Corona Panel), desto schlechter schlafen sie. Menschen, die arbeitslos sind bzw. im unteren Bereich der Einkommen angesiedelt sind, sind von Schlafproblemen am stärksten betroffen.

¹ Corona Panel: <https://viecer.univie.ac.at/coronapanel/>



Eine vergleichbare Studie wurde auch in Großbritannien durchgeführt, mit dem Resultat, dass die Schlafstörungen in der Bevölkerung dort noch akuter sind als in Österreich – was auf noch größere Ungleichheit und massivere Prekarität im unteren Arbeitsmarktsektor zurückgeführt wird.

Psychische Beeinträchtigungen bei Jugendlichen

Jugendliche, die sozial benachteiligt sind, die weder in Ausbildung noch in einem Arbeitsverhältnis stehen, Schulabbrecher*innen sowie Jugendliche, deren Eltern einen geringeren sozialen Status haben, sind von psychischen Beeinträchtigungen besonders betroffen.

Armut und chronische Krankheiten

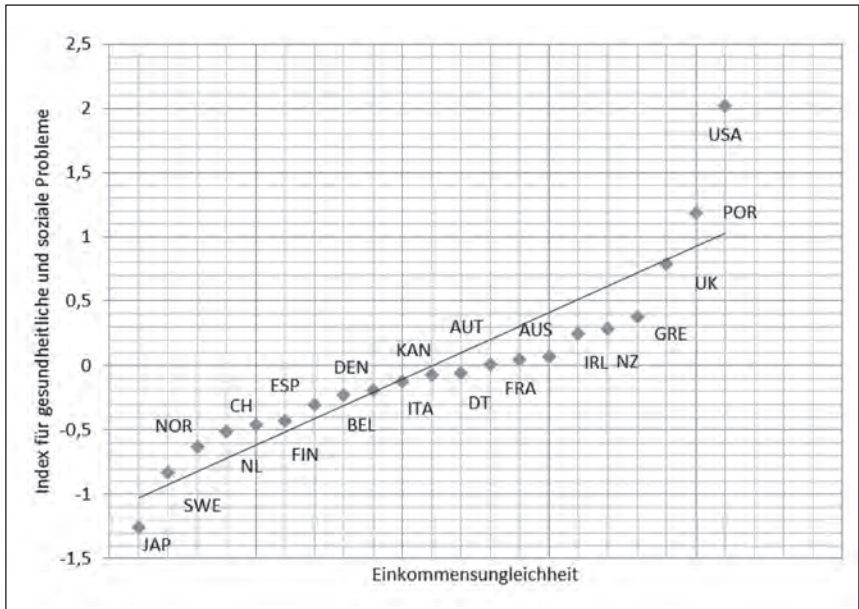
Ich habe es ja selber gespürt an mir, wo ich wirklich im Grunde genommen dann total fertig und depressiv geworden bin, wo mich ja auch nichts mehr interessiert hätte zu tun fast, wenn ich nicht Gott sei Dank in einer WG wohnen würde, wo sie mich rausgerissen hat, die Kollegin. Ich wär wahrscheinlich wieder so weit gewesen, dass ich ins Wagner-Jauregg gekommen wäre oder Neuromed Campus oder wie das jetzt heißt.

(Aussage einer befragten Frau, die Mindestsicherung und Notstandshilfe bezieht)

Aus Daten der Oesterreichischen Nationalbank (Befragung der Haushalte) lässt sich entnehmen, dass Menschen aus den ärmsten 20% der Haushalte den höchsten Anteil an chronischen Krankheiten aufweisen (psychische wie physische). Auch Daten der Statistik Austria über das psychische Wohlbefinden nach Einkommen zeigen, dass dieses sich je nach Einkommenshöhe massiv unterscheidet.

Soziale Ungleichheit und die Entwicklung von Kindern

Die folgende Tabelle zeigt das Verhältnis zwischen Einkommensungleichheit und der Entwicklung von Kindern (nach Ländern). In jenen Ländern, wo der Abstand zwischen arm und reich besonders groß ist, sind auch die gesundheitlichen und sozialen Probleme der Kinder besonders ausgeprägt. Länder wie die USA, in denen das Wirtschaftswachstum besonders hoch ist, weisen nicht das größte soziale und gesundheitliche Wohlbefinden bei Kindern auf. Aus Well-being-Studien wisse man, so *Schenk*, dass der Indikator Bruttoinlandsprodukt bis zu einer bestimmten Größe für das Wohlbefinden relevant ist, insbesondere bei ärmeren Ländern; ab einem bestimmten Reichtum jedoch (wie etwa in Europa) sei auch die Ungleichheit ein relevanter Faktor dafür. Es geht also darum, wie Reichtum verteilt ist und wie die gesundheitlichen und sozialen Institutionen ausgerichtet sind, um unterschiedliche Bevölkerungsgruppen zu unterstützen.



Warten ohne Ziel

„Warten ohne Ziel“ wurde erstmals beschrieben von Marie Jahoda in „Die Arbeitslosen von Marienthal“, einer Studie über Menschen, die ihren Arbeitsplatz verloren hatten und denen die Strukturierung ihrer Tage dadurch abhandengekommen war. Ähnliche Untersuchungen wurden in neuerer Zeit in Flüchtlingslagern durchgeführt.

Warten ohne Ziel und Erwartung sei in jedem Fall eine zermürbende Erfahrung, die im Sozialbereich eine wichtige Rolle spiele. Auch die Corona-Krise sei zum Teil bereits ein Warten ohne Ziel geworden, was die daraus resultierende Erschöpfung verständlicher mache.

Umweltgerechtigkeit

In diesem Bereich sind Fragen relevant wie etwa:

Wie gestaltet sich der Wohnraum? Ist eine Wohnung feucht und beengt, besteht Schimmelbefall, herrscht dort Umgebungslärm?

Wohnungen, auf die diese Merkmale zutreffen, werden zumeist von Menschen mit niedrigeren Einkommen bewohnt.

Weltbeziehung

1. Vertrauen („Welt zugewandt“): Resonanz, Bonding
2. Einsamkeit („von der Welt getrennt“): Habe ich teil an dem, was in der Welt geschieht?
3. Selbstwirksamkeit („Weltsinn“): Resilienz, Ressourcen, Kapitalsorten, Verwirklichungschancen. Habe ich Einfluss auf die Welt?
4. Anerkennung, Achtung: Gratifikationskrisen, Beschämung, Distress

Alle diese Punkte seien relevant für die Frage, warum ärmere Menschen ein höheres Erkrankungsrisiko und sogar eine geringere Lebenserwartung aufweisen.

Scham

Ein zentraler Faktor dabei sei, so *Schenk*, die im Zusammenhang mit Stigmatisierung bereits angesprochene Scham oder Beschämung. Diese verletzt die persönliche Integrität ganz massiv und hat entsprechende sozialpolitische Auswirkungen. Wie in einer Studie erhoben wurde, holt jeder Dritte in Österreich sich die ihm zustehende Sozialhilfe nicht ab – einer der Gründe dafür ist soziale Scham. 60 000 Menschen weniger könnten armutsgefährdet sein, wenn die Bedingungen für soziale Scham abgebaut würden.

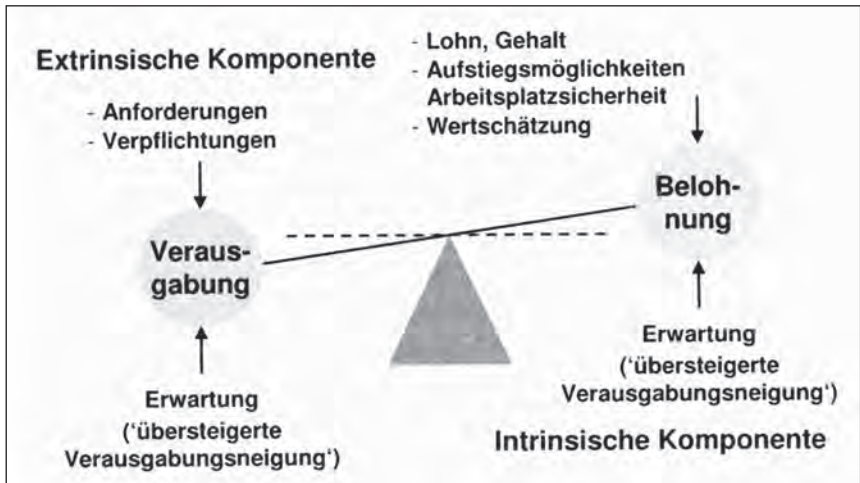
Jede Dritte holt sich Sozialhilfe nicht ab. Einer der Gründe: soziale Scham.

60.000 Menschen in Österreich könnten weniger in Armut leben. Wenn die Sozialhilfe sicherer, anonymer und bürgerfreundlicher wäre.

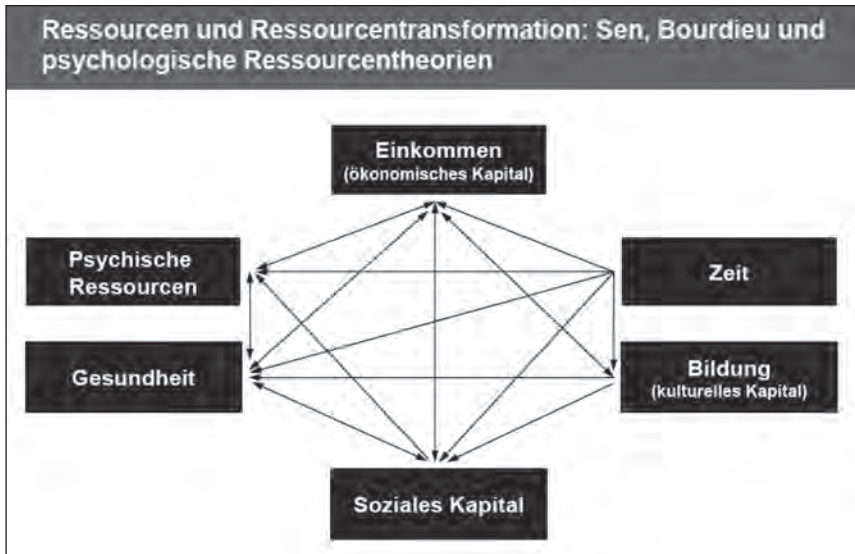
European Centre for Social Welfare Policy and Research (2018): Falling through the social safety net. Analyzing non-take-up of minimum income benefits and monetary social assistance in Austria.

Gratifikationskrise

Die Gratifikationskrise ist ein Konzept aus der Arbeitspsychologie, das sehr deutlich macht, welchen Schwierigkeiten Personen ausgesetzt sind, die in sozialem Distress leben müssen. Volle Verausgabung erzielt keine wie auch immer geartete Gratifikation: weder entsprechenden Lohn noch Wertschätzung oder Anerkennung. Die erlebte Hilflosigkeit führt zu chronischem Stress und damit zu psychischen und ggf. auch physischen Schäden.



Ressourcen und Ressourcentransformation



Der sozialepidemiologische Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit: Armut kann krank machen, aber auch Krankheit kann arm machen.

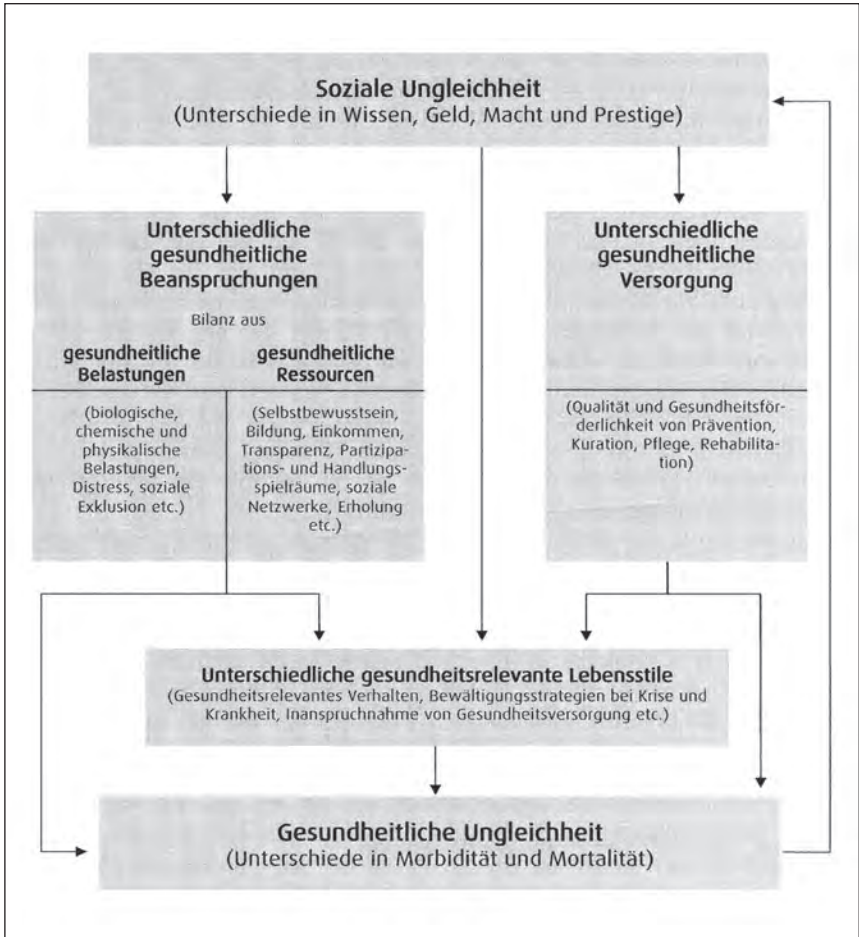
Einkommen und soziales Kapital: Höheres Einkommen geht mit höherer sozialer Einbindung einher, man kennt mehr Leute, kann mehr Gemeinschaft und Beziehungen pflegen. Umgekehrt macht ein Weniger an sozialem Kapital (Beziehungen) es etwa auch schwieriger, sich in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

Einkommen und Bildung: ungleicher Zugang zu Bildung, ungleiche Bildungsrenditen.

Psychische Ressourcen und Gesundheit: Psychosomatik, Stressmechanismen (Gratifikationskrise). Psychoimmunologie: Verletzbarkeit schwächt. Psychoendokrinologie: Auswirkungen von Stress auf Herz-Kreislauf-System etc.

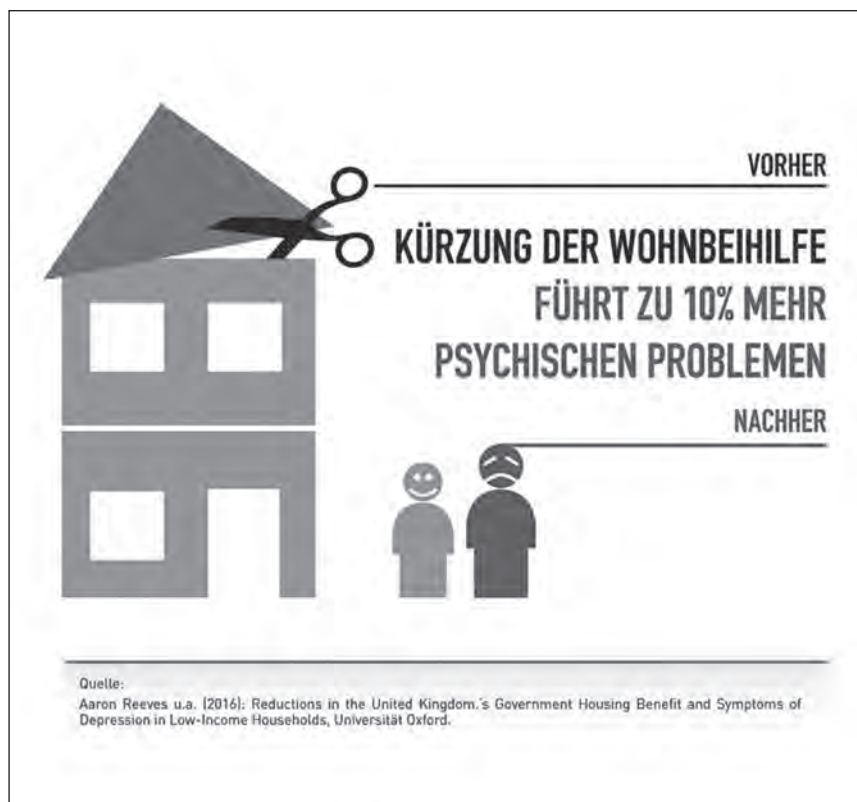
Soziales Kapital und Gesundheit: Soziale Kontakte (oder deren Fehlen) sind bei gesundheitlichen Krisen relevant.

Soziale Ungleichheit



Alle vier oben abgebildeten Bereiche – und nicht nur der „gesundheitsrelevante Lebensstil“ – sind für Unterschiede in Morbidität und Mortalität gleichermaßen relevant.

Aaron Reeves: Wie wirken sich Kürzungen aus?



Die Blume der Gerechtigkeit

Die „Blütenblätter“ dieser Blume der Gerechtigkeit sind nach *Schenk*: Leistungsgerechtigkeit, Verteilungsgerechtigkeit, Chancengerechtigkeit, Teilhabegerechtigkeit, Verfahrensgerechtigkeit, Anerkennungsgerechtigkeit (die der Beschämung entgegenwirkt), Bedarfsgerechtigkeit.

Zum Ergreifen von Maßnahmen ist, wie *Schenk* unterstreicht, eine ganzheitliche Sicht vonnöten; für diese ganzheitliche Sicht soll die Blume der Gerechtigkeit abschließend als Symbol gelten.



Diskussion

Auf Anfrage einiger Teilnehmer*innen stellt *Schenk* im Chat Room die folgenden weiterführenden Links zur Verfügung:

Erhebung Armutsbetroffene und Corona Panel: <http://www.armutskonferenz.at/news/news-2020/erhebung-armutsbetroffene-und-die-corona-krise.html>

Projekt „Tu was gegen Beschämung“: <http://www.armutskonferenz.at/aktivitaeten/tu-was-gegen-beschaemung.html>

Corona Panel: <https://viecer.univie.ac.at/coronapanel/>

PODIUMSDISKUSSION

Dem dialogischen Prinzip folgend sollen in der folgenden Podiumsdiskussion Angehörige, Betroffene und Professionist*innen aus psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Perspektive ihre Erfahrungen teilen. Opriesnig begrüßt als Teilnehmer*innen *Elmar Kennerth, Christine Müllner-Lacher, Markus Walpoth, Chiona Gehmacher* und *Ines Gstrein*.

Elmar Kennerth ist EX-IN-Genesungsbegleiter seit 2016, Vorsitzender des Tiroler Interessenverbands für psychosoziale Inklusion (TIPSI) und der Tiroler Gesellschaft für bipolare Störungen sowie Betroffenenvertreter im Beirat für psychosoziale Versorgung des Landes Tirol.

Kennerth stellt seine Ausführungen unter das Motto „Brücken bauen“ – Brücken in die psychosoziale Versorgung von Betroffenen mit Angehörigen zu Professionist*innen. Den Dialog, so *Kennerth*, gibt es in Tirol an mehreren Standorten. In Innsbruck habe er Anfang Dezember 2020 bereits zum 108. Mal stattgefunden, aufgrund der Covid-Krise nunmehr virtuell. – Seit Juli gibt es die dialogische Beratungsstelle des Verein TIPSI¹, die zusammen mit dem Angehörigenverband HPE Tirol und dem Tiroler Landesverband für Psychotherapie aufgebaut wurde. Ziel sei ein niederschwelliges Beratungssetting als Erstanlaufstelle für Betroffene und Angehörige, aber auch für Professionist*innen, die gerne die andere Perspektive kennenlernen möchten. Seit Beginn wurden über 90 Personen persönlich und telefonisch beraten, bisher ehrenamtlich; auf diese Weise sei es in diesem Ausmaß und angesichts des gegebenen Aufwands allerdings nicht zu stemmen. Es melden sich Ersterkrankte, Familien, Partner*innen sowie Menschen, die in der Versorgung bereits einiges versucht haben. Angeboten werde, die Menschen in einem Beratungssetting – zu dritt oder zu zweit – in die psychosoziale Versorgung zu vermitteln, es finde aber auch Menschenrechtsberatung und Beratung aufgrund der eigenen Erfahrung statt. Insbesondere den Angehörigen, deren Perspektive sonst ja oft untergehe, sei an dieser Stelle sehr für das Einbringen ihrer Erfahrungen zu danken. Dialogisches Beraten sei natürlich auch mit anderen Berufsgruppen möglich, etwa Sozialarbeiter*innen oder Fachärzt*innen. Das Modell sei beim Runden Tisch im Bundesministerium eingebracht worden, man hoffe, dass es bundesweit zum Best-Practice-Modell mutieren werde.

¹ https://www.tipsi.at/?page_id=32

Christine Müllner-Lacher ist Psychologin, Supervisorin, seit 20 Jahren Patientenanwältin und seit 2013 Bereichsleiterin der Patientenanwaltschaft für Salzburg und Tirol.

Aus Sicht der Patientenanwaltschaft, so *Müllner-Lacher*, sei es hinsichtlich der Unterbringung eine uralte Forderung, dass über Alternativen gesprochen werde. Wenn man Zwang vermeiden wolle, brauche es eine Palette von niederschweligen Angeboten und Alternativen im extramuralen Bereich. – Zum Salzburger Modell der integrierten Versorgung, das 2018 nach langen Bemühungen schließlich umgesetzt wurde: Pate gestanden sei Martin Lambert, der das Hamburger Modell der integrierten Versorgung wissenschaftlich begleitet und evaluiert habe; Ziel sei gewesen, ein vergleichbares Projekt für Salzburg maßzuschneidern. Seit Frühjahr 2018 existieren zwei Modellprojekte, eines davon ist an die Christian Doppler Klinik angegliedert, ein anderes an das Krankenhaus in Schwarzach, wo Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung nachgehend und auch aufsuchend von zwei multiprofessionellen Teams (Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Personal aus Gesundheits- und Krankenpflege) betreut werden. Die Erfolge, so *Müllner-Lacher*, könnten sich durchaus sehen lassen. Im Juni habe es eine erste Veröffentlichung dazu gegeben; die Dauer der stationären Aufenthalte bei Patient*innen, die eingeschlossen waren, konnte um 80% reduziert werden. Im Jahr, bevor diese Menschen durch das Team der integrierten Versorgung betreut worden waren, lag die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer bei 73 Tagen, im Jahr mit dieser Unterstützung konnte diese auf 16 Tage reduziert werden. Die Zahl der Unterbringungen gegen oder ohne den Willen sei um 70% reduziert worden, nicht nur hinsichtlich Häufigkeit, sondern auch in Hinblick auf die Anzahl der Tage. Es gebe in dieser ersten Evaluation bereits erste Hinweise, dass der gesamte Gesundheitszustand der Menschen und deren Lebensqualität sich verbessert haben. Aus Sicht der Patientenanwaltschaft sei es ein großes Anliegen, dass integrierte Versorgungsmodelle flächendeckend in ganz Österreich umgesetzt werden und in die Regelfinanzierung kommen, damit unnötiges Leid und Zwangsmaßnahmen verhindert werden und die Lebensqualität der Betroffenen insgesamt steigt.

Ines Gstrein ist Vorsitzende des Tiroler Landesverbandes für Psychotherapie (TLP), Psychotherapeutin und Erziehungswissenschaftlerin.

Zusätzlich zur von *Kennerth* schon beschriebenen und neu gegründeten trialogischen Beratungsstelle, so *Gstrein*, könne das TLP über eine weitere Neuerung berichten: Corona-bezogen sei eine Psychotherapie-Hotline für Eltern, Schüler*innen und Kinder installiert worden. Diese sei für ganz Österreich zugänglich und werde von Innsbruck aus bedient. – Österreichweit habe man 2020 eine große Informationskampa-

gne zur Entstigmatisierung und Enttabuisierung gestartet; psychische Gesundheit solle verstärkt ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt werden. Psychotherapie in Anspruch zu nehmen solle so selbstverständlich werden wie ein Arztbesuch wegen körperlicher Beschwerden. Insbesondere habe es eine Social-Media-Kampagne gegeben (#mehrpsychotherapiejetzt!), mit dem Ziel, das Thema psychische Gesundheit verstärkt einfließen zu lassen. Im Rahmen dessen gab es Diskussionen und Live-Chats mit Erfahrung-Expert*innen; als Höhepunkt wurde am 20. November 2020 der Tag der Psychotherapie begangen. Überdies habe der TLP die Vortragsreihe *psyche kompakt* ins Leben gerufen, wo Expert*innen (vorzugsweise aus dem Raum Tirol) zu Themen sprechen (Trauma, psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter etc.), die ein breites Publikum erreichen sollen, also bewusst keine Fachvorträge sind. Der Zulauf zu diesen Vorträgen sei überraschend hoch gewesen; seit der Pandemie seien diese Vorträge online für ganz Österreich zugänglich. – Zu nennen sei weiter das Pilotprojekt *Psychotherapeutische Grundversorgung Schule*. Auch hier gehe es nicht zuletzt um Enttabuisierung, darum, dass das Sprechen über psychische Gesundheit selbstverständlich werde. Insgesamt sei das Jahr 2020 unter dem Zeichen Entstigmatisierung und Enttabuisierung gestanden.

Markus Walpoth ist Psychotherapeut, klinischer und Gesundheitspsychologe, Geschäftsführer für psychiatrische Rehabilitation von Pro Mente Tirol und für die fachliche Entwicklung der Organisation zuständig.

Walpoth erwähnt eingangs einen Film über den Weltkongress für soziale Psychiatrie von 1996, der vor Augen führe, dass die bei dieser Tagung angesprochenen Themen bereits seit Langem existieren: Nicht nur nach neuen Ansätzen, sondern auch nach Schwierigkeiten bei der Umsetzung des bereits Bestehenden sei also zu suchen. Zentral sei jedenfalls die Teilnahme von Betroffenen und Angehörigen auf allen Ebenen. Eine der Schwierigkeiten dabei sei die Sprache, die verwendet werde; etwa würden Mitarbeiter*innen von den Klient*innen oft als „Betreuer*innen“ bezeichnet. Es gehe nicht zuletzt darum, Betroffene zu Gemeinsamkeit zu befähigen, zum gemeinsamen Entwickeln von Bildern von „gesund“ und „krank“, zur gemeinsamen Definition von Zielen. Eine Erkrankung bedeute nicht, dass der Mensch als Gesamtes krank sei, er könne mit seiner Krankheit sehr wohl souverän sein. Es gehe um eine gemeinschaftliche Kulturentwicklung, die nicht immer einfach ist. Auf Seiten der Professionist*innen stellen sich hier Themen wie etwa Nähe oder Distanz zu den Betroffenen oder auch Angst (etwa beim Absetzen von Medikamenten hinsichtlich des Krankheitsverlaufs; an welchem Punkt tragen Professionist*innen welche Verantwortung und wie gehen sie damit um?). Wichtig sei nicht zuletzt die Frage der Haltung: Seitens der Professionist*innen sei es wesentlich, ein Verständnis von einem *gemeinsamen* Handeln bzw. einer gemeinsamen Interaktion zu entwickeln.

Chiona Gehmacher ist Obfrau der Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter (HPE) Tirol, Co-Moderatorin der Selbsthilfegruppe Innsbruck und war viele Jahre lang Angehörige von Menschen mit psychischer Erkrankung.

Als Angehörige einer psychisch erkrankten Person, so *Gehmacher* einleitend, habe sie die Belastungen einer solchen Situation selbst kennengelernt. Sie sei zunächst als Teilnehmerin zur HPE gestoßen und mittlerweile ehrenamtlich tätig. Dass Angehörige mittlerweile in vielen Situationen nicht nur wahrgenommen, sondern gehört und miteinbezogen werden, sei positiv hervorzuheben. Angehörige kennen die Erkrankten sehr gut, verfügen über große Expertise und übernehmen oft ein hohes Maß an Verantwortung und Pflege. Ein Problem seien Bereiche, in die Angehörige oft nicht einbezogen werden könnten (z.B. aufgrund ärztlicher Verschwiegenheitspflichten, Datenschutz). *Gehmacher* nennt das Beispiel bereits erwachsener Kinder, die bereits mitten im Leben standen, dann aber wieder zuhause einziehen, ohne dass die Familie Kenntnis über deren genaue Diagnose, Medikation etc. zur Verfügung hat. Dies schaffe große Unsicherheiten. – Auf der anderen Seite seien Angehörige oft auch sehr belastet: das soziale Netz werde oft sehr ausgedünnt, die Gefahr, selbst in eine Burn-out-Situation zu geraten, sei hoch. Es sei umso erfreulicher, zu sehen, dass das Thema psychischer Belastungen in der Öffentlichkeit präsenter gemacht werde und dass Initiativen zur Entstigmatisierung gesetzt würden. – In Tirol seien Angehörige u.a. bei Polizeiseminaren oder bei Pro Mente in die Ausbildungen der Professionist*innen bereits mit eingebunden; auch diese Entwicklung sei sehr zu begrüßen.

Michaela Amering, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien (zur Person: siehe S. 23)

Amering schließt sich *Walpoth* an, der das Aufspüren von Hindernissen bei der Umsetzung von bereits Bestehendem hervorgehoben hat, und gratuliert ihren Vorredner*innen herzlich zu den von ihnen präsentierten umgesetzten Projekten. – Hinsichtlich Einbeziehung der Ärzt*innen fordert *Amering* dazu auf, an Gesetzesänderungen zu arbeiten: Die Ärzt*innen würden sich dem keineswegs in den Weg stellen, die notwendige Unterstützung hinsichtlich Weiterbildung müsse jedoch gegeben sein und diese müsse dialogisch stattfinden. Ihre persönliche Erfahrung so wie auch wissenschaftliche Ergebnisse zeigten, dass Erfahrungswissen jegliche Intervention stärke und den Impact vergrößere. Die Gruppe der Angehörigen und Betroffenen sei zwar sehr heterogen, jedoch zeige sich in allen Situationen, in denen sie eingesetzt würden, ein ähnliches Resultat: Notwendige Veränderungen, wie sie auch die Erfahrung der Professionist*innen und die Wissenschaft nahelegen, werden von diesen Gruppen gefordert. Wichtig sei, deren Einbeziehung auf allen relevanten Ebenen zu verfügen und die dazu nötigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Diskussion

Aus dem Chat Room berichtet Walter Marschitz von zwei Themenschwerpunkten:

- Die Wichtigkeit von trialogischen Beratungsangeboten werde zum Teil noch immer nicht anerkannt, entsprechende Konzepte bei Stadt- bzw. Landesregierungen würden mit dem Argument „abgeschmettert“, es gebe ja bereits Angebote.
- Und leider gebe es auch bei Behandler*innen immer noch zu wenig Wissen, Bereitschaft und Offenheit für den wichtigen Wunsch – und oft auch die medizinische Notwendigkeit – gemeinsam mit Erfahrenen Medikamente risikoarm reduzieren bzw. absetzen zu können.

Reduktion und Absetzung von Medikamenten

Amering: Die Absetzung von Medikamenten sei nicht zuletzt eine rechtliche Frage. Wenn es rechtlich klar geregelt sei, dass Patient*innen ihre Medikation verändern möchten, ergebe sich auch ein Anspruch auf entsprechende Beratung. Ein Beispiel hierfür sei die Onkologie: Hier haben Patient*innen sich das Recht auf integrierte Versorgung erkämpft; darauf, bestimmte Medikationen abzulehnen und trotzdem betreut zu werden. – Über eine entsprechende Rechtslage mit entsprechender Weiterbildung und Finanzierung könne hier also einiges erreicht werden.

Kennerth: Als Betroffener habe er diesbezüglich mit Fachärzt*innen unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Wenn Ärzt*innen sich darauf einlassen, Patient*innen als mündig zu betrachten, sei eine konsensuale Behandlung möglich. Vielfach würden Medikamente ja nur deshalb eigenmächtig abgesetzt, weil Betroffene Angst haben, das Thema mit den Ärzt*innen zu besprechen.

Walpoth: berichtet von inklusiven Fortbildungen, die sich diesbezüglich als sehr hilfreich erwiesen haben. Es gehe selten ja nur darum, einfach ein Medikament abzusetzen, sondern dahinter stünden oft auch Bilder von Krankheit oder Gesundheit (Absetzung als Zielsetzung, um „gesund“ zu sein). Im Gespräch mit allen Beteiligten stelle sich die Situation oft anders dar.

Müllner-Lacher: Im Unterbringungsbereich haben Patient*innen oft große Mühe, bei der medikamentösen Behandlung mitzureden, da sehr rasch fehlende Krankheitseinsicht oder Behandlungsbereitschaft ins Treffen geführt werde. Wenn Patient*innen einsichts- und urteilsfähig sind und keine medikamentöse Behandlung wollen, dürfen sie nicht gegen den Willen behandelt werden. Das kann unter Umständen zu langen Unterbringungsauern führen. Leider seien bisher nur wenige Kliniken bereit, in entsprechende Diskussionen einzusteigen. Oft wird sehr rasch auch gegen den Willen eine Behandlung verabreicht. Hinsichtlich rechtlicher Regelungen hofft *Müllner-Lacher* auf eine Nachschärfung in der Novelle des Unterbringungsgesetzes, sodass

Zwangsmaßnahmen auch bei medikamentösen Behandlungen nicht mehr so einfach praktiziert werden können, wie das derzeit der Fall sei.

Gstrein: In der Situation einer psychotherapeutischen Behandlung im ambulanten Bereich seien die Bedingungen natürlich andere: Die gewünschte Einbindung von sowohl Professionist*innen als auch Angehörigen sei nicht machbar, dies bräuchte pro Patient*in einen Schlüssel von mindestens 2:1. Von einem geeigneten Rahmen für eine dementsprechende gute Behandlung sei man weit entfernt.

Auszüge aus der Diskussion im Chat Room:



Von Atalar Cornelia:

14:03:36

Leider besteht auch oft nicht ein großes Interesse zur Förderung einer guten Medikamentenreduktion, Aufklärung, Betrachtung der wahren Ursachen für eine psychische Erkrankung, Abbau von Ängsten und Stärkung der Eigenverantwortung.

← Antworten



Von Brigitte Heller:

14:05:36

Ich bin da völlig bei Frau Prof. Dr. Amering, angesetzt muss hier in der Bildungspolitik werden, wir merken, dass dies aber ein besonders schwieriges Unterfangen ist, das zeigt sich in der Bereitschaft der Zusammenarbeit im Rahmen der Erstellung des NAP.

← Antworten



Von Sigrid Moser:

14:08:40

Soweit ich weiß, werden im Krankenhaus Zams Menschen behandelt auch ohne Medikamente.

← Antworten

EL**Von Eliah Lüthi:**

14:09:44

Leider teile ich die Einschätzung von Chr. Müllner-Lachner – was sich ja dann auch automatisch (und oft langfristig) auf den ambulanten Bereich auswirkt, weil es schwer ist, nach der stationären Situation Unterstützung zu finden, um die Medikamente wieder abzusetzen oder zu reduzieren.

← Antworten**ML****Von Michaela Lödler:**

14:09:54

Es braucht aber auch ein Verständnis für das Empfinden des Betroffenen selbst. Wenn ich dem Arzt sage, es braucht kleine Schritte für eine Dosisreduktion, weil ich sonst zu viel an Absetzreaktion spüre, der Arzt mir aber sagt, Sie können bei diesem Medikament keine Absetzreaktion haben und es gibt da keine andere Dosis, wird es schwierig.

← Antworten**IM****Von Ingrid M. Machold:**

14:10:06

Sollte es wirklich – eine meist einseitig verlangte – "Krankheits-EINSICHT" bei den Betroffenen geben? Für uns Erfahrene geht es eher um verschiedene Krankheits-ANSICHTEN.

← Antworten

Zur Auswirkung der Corona-Situation

Kennerth: Eine Schwierigkeit der Corona-Krise ist, dass viele psychotherapeutische Stationen geschlossen worden sind, damit auch dort Covid-Patient*innen behandelt werden können. Wo wurden die Patient*innen der psychotherapeutischen Stationen weiterbehandelt? Deren nicht gesicherte Weiterversorgung sei als kritisch zu sehen. – Positiv sei eventuell zu sehen, dass Lockdowns auch die Möglichkeit bieten, vergessene Ressourcen wiederzuentdecken. Die Folgen von Arbeitslosigkeit und Vereinsamung hingegen könnten gravierende Probleme ergeben.

Gehmacher: Eine positive Erfahrung sei, dass Betroffene sich durch die Möglichkeit von Video- und Online-Beratung oft mehr wertgeschätzt fühlten als in Institutionen, wo sie sich als eine/r unter vielen oder auch als Bittsteller*innen wahrnehmen. Wenn Professionist*innen sich direkt an Betroffene wenden und diese in ihrem Umfeld betreuen, kann dies auch für Angehörige sehr entlastend sein, weil dadurch die familiäre Situation anders wahrgenommen werden kann.

Müllner-Lacher: Rechtsschutzstandards für Menschen mit psychischer Erkrankung seien fragile und schutzwürdige Errungenschaften, die man nicht einem einseitigen Pragmatismus opfern dürfe – dies werde in der Corona-Krise besonders deutlich. Derzeit finden viele Gerichtsverfahren und Gutachtens-Erstellungen nur über Videotelefonie statt – hier werde mit der Corona-Krise gleichsam ein zusätzliches soziales Modell von Behinderung erfunden, das es zuvor so nicht gegeben habe. Etwa für Menschen mit Demenz sei es schwer möglich, diese neue digitale Situation überhaupt einzuordnen. *Müllner-Lacher* wünscht sich daher im Sinne dieser Menschen gesetzliche Regelungen, die entsprechende Verhandlungen vor Ort unter sicheren Bedingungen auch für die Zeit der Pandemie ermöglichen.

Amering: Die Idee, dass die Psychiatrie ihre Betten für Covid-Patient*innen zur Verfügung stellen könne, sei sehr früh gekommen; dies habe im Nachhinein zu vielen Diskussionen geführt und es sei zu hoffen, dass dies nunmehr anders gesehen werde. – *Amering* bestätigt *Gehmachers* Erfahrung zur Betreuung von Patient*innen in Covid-Zeiten: In der telefonischen Betreuung etwa seien diese sehr nachgehend betreut worden, was sich als positiv erwiesen habe und sie in der Ansicht bestärke, dass man Patient*innen, die das möchten, auch nachgehen *solle*, sodass diese z. B. an schlechten Tagen (an denen sie nicht persönlich erscheinen könnten) dann nicht etwa weniger Kontakt haben. – Was sich überdies in der Corona-Krise gezeigt habe, sei die große Resilienz von Personen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen; auch habe die Selbsthilfe, der gegenseitige Beistand sehr gut funktioniert. Abschließend merkt *Amering* an, dass sich in dieser Krise auch vielen Menschen aus der Wirtschaft erstmals zeige, was für Menschen mit psychosozialen Erkrankungen Alltag

sei, nämlich wie schwierig der Umgang mit Behörden sein könne. Auch hier sei eine Änderung anzustreben.

Walpoth: Bei allen zu bewältigenden Schwierigkeiten während der Krise sei die Beziehungskonstanz das wesentliche Element gewesen. Man habe rasch gelernt, auf Video oder andere Möglichkeiten umzustellen. Tagesstrukturen seien über lange Zeit nicht oder nur partiell geöffnet gewesen; die Langzeitfolgen seien derzeit noch nicht absehbar. Ein Problem sei, dass seit langer Zeit nun nur mit Masken gearbeitet werde: Dadurch gehe ein wesentlicher Teil der Mimik verloren. – Positiv sei aber jedenfalls, dass die neu entdeckten Möglichkeiten mehr Flexibilität für die Zukunft eröffnen würden.

Gstrein: Auch in der Psychotherapie-Praxis habe sich eine beeindruckende Resilienz der Patient*innen gezeigt. Auf der anderen Seite sei es im neurotischen Bereich zu verstärkten Problemen gekommen. Hier habe sich dahingehend eine Verschiebung ergeben, als Patient*innen mit schwereren Beeinträchtigungen eigentlich besser mit der Krise zurechtkamen als solche mit leichteren. – Eine zweite Beobachtung sei: Während des ersten Lockdowns sei die Umstellung auf Videotelefonie in Behandlungen sehr rasch erfolgt und sei auch sehr rasch bewilligt worden (vor Corona war dies nicht möglich gewesen). Im zweiten Lockdown habe sich ein neues Selbstbewusstsein der Patient*innen gezeigt, die sich zu 90% entscheiden, direkt in die Praxis zu kommen. In der Psychotherapie herrsche keine Maskenpflicht, sondern die Maßnahmen könnten über den Abstand eingehalten werden. Ein guter Umgang mit den daraus resultierenden Veränderungen habe sich sehr rasch eingestellt.

Offenerer Umgang mit dem Thema psychische Erkrankungen durch die Covid-Krise?

Amering: Menschen können sich vielleicht einerseits nun eher vorstellen, was Einsamkeit, Strukturlosigkeit etc. bedeuten. Andererseits werde nur schwer gesehen, was Menschen leisten, die tatsächlich schwerwiegendere psychiatrische Krisen erleiden.

Müllner-Lacher: Im allgemeinen Bewusstsein sei die Wahrnehmung angekommen: „Es könnte jetzt auch für mich brenzlig werden, auch ich könnte nun Hilfe brauchen.“ – Auf der anderen Seite sei alarmierend, wie wenig die Gruppe der Jugendlichen dabei berücksichtigt werde; hier existiere ein klarer Nachholbedarf.

Kennerth: Bei psychischer Erkrankung trete oft die Frage auf, wer daran „schuld“ sei. Derzeit sei es einfach, die Schuld bei der Pandemie zu suchen – was ein Grund dafür sein könnte, dass es nun für viele leichter sei, eigene psychische Probleme einzugestehen.

ARBEITSGRUPPEN

1. BARRIEREN BEIM ZUGANG ZU BEDARFS- UND BEDÜRFNISGERECHTEN AN- GEBOTEN FÜR PSYCHISCH ERKRANKTE MENSCHEN

Leitung: *Angela Pfauser, Sigrid Steffen, Robert Fiedler, Albert Brandstätter.*

Albert Brandstätter: Ergebnisbericht

Wie können Barrieren überwunden werden, was sind wichtige Schritte, um eine neue Kultur und Grundhaltung inklusive Gestaltung der Lebenssituationen von Menschen mit psychosozialen Herausforderungen zu erreichen?

- Stärkere Etablierung von Vertrauenspersonen – Tierbegleitung, persönliche Assistenz, Sozialbegleitung. Insbesondere nach Krisensituationen müsse die Zeit zuhause gut vorbereitet werden, damit die Alltagsbegleitung gut vonstattengehen könne.
- Zugang zu medizinischer Hilfe.
- Kampf gegen Stigmatisierung in allen Bereichen, sowohl im öffentlichen Bereich als auch hinsichtlich der Selbststigmatisierung von Betroffenen.
- Kurzfristige Aktionen, um Menschen mit psychosozialen Behinderungen stärker in die Regelversorgung hineinzubekommen.
- Bürokratische Hürden sollten abgebaut bzw. handhabbarer gemacht werden.
- Langfristiger Aufbau eines Begleitsystems (Vernetzungsarbeit, Unterstützungen in unterschiedlichen Situationen).

In Summe brauche es eine neue Grundhaltung, die in den verschiedenen Situationen zum Tragen komme, in denen sich Menschen mit psychosozialen Erkrankungen bzw. Herausforderungen befinden. Wesentlich dafür seien das Paradigma des Recovery, der Selbsthilfeorientierung, aber auch der Einsatz von Peers, um die Ambulantisierung weiterzubringen. Dafür erforderlich seien eine sektorenübergreifende Finanzierung sowie multifunktionelle Teams, die Menschen auch zuhause begleiten. In Summe gehe es also um die Gestaltung einer Lebenskultur. *Brandstätter* nennt als Beispiel ein „Haus des Lebens“, wo inklusive Beratung und Begleitung durch Peers, Professionelle etc. erhalten werden kann, ohne dass dies jedoch mit einer stigmatisierenden Kennzeichnung verbunden ist.

2. ARBEITSPLATZ

Leitung: *Michaela Lödler, Aloisia Wallner, Melanie Wutte, Tom Schmid.*

Melanie Wutte und Michaela Lödler: Ergebnisbericht

Wie ist die „Arbeitssituation“ für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Tagesstruktur?

Teilnehmer*innen von Werkstätten und Tagesstrukturen haben keine sozialrechtlichen Ansprüche (Pension, Einkommen, Versicherung ...), die faire Bezahlung fehlt (Lohn statt Taschengeld). Anreize zur Jobsuche seien vielfach nicht vorhanden, auch existieren Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen bei der Jobsuche.

Exklusion

Exklusion zeige sich nicht nur am Arbeitsmarkt selbst, sondern beginne oft schon am Ausbildungsweg (hierzu habe insbesondere Eliah Lüthi interessante Diskussionsbeiträge geliefert).

Welche zusätzlichen Erschwernisfaktoren kommen in der Pandemie hinzu?

Viele Kontakte sind nur über Telefon möglich, es gibt Probleme aufgrund fehlender Struktur (eingeübte Rituale/Tätigkeiten/Handlungsabläufe verschwimmen ...), Therapien fallen mitunter weg. In manchen Bereichen ist keine Face-to-face-Betreuung mehr möglich (z. B. Arbeitsassistenz); das soziale Netz verkleinert sich, und damit fallen auch gemeinsame Aktivitäten weg. Angstgefühle werden stärker (Angst vor Jobverlust, Angst vor der Krankheit, Angst vor der Impfung, Angst, die Arbeit nicht zu schaffen ...).

Forderungen

Erstellung von Netzwerkkarten der einzelnen Bundesländer, sodass Schulen, Spitäler, Beratungsstellen, aber auch Hausärzt*innen, die oftmals erste Anlaufstelle für Angehörige sind, über Angebote informiert sind.

Mehr Support für Firmen: Information und Begleitung bei der Einstellung von Arbeitnehmer*innen mit psychischen Problemen (Ansprechpersonen für Firmen schaffen wie z. B. Tiroler Krisendienst).

Barrierefreiheit bei/in Ämtern und Behörden (Unterstützung direkt vor Ort, genügend Zeit, achtsame Sprache).

3. WOHNEN

Leitung: *Irmgard Hofer-Wolf, Sigrid Moser, Leo Alber, Anton Schmalhofer.*

Anton Schmalhofer: Ergebnisbericht

Was sind gute strukturelle Voraussetzungen für die Unterstützung von Menschen mit psychosozialen Behinderungen im Bereich Wohnen? Wie ist die Situation der Angehörigen? Wie ist die Lage bei den Unterstützer*innen hinsichtlich Personal?

Strukturen: In Österreich existieren verschiedenste Modelle – je kleiner, desto besser. Auch in Wohngemeinschaften bestehe die Möglichkeit, durchaus lebenspraktische Dinge zu erlernen, die vielleicht anderswo nur schwer erlernt werden könnten. Je individueller und je mehr Personen in ihrem eigenen Wohnraum leben können, als desto positiver werde die Wohnsituation erlebt. Wichtig seien auch entsprechende Ressourcen, um am Leben aktiv teilnehmen zu können.

Leistbarer Wohnraum sei in vielen Regionen schwierig zu bekommen. Mehrfach angesprochen wurde in der Diskussion das Stadt-Land-Gefälle. Am Land existieren gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen noch deutlich mehr Vorurteile, weswegen das Stadtleben oft bevorzugt werde.

Angehörigenunterstützung: 70% der Angehörigen berichten, in konfliktbehafteten Wohnsituationen zu leben. Ein 24-Stunden-Krisendienst, eventuell die Möglichkeit einer kurzfristigen (zuvor mit den Betroffenen abgesprochenen) Unterbringung in einem betreuten Setting seien hier wünschenswert. Entsprechende Krisenplätze müssten allerdings zur Verfügung stehen, was derzeit nicht in ausreichendem Maß der Fall sei.

Menschen mit ihren Psychiatrieerfahrungen sollen unbedingt in Unterstützungsangebote im Wohnbereich eingebunden werden; wichtig wäre ferner, dass auch EX-IN-Mitarbeiter*innen von den Kostenträgern anerkannt werden.

Anhänge zu den Arbeitsgruppen

1. BARRIEREN BEIM ZUGANG ZU BEDARFS- UND BEDÜRFNISGERECHTEN ANGEBOTEN FÜR PSYCHISCH ERKRANKTE MENSCHEN

Robert Fiedler. Barrieren im Zugang zu bedarfs- und bedürfnisgerechten Angeboten

1) Systemrelevante Aspekte:

- Vernachlässigung des psychiatrisch-psychozialen Bereichs im Gesundheitsdiskurs, fehlende Partizipation der relevanten Stakeholder und deren gesundheits- und sozialpolitische Auswirkungen.
- Schiefe Versorgungslage (Stichwort: Versorgungsgerechtigkeit, u. a. „inverse care law“) und fehlende bzw. mangelnde Umsetzung leitlinienorientierter Versorgung, seit Jahren bekannt

2) Barrieren im Angebot:

- Minimieren von Stigmatisierung, erkrankungsbedingte Hürden, kulturbedingte Hürden

Nächste Schritte:

- + Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit neuem Paradigma „Recovery“ in der Versorgungspraxis (Selbsthilfeorientierung, Peers/Genesungsbegleiter*innen, kompatibel UN-BRK)
- + Tatsächliche Umsetzung der Ambulantisierung der Versorgung (s. Grundlagen bei S3-Leitlinien „Psychoziale Therapien bei schwer psychisch Kranken“ DGPPN), s. internationale Modelle – Thematik seit Jahren bekannt
- + In der konkreten Versorgungspraxis: Notwendigkeit rascher Angebotsstellung/ Intervention, Niedrigschwelligkeit (bei Bedarf auch aufsuchende Angebote, ebenso Angehörige einbeziehen) und größere Verbindlichkeit der Versorger (gegenüber Betroffenen), in verpflichtender Kooperation/Koordination als entscheidende Faktoren (s. Chronifizierungsgefahren)
- + Psychosoziale Dienste als „must have“ und integrierte Versorgung
- + Grundlage ist sektorenübergreifende Finanzierung von Leistungen (s. Modelle und Modellprojekte)

2. ARBEITSPLATZ

Allgemeine Rückmeldungen

- Zeit für Austausch/Diskussion in der Arbeitsgruppe war zu kurz.
- Zeit (ca. 10 Minuten) zwischen Arbeitsgruppe und Präsentation im Plenum wäre gut gewesen.
- Sprache der Vortragenden war zum Teil sehr wissenschaftlich und nicht einfach verständlich, d. h. nicht barrierefrei.

Arbeitsgruppe 2

Statements:

- „Angehörige sollten vermehrt gesehen/gehört werden, sie sind wichtig im System der betroffenen/erkrankten Person.“
- „Psychische Erkrankung kann jeden treffen. Momentane Situation (Covid-19-Pandemie) lässt Ängste wieder aufleben, Angst, das soziale Netz zu verlieren, Angst vor einem Rückfall.“
- „Wie kann ein inklusiver Arbeitsmarkt gelingen?“

1. Wie ist die „Arbeitssituation“ für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Tagesstruktur? Vorteile, Nachteile, Probleme und Stärken

- Teilnehmer*innen von Werkstätten und Tagesstrukturen haben keine sozialrechtlichen Ansprüche (Pension, Einkommen, Versicherung ...)
 - Faire Bezahlung fehlt (#Lohn-statt-Taschengeld)
 - Anreize zur Jobsuche fehlen
 - Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen bei der Jobsuche
 - Fehlender Support auch bei Firmen
 - Bürokratie und im „System gefangen“ (#Mindestpension)
 - Begutachtungen sind sehr belastend und herausfordernd
 - Krisen gehören dazu: Begutachtungen = Momentaufnahmen
- + Individuelles Arbeitstempo ist möglich
- + Herantasten an das Thema Arbeit → eigene Leistungsmöglichkeiten können erprobt werden
- + Erfahrung von Selbstwirksamkeit kann gemacht werden
- + Auch in der Arbeitsunfähigkeit oder Pension möglich
- + Unterstützung durch Fachpersonal

Wie ist die „Arbeitsituation“ für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Arbeits- und Berufstraining?

- Nur auf ein Jahr befristet (Verlängerung auf 1,5 Jahre möglich)
- Man muss arbeitsfähig sein
- Druck einen Job zu finden ➔ Bewerbungsdruck
- + Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis über AMS/PVA oder Land (berufliche Reha)
- + Möglichkeit der Neuorientierung
- + Umfangreiche Begleitung

Welche Herausforderungen können sich noch stellen?

- Personen mit RehaGeld-Bezug: Wie sollen Menschen mit psychischen Erkrankungen „Mitwirkung“ zeigen?
- AMS: „Angst vor Arbeitsfähigkeit“ verbunden mit der Angst vor einem Scheitern
- Berufsunfähigkeitspension: keine Höherversicherung möglich (Betroffene bleiben dadurch bis an ihr Lebensende oft auf dem Existenzminimum)
- Berufsunfähigkeitspension mit Ausgleichszulage: keine regelmäßige Zuwendung (von privater Seite, z. B. Eltern) möglich, da Ausgleichszulage dafür gekürzt würde (betrifft auch private Pensionsversicherungen)

2. Momentane Situation unter Berücksichtigung der Pandemiesituation?

(Welche zusätzlichen Erschwernisfaktoren kommen hinzu?)

- + Viele Kontakte sind über Telefon möglich
- + Entschleunigt und ruhiger, da viele zu Hause sind
- + Unterstützung von Assistent*innen/Vorgesetzten ist gut
- + Man kann sich z.T. neuer Aufgaben/neuen Arbeiten widmen ➔ vorübergehend positive Impulse
- Probleme aufgrund fehlender Struktur (eingeübte Rituale/Tätigkeiten/Handlungsabläufe verschwimmen ...)
- Therapien fallen mitunter weg
- In manchen Bereichen ist keine Face-to-face-Betreuung mehr möglich (z. B. Arbeitsassistenten)
- Soziales Netz verkleinert sich (gemeinsame Aktivitäten fallen weg)
- Eltern/Familie/Freundeskreis können nicht getroffen werden
- Angstgefühle werden stärker (Angst vor Jobverlust, Angst vor der Krankheit, Angst vor der Impfung, Angst, die Arbeit nicht zu schaffen ...)
- Stress durch Corona-Maßnahmen (Maske tragen, Hygienevorschriften, Isolation ...)
- Zukunftsängste

Was braucht es:

➔ in den kommenden Monaten im Hinblick auf die derzeitige Pandemie-Situation?

- Konzepte zum Offenhalten der Einrichtung: Struktur ist wichtig! Auch um Angehörige zu entlasten!
- Gutes Netzwerk bzw. mehr Informationen über Netzwerke und Ansprechpersonen für Betroffene und Angehörige: #reden hilft!
- „Respekt vor der Angst“ ➔ Erhöhung der finanziellen Mittel von Versorgungseinrichtungen, um bspw. temporär mehr Betreuung anbieten zu können
- „Psychische Erkrankungen sieht man nicht“ ➔ Druck rausnehmen

➔ mittelfristig?

- Mehr Informationen zu bestehenden Angeboten: Erstellung von Netzwerkkarten der einzelnen Bundesländer (Schulen, Spitäler, Beratungsstellen, auch Hausärzt*innen als oftmals erste Anlaufstelle für Angehörige müssen über Angebote informiert sein)
- Finanzierung von trialogischen Beratungsstellen (niederschwellig, anonym, kostenlos)
- Mehr Support für Firmen: Information und Begleitung bei der Einstellung von Arbeitnehmer*innen mit psychischen Problemen (Ansprechpersonen für Firmen schaffen wie z. B. Tiroler Krisendienst: kann auch von Arbeitgeber*innen in Anspruch genommen werden)
- Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen beim AMS/Jobvermittlung: „Klient*innen in einer Krise, „scheinen arbeitsunwillig, sind aber arbeitsunfähig“
- Barrierefreiheit bei/in Ämtern und Behörden (➔ Unterstützung, genügend Zeit, achtsame Sprache!)
➔ Etablierung von sozialarbeiterischen Unterstützungspersonen direkt vor Ort
- Rücktrittsrecht bei einer Kündigung des/der Arbeitnehmer*in während einer psychischen Krise
- Soziale Arbeit in der Schule: Um psychische Themen bei Schüler*innen frühzeitig zu erkennen, aber auch für Unterstützung der Kinder von Eltern mit psychischer Erkrankung
- Berufsunfähigkeit abschaffen!
- Aktivitäten/Kampagnen zur „Enttabuisierung“ von psychischen Erkrankungen (Menschen mit psychischen Erkrankungen werden als faul/arbeitsunwillig abgestempelt, Stigmatisierungen können nur schwer aufgebrochen werden!)
- Einbindung von Menschen mit psychischer Erkrankung zur Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen (bspw. Einbindung in NAP 2021 – 2030)

- Nach psychischer Krise sind Personen nicht sofort wieder 100 % arbeitsfähig → es wäre hilfreich, wenn sie danach anfänglich nur ein paar Stunden pro Woche arbeiten (Steigerung nach Befinden) und für die restliche Zeit noch anteiliges Krankengeld bekommen könnten, z. B. 20% Lohn, 80% Krankengeld (nach Schweizer Vorbild)
- Befristete Teilpension ermöglichen: nach Krankheit nicht voll belastbar → Teilpension zur materiellen Absicherung (nimmt Druck raus)

3. WOHNEN

→ *Leo Alber*

Arbeitsgruppe 3: Wohnen

Leo Alber ist Mitglied der Geschäftsführung beim Verein PSP, hat vor über 35 Jahren in der stationären Psychiatrie im Krankenhaus Hall zu arbeiten begonnen und ist seit nunmehr 30 Jahren in der Sozialpsychiatrie beim Verein PSP tätig.

Ich möchte Sie kurz über die sozialpsychiatrischen Wohnangebote in Tirol informieren und über die Besonderheiten im Vergleich zu den anderen Bundesländern.

In Tirol sind im Wesentlichen vier Vereine in der sozialpsychiatrischen Arbeit tätig. Drei davon bieten auch sozialpsychiatrische Wohnangebote. Diese sind der Verein IWO, Pro Mente Tirol und PSP Tirol.

In Tirol stehen 148 teilzeitbetreute Wohnplätze zur Verfügung.

Es gibt in Tirol keine über das Teilhabergesetz finanzierten großen Wohnheime. In den Wohngemeinschaften leben zwischen drei und fünf betroffene Menschen und in den Wohnprojekten bis zu maximal vierzehn Klient*innen. Diese Kleinteiligkeit ist eine Besonderheit gegenüber anderen Bundesländern, die wir mit Vorarlberg teilen. Ein weiterer interessanter Vergleich mit Vorarlberg: Dort stehen 140 sozialpsychiatrische Wohnplätze zur Verfügung bei einer Einwohnerzahl von 385.000, in Tirol stehen 148 sozialpsychiatrische Wohnplätze zur Verfügung bei einer nahezu doppelt so großen Bevölkerungszahl von ca. 750.000 Einwohner*innen.

Das Bundesland Steiermark hat im Ländervergleich ebenfalls eine sehr geringe Anzahl an voll- und teilzeitbetreuten Wohnplätzen.

Daraus ergeben sich folgende Fragen:

Warum ist das so?

Worin liegen die Vor- und die Nachteile dieser Gegebenheiten?

- Eine der Hauptursachen dafür liegt in Tirol darin, dass es in den letzten Jahren gelungen ist, die Leistung sozialpsychiatrischer Einzelbegleitung/CM flächendeckend in ganz Tirol auszubauen. Dieses Angebot kann als Intensiv-Case-Management gesehen werden, mit den Inhalten Beratung zur Gesundheit und zur Erkrankung, Unterstützung im Wohnbereich, Unterstützung bei Erhaltung und Aufbau sozialer Kontakte, Freizeitgestaltung und allgemeine Sozialberatung.
- Dieses Angebot ermöglicht vielen Betroffenen, in ihrem gewohnten Lebensfeld, der eigenen Wohnung oder in der Familie zu verbleiben.

Wann stößt das Angebot der sozialpsychiatrischen Einzelbegleitung an seine Grenzen?

- In Krisensituationen, bei Verschlechterung des psychischen Zustandes. Dies führt dann zu Belastung der Familien oder des sozialen Umfeldes. Hier erweist es sich als großer Nachteil, dass in Tirol keine außerstationären Krisenbetten angeboten werden.
- Klient*innen mit einem besonders hohen Unterstützungsbedarf (z. B. täglich mehrmaliges Aufsuchen) können von der sozialpsychiatrischen Einzelbegleitung nicht ausreichend betreut werden.
- Kein 24-Stunden-Angebot.
Seit 1.10.2020 ist in Tirol ein Krisendienst installiert mit einem 24-Stunden-Angebot, auch aufsuchend am Wochenende und Krisentelefon von Montag bis Freitag.
- Bei der Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, welche obdachlos geworden sind.

„Behindert“ aufgrund psychischer Erkrankung/Wohnen

Was macht es für Betroffene schwierig, einen geeigneten WG- oder Wohnprojektplatz zu finden?

- Ein enger Konzeptrahmen, Geschlecht, Alter, Diagnosen (diagnosenspezifische Angebote).
- Besondere Problemstellungen z. B. Doppeldiagnosen, geistige Beeinträchtigung und psychische Erkrankung, Sucht und psychiatrische Erkrankung, körperliche Beeinträchtigung und psychische Erkrankung.

- Soziale Gegebenheiten, Betroffene mit Kindern, Arbeit.
- Warteliste und lange Wartezeiten. Aktuell sind auf der Warteliste des Vereins PSP 30 Klient*innen mit einem roten Rufzeichen versehen, dies bedeutet, dass es einen dringenden Wohnbedarf gibt.
- Covid-19, Maskenpflicht in den Gemeinschafts- und Sozialräumen, eingeschränkte Besuchsmöglichkeiten, Kohorten-Bildung (z. B. keine gemeinsame Einnahme der Mahlzeiten).

Offene Fragen:

- In Tirol ist die Dauer des Aufenthaltes in einer sozialpsychiatrischen Wohneinrichtung zumeist zeitlich nicht begrenzt. Wie ist in den anderen Bundesländern?
- Keine sozialpsychiatrische Wohneinrichtung mit dem Angebot einer 24-Stunden-Begleitung. Stand in den anderen Bundesländern?
- In Tirol gibt es keine Einrichtung, bei der eine Aufnahme von Betroffenen mit Kindern möglich ist. Gibt es in anderen Bundesländern solche Einrichtungen?
- In Tirol gibt es lange Wartezeiten von bis zu 1 Jahr. Wie sind die Wartezeiten in anderen Bundesländern?

Garçonnerienverbund

Wohnprojekte mit 13 bis 14 Plätzen sind derartig aufgebaut. Jede/r Klient*in bewohnt eine eigene Kleinwohnung und zusätzlich stehen Gemeinschaftsräumlichkeiten für Gruppenangebote zur Verfügung.

Vorteile gegenüber den Wohngemeinschaften:

Jede/r Klient*in hat einen abgeschlossenen Wohnbereich/Rückzugsmöglichkeit.

In Wohngemeinschaften übliche Dauerkonflikts-Bereiche wie Badbenützung und Reinigung, Kühlschrank ... werden reduziert.

Gemeinschaftsräumlichkeiten bieten ein Übungsfeld für gemeinsame Aufgaben und soziale Interaktionen.

Das Entstehen einer therapeutischen Gemeinschaft kann durch die Gruppenangebote gefördert werden, die Bewohner fühlen sich eingebunden.

Wunsch: Gemeinnützige Bauträger integrieren in Neubauten vier bis fünf Kleinwohnungen plus Sozialräume, welche Menschen mit psychischen Erkrankungen ohne die Barriere der Wohnungswarteliste unkompliziert zur Verfügung gestellt werden können.

➔ *Sigrid Moser*

Arbeitsgruppe 3: Wohnen

Psychiatrieerfahren sein in Tirol und ein massiv überteuerter Wohnungsmarkt

Wenn man psychiatrieerfahren ist in Tirol, hat man die Möglichkeit, in eine betreute Wohneinrichtung, eine betreute WG der Pro Mente Tirol oder des Psychosozialen Pflegedienstes einzuziehen. In diesen Einrichtungen hat man dann die Möglichkeit, ein Wohntraining zu absolvieren, man lernt z. B. ganz basale Dinge wie das Flusensieb einer Waschmaschine zu reinigen. Oder man kann auch wieder beginnen, seinen Tag zu strukturieren, indem man eine Tagesstruktur in Anspruch nimmt, was in den WGs verpflichtend ist. Die Klient*innen können an der Therapie wachsen. Gut ist, dass die WG-Zimmer leistungsfähig sind. Meist sind die Mitarbeiter*innen sehr fähig und versuchen, die Klient*innen gut zu unterstützen.

Die betreuten Wohneinrichtungen haben nicht nur positive Aspekte, sondern auch negative, nämlich: Wenn man zu viele Einkünfte hat, wie beim Reha-Geld über dem Mindestsatz oder einem anderen Einkommen, wie z. B. Lohneinkommen, muss man sehr viel Selbstbehalt zahlen. Es gibt die gleichen Gruppendynamiken zwischen den WG-Bewohner*innen wie bei „denen da draußen“, nur man weiß alles übereinander. Private Themen werden bei den Gruppensitzungen besprochen. So sind die Gruppendynamiken noch einmal verschärft, weil man den Schwachpunkt des Gegenübers kennt. Das eigenständige Leben des Klienten wird sehr oft beschnitten. Es muss z. B. spazieren gegangen werden, wenn es die Struktur vorgibt, auch wenn die Klient*innen es gerade nicht wollen. Um in Innsbruck eine Stadtwohnung zu bekommen, muss man den Hauptwohnsitz mindestens schon 5 Jahre in der Stadt haben, erst dann kommt man auf die Rangliste für die Stadtwohnungen. Wenn man psychiatrieerfahren ist, kann das beschleunigend wirken auf die Reihung in der Rangordnung. Wer in einer betreuten Wohneinrichtung der Vereine wohnt, gilt als wohnungslos. All diese Punkte beschleunigen den Erhalt einer leistbaren Stadtwohnung. Besser wären aber auch Wohnprojekte, wo der Verein den Klient*innen Wohnungen zu Verfügung stellt, so wie es von den Klienten-Vertreter*innen der Pro Mente Tirol 2016 gefordert wurde. Die Klienten-Vertreter*innen der Pro Mente Tirol forderten auch, dass es mehr betreuten Wohnraum in den Bezirken geben solle. Sie bemängelten, dass zu wenig leistbarer Wohnraum für arme psychiatrieerfahrene Menschen existiere. Interessant war auch, dass sich viele Klienten-Vertreter*innen Wohneinrichtungen wünschten, die auch bei langer Erkrankung noch bestehen würden, also Langzeitwohneinrichtungen. Klient*innen der Pro Mente Tirol bemängelten, dass Menschen, die nur das finanzielle Mindesteinkommen, sprich die Mindestsicherung, bekommen und noch keine Stadtwohnung haben, in Substandardwohnungen

unterkommen müssen, die von Schimmel befallen sind und Ähnliches. Ebenso fordern viele Klienten ein Housing-First-Konzept auch für Innsbruck. Dabei soll der Verein die Vergabe der Wohnungen übernehmen, weil so die Menschen bei einmaliger Nicht-Zahlung der Miete noch nicht delogiert werden. Abschließend ist zu sagen, dass es auf dem freien Wohnungsmarkt in Innsbruck generell nicht einfach ist für die Betroffenen und es zu hoffen ist, dass die Landesregierung und die Vereine Schritte setzen, um die Klient*innen gut zu unterstützen.

➔ *Irmgard Hofer-Wolf, HPE Tirol*

Arbeitsgruppe 3: Wohnen – einführendes Statement aus der Position „Angehörige“

Das gemeinsame Wohnen mit einem erkrankten Familienmitglied stellt eine sehr konfliktbehaftete Situation dar! Mehr als 70% aller Hilfesuchenden der HPE sind Eltern, die ihrem Sohn/ihrer Tochter noch immer oder wieder Wohnraum bei sich zur Verfügung stellen.

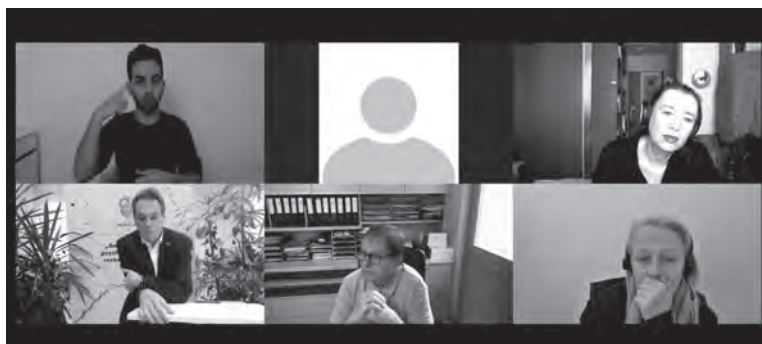
Meine private Konstellation ist repräsentativ für diese große Gruppe:

Unser Sohn (36) lebte für mehrere Jahre mit seiner Freundin zusammen, wohnte nach der Trennung kurz zur Überbrückung bei uns, zog dann allein in eine kleine Garçonniere ins Nachbarhaus und wohnt seit zweieinhalb Jahren wieder in unserem Haus, seit einem Jahr in einer eigenen Wohnung. Im Verlauf dieser Zeit gab es mehrere schwierigste Phasen und das gemeinsame Wohnen bot so gut wie keine Ausweichmöglichkeit. Im Gegenteil! Die räumliche Nähe war wie ein Pulverfass, Aggressionen zwischen Vater und Sohn schwer zu ertragen! Ich kam immer mit Befürchtungen von der Arbeit nach Hause und sah den einzigen Fluchtpunkt in meiner textilen Werkstatt, wo ich mir Stoffballen auf dem Boden ausbreitete und mich ausruhte. Vor der letzten Einlieferung ist es nicht gelungen, dass unser Sohn, der mit uns freiwillig ins Krankenhaus fuhr, stationär aufgenommen wurde. Vier Tage später mussten wir die Polizei zu Hilfe holen, er wurde mitgenommen und in der ersten Nacht fixiert. Noch während des Aufenthaltes führten wir Gespräche über die künftige Wohnsituation, die Ärztin versicherte: „Auf der Straße wird er nicht sitzen!“ Aber nachdem er durch schuldhaftes Verhalten aus der Station verwiesen wurde, mussten wir ihn wieder mit nach Hause nehmen. (Zum Ausgang dieser letzten Erfahrung mit dem psychiatrischen Krankenhaus: Unser Sohn hat die richtigen Konsequenzen gezogen, seine Medikation geändert und akzeptiert, sich insgesamt sehr stabilisiert und wohnt in der renovierten Wohnung meiner Eltern – sehr zu unserer Freude!)

Bei den Selbsthilfegruppen-Treffen tauschen wir uns über ähnliche Erfahrungen aus. Es kann so weit gehen, dass Eltern letztlich die Delogierung ihres Kindes veranlassen müssen. Auch Ehepartner kommen in große Nöte, wenn beispielsweise Wohnräume durch Versperren nicht mehr zugänglich gemacht werden.

Angehörige brauchen dringend Unterstützung und Angebote, um ihr betroffenes Familienmitglied kurzfristig unterzubringen! Wir glauben, dass sich Deeskalation und emotionaler Abstand in einem überschaubaren Zeitraum herstellen lassen.

Abschließende Bemerkung: Betroffene und Angehörige haben sich in der Vorbereitung der Tagung wieder vieles sehr plastisch vor Augen geführt und bestimmt einige unruhige Nächte erlebt. Es darf nicht unterschätzt werden, wie sehr dialogisches Herangehen für diejenigen, die involviert waren/sind, belastend sein kann und sich daher klar von der professionellen Position unterscheidet! Ganz so locker wird es sich nie darüber reden lassen.



Michael Opriesnig, Präsident des ÖKSA Schlusswort – Gedankenwolken stricken

Zum Abschluss der Jahrestagung lädt *Opriesnig* alle Teilnehmer*innen ein, in Anlehnung an die Eröffnung durch Elisha Lüthi nunmehr selbst „Gedankenwolken zu stricken“ und über den link www.menti.com ihre Gedanken und Eindrücke zur stattgefundenen Konferenz mitzuteilen.

Opriesnig dankt allen Teilnehmer*innen und Mitwirkenden an der Konferenz für ihre Beiträge und für spannende und erhellende Diskussionen und schließt die Jahreskonferenz.

Gemeinsam Gedankenwolken stricken



MITWIRKENDE

Leo Alber

Psychosozialer Pflegedienst Tirol

Michaela Amering

Medizinische Universität Wien

Albert Brandstätter

Lebenshilfe Österreich

Robert Fiedler

start Pro Menté

Gabriele Fischer

Amt d. Tiroler LReg.

Dorothea Gasser

Tiroler Interessenverband
für psychosoziale Inklusion

Chiona Gehmacher

HPE Tirol

Zoè Gendron

Fachhochschule St. Pölten, technische Betreuung

Ines Gstrein

Tiroler Landesverband für Psychotherapie

Elisabeth Gundendorfer

PSZ Psychosoziale Zentren gGmbH

Irmgard Hofer-Wolf

HPE Tirol

Daniel Jamernik

Fachhochschule St. Pölten, technische Betreuung

Elmar Kennerth

Tiroler Interessenverband für
psychosoziale Inklusion

Ulrike Längle

HPE Vorarlberg

Michaela Lödler

Verein Lebenshilfe Tirol

Elijah Lüthi

Akademie der Unvernunft

Walter Marschitz

Chatmoderation

Sigrid Moser

Pro Menté Tirol

Christine Müllner-Lacher

VertretungsNetz Landeskrankenhaus Hall

Monika Nowotny

Gesundheit Österreich GmbH

Michael Opriesnig

Österr. Rotes Kreuz

Angelika Pfauer

Psychosozialer Pflegedienst Tirol

Max Rubisch

BMSGPK Sekt. IV

Martin Schenk

Diakonie Österreich

Anton Schmalhofer

Dachverband Wiener Sozialdienste

Tom Schmid

DAS BAND – gemeinsam vielfältig

Sigrid Steffen

Aha! Angehörige helfen Angehörigen

Christine Steger

Monitoringausschuss

Aloisia Wallner

HPE Tirol

Markus Walpöth

Pro Menté Tirol

Manuela-Claire Warscher

VertretungsNetz

Melanie Wutte

DAS BAND – gemeinsam vielfältig

DIE TEILNEHMER/INNEN DER JAHRESKONFERENZ 2020 KAMEN AUS FOLGENDEN ORGANISATIONEN

Aha! Angehörige helfen Angehörigen

AK Kärnten

AK Wien

Akademie der Unvernunft

Akademie für integrative Bildung

Amt d. K LReg., Abteilung 4

Amt d. NÖ LReg., Abt. Sozialhilfe

Amt d. OÖ LReg.

Amt d. Tiroler LReg.

Abteilung Soziales

Servicestelle Gleichbehandlung

Arbeiterkammer Steiermark

Arbeiter-Samariter-Bund, Österreichs

autArK, Soziale Dienstleistungs GmbH

Behindertenanwaltschaft

BMSGPK

Abt. IX/A/2, Abt. IV/A/7

Abt. VI/A/2, Abt. IV/1

Sekt IV

Büro des Anwalts für Gleichbehandlungsfragen

Caritas der Diözese, Graz-Seckau

Caritas Österreich

Soziales&Anwaltschaft

Grundlagen&Programme

Club 21, Wiener Hilfswerk

Dachverband der Sozialversicherungsträger

DAS BAND – gemeinsam vielfältig

Diakonie Österreich

Dokumentation

DV Wiener Sozialeinrichtungen

equalizent Schulungs- und Beratungs GmbH

Erwachsenenvertretung Salzburg

Fonds Soziales Wien, Behindertenarbeit

Gesundheit Österreich GmbH

Hilfsgemeinschaft der Blinden

und Sehschwachen Österreichs

Hilfswerk Österreich

HPE Tirol

HPE Wien

IdEE Wien

IMEHPS.research

Jugend am Werk

Sozial:Raum GmbH

Organisation und Verwaltung

Beratungsteam/Sozialarbeit

Koordinationsstelle

Jugend - Bildung - Beschäftigung

Lebenshilfe Österreich

Lebenshilfe Wien

LNW Lebenshilfe NetzWerk GmbH

MA 15 Aufsicht und Qualitätssicherung

Gesundheitsberufe

Medizinische Universität Wien

Monitoringausschuss

NÖ Landesgesundheitsagentur

NPO Kompetenzzentrum

der Wirtschaftsuniversität Wien

ÖKSA

Österreichischer Behindertenrat

Österreichisches Rotes Kreuz

Österreichischer Städtebund

Pro Mente Burgenland

Pro Mente Kärnten

Kurzzeitwohnen Wolfsberg

Pro Mente Oberösterreich

Pro Mente Tirol

Pro Mente Wien, Betreutes Wohnen

Psychosozialer Pflegedienst Tirol

reha

Sozialwirtschaft Österreich

Stadt Innsbruck, Vizebürgermeister

start Pro Mente, Gemeinnützige Gesellschaft m.b.H.

Tagesstätte für Behinderte, St. Pölten

Tirol Kliniken

Tiroler Interessenverband

für psychosoziale Inklusion

Tiroler Landesverband für Psychotherapie

Universität Innsbruck

Universität Wien, Institut für Politikwissenschaft

Verein Freiräume

Verein Lichterkette

VertretungsNetz

Patientenanwaltschaft

Landeskrankenhaus Hall

Volkshilfe Österreich

Volkshilfe Wien

Gemeinnützige Betriebs-GmbH

Pflege und Betreuung

WIFO

