



universität
wien

DISSERTATION

Titel der Dissertation

„Wahnsinn: Eine Frage der Macht. Auswirkungen der
UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit
Behinderungen auf Freiheitsbeschränkungen durch
Psychiatrie in Österreich.“

Verfasserin

Mag. (phil.) Doris Aigner

angestrebter akademischer Grad

Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

Wien, Juli 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 092 300

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt: Politikwissenschaft

Betreuerin: Univ.-Prof. Dr. Birgit Sauer

ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe. Ich versichere, dass ich diese Dissertation bisher weder im In- oder Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Wien, 25. August 2015

Sign.

DANKSAGUNG

Ich danke Frau Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Birgit Sauer und Frau Ao.Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Michaela Ralser für die Gutachtenerstellung.

Frau DDr.ⁱⁿ Ursula Naue danke ich für die jahrelange Betreuung des Forschungs- und Schreibprozesses, für eine menschlich und fachlich herausragende Begleitung und dafür, dass sie als inspirierende Kämpferin für Menschenrechte und Vermittlerin von engagierter Wissenschaft ein Vorbild ist.

Den Menschen aus dem Trialog und dem Verein Freiräume verdanke ich unschätzbare Einblicke und Erkenntnisse und ich hoffe, mich ihres Vertrauens würdig zu erweisen.

Für „Grundsatzdiskussionen“, für Ermutigungen und für das Teilen der Freuden und der Schmerzen im gemeinsamen Einsatz für mehr Freiheit danke ich meinen KollegInnen.

Mein größter Dank gebührt meinen Eltern und meinem Mann, ohne deren Vertrauen, materieller und herzlicher Unterstützung, Geduld, Ermutigungen und Liebe diese Arbeit nicht vollendet worden wäre.

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | XI |
| 1 Einleitung | 1 |
| 1.1 Zentrale Fragestellungen | 5 |
| 1.2 Begrifflichkeiten | 7 |
| 1.3 Aufbau der Arbeit | 10 |
| 2 Problemaufriss | 12 |
| 2.1 Fallbeispiel I: Herczegfalvy vs. Austria | 13 |
| 2.1.1 Fazit | 18 |
| 2.2 Fallbeispiel II: Frau B. aus dem Pflegeheim | 19 |
| 2.2.1 Das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) | 21 |
| 2.2.2 Fazit | 25 |
| 2.3 Fallbeispiel III: Über Facebook in die Psychiatrie | 26 |
| 2.3.1 Das Unterbringungsgesetz (UbG) | 28 |
| 2.4 Überschneidungen zwischen HeimAufG und UbG | 32 |
| 2.5 Eingrenzung der Forschungsfragen | 33 |
| 3 Forschungsansatz | 35 |
| 3.1 Theoretischer Zugang | 35 |
| 3.1.1 Disability Studies | 36 |
| 3.1.1.1 Behinderung – Eine Frage der Macht! | 37 |
| 3.1.1.2 Behinderung als soziales Konstrukt | 38 |
| 3.1.1.3 Kurze Geschichte der Disability Studies | 39 |
| 3.1.1.4 Disability – Impairment | 40 |
| 3.1.1.5 Die Macht der Norm | 43 |
| 3.1.1.6 Impairment oder Disability der Seele? | 45 |
| 3.1.1.7 Mad Studies | 50 |
| 3.1.2 Gouvernementalität des Wahnsinns | 53 |
| 3.1.2.1 Subjekte des Wissens | 53 |
| 3.1.2.2 Foucault als Historiker des Ein- und Aussperrens | 56 |
| 3.1.2.3 Biopolitik des Wahnsinns | 57 |
| 3.1.2.4 Disability Studies und kritische Politikwissenschaft | 59 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 3.1.3 | Policy-Analyse..... | 60 |
| 3.1.3.1 | Lasswells Erbe..... | 60 |
| 3.1.3.2 | Die argumentativ-interpretative Policy-Analyse..... | 61 |
| 3.1.3.3 | Implementierung als Interpretation..... | 63 |
| 3.1.3.4 | Governance, Partizipation und sozialer Raum | 64 |
| 3.1.3.5 | Fazit | 67 |
| 4 | Das Recht auf Freiheit national/international..... | 69 |
| 4.1 | <i>Bundesverfassungsgesetz über die persönliche Freiheit</i> | 69 |
| 4.2 | <i>Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)</i> | 70 |
| 4.3 | <i>Mental Illness Prinzipien der UNO von 1991</i> | 71 |
| 4.4 | <i>Europäische Region der World Health Organization (WHO).....</i> | 73 |
| 4.5 | <i>Grünbuch psychische Gesundheit.....</i> | 73 |
| 4.6 | <i>Fundamental Rights Agency (FRA)</i> | 74 |
| 5 | Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) | 77 |
| 5.1 | <i>Die Geschichte der UN-BRK</i> | 78 |
| 5.2 | <i>Der Behinderungsbegriff – Über die Macht eines Paradigmas/ Paradigmenwechsels</i> | 79 |
| 5.3 | <i>UN-BRK trifft Psychiatrie</i> | 81 |
| 5.4 | <i>Inklusion und Partizipation.....</i> | 84 |
| 5.5 | <i>Relevante Artikel der UN-BRK zu Freiheitsbeschränkungen.....</i> | 87 |
| 5.5.1 | Artikel 12 – Gleiche Anerkennung vor dem Recht..... | 87 |
| 5.5.2 | Artikel 14 – Freiheit und Sicherheit der Person..... | 89 |
| 5.5.3 | Artikel 15 – Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe..... | 94 |
| 5.5.4 | Artikel 17 – Schutz der Unversehrtheit der Person | 94 |
| 5.5.5 | Artikel 19 – Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft..... | 97 |
| 5.5.6 | Artikel 25 – Gesundheit | 99 |
| 6 | Das Anti-Folter-Rahmenwerk | 101 |
| 6.1 | <i>Völkerrechtliche Abkommen gegen Folter</i> | 101 |
| 6.1.1 | Das UN-Übereinkommen gegen Folter: UN-CAT | 101 |
| 6.1.2 | Das Zusatzprotokoll zur UN-Konvention gegen Folter: OPCAT | 102 |
| 6.1.3 | Der Folterbegriff | 103 |
| 6.1.4 | Policy-Prozess zu OPCAT in Österreich | 104 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 6.1.5 | Debatten zum Folterbegriff | 107 |
| 6.1.6 | Der Méndez-Report und Reaktionen..... | 109 |
| 6.2 | <i>Folterprävention durch den Europarat und sein ExpertInnenkomitee</i> | 111 |
| 6.2.1 | Die Europäische Antifolterkonvention | 112 |
| 6.2.2 | Das ExpertInnenkomitee (CPT)..... | 112 |
| 6.2.3 | CPT zu psychiatrischem Zwang in Österreich – gegengelesen | 112 |
| 6.2.4 | Fazit | 116 |
| 6.3 | <i>Überwachungsmechanismen</i> | 116 |
| 7 | Policy-Prozess und Wandel – Top-down + Bottom-up..... | 120 |
| 7.1 | <i>Lokales – Ein Einschub: Der Wiener Untersuchungsausschuss.....</i> | 121 |
| 7.2 | <i>Staatenprüfung Österreichs</i> | 130 |
| 7.3 | <i>Fazit des Policy-Wandels.....</i> | 137 |
| 8 | Die Geschichte und das Medium der Betroffenenbewegung in Wien | 141 |
| 8.1 | <i>Der Beginn der Zeitschrift Kuckucksnest</i> | 142 |
| 8.2 | <i>Kritik wird laut und lauter.....</i> | 144 |
| 8.3 | <i>„Ankündigungspolitik“ Unterbringungsgesetz</i> | 146 |
| 8.4 | <i>Anerkennung für/trotz Kritik</i> | 147 |
| 8.5 | <i>Coalition-building?</i> | 148 |
| 8.6 | <i>„Unser Unterbringungsgesetz“</i> | 150 |
| 8.7 | <i>Vereinsgründung und Vereinszweck</i> | 150 |
| 8.8 | <i>Kuckucksnest und Klassenkampf</i> | 151 |
| 8.9 | <i>Trialog – Freiräume – Kuckucksnest.....</i> | 153 |
| 8.10 | <i>Spring ins Feld – Die neue Betroffenenzeitschrift</i> | 157 |
| 8.11 | <i>Fazit</i> | 158 |
| 8.12 | <i>Freiheitsbeschränkungen aus der Sicht von psychiatrieraerfahrenen Menschen.....</i> | 159 |
| 9 | Interpretative Feldforschung | 164 |
| 9.1 | <i>Verstehen verstehen.....</i> | 164 |
| 9.2 | <i>Netzbett konkret – Ein Forschungserlebnis</i> | 167 |
| 9.3 | <i>Explorative Interviews</i> | 170 |

| | | |
|-----------------------------------|---|------------|
| 9.4 | <i>Die Vorbereitung auf das Feld – Recherchen</i> | 171 |
| 9.5 | <i>Feldzugang – Wie alles begann.....</i> | 174 |
| 9.5.1 | Politische Partizipation gibt es doch! | 174 |
| 9.5.2 | Resümee zum Feldzugang | 176 |
| 9.6 | <i>Teilnehmende Beobachtung.....</i> | 177 |
| 9.7 | <i>Feldphase – In den Freiräumen.....</i> | 180 |
| 9.7.1 | Trialog | 180 |
| 9.7.2 | Der Neuanfang als Verein..... | 183 |
| 9.7.3 | Erste Aktivitäten | 184 |
| 9.7.4 | Die Klausur der Freiräume | 185 |
| 9.7.5 | Krisenerleben und Bewältigung..... | 185 |
| 9.7.6 | Rückmeldungen aus dem Feld | 189 |
| 9.7.7 | Distanzierung | 191 |
| 9.8 | <i>Feldaustritt – Scheiden tut weh.....</i> | 192 |
| 9.9 | <i>Reflexion von Methode, Forschungsrolle und Ergebnis.....</i> | 193 |
| 10 | Zusammenfassung und Diskussion | 196 |
| Anhang | | 206 |
| <i>Quellenverzeichnis</i> | | 206 |
| <i>Literaturverzeichnis</i> | | 206 |
| <i>Interviewverzeichnis</i> | | 227 |
| <i>Abstract</i> | | 228 |
| <i>Lebenslauf.....</i> | | 230 |

VORWORT

„Der Ausschluss des Wahnsinns besitzt zunächst zwei Formen: Die Vertreibung aus der Stadt oder die Einweisung in das Gefängnis“ (Ruoff 2007: 224).

Dieser Satz von Michael Ruoff in Zusammenfassung der Arbeiten von Michel Foucault, begleitete meine Praxis als Sozialarbeiterin mit obdachlosen Menschen gleichermaßen wie die sozialwissenschaftliche Analyse konkreter Praktiken. Mit der Frage, was ist ein „psychisch kranker“ Obdachloser und wie wird politisch mit ihm umgegangen, habe ich mich im Rahmen meiner Diplomarbeit beschäftigt.¹

Ein beruflicher Wechsel beendete jedoch nicht mein Interesse an Praktiken des Ein- und Aussperrens. Gerade die veränderte Perspektive – nämlich nun aus der Funktion einer Bewohnervertreterin² in Institutionen (Pflegeheimen) – erlaubte mir die Beschränkungen von Freiheit kritisch zu sehen und brachte Fragen mit sich, die ich im Rahmen einer Dissertation beantworten wollte.

An der Pinnwand über meinem Schreibtisch befinden sich zwei laminierte DIN-A4-Blätter: Zum einen Roland Girtlers „10 Gebote der Feldforschung“ (Girtler o. J.), welche mich seit etlichen Jahren begleiten sowie zum anderen die „Ethischen Standards - Berufspflichten für SozialarbeiterInnen“ meines Berufsverbandes (OBDS 2004). Diese beiden Verhaltensrichtlinien stehen in einem direkten Zusammenhang, der sich erst im Laufe meines Dissertationsprojektes allmählich herauskristallisierte. Als Diplomsozialarbeiterin fühle ich mich den ethischen Standards verpflichtet. Angefangen bei Artikel 1, dass SozialarbeiterInnen den Menschenrechten verpflichtet sind und Aufträge, die den Menschenrechten widersprechen zurückgewiesen werden, bis hin zu Artikel 11, der besagt, dass SozialarbeiterInnen interdisziplinär in Kooperation mit anderen Professionen und Institutionen arbeiten, die für die Verbesserung der Lebensverhältnisse der KlientInnen einen Beitrag leisten können (ebd.).

¹ Aigner, Doris 2009: Psychisch krank und obdachlos. Eine Diskursanalyse am Beispiel Wien. Diplomarbeit, Universität Wien.

² Dies ist eine Funktion aus dem Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG). Siehe dazu: Kapitel 2.2.1

Eine der dafür in Frage kommenden Professionen – in dem Fall die Sozialwissenschaften – scheint ein etwas anderes Verständnis von Sozialarbeit zu zeigen.³ Girtlers neuntes Gebot der Feldforschung lautet: „Du sollst dich nicht als Missionar oder Sozialarbeiter aufspielen. Es steht dir nicht zu, ‘erzieherisch’ auf die vermeintlich ‘Wilden’ einzuwirken. Du bist kein Richter, sondern lediglich Zeuge“ (Girtler o. J.). Handle im Feld nicht wie ein Sozialarbeiter! Aber was tun, wenn ich eine bin?

Derartige Spannungsfelder und Dilemmata haben für mich den Reiz dieses Forschungsvorhabens ausgemacht. Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Policy-Analyse soll die unterschiedlichen Spannungsfelder zwischen Freiheit und Sicherheit, zwischen Fürsorge und Zwang darstellen und für eine Debatte aufbereiten. Dem/der SozialarbeiterIn kommt als „GrenzbearbeiterIn“ mit dem Auftrag, Handlungsoptionen zu erweitern, eine wichtige Rolle zu (Kessl 2007: 221). Ein Spannungsverhältnis bestand insbesondere darin, als Forscherin zwischen den Positionen der Sozialarbeiterin und der Feldforscherin wechseln zu lernen und auch mitunter diskrepante Perspektiven auf das Feld einzunehmen. Somit ist der eingangs zitierte Satz von Ruoff, dem Verfasser des Werks *Foucault-Lexikon*, stets ein Begleiter zwischen den ein- und ausgesperrten Obdachlosen und den ein- und zugleich ausgesperrten HeimbewohnerInnen gewesen.

In der nun vorliegenden Arbeit geht es um die Problematisierung des Spannungsverhältnisses zwischen Fürsorge, Hilfe und Kontrolle und Menschenrechte, Inklusion und Selbstbestimmung. Die Neuartigkeit der Herangehensweise besteht darin, dass ich durch die Forschungsmethode (teilnehmende Beobachtung) sowie durch den theoretischen Zugang (Disability Studies und argumentativ-interpretative Policy-Analyse) denjenigen Gehör verschaffen möchte, die von eben jenen Praktiken des Ein- und Aussperrens betroffen sind.⁴

³ Diese Arbeit stellt keine sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Sozialarbeit dar, dennoch beeinflusste mein beruflicher Hintergrund die Ausgestaltung meiner Forschungsrolle im Forschungsprozess.

⁴ Damit sind Menschen mit eigener Psychiatrieerfahrung sowie deren Angehörige und in dem Bereich tätige ProfessionistInnen gemeint. Daher wird das später vorgestellte Gesprächsforum *Triolog* als Erkenntnisquelle herangezogen.

1 EINLEITUNG

Wie untersucht man einen Policy-Wandel? Indem man fragt, **wie** dieser Policy-Wandel **was** für **wen** bedeutet. Die vorliegende Arbeit möchte einem Paradigmenwechsel und einem damit einhergehenden Policy-Wandel nachspüren, der wesentlich von der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vorangetrieben wurde, der die hier zu untersuchenden Auswirkungen auf „Politiken des Wegsperrens“ sogenannter psychisch kranker Menschen zum Gegenstand hat.

Welchen Einfluss hat die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen⁵ auf Praktiken von Freiheitsbeschränkungen? Die UN-BRK ist ein Menschenrechtsinstrument, das auffordert, Behinderung gänzlich neu zu denken und somit auch in der Implementierung einen neuen Ansatz des Umgangs erforderlich macht. Der Paradigmenwechsel stellt den Nukleus der UN-BRK weg von einem medizinischen hin zu einem sozialen Modell von Behinderung dar. Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen werden nicht mehr als passive EmpfängerInnen von Fürsorge gedacht und entsprechend behandelt, sondern als TrägerInnen von Rechten gesehen. Andersrum formuliert: Indem die Menschen als TrägerInnen von Rechte gesehen werden, wird es möglich, bestimmte Praktiken, die durch Fürsorge oder Gefahrenabwehr argumentiert werden, in einen anderen Kontext zu setzen. Aspekte von Normalität, Selbsttechnologien und auch Gewalt werden in dem so neu eröffneten Spannungsverhältnis sichtbar. Diesem Paradigmenwechsel – weg von einem medizinischen, hin zu einem sozialen Modell von Behinderung – soll in der vorliegenden Arbeit nachgegangen werden.

Inwiefern dieser Paradigmenwechsel, der zu einem Policy-Wandel führen würde, bereits Auswirkungen auf Menschen hat, die als „psychisch krank“ bezeichnet werden und aus unterschiedlichen Gründen in ihrer Freiheit beschränkt werden, soll im Rahmen dieser Arbeit untersucht werden. Denn ein Paradigmenwechsel zwingt letztlich immer auch dazu andere Perspektiven auf ein Feld einzunehmen, wodurch sich neue Fragestellungen ergeben, die mit lang tradierten Vorstellungen, die sich in gängigen Praktiken äußern aufräumen.

⁵ UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) oder Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). In der vorliegenden Arbeit wird sowohl die deutsche als auch die englische Abkürzung verwendet. Vgl. <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> (Zugriff: 08.06.2015).

Die UN-BRK fordert eine Miteinbeziehung von Betroffenen in die Politikgestaltung. Um der Frage nachzugehen, ob dies bereits der Fall ist bzw. bis zu welchem Grad, wurde dahingehend Feldforschung betrieben.

Den zeitlichen Rahmen der Feldforschung und somit auch der „Geschichte“, die hier erzählt wird, bilden folgende Ereignisse: Den Beginn markiert eine Stellungnahme zu einem Gesetzwerdungsprozess, nämlich zum OPCAT-Durchführungsgesetz⁶ im Jahr 2011 durch die *PatientInneninitiative Kuckucksnest*. Die wichtigste Aussage der von Politiken Betroffenen – in dem Fall von Menschen mit Psychiatrieerfahrung – war: „Wenn ihr uns nicht fragt oder mitreden lässt, dann kann das aus unserer Sicht zu Verschlechterungen führen. Also fragt uns!“ Das Ende der „Geschichte“ markiert hingegen der sogenannte Netzbett-Erlass des *Bundesministeriums für Gesundheit* im Juli 2014, durch den das symbolbehaftete Mittel der Freiheitsbeschränkung fortan der Vergangenheit angehören sollte. Dieser Erlass steht in einem direkten Zusammenhang mit der Staatenprüfung Österreichs hinsichtlich der Umsetzung der UN-BRK in Genf im September 2013. Eines der Ergebnisse dieser Prüfung war die Empfehlung, Zwangsmaßnahmen abzuschaffen und Maßnahmen zur Deinstitutionalisierung behinderter Menschen voranzutreiben.

Was die Miteinbeziehung von Betroffenen in die Forschung „über sie selbst“ betrifft, so gingen damit einige Herausforderungen einher, welche erst im Zuge der Feldforschung zum Vorschein kamen. Denn bei dem hier untersuchten Feld – dem Verein *Freiräume* und dem dazugehörigen Gesprächsforum *Trialog* – handelt es sich eher um ein loses Netzwerk, das erst durch meine persönliche Teilhabe erfahrbar wurde. Dass dem so ist hat unterschiedliche Gründe: Mangelnde Infrastruktur, kaum finanzielle Ressourcen, fehlende FürsprecherInnen-Positionen, lose und temporäre Beziehungen, Stigmatisierung und das Risiko sich zu exponieren sind nur einige Facetten, die die Feldforschung zu einer spannenden und zeitintensiven Herausforderung machten. Gleichzeitig war dies ein wesentlicher Anspruch an die Arbeit: Den Stimmen und Sichtweisen von Menschen, die von der Kategorie „behindert“ oder „psychisch krank“ betroffen sind, Gehör zu verschaffen.

Was hält die UN-BRK nun für sogenannte psychisch kranke Menschen bereit? Da Zuschreibungen und Bezeichnungen niemals neutral sind (vgl. Price 2011: 9), wurden für

⁶ Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe – im englischen: Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman oder Degrading Treatment or Punishment (OPCAT).

diese Arbeit die Begriffe „psychiatrieerfahren“ ebenso wie „betroffen“ gewählt und orientieren sich damit vorwiegend an Selbstbeschreibungen. Bereits an dieser Stelle offenbart sich ein zu erörterndes Spannungsfeld, da in Gesetzestexten, wie dem hier verhandelten Unterbringungsgesetz (UbG) oder dem Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG), stets von „psychisch krank“ die Rede ist. So wird im Rahmen der Policy-Analyse – unter Verwendung theoretischer Bausteine der Disability Studies – nach einer Dekonstruktionsmöglichkeit gesucht. Diesem Forschungsstrang folgend, geht es um die Fragen, wie es zu einer Konstruktion von „Behinderung“ oder „psychisch krank“ kommt, welche Machtverhältnisse hier wirksam werden und welchen Vorstellungen von „Normalität“ diese Konstruktionen unterliegen.⁷

Menschen mit Psychiatrieerfahrung lassen sich nicht „automatisch“ zu Menschen mit Behinderungen zählen, wiewohl sie die Erfahrung von Diskriminierung und sozialem Ausschluss oftmals teilen (vgl. Beresford 2000). Inwiefern sich dies für die Betroffenenszene in Wien – worauf der Schwerpunkt der Feldforschung gelegt wurde – feststellen lässt, darüber soll der empirische Teil dieser Arbeit Aufschluss geben. Dass es gelungen ist, über die Disability Studies zu identifizieren, worin eine Gemeinsamkeit in der Behinderungserfahrung besteht, nämlich der Macht der Normalisierung ausgeliefert zu sein, beschreibt etwa Anne Waldschmidt (Waldschmidt 2007: 128).⁸

Der Wunsch von psychiatrieerfahrenen Menschen über ihre Erfahrungen zu berichten und gleichzeitig Widerstand, Subjekte von Forschung zu sein, ließ sich auch im Rahmen meines Forschungsprozesses beobachten. Dieses Phänomen wurde später als produktiver Widerstand gedeutet. Der Wunsch, nicht interpretiert zu werden, sondern selbst Texte zu verfassen, um Aussagen nicht aus dem Zusammenhang gerissen zu bekommen, wurde deutlich und in Folge von mir ernst genommen. Ein kaum zu unterschätzender Faktor ist auch die Frage des Risikos, das Menschen mit Psychiatrieerfahrung eingehen, wenn sie als „Betroffene“ sprechen.

Die Wahl der Erhebungsmethode wurde somit an jene Anforderungen angepasst. So musste etwa der anfängliche Plan, Interviews zu führen im Verlauf des Forschungsprozesses verworfen werden und stattdessen auf Informationsgewinn durch

⁷ Siehe dazu: in diesem Kapitel unter 1.3

⁸ Siehe dazu: Kapitel 3.1.1

aktive Teilnahme im Feld, also durch die Methode der teilnehmenden Beobachtung, gesetzt werden.⁹

Freiheitsbeschränkungen im Sinne des UbG und des HeimAufG sind in Bundesgesetzen geregelt und die Praktiken dem Staat zuzurechnen. ÄrztInnen und Pflegekräfte handeln in ihrer Ausübung hoheitlich und nicht primär, wie anzunehmen wäre aufgrund des eigenen beruflichen Mandats. Daher ist eine Kritik an diesen Praktiken letztlich immer eine Kritik am staatlichen Handeln. Im Kapitel über den theoretischen Zugang¹⁰ wird auf den Kontext von Praktiken, Diskursen, Argumenten und Gouvernementalität eingegangen. Die Frage, wie aktuell die Gouvernementalität hinsichtlich des Entzugs von Freiheit für bestimmte Menschen ausgestaltet ist, ist hierbei von besonderem Interesse.

Da die UN-BRK Praktiken von Freiheitsbeschränkungen sowohl thematisiert als auch kritisiert – so etwa in Artikel 14¹¹ – bot sich die Gelegenheit, mögliche Auswirkungen dieses Policy-Instruments im Sinne einer Problematisierung aktuell zu untersuchen.

Zu Beginn der Forschung standen teilweise widersprüchliche Aspekte – sozusagen Spannungsfelder oder Dilemmata – im Raum. So wurde Österreich in der jüngsten Vergangenheit vom Europäischen Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) ein Besuch abgestattet und hinsichtlich der Anwendung mancher Mittel von Freiheitsbeschränkungen stark kritisiert. Konkret besuchten Kommissionen durch das Mandat der Europäischen Antifolterkonvention Psychiatrien und Pflegeheime und beanstandeten freiheitsbeschränkende Praktiken wie etwa die Verwendung von Netzbetten. Diese sollten „aus dem Verkehr gezogen werden“ (CPT 2010: 51). Das Netzbett ist inzwischen zu einem starken Symbol geworden (vgl. Untersuchungskommission des Gemeinderates der Stadt Wien 2009: 38). Dessen Verwendung wurde bei der Staatenprüfung Österreichs in Genf erwähnt, von der *Volksanwaltschaft* und dem *VertretungsNetz* massiv kritisiert und findet schließlich laufend Erwähnung in den für diese Arbeit untersuchten Materialien.

In diesem Zusammenhang stieß ich zu Beginn meines Forschungsvorhabens auf etwas Provokantes wie Irritierendes zugleich: Die *PatientInneninitiative Kuckucksnest* zitierte in ihrer Stellungnahme zum OPCAT-Durchführungsgesetz eine psychiatrierefahrene Frau mit

⁹ Siehe dazu: Kapitel 9.6

¹⁰ Siehe dazu: Kapitel 3.1

¹¹ Siehe dazu: Kapitel 5.5.2

den Worten: „Gebt uns unsere Netzbetten zurück!“ (Schwitzer 2003: 20 zit. in: Machold o. J.: 4). Diese Aussage ist für sich stehend gänzlich aus dem Zusammenhang gerissen. Eine Einbettung in deren Kontext würde zeigen, dass nach der Erfahrung dieser Frau ein Netzbett für sie das kleinere Übel bedeutet hätte, als etwa durch Fixierung an ein Bett geschnallt zu werden. Tatsächlich bewegen sich Debatten um die Form von Freiheitsbeschränkungen oftmals auf der Ebene, welches Mittel letztlich „humaner“ sei. Ähnliche Überlegungen liegen einem Urteil des *Obersten Gerichtshofes* aus dem Jahr 2013 zugrunde: Eine Unterbringung in einem Netzbett erlaubt dem Kranken eine relativ größere Bewegungsfreiheit, als die den Körper äußerst beengende Vier-Punkt-Fixierung (vgl. Koppensteiner 2013: 87; Füsl 2013: 180). Für die vorliegende Arbeit ist allerdings genau jener Aspekt von Interesse, nämlich inwiefern Stellungnahmen, Aussagen oder Kritik von psychiatrierfahrene Menschen wahr- und ernst genommen werden – insbesondere auch von Seiten der Forschung.

Worin besteht nun der Policy-Wandel, der durch die UN-BRK eingeläutet werden könnte? Die UN-BRK hält fest, dass Menschen mit Behinderungen nicht mehr als Objekte der Fürsorge, sondern als TrägerInnen von Rechten konzipiert werden (Lachwitz 2008: 144). Dies bedeutet jedoch nicht, dass ihnen keine Hilfen zuerkannt werden. Fürsorge gilt hier als Ausdruck paternalistischen Denkens. Somit wird an dieser Stelle deutlich, dass es sich um kein dichotomes Verhältnis zwischen medizinischem und sozialem Modell handeln kann. Die Herausforderung liegt im Denken eines sozialen Modells im Bereich der Psychiatrie.¹² Die Macht wirkt über die „Tyrannie der Norm“ an den Rändern der Gesellschaft stärker (Davis 1997: 3 zit. in: Naue 2005: 9). Daher sind die Arbeiten der Disability Studies auch von so großer Bedeutung für die Politikwissenschaft und ihre genuine Aufgabe, nämlich der Untersuchung von Macht.

1.1 Zentrale Fragestellungen

Manchen Menschen kann ihr Recht auf Freiheit entzogen werden. Freiheitsbeschränkungen an sogenannten psychisch kranken Menschen sind legitimiert und werden mit Argumenten der medizinischen Notwendigkeit, des Schutzes oder der Hilfe gestützt. Dieser Diskursstrang erfährt jedoch Widerspruch. Aktuell durch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, aber auch durch die

¹² Siehe dazu: Kapitel 3.1.1

scheinbar in Vergessenheit geratene antipsychiatrische oder eher psychiatriekritische Bewegung.¹³ Die UN-BRK wird zunehmend als mächtige „Verstärkerin“ interpretiert, deren gegenwärtige Resonanz im Rahmen dieser Arbeit diskutiert wird. Freiheitsbeschränkungen werden von manchen AkteurInnen als Menschenrechtsverletzungen wahrgenommen (vgl. Minkowitz 2013), als das Gegenteil von Selbstbestimmung. Die ihnen zuteil gekommene „Hilfe“ zu problematisieren stellt für manche Subjektpositionen jedoch ein Risiko dar, nämlich nicht ernst genommen zu werden. Das medizinische Modell von Behinderung zurückzuweisen scheint vor allem für Menschen mit Psychiatrieerfahrung kein einfaches Unterfangen zu sein. Salopp formuliert: Schlechte Karten im „Wahrheitsspiel“ (Foucault 1989: 13).

Worin liegen die Bedeutungen von Freiheitsbeschränkungen? Worin liegen die Bedeutungen einer Kritik an diesen Praktiken? Ja, WIE bedeuten Politikinhalte überhaupt?

Eine „Problematisierung“ (Foucault 1984/1994: 20) bestimmter Praktiken bedeutet, dass es nicht um eine technokratisch-rationale und effektive „Lösung“ eines Problems gehen kann, sondern um eine menschliche Aktivität, nämlich um ein mögliches Verstehen durch konsequentes Hinterfragen. Durch Interpretation gelingt es zumindest kurzfristig, eine Ordnung einzuschreiben und die Wirklichkeit darstellbar zu machen. Eine interpretative Policy-Analyse geht demnach von der zentralen Frage aus, **wie ein bestimmtes Thema – hier Freiheitsbeschränkungen – von unterschiedlichen AkteurInnen verstanden und in einen kognitiven Rahmen (frame) gesetzt wird** (Yanow 2000: 11).

Problematisierung soll hier weiters bedeuten, dieses Spannungsverhältnis zwischen Hilfe und Zwang nicht dichotom, sondern dynamisch als Ausdruck eines Paradigmenwechsels aufzubereiten. **Wie werden die Subjekte, denen die Freiheit entzogen wird, durch die unterschiedlichen Diskurse konstruiert, und welche alternative Konstruktion könnte durch einen menschenrechtsbasierten Ausgangspunkt, wie ihn die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vorschlägt, sichtbar gemacht werden?**

Problematisierung bedeutet ferner ein in Frage stellen von politisch formulierten Lösungen und somit der erste Schritt eines Policy-Wandels. Diskursive Kämpfe um die Deutungsmacht einer sozialen Praxis – in diesem Fall Freiheitsbeschränkungen – machen

¹³ David Cooper, Ronald Laing, Franco Basaglia und nicht zu vergessen die Arbeiten von Michel Foucault.

eine Analyse von Macht erforderlich. Macht, die Michel Foucault zufolge nicht besessen, sondern ausgeübt wird und „innerhalb wirklicher Praktiken eingelassen ist“ (Foucault 2005: 113). Im Kontext der Fragen, wer am Diskurs teilnimmt, wer ausgeschlossen wird und wer die Macht hat für wen zu sprechen – ein genuin politikwissenschaftliches Aufgabenfeld.

Um die **Forschungsfrage** zu beantworten, **wie das Einsperren und Aussperren von sogenannten psychisch kranken Menschen aktuell strukturiert ist, und welche Möglichkeiten und Herausforderungen in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen liegen**, wurde neben einem **Literaturstudium** und der **Archivarbeit** auch **Feldforschung** betrieben. Die Untersuchung des Feldes, das Netzwerk des Vereins *Freiräume* in Wien mit seinem Gesprächsforum *Trialog* bildet den empirischen Schwerpunkt dieser Arbeit. Von Politik unmittelbar Betroffene direkt zu befragen, ist eine wesentliche Anforderung an politikwissenschaftliche Forschung, wie dies bereits von Hager und Wagenaar (2003), Fischer (2003) und Yanow (2000) gefordert wurde, und die es im Rahmen dieser Arbeit einzulösen gilt. Diese Forderung fußt auf der Annahme, dass eine Miteinbeziehung eben jener Stimmen, die sonst gerne überhört oder negiert werden, zu neuen Sichtweisen führen, die es zu verstehen und darzustellen gilt. Manche AutorInnen verstehen diese Position auch als demokratischere Haltung einer Policy-Analyse durchzuführen (Schneider/Ingram 1993; Fischer/Forester 1993 beide zit. in: Yanow 2000: 19).

1.2 Begrifflichkeiten

Das Thema dieser Arbeit ist die Politik des Wegsperrens sogenannter psychisch kranker Menschen. Der Begriff „psychisch krank“ findet in einschlägigen Gesetzestexten wie dem Unterbringungsgesetz (UbG) und dem Heimaufenthaltsgegesetz (HeimAufG) Verwendung. Da die soziale Konstruktion von Krankheit besonders im Kapitel zu den Disability Studies¹⁴ dekonstruiert wird, und ferner ein Schwerpunkt dieser Arbeit auf der Selbstwahrnehmung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung liegt, wird vorwiegend die Bezeichnung „psychiatrieerfahren“ gebraucht. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die Art der Erfahrung offen bleibt.

¹⁴ Siehe dazu: Kapitel 3.1.1

Zudem bezeichneten sich einige Betroffene, die ich im Zuge der Feldforschung kennengelernt habe, als „krisenerfahren“, als „Menschen mit Krisenerfahrungen“ oder als „Menschen mit psychischen Problemen“. Diesen Bezeichnungen ist gemein, dass der Krankheitsbegriff und damit insbesondere das medizinische Verständnis vom Erleben von Gefühlszuständen und Wahrnehmungen in den Hintergrund treten. Des Weiteren finden sich aber auch Selbstbeschreibungen von Betroffenen, die sich als eine Gemeinschaft von „psychisch Kranken“ oder von „PatientInnen“ sehen, insbesondere wenn es im Kontext der Zeitschrift *Kuckucksnest* (vor allem in früheren Ausgaben) darum ging, das „Ansehen“ eben dieser „Gruppe“ von Menschen in der „Bevölkerung“ zu heben (N.N.K. 1990: 2).

Internationale Interessensorganisationen wie das *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* (WNUSP)¹⁵ oder das *European Network of (Ex) Users and Survivors of Psychiatry* (ENUSP)¹⁶ verwenden die Bezeichnungen „Überlebende“ (survivors) und „NutzerInnen“ (users) als Selbstbeschreibung. Nicht nur tritt hier ganz offensichtlich ein Spannungsverhältnis zutage, sondern auch die Verbindung durch ein „und“ (and) kann am ehesten als Ausdruck der Strategie interpretiert werden, möglichst viele Menschen zu inkludieren. Bonnie Burstow beschreibt in ihrem Beitrag in der Publikation *Mad Matters*, dass es in der Community – außer in der dezidiert antipsychiatrischen Bewegung – gängig sei, sich als „user“, „consumer“ oder „patient“ zu bezeichnen und gesteht es jedem Menschen zu, Identitätsvorstellungen über Begriffe auszudrücken. Wenn allerdings Organisationen Begriffe bereits im Banner führen, sei es unumgänglich, diese auf ihre Strategie hin zu befragen (Burstow 2013: 86). „Überlebende“ eines psychiatrischen Regimes scheinen andere Erfahrungen gemacht zu haben als „NutzerInnen“ psychiatrischer Einrichtungen. Wobei Margaret Price ihr eigenes Verständnis, „survivor“ zu sein, weniger als „Überlebende“ eines beinahe tödlichen oder zumindest schwer traumatisierenden Erlebnisses sieht, sondern eher als einen lebenslangen Prozess, mit, neben und auch ohne Psychiatrie, mal widerständig, mal involviert zu überleben (vgl. Price 2011: 11f.). Kate Millet, eine „feminist icon and survivor“ demaskierte hingegen den marktüblichen Begriff des/der „KonsumentIn“ vor einem Auditorium von StudentInnen folgendermaßen: „When I consume, I consume scotch. I did not *consume* psychiatric drugs. They were forced down my throat“ (Millet 1991 zit. in: Burstow 2013: 87, Herv. im Original).

¹⁵ <http://www.wnusp.net> (Zugriff: 11.05.2015).

¹⁶ <http://www.enusp.org> (Zugriff: 11.05.2015).

Burstow, die insistiert, Sprache ernst zu nehmen und sie als Waffe in einem Kampf gegen die diskursive Macht der Psychiatrie einzusetzen – “for we need discourse that serves us” (Burstow 2013: 80), hält folgenden Vorschlag bereit, um sich in der Terminologie zurecht zu finden: Burstow unterscheidet zwischen „medical term“, „government term“, „reclaimed term“ und „refusal term“. Der refusal term ist die Sprache der Antipsychiatrie, die das psychiatrische Krankenhaus (medical term) als „psychoprison“ oder Medikation als Psychodroge bezeichnet. Der mental patient (medical term) wird zu einem consumer/consumer-survivor/user (government term), zu einem psychiatric survivor oder psychiatric inmate durch den refusal term und schließlich zu einem Madman oder einer Madwoman durch den reclaimed term (Burstow 2013: 83). Den Begriff „Mad“ (zu dt. Wahnsinn) schlägt das noch sehr junge Forschungsprogramm um die Mad Studies¹⁷ vor, wobei sich die Verwendung des Begriffs als Selbstbeschreibung und als Eingang in das Feld um Machtbeziehungen gegenüber der organisierten Psychiatrie auf die 1960er Jahre zurückführen lässt. Diesen Ausdruck zu verwenden, galt im Anschluss an andere soziale Bewegungen als politischer Akt, nämlich die Sprache von Unterdrückung zur Erlangung von Würde und Stolz („mad pride“) zurückzuerobern (Menzies et al. 2013: 9f.). Ein schönes Beispiel für eine selbstermächtigende Eigenbezeichnung ist der Begriff „Psychote“ (Hofer 1995b) von einem Aktivisten aus Wien.

Burstows Ordnung der Terminologien schafft insofern Abhilfe beim Navigieren durch die in dieser Arbeit vorgestellten Diskurse, weil sich damit leichter einordnen lässt, wann und von wem „medizinische Behandlung“ als „Folter“ bezeichnet wird. An dieser Stelle ist festzuhalten, dass diese Arbeit und hierbei insbesondere der empirische Teil, Selbstbeschreibungen von Menschen mit Psychiatrieerfahrung aufgreift, wobei die Herausforderung darin besteht, die jeweiligen (subjektiven) Bedeutungen sichtbar zu machen.

Unter dem Begriff „Psychiatrie“ verstehe ich mit Nikolas Rose weit mehr als die psychiatrische Wissenschaft und psychiatrische Institutionen, sondern auch „verschiedenartige, komplexe und umkämpfte Beziehungen zwischen unterschiedlichen Berufsständen, die für sich beanspruchen, Schwierigkeiten im Verhalten in Form von theoretischem und praktischem Wissen über die Wechselseite der Psyche/Seele zu

¹⁷ Siehe dazu: Kapitel 3.1.1.7

identifizieren und angesichts dieses Wissens auf Menschen einwirken“ (Rose 1996: 3f., Übersetzung DA).

1.3 Aufbau der Arbeit

Der vorliegenden Arbeit ist ein Problemaufriss vorangestellt, der drei Fallbeispiele beinhaltet, die das Zusammenwirken von Psychiatrie und Recht mit dem Effekt, Freiheitsbeschränkungen zu legitimieren, beleuchtet. Parallel dazu wird in die aktuellen gesetzlichen Grundlagen eingeführt und gleichzeitig auf die soziale Problematik hingewiesen, sowie die Überschneidung zwischen den unterschiedlichen Sachverhalten ausgelotet. Das Funktionieren psychiatrischer Macht in gesellschaftlichem Auftrag wird im Problemaufriss – um eine Formulierung von Wolf-Dieter Narr aufzugreifen – „angeritzt“.

Der theoretische Forschungsansatz verknüpft die Disability Studies mit Michel Foucaults Gouvernementalitätskonzept innerhalb einer argumentativ-interpretativen Policy-Analyse. Die kritische Behinderungsforschung, paradigmatisch auf dem sozialen Modell aufbauend, wird für diese Arbeit unter Einbeziehung der Mad Studies um den Bereich der Psyche/Seele erweitert. Das Forschungsprogramm der Disability Studies gründet sich auf der Dekonstruktion der Kategorien Behinderung/Krankheit/Wahnsinn, um Strategien von Macht sichtbar zu machen. Foucault als historische Referenz hinsichtlich des Regierens von Wahnsinn heranzuziehen, stellt die Verbindung zwischen Macht, Staatlichkeit und Ausschluss her. Die Policy-Analyse als Form von Forschung (Yanow 2000: 3) wird im Rahmen dieser Arbeit mit dem theoretischen Zugang über die Disability Studies (Tremain 2005; Waldschmidt 2007; Mulvany 2000; Naue 2010) verknüpft. Die Disability Studies bieten sich somit als theoretisches und methodologisches Verbindungsstück zwischen Aktivismus für Menschenrechte, Kritik am Normalitätsverständnis, der sozialen Konstruiertheit einer Gruppe von Menschen und den Inhalten der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen an. Eine Verbindung zwischen den Disability Studies und der Politikwissenschaft stellt der Ansatz einer „Participatory Governance“ her. Dabei geht es darum, Institutionen durch neues Wissen veränderbar zu machen (Gaventa 2002). Mit Harold D. Lasswell gefragt: wer, was, wie und wann bekommt (Lasswell 1958b zit. in: Torgerson 2007: 27) oder eben auch nicht, dies kann durch die Forschungsperspektive der Disability Studies erhellt werden. Teilungspraktiken, was als normal oder nicht normal gilt, sind politikwissenschaftlich relevante Grenzziehungen, die

Herbert Gottweis an anderer Stelle als „micropolitics of boundary drawing“ (Gottweis 1998: 27 zit. in: Fischer 2003: 81) bezeichnet hat.

Im Anschluss an die Ausführungen des theoretischen Zugangs wird zunächst das Recht auf Freiheit auf nationaler/verfassungsrechtlicher und internationaler Ebene diskutiert. Dem folgt eine Darstellung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Jene ist das Instrument, von dem als These der Arbeit abgeleitet wird, dass es Auswirkungen auf freiheitsbeschränkende Praktiken zeitigt. Das in der UN-BRK verankerte Prinzip eines Paradigmenwechsels benötigt ein von den Disability Studies informiertes Verständnis. Neben der Analyse der Auswirkungen der Ratifizierung der UN-BRK wird im Rahmen dieser Arbeit ein weiterer und zugleich mit ihr verzahnter Politikprozess vorgestellt, nämlich die Implementierung des Zusatzprotokolls zur UN-Antifolterkonvention (OPCAT). Die UN-BRK und das Anti-Folter-Rahmenwerk bilden den Hintergrund vor dem das Recht auf Freiheit und eine Kritik von Freiheitsbeschränkungen an Menschen, die als „psychisch krank“ bezeichnet werden, aktuell neu verhandelt wird.

Der wesentliche Anspruch dieser Arbeit liegt darin, Menschen mit Psychiatrieerfahrung theoretisch wie methodisch einzubinden und zu Wort kommen zu lassen. Dies schuldet sowohl eine Perspektive mit den Disability Studies, als auch ein Verständnis einer Policy-Analyse, die jene als ExpertInnen in eigener Sache versteht und einbindet. Daher wurde als Methode die teilnehmende Beobachtung in der unabhängigen Betroffenenbewegung rund um den Verein *Freiräume* und den *Trialog* in Wien gewählt. Um den Kontext dieser „Szene“ greifbar zu machen, wurde dem – so von mir bezeichneten – Kapitel zur interpretativen Feldforschung ein Abschnitt zur Geschichte und zum Medium der Betroffenenbewegung vorangestellt.

Die abschließende Diskussion versucht abzuschätzen, inwieweit für Österreich ein Policy-Wandel hinsichtlich freiheitsbeschränkender Praktiken in Folge der UN-BRK sowie dem Anti-Folter-Rahmenwerk feststellbar ist.

2 PROBLEMAUFRISS

Um in das Thema dieser Arbeit einzuführen, werden im Folgenden drei Fallbeispiele vorgestellt und Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet. Wenn auch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen alle drei Sachverhalte berührt, so wird es am Ende dieses Kapitels darum gehen, die Forschungsfragen einzugrenzen.

Das erste Fallbeispiel wurde durch ein Urteil des *Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte* aus dem Jahr 1992 publik. Der Fall „Herczegfalvy vs. Austria“ ist einschlägig bekannt, wird oft zitiert (FRA 2012: 24) und ist vor allem aufgrund des bis dato wirkmächtigen „Dogmas der medizinischen Notwendigkeit“ (Méndez 2013: 8) bedeutend, um hier eingehend vorgestellt zu werden.

Das zweite Fallbeispiel erzählt von einer älteren Frau B., die in einem Pflegeheim ihrer Freiheit beschränkt wurde. Dies wurde von Seiten des Pflegeheims durchwegs mit dem Schutz vor Gefährdung argumentiert und bleibt als vermeintliche Notwendigkeit schwer hinterfragbar. Den Fall von Frau B. lernte ich in meiner beruflichen Funktion als Bewohnervertreterin¹⁸ kennen und spiegelt meine Erfahrung, dass das Hinterfragen einer vermuteten Gefährdung mit dem Verweis auf das Grundrecht auf Bewegungsfreiheit oftmals ein Spannungsverhältnis zwischen normativem Anspruch und alltäglicher Praxis erzeugt. Spannungen nämlich insofern, als dass Rechte zwar formal vorhanden sind, aber nicht ausgeübt werden können und sich die Durchsetzung somit schwierig und konfliktbehaftet gestaltet.

Das dritte Fallbeispiel erzählt von einem Mann, der „unfreiwillig – freiwillig“ in der stationären Psychiatrie aufgenommen wurde und mit seinen Erfahrungen an die Öffentlichkeit gegangen ist. Dieser Fall veranschaulicht nicht nur das in Österreich existierende Kontrollsysteem, sondern auch die Verantwortlichkeiten und Regelhaftigkeiten im Ablauf einer Unterbringung. Vor allem problematisiert dieses Fallbeispiel jedoch das Spannungsverhältnis, welches der betroffene Mann wie folgt beschreibt: „Sie alle haben in der Absicht gehandelt, mir zu helfen. Dennoch war das eine sehr schlimme Erfahrung (...). Der Entzug der persönlichen Freiheit gehört zum Schlimmsten, was ein Mensch erleben kann“ (Torsch 2013: o. S.).

¹⁸ Siehe dazu: Kapitel 2.2.1

Die drei Fallbeispiele beziehen sich lediglich vordergründig auf drei unterschiedliche Formen von Freiheitsbeschränkungen: Auf die Haft im Maßnahmenvollzug, auf die Beschränkung der Bewegungsfreiheit in einem Pflegeheim sowie auf eine Unterbringung in der Psychiatrie. So mag der Einwand berechtigt sein, dass ich mich bei der Fallauswahl mitunter nicht entscheiden konnte, von welcher „Gruppe von Menschen“ hier ausgegangen wird. Die Konstruktion von „Gruppen von Menschen“ relativierte sich jedoch durch die Hinwendung zu den Menschenrechten. Zumal sich diese Erfahrungen auch überschneiden können, geht es primär darum aufzuzeigen, dass eine Unterbringung oder Beschränkung „fundamentale Rechte der Person außer Kraft setzen. Von den Betroffenen werden diese Maßnahmen zumeist auch als Verletzung ihrer Rechte oder zumindest ihrer Würde erlebt, auch wenn dies innerhalb der bestehenden Gesetze durchgeführt wird“ (Rittmansberger zit. in: Riffer 2009: 10).

Während der Fall „Herczegfalvy“ wesentliche Elemente der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) berührt, wird durch die Ergänzung der beiden anderen Fallbeispiele in die Gesetzesmaterialien des Unterbringungsgesetz (UbG) und des Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) – deren verfassungsrechtliche Grundlage die EMRK bilden – eingeführt. Deren Verbindung zur UN-BRK wird an späterer Stelle dieser Arbeit ausführlich diskutiert.

2.1 Fallbeispiel I: Herczegfalvy vs. Austria

Ing. Istvan Herczegfalvy war ungarischer Staatsbürger, der 1964 nach Österreich gekommen war. Von 1972 bis 1977 verbüste er eine Haftstrafe wegen „assaults on his wife, clients of his television repair business and public officials“ (ECoHR Herczegfalvy vs. Austria 1992: Z. 9).¹⁹ Im November 1977 bestätigte das Landesgericht Wien als Pflegeschaftsgericht einen Beschluss des Bezirksgerichtes aus dem Jahr 1975, durch den Herczegfalvy für beschränkt entmündigt erklärt wurde und einen „Beistand“ erhielt. Die Grundlage für diese Entscheidung bildete ein psychiatrisches Gutachten, das „following numerous complaints by him about prison conditions“ (ebd.: Z. 10) erstellt worden war.

¹⁹ Die Darstellung des Fallbeispiels ist – sofern nicht anders angegeben – der Urteilsbegründung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte entnommen. Ich zitiere im Folgenden mit ECoHR Herczegfalvy vs. Austria 1992 und der jeweiligen Ziffer (Z.) der Urteilsbegründung. Das Urteil ist in englischer Sprache ausgeführt und ich werde teilweise den englischen Originallaut zitieren.

Am 7. Mai 1977 hatte das Landesgericht entschieden, dass Herczegfalvy – wenn seine Haftstrafe am 13. Mai 1977 verbüßt sei – dennoch in Haft bleiben müsse „as there was reason to fear that he might attempt to abscond and might commit other offences“ (ECoHR Herczegfalvy vs. Austria 1992: Z. 11). Am 2. November 1977 kam er in Untersuchungshaft und ab 9. Jänner 1978 wurde er als „vorläufige Unterbringung“ in die Justizanstalt Mittersteig, „an institution for mentally ill offenders“ (ebd.: Z. 12) überstellt. Dies bestätigte die Review Chamber am 6. März 1978 sowie das Berufungsgericht am 19. April 1978. Im Jahr 1979 diagnostizierten drei Psychiater Paranoia Querulans – im Sinn einer psychischen Krankheit:

“According to the psychiatrists who examined him, he was suffering from paranoia querulans, which was equivalent to a mental illness and meant that he was not responsible of understanding that his behavior was unlawful, and there was a risk that attendance at the trial could harm his health” (ebd.: Z. 13).

Am 2. August 1979 trat Herczegfalvy als Protest gegen seine Haft und gegen die Verweigerung seiner „files“ in Hungerstreik (ebd.: Z. 24). Ende August kollabierte Herczegfalvy und war bis zum 10. September 1979 Patient einer Klinik, wo er intensive „medical care“ (ebd.) erhielt. Am 14. und 15. September 1979 wurde er in ein Netzbett verlegt, dessen Netz er jedoch zerschneiden konnte (ebd.: Z. 25). Am 27. September 1979 beendete Herczegfalvy seinen Hungerstreik, „after allocated a single room and being given some of his files“ (ebd.).

Im Zeitraum 26. November bis 13. Dezember 1979 trat Herczegfalvy erneut in Hungerstreik und stimmte einer täglichen Sondennahrung zu, welche er später in Zweifel stellte (ebd.: Z. 26). Sein Ansuchen um Entlassung wurde am 14. Dezember 1979 abgelehnt. Da sich sein gesundheitlicher Zustand verschlechterte, wurde er am 15. Jänner 1980 unter Zwang in einen Dämmerschlaf (state of somnolence) versetzt. Drei Tage später wurde er mit Symptomen von Lungenentzündung und Nierenentzündung auf eine Intensivstation verlegt und 12 Tage danach wieder aus der Intensivpflege entlassen (ebd.: Z. 27). Vom 30. Jänner bis zum 14. Februar 1980 wurden ihm Neuroleptika und Antibiotika verabreicht und er war zudem in seiner Bewegungsfreiheit durch Fixierung – Herczegfalvy wurde mit Handschellen an sein Bett gefesselt – eingeschränkt. Die Begründung hierfür war, dass er Todesdrohungen ausrief und gefährlich schien. Am 12. Februar 1980 „he agreed to bed fed by a woman doctor“ (ebd.: Z. 28).

Ab 19. Februar 1980 „he applicant calmed down and behaved in a more co-operative manner“ (ECoHR Herczegfalvy vs. Austria 1992: Z. 29), so dass ihm am 22. Februar 1980 wieder Papier und Schreibgerät ausgehändigt wurden. Am 20. März 1980 sowie am 9. April 1980 wurde die Haft durch das Gericht bestätigt. Ein wesentlicher Grund dafür war, dass Herczegfalvy am 24. Dezember 1979 einem Richter drohte (ebd.: Z. 20). Im Dezember 1980 wurde ihm aus disziplinären Gründen ein „Fernseh-, Radio- und Zeitungsverbot“ ausgesprochen (ebd.: Z. 38). Ihm wurden zwangsweise Neuroleptika verabreicht und sein Widerstand dagegen führte seinerseits zu Verletzungen.

“As his physical resistance to the forced administration of neuroleptics had frequently been in vain and had even led to injuries (loss of teeth, broken ribs and bruises), he brought a complaint of assault on each occasion that he was given medicaments” (ebd.: Z. 30).

Seine Beschwerdebriefe erreichten jedoch niemanden, da diese nicht weitergeleitet wurden. Am 5. Mai 1983 bestätigte ein Experte, dass eine bedingte Entlassung möglich sei, wenn „psychiatric and social measures“ unternommen werden würden. Herczegfalvys Verhalten „was much improved, so that there was virtually no danger“ (ebd.: Z. 32). Im Juli desselben Jahres erkundigte sich das Gericht bei der Klinik, da zwischenzeitlich wieder „lästige Beschwerden“ von Herczegfalvy eingelangt waren. Im Oktober 1983 stellte ein Experte erneut Fortschritte bei Herczegfalvy fest und war der Meinung, dass „troublesome behaviour did not constitute a risk within the meaning of Article 21 of the Criminal Code“ (ebd.: Z. 33). Darauf antwortete der damals zuständige Krankenhausdirektor²⁰ dem Gericht, dass die Anhaltung nicht beendet werden sollte, da die Behandlung auf der sedierenden Wirkung von Medikamenten beruhe: „as the treatment carried out, based on medication, had only a sedative effect, the possibility could not be excluded that if he were released, he would again become aggressive and dangerous“ (ebd.).

Darauf beruhend entschied das Landesgericht im Februar 1984, Herczegfalvy nicht aus der Haft zu entlassen. Im Mai 1984 richtete jedoch das *Internationale Réseau der Alternative zur Psychiatrie* ein Schreiben an den damaligen Bundesminister für Justiz Harald Hofer, worin es die „unverzügliche Entlassung Ing. Herczegfalvys und die Einsetzung einer (internationalen) Untersuchungskommission“ forderte – wie das Flugblatt der *Gesellschaft*

²⁰ Herczegfalvy war an einer forensischen Abteilung des psychiatrischen Krankenhauses untergebracht, daher fiel diese Aufgabe in die Zuständigkeit des Krankenhausdirektors.

für Demokratische Psychiatrie verkündete (Gesellschaft für Demokratische Psychiatrie 1984: 36). Ein weiteres ExpertInnengutachten im September 1984 empfahl erneut die Entlassung von Herczegfalvy. Am 28. November 1984 kam Herczegfalvy – sieben Jahre nach dem Ende seiner Haftstrafe – schließlich frei (ECoHR Herczegfalvy vs. Austria 1992: Z. 34).

Bereits im November 1978 hatte Herczegfalvy eine Beschwerde vor der Kommission über die Rechtmäßigkeit, die Dauer und Bedingungen seiner Haft sowie über die medizinische Behandlung eingebracht (ebd.: Z. 56). Mit der Bezeichnung „Kommission“ ist die damalige *Europäische Kommission für Menschenrechte* gemeint. Diese bildete bis zum 1. November 1998 gemeinsam mit dem Ministerkomitee und dem *Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte* das Durchsetzungsorgan. Inzwischen trat das 11. Zusatzprotokoll zur Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) in Kraft und damit wurde der heutige *Europäische Gerichtshof für Menschenrechte* geschaffen (vgl. Fritzsche 2004: 76f.). Herczegfalvys Beschwerden lehnte die damals zuständige Kommission am 10. März 1988 wegen Verjährung zunächst ab, gewährte aber im Oktober 1989 manchen Beschwerdepunkten doch Zugang (ECoHR Herczegfalvy vs. Austria 1992: Z. 57). Der *Europäische Gerichtshof für Menschenrechte* stellt in seinem Urteil am 24. September 1992 schließlich fest, dass die EMRK in einigen Punkten verletzt worden war und sprach dem Beschwerdeführer Schadenersatz zu.

Da Artikel 5 der EMRK²¹ – das Recht auf Freiheit und Sicherheit – hinsichtlich der Diskussion von Freiheitsbeschränkungen im Rahmen dieser Arbeit von Bedeutung ist, wird dieser hier nun ausschnittsweise zitiert:

- (1) Jeder Mensch hat ein Recht auf Freiheit und Sicherheit. Die Freiheit darf einem Menschen nur in den folgenden Fällen und nur auf dem gesetzlich vorgeschriebenen Wege entzogen werden:
 - (1a) wenn er rechtmäßig nach Verurteilung durch ein zuständiges Gericht in Haft gehalten wird;
 - (1c) wenn er rechtmäßig festgenommen worden ist oder in Haft gehalten wird zum Zwecke seiner Vorführung vor die zuständige Gerichtsbehörde, sofern hinreichender Verdacht dafür besteht, daß der Betreffende eine strafbare Handlung begangen hat, oder begründeter Anlaß zu der Annahme besteht, daß es notwendig ist, den Betreffenden an der Begehung einer

²¹ Insbesondere Ziffer (1e).

strafbaren Handlung oder an der Flucht nach Begehung einer solchen zu hindern;

(1e) wenn er sich rechtmäßig in Haft befindet, weil er eine Gefahrenquelle für die Ausbreitung ansteckender Krankheiten bildet, oder weil er geisteskrank, Alkoholiker, rauschgiftsüchtig oder Landstreicher ist.

(3) Jede nach der Vorschrift des Absatzes 1c dieses Artikels festgenommene oder in Haft gehaltene Person muß unverzüglich einem Richter oder einem anderen, gesetzlich zur Ausübung richterlicher Funktionen ermächtigten Beamten vorgeführt werden. Er hat Anspruch auf Aburteilung innerhalb einer angemessenen Frist oder auf Haftentlassung während des Verfahrens. Die Freilassung kann von der Leistung einer Sicherheit für das Erscheinen vor Gericht abhängig gemacht werden.

Der *Europäische Gerichtshof für Menschenrechte* stellte im Fall Herczegfalvy keine Verletzung von Artikel 5 Absatz 1 sowie Absatz 3 fest. Sehr wohl wurde aber eine Verletzung von Artikel 5 Absatz 4 festgestellt.

(4) Jeder, der seiner Freiheit durch Festnahme oder Haft beraubt ist, hat das Recht, ein Verfahren zu beantragen, in dem von einem Gericht unverzüglich über die Rechtmäßigkeit der Haft entschieden wird und im Falle der Widerrechtlichkeit seine Entlassung angeordnet wird.

Herczegfalvy klagte auch, dass in seinem Fall Artikel 3 der EMRK – Verbot der Folter demnach: „Niemand darf der Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung unterworfen werden“ – verletzt worden sei. Er beklagte weiters seine medizinische „Behandlung“, insbesondere die zwangsweise Verabreichung von Nahrung und Neuroleptika, die Isolierung in einem Raum sowie mit Handschellen an sein Bett gefesselt worden zu sein (ECoHR Herczegfalvy vs. Austria 1992: 79). Die Kommission anerkannte, dass die erwähnten Maßnahmen eine unmenschliche und entwürdigende Behandlung darstellen und sogar dazu beigetragen hätten, den Zustand des Patienten zu verschlechtern (ebd.: Z. 80). Wohingegen die Ansicht der österreichischen Regierung darin bestand, dass jene Maßnahmen als Konsequenz des Verhaltens des Beschwerdeführers zu verstehen sind, da Herczegfalvy die medizinische Behandlung, die aufgrund seines physischen und geistigen Zustands notwendig gewesen wären, ablehnte (ebd.: Z. 81).

Der Fall Herczegfalvy wird häufig zitiert, um den Begriff der „medizinischen Notwendigkeit“ kritisch zu hinterfragen. Nicht zuletzt, weil der *Europäische Gerichtshof für Menschenrechte* in diesem Fall keine Verletzung Artikels 3 der EMRK – Verbot von Folter – festgestellt hatte. Der Schlüsselesatz aus der Urteilsbegründung lautet: „as a

general rule, a measure which is a therapeutic necessity cannot be regarded as inhuman or degrading“ (ECoHR Herczegfalvy vs. Austria 1992: Z. 82).

Artikel 8 der EMRK hält das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens fest. Diesbezüglich wurde eine Menschenrechtsverletzung an Herczegfalvy festgestellt:

- (1) Jedermann hat Anspruch auf Achtung seines Privat- und Familienlebens, seiner Wohnung und seines Briefverkehrs.
- (2) Der Eingriff einer öffentlichen Behörde in die Ausübung dieses Rechts ist nur statthaft, insoweit dieser Eingriff gesetzlich vorgesehen ist und eine Maßnahme darstellt, die in einer demokratischen Gesellschaft für die nationale Sicherheit, die öffentliche Ruhe und Ordnung, das wirtschaftliche Wohl des Landes, die Verteidigung der Ordnung und zur Verhinderung von strafbaren Handlungen, zum Schutz der Gesundheit und der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist.

Eine Verletzung von Artikel 8 wurde hinsichtlich der Beschränkung seiner Korrespondenzen (Absatz 1), aber nicht hinsichtlich der Zwangsernährung (Absatz 2) festgestellt. Diese Zwangsmaßnahme hätte der Erhaltung seiner Gesundheit gedient. Die Beschränkung seiner Korrespondenz vollzog sich insofern, als dass das Krankenhauspersonal sämtliche seiner Briefe an dessen Sachwalter weiterschickte, damit dieser entscheide, was damit geschehen soll (ECoHR Herczegfalvy vs. Austria 1992: Z. 87). Elisabeth Steiner, derzeit Richterin am *Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte* in Straßburg, wusste im Rahmen der Fachtagung „Menschenrechte und Behinderung“ im April 2014 in Wien zu berichten, dass Herczegfalvy anfangs seine „Beschwerdebriefe“ an das Gericht auf Toilettenpapier und Papiertüten schreiben musste, da die Gefängnisverwaltung seine Papierzufuhr stoppte (Steiner o. J.: 3).

2.1.1 Fazit

Wenngleich es in weiterer Folge dieser Arbeit nicht um den Maßnahmenvollzug geht, so gebührt diesem Fallbeispiel dennoch Erwähnung, da es insbesondere das „Dogma der medizinischen Notwendigkeit“ veranschaulicht. Dieses wird jedoch hinsichtlich des von der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen formulierten Paradigmenwechsels kritisiert und debattiert. Wie sich im Verlauf dieser Arbeit noch zeigen wird, sprechen sich vornehmlich zwei UN-Sonderberichterstatter gegen Folter, Manfred Nowak und Juan E. Méndez gegen dieses Dogma aus (vgl. Nowak 2008; Méndez 2013). Zudem macht der Fall „Herczegfalvy“ auch das Zusammenspiel von

psychiatrischen Gutachten und Justiz deutlich. Bereits in der Urteilsbegründung wurde festgestellt, dass nationale Autoritäten über ein gewisses Maß an Ermessensspielraum (discretion) verfügen, wenn sie die Anhaltung eines Menschen mit dessen „unsound mind“²² begründen (ECoHR Herczegfalvy vs. Austria 1992: Z. 63). Herczegfalvy wurde Schadensersatz zugesprochen, da einerseits die Anträge zur Überprüfung der Gesetzmäßigkeit seiner Haftstrafe nicht zügig abgewickelt wurden – also aus formalen Gründen – und andererseits, weil seine Beschwerdebriefe nicht weitergeleitet wurden. Die Verabreichung von Neuroleptika, Zwangsernährung durch eine Sonde oder ihn mit Handschellen an sein Bett zu fesseln, wurde in der Urteilsbegründung als medizinische Notwendigkeit und/oder angemessene Reaktion auf sein Verhalten ausgelegt.

2.2 Fallbeispiel II: Frau B. aus dem Pflegeheim

Im Sommer 2013 ist Frau B. in ein Pflegeheim eingezogen. Ob dies auf ihren eigenen Wunsch hin passierte oder Angehörige für sie entschieden haben, ist unklar. Obwohl Frau B. mit der Diagnose rasch fortschreitender Demenz lebte, war sie körperlich für ihr Alter noch sehr mobil. Was grundsätzlich erfreulich ist, wurde im Pflegeheim jedoch alsbald zu einem Problem. Zwei Tage nach ihrem Einzug, verließ Frau B. das Pflegeheim, um ihre Kinder zu besuchen, als sie an der nächstgelegenen Hauptstraße von der Polizei aufgelesen und wieder ins Pflegeheim zurück gebracht wurde. Das Pflegeheim ist ebenerdig gebaut, somit barrierefrei und die Eingangstüre öffnet sich, sobald man in die Nähe eines Sensors kommt. Die Pflegekräfte haben somit dafür zu sorgen, dass besonders „gefährdete“ HeimbewohnerInnen das Pflegeheim nicht alleine verlassen. Frau B. erhielt bei ihrem Einzug eine Armbanduhr mit elektronischem Chip, der Alarm schlägt, sobald sie das Haus verlässt. Frau B. tat dies häufig. Bis zu zehnmal pro Tag – so dokumentierten es die Pflegekräfte – musste Frau B. mit freundlichen Worten oder mehr oder weniger sanftem Druck am Verlassen des Pflegeheimes gehindert werden. Frau B. setzte sich dagegen mitunter auch körperlich zur Wehr. Um die Symptome ihrer Demenz zu lindern, wurden ihr bereits Medikamente verabreicht. Zusätzlich bekam sie „bei Bedarf“ auch ein hochpotentes Neuroleptikum verabreicht, Haloperidol in Tropfenform. Mit „bei Bedarf“ waren etwa Situationen wie die folgende gemeint: Frau B. wollte das Pflegeheim verlassen

²² Zur Frage des Ermessensspielraums „discretion-unsound mind“ ist ein weiteres Urteil des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte „Winterwerp gegen die Niederlande“ mit der Nummer 6301/73 vom 27. November 1981 eine wichtige Quelle. [http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-57597#{"itemid":"001-57597"}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-57597#{) (Zugriff: 03.06.2015).

und suchte den Ausgang. Im Glauben es sei der Ausgang rüttelte sie an der Klinke der Brandschutztüre und fand schließlich doch den Ausgang. Pflegekräfte, die durch diese wiederkehrende Situation mit Frau B. bereits etwas gereizt waren, versuchten sie am Verlassen des Hauses zu hindern. Da auch die Überzeugungsarbeit der Pflegekräfte nichts brachte, versuchten diese Frau B. Haloperidol in einem kleinen Becher anzubieten, dessen Inhalt sie den Pflegekräften jedoch ins Gesicht schüttet.

Den Pflegekräften war klar, dass sie Frau B. in ihrer Bewegungsfreiheit beschränken (mussten). Damit dies auf legale Weise passiert, informierten sie die Bewohnervertretung. So lernte ich Frau B. und ihren Fall kennen. Die Pflegekräfte setzten diese Beschränkungen – in dem Fall durch einen Chip als elektronische Sicherung und durch die Verabreichung eines beruhigend wirkenden Medikamentes – im Rahmen des Heimaufenthaltsgesetzes (HeimAufG) im Auftrag des Staates um. Sie handelten somit hoheitlich (vgl. Strickmann 2008: 51).

In Anlehnung an das erste Fallbeispiel stellt sich die Frage, wie es zu bewertet ist, dass jemand gegen seinen Willen Medikamente verabreicht bekommt? Macht es einen Unterschied zu sagen, ein Medikament beruhigt bzw. beeinflusst den Willen eines dementen Menschen? Haben demente Menschen nicht das Recht geschützt zu werden? Ist es nicht als Fortschritt der Technik zu erachten, dass Türen nicht versperrt werden müssen, sondern eine elektronische Vorrichtung beim Öffnen der Türe alarmiert? Andererseits verliert ein dementer Mensch sein Grundrecht auf Bewegungsfreiheit nicht so einfach mit dem Einzug in ein Pflegeheim. Was klar wird ist, dass es hier um Grenzziehungen geht. Diese Grenzen werden vornehmlich durch den rechtlichen Rahmen – wie etwa das HeimAufG – sowie durch die Rechtsprechung gezogen, aber gewiss auch durch institutionelle Gegebenheiten, Diskurse, Vorstellungen von Legitimität des Eingriffs in diese Rechte und seit kurzem auch durch die Anforderungen, die die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, das Zusatzprotokoll zur UN-Antifolterkonvention und die damit einhergehenden Überwachungsmechanismen an sämtliche beteiligte AkteurInnen stellen.

2.2.1 Das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG)

Freiheitsbeschränkungen an psychisch kranken Menschen – so der Wortlaut des Gesetzes – oder an geistig behinderten Menschen²³ in Pflegeheimen sind im Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG)²⁴ von 2005 (novelliert 2010) geregelt. Bis zum Inkrafttreten der Regelung fanden Freiheitsbeschränkungen nicht im legalen Rahmen statt, wiewohl sie im Heimalltag gang und gäbe waren, wie auch der Bericht „Im rechtsfreien Raum – Freiheitsbeschränkungen in Behinderteneinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen“ an den damaligen Justizminister im Jahr 1990 belegt (vgl. Verein für Sachwalterschaft & Patientenanwaltschaft 1999). Pflegekräfte befanden sich de jure in einem „juristischen Niemandsland“ (Hochgerner 2000 zit. in: Strickmann 2008: 33) in der „paradoxen Situation, dass sie rechtliche Konsequenzen für Maßnahmen befürchten mussten, die sie aufgrund des körperlichen und geistigen Zustands ihrer Schutzbefohlenen für notwendig und unumgänglich hielten“ (Strickmann 2008: 33).

Freiheitsbeschränkungen sind ein hoch sensibles und kontrovers diskutiertes Thema. Pflegerische Fürsorge und medizinische Notwendigkeit kollidieren mit Fragen des Menschenrechts auf persönliche Freiheit und körperliche Integrität. Ein Ziel dieser Arbeit besteht darin, dieses Spannungsverhältnis darzustellen. In Anlehnung an das HeimAufG, meint der Begriff Freiheitsbeschränkung, dass „eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person (...) gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, oder durch deren Androhung unterbunden wird“ (Barth/Engel 2004: 25).

Damit Freiheitsbeschränkungen überhaupt unternommen werden können, müssen – ähnlich wie im Unterbringungsgesetz (UbG)²⁵ – drei Voraussetzungen gleichzeitig gegeben sein: Zum einen muss eine psychische Erkrankung oder eine geistige Behinderung²⁶ vorliegen, in deren Zusammenhang das eigene Leben oder die eigene Gesundheit bzw. das Leben oder die Gesundheit anderer, ernstlich und erheblich gefährdet ist (Strickmann 2010: 26). Zweitens muss die Beschränkungsmaßnahme zur Abwehr der Gefahr in der Dauer und Intensität angemessen sein. Die dritte Voraussetzung besagt, dass

²³ Oder auch Menschen mit Lernschwierigkeiten.

²⁴ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003231> (Zugriff: 17.04.2015).

²⁵ Siehe dazu: Kapitel 2.3.1

²⁶ So der Wortlaut des Gesetzes. Wiewohl der Begriff „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ weniger diskriminierend wäre.

„diese Gefahr durch keine anderen Maßnahmen, insbesondere schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen abgewendet werden kann“ (Barth/Engel 2004: 35).

An dieser Stelle sind zunächst noch einige Begriffsklärungen notwendig, da der rechtliche und der medizinische Begriff der „psychischen Erkrankung“ nicht deckungsgleich sind. Der hier gebrauchte Rechtsbegriff der psychischen Erkrankung bedeutet – weit enger gefasst als der medizinische –, dass die „selbstbestimmte Verhaltenssteuerung beeinträchtigt“ ist (Kopetzki 2005: 30). Die Begriffe „ernstlich“ und „erheblich“ bedeuten im Rechtssinn, dass die Gefahr eines Schadens sehr wahrscheinlich ist und unmittelbar bevor steht. Das Konstrukt besteht in einer Prüfung der Verhältnismäßigkeit. Somit werden hier Interpretationsspielräume offensichtlich, wenn nicht sogar das Spannungsfeld zwischen Freiheit und Sicherheit offen gelegt.

Die Institution der Bewohnervertretung wurde durch das HeimAufG neu gegründet und verfolgt die Aufgabe, freiheitsbeschränkende Maßnahmen in Institutionen wie etwa Pflegeheimen kritisch zu prüfen und gegebenenfalls Entscheidungen, ob eine Beschränkung zulässig ist oder nicht, vom Bezirksgericht anhand von Gutachten von Sachverständigen treffen zu lassen. BewohnervertreterInnen arbeiten im Auftrag des *Bundesministeriums für Justiz*.²⁷ Sie sind berechtigt, Pflegeheime unangekündigt zu besuchen, Einsicht in die Pflegedokumentation und in Krankengeschichten zu nehmen, die MitarbeiterInnen zu befragen und sich ein Bild von der Situation der BewohnerInnen zu machen (Barth/Engel 2004: 60). „Mit dem HeimAufG wurden diese institutionseigenen Vorstellungen [wann und wie eine Beschränkung etwa „Sinn macht“, Anm. DA)] durch rechtliche Regelungen ersetzt, die von der Bewohnervertretung verkörpert werden“ (Hofinger et al. 2008 zit. in: Hrach 2011: 47), was bedeutet, dass ein Verfahren geschaffen wurde, in dem die Institution gegenüber einer Person „von außen“ – nämlich der BewohnervertreterIn – Freiheitsbeschränkungen argumentieren muss.

Meine Aufgabe als Bewohnervertreterin ist es, den Willen der BewohnerInnen hinsichtlich der Beschränkung anzuhören und sie dahingehend rechtlich zu vertreten. Aus den zuvor eingeholten Informationen, versuche ich herauszulesen, ob es Formen von Widerstand oder Probleme gibt, und folge dabei der Annahme, dass Freiheitsbeschränkungen an Menschen

²⁷ Die rechtliche Grundlage ihrer Tätigkeit ist das Vereinssachwalter-, Patientenanwalts- und Bewohnervertretergesetz (VSPBG).

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002937>
(Zugriff: 18.04.2015).

die Grenzen einer Institution verdeutlichen. So erlebe ich etwa öfters in meiner Praxis im Gespräch mit dementen, mir noch nicht bekannten oder vielleicht schwerhörigen Menschen, dass ich mich nicht ausreichend verständlich machen kann. Oliver Tolmein spricht in diesem Zusammenhang von „kommunikativen Barrieren“ (Tolmein 2013: 284).

Das Fallbeispiel von Frau B. wurde gewählt, um die Diskrepanz zwischen normativ-juristischem Anspruch und empirisch-sozialer Wirklichkeit herauszuarbeiten. Die Diskrepanz besteht darin, dass Freiheitsbeschränkungen keineswegs immer die Ultima Ratio – wie im Gesetz vorgesehen – sind (vgl. Hrach 2011). Sabine Hrach, selbst als Bewohnervertreterin tätig, untersuchte im Rahmen ihrer Masterarbeit die Frage, warum in Heimen die Häufigkeit des Einsatzes von Freiheitsbeschränkungen so stark variiert. Die Quote an Beschränkungen liegt in verschiedenen Heimen zwischen 5% und 47%! Hrach stellte sich die Frage nach den Gründen für diese Unterschiede. Als Forschungsmethode wählte sie Leitfadeninterviews mit BewohnervertreterInnen, die in unterschiedlichen Heimen in Niederösterreich tätig sind, und sich durch ihre praktische Tätigkeit, Wissen über Einflussfaktoren angeeignet haben. Die Einflussfaktoren bestehen im Wesentlichen aus rechtlichen Rahmenbedingungen (HeimAufG), aus dem Heim als Institution (bauliche Gegebenheiten, Ausstattung, etc.) und dem Einfluss durch das Personal (Pflegemodelle, Haltungen zu Freiheitsbeschränkungen) (vgl. ebd.). Zu den Hochrisikogruppen gehört „die dementiell erkrankte, also kognitiv beeinträchtigte, inkontinente Bewohnerin, diefordernde Verhaltensweisen zeigt. Sie läuft besonders Gefahr während ihres Aufenthaltes in einer Einrichtung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffen zu werden“ (ebd.: 23). Es komme nicht selten vor, dass kognitiv beeinträchtigte Menschen den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nicht verstehen und dadurch noch unruhiger werden. Außerdem sei die Bewegungsfreiheit – vor allem wenn verbale Ausdrucksmittel verloren gegangen sind – eine Ausdrucksmöglichkeit, die, wenn sie unterbunden wird, zu einer Verschlechterung des Zustands des betreuten Menschen führen kann (vgl. Guy 2007 zit. in: Hrach 2011: 32). Doris Bredthauer, eine deutsche Ärztin und Forscherin in diesem Bereich, bezeichnet freiheitsbeschränkende Maßnahmen im geriatrischen Bereich zur Prävention von Stürzen und anderen Gefahren als eine „Form von – wenngleich legitimisierter – Anwendung von Gewalt in der Institution“ (Bredthauer 2002: 10 zit. in: Hrach 2011: 32). Freiheitsbeschränkungen sind Eingriffe in fundamentale Rechte. Gleichzeitig sind sie eine Form von Problemlösung. Eine Studie des *Instituts für Rechts- und Kriminalsoziologie* in Wien bezüglich der Implementierung des HeimAufG zeigte,

dass Freiheitsbeschränkungen eine Art Lackmuspapier sind, an dem sich die Balance zwischen Fürsorge und Wahrung der persönlichen Freiheit ablesen lässt (Berlach-Pobitzer et al. 2005: 11).

Wie an späterer Stelle noch näher ausgeführt wird, geht es darum zu verstehen, dass Subjekte (hier stellvertretend Frau B.) durch Diskurse, die über sie geführt werden erst in Erscheinung treten. In der griechischen Mythologie gibt es die Figur des sadistischen Wirts Prokrustes. Die nach ihm benannte Bezeichnung „Prokrustesbett“ leitet sich von der Erzählung ab, dass der Wirt seine Gäste nach der Größe des Bettes anpasste, indem er den zu groß Gewachsenen die Beine abhakte und die zu klein Geratenen zerklöpfte, damit sie eben genau in das Prokrustesbett passten (Fink 2004: 194). Mit dieser symbolhaften Figur sprechend, wage ich aus Erfahrung zu behaupten, dass mit manchen Menschen in Heimen in übertragenem Sinn ähnliches passiert. Eine radikale Kritik an der Institution Heim üben etwa Wolf-Dieter Narr und seine Kollegen, indem sie ausführen, dass sich an den „neotayloristisch organisierten Altenpflegeheimen, dem von den Pflegekräften verinnerlichten Taylorismus, dem Umgang mit psychisch behinderten Menschen nach einer Logik bürokratisierten Rechts und rechtlich legitimierter Bürokratie zeigen ließe, warum Demenzen und Behinderung nicht abgebaut, sondern geradezu produziert werden“ (Narr et al. 2011: o. S.).

Diese Aussage berührt den Kern dessen, was in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen als notwendiger Paradigmenwechsel bezeichnet wird. Nicht der in medizinischen Begriffen gefasste „Fall“ der dementen Frau soll das Ziel von Intervention sein, sondern veränderungswürdig sind die Rahmenbedingungen und der Kontext – in diesem Fall die Institution Pflegeheim – mit seiner Regelhaftigkeit, in der bestimmte Verhaltensweisen als nicht-normal in Erscheinung treten. Die soziale Konstruktion der beschriebenen Frau als „krank“, als „psychisch krank“ führt zu Problemlösungsstrategien, die auf Normalisierung, auf Heilung – soweit dies bei älteren Menschen noch kalkuliert ist – oder zu einer Anpassung von Menschen an gegebene Strukturen abzielen. In der Konsequenz bedeutet dies für die demente Frau, dass sie – durchaus mit Mitteln, die an anderer Stelle als Gewalt erkannt werden wie etwa Medikation gegen ihren Willen, Praktiken des Einschließens, etc. – an strukturelle Gegebenheiten angepasst werden soll.

Auch wenn Überlegungen vorherrschen, zusätzlich zur UN-BRK eine eigene Konvention zum Schutz von alten Menschen zu schaffen (vgl. Doron/Apter 2010), wird argumentiert – auf den Behinderungsbegriff der Konvention verweisend –, dass auch alte, demente Menschen von der UN-BRK erfasst sind. Dieses Argument macht deutlich, dass der Paradigmenwechsel noch nicht weit genug reicht, ja dass er bei dieser „Gruppe von Menschen“ kaum denkbar, geschweige denn umsetzbar scheint.²⁸

Gerichte entscheiden in der Frage der Zulässigkeit von Freiheitsbeschränkungen mitunter auch – ohne das meiner Einschätzung nach explizit so zu nennen – im Rahmen eines sozialen Modells. Die Autoren Peter Barth, Georg Kathrein und Christian Kopetzki, äußerten sich in der Zeitschrift *iFamZ* zur Rechtsprechung im Rahmen des HeimAufG. Darauf Bezug nehmend ist hinsichtlich der Verhältnismäßigkeit zu sagen, dass drei Entscheidungen auf landesgerichtlicher Ebene festhalten, dass Personalmangel keinen ausreichenden Grund für Freiheitsbeschränkungen darstellt. „Die möglichst vollständige Gewährung von Grundrechten darf nicht an mangelhaften sachlichen oder personellen Aufwendungen der Heimträger scheitern. (...) **Bewegungsbeschränkungen zur Sicherstellung eines störungsfreien Anstaltsbetriebes oder aus Überlastung des Anstaltpersonals sind unzulässig**“ (Barth et al. 2006: VI, Herv. im Original).

Zum Gefährdungsbegriff urteilte beispielsweise das Landesgericht Wels: „Dass ein solches **Verhalten** [nämlich unkontrolliert die Station zu verlassen, Anm. DA] **nicht ausgeschlossen** werden kann, **macht den Schadenseintritt noch nicht wahrscheinlich** und reicht daher für die Zulässigkeit einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme nicht aus“ (Jez 2010: 62, Herv. im Original). Gleichzeitig ist es erstaunlich, wie selten eine gerichtliche Überprüfung tatsächlich stattfindet. „Gemessen an fast 37.000 gemeldeten Freiheitseingriffen sind 117 auf Antrag der BewohnervertreterInnen durchgeführte gerichtliche Überprüfungen der Zulässigkeit ausgesprochene Ausnahmefälle“ (Bundesministerium für Justiz o. J.: 77).

2.2.2 Fazit

Was bleibt, ist die Schwierigkeit einen Paradigmenwechsel zu denken und danach ausgerichtet zu handeln, solange wirkmächtige Kategorien wie „psychisch krank“ nach wie

²⁸ Eine mitunter berechtigte Hoffnung liegt in einer Problematisierung durch Pflegekräfte, die das potentiell gewaltvolle Element einer Normalisierung erkennen. Empfehlenswert ist hierzu das 2011 erschienene Buch „Gewalt und Demenz“ von Monique Weissenberger-Leduc und Anja Weiberg.

vor bestehen. Die Schwierigkeit lässt sich daran festmachen, dass sich in dieser Zuschreibung medizinische und rechtliche Kategorien vermischen. Zum Verhältnis von medizinischer und rechtswissenschaftlicher Sprache zitiert Gudrun Strickmann folgendes: „Während Juristen von ihrer gewohnten Denkstruktur her ‚normorientierte Dogmatiker‘ sind, könnte man Ärzte eher als ‚seinsorientierte Empiriker‘ bezeichnen“ (Jungbecker zit. in: Strickmann 2008: 190). Auch die Verständigung zwischen Politikwissenschaft und der Rechtswissenschaft ist nicht von vornherein gegeben. Peter Gerlich stellt fest, dass Juristen in der Regel davon ausgehen, dass die Umsetzung von Recht in der Praxis selbstverständlich ist, wohingegen die empirisch orientierte Politikwissenschaft und ihre Analysen häufig zeigen, dass dies keineswegs immer der Fall sein muss (Gerlich 2012: 220).

Wie bereits erwähnt, sind wesentliche Fragestellungen meines Dissertationsprojektes aus meiner praktischen Tätigkeit als Bewohnervertreterin entstanden. Besonders die oft erlebte Diskrepanz zwischen Gesetzestext und Wirklichkeit führte zu „puzzles“ oder „tensions“, wie Dvora Yanow sie bezeichnet (Yanow 2000: 8). Eine einschneidende Erfahrung für mich war, dass meine Argumentation mit dem Recht auf Bewegungsfreiheit in manchen Situationen von den Pflegenden im besten Fall als naiv, im schlimmsten Fall als zynisch interpretiert wurde. Peter Barth, neben Arno Engel der Autor des Buches *Heimrecht* wird aufgrund seiner Aussage „jeder hat das Recht zu stürzen“ von Pflegekräften oftmals kritisiert. Tatsächlich sprach er von der „Freiheit zu stürzen“ und betonte damit den Vorrang von Autonomie vor dem körperlichen Wohl (Barth 2006: 124). Auch wenn juristisch das „Niemandsland“ inzwischen kartographiert ist, bleibt das Spannungsfeld zwischen Freiheit und Sicherheit nicht minder relevant.

2.3 Fallbeispiel III: Über Facebook in die Psychiatrie

Es kommt nicht oft vor, dass Menschen, die unfreiwillig Psychiatrieerfahrungen machen, über ihre Erlebnisse öffentlich berichten. Dafür mag es gute Gründe geben, die mit Stigmatisierung, Scham und der Angst, nicht ernst genommen zu werden zu tun haben.

Dennoch trat im Frühjahr 2013 der Journalist Bernhard Torsch²⁹ zunächst durch einen Leserkommentar in der Tageszeitung *Der Standard* (Torsch 2013) und später – als das

²⁹ In seinem Blog „Der Lindwurm“ veröffentlichte er auch die hier beschriebenen Erlebnisse und nimmt immer wieder zum Thema Psychiatrie Stellung. <https://lindwurm.wordpress.com/> (Zugriff: 03.06.2015).

Interesse der Medien geweckt war – im ORF³⁰ an die Öffentlichkeit. Seine Geschichte findet hier Erwähnung, weil dadurch der formale Ablauf einer Unterbringung evident wird und die AkteurInnen und deren Handlungsspielräume dargestellt werden können.³¹ Von Interesse ist dieses Fallbeispiel auch deswegen, weil die aus meiner Sicht wesentliche Botschaft, nämlich die Art der „Hilfe“ und die Frage der „Freiwilligkeit“ zu problematisieren, in der medialen Berichterstattung gänzlich untergegangen ist.

Begonnen hat alles – so schreibt Torsch – mit einem Facebook-Eintrag, in dem er sich (alkoholisiert und im Eindruck der Selbstmorde in Griechenland und Spanien im Gefolge der Wirtschaftskrise) die Frage stellte, ob es nicht besser wäre, sich umzubringen. Am nächsten Tag – das Posting hatte er bereits gelöscht – stand die Polizei vor seiner Tür und bat ihn höflich sie aufs Polizeipräsidium zu begleiten, wo er einem Amtsarzt vorgeführt wurde. Dieser stellte, ohne sich näher mit ihm auseinandergesetzt zu haben – so Torsch – aufgrund des Verdachts der Eigengefährdung die Bescheinigung aus, mit der Torsch unmittelbar mit polizeilicher Begleitung in die Psychiatrie eingeliefert wurde. Bei der Erstuntersuchung im Krankenhaus betonte Torsch wiederholend, dass er nicht vor habe sich umzubringen. Vor die Wahl gestellt, ob er freiwillig bleiben oder ein Unterbringungsverfahren eingeleitet werden soll, entschied sich Torsch – davon ausgehend, dass eine Weigerung als Symptom einer Erkrankung interpretiert werden könnte – für eine freiwillige Aufnahme. Torsch blieb unfreiwillig-freiwillig vier Tage auf der Psychiatrie und bekam Medikamente verabreicht. Am fünften Tag besann er sich seiner Rechte und kontaktierte einen befreundeten Richter. Dieser meinte, dass ein Facebook-Posting allein noch kein Grund für eine Unterbringung sei. Torsch konfrontierte daraufhin die Ärzte und wurde umgehend entlassen. In seinem Leserkommentar (Torsch 2013) hält Torsch fest, dass ihm offensichtlich alle beteiligten AkteurInnen nur helfen wollten, er sich aber dennoch in dem ganzen Prozess nicht ausreichend wahrgenommen fühlte, als „armer Irrer“ behandelt wurde, und er sich in dem regelhaften Ablauf entwürdigend behandelt gefühlt hätte.

In der ORF-Berichterstattung, der *Zeit im Bild* 2 vom 11. April 2013, verteidigte der Psychiater und pensionierte Primar David dieses Kontrollsyste der Verschränkung

³⁰ ORF Zeit im Bild 2 vom 11. April 2013.

³¹ Im August 2014 erbat und erhielt ich von Torsch auch via E-Mail die Zustimmung, seine Geschichte für meine Dissertation zu verwenden. In derselben E-Mailkorrespondenz berichtete er, dass er einen psychiatriekritischen Artikel von seinem Blog wieder löschte, nachdem er mehrere drohende Zuschriften erhalten hatte. In einer privaten Korrespondenz schrieb er: „Meine Erfahrung ist, dass Psychiatriekritik genau ab dem Zeitpunkt nicht mehr ernstgenommen wird, als sie von Betroffenen kommt.“

zwischen Exekutive, Amtsarzt, Aufnahmeprozedere und Möglichkeit der gerichtlich angeordneten Unterbringung. Auch in seiner Funktion als Mitglied einer der Kommissionen, die im Auftrag der *Volksanwaltschaft* die Einhaltung der Menschenrechte in der Psychiatrie überprüft,³² betonte er die Notwendigkeit, dass aus gesetzlicher Sicht ein solches Vorgehen durchaus möglich ist. Der ORF-Bericht endete mit dem Hinweis, dass der Psychiatrieaufenthalt für Torsch zumindest den Effekt hatte, dass er nun auf Alkohol verzichte, um einen weiteren Kontrollverlust zu vermeiden, der ihn letztlich in diese Situation gebracht hatte. Happy End? Der Tenor der Berichterstattung ließ beinahe keine alternative Interpretation als diese zu: Dass die durch das Unterbringungsgesetz (UbG) geregelten Kontrollmechanismen offensichtlich funktionieren, es keine andere Wahl gegeben hätte, als Torsch mit sanftem Druck zu einem Aufenthalt in der Psychiatrie zu bewegen und dass es ihm letzten Endes auch nicht geschadet habe. „Im Zweifel wird sich ein Beamter immer für den sicheren Weg entscheiden“ (Wetz 2013), erklärte ein Polizeipressesprecher das Vorgehen der Exekutive.

Streng genommen war Torsch nicht „untergebracht“, da er sich für einen „freiwilligen“ Aufenthalt „entschieden“ hatte. Der Begriff Unterbringung und das Prozedere einer solchen, wird dennoch im folgenden Abschnitt kurSORisch angeschnitten. Nicht zuletzt, weil eine derartige Situation, nämlich gegen den eigenen Willen auf der Psychiatrie zu sein und dort eventuell Zwangsmaßnahmen unterworfen zu sein, für einige Menschen, die ich im Rahmen meiner Feldforschung kennenlernen durfte, sehr wohl immer Realität ist. Zum Zusammenhang zwischen Sachverhalten, in denen entweder das HeimAufG oder das UbG zur Anwendung kommen, äußere ich mich in dem an das UbG anschließende Kapitel.³³ Wenn es um Fragen von Freiheitsbeschränkungen an sogenannten psychisch kranken Menschen geht, dann kommt es hierbei manchmal zu Überschneidungen. Daher sind auch korrekte Begrifflichkeiten vonnöten, die im Folgenden geklärt werden.

2.3.1 Das Unterbringungsgesetz (UbG)

Die gesetzliche Grundlage einer Unterbringung bilden das Unterbringungsgesetz (UbG) von 1990 (novelliert im Jahr 2010)³⁴ und das Vereinssachwalter-, Patientenanwalts- und

³² Siehe dazu: Kapitel 6.1.2

³³ Siehe dazu: Kapitel 2.4

³⁴ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936> (Zugriff: 18.04.2015).

Bewohnervertretungsgesetz (VSPBG).³⁵ Wenn ein/eine PatientIn einer psychiatrischen Abteilung diese nicht oder nur mit ärztlicher Zustimmung verlassen darf, dann spricht man von einer Unterbringung. Ähnlich wie im bereits vorgestellten Heimaufenthaltsgesetz müssen auch hierbei drei Voraussetzungen gleichzeitig gegeben sein, damit jemand untergebracht werden darf:

„Gemäß §3 UbG darf nur untergebracht werden, wer – an einer **psychischen Krankheit** leidet **und** – im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich **gefährdet** – und **nicht in anderer Weise**, insbesondere außerhalb einer Anstalt behandelt oder betreut werden kann“ (Kopetzki 2005: 28, Herv. im Original).

Auch hier gilt, dass der Begriff „psychische Krankheit“ ein „selbständiger Rechtsbegriff“ (ebd.: 29) ist, bei dem es um die „Beeinträchtigung des Sich-verhalten-Könnens und der Fähigkeit zur Selbstbestimmung, also auf die Annahme eines krankheitsbedingten Verlustes von Handlungsfreiheit“ geht (ebd.: 30).

Vor einer Unterbringung muss ein/eine AmtsärztIn oder ein/eine PolizeiärztIn die Person untersuchen und feststellen, ob die besagten Unterbringungsvoraussetzungen vorliegen. Nur bei Gefahr im Verzug darf laut §9 Absatz 2 UbG die Polizei, Menschen gegen ihren Willen auch ohne ärztliche Untersuchung in eine psychiatrische Abteilung bringen. Die PolizistInnen stehen vor der Schwierigkeit erkennen zu müssen, ob dieser Mensch eine psychische Erkrankung haben könnte. Laut einer oberstgerichtlichen Entscheidung darf von einem/einer PolizistIn nur so viel erwartet werden, wie von einem/einer DurchschnittsbürgerIn mit einer gewissen Bildung (Kovar 2007: 11). „Ernstlich“ meint, dass die von dem Menschen ausgehende Gefährdung „mit hoher Wahrscheinlichkeit in Kürze auch tatsächlich eintreten wird“ wohingegen der Begriff „erheblich“ bedeutet, dass dieses Ereignis auch „vom Ausmaß her derart ist, dass ein Eingriff in ein sehr fundamentales Recht, nämlich dem Recht auf Freiheit, gerechtfertigt ist“ (ebd.).

Ob jemand dann tatsächlich untergebracht wird, hängt seit der UbG-Novelle 2010 vom ärztlichen Attest eines/einer FachärztIn ab. Vor der Novelle waren zwei unabhängig voneinander erstellte Zeugnisse erforderlich. Sollten die Unterbringungsvoraussetzungen nicht vorliegen, darf die betroffene Person nicht länger festgehalten werden. Sie kann sich

³⁵ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002937> (Zugriff: 18.04.2015).

aber für einen freiwilligen Aufenthalt entscheiden. Diese Entscheidung scheint in der Praxis aber relativ. So erfolgen ca. ein Fünftel der Unterbringungen nicht umgehend bei Aufnahme, sondern erst später, wenn diese „im Laufe des stationären Aufenthalts notwendig werden“ (Schlaffer 2010: 6). Eine Unterbringung in der stationären Psychiatrie kann weiters seit der UbG-Novelle 2010 neben den Voraussetzungen wie psychische Erkrankung und Gefährdung auch dann fortgeführt werden, wenn die Abwägung ergeben hat, dass ein Behandlungsfortschritt erzielt werden kann (der jedoch nur im Rahmen der Unterbringung möglich ist), der die Wahrscheinlichkeit einer neuerlichen Unterbringung wesentlich verringern kann (§32a UbG 2010).

Im Zuge des Begutachtungsverfahrens zur UbG-Novelle 2010 erging eine Stellungnahme von Kurt Senecovic, Obmann des Vereins *Achterbahn* an das Parlament in der er forderte, dass auch bezüglich dieser Frage „Experten in eigener Sache“, also die Betroffenen einzubinden seien, was ein Zeichen für eine vorbildliche „Compliance“ zwischen dem Gesetzgeber und den Betroffenen sein könnte. Eine Unterbringung solle nur in Akutsituationen bei Selbst- und Fremdgefährdung möglich sein. Nicht die Dauer der Unterbringung, sondern das Vertrauen zwischen ÄrztIn und PatientIn schafft Compliance und ist das entscheidende Kriterium, ob eine Behandlung erfolgreich ist oder nicht. Zwang sei kontraproduktiv und führe eher zu Rückfällen (Senekovic 2009).

Sogenannte „weitergehende Beschränkungen“ während einer Unterbringung – damit sind etwa Zwangsmaßnahmen wie das Einschränken der Bewegungsfreiheit auf einen Raum, das Festhalten in einem Netzbett, das Angurten an ein Bett gemeint – sind „nur dann zulässig, soweit und solange sie zur Abwehr einer drohenden Gefahr für Leben oder Gesundheit des Kranken oder anderen Personen und zur ärztlichen Behandlung oder Betreuung unerlässlich sind“ (Schlaffer 2010: 8). Ärztliche Behandlungen während einer Unterbringung unterliegen einem „informed consent“. ÄrztInnen müssen feststellen, ob PatientInnen im Hinblick auf die Behandlung „einsichts- und urteilsfähig“ sind und dies bildet die Basis, ob sie selbst zustimmen oder ablehnen können.

Das UbG unterscheidet zwischen einfachen Heilbehandlungen und besonderen Heilbehandlungen. Der Unterschied besteht darin, ob schwerwiegende körperliche oder psychische Beeinträchtigungen zu erwarten sind oder – bei einfachen Heilbehandlung – nicht. Sollte der/die PatientIn nicht einsichts- und urteilsfähig sein und hat er/sie keinen/keine gesetzliche/n VertreterIn, so kann er/sie auch gegen seinen/ihren Willen

behandelt werden. Dies versteht man dann als „Zwangsbehandlung“. Bei einer besonderen Heilbehandlung – und als eine solche gilt auch etwa die Verabreichung eines Depotmedikaments³⁶ – muss vorher die Genehmigung des Unterbringungsgerichts eingeholt werden (Schlaffer 2010: 9).

Die Bezirksgerichte entscheiden über die Rechtmäßigkeit einer Unterbringung. Das Verfahren wird amtswegig eingeleitet und ist zweistufig gegliedert: Die erste Stufe, die Anhörung findet innerhalb von vier Tagen statt. Das Gericht entscheidet hier – eventuell unter Beiziehung eines/einer SachverständigerIn – über die Unzulässigkeit oder über eine vorläufige Zulässigkeit. Die zweite Stufe, die mündliche Verhandlung findet innerhalb von 14 Tagen statt. Bei der mündlichen Verhandlung wird in jedem Fall ein/eine Sachverständiger/Sachverständige – in den meisten Fällen ein/eine Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie – hinzugezogen. Bei einer Entscheidung über die Zulässigkeit der Unterbringung wird eine Frist von drei Monaten ab Beginn der Unterbringung gesetzt (ebd.: 6f.). Der/die PatientIn und die Patientenanwaltschaft³⁷ haben die Möglichkeit, auch weitergehende Beschränkungen durch das Gericht prüfen zu lassen (ebd.: 10). Dies kommt allerdings nicht sehr häufig vor. Im Jahr 2009 wurde nur in 101 Fällen bezüglich weitergehender Beschränkungen das Gericht berufen. Dabei wurden 28% der Maßnahmen als unzulässig beurteilt (Bundesministerium für Justiz o. J.: 72).

Begrifflich lässt sich im Kontext des UbG also eine Unterscheidung zwischen der Unterbringung und der weitergehenden Beschränkung treffen. Ersteres zielt auf den Sachverhalt ab, gegen den eigenen Willen in einer psychiatrischen Abteilung aufgenommen zu sein. Der Weg in die psychiatrische Abteilung, etwa in Begleitung der Exekutive nach einer Untersuchung durch einen/eine AmtsärztIn wird als „Verbringung“ oder „Vorführung“ bezeichnet (Kopetzki 2005: 54). Die weitergehende Beschränkung meint hingegen, wie der/die PatientIn im weiteren Verlauf konkret „behandelt“ wird.

³⁶ Ein Depotpräparat ist eine Arzneiform, deren verzögerte Freisetzung über einen längeren Zeitabschnitt möglichst konstant geschieht (Pschyrembel 2007: 408). Der Einsatz von Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika in Form eines Depots kann eine persönlichkeitsverändernde Wirkung nach sich ziehen (Kopetzki 2005:196, Ziffer 637).

³⁷ Die Patientenanwaltschaft ist eine Funktion aus dem Unterbringungsgesetz und nicht zu verwechseln mit den gleichnamigen Patientenanwaltschaften, den eigenständige Institutionen der Bundesländer, die PatientInnenrechte im Gesundheits- und Spitalsbereich vertreten.

<https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.683716> (Zugriff: 07.06.2015).

2.4 Überschneidungen zwischen HeimAufG und UbG

Wohingegen es im Heimaufenthaltsgesetz kein Konstrukt einer Unterbringung in ein Pflegeheim gibt. Der Aufnahmevergäng in ein Heim wird als „konsensueller Vertrag“ zwischen dem/der BewohnerIn und dem Einrichtungsträger verstanden und „kann nicht zwangsweise begründet werden“ (Strickmann 2008: 47). Das HeimAufG regelt nicht die Aufnahme, sondern „die internen ‘Beschränkungen der Bewegungsfreiheit’“ (Strickmann 2008: 47). Ein vom *Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen* (ÖBIG) herausgegebener Bericht zeigt, dass bei den Unterbringungszahlen „neue PatientInnengruppen“ dazugekommen sind und nennt hier die gerontopsychiatrischen PatientInnen (Ladurner et al. 2012: 29). „Psychiatrische Abteilungen beobachten einen Anstieg der Überweisungen aus den Altenheimen vor allem vor den Wochenenden und in den Sommermonaten; dies wird als belastend erlebt“ (ebd.:30). Tilman Steinert hat Freiheitsbeschränkungen international untersucht, und geht davon aus, dass der häufigste Grund für Fixierungen bei Selbstgefährdung bei alten und dementen Menschen die Sturzgefahr ist (Steinert 2008: 36). Georg Kathrein charakterisiert die beiden „Einsatzgebiete von UbG und HeimAufG“ wie folgt: „Während es in der Psychiatrie regelmäßig um die Bewältigung akuter Krisen geht, stehen in Einrichtungen im Geltungsbereich des HeimAufG lang dauernde, ‘schleichende’ Prozesse im Vordergrund“ (Kathrein zit. in: Strickmann 2008: 47). Menschen werden aber auch zwischen den „Einsatzgebieten“ hin- und hergeschoben. So etwa in Krankenhäuser zwischen Abteilungen der Psychiatrie und anderen Abteilungen. ExpertInnen geben im ÖBIG-Bericht an, dass einige Unterbringungen vermieden werden könnten, „wenn somatische Abteilungen das Heimaufenthaltsgesetz³⁸ häufiger anwenden würden (Ladurner et al. 2012: 30).

Erst durch Kontrastfolien, durch wahrgenommene Unterschiede, war ein Lernen im Rahmen dieses Forschungsprozesses möglich. Was etwa zwangsweise Medikation bedeuten kann, habe ich erst in der Beschäftigung mit „den Alten“ verstanden und bei „den Jungen“, also den Menschen, die ich im Rahmen der Feldforschung kennengelernt habe, bislang nur zur Kenntnis genommen. In den oben erwähnten begrifflichen Unterschieden von HeimAufG und UbG äußert sich dieser Tatbestand entweder als medikamentöse

³⁸ Das HeimAufG ist in Krankenanstalten – anders als in Pflegeheimen – im Geltungsbereich strikt personenbezogen. Das bedeutet, es ist im Krankenhaus nur auf Menschen anzuwenden, die ebendort wegen einer psychischen Erkrankung/geistigen Behinderung sind und damit in einem kausalen Zusammenhang ständige Pflege und Betreuung brauchen (Strickmann 2008: 82).

Freiheitsbeschränkung – wobei hierbei auch Zwangsbehandlung denkbar ist – oder weitergehende Beschränkung.

„Die Alten“ leben in jenen Institutionen, die von der Antipsychiatriebewegung des vergangenen Jahrhunderts inklusive der Protagonisten wie David Cooper, Ronald Laing, Franco Basaglia kritisiert wurden. Deren Argumente³⁹ können für eine aktuelle Debatte der Heime herangezogen werden, insbesondere wenn es darum geht – wie auch die UN-BRK festhält – Deinstitutionalisierung voranzutreiben. Bei der Legitimierung von Freiheitsbeschränkungen geht man von „Notwendigkeiten“ medizinischer oder pflegerischer Natur aus. Eine Kritik daran kratzt an mächtigen Wissenssystemen (psychiatrische Macht). Auch Konstruktionen von Gefährlichkeit sind hier wirkmächtig.

Die UN-BRK unterscheidet nicht zwischen unterschiedlichen „Gruppen von Menschen“, sondern fordert hier wie dort eine Abkehr vom medizinischen Modell, was – wie die drei vorangegangen Fallbeispiele verdeutlichen sollten – derzeit noch ein aktuelles zu bearbeitendes Zukunftsprojekt darstellt.

2.5 Eingrenzung der Forschungsfragen

Freiheitsbeschränkungen können eine Verletzung von Menschenrechten oder Menschenwürde bedeuten. Sie können aber auch als Ausdruck von notwendiger Hilfe verstanden werden und scheinen manchmal unvermeidbar. Dieses Spannungsfeld gilt es zu strukturieren, auszuloten und im Lichte der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen neu zu bewerten.

Die Ausgangsfrage war, wie das Ein- und Aussperren von Menschen, die der Kategorie „psychisch krank“ zugeordnet werden, gegenwärtig strukturiert ist. Dazu sind zunächst die rechtlichen Rahmenbedingungen abzustecken, die beteiligten AkteurInnen zu identifizieren und das diskursive Feld zu erörtern. Wie werden jene Menschen regiert bzw. wie können sie sich selbst regieren, lautet die an Michel Foucaults Gouvernementalitätskonzept angelehnte Forschungsfrage. Das Konzept legt eine Analyse von Praktiken nahe. Auf der theoretischen Ebene findet eine Verknüpfung des Gouvernementalitätskonzeptes mit der kritischen Behinderungsforschung statt, um den Gegenstandsbereich, nämlich das Regieren von mentaler Behinderung greifbar zu machen.

³⁹ Siehe dazu: Kapitel 5.3

Worin liegen die Bedeutungen von Freiheitsbeschränkungen und welchen Einfluss hat die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen auf diese Praktiken?

Als zeitliche Eingrenzung wurde die Ratifizierung der UN-BRK in Österreich im Jahr 2008 gewählt und bis zum September 2014, genau ein Jahr nach der ersten Staatenprüfung Österreichs durch die *Vereinten Nationen* (UNO) ausgedehnt. In diesem Zeitraum trat außerdem das Zusatzprotokoll zur UN-Antifolterkonvention in Kraft, sodass die Thematik Psychiatrie und Menschenrechte nochmals verdichteter dargestellt werden kann. Der Zeitraum von sechs Jahren scheint somit lange genug, um auf einen Policy-Wandel hin untersuchbar zu sein.

Wenn von Freiheitsbeschränkungen an sogenannten psychisch kranken Menschen die Rede ist, so sind in dieser Arbeit vor allem Menschen gemeint, die durch das Unterbringungsgesetz in die stationäre Psychiatrie gebracht werden, da darauf der Schwerpunkt der Feldforschung gelegt wurde. Zusätzlich meine ich damit aber auch alte Menschen im Kontext von Pflegeeinrichtungen, da ich für dieses Feld eigene berufliche Erfahrungen in die Forschung mit einfließen lassen kann. Die rechtliche Basis bilden nationale Gesetze was bedeutet, dass ich die Untersuchung grundsätzlich auf Österreich beschränke. Da die Feldforschung ausschließlich in Wien stattfand, konzentriert sich die Arbeit nochmals auf einen kleineren Ausschnitt. Menschen im Maßnahmenvollzug sind – mit Ausnahme des ersten Fallbeispiels im Problemaufriss – nicht Gegenstand der Untersuchung.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine argumentativ-interpretative Policy-Analyse durchgeführt, wobei neben der Analyse von Literatur der Schwerpunkt auf die empirischen Ergebnisse aus einer interpretativen Feldforschung mit der Methode der teilnehmenden Beobachtung und qualitativ-teilstrukturierter Interviews gelegt wurde.

Die Rolle der Forscherin konnte in diesem Rahmen keinesfalls eine neutrale sein, sondern sollte dazu dienen, die eigenen Annahmen – die bisweilen aus der eigenen praktischen Tätigkeit resultierten – kritisch zu hinterfragen. Dies schien notwendig, weil es zu untersuchen galt, wie der von der UN-BRK geforderte und von Österreich ratifizierte Paradigmenwechsel, nämlich weg von einem medikalisierten Fürsorge-Denken hin zu einer Menschenrechtspraxis, denkbar und ausführbar gemacht werden könnte.

3 FORSCHUNGSANSATZ

Bei der Strukturierung des Feldes um Freiheitsbeschränkungen, beim Erforschen der Implementierung neuer Policy-Instrumente, die möglicherweise Auswirkungen auf die Praktiken dieses Feldes haben, sowie beim Zugang zur empirischen Forschung speisten sich die theoretischen Überlegungen aus den in diesem Kapitel ausgeführten Quellen. Wobei die methodischen Überlegungen, die Planung und Durchführung der Interviews zum Einstieg ins Feld und die Schritte der teilnehmenden Beobachtung in Kapitel 9 zur interpretativen Feldforschung ausgeführt werden.

3.1 Theoretischer Zugang

Die theoretische Grundlage dieser Arbeit bildet in erster Linie die Forschungsdisziplin und Forschungspraxis der kritischen Behinderungsforschung (Waldschmidt 2007; Tremain 2005; Naue 2005/2010), die ich besonders in den Bereich der Psyche/Seele (Mulvany 2000; Beresford 2000; LeFrançois et al. 2013) hinein erschließen werde. Weiters findet das Konzept der Gouvernementalität von Michel Foucault (Foucault 2000) Verwendung, mit besonderer Berücksichtigung seines Verständnisses von psychiatrischer Macht (Foucault 1976). Das politikwissenschaftliche Werkzeug geben AutorInnen aus dem Bereich der argumentativ-interpretativ-deliberativen Policy-Analyse zur Hand (Fischer 2003; Yanow 2000; Hager und Wagenaar 2003). Deren Ansätze bezeichnen sich als post-positivistisch, womit sowohl eine bestimmte Haltung gegenüber dem Erkenntnisgewinn gemeint ist, als auch das Ansinnen, die Beziehung zwischen Policy-Analyse und den durch sie untersuchten Umwelten neu abzustecken. Aus wissenschaftstheoretischer Sicht wird der gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit (Berger/Luckmann 2010) Rechnung getragen, wobei die Erkenntnismöglichkeit dieser Wirklichkeit interpretativ angegangen wird.

Die kritische Behinderungsforschung versteht ihren Gegenstandsbereich als sozial konstruiert und ihr wesentliches Paradigma ist das soziale Modell von Behinderung, welches jedoch für den Bereich der Seele/Psyche weitaus schwieriger zu argumentieren ist als für den Bereich der körperlichen Beeinträchtigungen – ein Ausdruck der Descart'schen Trennung. Ein Zugang mit Foucaults Arbeiten, wie ihn die kanadische Philosophin Shelley Tremain aufgreift, ermöglicht eine Überwindung dieser Dichotomie.

Eine Policy-Analyse, die danach trachtet, denjenigen, die von Politiken betroffen sind eine zentrale Position und gewichtige Stimme zu verleihen, benötigt eine Herangehensweise, die dem Gegenstandsbereich Behinderung im Sinne einer sozialen Konstruktion gerecht wird. Das hier bearbeitete Politikfeld – Psychiatriepolitik unter besonderer Berücksichtigung von freiheitsbeschränkenden Praktiken – lässt sich seinerseits als Querschnittsmaterie charakterisieren, wobei sich der Justiz- und der Gesundheitsbereich besonders deutlich verschränken. Eine argumentativ-interpretative Policy-Analyse ist durchaus anschlussfähig an Disability Studies, vor allem hinsichtlich des Anspruchs, dass nicht *über* Menschen mit Behinderungen geforscht wird, sondern – wie Anne Waldschmidt und Werner Schneider ausführen – Impulse der Selbstvertretung und Selbstorganisation aufgegriffen werden (vgl. Waldschmidt/Schneider 2007: 13). Menschen mit Behinderungen werden als ExpertInnen in eigener Sache verstanden. Fragen, wie dieses Wissen Eingang in die Forschung, in die Gestaltung von Politiken und politischen Prozessen findet, wer letztlich als ExpertIn gilt und was Expertise ausmacht, das ist für die Politikwissenschaft von Interesse (vgl. Fischer 2006/2009). Dementsprechend werden vorwiegend Methoden aus dem qualitativen Bereich verwendet, um die menschlichen Möglichkeiten des Erkennens und Interpretierens der sozialen Welt durch Kommunikation sowie dem Charakter dieses Wissens nachzuspüren (vgl. Yanow 2000: 7).

Die Analyse der Prozesse der Implementierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen lässt sich auf unterschiedlichen Ebenen beobachten: Auf lokaler Ebene, wie sie von Interessensgruppen von Menschen mit Behinderungen rezipiert wird. Auf internationaler Ebene durch Überwachungsmechanismen und Prüfverfahren, die wiederum Einfluss auf die nationale Ebene zeitigen, auf der gleichzeitig neue AkteurInnen das Feld betreten haben. Dies öffnet neue Räume und Foren, in denen die Beziehungen der AkteurInnen neu verhandelt werden können und diese Machtverschiebung von government zu governance (vgl. Naue 2005) werden im Rahmen dieser Arbeit diskutiert.

3.1.1 Disability Studies

Was die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen auszeichnet, ist ein Paradigmenwechsel weg von einem medikalisierenden und an Fürsorge orientierten Modell hin zu einem sozialen Modell (Schulze 2010: 39; ÖAR 2013: 17). Diese beiden Modelle und der damit einhergehende Paradigmenwechsel sind die wesentlichen Bausteine der Disability Studies. Dieses Kapitel beleuchtet insbesondere Behinderung als soziales

Konstrukt und die Macht der Normalisierung im Bereich der Psyche/Seele. Das Verständnis des Paradigmenwechsels ist insofern von großer Bedeutung, da es der Debatte um Freiheitsbeschränkungen eine neue Richtung weisen könnte.

3.1.1.1 Behinderung – Eine Frage der Macht!

„So muss doch jetzt die Frage lauten: gibt es ein anderes legitimes (!) wissenschaftliches Verständnis von Menschen in psychischen, psychiatrischen Krisen, das es erlaubt, dass Menschen nicht pauschal immer immanent entmündigt werden. – Ich glaube schon! Jedoch muss das erst einmal fachlich, dann politisch, juristisch, administrativ durchgesetzt werden. Und jetzt sind wir dann auf einmal bei der Frage nach der verborgenen Kompatibilität der Mainstream-Psychiatrie zu spezifischen (Herrschafts-) Interessen, die mehr oder weniger elegant durch die Behauptung von Fürsorglichkeit oder Wissenschaftlichkeit kaschiert werden“ (Herr L., E-Mailkorrespondenz vom 13. November 2012).

Diese Aussage stammt von einem Psychologen mit eigener Psychiatrieerfahrung, den ich im Rahmen meiner Feldforschung kennengelernt hatte, und mit dem ich über einen längeren Zeitraum, sowohl in persönlichem wie auch in E-Mail Kontakt – aus dem hier zitiert wird – stand. In diesem stellt er die wichtige Frage nach der Natur und der Erkenntnismöglichkeit sogenannter psychischer Krankheiten. Dieses „andere“ Verständnis zu suchen und zu gewinnen fordert einerseits die UN-BRK durch den bereits mehrfach erwähnten Paradigmenwechsel und ist andererseits wesentliches Forschungsprogramm der Disability Studies. Die Disability Studies offerieren genau diese Erkenntnismöglichkeit, nämlich der sozialen Konstruktion der Kategorie „Behinderung“ nachzuforschen. Dabei zeigte sich jedoch im Verlauf der Forschungstätigkeit, dass das soziale Modell – eine wichtige Denkfigur, wenn nicht sogar die Basis oder das Paradigma der Disability Studies (Waldschmidt 2007: 120) – durch die Anwendung im Bereich der Psychiatrie an seine Grenzen stößt. Diese Grenzen und mögliche Grenzüberschreitungen sollen an dieser Stelle aufgezeigt werden. An dieser Stelle sei jedoch so viel verraten, dass eben jene Grenzen durch das gegenwärtige Forschungsprogramm der Mad Studies erweitert werden können.

Für die Arbeit im Forschungsfeld war es notwendig, „die Psychiatrie“ zu konzeptualisieren bzw. einen entsprechenden Arbeitsbegriff dafür zu finden. Denn unter Psychiatriepolitik kann vieles verstanden werden: Damit sind Institutionen gemeint (wie die stationäre Psychiatrie, Ambulanzen, aber auch Pflegeheime oder Orte, wo Psychiatrie betrieben wird, etc.); es sind damit Gesetze gemeint (wie das Unterbringungsgesetz, aber auch diverse Gesetze, die die Begriffe „psychisch krank“ führen) und es sind damit auch Vorstellungen

oder Vorurteile und Werthaltungen (was als normal, verrückt, krank, anders, etc. gilt), die damit wesentlich die beiden anderen Bereiche beeinflussen, gemeint. Nikolas Rose, ein englischer Sozialwissenschaftler, der sich intensiv mit der Psychiatrie auseinandersetzt hat verwendet – wie bereits in der Einleitung erwähnt – den Begriff Psychiatrie für „verschiedenartige, komplexe und umkämpfte Beziehungen zwischen unterschiedlichen Berufsständen, die für sich beanspruchen, Schwierigkeiten im Verhalten in Form von theoretischem und praktischem Wissen über die Wechselfälle der Psyche/Seele zu identifizieren und angesichts dieses Wissens auf Menschen einwirken“ (Rose 1996: 4, Übersetzung DA).

3.1.1.2 Behinderung als soziales Konstrukt

Disability Studies bedeutet Forschen über die soziale Konstruktion der Kategorie „Behinderung“. Die Nähe zum sozialen Konstruktivismus (vgl. Berger/Luckmann 2010) klingt hier bereits an. Behinderung als Konstrukt zu verstehen bedeutet nicht, dass sie nicht existiert, sondern heißt viel eher, sie als etwas „kulturell Produziertes und sozial Strukturiertes“ zu begreifen. Das kulturell Produzierte deutet auf einen Prozess hin. Das sozial Strukturierte kann bedeuten, dass das Produkt insofern sozial strukturiert ist, als dass es eine in einem sozialen Umfeld existierende Struktur besitzt. Gleichzeitig kann es bedeuten, dass das Produkt durch einen als soziale Strukturierung bezeichneten historischen Prozess geprägt wird (Hacking 1999: 66). Ian Hacking zieht etwa das Beispiel Behinderung heran, um bei einer sogenannten sozialen Konstruktion die Unterscheidung zwischen Prozess und Produkt zu schärfen und warnt zugleich, dass beides „unvermeidlich miteinander verflochten“ ist (ebd.: 67). Bei der Interpretation der Unterscheidung wird augenscheinlich, dass konstruktivistische Ansätze ein starkes Interesse an Fragen der Macht haben, dass Machtbeziehungen bei Wissenskategorien entlarvt werden können, um „die Unterdrückten zu befreien“, wobei davon ausgegangen wird, dass Macht nicht einfach von oben nach unten ausgeübt wird, sondern dass Menschen mit Behinderung auch aktiv an Machtstrukturen beteiligt sind (ebd.: 94f.).

Bei den Disability Studies besteht das emanzipatorische Moment gerade darin, dem „Geworden sein“ einer Kategorie nachzugehen und Möglichkeiten der Dekonstruktion zu erschließen – oder wie Peter Berger und Hansfried Kellner schreiben: „Jeder Akt bewusster Aufmerksamkeit auf institutionalisiertes Verhalten ist der Beginn von Entinstitutionalisierung“ (Berger/Kellner 1984: 139). Damit wird immer deutlicher, dass

der vermeintlich objektive Tatbestand einer Behinderung oder einer psychischen Krankheit keineswegs naturgemäß gegeben oder nicht hinterfragbar ist. Dieses soziale Phänomen gibt es – wird mit Foucault argumentiert – überhaupt erst dann, wenn sich „diskursive Strategien und Machtpraktiken“ (Waldschmidt 2007: 123) verbinden. „Für die Disability Studies Foucault’scher Prägung erweisen sich vermeintlich objektive, neutrale Tatbestände, wie beispielsweise ‘geistige Behinderung’ oder Gehörlosigkeit als diskursiv hergestellt; erst durch die disziplinären Macht/Wissen-Formationen sind sie zu gesellschaftlichen Interventionsfeldern geworden“ (Waldschmidt/Schneider 2007: 16). Shelley Tremain beschreibt die Wirkung von psychiatrischem Wissen auf Menschen, von denen über Machtstrategien etwas „gewusst wird“ folgendermaßen: “people who are classified as members of a kind come to have knowledge of the relevant kind, which changes their self-perceptions and behavior, motivates them to forge group identities, and often forces changes to the classifications and knowledge about them”, ein Phänomen, das von Hacking als Looping-Effekt bezeichnet wurde (Tremain 2005: 7; Hacking 1999: 95). Anne Waldschmidt und Werner Schneider legen überzeugend dar, dass das in den Disability Studies produzierte Wissen über Behinderung, Normalität und ihrer Abweichung davon, wichtige Erkenntnismöglichkeiten über das Verhältnis zwischen Individuum, Gesellschaft und Kultur bieten (vgl Waldschmidt/Schneider 2007: 13). Somit öffnet sich auch ein Feld für eine politikwissenschaftliche Analyse.

3.1.1.3 Kurze Geschichte der Disability Studies

Die Disability Studies etablierten sich als interdisziplinäres Forschungsprogramm in den USA und Großbritannien der 1980er Jahre (Waldschmidt/Scheider 2007: 12). Eine Initialzündung einer sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Behinderung und damit eine Abgrenzung zum medizinischen Modell war das 1963 erschienene Buch von Erving Goffman *Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (Waldschmidt/Scheider 2007: 11). Zunächst noch als Randbereich der Soziologie zielten die Disability Studies anfangs darauf ab, aus den Erfahrungen der internationalen Behindertenbewegung Lehren zu ziehen und in Opposition zu einem kurativen Ansatz ein eigenes Profil zu entwickeln (ebd.: 12f.). Theoretische Überlegungen speisten sich aus praktischen Erfahrungen, aus der Selbstorganisation von ForscherInnen mit eigener Behinderungen und der wissenschaftlichen Reflexion von Bewegungsströmen. Die Nähe zur Frauenbewegung/Frauenforschung ist hier offenkundig.

Die Interdisziplinarität des Forschungsprogramms ist Bereicherung und Herausforderung zugleich. Unterschiedliche wissenschaftliche Zugänge und somit auch verschiedene Wissenschaftssprachen benötigen allerdings eine Art Übersetzungsleistung. Am Beispiel der Sonder- und Heilpädagogik wird dies deutlich. Was als „Sonderwissenschaft“ bezeichnet wird, berührt ontologische und erkenntnistheoretische Fragen. Was ist die Natur einer psychischen Erkrankung oder einer Behinderung? Wie wird Erkenntnis darüber gewonnen? Wenn die Kategorie Behinderung zur Disposition steht, dann wird schließlich auch die Legitimität mancher Zugänge zu Wissen hinterfragbar.

Im deutschsprachigen Raum kamen die Disability Studies hingegen mit Verzögerungen an und wurden durch die Professur von Anne Waldschmidt an der Universität Köln institutionalisiert. Man kann also von einer noch recht jungen Forschungstradition sprechen. Seit zehn Jahren gibt es die in Köln gegründete *Internationale Forschungsstelle Disability Studies* (iDiS) oder das 2005 in Hamburg gegründete *Zentrum für Disability Studies* (ZeDiS) (Waldschmidt/Schneider 2007: 14f.). In Österreich forschen Ursula Naue, Volker Schönwiese, Angela Wegscheider, Christine Steger und Heike Raab und gründeten 2009 die Forschungsplattform *DISTA*.⁴⁰ Im Jänner 2011 war die Universität Wien Gastgeberin der interdisziplinären Tagung „Barrierefrei?! Perspektiven der Disability Studies und Gender/Queer Studies auf die Hochschullandschaft.“ Dennoch bleibt das Forschen über Behinderung, insbesondere gemeinsam mit oder durch behinderte Menschen selbst im deutschsprachigen Raum eine Ausnahmeerscheinung. Dies erklärt sich auch durch die Verwendung von vorwiegend englischsprachiger Literatur in dieser Arbeit.

3.1.1.4 Disability – Impairment

„The social model is a liberatory epistemology“, schreiben Kathy Boxall und Peter Beresford und meinen damit, dass dieses Modell ein Verstehen von Behinderung ermöglicht, das sich von medizinischen Erklärungen abgrenzt und stattdessen die physischen, kulturellen und sozialen Umwelten in den Mittelpunkt rückt, welche benachteiligte Menschen - die als behindert bezeichnet werden - ausschließen (Boxall/Beresford 2012: 6). Im sozialen Modell von Behinderung als Grundlage der Disability Studies wird Behinderung als sozial konstruierte Kategorie begriffen (vgl. Naue 2005). Dieses Verständnis trägt dazu bei zu erkennen, warum die Dinge so sind wie sie sind und wie sie künftig sein sollten (Riddell 1996 zit. in: Mulvany 2000: 586).

⁴⁰ <http://dista.uniaability.org> (Zugriff: 23.07.2015).

„Wir sind nicht behindert, wir werden behindert!“ Das soziale Modell ist eng mit dem Namen Mike Oliver verknüpft, der diese Aussage formulierte. Im Englischen ist die sprachliche Unterscheidung zwischen *impairment* und *disability* möglich, wobei sich *impairment* auf eine körperliche Beeinträchtigung bezieht und *disability* die soziale oder gesellschaftliche Auswirkung bezeichnet. Oliver trennt *impairment* und *disability* folgendermaßen: “[*disability*] is the disadvantage or restriction of activity caused by a contemporary social organization which takes no or little account of people who have physical impairments and thus excludes them from the mainstream of social activities” (Oliver 1990: 11 zit. in: Mulvany 2000: 584). “*Impairment*, on the other hand, refers to some bodily defect, usually constituting a ‘medical classified condition’” (Barnes et al. 1999: 7 zit. in: ebd.). Die *Union of Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS) definiert 1976 *impairment* etwas plastischer, nämlich als „lacking part or all of a limb, or having a defective limb, organism or mechanism of the body“ (Hughes/Paterson 1997: 328).

„Das soziale Behindерungsmodell postuliert eine Dichotomie zwischen der medizinischen oder psychologisch diagnostizierbaren Beeinträchtigung oder Schädigung (*impairment*) und der aus ihr resultierenden sozialen Benachteiligung (*disability*). Dem Modell folgend ist Behindierung (*disability*) nicht das Ergebnis einer medizinischen Pathologie, sondern ein Produkt sozialer Ausschließungs- und Unterdrückungsmechanismen“ (Waldschmidt 2007: 120).

Diese Dichotomie wurde jedoch kritisiert. Auch die fehlende Kausalbeziehung zwischen *impairment* und *disability* wurde in Frage gestellt. VertreterInnen des sozialen Modells sehen weder in *disability* eine zwingende Konsequenz von *impairment*, noch in *impairment* eine Bedingung von *disability* (Oliver 1996 zit. in: Tremain 2005: 9). “The strict separation of the categories of *impairment* and *disability* that this model of *disability* claimed to institute would seem to be a chimera” (Tremain 2005: 10). Die beiden schottischen Sozialwissenschaftler Bill Hughes und Kevin Paterson konzedieren zwar, dass sich die Trennung zwischen *impairment* und *disability* für die Emanzipationsbewegung als nützlich erwiesen habe, die Trennung führe aber im Bereich der Identitätspolitik zu einem fragwürdigen cartesianischen Subjektbegriff. Das Problem des Geist-Körper-Dualismus wurde durch die Unterscheidung zwischen *impairment* und *disability* fortgeführt (vgl. Hughes/Paterson 1997: 329). Nicht nachvollziehbar sei zudem, warum das soziale Modell den behinderten Körper ohne weiteres der Medizin überlasse (vgl. Waldschmidt 2007:

123). Die zentrale These von Hughes und Paterson lautet daher: "Impairment is social and disability is embodied" (Hughes/Paterson 1997: 336 zit. in: Waldschmidt 2007: 123).

Die kanadische Philosophin Shelley Tremain gründet ihre Thesen auf Michel Foucault und dreht in Anlehnung dessen das Verhältnis um, wie Anne Waldschmidt verdeutlicht:

„Nicht Behinderung sei der Effekt von Beeinträchtigung; vielmehr werde ‚disability‘ als soziale Benachteiligung konstruiert, um ‚impairment‘ als Interventionsebene herzustellen und gleichzeitig der sozialen Praxis zu entziehen, indem sie als vorgängige, ‚natürliche‘ Ebene gedacht werde. Tatsächlich sei auch ‚impairment‘ – ebenso wie ‚disability‘ – ein Diskursprodukt auch wenn sie üblicherweise nicht als soziokulturelle Kategorie wahrgenommen werde“ (Waldschmidt 2007: 121).

Waldschmidt schreibt, dass Tremain hierbei die Macht ins Spiel bringt:

„Die erfolgreich vollzogene, überaus wirkmächtige Naturalisierung von ‚impairment‘ habe die Neutralisierung und Entpolitisierung der verkörperten Abweichung ‚disability‘ zur Folge. Entsprechend werde der Machtkampf um das, was Behinderung in der modernen Gesellschaft bedeutet nur noch auf der Ebene von ‚disability‘ geführt. Weil dieser Kampf jedoch auf ideologischen Verkürzungen beruhe und die eigentlichen, das Problem konstruierenden Faktoren nicht berühre, könne sich an den realen Lebensbedingungen behinderter Menschen nichts ändern. Demgegenüber sei es Aufgabe der Disability Studies, gerade auch auf die soziale Konstruiertheit von ‚impairment‘ aufmerksam zu machen“ (ebd.).

Folgt man Foucaults Zugang, dann zeigt sich, dass sehr wohl eine Kausalbeziehung zwischen impairment und disability vorliegt. So unterstreicht Tremain, dass es eben genau diese Kategorie impairment braucht, um staatliche Praktiken zu legitimieren, die sich ausschließlich auf impairment stützen (Tremain 2005:11).

Weiters zeigt sich, dass impairment im Bereich der Psyche noch schwieriger zu dekonstruieren ist, als im physischen Bereich um die Trennung von Körper-Geist heranzuziehen. Der ontologische Status von Wahnsinn ist problematisch (Mulvany 2000: 589). Marian Barnes und Polly Shardlow stellten noch 1996 fest, dass es der Soziologie nicht gelungen sei, ein alternatives Modell – ähnlich wie das soziale Modell von Behinderung – für den Bereich der Seele/Psyche zu entwickeln, das für diejenigen, die davon betroffen sind hilfreich sein könnte (Barnes/Shardlow 1996 zit. in: Mulvany 2000: 589).

3.1.1.5 Die Macht der Norm

Anne Waldschmidt stellt eine ähnliche Frage: Was haben psychisch kranke Menschen, RollstuhlfahrerInnen und Menschen mit anderen Erfahrungen von Behinderung gemein? Bei der Antwort dieser Frage bezieht sie sich auf Jürgen Link und ordnet eine Gemeinsamkeit darin, dass diese Menschen als „nicht normal“ gelten und durch Interventionen „normal gemacht werden sollen“ (Link 2004 zit. in: Waldschmidt 2007: 128).

„Mit Foucault kann die Herstellungsweise von Behinderung als ein Beispiel für die spezifische Ambivalenz der Moderne gelesen werden: In ihrem Bestreben, die als behindert geltenden Menschen ‘normal zu machen’, schwankt die moderne Gesellschaft widersprüchlich zwischen Förderung und Internierung, Exklusion und Teilhabe, Normierung und Normalisierung“ (Waldschmidt/Schneider 2007: 17).

Dem Begriff „normal-Machen“ sind bereits zwei Aspekte von Macht immanent. Man kann dieses Machen als Ausdruck von Disziplinarmacht sehen, oder auch als ein Zeichen von Biomacht, wofür auch Shelley Tremain plädiert (vgl. Tremain 2005). Michel Foucault führt im letzten Kapitel seines Buchs *Der Wille zum Wissen* (1977) eine Konzeption von Macht ein, die er als Biomacht oder Biopolitik bezeichnet und die davon gekennzeichnet ist, dass ihre Bedeutung im Vergleich und auf Kosten des juridischen Systems wächst. „Eine Macht aber, die das Leben zu sichern hat, bedarf fortlaufender, regulierender und korrigierender Mechanismen“ (Foucault 1977: 139). Der Biomacht geht es darum,

„das Lebende in einem Bereich von Wert und Nutzen zu organisieren. Eine solche Macht muß eher qualifizieren, messen, abschätzen, abstufen (...). Statt die Grenzlinie zu ziehen, die die gehorsamen Untertanen von den Feinden des Souveränes scheidet, **richtet sie die Subjekte an der Norm aus**, indem sie sie um diese herum anordnet“ (ebd., Herv. DA).

Bill Hughes versteht Behinderung als das Produkt moderner Biomacht. Gesellschaftliche Institutionen reagieren auf Behinderung mit Praktiken des Ein- bzw. Ausschlusses (Hughes 2005: 34). Die Art und Weise ihrer besonderen Inklusion oder Exklusion ist hier von Interesse.

Eine juristische Konzeption der Gebote und Verbote geht davon aus, dass Macht besessen wird. Foucault hingegen argumentiert, dass Macht eben nicht besessen wird. „Die Macht kommt von unten, d.h., sie beruht nicht auf der allgemeinen Matrix einer globalen Zweiteilung, die Beherrschter und Beherrschte einander entgegengesetzt und von oben nach

unten auf immer beschränktere Gruppen und bis in die letzten Tiefen des Gesellschaftskörpers ausstrahlt“ (Foucault 1977: 95). Macht wird vielmehr ausgeübt und existiert nur im Handeln (Tremain 2005: 4).

„Ich will damit nicht sagen, daß sich das Gesetz auflöst oder daß die Institutionen der Justiz verschwinden, sondern daß das Gesetz immer mehr als Norm funktioniert und die Justiz sich immer mehr in ein Kontinuum von Apparaten (Gesundheits-, Verwaltungsapparaten), die hauptsächlich regulierend wirken, integriert“ (Foucault 1977: 139).

Die Mechanismen der Interventionen richten sich an einer Norm aus, nämlich der Norm des Durchschnittsmenschen. Lennard Davis hat die Norm in Form der Gauß'schen Glockenkurve als „Symbol der Tyrannie der Norm“ (Davis 1995: 13 zit. in: Waldschmidt 2007: 127) bezeichnet. Diese Tyrannie der Norm wirkt vor allem an den Rändern und an den Grenzen zwischen Norm und Nicht-Norm (Naue 2010: 11).

Georges Canguilhem erarbeitete den Begriff „normal“ in etymologischer Hinsicht aufschlussreich: Norma ist das Winkelmaß. Normal ist, „was sich weder nach links noch nach rechts neigt, was sich also in der richtigen Mitte hält“ (Canguilhem 1974: 81). Das deutet gleichzeitig auf ein Faktum hin, sowie auf einen Wert, ein Werturteil, wie etwas sein soll, quasi „normativ“ wirkt. Foucault zitiert seinen Lehrer Canguilhem und schreibt: „Die Norm trägt mithin einen Machtanspruch in sich. Die Norm ist nicht einfach ein Erkenntnisraster, sie ist ein Element, von dem aus eine bestimmte Machtausübung begründet und legitimiert werden kann“ (Foucault 2003a: 72). „Macht und Machtverhältnisse sind an Normvorstellungen gekoppelt, diese wiederum an ein bestimmtes Verständnis von Behinderung“ (Naue 2010: 12).

„Das Etikett 'behindert' hat bei allen Kategorisierten einen prekären Status zur Folge, eine Subjektivität, die zu allererst 'unter Verdacht' steht, deren Vorhandensein bewiesen und nicht widerlegt werden muss. Trotz aller Erfolge um Inklusion, Anerkennung und Partizipation, die zumindest in der westlichen Welt für einen Großteil behinderter Menschen in den letzten Jahren erzielt wurde, im Wesentlichen gilt immer noch: Behindert zu sein bedeutet, gleichsam auf der 'anderen' Seite verortet zu werden, einen Platz zu erhalten nicht im Reich der Vernunft, Kultur und Normalität, sondern in dem der Unvernunft, Natur und des Pathologischen. Der binäre Code wird immer wieder hergestellt – allerdings immer wieder auf eine neue Weise!“ (Waldschmidt 2007: 126).

Erving Goffman wies in seinem Buch *Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (1967) darauf hin, dass es sich bei stigmatisierten Menschen, die als

nicht normal betrachtet werden, nicht um Personen handelt, sondern eher um Perspektiven. Der binäre Code zwischen normal und nicht normal wird in sozialen Situationen erzeugt (Goffman 1967: 170).

Was bedeutet es im Bereich der Psyche, nicht normal zu sein? Bedeutet es, krank zu sein, oder unangepasst und widerspenstig zu sein? Diese Bedeutungsinhalte verweisen bereits auf die alte Trennung zwischen den Sichtweisen, ob jemand krank ist und somit der Verantwortung für sein/ihr Handeln enthoben werden kann, oder ob jemand renitent scheint und durch Strafe „zur Räson“ gebracht werden soll. Diesen Motiven begegnet man am Beispiel der psychiatrierfahrenen Menschen sehr häufig und sie haben Auswirkungen auf Maßnahmen, die die Gesellschaft eben dann setzen kann. Florian Oberhuber definiert an anderer Stelle den Wohnungslosen als „das Substrat von Biomacht und Gesetzesmacht in einem Punkt, wobei diese Fokussierung eine eigentümliche Dialektik von Exklusion und Inklusion antreibt“ (Oberhuber 1998: 26; Aigner 2009: 26). Im Bereich der Freiheitsbeschränkungen an sogenannten psychisch kranken Menschen lässt sich dieser Befund wiederfinden. Die Gesetzesmacht interagiert mit Biomacht und die „das Besondere aussondernde Macht wird als Hilfe definiert“ (Oberhuber 1998: 27, Herv. im Original).

„Die Frage lautet nicht, wie Macht sich manifestiert, sondern wie sie ausgeübt wird, also was da geschieht, wenn jemand, wie man sagt, Macht über andere ausübt“ (Foucault 2005b: 251). Bei Machtbeziehungen kommen zwei Aspekte zum Vorschein: Derjenige, auf den Macht ausgeübt wird, muss durchgängig als handelndes Subjekt anerkannt werden und es muss sich dabei ein ganzes Feld möglicher Antworten, Reaktionen und Wirkungen öffnen (ebd.: 255). Mit Foucault wird klar, dass das verrückte Subjekt nicht unfrei ist: „you know very well that the mad subject is not an unfree subject, and that the mentally ill person is constituted as a mad subject precisely *in relation to and over against the one who declares him mad*“ (Foucault 1984/1994: 33, Herv. DA).

3.1.1.6 Impairment oder Disability der Seele?

Wie kann das „soziale Modell“ für Menschen mit Psychiatrierfahrung aufbereitet werden bzw. wie lässt sich impairment beschreiben und dekonstruieren?

Wie bereits an vorangegangener Stelle herausgearbeitet, teilen Menschen mit Psychiatrierfahrung und Menschen mit anderen Formen von als Behinderung interpretierter Normabweichung die Erfahrung, Interventionen des normal-Machens

zeitweise zu erleben. Dennoch ist die Frage, ob sich Menschen mit Psychiatrieerfahrung zu behinderten Menschen „zählen“ bislang alles andere als klar beantwortet worden (vgl. Pilgrim/Tomasini 2011: 68). Da im Verlauf der vorliegenden Arbeit jedoch argumentiert wird, dass die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen Auswirkungen auf Politiken hinsichtlich sogenannter psychisch kranker Menschen hat, ist es relevant, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten. Peter Beresford, Professor für Sozialpolitik, der selbst Psychiatrieerfahrung sammelte, stellte in seinem Artikel unter dem Titel „What Have Madness and Psychiatric System Survivors Got to Do with Disability and Disability Studies?“ im Jahr 2000 fest, dass es keine klare Übereinkunft im Disability Diskurs darüber gibt, ob der Wahnsinn einen Platz hat und Teil der Debatte ist oder nicht.

Viele Psychiatrieerfahrene – bei Beresford „psychiatric system survivors“ genannt – wollen sich nicht als behindert verstanden wissen und bezeichnen sich selbst auch nicht so. Sie assoziieren Behinderung mit Medikalisierung, weisen biologische und genetische Erklärungen für ihren Zustand zurück und feiern stattdessen ihre Verschiedenheit und ihre außergewöhnlichen Wahrnehmungen. Dem gegenüber gestellt, sehen auch behinderte Menschen Psychiatrieerfahrene nicht als behindert an, da diese keine körperlichen Beeinträchtigungen leiden und ihr Zustand auch nicht andauernd ist. Beiden Seiten gemein ist die Angst „being linked with the negatives that are often associated with the other“ (Beresford et al. 1996 zit. in: Beresford 2000: 169). Doch sogenannte psychisch kranke Menschen müssen sich mitunter als behindert deklarieren (lassen), um Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Dem ist ein medizinisches Modell des Diagnostizierens in Form von psychiatrischen Gutachten eigen. Gemeinsamkeiten bestehen durchaus zwischen den zwei „populations“, zumal manche Überlebende (psychiatric system survivors) Beeinträchtigungen (impairments) in Folge von chemischer (medikamentöser) Behandlung erlitten. Beresford schließt damit an Colin Barnes und die „original definition of impairment“ (Barnes 1999 zit. in: Beresford 2000: 169) an, die auf physisch Sichtbares verweist. Hinzukommt, dass beide Seiten Subjekte von Diskriminierung und Unterdrückung sind. „The denial of their human and civil rights is a shared experience of disabled people and survivors“ (ebd.: 169f.).

Bei den Selbstermächtigungsbewegungen, wie etwa „survivor movement“ oder der „Behindertenbewegung“, gibt es laut Beresford Unterschiede in den jeweiligen Erfolgen oder Effekten. In aktuellen Disability Diskursen fänden Menschen mit

Psychiatrieerfahrung ihren Platz irgendwo zwischen Menschen mit physischen oder sensorischen Beeinträchtigungen und Menschen mit Lernschwierigkeiten. "The latter have increasingly been included in disabled people's discussion, but usually through the interpretations of non-disabled people. 'Survivors' perspectives are less likely to appear, but are more likely to be under their own control" (Beresford 2000: 170f.). Im Gegensatz zur Behindertenbewegung habe sich die Situation für Menschen mit Psychiatrieerfahrung eher noch verschlechtert.

"'Public safety' is now explicitly the central concern of government mental health policy. The emphasis is on the dangerousness and 'otherness' of mental health service users. (...) Medicalised individual interpretations of madness and distress have been reinforced and there is a new commitment to institutional provision (...). So far the impact of the 'survivors' movement on these developments has been marginal and its involvement in the development of policy minimal or tokenistic" (ebd.: 168).

Impairment als medizinisch verstandene Kategorie scheint im Bereich der Seele beinahe unhinterfragbar. Sämtliche Probleme und Behinderungserfahrungen von sogenannten psychisch kranken Menschen werden als essentiell medizinische Probleme konzeptualisiert (Mulvany 2000: 594).

Und dennoch hinterfragen Menschen mit Psychiatrieerfahrung den nur vordergründig objektiven Begriff „impairment“ und sprechen von einer Medikalisierung von „distress“ und „dissent“ (Plumb 1994/2011). Anne Plumb zitiert eine Definition von disability durch das *SPECTRUM – Centre for Independent Living* (CIC). Demnach fallen unter den Begriff Behinderung, Menschen mit physischen, sensorischen, psychologischen, emotionalen oder anderen versteckten („any other hidden impairment“) Beeinträchtigungen und so seien Menschen mit Lernschwierigkeiten, Psychiatrie-Überlebende und andere bereits mit gemeint (vgl. ebd.: 4). Plumb, die sich selber als Überlebende des psychiatrischen Systems bezeichnet, kritisiert, dass psychische Not als „hidden impairment“ bezeichnet wird, so dass – allen Bemühungen in Richtung eines sozialen Modells zum Trotz – das medikalierte Modell, als „chemische Unausgeglichenheit“ wieder zum Vorschein kommt. Erneut stellt sich die Frage, nach der Natur der angeblich „nicht-normalen“ Ausdruckweise der Seele. Eine nicht-individualisierende Sichtweise wird durch die Verwendung der Begriffe „distress“ und „dissent“ erschlossen. Menschen sind notleidend, weil bzw. wenn sie in irgendeiner Weise von der Norm abweichen und das bindet sie wieder an Gesellschaft und Kultur. Nehmen diese dann psychiatrische Dienste in Anspruch, oder

werden geradezu gezwungen dies zu tun, können sie als mental notleidend (mentally distressed) bezeichnet werden (Plumb 1994/2011: 6).

Harald Hofer beschreibt in der Zeitschrift *Kuckucksnest* den Zusammenhang zwischen Psychiatrie und Gesellschaft folgendermaßen:

„Gesellschaftspolitisch spiegelt sich in der Peripherie der Gesellschaft immer ihr Zentrum. Das heißt die Randgruppen, die am Rande der Gemeinschaft leben, lassen auf die Probleme der ganzen Gesellschaft schließen. (...) Die Psychiatrie jedenfalls bildet einen Spiegel von Peripherie und Zentrum zugleich“ (Hofer 1984: 25f.).

Die „Besonderheit“ im Bereich der Psychiatrie liegt auch darin, dass Behandlungen unter bestimmten Voraussetzungen ganz legal auch gegen den Willen eines Menschen durchgeführt werden können, weil an der Existenz einer psychischen Krankheit nicht gezweifelt wird. Auch wenn Psychopharmaka von Menschen immer wieder als hilfreich empfunden werden – was an der stimmungsverändernden Wirkung dieser Medikamente liegen mag –, so ist dies noch lange kein Beweis für einen Defekt (Plumb 1994/2011: 7). Medikation gegen den Willen eines Menschen wurde an vielen Stellen von Psychiatrie-Überlebenden als Körperverletzung bezeichnet. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen untermauert diese Sichtweise. Man kann sagen, dass Behinderung (im Sinn von impairment) ein Produkt eines medizinisch-fürsorgerischen Diskurses ist (vgl. Hughes 2005: 82). Für die Disability Studies, die an Michel Foucaults Überlegungen anschließen, erweisen sich vermeintlich objektive, neutrale Tatbestände, wie etwa „mentale Behinderung“ als diskursiv hergestellt. „Erst durch die entsprechenden disziplinären Macht/Wissen-Formationen sind sie zu gesellschaftlichen Interventionsfeldern geworden“ (Waldschmidt/Scheider 2007: 16).

Selbst wenn akzeptiert wird, dass mentale Behinderung ein durch Institutionen hergestellter Effekt von „distress“ und „dissent“ ist, so bleibt der Körper doch gänzlich unsichtbar. Plumb argumentiert in diesem Zusammenhang, dass sich medizinisch induzierte, iatrogene Beeinträchtigungen bei manchen auch körperlich äußern, also impairment erst durch Behandlung erzeugt wird (Plumb 1994/2011: 6). Wie kann also der Körper wieder in Erscheinung treten?

Julie Mulvany meint hierzu, dass das Selbst, Identität und Agency nicht unabhängig von Körper – egal ob behindert oder nicht behindert – untersucht werden kann und schlägt

daher den Begriff der „embodied irrationality“ (verkörperlichte Unvernunft) vor. Das Konzept der Verkörperlichung erlaubt, den Körper sowohl als biologisches Phänomen als auch als soziales Produkt zu sehen. Anhand des Konstrukts der verkörperlichten Unvernunft könnte untersucht werden, wie Menschen Wahnsinn/Unvernunft (körperlich) erleben, ohne auf biologische Erklärungsmuster zurückgreifen zu müssen (Mulvany 2000: 590). Sowohl aus der Literatur, als auch aus meiner Feldforschung geht hervor, dass Menschen, die sich als psychiatrisch beeinträchtigt fühlen in unterschiedlichem Ausmaß auch auf biologische Erklärungsmuster zurückgreifen. Nikolas Rose beschreibt in seinem Artikel unter dem Titel „Neurochemical Selves“ das Phänomen der „somatic individuality“ (körperlichen Individualität). Darunter versteht er die Tendenz, Schlüsselaspekte der eigenen Individualität in körperlichen Begriffen zu beschreiben und den Körper in der Sprache der Biomedizin zu begreifen. Hoffnungen und Ängste werden in die Medizinsprache codiert, Heilung und Verbesserung vollzieht sich durch Einwirken auf den Körper, wobei das Gehirn als Sitz der Störung und Gegenstand der Behandlung verstanden wird (Rose 2003: 54).

Gelten nun Menschen mit verkörperlichter Unvernunft oder mit einer Störung der somatischen Individualität als behindert? Bill Hughes und Kevin Paterson haben sich mit dem Verschwinden des Körpers und mit der Wiederentdeckung einer Soziologie von impairment auseinandergesetzt. Impairment ist deren Verständnis nach mehr als ein medizinisches Konstrukt, es ist gleichzeitig Erfahrung und diskursive Konstruktion und ein Verstehen von impairment ist essentiell für die Entwicklung einer sozialen Theorie von Behinderung (Hughes/Paterson 1997: 329). Die diskursive Konstruktion besteht darin, dass Sprache und Metaphern ein Vehikel sind, um körperlichen Sinnesempfindungen und Handlungen einen Sinn zu geben. Die beiden Autoren beziehen sich auf Foucault, wenn sie ausführen, dass Sprache und Wissen Macht ist, die sich in die Körper einschreibt. Foucault sieht den Körper als ein Wissensobjekt und als Ziel für die Ausübung von Macht, um gelehrige und produktive Körper zu schaffen (ebd.: 332). Eine poststrukturalistische Herangehensweise kann es möglich machen, impairment aus dem medizinischen Rahmen herauszulösen. „If medical language produces impaired bodies, then it can be deconstructed. (...) Meaning follows the name (or diagnostic label), and its iteration produce a particular genus of body with its appropriate signs, symptoms, behavior and normative expectations“ (ebd.: 333). Aus poststrukturalistischer Sicht ist impairment also kein biologisches Faktum, sondern ein diskursives Produkt. Gleichzeitig existiert der

Körper – behindert oder nicht behindert – als „erfahrender Handelnder“ („experiencing agent“), als Subjekt (Merleau-Ponty 1962 zit. in: Hughes/Paterson 1997: 334). Der Körper wird nicht nur erlebt, er ist auch die Basis von Erfahrung, er ist „our point of view on the world“ (Crossley 1995 zit. in: ebd.: 335).

Dan Goodley stellte 2011 die Frage, ob die Disability Theorie in der Lage ist, Politiken von „mental health“ zu erklären und kam zu dem Schluss, dass, wenn der Postkonventionalismus eine Synthese mit der kritischen Behinderungsforschung eingeht, gegenwärtig das größte und spannendste Potential dazu bestünde. Der Postkonventionalismus verbindet Elemente von Phänomenologie, Poststrukturalismus und zum Teil psychoanalytischen Elementen, um die bislang eher unhinterfragte „Gegebenheit“ des Körpers herauszufordern. Der Begriff „postkonventionalistische Theorie“ wurde von Margrit Shildrick verwendet, um behinderte Körper/Seelen auf einer Linie mit Fähigkeit, Potential und Möglichkeit neu aufzustellen. Gerade der nicht-normale Körper ist eine Möglichkeit, über Werte, Ethik und Körperpolitiken nachzudenken (Shildrick 2009 zit. in: Goodley 2011: 66). Donna Haraway spricht von der „Randperspektive“, die wichtige Erkenntnismöglichkeiten liefert. Aus einer erkenntnistheoretischen Perspektive liefert das lokale Wissen derjenigen, die an den Rändern stehen und eine Untersuchung der „politics of positioning“, einen Schlüssel zum Verstehen (Haraway 1991 zit. in: Fischer 2003: 137).

3.1.1.7 Mad Studies

Die Mad Studies verstehen sich als Teil der Critical Disability Studies und nehmen Anleihen aus den Bereichen der kritischen Psychiatrie, der Antipsychiatrie, von kritischen TherapeutInnen, der Bewegung um Psychiatrieüberlebende und der Mad Community, wie Brenda LeFrançois in ihrem Vortrag im Rahmen der „Disability Conference“ in Lancaster im September 2014 ausführte (vgl. LeFrançois 2014). Der Beginn der Mad Studies lässt sich auf den Mai des Jahres 2008 zurückführen, als Richard Ingram auf einer Konferenz zu den Disability Studies an der *Syracuse University* im US-Bundesstaat New York davon sprach, dass sich durch die Bewegungen von Psychiatrieüberlebenden und Mad Pride eine „Mad Studies“-Perspektive gewinnen ließe, die zu einer transformativen Re-Evaluation der Kategorie „Madness“ führen könnte (Reville 2013: 171).

David Reville, ein „long-term Mad activist“ (LeFrançois et al. 2013: 381), der die Entstehung der Mad Studies in der Publikation *Mad Matters* nacherzählt, unterrichtete ab

2004 an der *Ryerson University* in Toronto die „Geschichte des Wahnsinns“ und trat damit in die Fußstapfen von Geoffrey Reaume, der bereits ab 2002 einen Kurs zu „Mad People’s History“ an eben derselben Universität hielt (Reville 2013: 171). Im Mai 2012 wurde die *Ryerson University* als Veranstaltungsgort für die erste internationale Konferenz der Mad Studies gewählt (Coyle 2012). Die *Ryerson University* sowie die *York University* – ebenso in Toronto ansässig – kann somit als Wiege der neuartigen Forschungsperspektive/-praxis der Mad Studies angesehen werden. Die Schlüsselfiguren waren dabei neben Reville und Reaume auch die Wissenschaftlerinnen Kathryn Church⁴¹ und Brenda LeFrançois⁴² (Beresford 2014). Die HerausgeberInnen des „Critical Reader in Canadian Mad Studies“ Robert Menzies, LeFrançois und Reaume charakterisieren das Programm der Mad Studies als ein Wissenschaftsprojekt und ein Projekt von politischem Aktivismus. Sie engagieren sich in der Veränderung von unterdrückender Sprache, Praktiken, Ideen und Gesetzen und wertschätzen die Erfahrungen und Kulturen von Psychiatrieüberlebenden. Mad Studies arbeiten interdisziplinär, sind interessiert an einer kritischen Pädagogik und verwenden etwa Michel Foucault als eine Quelle, um Wahrheitsregime herauszufordern (vgl. Menzies et al. 2013: 13ff.).

“In examining *how* mental health/illness is made sense of, we may also learn who is entitled to participate in the production of mental health knowledge, who has the ability, or inability, to control what becomes ‘common’ knowledge, and moreover, who is permitted, or not, to be seen and heard in the making of MHL (mental health literacy)” (Rancière 1994 zit. in: White/Pike 2013: 239, Herv. im Original).

Ein wesentliches Anliegen der Mad Studies ist Erinnerungsarbeit: Die vergangenen Kämpfe der Antipsychiatrie und von Mad Aktivismus im Sinne eines historischen Bewusstseins hochzuhalten und imaginative Horizonte von Raum und Zeit zu erweitern, um Mad People einen Platz in ihren Narrativen zu ermöglichen. Historisch zurückzublicken, bedeutet „recognizing that madness is constructed differently in various historical and cultural contexts, and that there is no real basis of inherent or natural characteristics that define an eternal Mad subject“ (Diamond 2013: 74).

⁴¹ Direktorin und Lehrbeauftragte an der „School of Disability Studies“ an der Ryerson University in Toronto/Kanada.

⁴² Direktorin und Lehrbeauftragte des PhD-Programms an der „School of Social Work“ an der Memorial University of Newfoundland in St. John’s/Kanada und seit über 20 Jahren eine Aktivistin in der „psychiatric survivor movement“ in Kanada und UK.

Strukturelle und ökonomische Kontexte und Machtbeziehungen „in particular, within formations of governance and the state“ (Menzies et al. 2013: 16), ziehen ihre Lehren aus den Gedankengebäuden des Feminismus sowie der Antipsychiatrie, welche sich seit jeher mit der Verbindung von Kapitalismus, Patriarchat und der Reproduktion von Unterwerfung befasst haben. Die Mad Studies müssen sich damit befassen, wie Neoliberalismus und biologische Psychiatrie zusammenhängen. „The Age of neoliberalism has ushered in the ‘healthification of social problems’“ (Morrow⁴³ 2013: 329). Diverse AutorInnen der Mad Studies greifen dabei insbesondere auf die Theorie der Intersektionalität (Crenshaw 1991) zurück. „What it means to be Mad, and to face repression on its grounds, is forever contingent and hinges crucially on these same structural arrangements“ (Menzies et al. 2013: 17).

Ingram beschreibt das Forschungsprogramm der Mad Studies schließlich so: „Mad Studies harbours the potential to be a truly revolutionary in/discipline, bridging the long-standing divide between scholarship and activism, theory and practice“ (Ingram 2008 zit. in: Menzies et al. 2013: 17). Peter Beresford, Professor für Sozialpolitik an der *Brunel University* in London und „long term user of mental health services“ (Beresford 2013: XII), verfasste neben dem Vorwort zur Publikation *Mad Matters* im Oktober 2014 auch für *The Guardian* einen Artikel, in dem er das Programm der Mad Studies vorstellte und hervorhob, dass der Zugang über die Mad Studies eine Landkarte biete, um unser aller mentales Wohlbefinden neu zu überdenken (Beresford 2014). Das *Mad Studies Network*⁴⁴ ist im Internet zugänglich, bietet online viele Ressourcen und lädt aktiv zu Mitarbeit ein.

Wie kurz erwähnt, beziehen sich viele AutorInnen innerhalb der kritischen Behinderungsforschung und der Mad Studies auf Foucaults Anleitung, mächtige Wissenssysteme/Wahrheitsregime herauszufordern. Wie in der Einleitung ebenfalls bereits erwähnt, führt beim Thema Ein- und Aussperren des Wahnsinns kein Weg an der Lektüre von Foucault vorbei. Bei der Beantwortung der Frage, wie Menschen über die Kategorie „psychisch krank“ regiert werden und welche Selbsttechnologien wirkmächtig werden, erweist sich das Konzept der Gouvernementalität von Foucault als hilfreich.

⁴³ Marina Morrow beschäftigt sich in ihrem Beitrag der Publikation „Mad Matters“ mit dem Phänomen „Recovery“.

⁴⁴ <https://madstudies2014.wordpress.com/> (Zugriff: 29.04.2015).

3.1.2 Gouvernementalität des Wahnsinns

Der Begriff der Gouvernementalität wurde von Michel Foucault in einer Vorlesung 1978 folgendermaßen definiert:

„Unter Gouvernementalität verstehe ich die Gesamtheit, gebildet aus den Institutionen, den Verfahren, Analysen und Reflexionen, den Berechnungen und den Taktiken, die es gestatten, diese recht spezifische und doch komplexe Form der Macht auszuüben, die als Hauptzielscheibe die Bevölkerung, als Hauptwissensform die politische Ökonomie und als wesentliches technisches Instrument die Sicherheitsdispositive⁴⁵ hat. Zweitens verstehe ich unter ‘Gouvernementalität’ die Tendenz oder die Kraftlinie, die im gesamten Abendland unablässig und seit sehr langer Zeit zur Vorrangstellung dieses Machttypus, den man als ‘Regierung’ bezeichnen kann, gegenüber allen anderen – Souveränität, Disziplin – geführt hat und die Entwicklung einer ganzen Reihe spezifischer Regierungsapparate einerseits und einer ganzen Reihe von Wissensformen andererseits zur Folge gehabt hat. Schließlich glaube ich, dass man unter Gouvernementalität den Vorgang oder eher das Ergebnis des Vorgangs verstehen sollte, durch den der Gerechtigkeitsstaat des Mittelalters, der im 15. und 16. Jahrhundert zum Verwaltungsstaat geworden ist, sich Schritt für Schritt ‘gouvernementalisiert’ hat“ (Foucault 2003b: 820f.).

Der Begriff Gouvernementalität ist ein Kunstbegriff, der Regieren (gouverner) und Denkweise (mentalité) verbindet. Mit Hilfe dieses Begriffs wurde ein Instrument geschaffen, welches es ermöglicht, Regierung als ein Bindeglied zwischen Machtbeziehungen und Herrschaftszuständen zu verstehen, und eine Beziehung zwischen Macht und Subjektivität und dem Macht-Wissen-Zusammenhang herzustellen (Bröckling et al. 2000: 8). Foucaults Interesse an Regierung resultiert aus einer Weiterentwicklung seiner Machtanalytik, die über juridische oder kriegerische Vorstellungen hinausgeht. Das Konzept der Gouvernementalität ermöglichte ihm eine Thematisierung des Staates und gleichzeitig eine Untersuchung von Subjektivierungsprozessen (Lemke 2009: 474).

3.1.2.1 Subjekte des Wissens

Der Begriff Subjekt hat für Foucault zweierlei Bedeutung, nämlich einerseits jemandes Kontrolle in Abhängigkeit unterworfen zu sein, und andererseits bzw. gleichzeitig an seine

⁴⁵ Foucault bezeichnet als Dispositiv eine „heterogene Gesamtheit, bestehend aus Diskursen, Institutionen, architektonischen Einrichtungen, reglementierenden Entscheidungen, Gesetzen, administrativen Maßnahmen, wissenschaftlichen Aussagen, philosophischen, moralischen und philanthropischen Lehrsätzen, kurz Gesagtes ebenso wie Ungesagtes, das sind die Elemente des Dispositiv. Das Dispositiv selbst ist das Netz, das man zwischen diesen Elementen herstellen kann“ (Foucault 1977/2003 DeE III: 392 zit. in: Ruoff 2007: 101). Ein Beispiel für ein Dispositiv ist die Unterwerfung des Wahnsinns. Die Verschränkung von Recht und Medizin – auch gegenwärtig aktuell – zur Legitimierung von Freiheitsbeschränkungen.

eigene Identität gebunden zu sein (Tremain 2005: 6). Foucault schrieb 1982, dass er mit seiner Arbeit weniger die Absicht verfolgte, Macht zu untersuchen, als viel eher die verschiedenen Arten, durch die menschliche Wesen zu Subjekten transformiert werden. „Was soll die Erforschung der Macht? Die Frage nach dem Subjekt“ (Foucault 2005b/1982: 240). Frank Fischer bezieht sich direkt auf Foucault, wenn er schreibt, dass die Subjekte selbst Schöpfung von vorherrschenden diskursiven Praktiken sind, und betont dabei die Wichtigkeit von den Bedingungen unter denen Wissen in Disziplinen übersetzt wird (Fischer 2003: 38). „Tatsächlich ist jeder Punkt der Machtausübung zur gleichen Zeit ein Ort der Wissensbildung. Und umgekehrt erlaubt jedes etablierte Wissen die Ausübung einer Macht. Anders gesagt, es gibt keinen Gegenstand zwischen dem, was getan, und dem, was gesagt wird“ (Foucault 1976: 118). Auf der individuellen Ebene – und die ist es, die Foucault vorrangig interessiert – erkennt man somit einen Machtmechanismus, der es ermöglicht, Individuen zu kontrollieren, gerade deshalb, weil Macht über den Mechanismus der Disziplinen wirkt (Foucault 2005c: 228). Unter Disziplinen versteht Foucault jene „Methoden, welche die peinliche Kontrolle der Körpertätigkeiten und die dauerhafte Unterwerfung ihrer Kräfte ermöglichen und sie gelehrt/nützlich machen“ (Foucault 1976b: 175).

Die Wichtigkeit von Foucaults Arbeiten besteht darin zu erkennen, dass Technologien, die über Programme das Wohlergehen der Bevölkerung erhöhen sollen, dazu geführt haben, dass das behinderte Subjekt aus Diskursen existent wird. „The (...) practices, procedures, and policies have created, classified, codified, managed, and controlled social anomalies through which some people have been divided from others and *objectivized* as (for instance) physically impaired, insane, handicapped, mentally ill, retarded, and deaf“ (Tremain 2005: 5f., Herv. im Original).

Doch wo Macht, da auch Widerstand, wie Foucault lehrt: „In Wirklichkeit sind Machtbeziehungen definiert durch eine Form von Handeln, die nicht direkt und unmittelbar auf andere, sondern auf deren Handeln einwirkt“ (Foucault 2005b/1982: 255). Derjenige, auf den Macht ausgeübt wird, muss als freies, handelndes Subjekt anerkannt werden. „Regierung im Sinne Foucaults bezieht sich somit nicht in erster Linie auf die Unterdrückung von Subjektivität, sondern vor allem auf ihre ‘(Selbst-) Produktion’, oder genauer: auf die Erfindung und Förderung von Selbsttechnologien, die an Regierungsziele gekoppelt werden können“ (Bröckling et al. 2000: 29). „‘Führung’ ist zugleich die Tätigkeit des ‘Anführers’ anderer (vermöge mehr oder weniger strikter

Zwangsmaßnahmen) und die Weise des Sich-Verhaltens in einem mehr oder weniger offenen Feld von Möglichkeiten, Machtausübung besteht im 'Führen der Führungen' und in der Schaffung der Wahrscheinlichkeiten" (Foucault 1987 zit. in: ebd.: 28).

Gouvernementalität unterliegt einer bestimmten Form von Rationalität, die sich in Praktiken äußert. „Der Begriff der Rationalität bezieht sich nicht auf eine transzendentale Vernunft, sondern auf historische Praktiken, in deren Kontext Wahrnehmungs- und Beurteilungsstrategien generiert werden“ (Bröckling et al. 2000: 20f.). Rationalitäten sind nicht objektiv oder technisch zu betrachten, sondern inhärent mit Macht verwoben, und können dahingehend auch betrachtet werden. Wohingegen Praktiken auf einer Rationalisierungsordnung (*régime de rationalité*) (ebd.: 20) beruhen, die sichtbar wird, wenn man diese Praktiken studiert. Praktiken sind viel mehr als bloßes „Tun“, obwohl Handlungen eine zentrale Komponente darstellen. Praktiken sind eher ein Phänomen „sui generis“ (Schwandt zit. in: Wagenaar/Cook 2003: 143). Oder wie Foucault beschreibt: „eine auf Ziele hin orientierte und sich durch kontinuierliche Reflexion regulierende ‘Weise des Tuns’“ (Foucault 2004: 436). Diese Weise des Tuns wird in Foucaults Konzept der „Mikrophysik der Macht“ behandelt und zeigt sich als Machtform besonders deutlich durch Praktiken innerhalb von Institutionen. In seinem Buch *Die Macht der Psychiatrie* zeigt Foucault ein Dispositiv der Macht, welches durch soziale Prozesse, „Heilverfahren“ und medizinisches Wissen erkennbar wird. Der Begriff der Physik kommt hier zum Tragen, da Foucault die Macht als Feld denkt, auf dem sich Kraftlinien kreuzen (Ruoff 2007: 157).

Die Analyse von Gouvernementalität ist weder ein abgeschlossenes Forschungsprogramm, noch ein Paradigma. Im Anschluss an Foucault erfuhr jene aber eine breite Rezeption und Weiterentwicklung, wobei ab den 1990er Jahren eher aktuelle gesellschaftliche Transformationsprozesse untersucht wurden, sodass sich die Bezeichnung „neoliberaler Gouvernementalität“ innerhalb der „governmentality studies“ durchsetzte (Bröckling et al. 2000: 17f.). „Bei sozialen Problematisierungen auf einer Grundlage von Risiko-Rationalität treten Subjekte möglicher Intervention zutage und Grenzen und Grenzüberschreitungen ‘legitimen Handelns’ werden (neu) gezogen und verhandelt“ (ebd.: 22). Dies untersuchen die governmentality studies und nehmen dabei eine machtanalytische Perspektive ein, wobei Macht – in Anlehnung an Foucault – relational gedacht wird (Kessl 2007: 210).

3.1.2.2 Foucault als Historiker des Ein- und Aussperrens

Mit dem Thema Wahnsinn beschäftigte sich Foucault zum ersten Mal in *Maladie mentale et Personnalité* (1954), das 1968 als deutsche Übersetzung mit dem Namen *Psychologie und Geisteskrankheit* erschien. Sein berühmtes Buch *Wahnsinn und Gesellschaft* – auf Deutsch 1969 erschienen – ist eine Kurzfassung seiner bei Georges Canguilhem eingereichten Dissertation. Hierin stellte er fest, dass sich Geisteskrankheiten nicht rein psychologisch erklären lassen, sondern dass das kulturelle und gesellschaftliche Umfeld mit einbezogen werden müsse. „Was als Wahnsinn existiert, lässt sich an seiner Geschichte ablesen“ (Ruoff 2007: 224) und genau diese Geschichte erzählte Foucault in *Wahnsinn und Gesellschaft*, nämlich jene zwischen dem 15. und 18. Jahrhundert, um die Struktur des Ein- und Ausschlusses des Wahnsinns aufzuzeigen.

Die antipsychiatrische Bewegung des 20. Jahrhunderts – im Gefolge der 1968er Jahre –, fand schließlich mit Foucaults Ausführungen in *Wahnsinn und Gesellschaft* eine historische Rechtfertigung ihrer eigenen Ideen, und so erlangte das eher historisch ausgerichtete Werk zunehmend auch praktische Bedeutung (Foucault 2002: 254f.). Mit Foucault lässt sich der Wahnsinn als „Effekt eines Regierungswillen analysieren, der sich nicht auf Staatlichkeit reduzieren lässt, sondern gesellschaftliche Regulierung und Führung im weitesten Sinne beinhaltet“ (Waldschmidt 2007: 129). Foucault war bestrebt, das Funktionieren von Macht zu untersuchen. Auf dieses Unterfangen ging er auch praktisch ein, wie Thomas Lemke dazu schreibt:

„Einen besonderen Stellenwert hat seine Arbeit in der *Gruppe Gefängnisinformation* (‘Group d’Information sur les prisons’: GIP). (...) Im Unterschied zur traditionellen Stellvertreterpolitik war es nicht das Ziel der GIP, für oder anstelle der Gefangenen zu intervenieren. Vielmehr sollten die Häftlinge die Möglichkeit erhalten, für sich selbst zu sprechen, sich untereinander und mit der Außenwelt über die Zustände in den Strafanstalten zu verständigen. Dahinter stand das Interesse, Machtverhältnisse in ihrer ‘Nacktheit’ zu zeigen, sie weniger abstrakt zu kritisieren, als deren Funktionieren möglichst präzise zu beschreiben“ (Lemke 2005: 327, Herv. im Original).

Dem Wahnsinn wird zwar mit Praktiken des Ein- und Aussperrens begegnet, Foucault warnt jedoch, dass es eine Illusion sei zu glauben, dass Wahnsinn (oder auch die Delinquenz) etwas Äußeres sei. Das Außen sei ein Mythos, denn: „Nichts ist unserer Gesellschaft und ihren Machtwirkungen innerlicher als das Unglück eines Irren oder die Gewalttätigkeit eines Kriminellen“ (Foucault 1976: 85f.). In *Wahnsinn und Gesellschaft*

exemplifiziert Foucault das Aussperren anhand von Narrenschiffen, die „ihre geisteskranke Fracht von einer Stadt zur anderen brachten“ (Foucault 1969: 25) und das Einsperren anhand der großen Häusern der Internierung, wie etwa dem 1656 in Paris gegründeten *Hôpital général*, als eine der ersten Einrichtungen dieser Art (ebd.: 71).

Für die vorliegende Arbeit von besonderem Interesse ist der historische Zeitpunkt, als „die Psychiatrie“ die Bühne betrat. „Der Augenblick, in dem die Jurisprudenz der Geisteskrankheit zur Bedingung jeglicher Internierung wird, ist auch der Augenblick, in dem mit Pinel langsam die Psychiatrie entsteht, die vorgibt, den Wahnsinnigen erstmals als menschliches Wesen zu behandeln“ (ebd.: 125). Die Lektüre Foucaults verändert das Bild, entmystifiziert die Geschichte, in der Philippe Pinel die Irren im *Hôpital de la Salpêtrière* 1793 als leitender Arzt „von ihren Ketten befreit hat“⁴⁶ – wie dies auf dem berühmten Gemälde von Charles-Louis Muller dargestellt wurde. Die Praktiken mögen sich zwar geändert haben, trotzdem sahen die „Behandlungsmethoden“ Maßnahmen wie eiskalte Duschen und Zwangsjacken vor.⁴⁷ „Es heißt, Pinel habe die Irren 1793 befreit, doch in Wirklichkeit befreite er nur Alte, Sieche, Arbeitsscheue und Prostituierte, die Irren behielt er in den Anstalten“ (...) „die Irren galten nun als Patienten, deren Störungen charakterliche oder psychologische Ursachen hatten“ (...) „eine neue soziale Kategorie namens Psychiatrie war entstanden“ (Foucault 2002b: 164).

3.1.2.3 Biopolitik des Wahnsinns

Damit vollzog sich gleichzeitig etwas, was Foucault in seiner Vorlesung über *Die Anormalen* wie folgt charakterisiert: „Es ist das Prinzip der Drehtür: Wenn die Pathologie die Bühne betritt, muss die Kriminalität in Begriffen des Gesetzes abtreten. Die medizinische Institution muß im Fall des Wahnsinns die Oberhand über die Gerichtsinstitution bekommen“ (Foucault 2003a: 47f.). Psychiatrie und Recht bleiben eng verzahnt, und es zeichnet sich ein medizinisch-rechtliches Kontinuum ab, das in Form von gerichtsmedizinischen Gutachten institutionalisiert ist. Dabei entsteht eine neue Kategorie, ein „dritter Term“ zwischen medizinischer Sprache und juristischer Sprache, und der Gehalt dieser Bezeichnung ist, dass sie einen neuen Begriff vorschlägt, nämlich die Kategorie der „Anormalen“. Den Machtypus, durch den das möglich wird, nennt Foucault die Macht der Normalisierung (ebd.: 61).

⁴⁶ „Psychiatrie fängt da an, wo die Ketten aufhören“ (Steinert 2008: 27).

⁴⁷ http://de.wikipedia.org/wiki/Philippe_Pinel (Zugriff: 04.05.2015).

Dieses Funktionieren von Macht ist nach wie vor von Relevanz und kommt insbesondere bei Praktiken der Freiheitsbeschränkung und deren Legitimierung bzw. Kontrolle zum Tragen, wie im Verlauf der vorliegenden Arbeit noch gezeigt wird. In Diskursen des Rechts und der Medizin, sowie deren Verschränkung tritt das „gefährliche“ und/oder „gefährdete“ Individuum zutage, wie insbesondere bei Nikolas Rose zu lesen ist, der damit auch die Brücke zu einer Gouvernementalität der Gegenwart schlägt, die er als „governing through madness“ bezeichnet. Damit meint Rose: “‘Governing through madness’ refers to the ways in which contemporary politics of mental health has come to be structured in terms of the question of security and public safety” (Rose 1998: 191). Die im Bereich der Psychiatrie tätigen ProfessionistInnen befinden sich dabei gleichzeitig in einem „blaming system“, in dem jeder Unglücksfall zu einem Risiko umgedeutet wird das es zu verhindern gilt, oder für das jemand zur Verantwortung gezogen werden kann und somit Sanktionen notwendig macht (Douglas 1992 zit. in: ebd.: 192).

In der gegenwärtigen Community – schreibt Rose im Jahr 2001 – hat sich das Verhältnis zwischen Gesundheit und Krankheit verändert, somit sind auch die Grenzen zwischen Behandlung und Zwang unklarer denn je. “Natural life can no longer serve as the ground or norm against which a politics of life may be judged” (Rose 2001: 17). Rose beschreibt – in Anlehnung an Foucault – eine Art von Biopolitik, in der das Selbst wesentlich als körperlich/verkörpert wahrgenommen wird, was bedeutet, dass Pastoralmacht als Mikrotechnologie in solcher Weise wirkt, dass die Psyche oder der Geist – oder richtiger: das Gehirn – als molekulares Bild gedacht werden kann, auf das die biologische Psychiatrie über Neuronen und Synapsen durch Drogen eingreifen kann (vgl. ebd.: 16). Diese Art von Biopolitik nennt Rose „Ethopolitik“. “If discipline individualizes and normalizes, and biopower collectivizes and socializes, ethopolitics concerns itself with the self-techniques by which human beings should judge themselves and act upon themselves to make themselves better than they are” (ebd.: 18). Den Begriff der Community verwendet Rose an anderer Stelle um zu verdeutlichen, dass „diejenigen, die regiert werden sollen, neu definiert werden“ (Rose 2000: 89), nachdem „das Soziale“⁴⁸ an Einfluss in unserer politischen Vorstellungswelt verloren hat (ebd.: 105). Über die Community regiert zu werden bedeutet nunmehr, „über unsere Zugehörigkeit zu besonderen Überzeugungs-, Werte- und Identitätsgemeinschaften regiert zu werden“ (Rose

⁴⁸ Der hier zitierte Aufsatz von Nikolas Rose trägt den Titel: „Tod des Sozialen? Eine Neubestimmung der Grenzen des Regierens“.

2000: 88, Herv. im Original). Die Marginalisierten und Ausgeschlossenen sind hingegen fragmentiert und voneinander getrennt, um sie kümmern sich SpezialistInnen (vgl. Rose 2000: 102) und auf sie wird durchaus mit Zwangsmitteln und Methoden des Wegsperrens reagiert (vgl. ebd.: 100).

3.1.2.4 Disability Studies und kritische Politikwissenschaft

Eine Verknüpfung der kritischen Behinderungsforschung in Erweiterung durch die Mad Studies mit einer machtkritischen, normativ-praktischen Politikwissenschaft bietet reichhaltige Erkenntnismöglichkeiten. Wie argumentiert wird, ist Behinderung eine Frage der Macht – ist Wahnsinn eine Frage der Macht (vgl. Foucault 2005d/1974: 69). Die Disability Studies zeigen, wie eine Analyse der Macht der Norm wichtige Rückschlüsse auf strukturelle gesellschaftliche Ausschließungsmechanismen, die jedoch individualisierend legitimiert werden, zulässt. Aus politischem Aktivismus heraus entstanden – und in erster Linie von AkademikerInnen mit eigener Behinderungserfahrung getragen – gelang es dem Forschungsprogramm, auf Politikinstrumente, wie die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung, von der Formulierung bis hin zu Überprüfungsmechanismen der Implementierung Einfluss zu nehmen.⁴⁹ Für den Bereich der Psychiatrie lässt sich ebenfalls feststellen, dass es auch in Österreich in den 1980er Jahren zu einer Zusammenarbeit zwischen Menschen mit Psychiatrieerfahrung und kritischen AkademikerInnen rund um die *Gesellschaft für Demokratische Psychiatrie* gekommen war, die zu einer Skandalisierung der Institutionen und von psychiatrischer Macht in der Öffentlichkeit geführt hat.⁵⁰

Ein weiterer Anknüpfungspunkt zwischen den Critical Disability Studies und einer herrschaftskritischen Politikwissenschaft liegt in der aufmerksamen Hinwendung zu Sprache, Bedeutungen und Ideen. Denn im Verlauf meiner Forschungspraxis zeigte sich, dass ich im Feld durchaus mit „Verständigungsschwierigkeiten“ zu kämpfen hatte, die sich rückblickend so interpretieren lassen, dass ich *zu* unkritisch medizinische Begriffe (medical term) und regierungstechnische Begriffe (government term)⁵¹ verwendet habe. So etwa, dass jemand „psychotisch“ sei und die Unterbringung daher „verhältnismäßig“. Gleichzeitig schien es mir überzogen, wenn psychiatrische Intervention in der Literatur als „Folter“ bezeichnet wurde. Die wirklichkeiterschaffende Macht von Sprache, Begriffen

⁴⁹ Jene Prozesse werden in Kapitel 5, Kapitel 6 sowie in Kapitel 6.3 ausführlich behandelt.

⁵⁰ Siehe dazu: Kapitel 8.2

⁵¹ Siehe dazu: Kapitel 1.2

und Kategorien wurde mir insbesondere auch im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung im Feld bewusst.⁵² An dieser Stelle soll nur festgehalten werden, dass eine post-positivistische Policy-Analyse – in die das folgende Kapitel einführt – Sprache, Argumente, Diskurse, Narrative (nämlich unterschiedlicher AkteurInnen mit verschiedensten Subjektpositionen!) als ihren Ausgangspunkt der Analyse versteht. Nur so scheint auch der Anspruch, eine demokratischere Form von Forschung/Praxis zu betreiben, einzulösen zu sein.

3.1.3 Policy-Analyse

In der vorliegenden Arbeit geht es darum, gegenwärtige Veränderungen in der Struktur des Wegsperrens auszumachen und diese zu diskutieren. Dazu wurde – basierend auf den zuvor vorgestellten theoretischen Zugängen – eine diskursanalytische Skizze zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in Österreich erstellt und eine argumentativ-interpretative Policy-Analyse durchgeführt, welche im Folgenden näher beschrieben wird.

3.1.3.1 Lasswells Erbe

Eine Policy-Analyse ist durch die Suche nach Problemlösungsmöglichkeiten gekennzeichnet. Die Inhalte von Politik werden gleichzeitig als Probleme verstanden, die von der Politik bearbeitet werden, womit eine starke Anwendungsorientierung einhergeht (vgl. Saretzki 2003: 391). Die Ursprünge dieses Zugangs gehen auf Harold D. Lasswell (The Policy Orientation 1951) zurück und sind eine mögliche Antwort auf bzw. Lösung dessen, was John Dewey 1920 als „*the problem of the public*“ bezeichnet hatte (Torgerson 2007: 15, Herv. im Original). „**Das** Problem besteht in der Notwendigkeit, die Methoden und Bedingungen von Debatten, Diskussion und Überzeugung zu verbessern“ (Dewey 1984 zit. in: Torgerson 2007: 23, Herv. und Übersetzung DA). Lasswell konzentrierte sich auf den Forschungsprozess als solchen: „We must, as part of our study, expose ourselves to ourselves“ (Atkins/Lasswell 1924 zit. in: ebd.: 17) und schlug dabei ein deliberatives Projekt vor, in dem das „*self in context*“ sichtbar wird, wobei er Anleihen von der Marx’schen Dialektik und der Psychoanalyse nahm, um die symbolischen Aspekte von historischer Entwicklung greifbar zu machen (ebd.: 18). ForscherInnen sind keine unvoreingenommenen BeobachterInnen, sondern „*a participant observer of events who tries to see things as they are*“, die versuchen, Sinn im Selbst und der Welt zu finden

⁵² Siehe dazu: Kapitel 9.6

(Lasswell 1971a zit. in: Torgerson 2007: 20). Lasswell stellte sich dabei eine an Demokratie orientierte Policy-Forschung vor, die notwendig sei, um das Gemeinwohl von menschlicher Würde zu bewahren und gegen einen „garrison-police state“ oder ein „world concentration camp“ anzukämpfen (Lasswell 1976 zit. in: Torgerson 2007: 21).⁵³ Als „founder of the policy science movement“ stellte sich Lasswell die Rolle der in dem Bereich tätigen ProfessionistInnen als „clarifier“ von Themen öffentlicher Deliberation vor (Fischer 2003: 221).

3.1.3.2 Die argumentativ-interpretative Policy-Analyse

Die VertreterInnen der sogenannten argumentativen Wende gingen dabei vorwiegend von ihren Erfahrungen aus der Praxis der Policy-Analyse aus, in der die Policy-Analyse einen praktischen Prozess von Argumentation darstellt. Frank Fischer und John Forester veröffentlichten 1993 einen Sammelband über den „argumentative turn in policy analysis and planning“ (vgl. Saretzki 2003: 395). Der Sprache kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu und in dem Zusammenhang wird oft Giandomenico Majone zitiert: „As politicians know too well but social scientists too often forget, public policy is mad of language“ (Majone 1989 zit. in: ebd.: 397). Paradigmatisch gilt: „analysis as argument“ (Dryzek 1993 zit. in: ebd.: 397), für die Policy-Analyse als die Analyse von Argumenten (ebd.: 400) und die Policy-AnalystInnen als AnwältInnen von Argumenten (ebd.: 406). Argumente zu untersuchen ist in zweierlei Hinsicht eine Herausforderung, weil es sowohl darum geht, zu untersuchen **was** argumentiert wird (analysis), als auch **wie** der/die SprecherIn versucht, das Publikum zu erreichen (articulation) (vgl. Fischer/Forester 1993a zit. in: Saretzki 2003: 400, Herv. DA).

Am Beginn einer Policy-Analyse steht zunächst die Erhebung der Vorgeschichte eines Problems, das durch einen historischen Zugang erschlossen werden kann. Die Vorgeschichte und/oder Geschichte kann als „story“ mit einem Anfang, einem Mittelteil und einem Schluss gelesen werden. Der „Plot“ ist das Argument der Geschichte. Die Vielzahl und die Vielschichtigkeit von Ereignissen können am Ende der Analyse zu einem „Policy-Narrativ“ verknüpft werden, die „Plots“ ordnen die Narrative und vermitteln als Argumente Sinn (Kaplan 1993 zit. in: Saretzki 2003: 403). Die Komplexität der Welt, und

⁵³ Um gegen die Propaganda des Faschismus und des Bolschewismus ankämpfen zu können, schwebte Lasswell vor, dass psychoanalytisch orientierte „political psychiatrists“ bei der Immunisierung dagegen behilflich sein könnten (Torgerson 2007: 24). Diesbezüglich veröffentlichte Lasswell 1938 einen Aufsatz mit dem Titel „What Psychiatrists and Political Scientists Can Learn from One Another“.

auch die kleinsten Ausschnitt daraus legen nahe, dass es zu einem Policy-Problem viele unterschiedliche Geschichten gibt, die sich mitunter auch widersprechen können, eine „counterstory“ oder auch eine „non-story“ sein können.

Eine Möglichkeit, um angesichts der Komplexität nach einer Ordnung zu suchen, bietet das Konzept des „Framing“, wie es Donald Schön und Martin Rein in ihrer Publikation *Frame Reflection* vorschlagen. Der Begriff „frame“ geht auf Erving Goffman zurück, der die Metapher des Rahmens als Ordnungsprinzip verwendet, „which governs the subjective meaning we assign to social events“ (Goffman 1974 zit. in: Fischer 2003: 144). Frames entstehen in Institutionen (Schön/Rein 2003: 29) und es gibt keine Möglichkeit, ein frame zu falsifizieren. Soziale Wirklichkeit zu erfahren und einen Sinn aus ihr abzuleiten, vollzieht sich durch den Rahmen, durch den sie wahrgenommen wird. Dieses Wahrnehmen setzt eine Selektivität und eine Organisierung voraus und das ist es, was als „framing“ bezeichnet wird (ebd.: 30). Für Schön und Rein sind Policy-Kontroversen „frame conflicts“. Ein Policy-Frame kann als eine herkömmliche Geschichte bezeichnet werden, die ein Policy-Problem aufzeigt und eine bestimmte Vorgehensweise oder Lösungsmöglichkeit vorschlägt (Rein/Laws 1999 zit. in: Fischer 2003: 144). Die Untersuchung eines Policy-Frames legt den Schwerpunkt der Policy-Analyse auf das übergeordnete Thema, wohingegen eine Diskursanalyse eher auf den Inhalt abzielt. Die VertreterInnen der argumentativen Policy-Analyse legen neben der Untersuchung von Stories/Narrativen und den Möglichkeiten, die in einer Frame-Analyse liegen – nämlich ein Reframing von Public Policy zu beschreiben und/oder zu ermöglichen – ihren Schwerpunkt der Analyse auch auf Methoden der Diskursanalyse (vgl. Saretzki 2003: 406).

Eine Diskursanalyse beginnt mit der Erkenntnis, dass Diskurse über Institutionen verteilt sind. Fischer schreibt im Vorwort zu seinem Buch *Reframing Public Policy*:

„Ein Diskurs macht viel mehr, als politische Realität zur zu reflektieren. Ein Diskurs formt oder bringt die Realität, die erklärt werden soll, erst zum Entstehen. Diskursive Macht legt das Feld möglicher Handlungen fest und daher kann ein Diskurs als machtvolle Metakategorie von politischen Prozessen gelesen werden“ (Fischer 2003: VIIf. Übersetzung DA).

Diskurse finden ihre sozialen Bedeutungen in den Kämpfen, in denen sie als ideologische Waffe dienen (ebd.: 77). Die Aufgabe von AnalystInnen besteht demnach darin,

Sichtweisen und Positionen von AkteurInnen sowie Institutionen und Prozessen, die diese Sichtweisen stützen, zu untersuchen (Fischer 2003: 76).

Neben Fischer werden hier insbesondere auch die Arbeiten von Dvora Yanow zur Analyse von Policy herangezogen. Yanow bezeichnet ihren Ansatz als interpretative Policy-Analyse. Dem sozialen Konstruktivismus geschuldet, gehen interpretative Methoden davon aus, dass wir in einer sozialen Welt leben, die die Möglichkeit mannigfaltiger Interpretationen zulassen (vgl. Yanow 2000: 5). Beim interpretativen Zugang geht es darum, wie Menschen die Welt um sich erkennen (ebd.: 7). Die zentrale Frage lautet „How is the policy issue being framed by various parties to the debate?“ (vgl. Yanow 2000: 11). Die Aufgabe von AnalystInnen besteht nach Yanow darin, die unterschiedlichen Bedeutungen einer Policy für unterschiedliche Gruppen zu klären und die Elemente zu verstehen, wie diese Bedeutungen kommuniziert werden. Yanow fügt hinzu, dass manche interpretative AnalystInnen eine weitere Aufgabe ergänzen würden, nämlich sicherzustellen, dass die Stimmen von unterrepräsentierten Gruppen ebenfalls Gehör finden, was als „more democratic mode“ verstanden und gefordert wird (ebd.: 18f.). Vor allem qualitative Forschungsmethoden ermöglichen es, die Bedeutung einer Policy zu erschließen, und der Königsweg dabei sei „local knowledge“ – „the very mundane, expert understanding of and practical reasoning about local conditions derived from lived experience“ (ebd.: 5).

3.1.3.3 Implementierung als Interpretation

Die hier vorliegende Arbeit untersucht einen Policy-Wandel und damit einhergehend diskursive Veränderungen im Bereich des Wegsperrens sogenannter psychisch kranker Menschen, der die Auswirkungen der Implementierung neuer Policy-Instrumente (UN-BRK und OPCAT) ausloten soll. Implementierung und Interpretation sind eng miteinander verknüpft, zeigt doch der interpretative Zugang, dass es eine Fülle an – mitunter sich auch widersprechender – Bedeutungen gibt. An diesem Punkt ist die interpretative Analyse der traditionellen Implementierungsforschung insofern überlegen, als jene den ‚implementation gap‘ zwischen Intention und Outcome beschreibt, diese aber den Fokus der Analyse darauf legt, **wie** eine bestimmte Politik Bedeutung erlangt“ (vgl. Yanow 1996 zit. in: Pülzl/Treib 2007: 99f., Herv. DA). Symbole, Metaphern und eine Policy-Sprache als Trägerin von Bedeutungen sind in das eingebunden, was Yanow als policy „culture“ bezeichnet. Die Aufgabe von AnalystInnen besteht demnach darin zu verstehen und zu

beschreiben, wie unterschiedliche AkteurInnen diese Kulturen interpretieren und den Effekt dieses Verstehens auf die unterschiedlichen Verständnismöglichkeiten des Policy-Prozesses umlegen. Überdies stellt die Analyse den Kontext in den Vordergrund, in dem Policy durch Praktiken ihren Ausdruck findet (vgl. Yanow 1987 zit. in: ebd.). Im Rahmen dieser Arbeit wird auch der Frage nachgegangen, ob und wie es zu sogenannten Diskurskoalitionen – ein Begriff von Maarten A. Hager – hinsichtlich Freiheitsbeschränkungen kommt, weshalb der Blick darauf zu lenken ist, wie AkteurInnen aus unterschiedlichen sozialen Zusammenhängen eine Koalition bilden, um einer bestimmten Definition eines Problems mit Hilfe von narrativen Darstellungen („story lines“) Geltung zu verschaffen (Saretzki 2003: 412). Eine Diskurskoalition verbindet „previously unconnected policy domains“ (Hager 2003: 107).

3.1.3.4 Governance, Partizipation und sozialer Raum

Der Anspruch Menschen, die von bestimmten Politiken direkt betroffen sind – in diesem Fall Menschen mit Psychiatrieerfahrung – eine zentrale Position im Forschungsprozess (in Theorie wie Methodik) einnehmen zu lassen, resultiert maßgeblich aus Dvora Yanows Konzeption von „local knowledge“, sowie aus der Programmatik der kritischen Behinderungsforschung. Die aktuelle „Gouvernementalität des Wahnsinns“ lässt sich gleichzeitig auch nur durch eine sorgfältige Interpretation des subjektiven Erlebens untersuchen. Die Umsetzung der Methode der teilnehmenden Beobachtung, in der auch Harold D. Lasswells Vorstellung des „self in context“ der Forscherin entsprochen werden sollte, wird in Kapitel 9.6 näher ausgeführt.

Vorab sei jedoch noch auf das Konzept der „participatory governance“ (vgl. Gbikpi/Grote 2002) hingewiesen, welches insbesondere für die Charakterisierung und auch die Legitimierung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung als ExpertInnen in eigener Sache von Relevanz ist. Was bedeutet es nun, wenn Menschen „als Betroffene“ auf Politiken Einfluss nehmen? Die Beantwortung dieser Frage ist insofern wichtig, als dass auch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen fordert, „dass Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben sollen, aktiv an Entscheidungsprozessen über politische Konzepte und über Programme mitzuwirken, insbesondere wenn diese sie unmittelbar betreffen“ (UN-BRK Präambel o).

Governance kann mit Jon Pierre als eine Fähigkeit des Staates verstanden werden, auf Veränderungen zu reagieren. Governance ist dabei weniger ein Hinweis auf den Rückgang

von Staatlichkeit, sondern auf ein kreatives Adaptieren von Veränderungen (vgl. Pierre 2000: 3). Auch die Rollen von AkteurInnen und damit die Positionen im politischen Feld verändern sich. BürgerInnen werden weniger als „users and choosers“, sondern vielmehr als „makers and shapers“ im politischen Prozess verstanden (Cornwall/Gaventa 2000/2001 zit. in: Gaventa 2002: 4), und dabei geht es darum, die Lücke zwischen den Regierten und den Institutionen zu verstehen und Möglichkeiten zu finden, diese zu schließen (ebd.). Frank Fischer zitiert Maarten Hager mit dem Begriff des „institutional void“, in dem die Praxis von partizipativer Governance „neue Räume⁵⁴ schafft“ (Hager 2003 zit. in: Fischer 2006: 20).

Der Begriff Governance, entstanden als „kind of catch-all“, um auf Veränderungen im Verhältnis zwischen staatlicher und nicht-staatlicher Autorität, zwischen Netzwerken, zwischen Machtbeziehungen und der Auswirkung dieser Veränderungen hinzuweisen, kann entweder normativ als good/bad governance verwendet werden, oder deskriptiv, wie Nikolas Rose vorschlägt:

“This ‘new sociology of governance’ tries to characterize the pattern or structure that emerges as the resultant of the interactions of a range of political actors – of which the state is only one. Governance refers to the *outcome* of all these interactions and interdependencies: the self-organizing networks that arise out of the interactions between a variety of organizations and associations” (Rose 1999: 16f., Herv. im Original).

Rose wurde bereits an früherer Stelle dieser Arbeit als kritischer Denker der Gouvernementalität der Gegenwart zitiert. Eine Untersuchung von Gouvernementalität bedeutet für ihn:

“identifying the ways in which human beings are individuated and addressed within the various practices that would govern them, the relations to themselves that they have taken up within the variety of practices within which they have come to govern themselves“ (ebd.: 43).

Bernard Gbikpi und Jürgen R. Grote meinen mit dem Begriff „participatory governance“, dass eine Ermutigung von AkteurInnen ihre Interessen zu artikulieren und/oder zu vertreten „part of the solution“ und nicht „part of the problem“ sei und betonen, dass ein Einbeziehen aller relevanter AkteurInnen in einen Politikprozess zu einem besseren und nachhaltigerem Ergebnis führe (Gbikpi/Grote 2002: 18). Die beiden Autoren beziehen sich

⁵⁴ Die Definition eines „social space“ nach Frank Fischer ist an späterer Stelle dieses Kapitels angeführt.

damit auf die Auslegung des Begriffs „participatory governance“ von Philippe Schmitter: „the regular and guaranteed presence when making binding decisions of representatives of those collectivities that will be affected by policy adopted“ (Schmitter 2000 zit. in.: Gbikpi/Grote 2002: 23). Schmitter schlägt zudem auch den Begriff des „holders“ vor und meint damit Personen oder Institutionen, die relevante Ressourcen oder Qualitäten besitzen, wenn es darum geht, ein bestimmtes Problem zu lösen. Die Kategorie des „holders“ ist sinnvoll, um diejenigen zu identifizieren, die ein Recht für sich reklamieren, an dem Politikprozess teilzunehmen (Schmitter 2000 zit. in: ebd.: 24).

Ein der grundlegenden Annahmen dieser Arbeit ist, dass im Bereich der Psychiatrie aufgrund unterstellter mangelnder Rationalität diese Ressourcen abgesprochen werden. Diese Praktiken *sind* soziale Machtverhältnisse. Kritisch zu Netzwerk- und Governanceansätzen äußert sich in diesem Zusammenhang auch Birgit Sauer, die eine herrschaftskritische Politikwissenschaft dadurch „entschärft“ sieht (Sauer 2001: 26). Dieses Argument ist wesentlich, nicht zuletzt weil mir diese Kritik an Partizipations-„Anrufungen“ auch im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung im Feld begegnete. Fischer äußert sich hinsichtlich dessen ähnlich: Partizipation kann mit Foucault auch als „a ‘political technology’ used to manage and control projects and processes, bounding the possibilities of popular engagement and disciplining participants“ (Fischer 2006: 23) verstanden werden. Pierre Bourdieu spricht dabei von „officializing strategies“, die Partizipation „zähmen“ soll und die Aufmerksamkeit von anderen Formen politischer Aktion ablenken soll (Bourdieu 1977 zit. in: Fischer 2006: 23). Ein Interviewpartner beschrieb mir gegenüber dieses Phänomen mit den Worten: „Und dann ist man auf einmal vernünftiger, als man sein wollte“ (Ladinser Interview 2011).

Der wie bereits an vorangegangener Stelle erwähnte „social space“ – ein Raum der Deliberation – stellt im Rahmen meines Forschungsvorhabens der Verein *Freiräume* sowie das Gesprächsforum *Trialog* dar⁵⁵. Zum theoretischen Verständnis eines „social space“ ist die Beschreibung von Fischer erhellt. Da ich vor allem im reflexiven Teil zur Feldforschung auf seine Definition zurückgreife, sei an dieser Stelle diese nun ausführlich zitiert:

“Social space, then, can be understood as woven together by a set of discursive relationships that determine the meanings and understandings of the identities within them. Through these discursive practices, power

⁵⁵ Siehe dazu: Kapitel 9.7

relations of the surrounding societal context are brought into the social space. Toward this end, it is necessary to make explicate the less visible discursive power relations that permeate and produce these and other spaces. The first and most obvious question in the assessment of participatory initiatives is to ask who determines the form of participation that takes place in a given space – who initiates, chooses the methods, and takes part. But the second and more difficult question concerns what people who enter these spaces bring with them. What are their thoughts and beliefs about what is really going on in the space and how they strategically orient themselves to these understandings?” (Fischer 2006: 26).

3.1.3.5 Fazit

Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Policy-Analyse wird als argumentativ-interpretativ charakterisiert, wobei die Policy-Dokumente und der daraus resultierende Policy-Prozess eher aus einer argumentativen Perspektive heraus betrachtet wurden. Dies bedeutet, dass der Schwerpunkt der Analyse auf die in unterschiedlichen Feldern zutage getretenen und von diversen (neuen) AkteurInnen propagierten Diskurse gelegt wurde und diese auf deren Entstehungskontext und die Art und Weise der Artikulierung hin untersucht wurden. Wohingegen der Teil über die Durchführung der teilnehmenden Beobachtung im Feld – die Teilhabe an der Bewegung psychiatrierefahrener Menschen im Wiener Kontext inklusive deren historische Wurzeln – eher interpretativ aufbereitet wurde. Diese Schwerpunktlegung bedeutet, dass sich die Wissensgenerierung und der Erkenntnisgewinn durch Hinwendung zu „local knowledge“ vollzog, indem etwa meine Gesprächs- und InterviewpartnerInnen im Rahmen der Feldarbeit nach der Bedeutung der aus dem Feld stammenden Artefakte (wie die Zeitschrift *Kuckucksnest*, schriftliche Aufzeichnungen oder Kunst) befragt wurden.

Abschließend ist hinsichtlich des theoretischen Zugangs folgendes festzuhalten: Eine Gouvernementalität des Wahnsinns lässt sich an konkreten Praktiken wie dem Ein- und Aussperren – ich verwende den Begriff Freiheitsbeschränkung – an sogenannten psychisch kranken Menschen ablesen. Diese Praktiken verweisen auf bestimmte Rationalitäten, welche im Rahmen dieser Arbeit dahingehend untersucht werden, ob und wie ein Policy-Wandel aufgrund eines Paradigmenwechsels auch ein neues Regime von Rationalität vorschlägt bzw. einfordert. Hierbei ist vom sozialen Modell von Behinderung die Rede. Einen Policy-Wandel zu untersuchen bedeutet somit zu fragen, *wie* dieser *was* für *wen* bedeutet. Menschen mit Psychiatrierefahrung werden bei der Beantwortung dieser Frage nicht als Objekte von Forschung verstanden, sondern als ExpertInnen in eigener Sache,

deren Erfahrung und Wissen durch ein in Beziehung treten (auch für Forschung) erschlossen werden kann. Hinsichtlich freiheitsbeschränkender Maßnahmen ist dies jedoch kein leichtes Unterfangen. Meine Ängste als Forscherin, durch Nachfragen nicht verheilte Wunden aufzureißen und im schlimmsten Fall zu retraumatisieren war stets gegeben und ist auch nicht von der Hand zu weisen, wie auch von Seiten der qualitativen Forschung für manche Fälle bestätigte wurde (vgl. Sibitz et al. 2011). Andererseits wird in der gleichen Studie davon gesprochen, dass genau jene Menschen gerade wegen ihrer Erfahrungen - unter Zwang in der Psychiatrie zu sein - politisch aktiv werden wollen würden, um die (Fach-)Öffentlichkeit darüber aufzuklären, welche Alternativen sie sich gewünscht hätten.⁵⁶ Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen schließt jedenfalls durch ihren Begriff der Behinderung Menschen mit Psychiatrieerfahrung mit ein. Sie verlangt, dass Menschen mit Behinderungen aktiv in Politikprozesse eingebunden werden und lehnt Freiheitsbeschränkungen (nur) aufgrund von Behinderung ab.

In einem nächsten Schritt wird das Recht auf Freiheit auf nationaler und internationaler Ebene durch ausgewählte Policy-Dokumente als Hintergrund aufbereitet, um anschließend die darauf bezogenen UN-BRK und das Anti-Folter-Rahmenwerk zu lesen und zu interpretieren.

⁵⁶ Auf den spannenden Aspekt, dass ein und dieselben Person beide Positionen vertreten kann, wird im Kapitel 8.12 ausführlicher eingegangen.

4 DAS RECHT AUF FREIHEIT NATIONAL/INTERNATIONAL

Das Ziel des folgenden Kapitels ist es herauszuarbeiten, welche nationalen und internationalen Rechtsinstrumente die Praxis von Freiheitsbeschränkungen berühren. Bereits im Problemaufriss⁵⁷ konnte anhand von drei Fallbeispielen das Unterbringungsgesetz (UbG) und das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) als legitistische Grundlage von freiheitsbeschränkenden Praktiken in Österreich identifiziert werden.^{58 / 59} Auf Verfassungsebene in Österreich lassen sich folgende Bestimmungen zu Freiheitsbeschränkungen an sogenannten psychisch kranken Menschen ausmachen, die nachstehend nun ausgeführt werden.

4.1 Bundesverfassungsgesetz über die persönliche Freiheit

Im österreichischen Bundesverfassungsgesetz vom 29. November 1988 über die persönliche Freiheit (PersFrG) und hier im Artikel 2 wird normiert, dass jemandem nur dann die persönliche Freiheit entzogen werden darf, „wenn Grund zur Annahme besteht, daß er eine Gefahrenquelle für die Ausbreitung ansteckender Krankheiten sei oder wegen psychischer Erkrankung sich oder andere gefährde; (...)“ (BGBI. Nr. 684/1988).⁶⁰

Das PersFrG bietet somit ein „höheres Schutzniveau“ als die Bestimmung der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) durch das „kausal mit der psychischen Erkrankung verknüpfte[n] Gefährdungselement“ (Strickmann 2012: 74, Auslassung DA). Der Zusammenhang zwischen einer Erkrankung und einer Gefährdung taucht hingegen in der EMRK, die in Österreich in Verfassungsrang steht, noch nicht auf.

⁵⁷ Siehe dazu: Kapitel 2

⁵⁸ Wobei der Maßnahmenvollzug nicht Gegenstand dieser Arbeit ist.

⁵⁹ Die Abhandlung dieser beiden Rechtsinstrumente wurde kapitelweise vorgezogen, um den Praxisbezug der drei Fallbeispiele zu untermauern.

⁶⁰ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000950> (Zugriff: 15.05.2015).

4.2 Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)

Die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)⁶¹ wurde vom Europarat 1950 verabschiedet, trat am 3. September 1953 in Kraft und verpflichtet ihre Vertragsstaaten, diese Rechte „allen ihrer Hoheitsgewalt unterstehenden Personen zu garantieren“ (Fritzsche 2004: 76).

Das Recht auf Freiheit und Sicherheit ist in der EMRK zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten in Artikel 5 verankert:

(1) Jede Person hat das Recht auf Freiheit und Sicherheit. Die Freiheit darf nur in folgenden Fällen und nur auf die gesetzlich vorgeschriebene Weise entzogen werden:

(1e) rechtmäßige Freiheitsentziehung mit dem Ziel, eine Verbreitung ansteckender Krankheiten zu verhindern, sowie **bei psychisch Kranken, Alkohol- oder Rauschgiftsüchtigen und Landstreichern; (...)** (EMRK; Fritzsche 2004: 311, Herv. DA).

Im englischen Originallaut der in den 1950er Jahren formulierten Konvention wird der Begriff „unsound mind“ verwendet, der wiederum durch Urteile des *Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte* konkretisiert wurde (FRA 2012:16).

So etwa im Fall „Winterwerp gegen die Niederlande“⁶² (ECoHR Winterwerp gegen die Niederlande 1979).⁶³ Der Entzug von Freiheit ist nur in „extremen Fällen“ gerechtfertigt, wenn die betreffende Person eine ernsthafte Gefahr darstellt, oder die Anhaltung einen therapeutischen Zweck verfolgt (FRA 2012: 17). Die Feststellung, ob jemand „of unsound mind“ ist, ist nicht so einfach zu treffen. Die EMRK definiert den Begriff selbst nicht. Die Bedeutung des Begriffs erschließt sich vielmehr durch Fortschritte in psychiatrischer Forschung, durch eine Bandbreite von Behandlungsmöglichkeiten und durch veränderte gesellschaftliche Einstellungen (ECoHR 1979: Z. 37). Der *Europäische Gerichtshof für Menschenrechte* stellte schließlich fest, dass ein Freiheitsentzug – mit Ausnahme von Notfällen – nur gerechtfertigt ist, wenn „a true mental disorder“ durch eine „objektive medizinische Expertise“ bestätigt wird (ebd.: Z. 39). Diese „wirkliche psychische Störung“

⁶¹ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000308> (Zugriff: 15.05.2015).

⁶² [http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-57597#{"itemid":\["001-57597"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-57597#{) (Zugriff: 15.05.2015).

⁶³ Ich zitiere im Folgenden mit ECoHR Winterwerp gegen die Niederlande 1979 und der jeweiligen Ziffer (Z.) der Urteilsbegründung.

muss zudem von einer Intensität oder Art sein, die das Einsperren rechtfertigt. Die Rechtsgültigkeit des Freiheitsentzugs hängt von der Fortdauer der festgestellten Störung ab (FRA 2012: 18).⁶⁴

Der neue ständige Gerichtshof für Menschenrechte wurde erst 1998 als reformiertes Durchsetzungsorgan durch das 11. Zusatzprotokoll der EMRK geschaffen. Dieser übernahm die Kompetenzen der *Europäischen Kommission für Menschenrechte*, dem *Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte* sowie dem Ministerkomitee. Die Überwachung der Umsetzung der Urteile obliegt dem Ministerkomitee des Europarates (Fritzsche 2004: 76f.).

Das Ministerkomitee des Europarates äußerte sich in einer Empfehlung zu den Kriterien einer zulässigen Entziehung der Freiheit (vgl. Council Of Europe 2004). Nach Artikel 17 dieser Empfehlung müssen folgende Sachverhalte gemeinsam vorliegen: Erstens eine psychische Störung, zweitens ein signifikantes Risiko für die eigene Gesundheit oder die Gesundheit anderer, drittens ein therapeutischer Zweck, viertens das Fehlen von weniger einschränkenden Möglichkeiten und fünftens muss die Meinung der betreffenden Person Gehör finden. Sollte einer dieser Punkte wegfallen, so muss die Anhaltung beendet werden. Bemerkenswert an diesen Empfehlungen ist der Passus, der die Nationalstaaten verpflichtet, Alternativen so weit wie möglich zugänglich zu machen (FRA 2012: 19).

Ebenfalls einen „empfehlenden Charakter“ haben auf internationaler Ebene die Mental Illness Prinzipien der UNO von 1991. Doch bevor diese näher beleuchtet werden ist festzuhalten, dass die Praxis von Freiheitsbeschränkungen offenkundig stark von Interpretationen abhängt, vieles keineswegs eindeutig regelbar scheint und die konsequente Umsetzung der UN-BRK eine Herausforderung darstellt.

4.3 Mental Illness Prinzipien der UNO von 1991

Die UN-Standards vom 17. Dezember 1991 mit dem Titel „The Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care“⁶⁵ (United Nations 1991), sind rechtlich nicht verbindlich (Nowak 2008: 10). Wie zu zeigen sein wird, widerspricht ihnen

⁶⁴ Siehe dazu: Kapitel 5.5.2, in welchem dieser Interpretationsspielraum noch eingehender diskutiert wird. Gleichzeitig sei an dieser Stelle an die Doktrin der „medizinischen Notwendigkeit“ im Fallbeispiel „Herczegfalvy vs. Austria“ erinnert.

⁶⁵ Im Folgenden mit MI 1991 und dem Buchstaben P. für das entsprechende Prinzip zitiert.

die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen insbesondere in den Belangen der Unterbringung sowie der Zwangsbehandlung. Die in den MI-Prinzipien festgelegten Normen würden um 180° Grad durch die UN-BRK verändert werden (Minkowitz 2013: 2). Die UN-BRK würde diese Normen ersetzen (Méndez 2013: 14).

Das Prinzip Nr. 9 der MI-Prinzipien hält zwar fest, dass „every patient shall have the right to be treated in the least restrictive environment and with the least restrictive intrusive treatment appropriate to the patient's health and the need to protect the physical safety of others“ (MI 1991: P. 9). Gleichzeitig erlauben die MI-Prinzipien Behandlungen auch ohne die Zustimmung der Betroffenen in unterschiedlichen Konstellationen. So etwa im Falle einer Unterbringung, oder wenn ein Gericht feststellt, dass der/die PatientIn unfähig ist zuzustimmen, aber auch wenn das Gericht der Ansicht ist, dass es sich bei der Behandlung um das „beste Interesse“ des/der Betroffenen handelt (ebd.: P. 11). „A patient who is restrained or secluded shall be kept under humane conditions and be under care and regular supervision of qualified members of the staff“ (ebd.).⁶⁶ Weiters heißt es:

“A patient in a mental health facility shall be informed as soon as possible after admission, in a form and a language which the patient understands, of all his or her rights in accordance with the present Principles under domestic law, and the information shall include an explanation of those rights and how to exercise them” (ebd.: P. 12).

Kommunikative Barrieren scheinen hier ebenso hinderlich wie alltäglich. Bei einer unfreiwilligen Unterbringung sollte eine zweite Meinung gegeben sein (ebd.: P. 16). Ob diese sich auf die Ausstellung eines zweiten ärztlichen Zeugnisses bezieht, oder ob der/die PatientIn auf Wunsch ein solches Zeugnis einholen können muss, bleibt allerdings offen. Dass dieser Punkt extra angeführt wird, kann so ausgelegt werden, dass dadurch die Gefahr von Missbrauch vermindert werden soll. Denn so wurde bei der Novelle des Unterbringungsgesetzes von der verpflichteten Ausstellung eines zweiten ärztlichen Zeugnisses Abstand genommen. Der/die betroffen/e PatientIn kann ein solches Zeugnis

⁶⁶ Die Frage, was qualifiziertes Personal ausmacht wurde kürzlich vom österreichischen Obersten Gerichtshof beantwortet. Im gegenständlichen Fall wurde entschieden, ob Sicherheitspersonal einen Patienten daran hindern darf, eine Station oder das Gelände zu verlassen. Dazu heißt es: „Der Gesetzgeber erachtet es damit für notwendig, dass insbesondere Menschen mit psychischen Störungen nur von Personen betreut und gepflegt werden dürfen, die für diese sehr anspruchsvolle Aufgabe entsprechend seinen Vorgaben ausgebildet sind“ (Ob 139/14p: 13). Und weiter: „Für Mitarbeiter eines gewerblichen Sicherheitsdienstes besteht damit keine gesetzliche Ausnahme, die sie grundsätzlich zur Vornahme von Pflegehandlungen berechtigen würde“ (Ob 139/14p: 12).

http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Justiz/JJT_20141029_OGH0002_0070OB00139_14P0000_000/JJT_20141029_OGH0002_0070OB00139_14P0000_000.pdf (Zugriff: 29.06.2015).

jedoch verlangen (UbG §10 Abs 3 i.d.g.F.), sofern ihm/ihr dieses Recht in adäquater Weise kommuniziert wurde.

4.4 Europäische Region der World Health Organization (WHO)

Vom 12. bis zum 15. Jänner 2005 fand in Helsinki die europäische ministerielle WHO-Konferenz statt, der ein Bericht mit dem Titel „Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen“ folgte. Bei der Konferenz wurde die Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit und der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit im Namen der GesundheitsministerInnen aus 52 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO unterzeichnet (WHO 2006: X). „Es ist an der Zeit, dass wir die Anliegen von Personen mit einer psychischen Behinderung nicht einfach nur als soziales Problem, sondern als einen die Menschenrechte betreffenden kategorischen Imperativ begreifen“ (WHO 2006: 109), findet sich als Zitat von Lawrence O. Gostin in der Einleitung des Kapitels Nr. 15 dieses Berichtes mit der Überschrift *Gesetzgebung im Bereich psychische Gesundheit*. Weiter heißt es dort: „Die Länder brauchen Gesetze für den Bereich psychische Gesundheit, die die in internationalen und europäischen Menschenrechtsinstrumenten verankerten Rechte respektieren und den darin vorgeschriebenen Verpflichtungen gerecht werden“ (ebd.: 110). Die kurz darauf in Kraft getretene UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen fand hier noch keine Erwähnung, wäre aber genau ein solches Menschenrechtsinstrument.

4.5 Grünbuch psychische Gesundheit

Als Kooperationspartner der europäischen ministeriellen WHO-Konferenz im Jänner 2005 fungierte die *Europäische Kommission*, die als Antwort auf die Konferenz das Grünbuch mit dem Titel „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ (Europäische Kommission 2005) veröffentlichte. Das Grünbuch verfolgt die Absicht:

„in den europäischen Institutionen, in den Regierungen, in den Gesundheitsberufen, bei Stakeholdern in anderen Sektoren, in der Zivilgesellschaft – einschließlich der Patientenorganisationen – und in der Forschungslandschaft eine Debatte in Gang zu bringen, die Aufschluss darüber geben soll, welchen Stellenwert die psychische Gesundheit für die

EU hat, inwieweit Bedarf an einer Strategie auf EU Ebene besteht und welche prioritären Ziele eine solche Strategie verfolgen könnte“ (Europäische Kommission 2005: 3).

Als Lösungsansatz bzw. Handlungsoption nennt das Grünbuch die „Förderung der sozialen Integration psychisch kranker und geistig behinderter Menschen und Schutz deren Grundrechte und Menschenwürde“ (ebd.). Ein „Paradigmenwechsel“ – nämlich „Deinstitutionalisierung“ – könne die soziale Integration unterstützen, wohingegen Unterbringungen in Anstalten das Stigma eher verstärken (ebd.: 12). Das Grünbuch hält weiters fest, dass einige PatientInnen freiwillig stationäre Versorgung in Anspruch nehmen, „eine zwangswise Einweisung von Patienten in psychiatrische Anstalten und unfreiwillige Behandlungen die Rechte der Patienten beschneiden. Sie sollen als letztes Hilfsmittel nur dann praktiziert werden, wenn andere weniger restriktive Möglichkeiten sich als undurchführbar erweisen“ (ebd.: 13, Herv. im Original). Als eine mögliche Initiative auf Gemeinschaftsebene nennt die *Europäische Kommission* die *European Union Agency for Fundamental Rights* (FRA), die bis zum 1. Jänner 2007 den Betrieb aufnehmen würde und sich „der Belange der psychisch kranken und geistig behinderten Menschen und der Situation in psychiatrischen Einrichtungen annehmen“ könnte (ebd.).

4.6 Fundamental Rights Agency (FRA)

Die *European Union Agency for Fundamental Rights* (FRA) mit Sitz in Wien hat sich der in dem Grünbuch formulierten Aufgabe angenommen und 2012 den Bericht „Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems“ herausgegeben, dem zu entnehmen ist:

„Unfreiwillige Unterbringung und Behandlung von Menschen mit Behinderungen sind sensible, komplexe und aktuelle Themen. Sensibel, weil es um Menschenrechtsverletzungen gehen kann, die lange nicht sichtbar waren; komplex, weil sie traditionell das medizinische Bild von Behinderung reflektieren – die Notwendigkeit von Behandlung ging Menschenrechtsüberlegungen voraus; und aktuell, weil Reformen in EU-Mitgliedsländern und dem Europarat vorangehen“ (FRA 2012: 10, Übersetzung DA).

Der FRA-Bericht verwendet den Begriff „persons with mental health problems“ (ebd.: 11). Auch wird an mancher Stelle von „Gruppen von Menschen“ gesprochen, auch wenn klar ist, dass individuelle Erfahrungen stark variieren (ebd.: 12). Weiters werden in dem Bericht

die UN-Standards und die Europarats-Standards hinsichtlich Freiheitsbeschränkungen differenziert und die jeweiligen Rechtsquellen genannt. Zudem wird eine Unterscheidung zwischen unfreiwilliger Unterbringung und unfreiwilliger Behandlung getroffen. Bezuglich der unfreiwilligen Unterbringung geht hervor, dass bei dem Recht auf Freiheit als UN-Standard auf Artikel 14 der UN-BRK verwiesen wird. Das Recht auf Freiheit als Europarats-Standard verweist hingegen auf Artikel 5 der EMRK. Die Ministerkomitee-Empfehlung des Europarates (Council of Europe 2004), die in Artikel 17 die kumulativen Kriterien für eine unfreiwillige Unterbringung nennt, wurde bereits weiter oben vorgestellt. Die Verbindung zwischen Unterbringung und Behandlung besteht etwa im „therapeutischen Zweck“. Freie und informierte Zustimmung ist in Artikel 3, dem Recht auf körperliche Integrität in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union normiert. Als UN-Standards sind hier Artikel 15, Artikel 17 und Artikel 25 der UN-BRK zu nennen.⁶⁷

Eine wesentliche Aussage des FRA-Berichtes ist, dass die UN-BRK die Beschränkung von Freiheit von der Existenz einer Behinderung entkoppelt, und somit Behinderung eine Freiheitsbeschränkung noch nicht rechtfertigt (vgl. FRA 2012: 27). Als Schlussfolgerung – und gleichzeitiger Weg nach vorne – formuliert die FRA:

„Die UN-BRK verlangt von den Mitgliedstaaten ein enges Konsultieren und aktives Involvieren von Menschen mit Behinderungen in die Entwicklung und Implementierung von Gesetzen und Programmen. Die effektive Implementierung der Konvention verlangt, dass legitime Reformen Menschen mit Behinderungen aktiv mit einbeziehen, besonders über repräsentative Organisationen um zu versichern, dass sie Teil dieses Prozesses sind“ (FRA 2012: 51, Übersetzung DA).

Im FRA-Bericht wird – erfreulicherweise – auf die Stimmen von psychiatrieraffinierten Menschen Wert gelegt. Dies zeigt sich anhand des letzten Abschnittes des Berichtes, der nämlich die Ergebnisse einer Feldforschung vorstellt, die bei 115 Personen mit mentalen Gesundheitsproblemen („mental health problems“) aus neun EU-Mitgliedstaaten⁶⁸ mittels teilstrukturierter Interviews und Fokusgruppen durchgeführt wurde (vgl. ebd.: 41).

Im Rahmen dessen wurde auch eine Untersuchung zur Situation in Österreich in Auftrag gegeben, deren Bericht jedoch nicht veröffentlicht wurde, ich aber dennoch Einblick in

⁶⁷ Siehe dazu: Kapitel 5.5.3 und 5.5.4 und 5.5.6

⁶⁸ Bulgarien, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Ungarn, Lettland, Rumänien, Schweden und Großbritannien.

diesen von einem/einer der AutorInnen erhielt. Nach intensiver Literaturrecherche kamen die AutorInnen zu dem Schluss, dass kaum Daten und statistisches Material vorhanden sind, sodass man sich fragen könnte, wie Policy-Making überhaupt betrieben werden kann (Buchner et al. 2012: 5). Die wenigen vorhandenen Studien zu Freiheitsbeschränkungen an sogenannten psychisch kranken Menschen stammen aus Daten von PsychiaterInnen oder bezogen sich auf Zahlen von Gerichten. Die AutorInnen betonen daher, dass „an organization of psychiatric survivors is urgently needed to influence political discourse on involuntary detention, as this discourse is dominated by psychiatrists and judges, who seem to have decisive influence on policy makers“ (ebd.: 40).

Die hier vorgestellten Policy-Dokumente und Rechtsinstrumente zu Freiheitsbeschränkungen erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Ihre Erwähnung sollte vielmehr dazu dienen, den Kontext aufzubereiten, auf den sich die in Kraft getretene UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen – und für das Beispiel Österreich noch aktueller – das Zusatzprotokoll zur UN-Antifolterkonvention beziehen. Somit ist die Beschäftigung mit der UN-BRK Gegenstand des nachfolgenden Kapitels und im Anschluss daran, wird auf ein weiteres internationales Rechtsinstrument, nämlich die UN-Antifolterkonvention eingegangen. Beide Policy-Dokumente verschränken sich in der Frage der Praxis von Freiheitsbeschränkungen.

5 DIE UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION (UN-BRK)

„Wenn die Konvention erst einmal angenommen, unterschrieben und ratifiziert ist, wird sie Auswirkungen auf die nationale Gesetzgebung haben, durch die die Möglichkeiten, wie Menschen mit Behinderung ihr Leben leben können, verändert werden. Es wird sich ein Weg in die Zukunft öffnen, durch den sichergestellt wird, dass Menschen mit Behinderungen die gleichen Menschenrechte genießen, wie alle anderen (...) Es wird nicht über Nacht geschehen. Viel Arbeit muss noch getan werden, um die Ergebnisse zu erreichen, die durch die Behindertenrechtskonvention angestrebt werden. Ich fordere alle Regierungen auf, ohne Verzögerung mit der Ratifizierung zu beginnen und dann die Gesetze umzusetzen“ (Kofi Annan zit. in: Kaleck et al. 2008: 5f.).

Im Rahmen dieser Arbeit wird der Einfluss der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen auf freiheitsbeschränkende Praktiken an sogenannten psychisch kranken Menschen untersucht. Neben der UN-BRK – und mit dieser eng verzahnt – bildet auch das Zusatzprotokoll zur UN-Antifolterkonvention durch einen Nationalen Präventionsmechanismus die Basis der derzeit aktuellen Problematisierung. In den nächsten zwei Kapiteln werden daher diese beiden Policy-Dokumente vorgestellt und auf ihre Relevanz speziell für die Situation psychiatriearfahrener Menschen überprüft. Die erst 2008 in Österreich in Kraft getretene UN-BRK stellt offenkundig einen Rahmen zur Verfügung, innerhalb dessen das Recht auf persönliche Freiheit und Integrität neu verhandelt wird. Deren Artikel 14 (Freiheit und Sicherheit der Person) und Artikel 15 (Schutz vor Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe) oder Artikel 16 Absatz 3 (Kontrolle aller Einrichtungen und Programme für Menschen mit Behinderungen hinsichtlich Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch durch unabhängige Behörden) haben möglicherweise Einfluss auf Praktiken von Freiheitsbeschränkungen. Mit der Ratifizierung der UN-BRK gilt auch die Verpflichtung der Staaten, von bestimmten Politiken betroffene Menschen in deren Formulierung und Ausgestaltung mit einzubeziehen. Dies ist laut Bericht der *Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* (ÖAR) anlässlich des ersten Staatenbericht Österreichs jedoch noch nicht der Fall (vgl. ÖAR 2013: 15).

5.1 Die Geschichte der UN-BRK

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ist ein völkerrechtlicher Vertrag, in dem erstmals behinderte Menschen nicht bloß als AdressatInnen von Fürsorge, sondern als gleichberechtigte BürgerInnen betrachtet werden. Die UN-BRK schafft damit zwar keine neuen Rechte, präzisiert allerdings bereits bestehende aus anderen Verträgen – wie den beiden 1966 ratifizierten Pakten über die zivilen und politischen Rechte sowie die ökonomischen, sozialen und kulturellen Rechte – aus dem Blickwinkel von Behinderung (vgl. Lachwitz 2008: 144). Die den beiden Pakten innewohnende ideologische Spannung zwischen den Blöcken des Kalten Krieges wurde erst 1993 durch die Weltkonferenz über Menschenrechte und die daraus resultierende Erklärung und das Aktionsprogramm von Wien überwunden (vgl. Schulze 2010:15).

Am 13. Dezember 2006 wurde die UN-BRK von der UNO-Generalversammlung beschlossen, wobei es seit 2001 vor allem auf Initiative von Mexiko hin erste Bemühungen dazu gab. In insgesamt neun Verhandlungsrunden wurde am Konventionstext gearbeitet, wobei bemerkenswert ist, bis zu welch hohem hierarchischen Grad VertreterInnen von Behindertenorganisationen sowie aus der Zivilgesellschaft in diesen Prozess eingebunden waren (vgl. Schulze 2011).

Frühere Bemühungen, Menschen mit Behinderung sichtbarer zu machen, finden sich bereits 1971 und 1975 in den allerdings rechtlich nicht bindenden UN-Dokumenten wie der „Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons“ und der „Declaration on the Rights of Disabled Persons“, in denen der Begriff „disabled person“ jene Personen bezeichnete, die „unable to ensure himself or herself, wholly or partly, the necessities of a normal individual and/or social life, as a result of deficiency, either congenital or not, in his or her physical or mental capabilities“ (Schulze 2010: 16; United Nations 1971; United Nations 1975) sind.

Die Bedeutung der UN-BRK – oder der englischen Bezeichnung nach – Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)⁶⁹ besteht darin, behinderte Menschen gleichwertig zu „normalen“ Menschen vorzustellen. Als ganze Personen mit ihrer eigenen Normalität. Das, was jeweils als „normal“ gilt, wird von der UN-BRK jedoch nicht

⁶⁹Die Abkürzung CRPD wird im Rahmen dieser Arbeit gleichwertig mit der deutschen Abkürzung UN-BRK verwendet. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20006062> (Zugriff: 15.5.2015).

thematisiert. Die von herrschenden Normalitäten divers behandelten, wenn nicht diskriminierend misshandelten A-Normalitäten, werden in die angemessene menschenrechtlich erweiterte Normalität zurückgeholt. Menschen „haben“ Menschenrechte nicht, sie sind nicht erwerbend zu besitzen (Narr et al. 2011: o. S.) und können somit zwar durch Gesetze eingeschränkt werden, aber niemals von einem Wohlmeinenden „gewährt“ werden (Looz 2009: 3).

Die UN-BRK wurde mit Erfüllungsvorbehalt beschlossen, was bedeutet, dass aus ihr keine subjektiven Rechte abgeleitet werden können (Buchinger 2012: 14). Dies unterscheidet die UN-BRK von der Europäischen Menschenrechtskonvention. Die EMRK hat den Rang von Bundesverfassungsrecht und ist unmittelbar anwendbar und damit in Europa eine einzigartige Inkorporation eines völkerrechtlichen Vertrags (Öhlinger 1999: 282). Die Wirksamkeit der UN-BRK – wohl auch ein völkerrechtlicher Vertrag – „erschöpft sich in dem Grundsatz, dass innerstaatliches Recht völkerrechtskonform auszulegen ist“ (ebd.: 75), dass Behörden und Gerichte diesen Vertrag aber nicht direkt anwenden dürfen.

5.2 Der Behinderungsbegriff – Über die Macht eines Paradigmas/ Paradigmenwechsels

Der Behinderungsbegriff der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ist gänzlich anders gefasst, als der defizitorientierte Begriff, wie ihn etwa die erwähnte UN-Deklaration von 1975 noch gebraucht. Dies findet seinen Ausdruck in dem viel zitierten Paradigmenwechsel, weg von einem medizinischen-fürsorgerischen, hin zu einem sozialen Modell von Behinderung, das sich an Menschenrechten orientiert (vgl. Lachwitz 2008: 143; ÖAR 2013: 17; Chervin et al. in: Schulze 2010: 6).

Unter einem Paradigma versteht man ein Muster oder Vorbild und in einem erweiterten Sinne eine vorherrschende Sichtweise, die Erkenntnis-, Interaktions- und Entscheidungsprozesse strukturiert (Schultze 2002: 619). „Warum sollte der Wechsel eines Paradigmas eine Revolution genannt werden?“ (Kuhn 1976: 106) stellt Thomas Kuhn die Frage, der sich am Beispiel der Naturwissenschaft mit dem Paradigmenwechsel auseinandergesetzt hatte und Transformationsprozesse in Analogie zu politischen Revolutionen setzte (Schultze 2002: 620). „Das Existierende hat aufgehört zu funktionieren“ (Kuhn 1976: 104), ist Kuhns Antwort darauf. Eine Revolution bedingt eine Wandlung des Weltbildes (ebd.: 129). Ändert sich das Weltbild, so werden Phänomene

anders gesehen als noch zuvor. „Wenn auch die Welt mit dem Wechsel eines Paradigmas nicht wechselt, so arbeitet doch der Wissenschaftler danach in einer anderen Welt“ (Kuhn 1976: 134). Phasen gängiger Wissenschaft, in der Wissen akkumuliert und verfeinert wird, in der sich Forschung zu Problemlösung innerhalb eines dominanten Paradigmas bewegt, können manchmal durch Anomalien unterbrochen werden. Sich häufende Anomalien deuten auf wachsende Schwierigkeiten der Problemlösung hin und dies kann zu revolutionären Veränderungen führen (Schultze 2002: 620). Veränderte Paradigmen deuten auf soziale Umbrüche und Prozesse politischen Wandels hin. Damit ist „mehr“ gemeint, als dass sich „nur“ Theorien ändern. Der einzig zwingende Grund für die Abänderung einer Theorie ist ein Konflikt mit den „Tatsachen“ (Feyerabend 1977: 56), wobei diese Konflikte auch bereits auf Anomalien hindeuten können. Auch wenn Paul Feyerabend hier eher die Methodologie als veränderungswürdig begreift, so scheint es, dass Kuhn hingegen eher den Erkenntnisgegenstand meint. Sobald die „Schuppen von den Augen gefallen sind“, ist es, als ob der/die WissenschaftlerIn „Umkehrlinsen trägt. Er steht derselben Konstellation von Objekten gegenüber wie vorher, und obwohl er das weiß, findet er sie doch in vielen ihrer Einzelheiten *durch und durch umgewandelt*“ (Kuhn 1976: 134, Herv. DA). Der Begriff des Policy-Paradigmas bezieht sich auf das theoretische und praktisch-politische Verständnis, an dem sich konkrete Einzelmaßnahmen in einem Politikfeld über einen längeren Zeitraum ausrichten (Hall 1993 zit. in: Schultze 2002: 621).

Dieser kleine Exkurs in die Wissenschaftstheorie hat in Bezug auf die UN-BRK insofern eine Berechtigung, als dass es hierbei – nämlich beim Paradigmenwechsel – darum geht, das grundsätzliche Verstehen von Behinderung in „revolutionärer“ Art und Weise neu zu denken. Kuhn spricht von einer Verwandlung des Weltbildes. Vielleicht geht es hier zumindest um eine Verwandlung des Menschenbildes, durch das ein anderes praktisch-politisches Verständnis, das sich in veränderten Praktiken äußert, entstehen kann.

Als behinderte Menschen werden nach Artikel 1 Absatz 2 der UN-BRK Menschen mit „langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen“ bezeichnet, „welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ Behinderung wird also nicht definiert (non-definition), sondern die UN-BRK bietet eine offene Beschreibung, die direkt auf das soziale Modell verweist. Ein erster Verweis auf diverse Barrieren, die physischer Natur sein können, aber sicherlich diverse Vorurteile und Einstellungen behinderten Menschen gegenüber ausmachen, soll hier ausreichen (vgl.

Schulze 2010: 27). Behinderung wird in der UN-BRK als eine gesellschaftliche Konstruktion verstanden und dieses Verständnis schafft die Voraussetzung, dass man sie als strukturelles Unrecht adressieren kann. Aus der Sicht von Menschen mit Behinderungen kann dies bedeuten, dass das Erdulden eines vermeintlich natürlichen Schicksals zu einer aktiven Kritik an stigmatisierenden, diskriminierenden und ausgrenzenden gesellschaftlichen Einstellungen und Strukturen erwachsen kann (Bielefeldt 2009: 8).

5.3 UN-BRK trifft Psychiatrie

Der Behinderungsbegriff der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen umfasst auch Menschen aus dem weiten Feld der beeinträchtigten Seele, wobei die Frage, ob sich Menschen mit Psychiatrieerfahrung in die UN-BRK hinein zählen würden oder nicht, keineswegs eindeutig zu beantworten ist. So betonte auch Marianne Schulze mir gegenüber im Interview: „Ich glaube nicht, dass man sagen kann, dass jede Person, die ein psychisches oder psychiatrisches Problem hat automatisch eine Person mit Behinderungen ist. Den Automatismus sehe ich nicht“ (Schulze Interview 2012).

Im Rahmen des Entstehungsprozesses der UN-BRK fungierte Tina Minkowitz, eine US-amerikanische Rechtsanwältin und Psychiatrieerfahrene als Vertreterin von Menschen mit Psychiatrieerfahrung. In ihrer Funktion repräsentierte sie das *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* (WNUSP)⁷⁰ und ist ebenso Mitglied des *Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry* (CHRUSP).⁷¹ Im deutschsprachigen Raum engagieren sich hingegen Menschen rund um die Irren-Offensive⁷² mit Unterstützung von RechtsanwältInnen und dem weit über die Politikwissenschaft hinaus renommierten emeritierten Professor Wolf-Dieter Narr. Diese Quellen sind in weiterer Folge dieser Arbeit wichtig, denn sie argumentieren alle letztlich im Sinne eines Paradigmenwechsels. Und so zeigt insbesondere der empirische Teil dieser Arbeit, dass sich dieses Verständnis für die Situation in Österreich und hier vor allem für Wien eher noch vermissen lässt. Der *Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* hält in einer Stellungnahme aus dem Jahr 2014 fest, dass die Selbstvertretung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung eminent wichtig wäre, aus

⁷⁰ <http://www.wnusp.net> (Zugriff: 15.05.2015).

⁷¹ <http://www.chrusp.org> (Zugriff: 15.05.2015).

⁷² <http://www.irrenoffensive.de/> (Zugriff: 15.05.2015).

unterschiedlichen Gründen jedoch eine große Herausforderung darstellt (vgl. Unabhängiger Monitoringausschuss 2014: 9). Dieser Herausforderung hat sich schließlich der empirische Teil dieser Arbeit versucht anzunehmen.

Menschen mit Psychiatrieerfahrung werden – etwa durch einschlägige Gesetze – beinahe durchgängig als „psychisch krank“ bezeichnet. Der Begriff „krank“ impliziert bereits eine anzustrebende „Heilung“ durch etwa Psychopharmaka oder andere Therapien. Die Geschichte von Behinderung ist eine Geschichte von Pathologisierung und gleichzeitiger Ausschließung, wie insbesondere die Lektüre von Michel Foucault zeigt. Foucault macht deutlich, dass die Wissenschaft den behinderten Menschen erst durch Räume des Ein- und Ausschließens und durch Kategorien und Begriffe (er-)finden konnte (vgl. Foucault 1969). Das medizinische Modell von Behinderung, das nach wie vor wirkmächtig ist, operiert mit Krankheitsbegriffen. Diagnosen werden erstellt, deren Verteilung in der Bevölkerung statistisch dargestellt werden kann (Epidemiologie) und Ursachenforschung wird betrieben (Ätiologie) (Schönwiese 2008: 106f.).

In der Präambel der UN-BRK wird von langfristigen seelischen Beeinträchtigungen gesprochen. Wobei gleich im Satz darauf von den Wechselwirkungen die Rede ist. Das heißt, sogenannte psychisch kranke Menschen werden in einen Kontext von Beziehungen zur Gesellschaft und Umwelt gesetzt. Das soziale Modell im Bereich der Seele wurde bereits im Kapitel zu den Disability Studies erörtert.⁷³ Somit soll an dieser Stelle zusammenfassend nur festgehalten werden, dass der Behinderungsbegriff der UN-BRK sicherstellt, dass psychisch behinderte Menschen nicht als „krank“ eingestuft werden, sondern in den Schutzbereich des Übereinkommens einbezogen werden können (Kaleck et al. 2008: 19).

Menschen mit Psychiatrieerfahrung wählen unterschiedliche Modelle, um diese „Krankheitsidentität“ zurückzuweisen. Michaela Amering, eine international renommierte Expertin zu User-Involvement und Psychiaterin am Allgemeinen Krankenhaus in Wien, stellte in einer Festrede, die 2003 in der Zeitschrift *Kuckucksnest* veröffentlicht wurde, diese unterschiedlichen Modelle vor. Amering bezieht sich dabei auf die Ausführungen von Liz Szass aus ihrem Buch *From Psychiatric Patient to Citizen*. Welche Modelle können Menschen mit Psychiatrieerfahrung nutzen, um gegen Stigma und Diskriminierung

⁷³ Siehe dazu: Kapitel 3.1.1

anzukämpfen, die mit dem Krankheitsverständnis sehr eng verknüpft sind? Szass nennt hier vier unterschiedliche Modelle, die im Folgenden kurz skizziert werden:

Ein möglicher Zugang, den auch die *World Psychiatric Association* (WPA) in Anti-Stigma-Kampagnen gewählt hat, ist zu sagen: Psychische Erkrankungen sind medizinische Erkrankungen und psychiatrische PatientInnen müssen somatischen PatientInnen gleichgestellt werden – so nach dem Motto „eine psychische Erkrankung ist so normal wie ein Beinbruch“. Dieses Modell greift jedoch auf mehreren Ebenen zu kurz: Zum einen müssen somatische PatientInnen üblicherweise nicht fürchten, dass sie gegen ihren Willen behandelt werden. Zum anderen wehren sich Menschen mit Psychiatrieerfahrung – wie mir auch die Erfahrung der Feldforschung zeigte – vehement dagegen, dass das, was sie erleben als „ganz normal“ gilt.

Ein weiteres Modell, das Szass „individual growth“-Modell nennt, entspricht der Denkweise: Wir alle haben hin und wieder Probleme und können daran auch wachsen. Daher muss niemand stigmatisiert werden. Dies impliziert allerdings, dass Unterstützung für Menschen mit psychischen Problemen nicht vorgesehen ist. Aus Sicht psychiatrieerfahrener Menschen ist es jedoch unzulässig zu relativieren, dass wir alle in irgendeiner Form oder zumindest stellenweise im Leben behindert sind.

Das dritte Modell, das „libertäre Modell“, ist eine antipsychiatrische Denkweise, die davon ausgeht, dass psychische Krankheiten gleichsam Erfindung und Herrschaftsinstrument sind. Der Vorteil liegt darin, dass gleiche Rechte und Pflichten für alle gelten (vgl. Amering zit. in: Kuckucksnest 3/2003: 4ff.). Dieses Modell erlebte eine breite Rezeption in den 1970er Jahren insbesondere durch das Werk von Thomas Szasz *The Myth of Mental Illness* (1961) (zu dt. *Geisteskrankheit – Ein moderner Mythos* erschienen 1972). Szasz spricht sich darin für eine Trennung von Staat und Psychiatrie aus (vgl. Rissmiller/Rissmiller 2006: 864). Die Verbindung zwischen Psychiatrie und Recht wurde auch von David Cooper, Psychoanalytiker und Psychiater, als „zwei komplementäre Formen der Intervention gegen Abweichende“ beschrieben, in der die „Kontrolle der Delinquenten und psychiatrische Fürsorge zunehmend identisch“ (Cooper 1978: 149) werden. Der Begriff der Antipsychiatrie wurde wesentlich von Cooper geprägt. Cooper schreibt, dass die Frage des Wahnsinns kein medizinisches oder gesellschaftliches, sondern ein politisches Problem sei. „Der Grund für die Ausschließung und Entmündigung der Verrücktheit ist kein rein medizinischer, auch kein rein gesellschaftlicher: sondern, wie ich

zeigen will, ein politischer“ (Cooper 1978: 136). In seinem Buch *Die Sprache der Verrücktheit* nennt Cooper die wesentlichen Charakteristika der Antipsychiatrie und erläutert, dass dieser Begriff verwendbar sei gegen eine technizistische Sicht auf den Menschen und fügt in diesem Zusammenhang hinzu:

„und vor allem die Anerkennung des Rechts, unter allen Umständen ‘Nein’ zu jeglicher Behandlung zu sagen; sowie die jederzeitige Anerkennung des Rechts, wirklich ‘Nein’ zu allem zu sagen, was das fundamentale Recht jedes Menschen verletzt, sich nicht in die Machtspiele anderer Leute hineinziehen zu lassen“ (ebd.: 116).

Auf künstlerischer Ebene wurde die Anstaltspsychiatrie durch Filme wie *Einer flog über das Kuckucksnest* (1962) heftiger Kritik ausgesetzt. In Italien wurde die Deinstitutionalisation durch Protagonisten wie Franco Basaglia in Triest vorangetrieben, der davon ausging, dass Geistes-„Krankheit“ keine Krankheit, sondern viel eher ein Ausdruck menschlicher Bedürfnisse sei (vgl. Rissmiller/Rissmiller 2006: 864). Auch wenn wichtige Ideen es wert sind, dass sie weitergegeben werden und insbesondere auch für die Argumentation gegen psychiatrischen Zwang unabdingbar sind, so muss doch konstatiert werden, dass dieses Modell ab den 1980er Jahren zunehmend an Einfluss verloren hat (ebd.). Ein vielversprechender Nachfolger liegt mitunter in der Etablierung der Mad Studies, auf die bereits zuvor eingegangen wurde.⁷⁴

Das vierte Modell, das Liz Szass das „social-inclusion“-Modell nennt, entspricht der Denkweise: Man muss weiterhin dazugehören können, mit all den Störungen, Auffälligkeiten etc. und die Gesellschaft muss ihren entsprechenden Beitrag dazu leisten. Das letzte Modell hat laut Amering dazu geführt, dass die Betroffenenbewegung den Behinderungsbegriff letztlich akzeptiert hat (vgl. Amering 2003: 4ff.).

5.4 Inklusion und Partizipation

Das von Liz Szass vorgeschlagene Inklusionsmodell schließt nicht nur begrifflich an das Inklusionsmodell der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen an, sondern ist zugleich auch der Schlüsselbegriff zum Verständnis der UN-BRK (Wansing 2012: 93).

⁷⁴ Siehe dazu: Kapitel 3.1.1.7

Der Begriff Inklusion – lateinisch für Einschließung – ist der Gegenbegriff zur Exklusion und bezeichnet in den Sozialwissenschaften einen rechtlich verbrieften oder tatsächlichen Zugang zu Teilhabechancen (Schmidt 2004: 316). Die Begriffe Inklusion und Exklusion sind Grundbausteine der Gesellschaftstheorie bei Niklas Luhmann, für den sich Inklusion als Kommunikationszusammenhang zeigt, indem Menschen bezeichnet und somit für relevant erachtet werden (vgl. Wansing 2012: 94). Der Begriff der Exklusion wurde insbesondere von Martin Kronauer erarbeitet, der davor warnt, Inklusion und Exklusion als dichotomes Verhältnis zu denken, sondern auf die Gleichzeitigkeit von Drinnen und Draußen verweist (vgl. Kronauer 2002: 146f.). Mit diesem Gedanken bezieht sich Kronauer auf Georg Simmel, der diese Gleichzeitigkeit in seinem Aufsatz *Der Arme* (1908) deutlich herausgearbeitet hat. „So steht der Arme freilich außerhalb der Gruppe, in dem er ein bloßes Objekt für Vornahmen der Gesamtheit mit ihm ist, aber dieses Außerhalb ist – kurz ausgedrückt – nur eine besondere Form des Innerhalb“ (Simmel 1983/1908: 368). Die „Doppelheit der Position“ oder das „Verhältnis des simultanen Drinnen und Draußen“ (ebd.) besteht darin, dass exkludierte Individuen insofern inkludiert sind, dass die Gesellschaft auf sie – in welcher Form auch immer: durch Hilfe, Kontrolle, Repression, Heilung etc. – reagiert. Dies trifft auch auf Menschen mit Psychiatrieerfahrung zu! Nicht nur fallen sie oftmals aus sozialen Zusammenhängen heraus, da mit Abwehr auf ungewöhnliches Verhalten reagiert wird, sondern auch kaum eine andere Gruppe von Menschen ist dem Einflusswunsch der Gesellschaft so stark ausgesetzt wie diese (vgl. Looz 2009: 5).

In menschenrechtlicher Hinsicht deutet der Inklusionsbegriff der UN-BRK auf das Grundprinzip des sozialen Zusammenlebens hin, welches Menschen auf der Basis gleicher Rechte, die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen soll (vgl. Wansing 2012: 94). Gleichzeitig ist Inklusion in Verbindung mit dem Behinderungsbegriff der UN-BRK zu denken, der auf die soziostrukturelle Herstellung von Behinderung verweist. Dies ermöglicht, ausgrenzende Mechanismen in den Fokus zu rücken und dabei den Grundsatz der Achtung menschlicher Vielfalt zu betonen (ebd.: 98). Die Gesellschaft wird als veränderbar begriffen und ist als Grundgedanke dem Paradigmenwechsel immanent, der letzten Endes den individualisierenden-defizitorientierten Blick auf Behinderung abzustreifen vermag.

Neben Inklusion ist Partizipation ein weiterer Schlüsselbegriff der UN-BRK.

„Die Partizipation von Menschen mit Beeinträchtigungen in allen Planungs-, Entscheidungs- und Bewertungsprozesse ist unverzichtbar, um ihre spezifischen Bedürfnisse aus ihrer Sicht zu identifizieren und wirksam in die Entwicklung von Gesetzen, Programmen, Infrastruktur usw. einzubeziehen. Nur unter der Voraussetzung ihrer Mitwirkung können sich gesellschaftliche Sphären dergestalt verändern, dass im Vollzug von Inklusion (ihre Einbeziehung in eben diese sozialen Sphären) gleichberechtigte und volle Teilhabe (und nicht Behinderung) entsteht“ (Wansing 2012: 100f.).

Partizipation – lateinisch für Teilnahme oder Teilhabe – kann je nach Demokratiemodell oder Politikbegriff instrumentell oder normativ gedacht werden. In instrumenteller Hinsicht bezieht sich der Begriff auf Formen politischer Beteiligung in der repräsentativen Demokratie. Normativ gesehen, ist Partizipation nicht nur Mittel zum Zweck, sondern ein Ziel und ein Wert an sich. Es geht dabei um Selbstverwirklichung im Prozess des direktdemokratischen Zusammenlebens und um politisch-soziale Teilhabe in möglichst vielen Bereichen der Gesellschaft (vgl. Schultze 2002: 648). Zudem kann Partizipation auch unterschiedliche Effekte für den teilhabenden Menschen haben, wie „developmental effects“ oder „intrinsic skills“ (Fischer 2006: 22). Partizipation kann mit Michel Foucault kritisch aber auch „as a ‘political technology’ used to manage and control projects and processes, bounding the possibilities of popular engagement and disciplining participants“ (Fischer 2006: 23) verstanden werden.

Partizipation von „direkt betroffenen Personen“ ist als „historisch neueste Anforderung zu entwickeln“, schreibt Volker Schönwiese im Zusammenhang mit Deinstitutionalisierungsprozessen (Schönwiese 2008: 117). Diese Anforderung ist für beteiligte AkteurInnen tatsächlich ein anspruchsvolles Unterfangen und Menschen mit Behinderung oder Psychiatrieerfahrungen sind berechtigterweise sensibilisiert, hierbei nicht instrumentalisiert zu werden. Sherry Arnstein definierte bereits 1969 eine sogenannte Stufenleiter der Partizipations-„Intensität“ beginnend mit Manipulation und Therapie über Information und Konsultation bis hin zu tatsächlicher Macht und Kontrolle des Prozesses durch die Beteiligten (vgl. Arnstein 1969). Partizipation muss genährt und kultiviert werden (vgl. Fischer 2006) und benötigt Rahmenbedingungen der Information und Bildung hinsichtlich Handlungskompetenzen und Möglichkeiten (vgl. Wansing 2012: 101). Die UN-BRK fordert Vertragsstaaten dazu auf, Menschen mit Behinderungen aktiv in die Entwicklung und Implementierung von Politiken einzubeziehen und dies auch im

Hinblick auf unfreiwillige Unterbringung und Behandlung (vgl. FRA 2012: 51). Der empirische Teil dieser Arbeit nimmt darauf noch ausführlich Bezug und beleuchtet eingehend die Sichtweise psychiatrierfahrener Menschen.⁷⁵ Zuvor werden aber noch die besonders relevanten Artikel der UN-BRK zu Freiheitsbeschränkungen an Menschen mit Psychiatrierfahrung vorgestellt, wobei hier die Worte von Julian Rappaport, einem Mitbegründer des Empowerment-Ansatzes stets im Hinterkopf behalten werden sollen: „Rechte ohne Ressourcen zu besitzen ist ein grausamer Scherz“ (Rappaport 1985 zit. in: Wansing 2012: 102).

5.5 Relevante Artikel der UN-BRK zu Freiheitsbeschränkungen

Im Folgenden sollen einführend die relevanten Artikel der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu Freiheitsbeschränkungen an Menschen mit Psychiatrierfahrung vorgestellt werden, um diese dann im Rahmen des empirischen Teils auf ihre praktische Relevanz sowie den Stand der derzeitigen (Nicht-)Umsetzung hin zu prüfen. Dem empirischen Teil sei jedoch noch ein Kapitel zum Policy-Prozess nach der Ratifizierung in Österreich bis zur aktuellen Situation (Stand: September 2014) vorangestellt.

Die zentralen Artikel hinsichtlich Freiheitsbeschränkungen an sogenannten psychisch kranken Menschen sind in erster Linie Artikel 14, der gemeinsam mit Artikel 15 bis 17 gelesen werden muss (Schulze 2010: 98) sowie Artikel 12.

5.5.1 Artikel 12 – Gleiche Anerkennung vor dem Recht

- (1) Die Vertragsstaaten bekreftigen, dass Menschen mit Behinderungen das Recht haben, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden.
- (2) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen.
- (3) Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen.

⁷⁵ Siehe dazu: Kapitel 9

Dieser Artikel ist vor allem hinsichtlich Sachwalterschaften relevant. In Österreich gab es im Jahr 2009 ca. 50.000 Besachwalterungen und für das Jahr 2020 ist laut Berechnungen des *Instituts für Rechts- und Kriminalsoziologie* mit 80.000 besachwalteten Menschen zu rechnen. Zu 75% sind Menschen über 60 Jahre davon betroffen und in 62% aller Bestellungen bezog sich der Wirkungskreis auf alle Angelegenheiten (vgl. Pilgram et al. 2009; ÖAR 2013: 66).

Artikel 12 der UN-BRK verlangt eine Abkehr von vormundschaftlichen Regelungen bzw. von dem sogenannten „substituted decision-making“ hin zu einem „supported decision-making“ (ÖAR 2013: 65), was als Ausdruck des Paradigmenwechsels zu betrachten wäre.

“In the context of making decisions about medical treatment, where the exercise of legal capacity includes the power to make such decisions, it follows that people with mental disabilities must also be empowered to make such decisions on their own behalf, if necessary with support from healthcare professionals, family and independent advocates and advisers” (Munro 2012: 903).

Die Verknüpfung zwischen Artikel 12 und Artikel 14 findet sich in der Allgemeinen Erklärung (General Comment) Nr. 1 des Komitees zur Überwachung der Konvention.

“The denial of the legal capacity of persons with disabilities and their detention in institutions against their will, either without their consent or with the consent of a substitute decision-maker, is an ongoing problem. This practice constitutes arbitrary deprivation of liberty and violates articles 12 and 14 of the Convention. States parties must refrain from such practices and establish a mechanism to review cases whereby persons with disabilities have been placed in residential setting without their specific consent” (Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2014: 10).

Absatz 3 betont ausdrücklich, dass es um Unterstützung gehen muss, die Menschen bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit brauchen. Es muss sich dabei im Einzelfall um Unterstützung handeln, die keinen Menschen mit Behinderungen aus dieser gleichen Anerkennung vor dem Recht ausschließt. Dies berührt das weite Feld von Kommunikation, welche sich jedoch nicht nur auf verbale Kommunikation beschränkt (vgl. Lachwitz 2013: 77).

5.5.2 Artikel 14 – Freiheit und Sicherheit der Person

- (1) Die Vertragsstaaten gewährleisten,
 - a. dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen;
 - b. dass Menschen mit Behinderungen *gleichberechtigt mit anderen* die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsbeschränkung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung *in keinem Fall* eine Freiheitsentziehung rechtfertigt. (Herv. DA).
- (2) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen, denen aufgrund eines Verfahrens ihre Freiheit entzogen wird, gleichberechtigten Anspruch auf die in den internationalen Menschenrechtsnormen vorgesehenen Garantien haben und im Einklang mit den Zielen und Grundsätzen dieses Übereinkommens behandelt werden, einschließlich durch die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen.

Die grundsätzliche Frage lautet: Ist die derzeitige Gesetzeslage hinsichtlich „Wegsperren“ mit Artikel 14 der UN-BRK vereinbar? Dazu äußerten sich in einer gutachterlichen Stellungnahme im Auftrag der deutschen *Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener* (BPE) im Jahr 2008 Wolfgang Kaleck, Sönke Hilbrans und Sebastian Schamer. Darin hieß es, dass eine wichtige Einschränkung darin besteht, dass sich der Freiheitsbegriff allein auf die körperliche Bewegungsfreiheit bezieht. Die UN-BRK schließt Freiheitsbeschränkungen nicht grundsätzlich aus.

„Voraussetzung ist jedoch, dass das der Freiheitsentziehung zugrunde liegende Gesetz wiederum in Einklang mit der BRK zu bringen ist – namentlich das Vorliegen einer Behinderung auch in dem Fall, dass dies durch Gesetz vorgesehen ist, in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigen kann“ (Kaleck et al. 2008: 20).

Die Autoren stellen hier einen Auslegungsbedarf fest:

- a. Keine unmittelbare Kausalität zwischen Freiheitsentzug und Behinderung – „fürsorglicher“ Freiheitsentzug als Zugang zur Unterstützung? Artikel 12 Absatz 3 könnte so gelesen werden, dass durch eine Zwangsunterbringung die Handlungsfähigkeit wieder hergestellt werden könnte. Dies berührt die schwierige Frage, bis zu welchem Grad „mit Zwang geholfen“ werden darf. Hier stößt aber das Wort „support“ an seine begrifflichen Grenzen. Diese Grenze beginnt dort, wo die

Entscheidung des Betroffenen nicht mehr unterstützt, sondern im Sinne von „substitution“ ersetzt wird (vgl. Kaleck et al. 2008: 32).

b. Rechtfertigung des Freiheitsentzugs zumindest mittelbar aufgrund von Behinderung. Gegen eine Vereinbarkeit von Artikel 14 der UN-BRK und Zwangsunterbringung spricht eine authentische und teleologische Auslegung der UN-BRK. Es geht hierbei um den in der Präambel formulierten Paradigmenwechsel! Eine Behinderung wird dort angenommen, wo Menschen mit einstellungsbedingten Barrieren konfrontiert sind. Wichtig ist die Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen. Die Gefährlichkeit und die psychische Erkrankung sind nicht zu trennen. Gefährlichkeit ohne psychische Erkrankung führt zum Sicherheitsgewahrsam. „Die Zwangsunterbringung (...) stellt sich nicht als spezifische Gefahrenabwehrregelung dar, sondern verlangt vom Untergebrachten ein Sonderopfer, damit der Staat seine Aufgaben im Rahmen der Gesundheitsversorgung wahrnehmen kann“ (ebd.: 24).

Die Annahme der Gefährlichkeit führt somit zu einer Ungleichbehandlung sogenannter psychisch Kranker im Vergleich zu psychisch Gesunden. Die Annahme der Gefährlichkeit oder der Gefährdung kann auch Folge eines subjektiv nachvollziehbaren Unverständnisses der Verhaltensauffälligkeit eines betroffenen Menschen sein. Dies ist eher eine weit verbreitete Annahme als eine tatsächliche Gegebenheit. Die Autoren verweisen in diesem Zusammenhang auch auf Artikel 31 der UN-BRK – die Verpflichtung der Vertragsstaaten zu Statistik und Datensammlung – hinsichtlich der Frage, ob von einer erhöhten Gefährlichkeit auszugehen ist, und ob sich die gesetzliche Eingriffsbefugnis tatsächlich nur auf diese Gruppe beschränkt (ebd.: 26).

How serious is serious? Mit dieser Frage beschäftigte sich bereits der *Europäische Gerichtshof für Menschenrechte* im Fall „Winterwerp gegen die Niederlande“ im Jahr 1979 bezüglich „unsound mind“ und „discretion“ (ECoHR 1979). Worum geht es bei einer „wirklichen“ psychischen Störung bzw. „how serious is serious?“, wie Peter Bartlett in Zusammenhang mit Behandlungsbedürftigkeit fragt (Bartlett 2012: 840). Julie Mulvany verwendet die Begriffe „severe mental disorder“ und „serious mental illness“ und argumentiert, dass das soziale Modell auf diese kleine, aber signifikante Gruppe von Menschen schwer anwendbar ist (vgl. Mulvany 2000). Unter diesen Begriffen fasst Mulvany Störungen, die im DSM 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders) der *American Psychiatric Association* (APA) oder im europäischen Fall dem ICD 10 (International Classification of Diseases), dem Schema der *World Health Organization* (WHO) klassifiziert werden. Die dort beschriebenen Störungen umfassen psychotische Zustände wie Schizophrenie und affektive Psychosen, Stimmungsstörungen wie Manie-Depression oder schwere Depressionen, Angststörungen sowie Zwangsstörungen. Auch wenn diese Diagnosekategorien aus unterschiedlichen Gründen als problematisch erachtet werden, erlauben sie dennoch eine Unterscheidung zwischen „serious psychiatric disorders“ und anderen „milder mental health problems“ (Mulvany 2000: 583f.). Freiheitsbeschränkende Praktiken widerfahren wohl eher Menschen mit ernsten psychiatrischen Störungen – wobei hier sicherlich auch Demenz zu berücksichtigen ist. Trotzdem soll das Fallbeispiel „Herczegfalvy vs. Austria“ in Erinnerung rufen, dass die sogenannte Paranoia Querulans, mit der argumentiert worden war, als diagnostische Einheit als Querulantewahn bezeichnet wurde. Dieser „Wahn“ wurde 1984 noch so beschrieben: „Der Kranke zentriert seine Gedanken und Handlungen um ein echtes oder vermeintliches Recht (Unrecht) und versucht, es hartnäckig und unbeeinflussbar durchzusetzen, auch wenn dieser Weg mit großen Nachteilen verbunden und von weiteren Niederlagen begleitet ist“ (Friedmann 1984: 47).

Wie im Kapitel zum Unterbringungsgesetz (UbG)⁷⁶ bereits festgehalten wurde, betreffen Zwangsmassnahmen sowohl die unfreiwillige Unterbringung als auch die unfreiwillige Behandlung. Allerdings sind weiterreichende Freiheitsrechte als die körperliche Bewegungsfreiheit durch die Schutzbestimmungen des Artikel 14 nicht umfasst (Kaleck et al. 2008: 29). Das bedeutet, dass Zwangsbehandlungen eher durch Artikel 17 – Schutz der Unversehrtheit einer Person –, bei dem es um die körperliche Integrität geht, abgehandelt werden.

Der Passus in Absatz 1b des Artikels 14 der UN-BRK ist wichtig und soll an dieser Stelle nochmals hervorgehoben werden:

- (1) Die Vertragsstaaten gewährleisten,
 - b. (...) dass jede Freiheitsbeschränkung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung *in keinem Fall* eine Freiheitsentziehung rechtfertigt. (Herv. DA).

⁷⁶ Siehe dazu: Kapitel 2.3.1

Im Zuge der Formulierung dieses Passus ist etwas Interessantes passiert: Man erkannte, welchen Unterschied nur ein einziges Wort ausmachen kann. So wurde debattiert, ob man formulieren solle: „(...) dass jede Freiheitsbeschränkung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und nur das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt“ – im Originallaut: “in no case shall the existence of an disability ‘solely and exclusively’ justify a deprivation of liberty” (Nowak 2008: 16, Fußnote 38). Das nur dann zu betonen hätte nämlich bedeutet, dass ein Freiheitsentzug legitim ist, wenn die bekannte Selbst- oder Fremdgefährdung mit ins Spiel kommt, so wie es auch die aktuelle Gesetzeslage vorsieht.

Tina Minkowitz vom *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* (WNUSP) hat – wie bereits erwähnt – bei der Formulierung der UN-BRK mit verhandelt. In ihrem Blog schreibt sie, dass die Verwendung der Wörter „solely and exclusively“ – oder eben zu dt. nur dann – ein Schlupfloch geöffnet hätte, mit dem Selbst- oder Fremdgefährdung oder eben auch Behandlungsbedürftigkeit argumentiert werden hätte können (vgl. Minkowitz 2013). Der Vorsitzende des UN-Ausschusses machte allerdings klar, dass das Prinzip der Nicht-Diskriminierung auch hier anzuwenden sei: “This is essentially a non-discrimination provision. The debate has focused on the treatment of PWD (persons with disabilities, Anm. DA) on the same basis as others. PWD who represent a legitimate threat to someone else should be treated as any other person would be” (Ad hoc Committee 2006). Menschen mit Behinderungen, also auch Menschen mit Psychiatrieerfahrung müssen so behandelt werden, wie alle anderen auch. Der „Besonderheit“ von psychischen Krankheiten, nämlich der unmittelbaren Gefährlichkeit, wurde so das zwingende Argument entzogen (vgl. Minkowitz 2013).

Der bereits zitierte Artikel von Bartlett ist an dieser Stelle besonders aufschlussreich. In diesem geht er der Frage nach, unter welchen Umständen eine zwangswise Unterbringung hinsichtlich der UN-BRK und der EMRK gerechtfertigt sein kann. Bartlett äußert sich zunächst zu den Grenzen des sozialen Modells und erläutert, dass wenn man Artikel 14 der EMRK liest, ist daraus zu folgern, dass Behinderung allein kein Grund für eine Unterbringung sein darf. “If appropriate services and supports are provided, the argument goes, compulsion will be no more necessary for people with mental disabilities than for anyone else” (Bartlett 2012: 834). Dieser Zugang über das soziale Modell mag zwar überzeugend klingen, birgt aber Grenzen in sich:

“there is a kernel at the core of mental disability that means the social model is not wholly adequate. In this view for some people, in some situations, disability is not just about society’s failure to adapt, and the impairment at the core of the mental disability is relevant to policymaking in some circumstances, albeit much more restricted circumstances that is currently the case” (Bartlett 2012: 834).

An der Frage, ob eine zwangsweise Behandlung oder Unterbringung gerechtfertigt sein kann oder nicht, daran scheiden sich nicht nur die Geister, sondern macht auch das wesentliche Forschungsinteresse dieser Arbeit aus. Nell Munro greift diese Frage ebenso auf und beantwortet sie gleichzeitig mit „Ja“ und „Nein“, dass nämlich nach Artikel 14 und Artikel 25 eine zwangsweise Behandlung oder Unterbringung nicht gerechtfertigt sein kann. Munro verweist für dieses Argument auf den Artikel 5 Absatz 2, der jede Form von Diskriminierung aufgrund von Behinderung verbietet (vgl. Munro 2012: 903). Doch mangels eines pragmatischen Konsenses ist es nach wie vor möglich zu fragen, in welcher Art und Weise Menschen angehalten werden. Munro empfiehlt hier den Einsatz von Monitoringinstrumenten – insbesondere auch „patients as monitors“ (vgl. Munro 2012: 911). Das medizinische Modell und die psychiatrische Autorität hat große Wirkmächtigkeit. Munro zitiert auch hier das bereits vorgestellte Fallbeispiel „Herczegfalvy vs. Austria“. Dieser Fall wurde als in Übereinstimmung mit Artikel 3 der EMKR gewertet, da „the treatment in question was medically necessary and in line with accepted psychiatric practice at that time“ (Munro 2012: 907) mit der Konsequenz, dass:

“The most serious consequence of Herczegfalvy is not that it has allowed treatment standards to degenerate, but it has perpetuated a wider anxiety about when and how it is appropriate for external observers, including inspection bodies and judicial institutions, to question a treatment plan” (ebd.: 908).

Auf diese Tatsache wird auch im Hinblick auf Österreich hingewiesen, wenn Harald Kinzl schreibt, dass die psychiatrische Profession auf die Unterbringungsvoraussetzungen weitgehende Definitionsmacht hat. Kinzl stellte bei seiner Untersuchung zu Abteilungskulturen und Unterbringungspraxis fest, dass von Patientenanwälten und RichterInnen betont wurde, dass „sie diesbezüglich keinen Expertenstatus haben und die Beurteilung (...) den Ärzten überlassen müssen. (...) [In] Zweifelsfällen sei zwar ein Hinterfragen möglich, ein offenes Anzweifeln würde aber erheblichen Konfliktstoff in sich bergen“ (Kinzl 2007: 300). Munro hält abschließend fest, und dies hat mit den zuvor erwähnten Ressourcen zu tun, dass aufgrund von psychischen Erkrankungen

untergebrachte Menschen – ob in der Psychiatrie oder in Heimen – zu den „least visible members of our society“ zählen (Munro 2012: 911). Michael Chmela von der Vorarlberger Beratungsstelle *Omnibus* bezieht sich ebenfalls auf die Frage der Verteilung von Ressourcen, wenn er schreibt, dass Rechte der Betroffenen gebeugt werden, wenn keine alternativen Erklärungsmodelle und daraus resultierend auch keine alternativen Hilfen zugänglich gemacht werden (Chmela 2002: 17).

5.5.3 Artikel 15 – Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe

- (1) Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden. Insbesondere darf niemand ohne seine freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterworfen werden.
- (2) Die Vertragsstaaten treffen alle wirksamen gesetzgeberischen, verwaltungsmäßigen, gerichtlichen oder sonstigen Maßnahmen, um auf der Grundlage der Gleichberechtigung zu verhindern, dass Menschen mit Behinderungen der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden.

Diese Regelung knüpft an die UN-Antifolterkonvention vom 10. Dezember 1984 an (vgl. Kaleck et al. 2008: 28). Zudem gibt es mehrere Schnittstellen zwischen Behinderung und der Anti-Folter-Policy. Insbesondere der Bericht des UN-Sonderberichterstatters Manfred Nowak sei hier zu nennen (vgl. Nowak 2008). In diesem Bericht verknüpft Nowak erstmalig die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen mit dem Folterbegriff und bildet damit auch die Grundlage für das Argument des *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* (WNUSP), das zwangsweise Medikation in den Bereich von Folter rückt (vgl. Minkowitz 2013b). Da die Debatte um Freiheitsbeschränkungen an sogenannten psychisch kranken Menschen den Kontext des Anti-Folter-Rahmenwerks miteinschließt und es diesbezüglich kürzlich auch in Österreich einen interessanten Policy-Prozess gab, sind der Kohärenz wegen jene Ausführungen im Kapitel 6 rund um das Anti-Folter-Rahmenwerk nachzulesen.

5.5.4 Artikel 17 – Schutz der Unversehrtheit der Person

Jeder Mensch mit Behinderung hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.

Eine zwangsweise Behandlung von Menschen mit Psychopharmaka wie etwa Neuroleptika „stellt unzweifelhaft einen Eingriff in dessen körperliche und – aufgrund der damit einhergehenden Bewusstseins- und Verhaltensänderung – auch geistigen Unversehrtheit dar“ (Kaleck et al. 2008: 28). Ein medizinischer Eingriff ist grundsätzlich nur mit Zustimmung der betroffenen Person erlaubt. Auch ein behinderter Mensch, der einsichts- und urteilsfähig ist kann zustimmen oder ablehnen. Bei Ermangelung dieser Fähigkeiten muss die Zustimmung eines/einer VertreterIn, etwa durch SachwalterInnen eingeholt werden. Bei schwerwiegenden Eingriffen muss zur Zustimmung durch einen/eine VertreterIn zusätzlich ein ärztliches Zeugnis über die mangelnde Einsichts- und Urteilsfähigkeit vorgelegt werden. Wenn ein solches Zeugnis nicht vorliegt, oder die betroffene Person seine/ihrre Ablehnung kundtut, entscheidet in letzter Instanz das Pflegeschaftsgericht darüber (vgl. ÖAR 2013: 84). Die Frage, wie die Zustimmung oder Ablehnung der betroffenen Person aussieht, bzw. welche Anstrengungen unternommen wurden, um die betroffene Person selbst für oder gegen eine Behandlung entscheiden zu lassen, streift wieder Artikel 12 der UN-BRK. Angesichts der gerade erst (wieder) aktuell gewordenen Debatte über die Psychopharmakagabe in Pflegeheimen ohne Zustimmung/Wissen/Interesse des/der SachwalterIn und ohne Zustimmung/Wissen/Aufklärung der betreuten Personen (vgl. Neuhold 2014) wird deutlich, dass „zwischen Anspruch und Wirklichkeit eine tiefe Kluft besteht“ (Degener 2009 zit. in: Wansing 2012: 96).

Zur Frage des Eingriffs in die körperliche Integrität äußerten sich der Politikwissenschaftler Wolf-Dieter Narr vom *Otto-Suhr-Institut für Politikwissenschaft* der *Freien Universität Berlin* und die beiden Rechtsanwälte Thomas Saschenbrecker und Eckart Wähner in einem Gutachten. Unter dem Titel „Zu den Graden und Grenzen legalen und legitimen Zwangs im Umgang mit psychisch behinderten Menschen am Beispiel der Psychiatrie als Wissenschaft und Praxis“ ist das Gutachten anlässlich eines Urteils des *Deutschen Bundesverfassungsgerichtes*⁷⁷ entstanden, das urteilte, dass Zwangsbehandlungen im Maßnahmenvollzug nicht vereinbar mit den Grundrechten sind. Auch wenn sich die vorliegende Arbeit nicht mit dem Maßnahmenvollzug beschäftigt, so lassen sich dennoch wichtige Erkenntnisse aus den Überlegungen der Autoren ziehen. Insbesondere deren politikwissenschaftliche Herangehensweise ist hierbei von Interesse,

⁷⁷ Das Bundesverfassungsgericht ist eine „Institution, die die Verfassung fortentwickelt und dabei insbesondere auch schwächere Gruppen schützt“ (Schmidt 2004: 120).

geht es doch vornehmlich um die Erhellung von Machtfragen. Daher sollen im Folgenden kurz die wesentlichen Eckpfeiler dieses Gutachtens dargelegt werden, um damit an die Debatte eines Policy-Wandels in Österreich anzuschließen, der seine Triebfeder ebenfalls aus der UN-BRK zieht. Insbesondere was die Anwendung eines sozialen Modells von Behinderung bedeuten würde ist von Interesse – und hierbei geht es vor allem um Grenzziehungen und Ausnahme sowie um Normen.

Narr, Saschenbrecker und Eckart greifen unter anderem auf Immanuel Kant zurück und unterscheiden zwischen „normae normandes“ und „normae normatae“. „Normae normandes“, also Normen, die die Normierung vorgeben und somit konstitutive Normen, bestimmen einen Sachverhalt im Kern, so etwa das Recht auf körperliche Integrität⁷⁸. Wohingegen „Normae normatae“ als regulative Normen Bestimmungen oder Techniken sind, die auf die konstitutive Norm angewendet wird, so etwa das Prinzip der Verhältnismäßigkeit (Narr et al. 2011: o. S.).

Die Autoren argumentieren folgendermaßen:

1. Das generelle, personengerichtete Zwangsverbot: Jede Person hat über den Umgang mit seinem/ihrem Körper und Psyche selbst zu entscheiden.
2. Jeder oder jede erfährt sich als Person, indem er oder sie über die Unversehrtheit des eigenen Körpers selbst entscheidet. Stellvertretung, aus welchen Gründen auch immer, ist nicht zulässig.
3. Das Bundesverfassungsgesetz geht darüber hinaus, Menschenrechte als Abwehrrechte zu verstehen und folgt der UN-BRK und einem ihrer Fundamente, dem sozialen Modell. Dem folgend müssen Bedingungen geschaffen werden, die Behinderung relativieren.
4. Trotzdem öffnet sich eine Lücke durch Artikel 12 Absatz 4 der CRPD. Unter bestimmten Auflagen ist eine Zwangsbehandlung eventuell geboten, wenn die psychisch behinderte Person zu einer eigenen, selbstbestimmten Willensäußerung nicht in der Lage ist.
5. In diesem Zugeständnis von zwangsweiser Behandlung unter engen Voraussetzungen unterliegt das Bundesverfassungsgericht „allgemeinen historisch-empirischen und wissenschaftlichen Fehlannahmen.“

⁷⁸ Mit Integrität beschreiben die Autoren das Wesensmerkmal einer Person, unbeschadet ihrer „normalen“ oder „anormalen“ Äußerungsform – die Objektivität in der Subjektivität (vgl. Narr et al. 2001: o. S.).

- a. Die Gefahr der „Einbruchstelle“: Nicht schicksalshafte Verläufe, sondern von Menschen konstruierte Handlungsfolgen bestimmen den Ausnahmezustand und relativieren die normierende Norm.
- b. Menschen als Lebewesen sprechen unterschiedliche Sprachen (auch: Körpersprache, Schmerzsprache, etc). Die Integrität des Menschen hat eine so große Bedeutung, weil sie den ganzen Menschen mit erschafft, samt Sprache. Diese Sprache muss verstanden werden.
- c. Zwang wird verkannt, und ebenso die Risiken von Zwang, wenn man die Brille, die auf Helfen eingestellt ist, nicht auch beiseitelegen kann.
- d. Zwang kann nicht eingehetzt werden, auch nicht durch Kontrollverfahren. Normale Unfälle sind die Folge von Kompetenz- und Kontrollwirrwarr. Eine Zurechnung von Verantwortlichkeiten ist nicht vorgesehen.
- e. Grund- und Menschenrechte müssen bei allen Menschen, und darum gerade zuerst bei behinderten Menschen uneingeschränkt ernst genommen werden.

5.5.5 Artikel 19 – Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft

- (1) Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewährleisten, dass
 - a. Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;
 - b. Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdienssten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdienssten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist;
 - c. gemeindenahen Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen.

Auch hier tritt die Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit zutage. Für die Öffentlichkeit gilt es immer noch als selbstverständlich, dass behinderte Menschen in großen Gruppen zusammenleben und es besteht bislang wenig politischer Druck, daran etwas zu ändern (Flieger 2011: 4). Das Recht, den Wohnort selbst bestimmen zu können wird durch ein rigides (auch föderales) System und durch einen Mangel an Alternativen unterminiert, was dem Artikel 19 der UN-BRK widerspricht (Buchner et al. 2012: 7). Für Österreich liegen außerdem keine veröffentlichten Daten vor, die nachweisen, wie viele Menschen tatsächlich in Einrichtungen leben (Flieger 2011: 3), was wiederum eine Politik hinsichtlich Deinstitutionalisation erschwert. Österreichs erster Staatenbericht zur Umsetzung der UN-BRK widmet dem Artikel 19 zwar einige Seiten, hält aber für Menschen mit einer psychischen Erkrankung nur fest, dass es insbesondere für Jugendliche und junge Erwachsene an einer extramuralen Versorgung mangle und die Kontinuität der Betreuung an der Fragmentierung der Zuständigkeiten leide (vgl. BMASK 2010: 31). Der Schattenbericht der Zivilgesellschaft weist darauf hin, dass Menschen mit psychischen Problemen/Erkrankungen oftmals von der Wohnungslosenhilfe betreut werden (vgl. ÖAR 2013: 88), was auch meiner Erfahrung aus der beruflichen Praxis entspricht.

Die Bedeutung der UN-BRK für demenzerkrankte Menschen in Heimen stellt derzeit noch – um es in den Worten des Titels eines Aufsatzes von Andreas Müller und Matthias Walter zu sagen – „Die vergessene Dimension in der stationären Altenhilfe“ dar. Vielleicht kann die „vergessene“, aber auch als die „noch zu entdeckende“ Dimension bezeichnet werden, denn so argumentieren auch die beiden Autoren in ihren Schlussfolgerungen, dass die „Scheuklappen zwischen Alten- und Behindertenhilfe [zwar noch bestehen und ein Ausdruck der] einstellungsbedingten Barrieren [sind]. [Dreh- und Angelpunkt ist das Menschenbild und die Grundaussage], wonach es Menschen, die zur Teilhabe an der Gesellschaft nicht fähig sind, prinzipiell nicht gibt“ (Müller/Walter 2013: 90).

Als möglichen Grund für den langsamen Paradigmenwechsel nennt Petra Flieger, dass Dienstleistungen, die sich an einem sozialen Modell von Behinderung und am Paradigma Selbstbestimmt-Leben orientieren, mit einem weit etablierten medizinisch-rehabilitativ orientierten Gesetzesrahmen und dementsprechenden Angeboten konkurrieren müssen (Flieger 2011: 5).

5.5.6 Artikel 25 – Gesundheit

Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere

- c) bieten die Vertragsstaaten diese Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich an, auch in ländlichen Gebieten;
- d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;

Artikel 25 trifft keine Unterscheidung zwischen physischer und psychischer oder mentaler Gesundheit (Schulze 2010: 138). Paul Hunt, UN-Sonderberichterstatter für ökonomische, soziale und kulturelle Rechte, befasste sich in seinem Bericht aus dem Jahr 2005 mit „mental disability“ und dem Recht auf Gesundheit. So heißt es dort, seelische Gesundheit gehöre zu den am häufigsten negierten Elementen im Bereich des Rechts auf Gesundheit und Menschen, die psychiatrische Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen (müssen) – sofern sie überhaupt angeboten werden – sind hinsichtlich Menschenrechtsverletzungen sehr verwundbar (vgl. Hunt 2005: 5).

Der Begriff mental disability wird hier bewusst noch nicht mit geistiger, mentaler oder psychischer Behinderung übersetzt, weil auch Hunt die Meinung teilt, „a complicating factor is the absence of agreement on the most appropriate terminology“ (ebd.: 7). Unter dem Begriff mental disability fasst Hunt folgendes:

“major mental illness and psychiatric disorders, often called psychosocial problems, e.g. mild anxiety disorders; and intellectual disabilities, e.g. limitations caused by, among others, Down’s syndrome and other chromosomal abnormalities, brain damage before, during or after birth, and malnutrition during early childhood” (ebd.).

Neben diesen medizinischen Zuschreibungen sind aber auch jene Menschen Gegenstand des Berichtes, die nicht als psychisch krank diagnostiziert wurden, aber als solche von außen wahrgenommen werden sowie Menschen, die wegen politischen, kulturellen oder

sozialen Gründe in Psychiatrien eingewiesen wurden (Hunt 2005: 8). Hunt geht speziell auf den Aspekt der Zustimmung zu einer Behandlung ein und hält fest:

“Consent to treatment is one of the most important human rights issues relating to mental disability. While the issue is often considered in relation to the right to liberty and security of the person, as well as the prohibition against inhuman and degrading treatment, it is less frequently considered in the context of the right to health. However, consent to treatment is intimately connected with a vital element of the right to health: the freedom to control one’s health and body” (ebd.: 20).

Die Freiheit, über den eigenen Körper selbst bestimmen zu können ist gerade in Institutionen besonders gefährdet. Der Bericht der Zivilgesellschaft hält dazu fest, dass auf „Verhaltensauffälligkeiten“ insbesondere bei älteren Menschen oder Menschen mit Lernschwierigkeiten mit einer Symptombekämpfung durch Medikamente, das sogenannte „ruhigstellen“ reagiert wird, anstatt nach den Gründen für die Symptome zu suchen, was mit einem höheren Aufwand an Kommunikation und Wissen/Ausbildung der betreuenden Personen verbunden wäre (ÖAR 2013: 133). Wenn bei Menschen mit Psychiatrieerfahrung nach wie vor Zuschreibungen von Gefährdung oder Gefährlichkeit wirkmächtig sind, so ist dem mit den Autoren Wolf-Dieter Narr, Thomas Saschenbrecker und Eckart Wähner entgegen zu halten, dass die menschenrechtlich entscheidende Norm gerade darin besteht, Risiken, die die physische Integrität einer Person betreffen, von dieser Person selbst abwägen zu lassen (Narr et al. 2011: o. S.). Artikel 25 der UN-BRK stellt damit sowohl ein Abwehrrecht bereit, als auch ein positives Recht auf nicht-diskriminierenden Zugang zu Gesundheitsversorgung.

Damit ist abschließend festzuhalten: Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen eröffnet mit dem Paradigmenwechsel hin zu einem sozialen Modell die Möglichkeit – oder vielmehr die Verpflichtung – freiheitsbeschränkende Praktiken auf ihre gesetzliche Kompatibilität hin zu überprüfen. Diese Praktiken werden durch mehrere Artikel, beginnend mit der gleichen Anerkennung vor dem Recht, über die Integrität des Körpers bis hin zur Wahl des Aufenthaltsortes kritisch hinterfragt. Die konkreten Mittel der Freiheitsbeschränkungen werden durch weitere Instrumente – im Folgenden durch das Anti-Folter-Rahmenwerk – auch für Österreich sowie deren Umsetzung ebenfalls einer Prüfung unterzogen. Vor allem in der Verknüpfung der beiden Instrumente UN-BRK und OPCAT liegen Chancen für einen Policy-Wandel im Umgang mit sogenannten psychisch kranken Menschen.

6 DAS ANTI-FOLTER-RAHMENWERK

Es wurde bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass sich Interpretationen der Bedeutung von Praktiken um Freiheitsbeschränkungen in einem Spannungsfeld – oder um ein anderes Bild zu verwenden – auf einem Kontinuum bewegen, das sich als Schutz/Fürsorge und am anderen Ende als Menschenrechtsverletzung oder auch Folter aufgrund unterschiedlicher Positionen beschreiben lässt. In der vorliegenden Arbeit wird argumentiert, dass gegenwärtig ein diskursiver Wandel stattfindet und begründet diesen damit, dass die Implementierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und des Zusatzprotokolls zur UN-Antifolterkonvention die Thematik zu Freiheitsbeschränkungen in einen neuen Kontext setzt, indem sie nicht nur begrifflich eine Nähe/Beziehung zwischen diesen Praktiken und Folter herstellt. Das Anti-Folter-Rahmenwerk trifft auf unterschiedlichen Ebenen auf ganz konkrete Praktiken. Das folgende Kapitel unterscheidet zwischen der UN-Antifolterkonvention und dem dazu gehörigen Policy-Prozess für Österreich und den bereits länger existierenden Mechanismen des Europarates hinsichtlich der Europäischen Antifolterkonvention.

6.1 Völkerrechtliche Abkommen gegen Folter

Die in Österreich im Verfassungsrang stehende und unmittelbar anzuwendende Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) nennt in Artikel 3 das Folterverbot: „Niemand darf der Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung unterworfen werden“ (Heidelmeyer 1997: 216). Artikel 3 der EMRK kann, so wie er auch vom *Österreichischen Verfassungsgerichtshof* interpretiert wird, als die Verfassungsgrundlage für die Menschenwürde verstanden werden (Schroeder et al. 2014: 86).

6.1.1 Das UN-Übereinkommen gegen Folter: UN-CAT

Auf der Ebene der *Vereinten Nationen* (UNO) existiert seit 1984 das Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe – im englischen: United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (UN-CAT). Dieser völkerrechtliche Vertrag steht in Österreich nicht im Verfassungsrang und wurde ohne Erfüllungsvorbehalt

beschlossen (Öhlänger 1999: 283), was jedoch nicht bedeutet, dass der Vertrag unmittelbar anwendbar ist (ebd.: 75). Die Einhaltung wird vom UN-Ausschuss gegen Folter – im englischen: Committee Against Torture (CAT) – überwacht. Dieser Ausschuss setzt auch die UN-SonderberichterstatterInnen gegen Folter ein.⁷⁹

Bereits 1986 stellte der erste UN-Sonderberichterstatter gegen Folter, der Niederländer Pieter Kooijmans in seinem Bericht – die Berichtlegung ist ein gängiges Instrument – fest, dass die Vergabe von Drogen in Haftanstalten oder psychiatrischen Institutionen wie etwa Neuroleptika, „that cause trembling, shivering and contractions, but mainly make the subject apathetic and dull his intelligence“ (Kooijmans 1986: 29) durch physische und psychologische Effekte als Folter verstanden werden kann. Diese Aussage ist für die Argumentation psychiatriekritischer Stimmen wie etwa dem *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* (WNUSP) von besonderer Relevanz.

Zum Thema Behinderung nahm etwas später einer der nachfolgenden UN-Sonderberichterstatter gegen Folter, der Österreicher Manfred Nowak dezidiert Bezug. Nowak war zwischen 2004 und 2010 UN-Sonderberichterstatter gegen Folter und veröffentlichte 2008 einen vielzitierten Zwischenbericht, in dem er das Inkrafttreten der UN-BRK als eine „timely opportunity“ bezeichnete, das Anti-Folter-Rahmenwerk in Beziehung zu Menschen mit Behinderungen zu setzen (Nowak 2008: 2). Nowak schreibt: „by recognizing and reframing violence and abuse perpetrated against persons with disabilities as torture or other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, victims and advocates can be afforded stronger legal protection and redress for violations of human rights“ (ebd.: 10). Weiter heißt es, dass der Missbrauch von Psychiatrie größere Aufmerksamkeit verdiene (ebd.: 15f.).

6.1.2 Das Zusatzprotokoll zur UN-Konvention gegen Folter: OPCAT

Am 18. Dezember 2002 wurde von der UN-Generalversammlung das Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe – im englischen: Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman oder Degrading Treatment or Punishment (OPCAT) – angenommen und ist am 22. Juni 2006 durch die Ratifizierung

⁷⁹ <http://www.ohchr.org/en/hrbodies/cat/pages/catindex.aspx> (Zugriff: 16.02.2015).

durch den zwanzigsten Staat in Kraft getreten.⁸⁰ Das Fakultativprotokoll verpflichtet die Vertragsstaaten, unabhängige internationale wie nationale Besuchsmechanismen zur Prävention von Folter zu schaffen und zwar an allen Orten, an denen Menschen ihre Freiheit entzogen werden kann. Artikel 2 des Fakultativprotokolls nennt den UN-Unterausschuss für Prävention von Folter – im englischen: Subcommittee on Prevention of Torture (SPT) – als internationales Instrument, während Artikel 3 vom OPCAT für die nationale Ebene einen bestimmten Nationalen Präventionsmechanismus (NPM) vorschreibt.⁸¹

6.1.3 Der Folterbegriff

Artikel 1 der UN-Antifolterkonvention bezeichnet mit dem Begriff Folter:

„jene Handlungen, durch die einer Person vorsätzlich große körperliche oder seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt werden, zum Beispiel um von ihr oder einem Dritten eine Aussage oder ein Geständnis zu erlangen, um sie für eine tatsächlich oder mutmaßlich von ihr oder einem Dritten begangene Tat zu bestrafen oder um sie oder einen Dritten einzuschüchtern oder zu nötigen, oder aus einem anderen, auf irgendeiner Art von Diskriminierung beruhenden Grund, wenn diese Schmerzen oder Leiden von einem Angehörigen des öffentlichen Dienstes oder einer anderen in amtlicher Eigenschaft handelnden Person, auf deren Veranlassung oder mit deren ausdrücklichem oder stillschweigenden Einverständnis verursacht werden. Der Ausdruck umfasst nicht Schmerzen oder Leiden, die sich lediglich aus gesetzlich zulässigen Sanktionen ergeben, dazu gehören oder damit verbunden sind“ (Fritzsche 2004: 261f.).

Artikel 1 der UN-Antifolterkonvention nennt somit vier Elemente einer Definition von Folter, die mit Artikel 15 der UN-BRK⁸² in Zusammenhang stehen. Diese vier Elemente sind: „severe pain or suffering, intent, purpose and State involvement.“ Nur wenn diese vier Elemente gleichzeitig gegeben sind, kann von Folter gesprochen werden. Andernfalls kommt die Bezeichnung „grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe“ zum Tragen (Nowak 2008: 10).

⁸⁰ <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/menschenrechtsinstrumente/vereinte-nationen/menschenrechtsabkommen/anti-folter-konvention-cat.html> (Zugriff: 16.02.2015).

⁸¹ <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/OPCAT/Pages/OPCATIndex.aspx> (Zugriff: 23.07.2015).

⁸² Siehe dazu: Kapitel 5.5.3

6.1.4 Policy-Prozess zu OPCAT in Österreich

Österreich hat das Fakultativprotokoll am 25. September 2003 unterzeichnet. Der Nationale Präventionsmechanismus (NPM) ist die *Volksanwaltschaft* gemeinsam mit von ihr eingesetzten Kommissionen. Als Beratungsorgan wurde ein Menschenrechtsbeirat berufen. Die neuen Bestimmungen bilden auch die Grundlage für die Durchführung von Regelungen – insbesondere Artikel 16 Absatz 3 der UN-BRK⁸³ – der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006 (vgl. Stenographische Protokolle 2011).

„Kontrollen überall, wo Menschen eingesperrt werden“ (Brickner 2011). So betitelte die Tageszeitung *Der Standard* am 23. Mai 2011 einen Artikel über die Begutachtung einer Gesetzesnovelle, mit der das Zusatzprotokoll zur UN-Antifolterkonvention in Österreich umgesetzt werden soll. Im Zuge der Begutachtung ergingen an die dreißig Stellungnahmen an das Parlament.⁸⁴ Die Kritik am Gesetzesentwurf entzündete sich insbesondere vonseiten der Interessensvertretung von Menschen mit Behinderungen – allen voran der *Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* (ÖAR) – an der mangelnden Information und Konsultation im Vorfeld und an der unzureichenden Unabhängigkeit der *Volksanwaltschaft*, die für Österreich den Nationalen Präventionsmechanismus darstellen sollte. Die ÖAR, als Dachorganisation der Behindertenverbände in Österreich mit 76 Mitgliedsvereinen, die 400.000 Menschen mit Behinderungen repräsentieren,⁸⁵ bedauerte, dass sie „als Interessensvertretung der Menschen mit Behinderungen in Österreich nicht in die vorbereitenden Überlegungen und Verhandlungen zur Umsetzung des OPCAT einbezogen wurde und somit wesentliche Bestimmungen für Menschen mit Behinderungen nicht umfassen und zufriedenstellend gelöst wurden“ (ÖAR 2011: 1). Auch weist die ÖAR darauf hin, dass die *Volksanwaltschaft* nicht den derzeitigen Bestimmungen der Pariser Prinzipien⁸⁶ entspricht (vgl. ebd.). Die Kritik an der *Volksanwaltschaft* als nationale Menschenrechtsinstitution, bezog sich nicht zuletzt darauf, dass die drei mandatsstärksten Parteien des Nationalrates das Recht haben, je ein Mitglied für einen notwendigen

⁸³ Demnach: „Zur Verhinderung jeder Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch stellen die Vertragsstaaten sicher, dass alle Einrichtungen und Programme, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, wirksam von unabhängigen Behörden überwacht werden.“

⁸⁴ http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/ME/ME_00286/ (Zugriff: 16.02.2015).

⁸⁵ <http://www.ear.or.at/ear-info> (Zugriff: 16.02.2015).

⁸⁶ Die Pariser Prinzipien beziehen sich auf den Status von nationalen Menschenrechtsinstitutionen – National Human Rights Institutions (NHRI). Nationale Menschenrechtsinstitutionen mit einem sogenannten „A-Status“ sollen am ehesten sicherstellen, dass internationale Menschenrechtsnormen auf nationaler Ebene umgesetzt werden. <http://www.ohchr.org/EN/Countries/NHRI/Pages/NHRIMain.aspx> (Zugriff: 16.02.2015).

Gesamtvorschlag des Hauptausschusses zu nominieren (Widder 2006: 243). Das *Internationale Koordinationskomitee für Nationale Menschenrechtsinstitutionen* (ICC) hat der *Volksanwaltschaft* aufgrund des limitierten Mandats und der nicht hinreichenden Befassung mit Menschenrechten sowie der mangelnden politischen Unabhängigkeit lediglich „B-Status“ verliehen (ÖAR 2011: 1). Wobei zu ergänzen ist, dass das ICC durch keinen genormten Prozess, sondern über Peer-Review den nationalen Menschenrechtsinstitutionen diesen oder jenen Status zuweisen kann (vgl. University of Bristol OPCAT Research Team 2009: 12).

Auch die *PatientInneninitiative Kuckucksnest* verfasste eine Stellungnahme⁸⁷ zum OPCAT-Durchführungsgesetz, in der zu lesen ist:

„Insbesondere wurden auch keine Organisationen von Psychiatriebetroffenen in diesen Prozess einbezogen (...). Personengruppen, die durchschnittlich häufiger als die Durchschnittsbevölkerung von Folter u.ä. betroffen sind (Schubhaftlinge, Untersuchungshäftlinge, Insassen einer psychiatrischen Anstalt), haben auch weniger Lobbys, die sich für ihre Rechte stark machen. Ihre Stimme wird in unserer Gesellschaft nicht gehört, oder ihr Stigma ist so groß, dass sie es nicht wagen, ihre Interessen in der Politik zu vertreten. Gerade auch sie sollten im Prozess zur Umsetzung des OPCAT berücksichtigt werden. Das benötigt Zeit und Bemühungen, die Voraussetzungen des OPCAT auch solchen benachteiligten Gruppen zu erklären. Diese Zeit war gegenständlichenfalls nicht gegeben, da die vorliegenden Entwürfe den allermeisten Gruppen und Organisationen erst im Rahmen der gegenständlichen Begutachtung bekannt wurden“ (Machold o. J.: 2).

Diese Kritik wurde auch in der Stellungnahme des *Unabhängigen Monitoringausschusses zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* laut: Die Partizipation von Menschen mit Behinderungen und deren Vertretungsorganisationen sei nicht evident. Damit sei die Verpflichtung, wonach Regierungen Menschen mit Behinderungen an politischen und legistischen Prozessen beteiligen muss, missachtet worden (Unabhängiger Monitoringausschuss 2011: 3).

Am 22. November 2011 gab die Parlamentskorrespondenz bekannt, dass die *Volksanwaltschaft* die zentrale Anlaufstelle für Foltervorwürfe werden soll. Das OPCAT-Durchführungsgesetz passierte am selben Tag den Verfassungsausschuss des Nationalrats. Zugestimmt hatten SPÖ, ÖVP, FPÖ und in weiten Teilen des Gesetzespakts auch die Grünen. Die Grünen und das BZÖ bemängelten, dass der Bestellmodus der

⁸⁷ Diese Stellungnahme war letztlich Anlass gebend für die Feldforschung. Siehe dazu: Kapitel 9

Volksanwaltschaft nicht erneuert worden war. In Kraft treten sollte das OPCAT-Durchführungsgesetz mit 1. Juli 2012. Laut Gesetzesentwurf⁸⁸ soll die *Volksanwaltschaft* von sich aus prüfen, ob in „Orten der Freiheitsentziehung“ die Menschenrechte eingehalten werden und im Zuge dieser Prüfung auch die Arbeit der vollziehenden Organe kontrollieren. Geprüft werden nicht nur Justizanstalten und Polizeiinspektionen, sondern auch Erstaufnahmestellen für AsylwerberInnen, Kasernen, psychiatrische Einrichtungen, Alten- und Pflegeheime, Krisenzentren und Wohngemeinschaften für Jugendliche. Ebenso sollen Einrichtungen und Programme für Menschen mit Behinderungen inspiziert werden, um gegebenenfalls Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch aufzudecken. Dabei handelt es sich um ca. 4000 – öffentliche wie private – Einrichtungen (vgl. Parlamentskorrespondenz 2011).

Neben der Zusammenarbeit der *Volksanwaltschaft* mit dem UN-Unterausschuss für Prävention von Folter (SPT) ist laut Bericht des Verfassungsausschusses auch ein laufender Austausch mit dem Europäischen Komitee zur Verhütung von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) vorzunehmen. Die *Volksanwaltschaft* muss jährlich einen NPM-Bericht veröffentlichen und dem SPT vorlegen. Ebenso ist der jährliche Tätigkeitsbericht der *Volksanwaltschaft* um die Darstellung der Prüftätigkeit als Einrichtung gemäß Artikel 16 Absatz 3 der UN-BRK auszuweiten. Daneben muss der *Volksanwaltschaft* die Möglichkeit zur Erstattung von Wahrnehmungsberichten an den National- und Bundesrat, sowie an den SPT eröffnet werden.

Österreich setzte schließlich am 4. Dezember 2012 das OPCAT-Durchführungsgesetz, welches sich auf „Orte der Freiheitsentziehung“ bezieht, in Kraft. An diesen Orten soll „das Verhalten der zur Ausübung unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- sowie Zwangsgewalt ermächtigten Organe“ beobachtet und begleitend überprüft werden und es sollen Einrichtungen und Programme für Menschen mit Behinderungen besucht und kontrolliert werden.⁸⁹ Das Bundesverfassungsgesetz wurde dadurch geändert und um Artikel 148a Absatz 3 erweitert. Sechs Kommissionen, besetzt mit ehrenamtlich tätigen

⁸⁸ Inzwischen ausgegeben am 12. Jänner 2012.

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgbIAuth/BGBLA_2012_I_1/BGBLA_2012_I_1.html (Zugriff: 05.04.2015).

⁸⁹ Siehe: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgbIAuth/BGBLA_2012_I_1/BGBLA_2012_I_1.html (Zugriff: 23.07.2017).

und multiprofessionell zusammengesetzten ExpertInnen prüfen seither jene Orte, an denen Menschen die Freiheit entzogen werden kann (vgl. Stenographische Protokolle 2011).

„Überall, wo es Freiheitsentzug gibt, sind Menschenrechte in Gefahr“ und insbesondere der soziale Bereich sei dabei ein blinder Fleck, ergänzte die Volksanwältin Gertrude Brinek in der Tageszeitung *Der Standard* (Hayden 2012).

6.1.5 Debatten zum Folterbegriff

Im Jahr 2007 nahm der UN-Sonderberichterstatter gegen Folter Manfred Nowak ein Jahr vor dem Erscheinen seines richtungsweisenden Berichts an einem ExpertInnenseminar – organisiert vom *Büro des Hochkommissariats für Menschenrechte* (OHCHR) - teil. Bei dieser Veranstaltung tauschten sich VertreterInnen psychiatriekritischer Organisationen und Menschen mit eigener Psychiatrieerfahrung über ihre Wahrnehmung von Menschenrechtsverletzungen im Bereich der Psychiatrie aus und diskutieren ihre jeweiligen Auslegungen des Folterbegriffs.

Unter den TeilnehmerInnen war auch Eric Rosenthal von *Mental Disability Rights International* (MDRI), der ausführte, dass es eine große Herausforderung sei, bestimmte Praktiken wie physische Freiheitsbeschränkungen in den Kontext von Folter zu rücken, da für diese Definition eine Intention, die Schmerz zu einem bestimmten Zweck hervorruft, erforderlich sei. Da aber Personal im Gesundheitsbereich vornehmlich von einer guten Intention ausgehe und der Zweck einer Behandlung die Verbesserung der Situation des/der PatientIn sei, sieht Rosenthal in der Doktrin der medizinischen Notwendigkeit eine große Herausforderung (OHCHR 2007: 3). Ein Ausweg läge in der Beachtung von Diskriminierung, wie sie im Artikel 1 der UN-Antifolterkonvention erwähnt wird: “Where a practice can be found discriminatory, this alone meets the purpose requirement” (ebd.: 4).

Für die Diskussion der ExpertInnen wurde durch den Report festgehalten, dass der Begriff Folter zutreffend ist, wenn physischer oder psychischer Schmerz ernsthaft ist, wenn Absicht und Zweck miteinander korrelieren und nicht gegenseitig bewiesen werden müssen, und wenn das zweckhafte Element mit Diskriminierung zu tun hat. Das Involviertsein des Staates sei gegeben, wenn die Tat oder die Unterlassung in einem psychiatrischen Krankenhaus stattfindet oder auch in privaten Einrichtungen mit dem Stillschweigen von staatlicher Autorität geduldet wird. Hinsichtlich der Unterscheidung

zwischen Folter und Misshandlung sei das Element der Machtlosigkeit ausschlaggebend und dies sei nicht nur von der Intensität des Schmerzes abhängig (vgl. OHCHR 2007: 5).

Tina Minkowitz vom *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* (WNUSP) stellte in ihrem Vortrag im Rahmen des ExpertInnenseminars hingegen fünf Sachverhalte in den Kontext von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe: 1. Medizinische Interventionen an Menschen mit Behinderungen gegen ihren Willen. 2. Medizinische Interventionen gegen den Willen eines Menschen um sein Verhalten zu kontrollieren. 3. Unfreiwillige Verabreichung von bewusstseinsverändernden Substanzen oder Behandlungsmethoden. 4. Institutionalisierung aufgrund von Behinderung. 5. Zeitlich-unbeschränkte Anhaltung (ebd.:6).

Theresia Degener von der *Universität Bochum* unterschied in ihren Ausführungen zwischen zwei Formen von Folter und Misshandlung, nämlich zwischen einem „Zuviel“ und einem „Zuwenig“. Sowohl durch eine Medikalisierung als auch durch eine Verweigerung derselben würde Folter und Misshandlung drohen. Daher brauche es zum einen Ressourcen der Gesundheitsversorgung und zum anderen (juristische) Kontrollen medizinischer Intervention (ebd.: 12).

Auf dieses Phänomen verweisen auch Yuval Gibar und James Welsh:

“Among all the conditions in the world of health, mental health occupies a unique and paradoxical place. On the one hand is over-treatment and over-medicalization of mental health issues. On the other hand exists profound under-recognition of the suffering and breadth of mental health issues affecting millions of people across geographies” (Gibar/Welsh 2013: 266).

Der UN-Sonderberichterstatter Nowak hielt schließlich in seinem Bericht fest, dass im Bereich von politischer Repression und „Terrorismusbekämpfung“ der Einsatz von Psychiatrie bereits ausreichend dokumentiert ist. Im Bereich von Menschen mit Behinderungen – und hier zuerst im Bereich von mentaler Behinderung oder von Menschen mit Lernschwierigkeiten – bedarf der Einsatz von Psychiatrie aber noch größerer Beachtung (vgl. Nowak 2008: 15f.). Das Augenmerk auf genau jene Dimension zu lenken, entspricht auch dem Anliegen des sogenannten Méndez-Reports, der allerdings seinerzeit vehement von Seiten der Psychiatrie bzw. des Verbandes ihrer StandesvertreterInnen kritisiert wurde.

6.1.6 Der Méndez-Report und Reaktionen

Am 1. Februar 2013 erschien der Bericht von Manfred Nowaks Nachfolger als UN-Sonderberichterstatter gegen Folter, dem Argentinier Juan E. Méndez. Darin befasste er sich mit Folter und Misshandlungen in Gesundheitseinrichtungen, ein Thema, das bislang kaum Aufmerksamkeit erfahren hatte:

“The Special Rapporteur recognizes that there are unique challenges to stopping torture and ill-treatment in health-care settings due, among other things, to a perception that, while never justified, certain practices in health-care may be defended by the authorities on grounds of administrative efficiency, behavior modification or medical necessity” (Méndez 2013: 4).

In seinem Bericht hebt Méndez als eigenen Punkt Menschen mit psychosozialen Behinderungen hervor. Dabei nimmt Méndez explizit Stellung zu Nowaks vorangegangenen Bericht und dessen Aussage, dass die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen unfreiwillige Unterbringung und Behandlung nur aufgrund von Behinderung verbietet und somit frühere Richtlinien wie die UN-Mental Illness Prinzipien von 1991⁹⁰ ersetzt werden (ebd.: 14). Ein neues normatives Paradigma sei erforderlich, nämlich auch im Bereich der Gesundheit, wenn Entscheidungen von Menschen mit Behinderung „zu ihrem Wohle“ übergegangen werden und Diskriminierungen gegenüber diesen als „gute Absicht“ dargestellt werden (ebd.). Méndez empfiehlt⁹¹ den Vertragsstaaten somit dringend:

“[to] impose an absolute ban on all forced and non-consensual medical interventions against persons with disabilities, including the non-consensual administration of psychosurgery, electroshock and mind-altering drugs such as neuroleptics, the use of restraint and solitary confinement, for both long- and shortterm application. The obligation to end forced psychiatric interventions based solely on grounds of disability is of immediate application and scarce financial resources cannot justify postponement of its implementation” (ebd.: 23).

Diese Praktiken sollen durch gemeindenähe Dienste ersetzt werden, ein alternatives Modell zum medizinischen Modell von mentaler Gesundheit sei vonnöten. Dies beinhaltet auch Peer-Support, Bewusstseinsarbeit sowie Ausbildung und Training von Gesundheitspersonal (ebd.).

⁹⁰ Siehe dazu: Kapitel 4.3

⁹¹ Die Berichte der UN-SonderberichterstatterInnen verstehen sich in der Tat als Empfehlungen.

Méndez berührte mit seinem Bericht offensichtlich ein Tabuthema und so ließen die mitunter kritischen Reaktionen darauf nicht lange auf sich warten. So verfasste etwa der Weltverband für Psychiatrie, die *World Psychiatric Association* (WPA) am 3. September 2013 ein Schreiben an Méndez, in welchem die WPA ihre Bedenken hinsichtlich vieler Schlussfolgerungen und daraus resultierenden Empfehlungen äußerte. Sollten Méndezs Empfehlungen tatsächlich umgesetzt werden, so würde damit genau jener Gruppe von Menschen geschadet werden, die Méndez zu schützen vorgibt. Dies erfolge vor allem aus dem Mangel seiner Vertrautheit mit der Natur psychischer Störungen und deren Behandlungsmethoden. Aus Sicht der WPA ist unfreiwillige Hospitalisierung nur für Menschen gedacht, die unfähig geworden sind, eigene Entscheidungen zu treffen und daher ein Risiko für sich oder andere darstellen. Unfreiwillige Behandlungen können die Fähigkeiten, selbst zu entscheiden hingegen erst wieder herstellen. Die von Méndez kritisierte Doktrin der medizinischen Notwendigkeit sei ein Eckpfeiler, um sicherzustellen, dass unfreiwillige Behandlung nur in angemessenen Fällen zur Anwendung kommt und auch nur dann, wenn andere Interventionen nicht erfolgsversprechend scheinen. Hinsichtlich lang andauernden Zwangsbehandlungen und Einschränkungen erkennt die WPA zwar die Problematik mancher Praktiken an, kurzfristige Beschränkungsmaßnahmen seien aber – human angewendet – lebensrettend (vgl. *World Psychiatric Association* 2013).

Die Antwort von Méndez auf das Schreiben der WPA sei an dieser Stelle auch kurz umrissen, da sich anhand dessen das gesamte Spannungsfeld zwischen Hilfe-Fürsorge-Zwang und Menschenrechtsverletzung-Folter anschaulich präsentiert. Méndez stellte hierin klar, dass seine Empfehlung nicht darauf abzielt, unfreiwillige Interventionen wie Institutionalisierung oder Beschränkungen unter allen Umständen zu verbannen, sondern dies nur aufgrund einer alleinigen Begründung durch einen Verweis auf Behinderung nicht gerechtfertigt sei. Da dies jedoch in vielen Ländern noch als Standard gilt, sehe er seine Aufgabe als UN-Sonderberichterstatter gegen Folter darin, eine Debatte anzuregen, wie internationale Standards in diesem Zusammenhang Anwendung finden können. Méndez schreibt, es sei nicht leicht gewesen diesen Bericht zu verfassen, da sich die juristische Landschaft hinsichtlich dessen gerade im Umbruch befand – Méndez verweist damit direkt auf die UN-BRK – und wichtiger sei für ihn aber die Überzeugung, dass Missbrauch von

Psychiatrie nach wie vor existiert, und das Ziel seines Berichtes habe darin bestanden, die Aufmerksamkeit letztlich darauf zu lenken.⁹²

Positiv wurde der Bericht von Méndez hingegen von Tina Minkowitz aufgenommen. Méndezs Empfehlungen seien ein großer Schritt nach vorne und eine willkommene Gelegenheit, Normen und Prinzipien hinsichtlich medizinischer Folter und Misshandlung aufgrund von Behinderung zu diskutieren. Weiters seien die Empfehlungen anschlussfähig vor allem in angrenzenden Bereiche, wie etwa an die Rechte älterer Menschen oder auch von inhaftierten Menschen (vgl. Minkowitz 2013c).

Eine gewissermaßen neutrale Position nehmen die Autoren Yuval Gibar und James Welsh ein, wenn sie schreiben, dass alle Formen von medizinischen Praktiken offen für Missbrauch sein können, aber dass keine Form von wissenschaftsgeleiteten, ethisch angewandten und professionell durchgeführten medizinischen Behandlungen automatisch als „*inherently and categorically constituting torture or other ill-treatment*“ (Gibar/Welsh 2013: 269, Herv. im Original) betrachtet werden können. Dies ändert sich auch dann nicht, wenn die Behandlung unfreiwillig erfolge, solange sie in einem kleinen Rahmen betrieben wird und Gegenstand von weiterreichenden Schutzbestimmungen ist. Dennoch ist das Potential von Missbrauch seit langem bekannt. Als Beispiel nennen die beiden Autoren „*the involuntary application of neuroleptic medication to manage residents of nursing homes*“ (ebd.) und benennen damit einen jener Bereiche, der auch von Minkowitz erwähnt wurde, nämlich die Situation älterer Menschen in Pflegeheimen.

6.2 Folterprävention durch den Europarat und sein ExpertInnenkomitee

Dem in Österreich jüngst in Kraft getretenen UN-Zusatzprotokoll gegen Folter geht auf der Ebene des Europarates ein weit älteres Policy-Instrument voraus, nämlich die Europäische Antifolterkonvention. Diese Konvention kennt ebenfalls einen Mechanismus, der durch Besuche unabhängiger ExpertInnenkommissionen unter anderem auch freiheitsbeschränkende Praktiken in Institutionen der Mitgliedsstaaten mit dem Ziel der Folterprävention überprüft und kontrolliert.

⁹² http://www.wpanet.org/uploads/Latest_News/News_from_WPA_Sections/attach%2004.pdf (Zugriff: 24.02.2015).

6.2.1 Die Europäische Antifolterkonvention

Die Europäische Antifolterkonvention enthält bereits dieses präventive Element gegen Folter durch die Besuche von ExpertInnen in Institutionen, welches auf Ebene des Fakultativprotokolls erst geschaffen wurde. Auf Europaratsebene existiert bereits seit 26. November 1987 das Europäische Übereinkommen zur Verhütung von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe – im englischen: European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Von 47 Staaten ratifiziert ist dieses Übereinkommen am 1. Februar 1989 in Kraft getreten.⁹³

6.2.2 Das ExpertInnenkomitee (CPT)

Das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), bestehend aus unabhängigen ExpertInnen wurde durch die gleichnamige Europaratskonvention von 1987 eingesetzt, um Orte der Freiheitsentziehung hinsichtlich der Einhaltung von Menschenrechten zu prüfen und den Schutz dieser Menschen zu garantieren.⁹⁴ Die Arbeit des CPT ist konzipiert als integraler Bestandteil des Systems zum Schutze der Menschenrechte, indem sie dem existierenden reaktiven gerichtlichen Mechanismus des *Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte* einen proaktiven nicht-richterlichen Mechanismus zur Seite stellt (vgl. CPT 2002: 4). Nach den unangekündigten Besuchen werden jeweils Berichte und Handlungsempfehlungen verfasst, die grundsätzlich vertraulich zu behandeln sind. Die Nationalstaaten können jedoch zustimmen, diese zu veröffentlichen. Österreich hat sich entschieden die Berichte der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Diese können auf der Webseite des Europarates eingesehen werden.⁹⁵

6.2.3 CPT zu psychiatrischem Zwang in Österreich – gegengelesen

Das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), besuchte zwischen 1990 und 2014 sechsmal Österreich. Zu Zwangsmaßnahmen im Bereich der Psychiatrie äußerte sich das Komitee

⁹³ <http://conventions.coe.int/treaty/ger/Treaties/Html/126.htm> (Zugriff: 18.02.2015).

⁹⁴ <http://www.humanrights.ch/de/internationale-menschenrechte/europarat-abkommen/folter/> (Zugriff: 18.02.2015).

⁹⁵ <http://www.cpt.coe.int/en/states/aut.htm> (Zugriff: 18.02.2015).

erstmals 1999 nach einem Besuch im Wiener psychiatrischen Krankenhaus *Baumgartner Höhe*.⁹⁶ Dieser Bericht ist für die Debatte um das Netzbett als *das* Symbol für Freiheitsbeschränkungen – wie die vorliegende Arbeit argumentiert – von besonderer Relevanz und wird daher ausführlich zitiert:

„Was die Verbringung in Gitterbetten betrifft, so standen diese im Pavillon 7 in Gemeinschaftssälen oder im Korridor, vor den Augen der anderen Patienten und potentiellen Besucher. Der Pavillon verfügt in der Tat nicht über eine angemessene Struktur, um unruhige Patienten von den [sic!] anderen zu trennen. Eine solche Situation kann vom Patienten nur als erniedrigend empfunden werden. Zudem kann dies den psychologischen Zustand der anderen Patienten nur beeinträchtigen“ (CPT 2001: 42).

Diesem Argument wird in der bereits erwähnten Stellungnahme zum OPCAT-Durchführungsgesetz von der *PatientInneninitiative Kuckucksnest*, die in dieser auch dezidiert auf den CPT-Bericht Bezug nimmt, folgendes entgegengehalten: „Es ist üblich gewesen, dass in Gemeinschaftszimmern die PatientInnen aufeinander geachtet und notwendigenfalls die PflegerInnen alarmiert haben, wenn sich ein Notfall im Netzbett ereignete“ (Machold o. J.: 3). Die *PatientInneninitiative Kuckucksnest* erwähnte dieses Beispiel vor allem auch um darauf hinzuweisen, dass Menschen mit Psychiatrieerfahrung mehr eingebunden werden sollten, und sei es letztlich „nur“, um verstehbar zu machen, dass eine solche Situation nicht als nur erniedrigend empfunden (vgl. CPT 2001: 42) werden kann. Wohlgemerkt geht es der Autorin hier nicht um eine argumentative Verteidigung der Netzbett-Praktik, sondern um die Wirkung, wenn neues, bislang ungehörtes/unerhörtes Wissen Einzug in die Debatte findet, die bislang nur *über* Menschen und nicht *mit* Menschen geführt wurde. Nichtsdestotrotz ist die Empfehlung des CPT hier klar und in weiterer Folge auch richtungsweisend. Der CPT-Bericht empfiehlt „den österreichischen Behörden, die Nutzung von Gitterbetten in der psychiatrischen Klinik Baumgartner Höhe, wie auch in anderen Einrichtungen, in denen diese möglicherweise eingesetzt werden, einzustellen“ (CPT 2001: 42).

2004 wurde das psychiatrische Krankenhaus *Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg* in Linz vom ExpertInnenkomitee besucht. Dort wurde festgestellt, dass Fixierungsmittel „extrem selten verwendet [werden]. [Fixierungen werden] mit Bändern in einem speziellen Absonderungsraum (...), der über Videoüberwachung verfügt, durchgeführt“ (CPT 2005: 55). Das Komitee nahm in seinem Bericht 2004 Bezug auf den Vorbesuch und schreibt:

⁹⁶ Ab dem Jahr 2000 „Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner-Spital“.

„Im Bericht über den Besuch von 1999 ersuchte das CPT die österreichischen Behörden, die Verwendung von Netzbetten und Gitterbetten in allen Einrichtungen, wo diese Praxis bestand, einzustellen. (...) **Das Komitee würde gerne eine Bestätigung darüber erhalten, dass die Praxis, Netzbetten und Gitterbetten zu verwenden, in allen psychiatrischen Krankenhäusern und Gefangenenhäusern in ganz Österreich beendet wurde**“ (CPT 2005: 55, Herv. im Original).

Doch die Umsetzung zur Einstellung dieser Praktik ließ auf sich warten. Fünf Jahre später, im Jahr 2009 wurde Österreich erneut ein Besuch abgestattet. Die Delegation besuchte unter anderem die *Landesnervenklinik Sigmund Freud* in Graz und das *Johannes von Gott-Pflegezentrum* in Kainbach/Steiermark – und damit erstmals auch eine soziale Pflegeeinrichtung (vgl. CPT 2010: 45). Bezuglich Freiheitsbeschränkungen hält der Bericht fest, dass in der *Landesnervenklinik Sigmund Freud* nach wie vor Netzbetten in Gebrauch sind. Zusätzlich zu dieser Methode der Freiheitsbeschränkung wurde vom Komitee auch die Anwendung sogenannter Drei- oder Fünf-Punkt-Fixierungen und/oder medikamentöse Maßnahmen dokumentiert.

In der Stellungnahme der *PatientInneninitiative Kuckucksnest*, sowie als Überschrift eines Artikels aus der gleichnamigen Zeitschrift hieß es: „Gebt uns unsere Netzbetten zurück!“ Begründet wird diese Forderung – die sich offenkundig gegen die Empfehlungen des CPT-Berichtes richtet – mit dem Argument, dass anstelle von Netzbetten nunmehr häufiger die Fünf-Punkt-Fixierung zur Anwendung kommt, was von Menschen mit Psychiatrieerfahrung als noch entwürdigender erlebt wird als das Netzbett. „Im Zustand von Fixierung insbesondere in Einzelisolation werden subjektiv Gefühle von Ausgeliefertsein und Ohnmacht ausgelöst. Diese können je nach persönlicher Geschichte und Erfahrung auch als Folter erlebt werden“ (Machold o. J.: 4). Im CPT-Bericht ist übrigens als Fußnote vermerkt, dass die Anstaltsleitung der *Landesnervenklinik Sigmund Freud* im Jänner 2009 untersagt hatte „erregte Patienten in geschlossenen Netzbetten mit Gurten festzuschnallen“ (CPT 2010: 50). Der Grund dieser doppelten Beschränkung lässt sich kaum erschließen. Das Netzbett als gängige Praktik und „Symbol“ (Untersuchungskommission des Gemeinderates der Stadt Wien 2009: 38) scheint tatsächlich für ExpertInnen außerhalb Österreichs antiquiert. In Deutschland könne man „derartige Betten laut Experten nur noch im Museum betrachten“ (Ganner 2014: 260). Für Österreich wurde daher vom internationalen ExpertInnenkomitee noch eine explizite Forderung formuliert: „**Das CPT wiederholt seine Empfehlung, Netzbetten als Mittel zur Freiheitsbeschränkung von erregten PatientInnen in allen psychiatrischen**

Anstalten und sozialen Pflegeheimen in Österreich aus dem Verkehr zu ziehen“ (CPT 2010: 51, Herv. im Original). Weiter ist zu lesen: „Das CPT möchte betonen, dass eine Fixierung von PatientInnen durch mechanische Maßnahmen prinzipiell außerhalb der Sicht anderer Patienten geschehen soll. (...) Auf einer gerontopsychiatrischen Station fand die Delegation einen nackten Patienten an sein Bett gefesselt“ (ebd.). Dazu ist in der Fußnote des Berichts vermerkt, dass drei andere im selben Raum befindlichen Patienten im Pyjama oder lediglich mit Unterwäsche bekleidet ans Bett gefesselt waren. „**Derartige Praktiken sollten sofort beendet werden**“ (ebd.: 52, Herv. im Original).

Für das *Johannes von Gott-Pflegezentrum* in Kainbach hält der CPT-Bericht fest, dass die Anwendung von mechanischen Fixierungen in den letzten Jahren stark zurückgegangen sei und dies durchaus auf eine gute therapeutische Schulung des Personals zurückzuführen sei. Gleichzeitig sei aber die verbreitete Verwendung psychotroper Substanzen – auch an Menschen ohne psychiatrischer Diagnose – in sehr hohen Dosierungen festgestellt worden. In der Frage, was als medikamentöse Freiheitsbeschränkung verstanden werden kann, gibt es unterschiedliche Ansichten. Das Komitee spricht sich jedenfalls gegen die enge Interpretation aus, nach der erst dann von einer medikamentösen Freiheitsbeschränkung gesprochen werden kann, wenn „die psychotropen Stoffe eine so starke Wirkung haben, dass die betroffene Person nicht mehr in der Lage ist `ihren Aufenthaltsort zu ändern“ (CPT 2010: 51).

Abschließend wird klar, dass das CPT bei den Besuchen der unterschiedlichen Einrichtungen mit rechtlichen Situationen, die jeweils dem Unterbringungsgesetz oder dem Heimaufenthaltsgesetz zugeordnet werden können, konfrontiert wurde. Kritik an bestimmten Praktiken entzündete sich vorwiegend an der Art und Weise der jeweiligen Beschränkungsmaßnahmen. Inzwischen sind die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und – noch jüngeren Datums – auch das Zusatzprotokoll der UN-Antifolterkonvention in Österreich in Kraft getreten. Durch diese beiden Instrumente scheint es, dass eine weit radikalere, das heißt grundlegendere Kritik an Österreichs Politik der Freiheitsbeschränkungen oder seiner Gouvernementalität des Wahnsinns möglich wird. Der letzte Besuch des CPT in Österreich fand im Herbst 2014 statt. Hierzu wurde noch kein Bericht veröffentlicht, aber dem „News flash“ auf der Website des CPT ist zu

entnehmen, dass auch bei diesem Besuch das Augenmerk erneut auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Psychiatrie gelegt wurde.⁹⁷

6.2.4 Fazit

Auf nationaler Ebene sind Freiheitsbeschränkungen Themen des Gesundheitsbereichs, des Sozial- und Justizbereichs. Zudem ergeben sich durch internationale Übereinkommen Bezugspunkte zu den *Vereinten Nationen* (UNO) und dem Europarat. Im Bereich der Prävention von Folter, Misshandlungen und Menschenrechtsverletzungen stellt sich nun die neue und relativ einzigartige Situation, dass zwei sehr junge UN-Vertragswerke hierzu ein Monitoringsystem zur Verfügung stellen (University of Bristol OPCAT Research Team 2009: 1). Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und die UN-Antifolterkonvention berühren und verschränken sich hinsichtlich der Frage von Freiheitsbeschränkungen an Menschen mit Psychiatrieerfahrung. Zu beiden Policy-Instrumenten werden Mechanismen zur Überwachung der Durchsetzung angewendet, die im Folgenden nun dargestellt werden.

6.3 Überwachungsmechanismen

Artikel 33 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen regelt die innerstaatliche Durchführung und Überwachung der Konvention.

- (1) Die Vertragsstaaten bestimmen nach Maßgabe ihrer staatlichen Organisation eine oder mehrere staatliche Anlaufstellen für Angelegenheiten im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Übereinkommens und prüfen sorgfältig die Schaffung oder Bestimmung eines staatlichen Koordinierungsmechanismus, der die Durchführung der entsprechenden Maßnahmen in verschiedenen Bereichen und auf verschiedenen Ebenen erleichtern soll.
- (2) Die Vertragsstaaten unterhalten, stärken, bestimmen oder schaffen nach Maßgabe ihres Rechts- und Verwaltungssystems auf einzelstaatlicher Ebene für die Förderung, den Schutz und die Überwachung der Durchführung dieses Übereinkommens eine Struktur, die, je nachdem, was angebracht ist, einen oder mehrere unabhängige Mechanismen einschließt. Bei der Bestimmung oder Schaffung eines solchen Mechanismus betreffend die Rechtsstellung und die Arbeitsweise der einzelstaatlichen Institutionen zum Schutz und zur Förderung der Menschenrechte.

⁹⁷ <http://www.cpt.coe.int/documents/aut/2014-10-03-eng.htm> (Zugriff: 18.02.2015).

(3) Die Zivilgesellschaft, insbesondere Menschen mit Behinderungen und die sie stellvertretenden Organisationen, wird in den Überwachungsprozess einbezogen und nimmt in vollem Umfang daran teil.

Überwacht werden sollen insbesondere nach Artikel 16 Absatz 3 der UN-BRK – Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch – „alle Einrichtungen und Programme, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, (...) [Diese sollen] „wirksam von unabhängigen Behörden überwacht werden“.

Artikel 3 des Fakultativprotokolls der UN-Antifolterkonvention hält wiederum fest: „Jeder Vertragsstaat bildet, bestimmt oder unterhält auf innerstaatlicher Ebene eine oder mehrere Stellen, die zur Verhinderung von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe Besuche durchführen“⁹⁸ – im Folgenden als Nationaler Präventionsmechanismus bezeichnet. Dabei lässt das Fakultativprotokoll jedoch weitgehend offen, wie der Nationale Präventionsmechanismus ausgestaltet sein sollen (University of Bristol OPCAT Research Team 2009: 2).

Der österreichische Verfassungsausschuss hält zu einer Verknüpfung der Instrumente UN-BRK und OPCAT fest, dass es aus „Erwägung der Effizienz, Verwaltungsökonomie und Rechtssystematik zweckmäßig erscheine, den Gewaltpräventionsmechanismus gemäß Artikel 16 Abs. 3 der UN-BRK gemeinsam mit dem Nationalen Präventionsmechanismus zu regeln und an diesen zu koppeln“ (Stenographische Protokolle 2011: 2). Wie bereits ausführlich dargestellt, wurde im Rahmen des OPCAT-Prozesses der Nationale Präventionsmechanismus bei der *Volksanwaltschaft* angesiedelt.

Wohingegen der *Österreichische Unabhängige Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* in seiner Stellungnahme zum Gesetzesentwurf des OPCAT-Durchführungsgesetzes die Frage aufwarf, wie die „unabhängigen Behörden“ gemäß Artikel 16 Absatz 3 der UN-BRK konkret ausgestaltet sein sollten. Zur Klärung dieser Frage, wandte sich der *Unabhängige Monitoringausschuss* an den Verfassungsdienst im Bundeskanzleramt, woraufhin dieser folgendes feststellte: „Die Durchführung des Art. 16 Abs. 3 des Übereinkommens müsste also (...) sowohl durch Bundesgesetz als auch durch Landesgesetz sowie allenfalls durch

⁹⁸ <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/menschenrechtsinstrumente/vereinte-nationen/menschenrechtsabkommen/anti-folter-konvention-cat.html#c1809> (Zugriff: 23.02.2015).

Bundesgrundsatzgesetz und landesgesetzliche Ausführungsbestimmungen erfolgen“ (GZ BKA -672.745/0005-V/5/2010 zit. in: Unabhängiger Monitoringausschuss 2011: 2).

Der *Unabhängige Monitoringausschuss* hat sich auf Grundlage von Paragraph 13 des Bundesbehindertengesetzes⁹⁹ konstituiert und ist für die Überwachung der Einhaltung der UN-BRK gemäß Artikel 33 Absatz 2 und 3 zuständig. Die Mitglieder und Ersatzmitglieder werden vom *Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz* bestellt, wobei der *Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* (ÖAR) ein Vorschlagsrecht zukommt. Die Zuständigkeit des *Unabhängigen Monitoringausschusses* ist ausschließlich für die Bundesangelegenheiten vorgesehen. Wobei bedingt durch Österreichs föderalistische Struktur – vor allem im Sozial- und Behindertenbereich – der *Unabhängige Monitoringausschuss* vielfach nicht oder nur teilweise zuständig ist (vgl. BIZEPS 2013: 5).

Die einzelnen Bundesländer in Österreich sind derzeit im Begriff, *Landes-Monitoringausschüsse* zu etablieren, deren Aufgabe es ist, Maßnahmen, Gesetze und Verordnungen von Land und Gemeinden auf ihre Vereinbarkeit mit den Zielen der UN-BRK zu prüfen. Bislang lässt sich dazu festhalten, dass diese Bemühungen noch nicht weit fortgeschritten sind und insbesondere auch deren politische Unabhängigkeit in Frage gestellt wird (vgl. Klagsverband 2014). Die Kommissionen der *Volksanwaltschaft* – als Teil des Nationalen Präventionsmechanismus – üben hingegen ihre präventive Tätigkeit durch (meist unangekündigte) Besuche „flächendeckend und routinemäßig“, das heißt im gesamten Bundesgebiet aus (Volksanwaltschaft 2013: 42). Eine föderalistische Ausnahme und Eigenheit stellt das Bundesland Vorarlberg dar, das aufgrund einer Ermächtigungsklausel die Landesvolksanwaltschaft als unabhängige Einrichtung mit der Umsetzung der völkerrechtlichen Aufgaben betraut hat, und somit eigenständig die präventive Arbeit in Orten der Freiheitsentziehung durch eine interdisziplinäre Kommission wahrnimmt.¹⁰⁰

Als Beratungsgremium für die *Volksanwaltschaft* und die Kommissionen wurde ein Menschenrechtsbeirat installiert, der die Aufgabe hat, Prüfungsschwerpunkte und Prüfungsstandards festzulegen. Das Vorgängergremium des Menschenrechtsbeirates war der

⁹⁹ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008713> (Zugriff: 16.05.2015).

¹⁰⁰ <http://www.landesvolksanwaeltin.at/menschenrechte> (Zugriff: 23.02.2015).

gleichnamige Menschenrechtsbeirat, der im Innenministerium angesiedelt war. Der neue Menschenrechtsbeirat, der aber zum Teil dieselben Mitglieder vereint, verfolgt ebenso die Absicht, ein „Dialogforum“ für VertreterInnen von Menschenrechtsorganisationen und einschlägigen Ministerien zu sein. Überdies soll durch den Menschenrechtsbeirat die *Volksanwaltschaft* unterstützt werden, Empfehlungen zu formulieren, die Folge von Missstands feststellungen durch die Kommissionen sind (vgl. Volksanwaltschaft 2012: 33).

Seit dem in Krafttreten der UN-BRK auch hierzulande, lässt sich zunehmend beobachten, dass die Themenfelder Psychiatrie und Menschenrechte von unterschiedlichen AkteurInnen verhandelt werden. So berief etwa der *Unabhängige Monitoringausschuss* öffentliche Sitzungen ein, veröffentlichte diverse Stellungnahmen¹⁰¹ und ermutigte Menschen mit Behinderungen zur Partizipation, während die *Volksanwaltschaft* Berichte zum Stand der Umsetzung des Fakultativprotokolls veröffentlichte. Die vorliegende Arbeit geht davon aus, dass in Bezug auf freiheitsbeschränkende Praktiken an Menschen mit Behinderungen/Psychiatrieerfahrungen gegenwärtig ein Policy-Wandel stattfindet. Um die These eines Policy-Wandels zu untermauern, wird im Folgenden der Policy-Prozess chronologisch in Form einer „Zeittafel“ illustriert.

¹⁰¹ <http://monitoringausschuss.at/stellungnahmen/> (Zugriff: 23.07.2015). Insbesondere: Schutz vor Gewalt; Gesundheitsvorsorge; Jetzt entscheide ich; etc.

7 POLICY-PROZESS UND WANDEL – TOP-DOWN + BOTTOM-UP

Um die Entwicklung des Policy-Wandels zu veranschaulichen, ist eine Chronologie hilfreich. Der Verein *BIZEPS – Zentrum für Selbstbestimmtes Leben*¹⁰² stellt auf seiner Homepage eine solche zur Verfügung,¹⁰³ die ich für eine Aufbereitung in schriftlicher Form entsprechend adaptiert und ergänzt habe, um den in Österreich von statten gegangenen Prozess zur UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und zum Zusatzprotokoll der UN-Antifolterkonvention zu veranschaulichen. Viele Eckpfeiler des Policy-Prozesses wurden bereits in den vorherigen Kapiteln beschrieben, eine zeitliche Kontextualisierung erscheint dennoch förderlich, um den Prozesscharakter hervorzuheben und das Handeln der jeweiligen AkteurInnen nachzuvollziehen.

2006

13. Dezember 2006 UNO-Generalversammlung beschließt die UN-BRK. Sobald 20 Staaten ratifiziert haben, tritt diese in Kraft.

2007

30. März 2007 Sozialminister Erwin Buchinger von der SPÖ – inzwischen Behindertenanwalt¹⁰⁴ – unterzeichnet für Österreich.

11. Dezember 2007 Report des *Büro des Hochkommissariats für Menschenrechte* (OHCHR) über ein Expertenseminar in Genf: „Expert Seminar on Freedom from Torture and Ill Treatment and Persons with Disabilities“. Unter anderem beraten sich hier der UN-Sonderberichterstatter gegen Folter Manfred Nowak und Tina Minkowitz (WNUSP) über Behinderung, Psychiatrie und Folter (vgl. OHCHR 2007).

2008

3. Mai 2008 Die UN-BRK tritt 30 Tage nachdem die 20. Ratifikationsurkunde hinterlegt wurde in Kraft.

¹⁰² Der Verein ist eine Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörigen in Wien und wird nach den Kriterien und Wertvorstellungen der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung geführt.

¹⁰³ http://bit.ly/bizeps_presse (Zugriff: 23.07.2015).

¹⁰⁴ Die Funktion des Bundesbehindertenanwaltes erging aus der Novelle des Bundesbehindertengesetzes. https://www.sozialministeriumservice.at/site/Behindertengleichstellung/Behindertenanwaltschaft/Der_Behindertenanwalt_des_Bundes (Zugriff: 23.02.2015).

| | |
|-------------------|---|
| 9. Juli 2008 | Österreich ratifiziert die UN-BRK mittels Gesetz BGBl. III Nr. 155/2008 unter dem Titel „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie das Fakultativprotokoll zum Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.“ ¹⁰⁵ |
| 28. Juli 2008 | Bericht des UN-Sonderberichterstatters gegen Folter von Manfred Nowak. In diesem Bericht wird erstmals eine Verbindung zwischen Behinderung und Folter hergestellt (vgl. Nowak 2008). |
| 26. Oktober 2008 | Die UN-BRK tritt in Österreich in Kraft. Gleichzeitig wird der Monitoringausschuss gesetzlich festgeschrieben. |
| 10. Dezember 2008 | Der <i>Unabhängige Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen</i> konstituiert sich. |
| 2009 | |
| 26. Jänner 2009 | “Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on enhancing and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities” erscheint. |

“State parties to the Convention should continuously **assess the impact of policies** and legislation adopted to give effect to the Convention, in **cooperation with persons with disabilities** and their representative organizations and other relevant stakeholders” (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights 2009: 21, Herv. DA).

Dass diese Empfehlungen auf lokaler Ebene in Wien bis dato noch nicht angekommen waren, zeigt sich in einem kurzen Exkurs über den Wiener Untersuchungsausschuss, der in vielfacherweise für das Thema dieser Arbeit relevant ist, da er nicht zuletzt auch den Kontext des zu untersuchenden Policy-Wandel erhellt.

7.1 Lokales – Ein Einschub: Der Wiener Untersuchungsausschuss

Zwischen März 2008 und Februar 2009 wurde in Wien ein Untersuchungsausschuss des Gemeinderates über „behauptete gravierende Missstände in der Versorgung von psychiatrischen PatientInnen im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“ eingerichtet.

¹⁰⁵https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=BgbIAuth&Dokumentnummer=BGBLA_2008_III_15_5 (Zugriff: 05.04.2015).

Inhalte und Ergebnisse dieses Untersuchungsausschusses werden an dieser Stelle vor allem hinsichtlich der Frage um Freiheitsbeschränkungen nachgezeichnet. Darf Politik in die Praktiken der Psychiatrie eingreifen und worin besteht ihre politische Verantwortung, wenn diese Praktiken Schaden anrichten? Diese brisanten Fragen beantwortet die Lektüre der Protokolle zu den öffentlichen Sitzungen sowie der Abschlussbericht¹⁰⁶ des Untersuchungsausschusses, die im Folgenden als Quellen herangezogen werden. Die wörtlichen Protokolle sind im Internet über die Homepage der Stadt Wien abrufbar.¹⁰⁷

Der Antrag auf Einsetzung einer Untersuchungskommission gemäß §59a der Wiener Stadtverfassung wurde von den Mitgliedern des Gemeinderates Maria Vassilakou, Sigrid Pilz (die Grünen) und von Matthias Tschirf und Ingrid Korosec (ÖVP) bezüglich „Gravierende Missstände in der Versorgung von psychiatrischen Patienten im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“ gestellt (Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates 2008: 2f.). Eine der wesentlichen Fragen bezog sich auf den Einsatz von Freiheitsbeschränkungen und auf den Umgang mit dem Unterbringungsgesetz (UbG) im Allgemeinen. Der Ausschuss sollte prüfen, wie mit Freiheitsbeschränkungen in der stationären Psychiatrie umgegangen wird und ob diese – insbesondere auch im Hinblick auf Verletzungen und sogar Todesfolge – dem „state of the art“ entsprechen. Weiters sollte der Frage nachgegangen werden, weshalb Netzbetten nach wie vor in Gebrauch sind, „obwohl sie das Anti-Folter-Komitee des Europarates als menschenunwürdig beurteilt hat?“ (ebd.: 5).

Der Antrag auf Einsetzung einer Untersuchungskommission wurde von den AntragstellerInnen damit begründet, dass zwei PatientInnen im *Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner-Spital* während ihres Krankenhausaufenthalts zu Schaden gekommen sind. Bei dem ersten Anlassfall im April 2005 „wollte eine suizidgefährdete Patientin die sie fixierenden Gurte mit einem Feuerzeug aufbrennen und sich auf diese Weise befreien“ (ebd.: 32). Die Patientin erlitt dabei schwere Verbrennungen. Die Anzeige bei der Staatsanwaltschaft wurde 2006 zurückgelegt, die Sache auf zivilrechtlichem Weg geklärt und zwischen dem Anwalt der Patientin und dem *Krankenanstaltenverbund (KAV)* Stillschweigen vereinbart, weshalb im Untersuchungsausschuss inhaltlich nicht darauf eingegangen werden konnte. Der zweite Anlassfall geht auf den Dezember 2003 zurück, als ein sedierter Patient durch die

¹⁰⁶ <https://www.wien.gv.at/mdb/uk/psychiatrie/uk-bericht.pdf> (Zugriff: 24.05.2015).

¹⁰⁷ <https://www.wien.gv.at/mdb/uk/psychiatrie/> (Zugriff: 24.05.2015).

Brandlegung eines Mitpatienten Verletzungen erlitt. Der zu Schaden gekommene Mann wandte sich an die *Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft* (WPPA), die nach zweimaliger Überprüfung kein medizinisches Fehlverhalten feststellen konnte (Untersuchungskommission des Gemeinderates der Stadt Wien 2009: 32f.). Die Frage der politischen Verantwortung wurde in insgesamt 30 öffentlichen Sitzungen zwischen der konstituierenden Sitzung am 25. März 2008 und Februar 2009 geklärt und zu diesem Zwecke Sachverständige und ZeugInnen geladen und angehört (ebd.: 9).

Heinz Mayer – damals noch Dekan der juridischen Fakultät der *Universität Wien* – wurde als Sachverständiger hinzugezogen, um zu zwei Themenkomplexen aus juristischer Sicht Auskunft zu geben: Der erste betraf die Zeugenschaft von ehemaligen PatientInnen vor dem Untersuchungsausschuss. Mayer führte dazu an, dass ZeugInnen/PatientInnen zum Zeitpunkt, über den sie Aussagen treffen „wahrnehmungsfähig“ und „wiedergabefähig“ sein müssen. Wenn dies jedoch bestreitbar sei, müsse ein/eine Sachverständiger/Sachverständige beurteilen, ob die Person zum Zeitpunkt des Aufenthaltes in der Psychiatrie dem Krankheitsbild nach wahrnehmungsfähig gewesen sei bzw. zum jetzigen Zeitpunkt Auskunft geben könne (Mayer 2008: 26). Wobei aus Datenschutzgründen auf sensible Unterlagen wie Krankenakte als Beweismittel verzichtet werden kann, es sei denn, die politische Verantwortung ließe sich nur so und nicht anders feststellen. Solange der Sachverhalt durch andere Dokumente oder Aussagen von ÄrztInnen oder PatientInnenanwälten geklärt werden kann, kann auf Aussagen von ZeugInnen/PatientInnen oder deren Angehöriger verzichtet werden. „Es sei die Entscheidung der Behörde, ob sie jemand brauche oder nicht“ (Untersuchungskommission des Gemeinderates der Stadt Wien 2009: 15f.). Die Behörde entschloss sich jedoch – im Übrigen auch mit den Stimmen von SPÖ und FPÖ – den Beweisantrag für die Ladung des Experten bzw. sachverständigen Zeugen Edwin Ladinser als Repräsentant der Vertretung der Angehörigen abzulehnen (ebd.: 12). Die Untersuchungskommission sei keine Beschwerdestelle, sondern hat Behördenaufgaben zu erfüllen, so der Verfassungsrechtler Mayer (vgl. Mayer 2008: 31).

Der zweite Themenkomplex zu dem Mayer aus juristischer Sicht Stellung bezog, betraf die Frage, was unter politischer Verantwortung zu verstehen sei. Mayer führte dazu an, dass der Untersuchungsausschusses zu ermitteln hat, welche Verantwortung die zuständige Stadträtin trägt; was sie über möglich Missstände gewusst hat bzw. wissen hätte müssen. Die Verantwortung zu tragen, beinhaltet weit mehr als nur Rechtsvorschriften einzuhalten,

sondern auch eine politische Linie oder einen politischen Willen durch Weichenstellungen umzusetzen. Mayer spielt aus juristischer Sicht den Ball an das politische Gremium zurück, wenn er argumentiert, dass das, was man politisch von Verantwortlichen erwarten kann, letztlich von diesen selbst bestimmt werden muss (vgl. Mayer 2008: 24). Um diese Behördenaufgaben erfüllen zu können, ohne dabei „fachliche Persönlichkeiten was die Psychiatrie betrifft“ zu sein, wurden „kompetente“ Menschen geladen, um beurteilen zu können, ob – wie die SPÖ-Abgeordnete Sonja Ramskogler in der 1. Sitzung des Untersuchungsausschusses vorbringt – „strukturelle und dementsprechend sogenannte Missstände, die ja unserer Meinung nach nicht unbedingt Missstände, sondern veränderungswürdige Problemsituationen“ (Ramskogler 2008: 31f.) sind, vorkommen.

Zur Problemsituation hinsichtlich freiheitsbeschränkender Maßnahmen wurden insbesondere zwei Experten als Sachverständige geladen. Christian Kopetzki – Jurist und studierter Mediziner – als *der Experte in Sachen Unterbringungsgesetz (UbG)* sowie Tilman Steinert, ein praktizierender Mediziner, der internationale Forschung im Bereich freiheitsbeschränkender Maßnahmen betreibt. Kopetzki hielt in seinen Ausführungen fest, dass der Zwang durch das UbG „gewissermaßen eingefangen, kontrolliert und mit rechtsstaatlichen Spielregeln verknüpft“ (Kopetzki 2008: 3) wird. Eine zwanglose Unterbringung gibt es nicht, wobei der wichtige Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gelten muss. Körperlicher Zwang ist immer das letzte Mittel – die Ultima Ratio (vgl. ebd.). Die Frage der Verhältnismäßigkeit verweist auf die Mittel und sei nicht einfach zu beantworten: „Das ist in der Regel eine empirische Frage. Ob etwas greift, ob ein Mittel funktioniert, das kann die JuristIn nicht beantworten, das ist eine Beurteilung, die aus der klinischen Seite kommen muss“ (ebd.: 6). Die dabei wesentliche Frage, welche Mittel eine Anstalt oder Einrichtung zur Verfügung haben muss, um zu gewährleisten, dass das eingesetzte Mittel tatsächlich das mildeste Mittel ist – und das berührt neben Ausstattungs- auch Personalfragen –, darüber gibt das UbG keine Auskunft, weil das auch nach herrschender Ansicht keine Bundessache ist (vgl. ebd.).

Im Abschlussbericht des Untersuchungsausschusses wurde letztlich festgehalten, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen in der Psychiatrie aufgrund der Schwere einer Erkrankung fallweise notwendig sind, wenn es eine Selbst- oder Fremdgefährdung zu verhindern gilt. Was die Mittel betrifft, so gibt es laut ExpertInnen keine ausreichend gesicherte „beste Maßnahme“. Die Frage des Netzbettes hat sich in diesem Zusammenhang

zu einer Symbolfrage entwickelt, so dass auch künftig noch fachlicher Diskussionsbedarf dazu besteht (Untersuchungskommission des Gemeinderates der Stadt Wien 2009: 38).

Dieser Auffassung, dass es sich um eine Debatte von ExpertInnen handle, in der lediglich die technischen Mittel und deren Einsatz klinisch abzuwegen sei, widerspricht Steinert im Rahmen seines Vortrages vor dem Untersuchungsausschuss. Steinert wurde als Sachverständiger geladen und bezieht seine Expertise neben seiner Funktion als Arzt vor allem aus seiner internationalen Forschung im Bereich freiheitsbeschränkender Maßnahmen. Steinert offerierte einen Blick über den Wiener Tellerrand zu werfen, in dem er darlegte, wie unterschiedliche europäische Länder verschiedene Mittel von Freiheitsbeschränkungen einsetzen. Im renommierten *British Medical Journal* wurde 2003 ein Artikel unter dem Titel „Mentally ill patients in Central Europe being kept in padlocked, caged beds“ veröffentlicht, der den Einsatz von Netzbetten in Tschechien, der Slowakei, Ungarn und Slowenien kritisch aufrollt und teils heftige Reaktionen hervorrief. Beinahe zum gleichen Zeitpunkt war im *Medical Tribun* ein Artikel eines deutschen Geriaters erschienen, der im Netzbett für demente Menschen das Mittel der Wahl sah (vgl. Steinert 2008: 28). Zwangsmaßnahmen als das „älteste Problem der institutionellen Psychiatrie“ (ebd.: 27) bedürfen laut Steinert intensiver Forschung, gleichzeitig ließ sich in einer Studie, bei der 102 PatientInnen befragt wurden feststellen, dass die Ergebnisse sehr unterschiedlich ausfallen: „Was der eine schrecklich findet, findet der andere erträglich und umgekehrt“ (ebd.: 29). Steinert schließt daraus, dass man dem bestimmten Mittel – in dem Fall dem Netzbett – nicht technisch begegnen könne, weil es immer ein für und wider gibt. Eine Alternative wäre ein „rein humanitärer“ Standpunkt, nämlich zu sagen:

„Menschen gehören nicht in Käfige, das gefällt uns nicht und deswegen wollen wir das nicht (...) und das wäre dann ein Standpunkt, den man dann vielleicht sogar nicht nur den Fachleuten überlassen sollte, weil das eben nur bedingt fachlich klarbar ist“ (ebd.: 34).

Wie an späterer Stelle noch gezeigt wird, dauerte es weitere fünf bzw. sechs Jahre, bis das Netzbett schließlich durch eine politische Entscheidung ganz der Vergangenheit angehörte.

Der Wiener Untersuchungsausschuss, der „seltsam endete“ (Miljkovic 2009) hielt 2009 abschließend fest:

„Insgesamt konnten die im Antrag als Missstände angeführten Vorwürfe nicht bestätigt werden, da ein Organisationsversagen nicht erkennbar war, (...) freiheitsbeschränkende Maßnahmen in gesetzeskonformer Weise und

mit höchstem medizinischen Verantwortungsbewusstsein und in individuell effizientester und schonendster Weise erfolgten, (...) die Verfahren bezüglich der als 'aufklärungswürdig' bezeichneten Todesfälle staatsanwaltschaftlich eingestellt wurden und dabei weder ein individuelles, geschweige denn ein systembedingtes Verschulden festgestellt werden konnte" (Untersuchungskommission des Gemeinderates der Stadt Wien 2009: 41f.).

Auch wenn der damalige Generaldirektor des KAVs die Psychiatrie zwar als „kein Mädchenpensionat“ charakterisiert hat (Miljkovic 2009; Marhold 2009: 16), so solle dennoch danach getrachtet werden, die Psychiatrie zumindest medial positiv darzustellen, wie der Abschlussbericht des Wiener Untersuchungsausschuss empfiehlt:

„Durch eine positive öffentliche Diskussion über die Psychiatrie in Wien soll es gelingen, eine Entstigmatisierung der Krankheit in der Öffentlichkeit zu bewirken (...). Unbedingt abzulehnen ist es auch, Betroffene und deren Angehörige (...) sowie die im Psychiatriebereich Tätigen durch haltlose Vorwürfe und Verallgemeinerungen zu verunsichern“ (Untersuchungskommission des Gemeinderates der Stadt Wien 2009: 41f.).

Die Frage, ob sich Politik in die Praxis um Freiheitsbeschränkungen einmischen soll, wurde auf lokaler Ebene durch den Untersuchungsausschuss des Wiener Gemeinderats im Jahr 2009 aufgrund mangelnder fachlicher Expertise verneint. Auch das Zusammenspiel von Recht und Medizin überließ dem klinischen Bereich die Wahl der Mittel und lenkt die Aufmerksamkeit damit wieder auf das seit dem Fall „Herczegfalvy vs. Austria“ gültige Dogma der medizinischen Notwendigkeit. So wurde der Fall „Herczegfalvys“ von Kopetzki in seinem Vortrag aufgegriffen – ohne ihn explizit zu benennen –, um das Argument zu untermauern, dass der Medizin diesbezüglich die Entscheidungsgewalt zu überlassen sei, bzw. dass Österreich nur in einem einzigen Fall wegen der Anwendung eines ungeeigneten Mittels kritisiert wurde (vgl. Kopetzki 2008: 6). Wohingegen bezüglich der Vorladung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung als ZeugInnen das Argument des Persönlichkeitsschutzes vorgebracht wurde. Man wolle die ehemaligen PatientInnen nicht „vorführen“ (Miljkovic 2008). Selbst wohlwollend interpretiert, klingt hierbei ein gewisses Maß an Paternalismus durch.

Betrachtet man den Exkurs zum Wiener Untersuchungsausschusses nun durch die Brille der UN-BRK fällt auf, dass auf Menschen mit Psychiatrieerfahrung das soziale Modell von Behinderung kaum bis gar nicht Anwendung findet. Dies ist nur eines von vielen Beispielen, das anhand des Wiener Untersuchungsausschusses deutlich macht, welch

weiter Weg noch zurückgelegt werden musste, bis die im Anschluss beschriebenen Handlungsempfehlungen an Österreich schließlich ins Bewusstsein rückten. So nämlich, wenn die von Österreich 2008 ratifizierte UN-BRK den Anspruch erhebt, dass Menschen mit Behinderungen in Politiken, die sie selbst betreffen mit einbezogen werden müssen, wenn Zwangsmaßnahmen und nicht einvernehmlichen Praktiken abzuschaffen sind und das medizinische Modell zugunsten des sozialen Verständnisses von Behinderung in den Hintergrund rücken soll, dann wird im Gegenzug auch klar, dass diese – formal zumindest damals bereits geltenden – Grundsätze bis dato außer Acht gelassen wurden. Dann ist es vermutlich auch als mehr als nur ein Flüchtigkeitsfehler im wörtlichen Protokoll des Wiener Untersuchungsausschusses zu lesen, wenn dort von Tierausbildung anstelle einer Peerausbildung die Rede ist (Amering 2008: 41).

2009

| | |
|-----------------|--|
| 25. August 2009 | Der <i>Unabhängige Monitoringausschuss</i> nimmt Stellung zur Novelle des Unterbringungsgesetzes (UbG) und des Heimaufenthaltsgesetzes (HeimAufG) und stellt darin fest, dass die Zielgruppen (Menschen, die in der Psychiatrie untergebracht sind und Menschen in Heimen in weitesten Sinne) der beiden Rechtsinstrumente in die sogenannte Nicht-Definition von Behinderung ¹⁰⁸ der UN-Konvention mit eingeschlossen sind (Unabhängiger Monitoringausschuss 2009: 1). |
|-----------------|--|

2010

| | |
|-----------------|--|
| 29. März 2010 | Sozialminister Rudolf Hunds dorfer (SPÖ) kündigt einen „Nationalen Aktionsplan Behinderung 2012-2020“ an. |
| 5. Oktober 2010 | Der Ministerrat beschließt einen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK. |
| 5. Oktober 2010 | Österreich beschließt den 1. Staatenbericht, übersendet ihn an die <i>UNO</i> und kommt somit der Verpflichtung gemäß Artikel 35 der UN-BRK – Berichte der Vertragsstaaten – nach. |

In Österreichs Staatenbericht heißt es: „Das österreichische Recht verfügt mit dem Unterbringungs- und dem Heimaufenthaltsgesetz über international vorbildliche Regelungen und steht insoweit im Einklang mit den völkerrechtlichen Vorgaben“ (BMASK 2010: 24). Gemäß Artikel 15 – Freiheit vor Folter oder grausamer,

¹⁰⁸ Siehe dazu: Kapitel 5, insbesondere Kapitel 5.2

unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe – weist das *Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz* darauf hin, dass „Menschen mit Behinderungen in Österreich – wie alle anderen Menschen auch – in ihrem Recht auf körperliche Unversehrtheit sowie vor Folter und unmenschlicher Behandlung geschützt sind“ (BMASK 2010: 24). Gegen diese Ansicht – oder eher gegen diese normative Feststellung – gab es lauten Widerspruch.

Der Bericht der Zivilgesellschaft, verfasst von der *Österreichischen Arbeitsgesellschaft für Rehabilitation* (ÖAR), der Dachorganisation der Behindertenverbände wurde parallel zum Staatenbericht als sogenannter Schattenbericht erstellt. Darin heißt es: „Zwangsumunterbringung und Zwangsbehandlung sind nicht mit der Konvention vereinbar“ (ÖAR 2013: 75). Das Unterbringungsgesetz wurde 2010, also nach der Ratifizierung der UN-BRK bereits novelliert, und erweitert die Möglichkeiten einer Unterbringung aufgrund einer Zukunftsprognose hinsichtlich der Gefährdung. Damit in engem Zusammenhang steht das Fehlen von außerstationären Angeboten (ebd.). Als zentrale Forderungen gemäß Artikel 14 – Freiheit und Sicherheit der Person – hält der Bericht der Zivilgesellschaft – anstatt das soziale Modell auszuformulieren – fest, dass die fachärztliche Kontrolle bei Aufnahme und Unterbringung verstärkt werden sollte, dass Aus- und Fortbildung für medizinisches und pflegerisches Personal intensiviert werden sollte und dass die Zahl der Ausbildungsplätze für PsychiaterInnen erhöht werden sollten (ebd.: 178). Bezuglich Artikel 15 – Freiheit vor Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe – empfiehlt die ÖAR, dass die Empfehlungen der internationalen Gremien (CPT) umgehend umgesetzt werden sollten (ebd.).

2010

28. Oktober 2010 Öffentliche Sitzung des *Unabhängigen Monitoringausschusses* zum Thema „Schutz vor Gewalt“.

2011

24. Februar 2011 Auf die öffentliche Sitzung des *Unabhängigen Monitoringausschusses* im Oktober 2010 folgt die Stellungnahme „Gewalt und Missbrauch an Menschen mit Behinderung“. Wichtige Aussagen sind, dass es wenig Datenmaterial über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen gibt, und dass die gesellschaftliche Tabuisierung von Gewalt durch Behinderung noch zusätzlich verstärkt wird (Unabhängiger Monitoringausschuss 2011b: 6). „Insbesondere in hochsensiblen Bereichen wie z.B. der

Psychiatrie muss die Prävention von Gewalt und Missbrauch einen hohen Stellenwert haben“ (ebd.: 8).

Juni 2011

Die *World Health Organization* (WHO) veröffentlicht den „World Report on Disability“.

2012

16. Jänner 2012

Der Entwurf des „Nationalen Aktionsplans Behinderung 2012-2020“ wird veröffentlicht. 100 Organisationen nehmen dazu schriftlich Stellung, obwohl die Frist hierfür nur vier Wochen betrug.

Juni 2012

Die *European Union Agency for Fundamental Rights* (FRA) veröffentlicht den Bericht „Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems“ (vgl. FRA 2012).¹⁰⁹

Ein Punkt des „Nationalen Aktionsplans“ ist dem Rechtsschutz bei Freiheitsbeschränkungen gewidmet. Als Zielsetzung sind „Sensibilisierungsmaßnahmen für die besondere Eingriffsintensität von Freiheitsbeschränkungen“ genannt. Insbesondere sollen für relevante Berufsgruppen wie RichterInnen, PatientenanwältInnen und BewohnervertreterInnen Schulungen unter der Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen erfolgen. Auch die Anzahl der kurz aufeinanderfolgenden Unterbringungen soll reduziert und die UbG-Novelle künftig dahingehend evaluiert werden. Hier wird auf den sogenannten „Drehtüreffekt“ abgezielt, der bedeutet, dass eine zu zeitige Beendigung von Unterbringung eine baldige neuerliche Unterbringung nach sich zieht. Daher wurde bereits in der UbG-Novelle 2010 ein Verhältnismäßigkeitsprinzip aufgenommen, durch das geklärt werden soll, ob nur durch eine Unterbringung ein Behandlungsfortschritt erzielt werden kann, der die Wahrscheinlichkeit verringert, dass jemand in absehbarer Zeit erneut zwangsweise untergebracht werden muss (BMASK 2011: 29f.).

2012

März 2012

Stellungnahme zum Entwurf des „Nationalen Aktionsplans“ vom Verein *Freiräume*.¹¹⁰

April 2012

Stellungnahme zum Entwurf des „Nationalen Aktionsplans“ von Christoph Fally, Herausgeber und Koordinator der Betroffenenzeitschrift *Spring ins Feld*. Die MitarbeiterInnen der Zeitschrift sind Menschen, die von einer

¹⁰⁹ Siehe dazu: Kapitel 4.6

¹¹⁰ Der Verein „Freiräume“ und sein Gesprächsf „Trialog“ sind Gegenstand der Feldforschung.

psychiatrischen Krankheit betroffen sind und Interesse an kreativer Öffentlichkeitsarbeit haben.¹¹¹

24. Juli 2012 Der Ministerrat beschließt den „Nationalen Aktionsplan 2012-2020“.

2013

| | |
|-----------------|---|
| 29. Jänner 2013 | Die 2. Periode des <i>Unabhängigen Monitoringausschuss</i> beginnt. |
| 1. Februar 2013 | Der Bericht des UN-Sonderberichterstatters gegen Folter Juan E. Méndez zum Anti-Folter-Rahmenwerk in Gesundheitseinrichtungen erscheint. ¹¹² |
| 23. April 2013 | Öffentliche Sitzung des <i>Unabhängigen Monitoringausschuss</i> zum Thema „Gesundheitsversorgung“ findet in Salzburg statt. |
| April 2013 | Die Vorarbeit zur Staatenprüfung Österreichs beginnt. |

7.2 Staatenprüfung Österreichs

Der von Österreich an den UN-Fachausschuss – Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) – übermittelte Staatenbericht bildet die Grundlage für die Staatenprüfung Österreichs (vgl. BMASK 2010). Zu diesem Zweck wurde eine Prüfliste mit Fragen zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung erstellt (CRPD/C/AUT/Q/1 2013).

Die *Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* (ÖAR) schickte als Vertretung der Zivilgesellschaft, Vorschläge für die Prüfliste an den UN-Fachausschuss und veröffentlichte den 1. Österreichischen Zivilgesellschaftsbericht¹¹³ (vgl. ÖAR 2013). Der UN-Fachausschuss suchte darüber hinaus intensiven Kontakt zur ÖAR und zur Initiative *Selbstbestimmt Leben Österreich* (SLIÖ), was bereits als wesentlicher Schritt der Umsetzung der UN-Konvention gewertet werden soll (Naue 2013).

Die Delegation der österreichischen Nichtregierungsorganisationen (NGO) wurde von der ÖAR nominiert. Auf der Homepage der SLIÖ kann die Präsentation der österreichischen NGO-Delegation vor dem UN-Fachausschuss, die dem Prüfungskomitee zur Vorbereitung

¹¹¹ Im Rahmen der Feldforschung konnte ich den Entstehungsprozess dieser Stellungnahme miterleben.

¹¹² Siehe dazu: Kapitel 6.1.6

¹¹³ <http://www.oear.or.at/ih-recht/un-behindertenrechtskonvention/zivilgesellschaftsbericht> (Zugriff: 24.02.2015).

der Prüfliste an Österreich diente, eingesehen werden.¹¹⁴ Dieser ist zu entnehmen: Der Paradigmenwechsel hin zu einer Behindertenpolitik, die sich an Menschenrechten orientiert, geht in Österreich nur sehr langsam voran und das föderale System dient als Rechtfertigung dafür. Hospitalisierungen von Menschen mit Behinderungen in Großeinrichtungen ist in der breiten Öffentlichkeit akzeptiert und wird nicht in Frage gestellt. Es gibt weder einen Plan, noch umfassende Maßnahmen, um die Anzahl von Menschen, die in Einrichtungen leben zu reduzieren. Viele PolitikerInnen würden auch den Unterschied zwischen Interessensvertretungen von Menschen mit Behinderungen und DienstleistungsanbieterInnen nicht kennen, und bezüglich Partizipation nicht die richtigen AnsprechpartnerInnen adressieren. Als Schlussfolgerung hält die NGO-Delegation fest, dass die politische Steuerung für die Umsetzung der UN-BRK in Österreich eher schwach ausfällt und ihre Grundsätze nicht ausreichend berücksichtigt werden (vgl. *Selbstbestimmt Leben Österreich* 2013).

Der *Unabhängige Monitoringausschuss* legte dem UN-Fachausschuss zur Vorbereitung für die Staatenprüfung einen kritischen Bericht vor, in dem beanstandet wurde, dass selbst vier Jahre nach Inkrafttreten der UN-BRK – abgesehen von einigen Ausnahmen – immer noch keine ersichtlichen Veränderungen im Bereich der Behindertengleichheit erkennbar seien. Es fehle an einer klaren Vision, in welche Richtung es gehen soll und vor allem sei dabei der Föderalismus hinderlich. „It is of paramount importance that the implementation of human rights will not be hampered by the obsolete structures of federalism“ (Unabhängiger Monitoringausschuss 2013: 51).

2013

8. Mai 2013 Die Prüfliste der *UNO* (List of Issues) wird an Österreich geschickt.

Der UN-Fachausschuss nimmt Stellung zum Staatenbericht Österreichs und kritisiert dabei in erster Linie die verwendeten Definitionen von Behinderung, die auch in diversen Gesetzen gebraucht werden, mit dem Hinweis, dass diese Definitionen das „alte medizinische Modell von Behinderung“ widerspiegeln (CRPD/C/AUT/Q/1 2013: 1). Weiters bliebe der Staatenbericht Österreichs die Antwort auf die Frage schuldig, wie Menschen mit Behinderungen gemäß Artikel 4 der UN-BRK – der allgemeinen Verpflichtungen – zur Implementierung konsultiert wurden (ebd.: 2).

¹¹⁴ http://www.slroe.at/was/stellungnahmen/2013-04_Praesentation_UN-CRPD.php (Zugriff: 16.05.2015).

Zum Thema Freiheitsbeschränkungen ist auch in der Prüfliste Artikel 14 der UN-BRK – Freiheit und Sicherheit der Person – relevant:

“In the report (para. 162), the Hospitalisation Act and the Nursing Home Residence Act are noted and are described as ‘exemplary’. Yet, in this report to the Government on the visit to Austria, the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) indicates that visits were made to the Sigmund Freud Regional Psychiatric Hospital (Landesnervenklinik) in Graz and the Johannes von Gott Nursing Centre (Pflegezentrum) in Kainbach. In paragraphs 133-144 of the report, strong criticisms are made of some practices, especially practices of restraint on persons with disabilities. Please furnish information on if and how these criticisms have been dealt with by authorities” (CRPD/C/AUT/Q/1 2013: 3).¹¹⁵

2013

18. Juni 2013 Das Sozialministerium veröffentlicht die Beantwortung der Prüfliste des UN-Fachausschusses durch die Republik Österreich.¹¹⁶

In der Beantwortung der Prüfliste durch die Republik Österreich wurde zu den beiden Kritikpunkten des UN-Fachausschusses Stellung bezogen. Die Verwendung des Behinderungsbegriffes wurde so begründet, dass eine Unterscheidung zwischen „impairment“ – der Beeinträchtigung auf individueller Ebene – und gesellschaftlichen Barrieren getroffen wurde, sodass grundsätzlich auch Menschen mit kognitiven und psychischen Behinderungen in dieser Definition erfasst sind (BMASK 2013: 2). Hinsichtlich der verabsäumten Konsultierung von Menschen mit Behinderungen besagt die Stellungnahme, „dass neben den großen Behindertenverbänden auch kleine, für die Rechte der Menschen mit Behinderungen eintretende NGOs vermehrt **in alle Diskussions- und Beratungsprozesse einbezogen** werden (ebd.: 5, Herv. im Original).

Bezüglich Anhaltepraktiken nach dem Unterbringungsgesetz und dem Heimaufenthaltsgesetz wird auf die vom UN-Fachausschuss zitierte Kritik durch das CPT reagiert, in dem auf die „starken Unterschiede in der ‘Rechtsanwendungskultur’“ und die „Unabhängigkeit der Rechtsprechungsorgane“ (ebd.: 16f.) verwiesen wird. Netzbetten stünden in der Kritik von Patientenanwälten, BewohnervertreterInnen und der *Volksanwaltschaft*, die auf deren Vermeidung drängen. Darüber hinaus wird ausführlich

¹¹⁵ Siehe dazu: Kapitel 6.2.3

¹¹⁶ http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/5/8/CH2218/CMS1314697554749/crpd_list_of_is_sues_at_response_2013-06-18_de.pdf (Zugriff: 23.07.2015).

auf die neue Kompetenz der *Volksanwaltschaft* als Nationaler Präventionsmechanismus im Sinne der Gewaltprävention in Großeinrichtungen eingegangen (BMASK 2013: 17ff.).

2013

2.-3. September 2013 Die Durchführung der Staatenprüfung Österreichs findet in Genf statt.

Mit einer 18-köpfigen Delegation war Österreich zur Staatenprüfung in Genf vertreten. Neben VertreterInnen von Ministerien sowie den Ländern Oberösterreich, Niederösterreich und der Steiermark, sprachen auch der Volksanwalt Günther Kräuter¹¹⁷ und die Vorsitzende des *Unabhängigen Monitoringausschusses* Marianne Schulze vor dem UN-Fachausschuss. Die Staatenprüfung konnte im Internet live mit verfolgt werden (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2013).

2013

17. September 2013 Die abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses (Concluding observations) werden veröffentlicht (CRPD/C/AUT/CO/1 2013).

Die abschließenden Bemerkungen des UN-Fachausschusses verstehen sich (lediglich!) als Handlungsempfehlungen an Österreich. Zum Thema Freiheitsbeschränkungen an sogenannten psychisch kranken Menschen sind die Handlungsempfehlungen gemäß Artikel 14 und 15 für die Diskussion dieser Arbeit von besonderer Relevanz und sollen daher im Folgenden vollständig zitiert werden:¹¹⁸

Freiheit und Sicherheit der Person (Art. 14):

29. Das Komitee äußert große Besorgnis darüber, dass es die österreichische Gesetzgebung erlaubt, Menschen gegen ihren Willen in eine psychiatrische Institution einzusperren, wenn sie eine psychosoziale Behinderung haben und sie als Gefahr für sie selbst oder andere Personen angesehen werden. Das Komitee ist der Meinung, dass diese **Gesetzgebung in Konflikt mit Artikel 14 der Konvention steht**, da sie zulässt, dass einem **Menschen aufgrund seiner tatsächlichen oder wahrgenommenen Behinderung seine Freiheit entzogen wird**.

¹¹⁷ Nach dem Rotationsprinzip zu diesem Zeitpunkt der Vorsitzende der Volksanwaltschaft.

¹¹⁸ Der Verein „Bizeps – Zentrum für Selbstbestimmtes Leben“ hat eine deutsche Übersetzung der Handlungsempfehlungen in Auftrag gegeben und 2013 veröffentlicht.

30. Das Komitee fordert den Vertragsstaat auf, alle notwendigen gesetzlichen, administrativen und gerichtlichen Maßnahmen zu treffen, um sicherzustellen, dass niemand gegen seinen Willen in irgendeiner Art von psychologischer oder psychiatrischer Einrichtung festgehalten wird. Es fordert den Vertragsstaat auf, **Strategien zur De-Institutionalisierung** auf Grundlage des Menschenrechtsmodells von Behinderungen zu entwickeln.

31. Das Komitee fordert den Vertragsstaat ebenfalls dazu auf zu gewährleisten, dass alle psychologischen und psychiatrischen Dienstleistungen aufgrund der freiwilligen Einverständniserklärung nach Aufklärung der betroffenen Person durchgeführt werden. Es empfiehlt dem Vertragsstaat, größere finanzielle Ressourcen für Personen mit intellektuellen und psychosozialen Behinderungen, die einen hohen Unterstützungsbedarf haben, zur Verfügung zu stellen, um zu gewährleisten, dass genügend ambulante Dienstleistungen in der Gemeinschaft verfügbar sind, die Menschen mit Behinderungen unterstützen

Freiheit von Folter und grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Art. 15)

32. Das Komitee äußert seine **Besorgnis** über die fortwährende Verwendung von **Netzbetten** und anderen Formen von **nicht einvernehmlichen Praktiken** in den psychiatrischen Spitätern und Institutionen des Vertragsstaates, in denen Menschen mit intellektuellen, mentalen und psychosozialen Behinderungen eingesperrt werden.

33. Das Komitee empfiehlt dem Vertragsstaat die **Verwendung von Netzbetten, Fixierungen und anderen nicht einvernehmlichen Praktiken abzuschaffen**, die bei Menschen mit intellektuellen, mentalen und psychosozialen Behinderungen in psychiatrischen Spitätern und Institutionen genutzt werden. Es wird ebenfalls empfohlen, dass der Vertragsstaat weiterhin Schulungen für das medizinische Fachpersonal und Pflegepersonal in derartigen Institutionen anbietet, um Folter, grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe gemäß der Konvention vorzubeugen (BIZEPS 2013b, Herv. DA).

Geforderte Strategien zu Deinstitutionalisierung berühren direkt auch Artikel 19 der UN- BRK – Selbstbestimmt Leben und Einbeziehung in die Gemeinschaft. Dieser Artikel hat nicht nur für junge Menschen mit Behinderungen Relevanz, sondern auch für ältere Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben oder Menschen, die aufgrund einer psychosozialen Behinderung institutionalisiert sind.

Selbstbestimmt Leben und Einbeziehung in die Gemeinschaft (Art. 19)

36. Das Komitee nimmt besorgt zur Kenntnis, dass Berichten zufolge in den letzten 20 Jahren der **Anteil** der österreichischen Bevölkerung mit Behinderungen, der in Institutionen lebt, **gestiegen** ist. Das Komitee ist durch dieses Phänomen besonders besorgt, da **Institutionen im Widerspruch zu Artikel 19** der Konvention stehen und die **Gefährdung** von Menschen mit Behinderungen durch **Gewalt und Missbrauch** erhöhen.

37. Das Komitee empfiehlt dem Vertragsstaat sicherzustellen, dass die Bundesregierung und die Landesregierungen **größere Anstrengungen für die De-Institutionalisierung** unternehmen und es Menschen mit Behinderungen ermöglichen, zu wählen, wo sie leben wollen (BIZEPS 2013b, Herv. DA).

2013

13. Oktober 2013 Tina Minkowitz veröffentlicht auf ihrem Blog ein Kommentar zur Staatenprüfung Österreichs und zur Kompetenz des UN-Fachausschusses.

In diesem Kommentar schreibt Minkowitz:

“The Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD Committee) is authorized to interpret the Convention (...) and to review the reports made by countries that have ratified the treaty. (...) These **Concluding Observations** (...) along with the Committee’s views on individual complaints and any General Comment to the Committee might issue, **constitute the most authoritative interpretation** of the treaty” (Minkowitz 2013: o. S., Herv. DA).

Insbesondere die Aussagen des UN-Fachausschusses gemäß Artikel 14 wurden von Minkowitz positiv bewertet.

Auch wenn die Handlungsempfehlungen *keinen* verbindlichen Charakter besitzen, „rechtlich unbeachtlich“ sind sie keineswegs. Als „völkerrechtliches soft law“ entfalten diese Empfehlungen sogar mehr als politische oder moralische Wirkung (Schroeder et al. 2014: 24):

„Sie besitzen **erhebliche praktische Bedeutung**. Sie sind trotz ihrer Unverbindlichkeit ein geeignetes Mittel, neue Standards für das Verhalten im internationalen Bereich zu setzen, weil sie von den Staaten und anderen Völkerrechtssubjekten **häufig befolgt** werden. Die Staaten scheuen sich meist, offen gegen solche Beschlüsse zu verstößen“ (Reinisch zit. in: ebd., Herv. im Original).

2013

7. November 2013 Öffentliche Sitzung des *Unabhängigen Monitoringausschusses* zum Thema „Handlungsempfehlungen an Österreich“.

Einige Stimmen zum Thema Psychiatrie seien an dieser Stelle aus dem Protokoll der öffentlichen Sitzung herausgegriffen: „Manchmal würden von Betroffenen Zwangseinweisungen im Nachhinein als positiv bewertet. In diesem Zusammenhang sei eine Vorsorgevollmacht wichtig“ (Unabhängiger Monitoringausschuss 2013: 6). „Artikel 14 der Konvention betreffe nicht nur Einrichtungen der Psychiatrie. Wichtig sei ein Herangehen mit Augenmaß, wenn der Wille beeinträchtigt ist“¹¹⁹ (Unabhängiger Monitoringausschuss 2013: 8).

2014

April 2014 Der Bericht der *Volksanwaltschaft*, der 2013 an den Nationalrat und den Bundesrat erging, wird veröffentlicht.

Aus diesem Bericht geht hervor, dass zwischen Herbst 2012 und Dezember 2013 rund 12% der ca. 4000 öffentlichen und privaten Einrichtungen überprüft wurden (Volksanwaltschaft 2013: 36). In den Bereichen, die vorwiegend Betreuungsaufgaben erfüllen, wie etwa der Gesundheits- und Sozialbereich, leiste der Nationale Präventionsmechanismus Pionierarbeit (ebd.: 45). Zwischen der *Volksanwaltschaft* und den Vereinen nach dem Vereinssachwalter-, Patientenanwalts- und Bewohnervertretungsgesetz 2012 (VSPBG)¹²⁰ wurde eine Kooperationsvereinbarung getroffen, die konkrete Treffen zum Erfahrungsaustausch vorsieht (ebd.: 47).

2014

22. Juli 2014 Das *Bundesministerium für Gesundheit* veröffentlicht den Erlass „Einsatz von psychiatrischen Intensivbetten in Einrichtungen nach dem UbG und HeimAufG“.

„vor dem Hintergrund der von der Republik Österreich eingegangenen völkerrechtlichen Verpflichtungen hält das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Justiz fest,

¹¹⁹ Laut Protokoll der öffentlichen Sitzung stammt diese Wortmeldung von Edwin Ladinser, Geschäftsführer der „HPE – Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter“, der seit der 2. Funktionsperiode Mitglied im Unabhängigen Monitoringausschuss ist.

¹²⁰ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002937> (Zugriff: 05.04.2015).

dass unter Berücksichtigung der Wahrung der Menschenwürde und dem Gebot der Verhältnismäßigkeit der Freiheitsbeschränkung die Verwendung von psychiatrischen Intensivbetten (‘Netzbetten’) sowie anderen ‘käfigähnlichen’ Betten nicht mehr dem europäischen Standard entspricht und daher unzulässig ist. (...) [Daher] wird davon ausgegangen, dass ab dem 1. Juli 2015 derartige Mittel nicht mehr zum Einsatz kommen“ (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

2014

September 2014 Der *Unabhängige Monitoringausschuss* veröffentlicht ca. ein Jahr nach der öffentlichen Sitzung zum Thema „Handlungsempfehlungen an Österreich“ eine Stellungnahme zum bisherigen Umsetzungsstand.

In der Stellungnahme heißt es: „Eine Strategie zur De-institutionalisierung sowie Maßnahmen zur Sicherstellung, dass niemand gegen seinen oder ihren Willen behandelt oder in einer Institution angehalten werden darf, müssen wesentlich weiterentwickelt werden“ (Unabhängiger Monitoringausschuss 2014: 9). Zudem betont der *Unabhängige Monitoringausschuss* „die Notwendigkeit, die Partizipation von SelbstvertreterInnen – insbesondere Menschen mit Psychiatrieerfahrung, in sämtlichen Prozessen sicherzustellen. Aus verschiedenen Gründen ist die Selbstvertretung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung eine große Herausforderung, pro-aktive Unterstützung ist daher unumgänglich“ (ebd.).

7.3 Fazit des Policy-Wandels

Noch im Jahr 2008 hielt das *Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz* in seinem „Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich 2008“ folgendes fest:

„Mit der Konvention wird der – in Österreich bereits eingeleitete – Paradigmenwechsel auf internationaler Ebene entscheidend forciert, und der besonderen Stellung des Themas ‘Behinderung’ im heutigen gesellschaftlichen Diskurs entsprochen. (...) Inhaltlich ist davon auszugehen, dass die im Übereinkommen festgelegten konkreten Rechte bereits derzeit in der österreichischen Rechtsordnung verankert sind (**kein materiell-rechtlicher Umsetzungsbedarf**)“ (BMASK 2009: 73, Herv. im Original).

So wird auch anhand der Chronologie deutlich, dass diese Ansicht sowohl „Bottom-up“ als auch „Top-down“ in Frage gestellt wurde. Unter Bottom-up-Initiativen werden sowohl die Stellungnahmen der *Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* (ÖAR) als

Dachorganisation der Behindertenverbände in Österreich sowie die Stimmen von Menschen mit Behinderung, die durch die Protokolle der öffentlichen Sitzungen des *Unabhängigen Monitoringausschusses* dokumentiert wurden, und die Diskrepanz zwischen rechtlichen Normen und gesellschaftlicher Wirklichkeit, insbesondere hinsichtlich mangelnder Alternativen aufzeigen, subsummiert. Zunehmend wurde die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen als „ihr“ Instrument verstanden. Der Verein *BIZEPS – Zentrum für Selbstbestimmtes Leben* übersetzte schließlich die auf Englisch veröffentlichten Handlungsempfehlungen der *Vereinten Nationen* (UNO) an Österreich ins Deutsche und erweiterte deren Reichweite mittels Aussendung per E-Mail an dessen Verteiler.

Top-down stellen die internationalen Prüfmechanismen, wie die Berichte des CPT und des UN-Fachausschusses hinsichtlich der Umsetzung der UN-BRK Österreich eher ein mangelhaftes Zeugnis aus. Der diskursive Wandel wurde wesentlich dadurch getragen, dass neue AkteurInnen direkten Einfluss auf das Feld üben konnten, wie etwa die Kommissionen der *Volksanwaltschaft*, der UN-Fachausschuss oder auch der *Unabhängige Monitoringausschuss*, der durch seine öffentlichen Sitzungen nicht zuletzt auch ein neues Forum schuf. Macht wurde somit sowohl von „oben“ wie auch von „unten“ ausgeübt. Obgleich es sich bei den Handlungsempfehlungen um rechtlich unverbindliche Empfehlungen handelt, so wurde dennoch deutlich, dass durchaus politischer Druck erzeugt wurde. Insofern nämlich, als dass das Netzbett als *das* Symbol von Freiheitsbeschränkung per Erlass aufgrund einer völkerrechtlichen Verpflichtung abgeschafft wurde.

Was die Miteinbeziehung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung betrifft, so zeigt sich, dass das Argument des Persönlichkeitsschutzes aus dem Wiener Untersuchungsausschuss mehr noch in den Hintergrund gerückt wurde und Partizipation nicht mehr bloß als Qualitätsmerkmal, sondern als Grundsatz gilt. Menschen mit Behinderung sind nun vermehrt in Gremien wie dem Menschenrechtsbeirat der *Volksanwaltschaft* oder den *Landes-Monitoringausschüssen* vertreten. Deren Partizipation muss jedoch „kultiviert und genährt“ werden (Fischer 2006: 75) bzw. wie der *Unabhängige Monitoringausschuss* betonte, bedarf es bei der Miteinbeziehung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung proaktive Unterstützung (vgl. *Unabhängiger Monitoringausschuss* 2014: 9).

So liegt auch der vorliegenden Arbeit die These zugrunde, dass es nur unter Einbeziehung von ExpertInnen in eigener Sache möglich ist, das soziale Modell von Behinderung – hier im Bereich der Seele/Psyche – greifbar zu machen und in politisches Handeln zu übersetzen. Partizipation als solche ist keine Standardlösung – wie bereits in den Ausführungen zum theoretischen Forschungsansatz¹²¹ festgestellt wurde –, sondern ein umkämpftes Konzept.

Der empirische Teil dieser Arbeit hat somit zum Ziel, Vorschläge für die pro-aktive Unterstützung der Selbstvertretung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung aufzubereiten. Die Wurzeln der zeitweilig sehr aktiven Szene von psychiatrieerfahrenen Menschen reichen für den Rahmen dieser Arbeit bis ins Jahr 1983 zurück, als die erste Ausgabe der Zeitschrift *Kuckucksnest* erschien. Viktor Fritz, dessen „Erfinder“ und erster Herausgeber und berühmt in der „Betroffenenszene“, verfasste ein Gedicht zum Netzbett, das dieses Kapitel nun beenden und zugleich in das nächste Kapitel – zur Geschichte der Betroffenenbewegung in Wien – überleiten soll. Fritz erlebte das Ende des Netzbettes leider nicht mehr.

„Ich bin wieder in der Psychiatrie gelandet. In diesen weißen, kahlen Räumen, diesen sterilen Zimmern. Langsam kommt es mir vor wie die `ewige Wiederkehr‘. Wie wenn mich irgendetwas magisch an diesen Ort, immer wieder zurückholen wollte. Es ist wieder einiges vorgefallen! Meine Psychose sollte – aber sie wollte nicht. Wieder wurde ich von der Polizei eingeliefert, wir sind fast schon `Freunde‘. Die Polizei zog sich zurück. Plötzlich war ich von einer Schar Ärzten, Pflegern und Schwestern umgeben. Eine Injektion wurde aufgezogen. Die Chance, ihr zu entgehen, käme einem 6-er im Lotto gleich. Ein kurzer Stich, und die Flüssigkeit drang langsam in meinen Körper. Mein Kopf wurde ganz leer, und meine Arme und Beine schwer wie Blei. Dann lag ich plötzlich im Netzbett. Die Verschlussstange wurde hoch gezogen, dann schnappte sie mit einem eigenartigen Geräusch ein. Allein hast du keine Chance, dieses Bett wieder zu verlassen. In meinem Kopf wurde mir so eigenartig. Die Injektion wirkte mächtig. Die mich umgebende `durchnetzte‘ Luft sagt zu mir: Ha, ha, auch wieder mal da! In mir war wieder etwas so durchlässig, wie dieses sterile, mich gefangen haltende Netzbett. Da ich natürlich keine Schere im Netzbett hatte, wollte ich die eng verknüpften Maschen am liebsten geistig zerschneiden. Dass dieser Gedanke nur eine Chimäre war, wird jedem Menschen klar sein. Aber auch dieses Netz wird sich auflösen. Einmal werde ich frei sein, das garantiere ich euch, ihr `Götter in Weiß‘. Auch dieses Netzbett wird verschwinden, zuerst in meinem Geist und später irgendwann für alle“ (Fritz zit. in: *Kuckucksnest* 1/2001: 20).

¹²¹ Siehe dazu: Kapitel 3

8 DIE GESCHICHTE UND DAS MEDIUM DER BETROFFENENBEWEGUNG IN WIEN

Ein Forschungsansatz, der die Critical Disability Studies mit einer demokratischeren Art einer Policy-Analyse (vgl. Schneider/Ingram 1993; Fischer/Forester 1993 beide zit. in: Yanow 2000: 19) verknüpfen möchte, macht es unumgänglich, Menschen, die von Politiken betroffen sind – Menschen mit Psychiatrieerfahrung, aber auch deren Angehörige und ProfessionistInnen – möglichst nah am Forschungsprozess teilhaben zu lassen. Die Suche nach Interessensvertretungen und Stimmen von betroffenen Menschen stand somit am Anfang der empirischen Arbeit und stellte eine große Herausforderung dar. „Wie wollen Sie etwas untersuchen, was nicht vorhanden ist?“ wurde ich von einem renommierten Professor gefragt, dem ich vor inzwischen fünf Jahren ein noch viel zu vages Forschungskonzept zur Untersuchung der „Betroffenenszene“ vorlegte. Dieser Herausforderung begegne ich an dieser Stelle zunächst aus einer historischen Perspektive heraus, bevor ich mich in einem weiteren Schritt selbst ins „Feld“ begebe.

Die Geschichte der Betroffenenbewegung psychiatrierfahrener Menschen ist für Österreich nach wie vor kaum erforscht (Schallhas 2008: 26). Durch meine Arbeit am Archiv der Zeitschrift *Kuckucksnest*, die von 1983 bis 2008 herausgegeben wurde und in der *Wienbibliothek im Rathaus* aufliegt – alle Ausgaben der Zeitschrift bis auf eine –, wurde der Versuch unternommen, diese Lücke ein stückweit zu schließen. Auch wenn die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Medium keine explizite Geschichte der Betroffenenbewegung darstellt, so war – wie sich zeigen wird – die Lektüre und Durchsicht der Zeitschrift *Kuckucksnest* für die Kontextualisierung der daran anschließenden Feldforschung unabdingbar. Bei der Lektüre der Zeitschrift wurde gezielt nach Themen der „Psychiatriepolitik“ recherchiert und im weiteren Sinne: nach Zwang in der Psychiatrie, nach Mitteln und Praktiken von Freiheitsbeschränkungen, nach dem Prinzip und der Methode des Trialogs sowie nach der Struktur von Interessensorganisationen psychiatrierfahrener Menschen im Wiener Kontext zur Zeit der Herausgabe der Zeitschrift.

8.1 Der Beginn der Zeitschrift *Kuckucksnest*

Initiiert wurde die Zeitschrift *Kuckucksnest* von Viktor Fritz und Hildegard Lachinger, die zur selben Zeit Patienten eines psychiatrischen Krankenhauses waren und von einem dortigen Psychologen auf die Idee gebracht wurden (Machold Interview 2013).¹²² Die Nullnummer erschien im März 1983 und die Blattlinie wurde wie folgt charakterisiert:

„Das Kuckucksnest ist eine Zeitung, die für Patienten, Pfleger und Ärzte des Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien, 14. Bezirk, Baumgartner Höhe 1¹²³, geschrieben wird. Diese Zeitung entstand durch die Initiative von Patienten und ist keiner Zensur unterworfen. Sie soll Patienten, deren Angehörigen, aber auch die breite Öffentlichkeit über das Leben im Krankenhaus informieren und diskussionsanregend wirken. Es hat jeder der hier arbeitet, jeder Patient und jeder Angehörige die Möglichkeit, daran mitzuarbeiten“ (N.N.K.¹²⁴ 1983: o. S.).

Interessanterweise klingt bereits an dieser Stelle das trialogische Prinzip durch, obwohl es zur damaligen Zeit als solches noch nicht bezeichnet wurde. Den AutorInnen der Beiträge wurde von den HerausgeberInnen empfohlen, „aus rein formalen Gründen anonym zu bleiben.“ In den Kommunikationszentren auf Pavillon 2 und 24 wurde eine Sammelbox eingerichtet, wo die Beiträge eingeworfen werden konnten (ebd.). Im Rahmen der Recherchearbeit konnte festgestellt werden, dass manche Beiträge autorisiert, manche anonym und manche nur mit Vornamen, Pseudonymen oder Kürzel versehen wurden.¹²⁵

Die Nullnummer wurde mit der Frage „Was halten Sie vom Kuckucksnest?“ – angelegt als Umfrage – veröffentlicht. Hierzu äußerte sich eine Patientin: „Der Öffentlichkeit soll gezeigt werden, was hier geschieht und wie es hier zugeht“ (Anna N. in: *Kuckucksnest* 1983/0: 2). Von einem Primararzt wurde die Zeitschrift als Medium der Debatte begrüßt:

¹²² Das Interview wurde mit Ingrid M. Machold am 19. November 2013 am Telefon geführt, mit ihrem Einverständnis mittels Audiogerät aufgezeichnet und anschließend von mir transkribiert.

¹²³ Zwischen 1904 und 1907 wurde die Einrichtung als „Niederösterreichische Landes- Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke: Am Steinhof“ errichtet. Im Nationalsozialismus wurde diese Anstalt regelrecht zu einer „Vernichtungsanstalt“ für tausende von Kindern und Erwachsenen. Die Dauerausstellung „Der Krieg gegen die Minderwertigen“ des „Dokumentationsarchiv des Österreichischen Widerstands“ befindet sich im Pavillon V. und erinnert eindrücklich an diese Zeit. Ab den 1960er Jahren wurde die Anstalt als „Psychiatrisches Krankenhaus Baumgartner Höhe“ bezeichnet und trägt seit August 2000 den Namen „Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner-Spital“.

<http://de.wikipedia.org/wiki/Otto-Wagner-Spital#Geschichte>. (Zugriff: 31.03.2015).

¹²⁴ Beiträge aus der Zeitschrift „Kuckucksnest“ ohne namentlich genannte AutorInnen werden im Folgenden mit N.N.K. – N.N. für nomen nescio und K. für Kuckucksnest – in der Quelle angegeben.

¹²⁵ Reale Namen werden angegeben, wenn autorisierte Beiträge zitiert werden und Pseudonyme – bei Texten und Aussagen von Personen mit einem „*“ kenntlich gemacht – wenn deren explizites Einverständnis mit der Nennung des Namens nicht gegeben ist.

„Ich erwarte mir vor allem, daß die Zeitung sehr kritisch ist, weil uns nur eine entsprechend harte Kritik in der Psychiatrie weiterhelfen kann. Hier bei uns soll noch sehr viel verändert werden“ (Friedl in: *Kuckucksnest* 1983/0: 5).

Der Name der Zeitschrift *Kuckucksnest* weckte natürlich – obwohl das an keiner Stelle explizit ausformuliert wurde – Assoziationen zu dem mit mehreren Oscars ausgezeichneten Film *Einer flog über das Kuckucksnest* aus dem Jahr 1975 nach dem Buch von Ken Kesey (1962). Die hervorgerufenen Assoziationen des leitenden ärztlichen Personals im psychiatrischen Krankenhaus waren dazu wohlwollend bis kritisch:

„Der Titel ‘Kuckucksnest’ erinnert mich an den Film. Trotzdem finde ich den Titel gut: Denn einerseits erinnert er an die negativen Gefühle, die mit dem Psychiatrischen Krankenhaus verbunden sind, andererseits aber habe ich die Assoziation zu einem ‘Nest’, in dem man geborgen ist und von dem aus man wieder in die Freiheit fliegen kann“ (Schindler¹²⁶ in: ebd.: 6).

„Wenn ich den Namen ‘Kuckucksnest’ höre habe ich keine guten Assoziationen. Der Film war ein Unsinn. Es wurden typisch amerikanische Verhältnisse gezeigt und wer glaubt, daß es bei uns auch so zugeht, ist auf dem Holzweg. Die Idee, eine Zeitung zu machen, finde ich allerdings gut, weil die Kommunikation gefördert wird und weil es das in anderen Anstalten auch gibt“ (Plavec in: ebd.: 8).

1966 lernte Viktor Fritz als 19-Jähriger erstmals das *Psychiatrische Krankenhaus Baumgartner Höhe* als Patient kennen. In einer späteren Ausgabe der Zeitschrift *Kuckucksnest* schreibt er: „Steinhof war damals fast noch ein kleines KZ“. Fritz verbrachte in den weiteren Jahren immer wieder, in ca. vierjährigen „Krankheitsintervallen“ Zeit in der Psychiatrie und hielt seine ersten Eindrücke wie folgt fest:

„Damals wurden ca. 70% der PatientInnen zwangseingewiesen. Das ging sehr schnell. Die sogenannten ‘Gerichtskommissionen’¹²⁷ hatten eine reine Alibifunktion. Als ich zwangseingewiesen wurde, steckte man mich in die Badewanne und wusch mich. Dann wurde ich mit einem Nachthemd und einem Bademantel angekleidet. Man führte mich in ein Zimmer. Dort waren viele ältere Patienten. Die meisten waren mit Leintüchern an ihren Sesseln fixiert. Ich dachte mir: ‘Jetzt ist es aus, das ist das Ende’.“ (Fritz 2007: 24f.).

¹²⁶ Raoul Schindler war Psychiater und Psychotherapeut und gründete 1965 die Gesellschaft „pro mente infirmis“ (heute: pro mente Wien) als Laienhilfsorganisation für die Nachbetreuung psychisch Erkrankter. http://de.wikipedia.org/wiki/Raoul_Schindler (Zugriff: 31.03.2015).

¹²⁷ Die Gerichtskommissionen gab es vor in Kraft treten des Unterbringungsgesetzes.

Fritz befand sich in einem sogenannten Beobachtungssaal. Einige Tage später wurde er in der Wäschekammer mit „original Gefängniskleidung“ ausgestattet und durfte danach in den „Tagraum“.

„Die Pavillons waren alle zugesperrt. Nur wenn der Arzt es zuließ bekam man eine ‘Freisperre’. Mit diesem Ausweis wurde der Ausgang innerhalb des ummauerten Geländes erlaubt. Wenn die Pavillons überfüllt waren teilte ein ‘Kapo’ die Betten zu und es kam vor, dass etliche Tage jeder in einem anderen Bett schlief. Es kam nicht selten vor, dass Patienten zur Disziplinierung Spritzen verabreicht wurden“ (Fritz 2007: 24f.).

Der österreichische Film *Kopfstand*¹²⁸ von Ernst Josef Lauscher aus dem Jahr 1981 illustriert fünfzehn Jahre später jene Beschreibung von Fritz eindrücklich. Die Zeitschrift *Kuckucksnest* sollte in Folge der Nullnummer 1983 fortan vierteljährlich erscheinen. Bereits am Titelblatt der darauf folgenden Ausgabe befand sich eine Zeichnung, auf dem das symbolträchtige Netzbett abgebildet war und aus einem Radiogerät darin ertönten Kuckucksrufe.

8.2 Kritik wird laut und lauter...

Als kritische Stimme äußerte sich auch Hannelore T. Schwitzer, selbst Betroffene und eines der inzwischen vier Redaktionsmitglieder der Zeitschrift *Kuckucksnest*:

„Die Assoziation mit dem Film ‘Einer flog über das Kuckucksnest’ ist auch bei mir. Und ich glaube nicht, daß es nur typisch amerikanische Verhältnisse sind, die in dem Film aufgezeigt werden. Sie passieren auch im Psychiatrischen Krankenhaus. Der Elektro-Schock wird heute vielleicht nicht mehr so oft angewendet, dafür gibt es noch oft genug Zwangsinjektionen, Netzbett und Ausgangssperre (...). Der Gesundheitszustand wird nach verschiedenen Punkten bewertet: aufstehen, sich anziehen, Kontakte schließen, sich waschen, essen, freundliche sein u.s.w. Man wird beobachtet und diagnostiziert“ (Schwitzer in: *Kuckucksnest* 1983/1: 7)

Die in dieser kurzen Passage formulierte Kritik an psychiatrischer Praxis aus Sicht einer Betroffenen fand Resonanz und Unterstützung durch die einstige *Gesellschaft für Demokratische Psychiatrie*. Diese wurde 1976 im Anschluss an einen Vortrag Franco

¹²⁸ Mit Christoph Waltz in der Hauptrolle.

Basaglias als eine „psychiatriekritische Initiative im engeren Sinn“ in Wien gegründet.¹²⁹ Der *Gesellschaft für Demokratische Psychiatrie* gelang es insbesondere durch Auftritte in der Fernsehsendung „Club 2“ die Öffentlichkeit auf sich aufmerksam zu machen (vgl. Schallhas 2008: 26).

In der *Gesellschaft für Demokratische Psychiatrie* engagierten sich ÄrztInnen, PflegerInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen und ehemalige PatientInnen, die „der Ansicht sind, daß diese Zustände [in psychiatrischen Anstalten, Anm. DA] ein Zeichen dafür sind, wie stark die Diskriminierung von der Norm abweichender Verhaltensweisen des Menschen in den bestehenden Verhältnissen ist“ (N.N. 1977: 11). In der Bevölkerung sollte bewusstseinsbildende Arbeit geleistet werden, „insbesondere hinsichtlich der Verbindung von Psychiatrie und staatlicher Gesetzgebung und ihr Zusammenwirken“ (ebd.)¹³⁰ Die Unterstützung durch die *Gesellschaft für Demokratische Psychiatrie* sah vor, dass in der nächsten Ausgabe der Zeitschrift *Kuckucksnest* ein Informationsblatt „für Patienten des PKH¹³¹“ abgedruckt wurde, um sich um die Beteiligung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung zu bemühen:

„Wir sind mit den bestehenden Verhältnissen in psychiatrischen Institutionen nach wie vor nicht einverstanden. Trotz schöner Reden über PSYCHIATRIEREFORM hat sich NICHTS GEÄNDERT am System, lediglich der Stil hat sich verfeinert. (...) In geschlossenen Anstalten werden Menschenrechte dauernd mit Füßen getreten. Daß die Psychiatrie nicht so bleiben darf wie sie ist ist allen klar; daß eine wirkliche, POSITIVE ÄNDERUNG nur unter verstärkter BETEILIGUNG DER DIREKT BETROFFENEN erfolgen kann, sollte allen klargemacht werden! (...) Deshalb werden wir in naher Zukunft mehr mit Ihnen darüber reden, wie wir GEMEINSAM GEGEN DIE BESTEHENDEN MIßSTÄNDE vorgehen können! Sie werden also bald mehr von uns hören. Unsere Briefadresse: Gesellschaft für DEMOKRATISCHE PSYCHIATRIE 1090 Wien WUK“ (Gesellschaft für Demokratische Psychiatrie 1983: 7, Herv. im Original).

¹²⁹ Eine weitere Quelle belegt den Beginn der „Gesellschaft für Demokratische Psychiatrie“ im Anschluss an das „Krank-Symposium“ im März 1976 (vgl. betrifft: Sozialarbeit 1977 2/3: 11). Dieses Symposium dürfte im Zusammenhang mit der von Bruno Kreisky in Auftrag gegebenen und unter der Leitung von Frieder Naschold durchgeführten interdisziplinären Studie „Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich“ (1978) gestanden sein. Diese Quellenangabe ist jedoch nicht gesichert. Vgl. Peter Fleissner 2013, <http://solidarischgsund.org/2013/11/30/erfolgsgeschichten-bleibende-erkenntnisse-einer-gesundheitsinitiative-der-1970er-jahre-in-osterreich/> (Zugriff: 31.03.2015).

¹³⁰ Ich bedanke mich an dieser Stelle bei DSA Irmgard Angerer für den Zugang zu den Zeitschriften „betrifft: Sozialarbeit. bS – Zeitschrift für Praxis und Ausbildung“ sowie „Sozialarbeit. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung & Politik in Österreich“.

¹³¹ PKH steht für Psychiatrisches Krankenhaus.

Doch soweit sollte es nicht mehr kommen. Anfang der 1980er Jahre löste sich die *Gesellschaft für Demokratische Psychiatrie*¹³² auf und die bis heute existierende *HPE – Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter* wurde gegründet (vgl. Schallhas 2008: 26).

8.3 „Ankündigungspolitik“ Unterbringungsgesetz

Auch auf legislativer Ebene kam zu jener Zeit einiges in Bewegung. Am 17. April 1983 wurde vom Ministerrat die Regierungsvorlage zum Bundesgesetz über die Rechtsfürsorge für „psychisch Kranke“ in Krankenanstalten verabschiedet. Dieser Gesetzesentwurf sieht im §1 vor, „daß die Persönlichkeitsrechte psychisch Kranke, die in einer Krankenanstalt aufgenommen werden, besonders zu schützen sind“ (N.N.K. 1984: 33). PatientensachwalterInnen sollten Patienten, die ohne eigenes Verlangen aufgenommen worden waren, rechtlich vertreten. So wurde in der Zeitschrift *Kuckucksnest* der Modellversuch „Patientensachwalterschaft“ vorgestellt und die Kontaktmöglichkeiten zu den beiden im Krankenhaus tätigen PatientensachwalterInnen abgedruckt. Es sollte jedoch noch einige Jahre dauern, bis schließlich 1991 das Unterbringungsgesetz (UbG) in Kraft trat.

Bis dato gab es fünf verschiedene Aufnahmeverfahren in die Psychiatrie, die im Lehrbuch *Leitfaden der Psychiatrie* (1984) – herausgegeben von Alexander Friedmann – dargestellt werden. Die rechtliche Grundlage bilden die §§ 49, 50 und 51 des Krankenanstaltengesetzes der damaligen Fassung:

- „1. Die Aufnahme durch eine Bescheinigung eines Amtsarztes (Parere). Der Amtsarzt muss eine ‘Geisteskrankheit’ feststellen und begründen, dass die aufzunehmende Person infolge ihrer Krankheit ihre oder die Sicherheit anderer Personen gefährdet.
2. Eine Überstellung von einer öffentlichen Krankenanstalt in eine psychiatrische Anstalt (Spitalsparere) ist möglich, wenn aus den Aufzeichnungen der Krankengeschichte hervorgeht, dass die Überstellung wegen Gefährdung der eigenen oder der Sicherheit anderer Personen notwendig ist. Es benötigt hierfür keinen Amtsarzt.

¹³² Lediglich in der dritten Ausgabe der Zeitschrift „Kuckucksnest“ im Jahr 1984 findet die „Gesellschaft für Demokratische Psychiatrie“ noch Erwähnung, als diese zu einer Unterschriftenaktion für die Freilassung von Istvan Herczegfalvy und zu einer internationalen Untersuchung rund um die Vorgänge aufrief (Kuckucksnest 1984/3: 35f.).

3. Der ärztliche Leiter der Krankenanstalt kann einen akut Kranken vorläufig ohne jegliche Bescheinigung aufnehmen. Er muss dies allerdings binnen 24 Stunden der Bezirksverwaltungsbehörde beziehungsweise der Bundespolizeibehörde melden. Wird der Kranke allerdings von einer geschlossenen in eine offene Abteilung gebracht, entfällt die Verpflichtung zur Meldung an die Behörde.

4. Psychisch kranke Personen können durch Gerichte eingewiesen werden. Strafgerichte können Untersuchungshäftlinge zum Zweck der Beobachtung höchstens für die Dauer der Untersuchungshaft, nicht länger als drei Monate in eine psychiatrische Anstalt überstellen.

5. Eine kranke Person kann sich auch freiwillig in einen geschlossenen Bereich begeben“ (Friedmann 1984: 199f.).

Ein Mensch, der in einer geschlossenen Abteilung in seiner Freiheit eingeschränkt ist, sollte die Sicherheit haben, dass innerhalb von 24 Stunden, längstens 48 Stunden das Gericht, in dessen Sprengel die Anstalt steht, von diesem Fall der Anhaltung informiert wird. Im Jahr 1984 dürfte es noch üblich gewesen sein, dass die Gerichtskommissionen die psychiatrischen Krankenhäuser in mehrwöchigen Zeitabständen besuchten (vgl. ebd.).

8.4 Anerkennung für/trotz Kritik

Die Zeitschrift *Kuckucksnest* hatte zwischenzeitlich eine Auflage von 1500 Stück erreicht. Der Vertrieb wurde vorwiegend über Abonnements abgewickelt. Zusätzlich wurde die Zeitschrift bei einschlägigen Veranstaltungen aufgelegt (Machold Interview 2013) oder in Buchhandlungen, wie der von Brigitte Herrmann¹³³ verkauft. Die Zeitschrift erhielt eine Auszeichnung der Stadt Wien für besondere Leistungen und wurde der damaligen Chefredakteurin Evelyne Kern überreicht. „Endlich ist es soweit! Endlich wurde die Arbeit von psychisch Kranken anerkannt! Endlich wurde die selbstlose Tätigkeit unserer Herausgeberin gewürdigt“, nämlich mit 10.000 Schilling aus der *Leopold Gratz Stiftung* (Omar 1986: 5).

Kern veröffentlichte in der darauf folgenden Ausgabe der Zeitschrift *Kuckucksnest* einen Artikel über die „Psychiatriereform“ unter dem Titel: „Ein irrer Erfolg!“ Darin schreibt sie:

¹³³ Brigitte Herrmann war eine der ProtagonistInnen der Demokratischen Psychiatrie und Herausgeberin der Dokumentation „Demokratische Psychiatrie 1976-1979“ (betrifft: Sozialarbeit 1979/2:30).

„Nun, wodurch kam mir der Gedanke, daß die Psychiatriereform in Wien zur Zeit stagniert, wenn nicht gar rückläufig ist? Vor allem wurde mir von einigen Mitpatienten recht merkwürdige Vorgänge berichtet. Es ist auf einigen Pavillons (...) des PKHs üblich, hilfesuchende Patienten entweder erst gar nicht aufzunehmen oder ihre Entlassung ohne Vorbereitung und zu früh durchzuführen“ (Kern 1986: 5).

Ähnliches berichtete im Interview auch Edwin Ladinser, der eine Kausalbeziehung zwischen Ressourcenmangel und Zwangsmaßnahmen herstellt:

„Früher war es das Problem, aus der Psychiatrie wieder rauszukommen, jetzt, in die Psychiatrie reinzukommen. Es ist so, dass das Reinkommen immer öfter mit Unterbringung zusammen hängt, weil die Betten einfach so ausgelastet sind. Wenn Leute freiwillig in die Psychiatrie kommen wollen heißt es, es gibt kein Bett. Dann warten sie zwei, drei Tage, bis sie noch schlechter beisammen sind und werden dann untergebracht. Dann muss es ein Bett geben, weil es die Verpflichtung gibt, Leute aufzunehmen. Von dem her verschiebt es sich auch in Richtung Unterbringung und in Richtung Zwang, was eigentlich eine Katastrophe ist“ (Ladinser Interview 2011).¹³⁴

In diesem Zusammenhang wird der Unterschied zwischen Anstalts- und Universitätspsychiatrie nur selten thematisiert. Der Unterschied zwischen Universitäts- und Anstaltspsychiatrie sei ein klassen- bzw. schichtspezifisches Problem, schrieb Hans Weiss 1976 und daran dürfte sich bis heute nicht viel geändert haben. In den Universitätskliniken werden aufgrund der besseren personellen Ausstattung „wissenschaftlich interessante, finanziell und sozial gutgestellte Patienten [behandelt], während sich in den Anstaltskliniken hauptsächlich chronische und sozial schlechter gestellte Patienten befinden“ (Weiss 1976: 5).

8.5 Coalition-building?

Als wichtige Erkenntnis soll hier nur kurz festgestellt werden, dass Menschen mit Psychiatrieerfahrung und auch Angehörige eine Nicht-Unterstützung in sozialer und psychiatrischer Hinsicht als mitunter schlimmer empfinden, als Zwangsmaßnahmen und Freiheitsbeschränkungen an sich. Um Kritik an sozialen Verhältnissen, aber auch an Praktiken gegen den Willen von PatientInnen zu üben, bedarf es Kooperationen und/oder Koalitionen um die Öffentlichkeit zu erreichen. Die Frage, wie eine solidarische Zusammenarbeit zwischen Menschen mit und ohne Psychiatrieerfahrung funktionieren

¹³⁴ Das Interview wurde mit Edwin Ladinser am 26. Mai 2011 geführt, mit seinem Einverständnis mittels Audiogerät aufgezeichnet und anschließend von mir transkribiert.

kann, stellte sich nicht nur bereits die *Gesellschaft für Demokratische Psychiatrie*, sondern wurde auch in den Beiträgen der Zeitschrift *Kuckucksnest* diskutiert.¹³⁵

So wurde etwa ein Interview mit Irene Halpern abgedruckt. Halpern (1914-1994) war Grafikerin und Schriftstellerin. Sie hatte in jungen Jahren Erfahrungen mit psychiatrischen Kliniken gemacht und war im Dritten Reich mit einem Berufsverbot belegt. Sie engagierte sich im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie für die grundsätzliche Umgestaltung psychiatrischer Anstalten. Eigene Erfahrungen mit der „Diagnose Schizophrenie“ setzte sie literarisch um und war ab 1984 ständige Mitarbeiterin der Zeitschrift *Kuckucksnest*.¹³⁶ Die Interviewfrage an Halpern, gestellt von Marie H. Hegedüs lautete:

„Wenn aber öffentliche Stellen oder Personen bereit sind, einen Dialog mit psychisch Kranken einzugehen, stoßen sie häufig auf Widerstände der Betroffenen. Es wird eher als Bevormundung und weniger – wie es gemeint ist – als Solidarisierung wahrgenommen. Mißtrauen erweckt neues Mißtrauen. Wie könnte man das überwinden?“ (Hegedüs 1986: 15ff.)

Darauf antwortete Halpern: „Dies wird sicherlich ein ganz langsamer Prozess sein. Ich kann nicht sagen, wie man diesen Dialog im allgemeinen beschleunigen könnte. Persönlich kann ich nur durch mein Mittun beitragen“ (ebd.). Diese Aussage berührt eine wesentliche Frage, mit der sich auch die Disability Studies auseinandersetzen: Wie viel Kooperation oder wie viel Eigenständigkeit ist nötig/möglich? Die Frage nach dem Verhältnis von Unabhängigkeit und Solidarität beschäftigte mich persönlich auch im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung im Feld. Versinnbildlicht wird dies durch das Motiv auf dem Titelblatt der Zeitschrift *Kuckucksnest* Nr. 3 aus dem Jahr 1986, wo eine Marionette zu sehen ist, die mit einer Schere die Schnüre, durch die sie sich bewegen kann und/oder an denen sie festhängt, durchschneidet.¹³⁷

1987 stellte die Zeitschrift *Kuckucksnest* die Herausgabe kurzfristig ein – bedingt durch das Studium der damaligen Chefredakteurin Evelyne Kern (N.N.K. 2003: 3) – bis es 1989 schließlich wieder erschien. Als Blattlinie galt: „Dies ist eine unabhängige Zeitung von

¹³⁵ Antworten auf diese Frage zu finden ist maßgebliches Bestreben der UN-BRK.

¹³⁶ <http://www.gav.at/pages/in-memoriam.php?ID=695> (Zugriff: 30.03.2015).

¹³⁷ Dieses Bild ist auch deswegen relevant, weil es ebenso von Elisabeth* in unserer E-Mailkorrespondenz im Rahmen der Feldforschung als Metapher verwendet wurde. Im E-Mail schrieb sie, es sei „ein altes und durch die Geschichte solcher Empowermentversuche widerlegtes Märchen“, dass der/die PatientIn mittels seiner/ihrer Erfahrung „sozusagen die Schnüre abschneiden kann, an denen er als Marionette tanzt“ (Elisabeth*, E-Mailkorrespondenz vom 22. November 2012).

einer Selbsthilfegruppe für psychisch Kranke. Wir wollen mit dieser Zeitung das Ansehen psychisch Kranke in der Öffentlichkeit anheben“ (N.N.K. 1990: 2).

8.6 „Unser Unterbringungsgesetz“

Das Unterbringungsgesetz (UbG) sollte bald darauf in Kraft treten¹³⁸ und die erste Ausgabe im Jahrgang 1990 der Zeitschrift *Kuckucksnest* veröffentlichte die Regierungsvorlage sowie bezugnehmende Kommentare:

„Im Jänner 1988 fand im Parlament eine Ausschußsitzung statt, zu welcher ca. 20 Experten geladen waren. Unter diesen Experten befand sich, man möchte es kaum glauben, eines unserer Redaktionsmitglieder. Zum ersten Mal, in der Geschichte der zweiten Republik, wurde eine psychisch kranke Person im Parlament angehört. Ob unsere Wünsche berücksichtigt werden, wird sich noch herausstellen. Da die Sitzung vertraulich war, können wir nur unsere bescheidenen Vorschläge veröffentlichen“ (N.N.K. 1990b: 26).

Das besagte Redaktionsmitglied war Evelyne Kern – diplomierte Krankenschwester mit eigener Psychiatrieerfahrung – und einer ihrer „bescheidenen Vorschläge“ lautete: „**allgemein, ein Recht auf Behandlung im Gesetz zu verankern** (ebd.: 27, Herv. DA). Die Redaktion der Zeitschrift *Kuckucksnest* stand dem neuen Rechtsinstrument positiv gegenüber. Laut Kern bestünde jedoch noch ein „Schönheitsfehler“, nämlich dass sich das UbG in der Form „nur auf zwangseingewiesene Patienten“ bezieht, wovon nicht ganz ein Drittel aller stationären PatientInnen betroffen sind. Die Mehrzahl der PatientInnen sei vom Schutz des Gesetzes ausgeschlossen und hat somit kein Recht auf Schutz ihrer Persönlichkeit und kein Behandlungsrecht (Kern 1990/4: 9). Die Aussage zum Recht auf Behandlung wurde von mir aus dem Grund hervorgehoben, weil sie das positive Recht – auf medizinische Behandlung – in den Kontext zu negativen Rechten – rechtlicher Schutz vor zwangsweiser Behandlung – setzt, wie dies auch in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vorgesehen ist.

8.7 Vereinsgründung und Vereinszweck

1991 entschloss sich die Redaktion der Zeitschrift *Kuckucksnest* den Verein *PatientInneninitiative Kuckucksnest* (PIK) zu gründen. Der Vorstand setzte sich aus der

¹³⁸ Siehe dazu: Kapitel 2.3.1; https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1990_155_0/1990_155_0.pdf (Zugriff: 05.04.2015).

Obfrau Evelyne Kern, deren Stellvertreterin Irene Halpern, dem Schriftführer Viktor Fritz und seiner Stellvertreterin Silvia Omar, sowie dem Kassier Andreas Ehmayer und seiner Stellvertreterin Hannelore T. Schwitzer zusammen. Der Verein verfolgte die Absicht, „die Situation der ‘psychisch Kranken’ in Österreich zu verbessern“ (N.N.K. 1991: 11). Als Hauptaufgabe wurde die Aufklärung der Öffentlichkeit durch die Herausgabe des Vereinsorgans der Zeitschrift *Kuckucksnest* festgelegt. „Damit will die PatientInneninitiative (...) erreichen, daß Vorurteile vonseiten der Bevölkerung abgebaut werden“ (ebd.). Während jeder Mitglied im Verein werden konnte, konnten in den Vorstand nur ehemals „psychisch Kranke“ gewählt werden.¹³⁹

Zur Aufklärung der Öffentlichkeit über psychiatrische Anstalten wollte auch ein Artikel einer Professionistin beitragen. Dass neben Betroffenen auch in der Psychiatrie tätige Menschen in der Zeitschrift *Kuckucksnest* publizierten, entsprach von der ersten Stunde an der Blattlinie. Liesi Chlebècek, die drei Jahre lang Erfahrungen im Bereich des „Fürsorgehilfsdienst“ in der „Abteilung für Oligophrenie“ sammelte, führt in ihrem Artikel mit dem Titel „Funktion und Wirkung des medizinischen Modells auf geistig behinderte Menschen in psychiatrischer Anstaltpflege“ aus:

„Ich frage mich, ob beim medizinischen Modell nicht viel mehr eine Verdrehung von Ursache und Wirkung vorliegt. Sind die Verhaltensweisen der behinderten BewohnerInnen nicht vielmehr normale Reaktionen auf eine anormale Situation? Wie unverständlich auch manche Verhaltensweisen für den/die BeobachterIn sein mögen, ich bin überzeugt davon, sie haben ihre Bedeutung für den/die in der psychiatrischen Anstalt Lebenden“ (Chlebècek 1991: 22).

Das Verhältnis zwischen sozialem und medizinischem Modell wurde demnach schon Anfang der 1990er Jahre thematisiert. Kritik von ProfessionistInnen an internen Verhältnissen der Anstalt gedeihen und trafen schließlich auf ein politisiertes Umfeld.

8.8 Kuckucksnest und Klassenkampf

Im Jahr 1979 wurde im psychiatrischen Krankenhaus *Baumgartner Höhe*¹⁴⁰ im Pavillon 24 vom bereits erwähnten Verein *pro mente infirmis* (heute: *pro mente Wien*) das

¹³⁹ Das war ein ungeschriebenes Gesetz, das ich bislang nicht kannte, mir aber auch im Rahmen meiner Vorstandarbeit im Verein „Freiräume“ begegnete, als mir die Frage gestellt wurde, ob ich selbst „Betroffene“ sei.

¹⁴⁰ Ab dem Jahr 2000 „Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner-Spital“.

selbstverwaltete PatientInnencafé *KOMM 24* eingerichtet, in dem auch die Sammelbox für die Beiträge der Zeitschrift *Kuckucksnest* aushing. Markus Schallhas schreibt, dass ca. die Hälfte der AktivistInnen vom *KOMM 24* der autonomen Bewegung zugerechnet werden konnten (Schallhas 2008: 26). Diese Gruppe nannte sich *K.A.I.* – abgekürzt für Kritik, Aktion, Information. „Da war viel kritisches Potential da an Menschen und Ideen“ (Machold Interview 2013). Die Gruppe *K.A.I.* bestand aus StudentInnen, SozialarbeiterInnen, Zivildienern, PraktikantInnen, ArbeiterInnen und ehemaligen PatientInnen, die im Rahmen der Vereinsarbeit von *pro mente infirmis* in weitgehender Selbständigkeit und Eigenregie das PatientInnencafé *KOMM 24* betrieben, aber später auch PatientInnen beim Absetzen von Medikamenten, bei der Kritik und Ablehnung medizinischer Diagnosen etc. berieten. Parallel dazu wurde die Gruppe *Sozialistisches Patientenkollektiv (SPK)*¹⁴¹ zunehmend auch in Österreich aktiv. Die Selbstverwaltung des *KOMM 24* wurde schließlich aufgrund eines Konflikts zwischen *K.A.I.* und *pro mente infirmis* aufgehoben (vgl. Schallhas 2008: 26). Die Zeitschrift *Kuckucksnest* skizzierte diesen ideologischen Konflikt in einem ihrer Artikel, der im Folgenden geschildert werden soll, da er das Verhältnis von Antipsychiatrie und psychiatriekritischen Stimmen für Wien und die damit einhergehenden Konsequenzen widerspiegelt.

Der erste Jour Fixe von *pro mente infirmis*, bestehend aus Vereinsmitgliedern und PflegschaftshelferInnen,¹⁴² wurde offenbar derart durch Diskussionen der Gruppe *K.A.I.* gestört, dass zum nächsten Jour Fixe einige Wochen später kaum noch jemand erschienen war. Dafür stieß das neu gegründete *Sozialistische Patientenkollektiv* zum *KOMM 24* dazu.

„Das **SPK** (Sozialistisches Patientenkollektiv) ist eine Absplitterung der KPÖ¹⁴³, die mit Schlagworten und Parolen (die Krankheit als Waffe) zum aktiven Widerstandskampf gegen die Institution Psychiatrie auffordert (...). Sowohl *K.A.I.* als auch SPK haben sich in den letzten Wochen mächtig im Café 24 eingenistet und (...) ihren störenden Einfluss geltend gemacht. (Wenn man sich zur Besprechung von spezifischen Themen trifft, kann man nicht die Zeit verplempern, indem man mit Radikalen Grundsatzdiskussionen führt“ (Omar 1991: 9f., Herv. im Original).

¹⁴¹ Das Sozialistische Patientenkollektiv wurde 1970 in Heidelberg/Deutschland gegründet und galt als linksextreme Gruppierung. http://de.wikipedia.org/wiki/Sozialistisches_Patientenkollektiv (Zugriff: 30.03.2015).

¹⁴² Die Pflegschaftshilfe war eine Aktivität von „pro mente infirmis“, wo in Kursen freiwillige HelferInnen zu „PflegschaftshelferInnen“ ausgebildet wurden, die Betreuung – etwa Besuchsdienste von aus der Psychiatrie entlassenen Menschen – angeboten haben (Haslehner 1976: 7).

¹⁴³ Was jedoch im Hinblick auf deren Entstehungsgeschichte eher zu bezweifeln ist. Siehe dazu: FN 141.

Da die Redaktionssitzungen der Zeitschrift *Kuckucksnest* üblicherweise im *KOMM 24* abgehalten wurden, konnten die Redaktionsmitglieder an Ort und Stelle beobachten, dass bei *K.A.I.* offenbar ein ideologischer Wandel stattgefunden hat. „Heute verstehen sie [K.A.I., Anm. DA] sich als **antipsychiatrische Gruppe**; die für die **Abschaffung der Psychiatrie** eintritt. Dass man mit einer solchen Einstellung nicht im Zentrum der Institution existieren kann, müßte eigentlich jedem einleuchten“ (Omar 1991: 9f., Herv. im Original). Anlass für den Rauswurf von *K.A.I.* durch *pro mente infirmis* (die sich „der Anstaltsleitung verpflichtet“ sah) war schließlich eine „Medikamentenberatung“ durch *K.A.I.* und *SPK*, die die „Psychiatriegefangenen“ darin bestärken wollten, die „mörderischen Präparate ins Klo zu schmeißen.“ Daraufhin besetzen die beiden Gruppierungen das *KOMM 24*, was von einem Polizeieinsatz beendete wurde (vgl. Schallhas 2008: 26).

Robert Foltin schreibt, dass die autonome Bewegung in Wien Anfang der 1990er Jahre ihren Höhepunkt erreicht hatte. „In dieser Zeit bildeten die Autonomen den Kern verschiedener Bewegungen, die früher stärker von ‘braveren’ Gruppen dominiert wurden“ (Foltin o. J.). Die Aktionen waren dabei nicht gewalttätig, meist aber „Normen und Regeln überschreitend“ (ebd.). Im *KOMM 24* – und mitunter dort auch stellvertretend für die Wiener Bewegung psychiatrierfahrener Menschen – schien sich schließlich die Bewegung, die sich „der Anstaltsleitung verpflichtet fühlte“ gegenüber derer, die die „Psychiatriegefangenen“ befreien wollten, durchgesetzt zu haben. Vielleicht lässt sich dadurch auch erklären, warum die Zukunft der Bewegung mehr im *Trialog*, dem deliberativen Raum des Verstehen-Wollens und eben nicht in radikaler antipsychiatrischer Kritik lag.

8.9 Trialog – Freiräume – Kuckucksnest

1994 stellte Harald Hofer in der Zeitschrift *Kuckucksnest* das von Thomas Bock 1992 im Psychiatrie Verlag herausgegebene Buch *Stimmenreich – Mitteilung über den Wahnsinn* vor. Dieses Buch ist insofern von Relevanz, als dass in diesem erstmals der Begriff „Trialog“ Verwendung findet. Daher seien an dieser Stelle einige Passagen aus Bock’s Werk zitiert:

„In der Psychiatrie erfahren Psychosepatienten die Behandlung u.U. als momentane Erleichterung, leiden aber darunter, nur unter

Krankheitsaspekten wahrgenommen zu werden. Ein wirkliches Verstehen wird oft schon theoretisch kaum für möglich gehalten.“

„Auch Angehörige leiden unter Einsamkeit, trauen sich mit ihren Sorgen und Selbstzweifeln oft nicht an die Öffentlichkeit“.

„Eine etwas andere Art von Einsamkeit betrifft auch die Psychiatriemitarbeiter/innen: Das professionelle Wissen um Psychosen ist von Details geprägt. Es gibt einen Zuwachs an 'einsamen' Erkenntnissen“.

„Das heißt nichts anderes, als daß die Wissenschaftler die Einsamkeit ihres Elfenbeinturmes verlassen müssen, um im 'TRIALOG' mit Psychoerfahrenen und Angehörigen die Zusammenhänge einer Psychose besse [sic!] zu verstehen“ (Bock zit. in: Hofer 1994/2: 17, Herv. im Original).

Die „Hamburger Psychoseseminare“ – auch bekannt unter „Austausch über Psychose“ oder „Vom Dialog zum Trialog“ (Amering et al. 1998: 233) – waren für den Wiener *Trialog* das Vorbild. Angeregt durch die Ausführungen in Bocks Veröffentlichung wurde in einem Arbeitskreis der *HPE*-Angehörigentagung 1994 die Initiative des „Ersten Wiener Trialogs“ gegründet (vgl. Hofer 1995a/3+4: 11).

Am Titelblatt der damaligen Ausgabe der Zeitschrift *Kuckucksnest* wurde der Ausruf gedruckt: „Hilfe! Unsere Patientenzeitschrift Kuckucksnest stirbt, wenn sich nicht mehr Abonnenten, Sponsoren und Mitarbeiter(innen) finden“. Tatsächlich erschien zwischen 1996 und 1998 die Zeitschrift *Kuckucksnest* „aus personellen und finanziellen Gründen“ nur noch einmal (N.N.K. 2003: 3).

Der *Trialog* fand in der Zwischenzeit jedoch weiterhin vierzehntägig statt. Der Artikel „Trialog – Ein Erfahrungsbericht nach 2 Jahren 'Erster Wiener Trialog'“ von Michaela Amering, Harald Hofer und Ingrid Rath, wurde in der Publikation *Gemeindepsychiatrie in Österreich* veröffentlicht und reflektiert eindrücklich jeweils in „Tri-sprache“ die Erfahrungen von ProfessionistInnen, Angehörigen und psychiatrierfahrenen Menschen (vgl. Amering et al. 1998). „Einfach war es nicht“ (Hofer 1995b: 13), gesteht Hofer und berichtet an anderer Stelle:

„dass es zwar bei allen Beteiligten ein starkes Bedürfnis gab, auf der Basis von Gleichberechtigung die jeweils eigenen Erfahrungen mit den anderen zu teilen. Dabei traten aber Berührungsängste offen zu Tage, die ansonsten hinter festgefügten Rollen versteckt bleiben. Trotzdem ist es von Runde zu

Runde mehr gelungen, diese Ängste abzubauen und dabei zu erkennen, dass Rollen zu verlassen `uns auch frei macht“ (ebd.).

Das Beziehungsnetz um den Verein *Freiräume*¹⁴⁴ – erschlossen über den *Trialog* und dabei gleichzeitig auf der Suche nach der Geschichte, die in der Zeitschrift *Kuckucksnest* lag – war mein Forschungsfeld. Somit war es spannend für mich zu beobachten, dass sich die Geschichte von 1997, dem Jahr als der Verein *Freiräume* gegründet worden war, im Jahr 2011 wiederholte. Im Jahr 1999 lag die Gründung des Vereins bereits zwei Jahre zurück und es gab immer noch kein Vereinsbüro, keine Infrastruktur etc., aber eine Vielzahl an engagierten Menschen wie etwa Ingrid Machold,¹⁴⁵ die über das Medium der Zeitschrift *Kuckucksnest* auf den Verein *Freiräume* aufmerksam machte:

„Alles begann mit dem Trialog. In vielen Diskussionen seit dem Jahre 1994 wurde immer wieder der Handlungsbedarf im Umkreis der Psychiatrie laut: Welche Mißstände trotz Psychiatriereform immer noch herrschen, welche Veränderungen notwendig und wünschenswert wären. Manchmal entstand der Eindruck, daß man allerdings immer nur bei der Kritik stehenbleibt. Aber der Trialog war nun einmal ein Gesprächsforum und konnte kein Handlungsforum sein. Deshalb begannen sich einige Mitglieder des Trialogs auch außerhalb zu treffen und eine Vereinigung zu planen, in der die Interessen Psychiatriebetroffener verfolgt werden können. Die Namensfindung hat lange gedauert, und auch die Entscheidung, ob es ein Verein wird, hat lange gedauert. Der Verein ‘Freiräume’ hat nun folgende Zielsetzungen: [1.] Die Wahrnehmung, Vertretung und Durchsetzung der Interessen von Psychose- bzw. Psychiatrieerfahrenen. [2.] Die Unterstützung von Initiativen zur Schaffung bedürfnisgerechter Unterstützungsangebote entsprechend ihren eigenen Vorstellungen. [3.] Die Vernetzung von Einzelpersonen, Gruppen und Vereinigungen, die diese Anliegen teilen. Im ersten Punkt war uns auch ein Zusatz ganz wichtig: Das Vorgehen hat mit den Betroffenen gemeinsam zu erfolgen, und nicht wie in der üblichen Rollenverteilung von den HelferInnen für sie. Entsprechend ist der Vorstand paritätisch besetzt. Die Zusammenarbeit ist nicht immer leicht und es ist viel Achtsamkeit nötig, um nicht schnell wieder in verschiedenste Ungleichgewichte zu geraten. Aber: Es ist es wert!“ (N.N.K. 1999: 37).

Der Verein *Freiräume* wurde demnach gegründet, weil im *Trialog* der Wunsch nach einem Handlungsforum laut wurde. Handlungen bestanden etwa darin, Öffentlichkeit herzustellen und sichtbar zu werden, wie es 1999 beim „Symposium am Steinhof“¹⁴⁶ durch Workshops,

¹⁴⁴ Der Verein „Freiräume“ entstand aus dem Trialog. In der Funktion der stellvertretenden Schriftführerin konnte ich die teilnehmende Beobachtung für meine Arbeit vornehmen. Siehe dazu: Kapitel 9.6

¹⁴⁵ Als Vereinssitz tauchte die Adresse und damit erstmals der Name von Ingrid Machold auf.

¹⁴⁶ „Am Steinhof“ geht auf die ursprüngliche Bezeichnung „Niederösterreichische Landes- Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranken: Am Steinhof“ zurück, welches seit August 2000 den Namen

die von Menschen mit Psychiatrieerfahrung angeboten wurden, gelang. In diesen Workshops wurden Forderungen formuliert, die in eine Dokumentation gegossen und anschließend in der Zeitschrift *Kuckucksnest* veröffentlicht wurden. So lautete etwa eine der Forderungen, dass es auch aus Sicht der PatientInnen wünschenswert wäre, dass sowohl die Krise, als auch der daraus resultierende Krankenhausaufenthalt besprochen und aufgearbeitet wird. Dabei sollen dringend Peer-SpezialistInnen eingesetzt werden, die dafür auch eine finanzielle Entschädigung erhalten. Weiters wurde auch die Schließung einer „Gesetzeslücke“ gefordert: „Ein ganz **wichtiges Anliegen** ist den Psychiatrie-Erfahrenen, das die **soziale Selbstgefährdung** auch im **Gesetz** verankert wird!!! Speziell bei **ManikerInnen** kann es in Folge eines Krankheitsausbruchs zum **finanziellen Ruin** kommen!!!“ (N.N.K. 1999b: 10, Herv. im Original). Ob sich diese Gesetzeslücke auf das Unterbringungsgesetz, das Sachwalterrecht oder auf andere Regelungen bezieht, und wie man dieser Problematik anderweitig begegnen könnte, das geht aus der Dokumentation der Workshops leider nicht hervor. Dennoch weist dieses Statement wieder darauf hin, dass Menschen mit Psychiatrieerfahrung kompetente Beratung, Angebote und Sicherheit wünschen und psychiatrische Einmischung primär nicht als Normalisierungsmacht ablehnen.

Im Jahr 2003 stellten Ingrid Machold und Viktor Fritz den Betrieb der Zeitschrift *Kuckucksnest* vorübergehend ein und verabschiedeten sich mit den folgenden Worten:

„Die Zeitung ist immer und ausschließlich von Psychiatriebetroffenen gemacht, sprich hergestellt worden, und die `Blattlinie` – uns wurde in den letzten Jahren öfter eine zu große Sanftheit und zu wenig Kritik vorgeworfen – wurde auch von uns Psychiatriebetroffenen bestimmt. Wir haben uns nie als eine `anti-psychiatrische` Zeitschrift verstanden, vielmehr als `psychiatrie-kritisch` und `trialogisch`“ (Machold/Fritz 2003/4: 4f.).

Nach dieser Pause erschien zwischen 2005 und 2008 die Zeitschrift *Kuckucksnest* wieder in vierteljährlichen Abständen. In der Zwischenzeit war Harald Hofer verstorben, ebenso die Mitarbeiterin Sabina W. „Wie überhaupt viele Menschen, die für die Zeitung arbeiteten nicht mehr am Leben sind“ (Machold Interview 2013) und somit auch ein Stück Geschichte verloren gegangen ist. Dennoch verwehrten sich die HerausgeberInnen der Zeitschrift *Kuckucksnest* stets gegen Übernahmeangebote von sozialen und/oder psychiatrischen Hilfeeinrichtungen:

„Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner-Spital“ trägt.
<http://de.wikipedia.org/wiki/Otto-Wagner-Spital#Geschichte> (Zugriff: 31.03.2015).

„Zum Beispiel die *pro mente* hat auch versucht uns zu vereinnahmen, bevor der Christoph¹⁴⁷ angefangen hat die Zeitung [*Spring ins Feld*, Anm. DA] zu machen. Und da haben wir aber nein gesagt. Die wollten uns Räume zur Verfügung stellen, Struktur, wir haben aber geschlossen gesagt, das wollen wir nicht, weil die wollen dann Einfluss auf uns nehmen“ (Machold Interview 2013).

Ende 2008 traten Machold und Fritz schließlich auch als Vorstand des Vereins *PatientInneninitiative Kuckucksnest* ohne Nachfolge zurück, kündigten eine Denk- und Schaffenspause an und hofften, dass es ab 2010 wieder ein „neues Kuckucksnest“ geben würde (N.N.K. 2008: 2).

Dass es eine aktive Betroffenenbewegung in Wien gab, kann nach diesem Kapitel nicht mehr bezweifelt werden. Doch was tat sich in der Betroffenenbewegung nach 2008? Mit der Einstellung der Zeitschrift *Kuckucksnest* verschwand die öffentliche Plattform psychiatrierfahrener Menschen und mit ihr auch eine der ohnehin wenigen Materialien und Quellen für Forschung.

8.10 Spring ins Feld – Die neue Betroffenenzeitschrift

Im Jahr 2009 entstand in Wien etwas Neues. Die unabhängige Betroffenenzeitschrift *Spring ins Feld* wurde gegründet. Der Herausgeber Christoph Fally, Mitarbeiter im Selbsthilfebüro von *pro mente Wien* und selbst Psychiatriebetroffener, hatte zwei Jahre zuvor das Konzept einer KlientInnenzeitung erstellt. Die erste Ausgabe von *Spring ins Feld* erschien im Mai 2009. *Pro mente Wien* unterstützte die künftig viermal jährlich erscheinende Zeitschrift mit Infrastruktur und Druckkostenzuschuss. Inhaltlich blieb die Zeitschrift, die sich in kreativer Weise mit Themen rund um seelisches Wohlbefinden und psychische Gesundheit befasst, unabhängig. An der ersten Ausgabe, die bald danach eine Auflage von 600 Stück erreichte und etwa in psychiatrischen Abteilungen Wiener Krankenhäuser aufgelegt wurde, arbeiteten fünf RedakteurInnen mit (pro mente Austria 2010: 11).

In der siebten Ausgabe von *Spring ins Feld* veröffentlichte Fally gemeinsam mit Markus Schallhas einen Artikel, in dem sie die Notwendigkeit des Zusammendenkens von Psychiatrie und Gesellschaftskritik argumentierten. Psychiatrie sei nur noch in den Medien

¹⁴⁷ Christoph Fally wurde später Herausgeber der Zeitschrift „Spring ins Feld“, deren Unabhängigkeit er verteidigte. Dennoch war dies einer der Konflikte, die in der Phase der Feldforschung wirksam wurden.

präsent, wenn es etwa bei Fixierungen zu Todesfällen kommt. Proteste über die alltäglichen Zustände, über Arbeitsbedingungen oder zu viel Zwang fänden aber im Gegensatz zu den 1980er Jahren kaum noch statt. Die beiden Autoren vertreten jedoch die Ansicht, dass das Problemfeld Psychiatrie gerade deswegen so relevant sei, weil „kaum ein Feld legt das Funktionieren der Gesellschaft mit all seinen Konsequenzen dermaßen klar“ (Fally/Schallhas 2010: 10f.). Die Betroffenenzeitschrift *Spring ins Feld* rief immer wieder auch Betroffene zur Mitarbeit auf. In der inzwischen elften Ausgabe wurde über die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und was diese für Menschen mit Psychiatrieerfahrung bedeuten kann, berichtet. Anlass für diesen Artikel war eine Veranstaltung im Kloster *UND* bei Krems im Jänner 2012, an der die Autorin gemeinsam mit Fally und weiteren AktivistInnen teilgenommen hatten. „Natürlich sollten wir als Psychiatrieerfahrene die Entwicklung in diesem Bereich [der UN-Konvention, Anm. DA] aufmerksam beobachten, geht es doch um Fragen der Selbstbestimmung bei medizinischen Behandlungen, um Gewaltschutz und gleichberechtigten Zugang zu gesundheitsfördernden Einrichtungen“ (NN 2012: 19). Auf derselben hier zitierten Seite der Zeitschrift *Spring ins Feld* fand sich übrigens unter der Rubrik „News“ die Anzeige: „Freiräume für Menschen mit psychischen Problemen: Freiräumler wieder in Bewegung“, die ankündigte, dass im Verein *Freiräume* nach einer Ruhephase nun wieder einiges in Bewegung kommt (ebd.).

8.11 Fazit

Die Lektüre und Durchsicht der Jahrgänge der Zeitschrift *Kuckucksnest* ermöglichte ein Eintauchen in eine Geschichte der Psychiatriebewegung in Wien und zugleich in den Genuss von Kunst in Form von Gedichten, Geschichten und Bildern zu kommen. Obwohl dieses Medium kaum über finanzielle Mittel oder räumliche Strukturen verfügte, überlebte die Zeitschrift vorwiegend durch das Engagement von Menschen, denen die Verbesserung der Situation von Menschen mit Psychiatrieerfahrung ein Anliegen war/ist. Dabei war man immer auf der Hut vor Vereinnahmung oder Übernahmen und blieb kritikfähig vor allem hinsichtlich des medizinischen Modells von Krisenerleben. Von der ersten bis zur letzten Ausgaben war die Blattlinie der Zeitschrift, psychiatrie-kritisch und trialogisch – und eben

nicht antipsychiatrisch – orientiert. So klingen viele der hier zitierten Forderungen der Betroffenenbewegung auch nach einem **mehr an Sozialpsychiatrie**.¹⁴⁸

Interessant ist, dass die Betroffenenszene in jenen Phasen, in denen die Zeitschrift *Kuckucksnest* nicht erschienen war insbesondere durch das Gesprächsforum des *Triologs* weiter fortlebte. So ließ sich beobachten, dass der Verein *Freiräume* – zum Teil aus der *PatientInneninitiative Kuckucksnest* hervorgegangen – durch den *Triolog* immer wieder neue Mitglieder an sich binden konnte. So fragmentiert sich die Betroffenenszene auch präsentieren mag, so bündelte sie doch immer wieder Engagement.

Durch die Feldforschung im Rahmen dieser Arbeit wurde es mir ab Sommer 2011 möglich, die Geschichte der Betroffenenbewegung ein Stück weiterzuzählen. Nicht zuletzt auch von der Neugierde getrieben, ein bislang von der Politikwissenschaft wenig beachtetes bzw. kaum untersuchtes Feld zu betreten. Doch bevor in weiterer Folge die methodischen Überlegungen sowie die Feldphase näher behandelt werden, wird zunächst noch auf zwei aus dem medizinischen Bereich stammenden Studien eingegangen, die Freiheitsbeschränkungen aus der Sicht von psychiatrieraffenen Menschen zum Thema haben. Beide Studien wurden mir von Mitwirkenden – die eine von einer Psychiaterin und die zweite von einem Selbstvertreter – während meiner Feldforschung zugänglich gemacht, sodass ich die Gelegenheit hatte, die Ergebnisse der Studien mit AktivistInnen zu diskutieren und mit den Erkenntnissen meiner Arbeit noch während des Forschungsprozesses vergleichen konnte.

8.12 Freiheitsbeschränkungen aus der Sicht von psychiatrieraffenen Menschen

Die Studie „Impact of coercive measures on life stories: qualitative study“ von Ingrid Sibitz¹⁴⁹ et al. wurde im Jahr 2011 im *British Journal of Psychiatry* veröffentlicht und ist nahezu einmalig, da in dieser Menschen, die Zwangsmaßnahmen am eigenen Leib erlebt hatten, dazu befragt wurden. 15 Personen aus dem niederösterreichischen Raum, die zumindest eine unfreiwillige Unterbringung und eine weitergehende Beschränkung

¹⁴⁸ Die beiden zentralen Forderungen der Sozialpsychiatrie sind: Einbeziehung sozialer Faktoren in Theorie und Therapie der Psychiatrie sowie die Herstellung einer psychiatrischen Versorgung, welche für alle PatientInnen die gleichen Möglichkeiten bietet (Weiss in: betrifft: Sozialarbeit 1976: 5).

¹⁴⁹ Die Psychiaterin Ingrid Sibitz war bis zu ihrem viel zu frühen Tod im November 2014 Vorstandsmitglied im Verein „Freiräume“. In diesem Kontext durfte ich sie kennenlernen und sie machte mich auch auf diese Studie aufmerksam .

erfahren hatten, gaben Antworten hinsichtlich der Fragen: Wie integriert man psychiatrischen Zwang in die eigene Lebensgeschichte? Welche Vorschläge für Verbesserungen dieser Praktiken machen Menschen mit Psychiatrieerfahrung?

Die AutorInnen der Studie konnten über die Methode der Grounded Theory drei unterschiedliche Perspektiven auf unfreiwillige Unterbringung und Zwangsmaßnahmen identifizieren und bezeichnen diese als erforderliche Notbremse (a necessary emergency brake), als unnötige Überreaktion (an unnecessary overreaction) und als verbesserungswürdige Praxis (a practice in need of improvement). Eine interessante Erkenntnis dabei war, dass ein und dieselbe Person diese unterschiedlichen Perspektiven zu verschiedenen Zeiten oder auf unterschiedliche Aspekte bezogen einnehmen konnte. So lautete etwa eine Aussage aus den qualitativen Interviews, die den Aspekt der erforderliche Notbremse beschreiben: „it was the only possibility to bring me back to normalty“ (Sibitz et al. 2011: 240). Eine unnötige Überreaktion für psychiatrierfahrene Menschen bestand hingegen darin, dass die Unterbringung an sich akzeptiert wurde, unter Zwang Medikamente einzunehmen allerdings nicht. Stattdessen hätten sich die befragten Betroffenen einen ruhigen Ort gewünscht, an dem man mit jemanden hätte sprechen können. „Threats of force were considered unhelpful by everybody“ (ebd.: 241). Die meisten StudienteilnehmerInnen beklagten sich vor allem über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, um Krisensituationen zu begegnen. Stattdessen würden sie es bevorzugen, an einem ruhigen und sicheren Ort über die weitere Vorgehensweise informiert zu werden.

Die Frage, wie Menschen psychiatrischen Zwang in ihre Lebensgeschichte integrieren ist gerade auch im Zusammenhang damit, wie sich beschränkte Freiheit auswirkt bedeutsam. Hierzu identifizierten die AutorInnen drei Formen der Bewältigung. Eine Strategie ist, nicht mehr daran zu denken bzw. erinnert zu werden (over, not to be recalled). Da die befragten Betroffenen jedoch einer Teilnahme an der Studie zugestimmt hatten, zeigten nur wenige diese Reaktion.

Die meisten Befragten wählten hingegen die zweite Strategie, nämlich in der Unterbringung bzw. der Zwangsbehandlung eine lebensverändernde Erfahrung (a life-changing experience) zu sehen. Eine Erfahrung, die sich negativ auf ihr Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein auswirkte, weshalb manche nach ihrer Entlassung psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nahmen, um diese Erfahrungen zu bearbeiten.

Wohingegen andere StudienteilnehmerInnen ihre Erfahrungen mit niemand teilten, weil sie glaubten, andere Menschen wollten von den Erinnerungen nichts hören. Die Erfahrung von Zwangsmaßnahmen wirkte sich stark auf das Beziehungs- und Gemeinschaftsleben aus, insofern nämlich, dass die befragten Betroffenen das Gefühl hatten, danach unter ständiger Beobachtung zu stehen, gleichsam ein „Leben auf Bewährung“ („life on probation“) zu führen. Die Erfahrung von Zwangsmaßnahmen führte generell auch zu einem Misstrauen gegenüber der medizinischen Profession. Für manche ergaben sich nach der Entlassung auch ernste rechtliche Konsequenzen, wie der Entzug oder die Befristung von Lenkerberechtigungen, deren Wiedererlangung mit hohen Kosten für Gutachten verbunden ist. Dem vorherrschenden Verständnis, dass einer kurzen Periode von Zwang in Abwägung zu Gunsten der Wiedererlangung von Autonomie der Vorzug zu geben ist, widersprachen die ExpertInnen in eigener Sache mit der Begründung, dass Zwangsmaßnahmen den Genesungssprozess sogar verlangsamen. Auf der anderen Seite ließ sich aber auch der positive Aspekt feststellen, dass jene lebensverändernde Erfahrung bei manchen Befragten dazu beigetragen hätte, die eigene aktuell stabile Phase eher genießen zu können und gleichzeitig auch das Verständnis und die Empathie für andere verletzbare Gruppen gewachsen sei.

Aus politikwissenschaftlicher Sicht besonders spannend ist die dritte identifizierte Strategie zur Integration von psychiatrischem Zwang in die eigene Lebensgeschichte, nämlich Motivation für politisches Engagement (motivation for political engagement) zu erlangen. „The experience of being coerced and experiencing the psychiatric system as poor provides an impetus to become involved in seeking reform of the system“ (Sibitz et al. 2011: 242) und zwar: „not to seek revenge but to draw attention to this issue and in the light of the future for many other psychiatric users“ (ebd.). Als Beispiel für politisches Engagement wurde die Teilnahme an Schulungen für die Exekutive oder der peer-to-peer Austausch mit anderen psychiatrierefahrenen Menschen genannt. Die AutorInnen kommen aufgrund der vorwiegend negativen Erfahrungen der psychiatrierefahrenen Menschen und der breiten Palette an Auswirkungen auf das Leben nach der Entlassung zu dem Schluss, dass Zwangsmaßnahmen nur in absoluten Akutsituationen eingesetzt werden sollten und die Mittel durchaus verbesserungswürdig sind. Was die Studie letztlich aufzuzeigen vermag ist: „The integration of the views of service users is crucial to make essential improvements“ (ebd.: 243).

Eine thematisch ähnlich angelegte Studie von Beatrice Frajo-Apor et al. wurde ebenso im Jahr 2011 in der Fachzeitschrift *Psychiatrische Praxis* veröffentlicht. In dieser Studie wurden 14 Leitfadeninterviews mit in Tirol und Vorarlberg lebenden psychiatrischen PatientInnen über deren Erfahrungen mit mechanischer Fixierung geführt. „Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren“ ist der Titel der Studie und nimmt die wesentlichen Ergebnisse somit nahezu vorweg. Die problemzentrierten und teilstrukturierten Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die Fragen der Untersuchung waren, wie mechanische Fixierung erlebt wurde, wie man sie hätte vermeiden können und welche Empfehlungen es seitens der PatientInnen an die Psychiatrie gibt. Vier der 14 befragten Betroffenen waren bis kurz vor dem Interview noch PatientInnen an der *Universitätsklinik für Allgemeine Psychiatrie und Sozialpsychiatrie* in Innsbruck gewesen. Die anderen StudienteilnehmerInnen wurden über den Verein *Omnibus*¹⁵⁰ in Vorarlberg, eine Selbsthilfegruppe für psychiatrieerfahrene Menschen, akquiriert.

Auf die Frage nach den Gründen für die Fixierung wurde in den meisten Fällen selbstgefährdendes Verhalten bzw. Suizidgedanken und „Fluchtversuche“ genannt. Als Mittel der Gefahrenabwehr wurde kritisch festgestellt, dass sich ein Patient trotz Fünf-Punkt-Fixierung selbst in Brand setzen konnte – was an den Anlassfall des Wiener Untersuchungsausschusses erinnert.¹⁵¹ Fünf der 14 befragten StudienteilnehmerInnen berichteten hingegen, dass ihnen der Grund für die Fixierung nicht bekannt war (Frajo-Apor et al. 2011: 2).

Die mechanische Fixierung wurde von vielen als erniedrigend, fast unmenschlich empfunden. In einem Interview kam zum Ausdruck, dass sie auch als willkürliche Machtausübung des Personals erlebt wurde. Zudem wurde von fünf Betroffenen beschrieben, dass es eine zusätzliche Belastung war, während der Fixierung allein gelassen worden zu sein, und dass in einem Fall auch die Klingel nicht erreichbar gewesen wäre. Von den StudienteilnehmerInnen hat lediglich eine Betroffene die mechanische Fixierung als positiv erlebt, einer/eine hat erzählt, dass er/sie sich „freiwillig [habe] anschnallen lassen“ (ebd.: 3) und in einem Fall wurde die Fixierung als Schutz vor sich selbst empfunden.

¹⁵⁰ Auf Empfehlung von Christoph Fally kontaktierte ich Stefan Hagleitner vom Verein „Omnibus“, der mir auch den Zugang zu dieser Studie ermöglichte. An dieser Stelle sei beiden gedankt.

¹⁵¹ Siehe dazu: Kapitel 7.1

Die wesentlichste Empfehlung für die Psychiatrie, die aus den Ergebnissen der Studie abgeleitet wurde, ist: „Alle Patienten hätten sich gewünscht, dass ihnen das Vorgehen erklärt worden wäre“ (ebd.). Die an die Psychiatrie gerichtete Kritik lautete: „Elf Patienten [von 14, Anm. DA] berichteten, dass niemand vom Personal mit ihnen im Nachhinein über die Fixierung gesprochen habe“ (ebd.). Das Schweigen darüber bzw. die fehlende Nachbearbeitung kann als Ausdruck der grundsätzlichen Tabuisierung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in der Psychiatrie gedeutet werden, was sich nicht zuletzt auch anhand der nahezu nicht vorhandenen Forschung dazu zeigt (vgl. Meise et al. 2011). Gewaltanwendung gegenüber Menschen steht im Widerspruch zu ethischen Grundhaltungen und kratzt am Selbstbild helfender Berufe. Die Ablehnung oder Abspaltung von Gewaltanteilen innerhalb der Psychiatrie begünstigt eine Tabuisierung, was zur Folge hat, dass sie schwerer kontrollierbar wird. Deshalb braucht es gerade in diesem Bereich „kritische Solidarität und öffentliche Kontrolle“ (ebd.: 3). Ullrich Meise et al. beziehen sich in ihrem Artikel „Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie – ein Tabu?“ auch auf die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und schreiben, dass ein Diskurs zwischen allen Beteiligten ein Schutz vor unreflektierter „Gewaltroutine“ gegen „psychisch kranke“ Menschen sein kann, und dass dadurch auch das Image der Psychiatrie in der Öffentlichkeit verbessert werden könnte (vgl. Meise et al. 2011: 6). Damit heben die AutorInnen einen weit wichtigeren Aspekt hervor als lediglich eine ausschließlich „positive Berichterstattung“, um das Image der Psychiatrie in Österreich anzuheben, wie dies noch im Wiener Untersuchungsausschuss empfohlen wurde (vgl. Untersuchungskommission des Gemeinderates der Stadt Wien 2009: 41f.).

Die beiden hier vorgestellten Studien haben explizit sozialpsychiatrischen Charakter was bedeutet, dass sozialen Faktoren ein großer Wert beigemessen wird. Beide Arbeiten wurden in medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht und sprechen klare Empfehlungen für einen verbesserten Umgang mit Freiheitsbeschränkungen in der psychiatrischen Praxis aus. Viele der genannten Strategien, Kritikpunkte und Wünsche von psychiatrierfahrenen Menschen tauchten auch in dem von mir untersuchten Feld – dem Verein *Freiräume* und dem *Trialog* in Wien – auf. Der Schwerpunkt dieser politikwissenschaftlichen Untersuchung ist jedoch, diskursive Macht und argumentative Strategien zu identifizieren und dies mit einer theoretisch/praktischen Schwerpunktlegung im Bereich der kritischen Behinderungsforschung.

9 INTERPRETATIVE FELDFORSCHUNG

Der Begriff „Methode“ setzt sich aus den griechischen Wörtern meta, hodos und logos zusammen und bedeutet nach Mary Hawkesworth ein gemeinsamer Weg, oder auch die Art und Weise betreffend, wie eine Gruppe ihr Wissen legitimiert (vgl. Hawkesworth 2006: 28). Das Kapitel zur interpretativen Feldforschung beschäftigt sich im Folgenden mit dem *womit* und *wie* die Forschungsfrage beantwortet wurde. Das *womit* bezieht sich auf das Material, das durch das *wie* – also durch die Forschungsmethode – gewonnen wurde. Der Untersuchung liegt die Annahme zugrunde, dass die soziale Welt mannigfaltig ist, dass deren Interpretation durch die eigene Erfahrung mit dieser Realität geformt ist, und dass diese Erfahrungen im Kontext intersubjektiver Sinn-Herstellung gemacht werden (Yanow 2006: 23). Unter dem Begriff „Forschungsfeld“ wird „eine Gesamtheit gleichzeitig bestehender Tatsachen, die als gegenseitig voneinander abhängig begriffen werden“ (Lewin 1963 zit. in: Lamnek 2005: 584) verstanden, wobei „das Verhalten aus einer Gesamtheit der zugleich gegebenen Tatsachen interpretiert wird“ (ebd.). Das Forschungsfeld ist somit „der räumliche und/oder soziale Bereich, in dem beobachtet werden soll“ (Friedrichs/Lüdtke 1973 zit. in: ebd.).

9.1 Verstehen verstehen

Die Forschungsfrage nach der Struktur des Wegsperrens sogenannter psychisch kranker Menschen und dem mit dem Paradigmenwechsel der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung verknüpften Policy-Wandel, erschien zu Beginn der Arbeit eher als ein „Puzzle“ oder eine „Spannung“ (vgl. Yanow 2000: 8). Die der Forscherin eigene Perspektive – durch frühere Erfahrungen oder Wissen erworben – bestimmte den Ausgangspunkt der Beschäftigung mit dem Thema. Dies ist eine Perspektive, die interpretative AutorInnen wie Dvora Yanow von Immanuel Kant übernommen haben (Yanow 2006: 9). Verstehen meint in diesem Zusammenhang ein proaktives, zielgerichtetes Bemühen, „from within“ zu verstehen. Dies bedeutet, mehr als lediglich die Bedeutung zu verstehen, die ein Phänomen für jemand anderen hat, sondern auch welche Bedeutung es für einen selbst hat – „but also to one's own“ (ebd.: 11).

Wie ist es möglich, jemand anderen zu verstehen? „Das Verstehen ist der zentrale Begriff der Hermeneutik. Damit meint man das Erfassen von etwas als etwas Menschlichem und

von dessen Bedeutung“ (Lamnek 2005: 77). Siegfried Lamnek erklärt weiter, dass bei der Forschung sozusagen eine „zweite Sozialisation“ erfolgt. Dies kann geschehen, indem man „möglichst naiv, ohne Hintergedanken in mehr oder minder großem Umfang an Aktivitäten teilnimmt, dabei auch Fehler macht (...) [und so] wird der untersuchte Bereich als wirkliche Welt und nicht als konstruierte soziologische Welt erlebt“ (ebd.: 87). Wenn die Vorannahmen, Vorurteile und das Vorwissen der Forscherin das Verstehen wesentlich mit beeinflussen, dann ist es entscheidend, dabei nicht die Herausforderungen und Schwierigkeiten auszuklammern. Die durchlebte „zweite Sozialisation“ im Rahmen des Forschungsprozesses war zwar durchaus gewünscht, löste jedoch zugleich auch Unsicherheiten aus und bisweilen das Gefühl, die Kontrolle über den Forschungsprozess zu verlieren. Den Wert dessen anzuerkennen und ihn nicht zu verleugnen, dazu raten auch Peregrine Schwartz-Shea und Dvora Yanow, wenn sie schreiben, dass Verunsicherung letztlich ein wesentlicher Grund ist, um überhaupt Forschung zu betreiben (Schwartz-Shea/Yanow 2012: 71).

Christian von Wolffersdorf-Ehlert unterstreicht ebenfalls die Notwendigkeit, bestehende Widerstände gegenüber dem Untersuchungsbereich ernst zu nehmen, anstatt sie als vermeintliche Störfaktoren auszuklammern und bezieht sich hierbei auf die Zugangsprobleme bei der Erforschung von Randgruppen. Wolffersdorf-Ehlert plädiert dafür, diese Schwierigkeiten auf ihren strukturellen und persönlichen Bedeutungsgehalt hin zu überprüfen und hält die Chance für Lernprozesse hoch, die sich in der Forschungsarbeit oft erst auf den zweiten Blick erschließen. Die Zugangsprobleme und Herausforderungen im Feld zeigen sich laut Wolffersdorf-Ehlert in Form von Übertragungsmechanismen¹⁵² und Angst (Wolffersdorf-Ehlert 1991: 388ff.). Übertragungsmechanismen werden durch Abwehrmechanismen¹⁵³ beeinflusst. Für die Forschung wird diese Dynamik relevant, wenn Daten/Erkenntnisse Ängste hervorrufen, „die durch eine von der Gegenübertragung inspirierte Pseudomethodologie abgewehrt werden“ (Devereux 1973: 18). Da die interpretative Forschung stets mit Menschen zu tun hat, ist es wichtig sich folgendes zu vergegenwärtigen:

¹⁵² „Unter dem Begriff 'Übertragung' wird psychoanalytisch/psychologisch verstanden, dass vom Patienten unbewusst positive oder negative Wünsche auf den Therapeuten 'übertragen' werden (Pschyrembel 2007: 1982f.).

¹⁵³ „Ein Abwehrmechanismus ist eine im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung gelernte Methode zum Schutz vor Impulsen, Gefühlen und Erfahrungen, die mit dem Bild von der Welt und mit sich nicht übereinstimmen. Der Abwehrmechanismus richtet sich gegen unbewusste Konflikte, Phantasien und Ängste und bleibt meist unbewusst“ (Pschyrembel 2007: 10).

“the data of such studies are not the people themselves, or the events or conversations and settings and acts, or even the documents, but rather *the researcher’s view of these*, as encapsulated in her notes. Data, in this approach are not things given, but things observed and made sense of, interpreted” (Yanow/Schwartz-Shea 2006: XIX, Herv. DA).

Daher rät Georges Devereux auch, dass Forschende aufgeben sollen, ausschließlich ihre Manipulation am Objekt zu betonen und stattdessen – bis hin zu ausschließlich – versuchen sollen, sich selbst qua BeobachterIn zu verstehen (Devereux 1973: 19f.).

Die Arbeit mit Randgruppen war mir bereits zu Beginn meines Forschungsvorhabens aufgrund meiner sozialarbeiterischen Tätigkeit mit obdachlosen Menschen bekannt. Dennoch – und das hängt mit dem Verständnis der jeweiligen Rolle und den damit einhergehenden Rollenkonflikten zusammen – tauchten mit dem Forschungsinteresse, Menschen mit Psychiatrieerfahrung zu ihren Erfahrungen mit Freiheitsbeschränkungen zu befragen, Hemmungen meinerseits auf. Die Angst, jemanden zu retraumatisieren brachte den Prozess zeitweise zum Erliegen. Doch viel wichtiger wäre es gewesen, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, weshalb man sich in ein solches Feld begibt. Der Erkenntnisgewinn, den die kritische Behinderungsforschung hinsichtlich einer Analyse der Mehrheitsgesellschaft bieten kann, wurde bereits an anderer Stelle eingehend diskutiert.¹⁵⁴ Neben einer Solidarisierung mit und einem Argumentieren für die Ermächtigung von Menschen mit Behinderungen ist es auch nicht ganz ausgeschlossen, dazu zu neigen – um es mit den Worten Christopher Laschs zu sagen –, die „Erfahrungen von Geächteten und Opfern für das eigene Faible, Gesellschaftskritik zu betreiben auszunützen“ (Lasch 1986 zit. in: Kreisky 2000: 43) und sie damit gleichermaßen zu instrumentalisieren. Dieser Gefährdung durch Narzissmus kann eine interpretative Policy-Analyse gegenwirken, gerade weil sie akzentuiert, wie ForscherInnen ihr Selbst durch Interpretation ins Spiel bringen. Hierzu konstatiert Yanow vier interpretative Momente, die mir auch im Rahmen meines Forschungsprozesses begegneten:

Im ersten Moment begibt sich die Forscherin in eine „als ob“-Rolle, als ob sie in den bildlichen Schuhen des/der anderen stecken würde und beobachtet gleichzeitig ihr eigenes Fremdsein. Das ermöglicht es zu verstehen, was für andere, aber nicht für sie selbst „common sense“ ist. Dieses noch provisorische Sinn-Machen erfährt durch Konversation immer neue Veränderungen (Yanow 2006: 20). Ex post hat man dazu gelernt, in der

¹⁵⁴ Siehe dazu: Kapitel 3.1

Situation zuvor fühlt man sich mitunter noch unsicher oder naiv. Der zweite interpretative Moment besteht darin, das im Feld gesammelte Material zu analysieren. Als Beispiele sind hier die E-Mailkorrespondenzen, durch die ich mir Zugang zum Feld verschaffte, oder auch die (Gedächtnis)-Protokolle der Treffen mit den Personen vom Verein *Freiräume* und dem *Trialog* zu nennen. Gleichzeitig verstehe ich damit auch die Analyse des Materials, das nicht direkt aus dem Feld bezogen wurde, wie etwa die Analyse und Beschäftigung mit der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und dem Politikprozess, die parallel zur Feldforschung abgelaufen sind und sich so wechselseitig beeinflusst haben. Den Prozess des Verstehens dieser Materialien nennt Yanow – laut Schütz, Geertz und Giddens – „interpretations of interpretations“ oder auch „double hermeneutic“ (Yanow 2006: 20). Als dritter interpretativer Moment folgt die Niederschrift, wobei „writing itself has increasingly come to be seen as a way of world making“ (ebd.). Der vierte interpretative Moment besteht darin, die Niederschrift – gewissermaßen das Forschungsergebnis – von den in die Forschung involvierten Menschen lesen und kommentieren zu lassen, um die Glaubwürdigkeit zu erhöhen (ebd.: 21), oder weitere relevante Erkenntnisse aus dem Dialog ziehen zu können. Lamnek nennt diesen Vorgang „kommunikative Validierung“ (Lamnek 2005: 147). All diese Momente passierten auch während meines Forschungsprozesses und werden in der Darstellung desselben nochmals aufgegriffen. Interpretation als Methode verlangt, dass die Forschung als „sustained empathic inquiry“ durchgeführt wird (Atwood/Stolorow 1984 zit. in: Yanow 2006: 22).

9.2 Netzbett konkret – Ein Forschungserlebnis

Am 24. Juli 2012 führte ich ein Interview mit der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester, Pflegesachverständigen und Gutachterin Brigitte Scharb.¹⁵⁵ / ¹⁵⁶ Ich hatte sie im Rahmen meiner Tätigkeit als Bewohnervertreterin kennengelernt und war von ihrer Überzeugungskraft für die Anliegen alter, dementer Menschen beeindruckt, so dass ich sie um ein Interview bat, in dem sie mir von ihren Erfahrungen mit Freiheitsbeschränkungen im Rahmen der Pflege erzählte. Scharb als Interviewpartnerin zu gewinnen war für diese Arbeit insofern von Interesse, weil sie ein soziales Modell für den Umgang mit dementen Menschen im Pflegekontext propagierte. Die Frage des sozialen

¹⁵⁵ Das Interview wurde mit ihrem Einverständnis mittels Audiogerät aufgezeichnet und anschließend von mir transkribiert.

¹⁵⁶ Brigitte Scharb verstarb im November 2012. <http://www.geriatriepflege.at/> (Zugriff: 24.06.2015).

Modells hat mich zu jenem Zeitpunkt aufgrund der Auseinandersetzung mit den Disability Studies zunehmend zu interessieren begonnen. Im Interview erzählte Scharb, dass sie als junge Krankenschwester mit Gewalt an alten Menschen konfrontiert wurde. Erst Jahre später hatte sie diese Gewalt als strukturelle bzw. kulturelle Gewalt erkannt und mit dem vorherrschenden Rollenbild – als Krankenschwester alte Menschen beschützen zu müssen – in Verbindung gebracht. Es war – sie sprach von den 1970er Jahren – gängige Praxis, Menschen in Netzbetten einzusperren oder durch Medikamente ruhig zu stellen. Scharb sprach von ihrer Scham als Profi im Nachhinein, an diesen Praktiken beteiligt gewesen zu sein und sie damals als normal erlebt zu haben:

„Ja, für mich war auch das Netzbett das Mittel der Wahl. Ich bin erst viel später draufgekommen. Wie ich mich überhaupt mit dem alten Menschen und seinen Emotionen auseinandergesetzt habe, da ist mir bewusst geworden, was das eigentlich für ein Wahnsinn ist. Ja, wenn es wo als politische Folter eingesetzt wird ist Amnesty da, aber die Alten, die haben keine Lobby“ (Scharb Interview 2012).

Aus diesem veränderten Bewusstsein heraus erwuchs schließlich der Anspruch, etwas an der Situation älterer Menschen in Pflegeheimen zu verändern. Scharb begann sich fortzubilden, entwickelte das Konzept der speziellen validierenden Pflege und wurde Pflegesachverständige und Gutachterin. Ein besonderes Anliegen war für Scharb die Sprache, die im institutionellen Kontext – auch heute noch¹⁵⁷ – üblich ist zu reflektieren, um deren wirklichkeitserschaffende Macht fassbar zu machen. Dabei ging sie etwa der Frage nach: Was bedeutet es eigentlich zu sagen, ein alter Mensch sei „stationsflüchtig“, „unkooperativ“ oder „aggressiv“?

Scharb war der Ansicht, dass Freiheitsbeschränkungen ein Ausdruck und eine Folge von strukturellen Mängeln sind, die jedoch genau diejenigen treffen, die nahezu keine Handlungsmacht mehr besitzen. Wobei nicht „nur“ Personalressourcen, sondern auch das Menschenbild bzw. die Haltung gegenüber pflegebedürftigen Menschen einen Einfluss auf den Einsatz von Freiheitsbeschränkungen hat.

„Wenn jetzt jemand schreit, der schreit immer, da muss man was tun. Sie [die Pflegekräfte, Anm. DA] sehen das Problem des Schreiens. Das Schreien ist aber nur ein Symptom von einer Ursache. Also irgend etwas bringt den Menschen zum Schreien. Und statt dass man versucht die

¹⁵⁷ Dies bestätigt auch meine Praxis als Bewohnervertreterin, etwa beim Lesen von Pflegeberichten oder durch Gespräche mit dem Pflegepersonal.

Ursache herauszufinden, bekämpft man das Symptom“ (Scharb Interview 2012).

Nach dem Interview, das in einem Pavillon am Gelände des *Geriatriezentrums Am Wienerwald* in Wien-Lainz¹⁵⁸ stattgefunden hatte – weil dort auch die Büroräumlichkeiten der Bewohnervertretung liegen – fuhr ich ins *Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner-Spital* und sah dort zum ersten mal einen Patienten im Netzbett liegen. Dazu kam es, weil ich von einem Kollegen der Arbeitsgruppe „Gesellschaftspolitik und Menschenrechte“¹⁵⁹, in der ich zu jener Zeit mitgearbeitet hatte, angerufen und informiert wurde, dass ein Kollege, Lukas*¹⁶⁰ im Psychiatrischen Krankenhaus ist und gebeten wurde, ihn dort zu besuchen. Durch meinen Dienstausweis vom *VertretungsNetz* war es mir möglich, das Krankenzimmer kurz zu betreten. Das war im Sommer 2012. Ein Jahr zuvor hatte mein Forschungsaufenthalt im Verein *Freiräume* und dem *Trialog* begonnen.

Dieses Erlebnis hinterließ bei mir insofern tiefen Eindruck, weil innerhalb eines Nachmittags die Verbindung zwischen Freiheitsbeschränkungen an alten Menschen in Pflegeheimen und einem jungen Menschen im Psychiatrischen Krankenhaus hergestellt wurde. Zudem präsentierte sich mir das kurz zuvor von meiner Interviewpartnerin als Folter bezeichnete Netzbett hinter sonst verschlossenen Türen. Auch wenn die Situation an sich nicht den Eindruck von Folter oder Bedrohlichkeit weckte – der Patient und Kollege schließt – so war es für mich doch erschreckend, das symbolträchtige Netzbett real vor Augen zu haben.

Zudem vermag dieses Erlebnis auch aufzuzeigen, wie sich meine Rollen vermischt haben. Den KollegInnen der Arbeitsgruppe „Gesellschaftspolitik und Menschenrechte“ war durchaus bewusst, dass ich als Bewohnervertreterin bei jenem Dienstgeber angestellt bin, der auch die PatientInnenanwälte in der Psychiatrie beschäftigt und dies mag auch ein Grund gewesen sein, warum ich gebeten wurde, unseren Kollegen im Krankenhaus zu besuchen. Auf der anderen Seite reichte mein Dienstausweis beim Pflegepersonal bereits aus, um mich ohne Probleme passieren zu lassen. Dieses Erlebnis war einer der intimsten Momente des Forschungsprozesses und sollte an dieser Stelle trotzdem oder gerade

¹⁵⁸ Das „Krankenhaus Lainz“ wurde in „Krankenhaus Hietzing“, die angeschlossenen Pflegestationen in „Geriatriezentrum Am Wienerwald“ umbenannt, nachdem vier Pflegekräfte zwischen 1983 und 1989 zahlreiche alte, pflegebedürftige Menschen ermordet hatten und der Fall schließlich um die ganze Welt ging. https://de.wikipedia.org/wiki/Todesengel_von_Lainz (Zugriff: 24.06.2015).

¹⁵⁹ Dies war eine Arbeitsgruppe des Vereins „Freiräume“, die sich mit Menschenrechten in der Psychiatrie befasst hatte und zwischen fünf und acht Mitglieder zählte.

¹⁶⁰ Der Name wurde geändert.

deswegen nicht verschwiegen werden, weil es auf das weitere Vorgehen im Feld wesentlichen Einfluss hatte.

Der Sprung vom Gelände des *Geriatriezentrums Am Wienerwald* in Wien-Lainz nach einem Interview über die Bedeutung von Freiheitsbeschränkungen an alten Menschen in Heimen, direkt in die psychiatrische Abteilung des *Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe, Otto Wagner-Spital*, um dort einen untergebrachten Kollegen aus dem Verein *Freiräume* zu besuchen und dabei das Symbol „Netzbett“ konkret zu erleben, dies soll kein Ausdruck von Beliebigkeit sein, sondern stellt mit Dvora Yanow viel mehr das „zentrale Charakteristikum“ von interpretativer Forschung durch ein „flexibles Design“ dar (Schwartz-Shea/Yanow 2012: 73).

Das methodische Setting wurde schließlich an die „Besonderheiten des untersuchten Gegenstandsbereichs, an die Eigenheiten des Forschungsfeldes und an die jeweiligen Bedürfnisse“ der Menschen angepasst (Lamnek 2005: 92). Paul Feyerabends methodischem Pluralismus (vgl. Feyerabend 1977) folgend, wurden auch in diesem Forschungsprozess verschiedene qualitative Methoden angewandt. Neben offenen und teilstrukturierten Interviews zur Exploration im Zuge und zum Zwecke des Feldzugangs, lag der Schwerpunkt der interpretativen Feldforschung vor allem auf der Methode der teilnehmenden Beobachtung.

9.3 Explorative Interviews

Vom ursprünglichen Forschungsdesign, Menschen mit Psychiatrieerfahrung für Interviews zu gewinnen, musste im Sinn eines flexiblen Designs abgerückt werden. Stattdessen wurden insgesamt sechs Interviews mit explorativem Charakter durchgeführt.¹⁶¹ Das Interview mit Frau Götzinger sollte die Frage beantworten, ob es innerhalb der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung – der „Szene“ von BehindertenaktivistInnen in Wien – Menschen oder Einrichtungen gibt, die die Interessen von Menschen mit Psychiatrieerfahrung vertreten. Die Gespräche mit Herrn Ladinser und Herrn Mitterreiter erhellt die Perspektive von Angehörigen und kritischen ProfessionistInnen, während das Interview mit Frau Scharb die Bedeutung des sozialen Modells für die Kritik freiheitsbeschränkender Praktiken hervorhob.

¹⁶¹ Siehe dazu ausführlich das Interviewverzeichnis im Anhang.

Während der Feldphase konnte ich zudem noch Marianne Schulze, Menschenrechtsexpertin und Vorsitzende des *Unabhängigen Monitoringausschusses zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* für ein Interview gewinnen. Mein Anliegen an sie war, die Bedeutung der UN-BRK für Menschen mit Psychiatrieerfahrung darzustellen und aus ihrer Sicht die möglichen Auswirkungen der Ratifizierung der UN-BRK und der Implementierung des Zusatzprotokolls zur UN-Antifolterkonvention auszuloten.

Nach dem Feldaustritt führte ich noch ein Interview mit Frau Machold, da in dieser Arbeitsphase, nämlich der historischen Bearbeitung der Betroffenenbewegung, ihre Expertise von besonderem Interesse war.

Diese sechs Interviews dauerten jeweils ca. eine Stunde, wurden mittels Audiogerät aufgezeichnet, anschließend von mir transkribiert und fließen mit dem jeweiligen Einverständnis der Interviewpartnerin/des Interviewpartners in diese Arbeit mit ein.

9.4 Die Vorbereitung auf das Feld – Recherchen

Dem Feldeintritt ging ab Mitte Mai 2011 zunächst noch eine Recherche zu Interessensorganisationen von psychiatrierfahrenen Menschen in Wien voraus. Die örtliche Eingrenzung „in Wien“ wurde unternommen, da als Forschungsmethode Interviews und teilnehmende Beobachtungen geplant waren und ein vor Ort sein verlangten, sodass eine lokale Erreichbarkeit gegeben sein musste. In der Phase der Recherche wurde evident, dass es in Wien einige Selbstvertretungen von Menschen mit Psychiatrieerfahrung gibt, die sich in zu Anbieterorganisationen gehörige sozialpsychiatrische Dienste – wie etwa *pro mente Wien*¹⁶² oder *Verein LOK – Leben ohne Krankenhaus*¹⁶³ – und in unabhängige Initiativen unterscheiden lassen. Die Entscheidung, mich auf eine unabhängige Initiative zu konzentrieren, erfolgte vor allem in Anlehnung an die Disability Studies und ihren Leitgedanken, dass es einen Unterschied macht, *wer für wen* zu sprechen ermächtigt ist.

Im Jahr 2003 verfasste Bettina Loidolt ihre Diplomarbeit im Bereich der Soziologie an der *Universität Wien*, in der sie anhand von drei Fallbeispielen die Selbsthilfebewegung von Psychiatrierfahrenen in Ost-Österreich untersuchte und diese drei Gruppierungen nach

¹⁶² <http://www.promente-wien.at/selbsthilfe/selbsthilfe.html> (Zugriff: 25.06.2015).

¹⁶³ <http://www.lok.at/klientenvertretung> (Zugriff: 25.06.2015).

ihren Wünschen an die Politik befragte. Der Verein *Crazy Industries*¹⁶⁴ – als eine von einer Anbieterorganisation unabhängige Initiative – wurde 1989 in Wien gegründet und steht der Psychiatrie – wie Loidolt schreibt – „neutral“ gegenüber. Das Thema Zwangsmaßnahmen in der Behandlung sind nicht Schwerpunkt der Vereinsarbeit. Als Wunsch an die Politik wurde ein Abbau der Vorurteile gegenüber „psychisch Kranken“ genannt (Loidolt 2003: 108ff.). Eine erste Internetrecherche zum Verein *Crazy Industries* brachte zwar einige Kontakttelefonnummern, diesen nachgehend zeigte sich jedoch, dass die Kontakte nicht mehr aktuell waren. Der Versuch, eine Kontaktperson per E-Mail zu erreichen scheiterte ebenso. Unter dem Telefonanschluss des Vereins meldete sich ein Mann, der mir die Auskunft gab, dass der Verein *Crazy Industries* nicht mehr existiere und vom Verein *pro mente Wien* „übernommen worden“ sei. Zu einem Gespräch über die Geschichte des Selbsthilfeprojekts war er nicht bereit und über die Gründe der Vereinsauflösung wollte er keine Auskunft geben. Er sprach jedoch die Empfehlung aus, dass ich mich an den *Trialog* – mir damals noch nicht bekannt – wenden soll.

Auch wenn der Verein *Crazy Industries* nicht mehr existiert, so findet er hier dennoch Erwähnung, da der damalige Vereinsgründer Christian Horvath einen Artikel zur „Betroffenenbewegung“ im *Österreichischen Schizophreniebericht 2008* veröffentlicht hatte, in dem er die Geschichte des Wiener *Trialogs* kurz skizzierte. Horvath schrieb, dass der *Trialog* eigentlich keine Selbsthilfegruppe sei, sondern „ein Gesprächsforum, in dem sich ProfessionistInnen, Angehörige und Betroffene außerhalb bestehender psychiatrischer Einrichtungen treffen, um zu diskutieren und neue Wege der Zusammenarbeit zu erlernen“ (Horvath 2009: 62).

Nach einigen Sackgassen auf der Suche nach möglichen InterviewpartnerInnen zur Selbstvertretung psychiatrierfahrener Menschen konnte ich schließlich eine Aktivistin aus der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung für ein Interview gewinnen. Zum damaligen Zeitpunkt fragte ich noch, ob es eine Interessensvertretung „psychisch kranker“ Menschen im Rahmen der *Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* (ÖAR) gibt, was von Frau Götzinger verneint wurde (Interview Götzinger 2011).

Der nächste Schritt führte mich zu der Interessensvertretung von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (*HPE – Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter*), dessen Geschäftsführer Edwin Ladinser sich die Zeit für ein Interview nahm. Auch ihn fragte ich

¹⁶⁴ <http://www.selbsthilfe.at/selbsthilfe-organisationen/103462> (Zugriff: 25.06.2015).

nach Interessensorganisationen von Betroffenen, was er mit der Nennung des Vereins *Omnibus*¹⁶⁵ / ¹⁶⁶ in Vorarlberg, sowie dem Verein *Achterbahn*¹⁶⁷ in Graz beantwortete. Hinsichtlich der Situation in Wien erzählte Ladinser, dass es wohl immer wieder Versuche gegeben hätte ein Netzwerk von Selbstvertretungen aufzubauen, dass dies jedoch aus mehreren Gründen immer wieder scheiterte. Ladinser könne es politisch Verantwortlichen daher nicht verdenken, dass sie nicht wüssten, „wen sie anrufen sollten“ wenn es um die Miteinbeziehung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung geht.

„Teilweise hängt es an den Personen, teilweise auch daran, dass Personen aufgrund der Erkrankung immer wieder ausfallen. Finanzielle Probleme hat man dann auch immer gleich, weil um Geld zu bekommen braucht man eine gewisse Struktur, eine Vereinsstruktur. Ja, daran scheitert es oft“ (Interview Ladinser 2011).

Zudem stellte ich Ladinser auch die Frage, inwiefern sich Menschen mit Psychiatrieerfahrung in die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen hinein reklamieren – zum damaligen Zeitpunkt sprach ich noch von „Gruppen von Menschen“ mit Behinderung – worauf Ladinser entgegnete, dass die Konstruktion der „eigenen Gruppe“ vor allem dem administrativen Verwaltungsapparat eigen ist.

„Wenn psychisch Kranke irgendwelche Unterstützungsleistungen haben möchten, müssen sie sich als Behinderte deklarieren. Das ist ein Grund, warum viele psychisch Kranke nicht ansuchen wollen, weil: `ich bin ja nicht behindert. Krank auch nicht, im Übrigen, aber behindert schon gar nicht’. Das ist sicher eine große Hürde. Deswegen ist die Abgrenzung zum Behindertenbereich relativ groß. Das ist das große Problem mit dem Behindertenbereich, dass die psychische Erkrankung nicht immer gleich ist, sondern eben so variabel ist. Manchmal sind die Leute zu 90% eingeschränkt und dann halt wieder nur zu 10% und das ganze System nimmt darauf keine Rücksicht“ (Interview Ladinser 2011).

Zur Zeit des Interviews mit Ladinser wurde in den Medien berichtet, dass Kommissionen der *Volksanwaltschaft* künftig Orte, wie etwa Psychiatrien, Alten- und Pflegeheime und

¹⁶⁵ <http://www.verein-omnibus.org/> (Zugriff: 11.05.2015).

¹⁶⁶ Gemeinsam mit Stefan Hagleitner vom Verein „Omnibus“ organisierte Ladinser 2009 im Rahmen einer Tagung zur Novelle des Unterbringungsgesetzes (UbG) einen Workshop mit dem Titel „Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten und ihrer Angehörigen“. Diese Tagung wurde vom „Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen“ (ÖBIG) und der „NÖ Landeskliniken-Holding“ veranstaltet. Die Dokumentation der Workshopergebnisse wurde mir von Ladinser zur Verfügung gestellt. Darin heißt es, dass sich Betroffene und Angehörige für die Zukunft wünschen, dass es „eine Selbstverständlichkeit ist, als eigene Gruppe wahrgenommen zu werden und in sämtliche Planungen der Psychiatrie eingebunden zu sein“ (Hagleitner/Ladinser 2010: 74).

¹⁶⁷ <http://www.achterbahn.st/> (Zugriff: 11.05.2015).

generell Institutionen, in denen Menschen in ihrer Freiheit beschränkt werden können, überprüfen werden. Der Prozess der Einreichung von Stellungnahmen zum Ministerialentwurf hatte bereits begonnen. Um die Sichtweisen von psychiatrieerfahrenen Menschen kennenzulernen wurde mir auch von Ladinser der *Triolog* empfohlen, was schließlich meinen Zugang zum „Feld“ bedeuten sollte.

9.5 Feldzugang – Wie alles begann

9.5.1 Politische Partizipation gibt es doch!

Zum Begutachtungsprozess des OPCAT-Durchführungsgesetzes¹⁶⁸ – und das ist im Zusammenhang mit dieser Arbeit von besonderem Interesse – bezog Ingrid M. Machold stellvertretend für die *PatientInneninitiative Kuckucksnest* schriftlich Stellung. Inhalt der Stellungnahme an das Parlament war, dass Menschen, die in den zu überprüfenden Institutionen leben, weder eine starke Lobby hinter sich haben, noch deren Stimmen – meist aufgrund von Stigmatisierung – Gehör finden, sodass sie ihre Interessen gegenüber der Politik nicht vertreten können (Machold o. J.: 2).

Die *PatientInneninitiative Kuckucksnest* zitierte in der Stellungnahme aus der eigenen Zeitschrift *Kuckucksnest* einen Artikel von Hannelore T. Schwitzer mit dem Titel „Gebt uns unsere Netzbetten zurück!“ (vgl. Schwitzer 2003). Diesen Satz so zu lesen mag provozieren, zum Nachdenken anregen oder im ungünstigsten Fall dazu führen, dass die Aussage schlicht nicht ernst genommen wird, da sie schließlich von einer psychiatrischen Patientin stammte. Worauf der Titel des Artikels jedoch aufmerksam machen wollte war, dass in der psychiatrischen Praxis anstelle des Netzbettes fortan Fixierungen zum Einsatz kamen. Machold beschreibt anschaulich, dass bei einer Fünf-Punkt-Fixierung die Hände und Beine mit Gurten weg vom Körper am Bettrand fixiert werden und auch der Bauch fixiert wird. Insbesondere für weibliche Patienten sei es „ungeheuer erniedrigend, auf diese Weise mit gespreizten Beinen manchmal stundenlang im Bett liegen zu müssen. Viele Frauen mit Psychosediagnose haben in ihrer Geschichte sexuelle Missbrauchserfahrungen gemacht, und so wiederholen sich Gewalterfahrungen und führen zu Retraumatisierungen“ (Machold o. J.: 4).

¹⁶⁸ Siehe dazu: Kapitel 6.1.4

Die Stellungnahme übte Kritik daran, dass als Reaktion auf Beanstandungen durch das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT)¹⁶⁹ das Netzbett in Verruf geraten war, aber die Alternative dazu auf Menschen mit Psychiatrieerfahrung erst recht traumatisierend wirken würde. Daher sei eine Miteinbeziehung von ExpertInnen in eigener Sache wünschenswert. Da ich damals erst über die Stellungnahme der *PatientInneninitiative Kuckucksnest* von dem OPCAT-Durchführungsgesetz erfahren habe, bemühte ich mich daraufhin Machold als Interviewpartnerin zu gewinnen. Sämtliche Versuche sie telefonisch oder per E-Mail zu erreichen scheiterten allerdings, bis ich sie schließlich im Herbst 2011 – bei der ersten Vorstandssitzung des Vereins *Freiräume* – persönlich kennenlernte.

Eine weitere Stellungnahme zum OPCAT-Durchführungsgesetz wurde von Margarete Aulehla verfasst. Darin hatte sie vorgeschlagen, Erfahrungsberichte von Betroffenen bzw. deren Angehörigen, die bereits ein Monitoring – wenn auch unsystematisch – durchführen, als Konsultationsmöglichkeit den künftigen Besuchskommissionen der *Volksanwaltschaft* zur Verfügung zu stellen (Aulehla o. J.: 3). Aulehla wurde von mir daraufhin telefonisch kontaktiert. Ein Interview lehnte sie zwar ab, begann aber eine E-Mailkorrespondenz mit mir, in der ich ihr mein Forschungsinteresse schilderte und sie mich darauf aufmerksam machte, dass die „Betroffenenszene“ in Wien stark fragmentiert sei. Auf mein Anliegen, InterviewpartnerInnen zum Thema Freiheitsbeschränkungen zu finden, antwortete Aulehla in einem der E-Mails:

„Ich fürchte, die Leute, die Netzbetten u.ä. erlebt haben, sind häufig zu verletzt und traumatisiert, um zu diesem Gegenstand zu forschen, und die anderen die diese Erfahrungen nicht haben, bilden Abwehrmechanismen oder kommen evtl. in die Krise, wenn sie sich zu intensiv damit beschäftigen“ (Aulehla, E-Mailkorrespondenz vom 20. Juli 2011).

Aulehla berichtete aber, dass sie mit Christoph Fally, dem Herausgeber der Betroffenenzeitschrift *Spring ins Feld*¹⁷⁰ über mein Anliegen gesprochen hätte und er für ein Gespräch zur Verfügung stehen würde. Nach einem ersten Telefonat mit Fally Mitte August 2011 schickte ich ihm auf seine Bitte hin einen Fragenkomplex¹⁷¹ und lernte ihn schließlich am 5. September 2011 in Wien persönlich kennen. Zu diesem Treffen brachte Fally einige Ausgaben der Zeitschrift *Spring ins Feld* mit und wir diskutierten den vom

¹⁶⁹ Siehe dazu: Kapitel 6.2.2

¹⁷⁰ Siehe dazu: Kapitel 8.10

¹⁷¹ Rund um die Themen: Selbstvertretung von psychiatrieerfahrenen Menschen; UN-BRK und Psychiatrie; Freiheitsbeschränkungen; etc.

ihm formulierten Begriff der „psychiatrischen Beeinträchtigung“, der gleich mehrere Dimensionen berührt: Erstens eine Beeinträchtigung durch eine grundsätzlich psychiatrisch beschreibbare Symptomatik, zweites die mit solchen Störungen einhergehenden verschiedenen Arten von Erschwernissen – wie etwa Isolation, Arbeitslosigkeit, etc. – und drittens, dass Beeinträchtigung durch das passiert, was speziell eine psychiatrische Behandlung mit sich bringen kann. Hier sei an Stigmatisierung, Nebenwirkungen von Medikamenten, Freiheitsbeschränkungen oder an den Verlust von Rechten zu denken (persönliche Aufzeichnung des Gesprächs mit Christoph Fally im September 2011). Der Begriff der psychiatrischen Beeinträchtigung umfasst somit medizinische Aspekte sowie soziale Auswirkungen und inkludiert vor allem Beeinträchtigungen, die sozusagen iatrogen erklärbar sind. Um InterviewpartnerInnen zu finden empfahl mir auch Fally, mich diesbezüglich an den *Trialog* zu wenden.

9.5.2 Resümee zum Feldzugang

Die Phase des Feldzugangs dauerte von Mai bis September 2011. Am Beginn stand noch die Recherche nach einer Interessensvertretung von psychiatrieraffenen Menschen in Wien im Vordergrund, doch es stellte sich alsbald heraus, dass einige Informationen aus dem Internet obsolet waren und mir somit keinen Zugang zum Feld in Aussicht stellten. Der nächste Schritt, bei der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung zu erfragen, wer denn die Interessen „psychisch kranker“ Menschen in welchen Gremien vertritt brachte mich auch nur bedingt weiter. Ein wenig beschämt musste ich beim Lesen meiner Forschungsnotizen später feststellen, dass ich zu jenem Zeitpunkt noch von „psychisch Kranken“ gesprochen hatte. Diese unreflektierte Übernahme der juristischen Diktion aus den einschlägigen Gesetzen blieb meinen damaligen GesprächspartnerInnen – so hoffe ich – nicht in bleibender Erinnerung. Über die Angehörigenvertretung (*HPE*) wurden mir Empfehlungen ausgesprochen hinsichtlich Selbstvertretungsprojekten in anderen Bundesländern, Literaturhinweisen und zu Ansprechpersonen, die ich zu dieser Thematik befragen könnte. Letzteres allerdings mit dem Hinweis, dass die „Szene“ bzw. das Feld in Wien sehr fragmentiert sei und es sich dabei eher um Einzelakteure handle. Die Teilnahme am *Trialog* sei aber eine Möglichkeit, persönliche Kontakte mit Menschen aus dem Umfeld der Psychiatrie zu knüpfen. „Einfach hingehen“ lautete der Ratschlag. Nachdem auch der Versuch die beiden Autorinnen der jeweiligen Stellungnahmen zum OPCAT-Durchführungsgesetz für ein Interview zu gewinnen scheiterte, sah ich mich gezwungen

von der geplanten Methode der Interviewführung abzuweichen und anstelle dessen nach einer (umsetzbaren) Methode zu suchen, die eine Beantwortung der Forschungsfrage sicherstellt.

Die Suche nach einer neuen Forschungsmethode wurde von dem Zweifel begleitet, ob sich dieses Projekt überhaupt in der Form wie anfangs noch geplant durchführen lässt. Nachdenklich stimmte mich auch der Hinweis, dass meine Fragen zu Freiheitsbeschränkungen für die Betroffenen retraumatisierende Effekte haben könnten. Dass ich das Forschungsvorhaben letzten Endes nicht verworfen habe, hat vor allem zwei Gründe: Zum einen wurde ich durch die beiden Stellungnahmen zum OPCAT-Durchführungsgesetz auf den Aspekt der politischen Partizipation aufmerksam und folgerte, dass eine Miteinbeziehung von psychiatrierfahrener Menschen durchaus gewünscht ist. Zum anderen traute ich mir aufgrund meiner beruflichen Praxis zu, Menschen nach ihren Erfahrungen mit Freiheitsbeschränkungen zu befragen. Damit einhergehende Rollenkonflikte¹⁷² galt es gegen das Forschungsinteresse abzuwiegeln. Für das weitere Vorgehen bedeutete dies, von der geplanten Methode der Interviewführung abzuweichen und stattdessen – nach reiflicher Überlegung – die Methode der teilnehmenden Beobachtung anzuwenden.

9.6 Teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung lässt sich mit Richard Fenn als „interaktive Beobachtung“ charakterisieren. Man beobachtet, begleitet und spricht mit den Menschen im Feld des Forschungsinteresses. Ihre Sicht auf die Welt ist genauso wichtig wie die eigene. Ich stelle Forschungsfragen an sie, sie stellen Forschungsfragen an mich. Diese interaktive Beobachtung hat jedoch auch ihren Preis, nämlich insofern, dass man die Kontrolle über den Forschungsprozess verliert. Auf der anderen Seite birgt die interaktive Beobachtung jedoch auch den Vorteil, dass man sehr nahe an den Menschen – und damit am Forschungsgegenstand – dran ist (Fenn 1986 zit. in: Schwartz-Shea/Yanow 2012: 54).

Die Methode der teilnehmenden Beobachtung anzuwenden ist sinnvoll im Erfassen der sozialen Konstituierung von Wirklichkeit und von Prozessen des Sinn-Aushandelns, oder wenn es darum geht in schwer zugängliche Forschungsfelder vorzudringen, quasi Neuland zu betreten (Lamnek 2005: 548). Die Betroffenenbewegung oder die Selbstvertretung

¹⁷² Siehe dazu: Kapitel 9.2

psychiatrieerfahrener Menschen in Wien kann als bislang un- oder kaum erforschtes Neuland bezeichnet werden – zumindest durch die Brille des für diese Arbeit gewählten Forschungsansatzes.

Dem interpretativen Paradigma geschuldet wird die soziale Wirklichkeit als eine durch Interpretation geschaffene Realität verstanden, deren Rekonstruktion durch Interpretation der untersuchten Interaktionen möglich ist. Interpretation setzt dabei ein Vertrauensverhältnis zwischen BeobachterIn und Beobachteten voraus und verlangt die Fähigkeit sich in andere hineinzuversetzen, um deren Verhaltensweisen verstehen/interpretieren zu können (vgl. Lamnek 2005: 574f.).

Die Rolle der Beobachterin kann nach Siegfried Lamnek hinsichtlich ihrer Identifikation mit dem sozialen Feld in unterschiedliche Grade eingeteilt werden. Diese reichen von der völligen Identifikation, das heißt vollständige Teilnahme, bis hin zu einem bloßen Beobachten ohne jeglicher Interaktion. Für die vorliegende interpretative Feldforschung scheint die Rolle „Teilnehmerin als Beobachterin“ angemessen. Dies bedeutet, dass primär an Situationen im Feld – etwa Arbeitsgruppen oder Vereinssitzungen – teilgenommen wird und sekundär beobachtet wird (ebd.: 577). „Der Forscher soll zugleich involviert und distanziert sein“ (Bruyn 1966 zit. in: Lamnek 2005: 580). Diese paradox anmutende Forderung berührt auch das „Grunddilemma der teilnehmenden Beobachtung“. Einerseits soll der/die Forschende sich mit den Perspektiven der Menschen im Forschungsfeld vertraut machen, sozusagen eine „Art kontrollierte[r] Perspektivenübernahme“ schaffen, was allerdings in einer „distanzlosen Identifikation“ enden kann. Andererseits macht ein Zuviel an Distanz ein wirkliches Verstehen unmöglich (ebd.: 582).

Roland Girtler sieht im „going native“ keinen verzerrenden Faktor, sondern - ganz im Gegenteil - könne erst durch die Identifikation mit den beobachteten Menschen ein falsches Vorverständnis abgebaut werden und man „nähert sich demnach der sog. Objektivität so viel eher, als wenn man distanziert beobachtet“ (Girtler 1984 zit. in: Lamnek 2005: 631).

Die Feldforschung dieser Arbeit lehnte sich an Girtlers Darstellung einer qualitativen, unstrukturierten teilnehmenden Beobachtung an (vgl. ebd.: 630ff.) und gestaltete sich nach folgenden Gesichtspunkten: Vorab wurde keine genaue Angabe über den Umfang und die Zeit der Beobachtung festgelegt – rückblickend betrachtet wurde im Feld von September 2011 bis Jänner 2013 beobachtet. Die Teilnahme im Feld war flexibel angelegt. Das

bedeutet, dass ich in unterschiedlichen Settings verschiedene Rollen eingenommen habe, so etwa als mitarbeitende Beobachterin in der Arbeitsgruppe „Gesellschaftspolitik und Menschenrechte“ und als Guest bei einer Housewarming-Party eines Kollegens aus dieser Arbeitsgruppe. Somit gab es zwar kein vorab festgelegtes Beobachtungsschema, dafür aber eine „partielle Identifikation mit den Betroffenen.“ Girtler lässt sich bei dieser Ansicht von der Überzeugung leiten, dass das „Individuum häufig Handlungen vollzieht, die nur aus der Sicht der biographischen Identität verstanden werden können“ (Girtler 1980 zit. in: Lamnek 2005: 631) und folgert, dass „die jeweilige Bezugsgruppe einen Maßstab liefert, mit dessen Hilfe die eigene Stellung in dieser Situation abgeschätzt wird“ (ebd.). Die Beobachtungen wurden unmittelbar danach in Form eines Beobachtungsprotokolls festgehalten. Dies betrifft vor allem die Situationen der Treffen des *Triologs* und die Klausur des Vereins *Freiräume*. Bei den Treffen der Arbeitsgruppe „Gesellschaftspolitik und Menschenrechte“ wurde hingegen der Nachvollziehbarkeit wegen versucht, das Einverständnis zu erwirken, die Treffen mittels Audiogerät aufzuzeichnen, was allerdings bei einem Kollegen Unbehagen auslöste, sodass stattdessen im Anschluss an die Treffen Gedächtnisprotokolle erstellt wurden. Da ich bei den Vorstandssitzungen des Vereins *Freiräume* die Funktion der stellvertretenden Schriftührerin übernommen hatte, konnte ich nicht nur einen „positiven Beitrag durch den Beobachter“ (Lamnek 2005: 589) leisten – nämlich den Verein *Freiräume* bei seiner Vereinsarbeit zu unterstützen –, sondern die von mir verfassten Protokolle im Einverständnis auch für meine Forschungsarbeit verwenden. Die aus den Beobachtungen und Protokollen generierten Daten wurden nach Abschluss der Feldphase mit anderem Material – wie den Vorgesprächen, E-Mailkorrespondenzen oder Literaturempfehlungen – während der Niederschrift dieser Arbeit miteinander in Beziehung gesetzt.

Wie bereits im Rahmen der Vorbereitung auf das Feld erwähnt,¹⁷³ sollte ein Feld erschlossen werden, das unabhängig von Anbieterorganisationen sozialpsychiatrischer Dienste agiert. Dabei fiel aus mehreren Gründen die Wahl auf den Verein *Freiräume*. Der Verein bezieht keinerlei finanzielle Förderungen, sondern lebt von Mitgliedsbeiträgen und Spenden. Daher verfügt der Verein auch über keine räumliche oder personelle Infrastruktur. Die Treffen der jeweiligen Arbeitsgruppen fanden unentgeltlich in den Räumen des Vereins *LOK – Leben ohne Krankenhaus* statt und der *Triolog* wurde in den Räumlichkeiten einer Volkshochschule im 5. Wiener Gemeindebezirk abgehalten. Meine

¹⁷³ Siehe dazu: Kapitel 9.4

Teilnahme an der Arbeitsgruppe und dem *Trialog* ermöglichte eine „Face-to-Face-Beziehung“ (Lamnek 2005: 567) und zudem fand ein reger Austausch auch per E-Mail und Telefonaten statt.

Die Dreiteilung des Prozesses der interpretativen Feldforschung in Feldzugang, Feldphase und Feldaustritt wurde von Jürgen Friedrichs übernommen. Die Rolle der Beobachterin während dieser drei Phasen beschreibt Friedrichs aus der Sicht der Betroffenen so: „Vom Eindringling zum Mitglied und schließlich zum Deserteur“ (Friedrichs 1973 zit. in: Lamnek 2005: 600). Das Grunddilemma der teilnehmenden Beobachtung zwischen Nähe und Distanz wurde bereits erwähnt. Beides muss man sich dabei als gleichzeitigen Prozess vorstellen. Christian von Wolffersdorf-Ehlert bezeichnet dies als „systematisch organisierte Schizophrenie“ (Wolffersdorf-Ehlert 1974 zit. in: Lamnek 2005: 637). Die Grenze, die „letztlich auch die Erkenntnismöglichkeit determiniert“ (Lamnek 2005: 638), müssen die Forschenden selbst ausloten und „jeweils für sich eine mehr oder weniger begründete Entscheidung treffen“ (ebd.: 640).

9.7 Feldphase – In den Freiräumen

Den *Trialog* als Gesprächsforum anzubieten ist Zweck des Vereins *Freiräume*. In der Zeit, als der Verein aufgrund des Rückzuges des Obmanns „pausierte“, wurde der *Trialog* jedoch weiterhin in vierzehntägigen Abständen abgehalten. Im Rahmen meiner Feldforschung hatte ich das Glück, die Feldarbeit zu jener Zeit zu beginnen, als der Verein *Freiräume* wieder aktiviert werden sollte. Der Anstoß dazu kam aus dem *Trialog*.

9.7.1 *Trialog*

Der *Trialog* ist Konzept und Praxis (Ladinser Interview 2011). Im Zuge dieser Arbeit wird er als sozialer Raum verstanden, in dem weit mehr als „nur“ ein Austausch zwischen Menschen mit Psychiatrieerfahrung, Angehörigen und ProfessionistInnen zu bestimmten Themen gepflegt wird. Frank Fischer definiert – wie bereits erwähnt¹⁷⁴ – einen sozialen Raum als ein durch diskursive Beziehungen verwobenes Gebilde, das die Identitäten formt und in die Machtbeziehungen aus dem äußeren sozialen Kontext einfließt. Hinsichtlich partizipativer Initiativen stellt sich die Frage, wer die Form von Partizipation bestimmt und

¹⁷⁴ Siehe dazu: Kapitel 3.1.3.4

wie sich die teilnehmenden Menschen aufgrund ihres Verständnisses des sozialen Raums, in diesem orientieren (Fischer 2006: 26).

Den *Triialog* in Wien gibt es seit 1994 (Hofer 1995a/3+4: 11). In vierzehntägigen Abständen wird er in einem Klassenraum einer Volkshochschule im 5. Wiener Gemeindebezirk abgehalten. Das jeweilige Programm wird auf der Homepage des Vereins *Freiräume* veröffentlicht.¹⁷⁵ Voranmeldung ist keine notwendig, „einfach vorbeikommen“ heißt es. So nahm ich am 12. September 2011 zum ersten mal am *Triialog* teil. Zur Vorstellungsrunde gehörte es – ganz im triologischen Sinne – sich als Betroffener/Betroffene, Angehörige oder Professionist/Professionistin zu deklarieren. So habe ich mich als Sozialarbeiterin mit gegenwärtig politikwissenschaftlichem Forschungsinteresse vorgestellt. Die Nennung meines beruflichen Hintergrunds erschien mir insofern sinnvoll, da ich mich dadurch dem Schema der Professionistin zuordnen konnte und gleichzeitig eine gewisse Vertrautheit mit „dem Sozialen“ vorausschicken konnte. Zudem wollte ich – zumindest nicht beim ersten Besuch – den Eindruck erwecken, dass ich die anderen TeilnehmerInnen „beforsche“. Diese Zurückhaltung gründet sich auf der Erfahrung der E-Mailkorrespondenzen, bei denen ich mehrmals auf die Sensibilität, die das Forschungsthema verlangt, hingewiesen worden bin. Kurz: Ich bin davon ausgegangen, dass meine sozialarbeiterische Ausbildung und Praxis „vertrauensstiftend“ wirkt. Unmittelbar nach dem Treffen im *Triialog* habe ich ein Gedächtnisprotokoll erstellt, da die Verwendung eines Aufnahmegerätes sowohl aufgrund der Gruppengröße – es nahmen an dem Abend ca. fünfzehn Personen teil – sowie um die Anonymität und Sicherheit in der Gruppe zu bewahren, nicht praktikabel erschien.

Damals war es üblich, dass im Anschluss an den *Triialog* die TeilnehmerInnen in einem Lokal informell zusammen kommen. Als „Neuling“ wurde ich von einer Angehörigen dazu eingeladen. Dort ergab sich die Gelegenheit, mein zuvor erwähntes Forschungsinteresse zu konkretisieren. Allen voran wollte ein Akademiker mit Psychiatrieerfahrung sehr genau wissen, wie mein Forschungsvorhaben konkret aussehe: „Welches Modell wenden Sie an? Von welchem Demokratiekonzept sprechen Sie? Welche Kategorien legen Sie Ihrer Forschung zugrunde?“ Auf meine Frage nach Interessensorganisationen von Menschen mit Psychiatrieerfahrung meinte er: Die Demokratisierung der Psychiatrie in den 1970er Jahren ging mit der Idee der Linken, mit

¹⁷⁵ <http://www.freiraeume.at/> (Zugriff: 26.06.2015).

einer Demokratisierung von Gesellschaft einher und die Psychiatrie wurde dabei quasi „mitgenommen“. Es bräuchte heute eine Bewegung „von außen“, wo Psychiatriebetroffene „mittun“ könnten. Interessen der Betroffenen abzufragen und sie aufzufordern selbst politisch aktiv zu werden, könne eine Überforderung sein, da Selbstreflexionen auch Zweifel und Ängste schüren können. Es herrschten auch unter den Betroffenen unterschiedliche Sichtweisen. Jene, die antipsychiatrisch denken und andere, die dem Betreuungssystem näher stünden. Mein Gesprächspartner meinte, dass die Frage für ihn besonders interessant sei, wie weit man sich vom medizinischen Modell distanzieren dürfe, bis man mit psychiatrischer Macht als Herrschaftswissen kollidiere (persönliche Aufzeichnung des Gesprächs im September 2011). Michaela Amering beschrieb, dass sie den *Trialog* als „Schatz“ erlebt hat (Amering et al. 1998: 242). Mir ging es nach dem ersten Besuch des *Triologs* ähnlich.

Eine andere Teilnehmerin, Frau V.*¹⁷⁶ mit der ich nach meinem ersten Besuch im *Trialog* ins Gespräch gekommen war, erzählte, dass sich im Februar 2011 aus dem *Trialog* heraus eine „Aktivgruppe“ gebildet hatte – um nicht „nur“ zu reden, sondern auch zu handeln – mit der konkreten Absicht, den Verein *Freiräume* – als Rechtsträger des *Triologs* – wieder zu aktivieren und diesen mit Impulsen aus der Aktivgruppe zu beleben. Aufgrund der Erkrankung des Obmanns war der Verein seit einigen Jahren nicht mehr handlungsfähig gewesen. Am 19. September 2011 lud mich Frau V.* zu einem Gespräch in ein Kaffeehaus ein. Dort zeigte sie mir die Protokolle der Aktivgruppe, berichtete von geplanten Aktivitäten und Vernetzungsideen der Aktivgruppe und erzählte, dass im Jänner kommenden Jahres eine Veranstaltung zum Thema „Menschenrechte und Psychiatrie“ in Krems stattfinden wird. Zudem lud mich Frau V.* auch zu der einberufenen Generalversammlung des Vereins *Freiräume* ein, in der ein neuer Vorstand gewählt werden sollte. Ich ließ mich also für den Verein „anwerben“.

Bei dem Gespräch bat ich Frau V.* auch um Hinweise, wen ich als nächste/n GesprächspartnerIn kontaktieren könnte. Daraufhin empfahl sie mir mit Christian Mitterreiter vom Verein *LOK – Leben ohne Krankenhaus* Kontakt aufzunehmen, mit dem ich am 26. September 2011 ein Interview führte. Mitterreiter, selbst Sozialarbeiter, berichtete in diesem Rahmen, dass „die Selbstvertretung“ in Wien durch Einzelpersonen organisiert sei, und selbst diese Kontakte untereinander aus unterschiedlichen Gründen

¹⁷⁶ Der Name wurde geändert.

immer wieder abreißen würden. Aus seiner Sicht wäre ein Verein dringend notwendig, der die jeweiligen Einzelinitiativen bündelt, wobei er in der derzeitigen Aufbruchsstimmung – getragen von der Aktivgruppe aus dem *Trialog* – eine vielversprechende Entwicklung sah. Am Abend nach diesem Interview nahm ich wieder am *Trialog* teil und traf dort auf Christoph Fally, der ebenso überlegte, sich in der Aktivgruppe zu engagieren. Passenderweise lautete das Thema des *Triologs* an diesem Abend: „Warum *Trialog*? Warum Engagement?“ Dieser Abend vermittelte genau jene Aufbruchsstimmung, die Mitterreiter zuvor noch erwähnt hatte. Ein Teilnehmer formulierte es so: „Das ganze Leben ist ein Kampf. Es gibt immer Gegenwind, egal, ob man sich bewegt oder nicht. Aus der Wut über die verlorene Lebensqualität hab ich mich entschlossen, dagegen etwas zu sagen“ und wollte daher „aktiv werden“. Für einen anderen Teilnehmer war es hingegen wichtig, dass die Freiräume unabhängig bleiben und er sprach vom Wert eines „nicht vermarktetem Angebots“ (persönliche Aufzeichnung am 26. September 2011).

9.7.2 Der Neuanfang als Verein

Das Besondere am Verein *Freiräume* ist, dass er über keinen Raum verfügt, aber Raum erschafft!

Bei einem Treffen, das als Vorbereitung zur Generalversammlung des Vereins *Freiräume* gedacht war, erzählte einer der ca. fünfzehn Anwesenden, dass seit dem Jahr 2008 die Frage im Raum gestanden war, den Verein aufzulösen. Um dem entgegenzuwirken, haben vier Personen, die über die Jahre dem *Trialog* die Treue gehalten hatten, ab Sommer 2011 an alle verfügbaren Adressen von (ehemaligen) TeilnehmerInnen E-Mails verschickt, in denen sie sich für den Fortbestand bzw. die Reaktivierung des Vereins *Freiräume* einsetzen – also genau das taten, was Frank Fischer als genährte oder kultivierte Partizipation bezeichnet (vgl. Fischer 2006). Bei diesem Treffen wurde ich auch – durch die Entgegennahme eines Zahlscheins¹⁷⁷ – Mitglied des Vereins *Freiräume*.

Am 13. Oktober 2011 fand schließlich die Generalversammlung des Vereins *Freiräume* statt, bei der ein neuer Vorstand gewählt werden sollte. Von ca. 25 Anwesenden ließen sich acht Personen für den Vorstand vorschlagen, die aktiv mitarbeiten wollten und ebenso Ideen für die Inhalte der Aktivgruppen konkretisieren sollten. Um die wertvolle und seltene Gelegenheit zu nutzen, eine Bewegung von psychiatrieraffenen Menschen von

¹⁷⁷ Der jährliche Mitgliedsbeitrag des Vereins „Freiräume“ betrug 2011 € 22.-

innen heraus kennenzulernen, entschied ich mich im Vorstand mitzuwirken und wurde als stellvertretende Schriftführerin gewählt. Bei der Generalversammlung lernte ich auch Ingrid Machold kennen und wir tauschten uns über ihre Stellungnahme zum OPCAT-Durchführungsgesetz und deren Bedeutung für mein Forschungsthema aus.

Die auf die Generalversammlung folgende Vorstandssitzung am 17. November 2011 wurde dazu genutzt, mehrere Aktiv- bzw. Arbeitsgruppen zu gründen, die sich mit unterschiedlichen Themen befassen sollten. Während eine Arbeitsgruppe dafür zuständig war die Vereinsstatuten zu überarbeiten, schloss ich mich mit sieben anderen Personen der Arbeitsgruppe „Gesellschaftspolitik und Menschenrechte“ an. Für meine Forschungsrolle bedeutete dies eine Unterordnung zugunsten der Rolle als Gruppenteilnehmerin – „subordinates the researcher role to the situational one“ (Schwartz-Shea/Yanow 2012: 63).

9.7.3 Erste Aktivitäten

Da der Verein *Freiräume* über keine eigenen Räumlichkeiten verfügte, fanden die Treffen der Arbeitsgruppe „Gesellschaftspolitik und Menschenrechte“ in den Räumlichkeiten des Vereins *LOK – Leben ohne Krankenhaus* statt. Eine der ersten Aktivitäten der Arbeitsgruppe war die Teilnahme an einer Veranstaltung zur UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Kloster *Und* in Krems am 20. Jänner 2012. Der Besuch der Veranstaltung löste im Nachhinein eine intensive Debatte über die Frage aus, inwiefern sich Menschen mit Psychiatrieerfahrung in den Richtlinien der UN-BRK wiederfinden. Dabei zeigte sich, dass unter den KollegInnen der Arbeitsgruppe der Behinderungsbegriff der UN-BRK ebenso kritisch bewertet wurde wie auch – bereits an vorangegangener Stelle dargelegt wurde¹⁷⁸ – von Peter Beresford, der darauf hinweist, dass sich Menschen mit Psychiatrieerfahrung nicht automatisch zu Menschen mit Behinderungen „zählen“ lassen wollen. Manche KollegInnen hielten eine psychische Erkrankung für grundsätzlich heilbar und sahen etwa darin ein Abgrenzungsmoment zu Behinderung. Aber auch außerhalb der Arbeitsgruppe zeigte die Veranstaltung im Kloster *Und* nachhaltig Wirkung, indem etwa die Betroffenenzeitschrift *Spring ins Feld* in ihrer elften Ausgabe ein Artikel darüber verfasste¹⁷⁹ und die UN-BRK damit auch der Szene psychiatrieefahrener Menschen in Wien näher brachte.

¹⁷⁸ Siehe dazu: Kapitel 3.1.1.6

¹⁷⁹ Siehe dazu: Kapitel 8.10

9.7.4 Die Klausur der Freiräume

Im Juli 2012 fand schließlich eine eintägige Klausur des Vereins *Freiräume* mit dreizehn TeilnehmerInnen und einer externen Moderatorin statt. Trialogisch vertreten machten sich Psychiatrieerfahrene, Angehörige und ProfessionistInnen gemeinsam Gedanken, wofür der Verein *Freiräume* letztlich stehen soll und hielten als Ergebnis folgendes fest:

- Weg von der Psychiatrie – selbst Verantwortung übernehmen
- Für ein gutes, reiches Leben
- Gegengewicht zum Definitionsapparat
- Wider die Respektlosigkeit
- Trialogischer Zugang
- Demokratisch und auf gleicher Augenhöhe
- Austausch, Vielfalt, Entwicklungsmöglichkeit für Alle
- Bewusstseinsarbeit – Umdenken ist möglich
- Gegen Pauschalierung – für Individualismus
- Überwindung von Machtstrukturen
- Kommunikation – Begegnung
- Konstruktive Kritik
- Betroffenheit als Expertise.

Der Anlass für die Klausur ergab sich aus dem seit längerer Zeit im Raum stehenden Bedürfnis nach „einer Stimme“, nach einem Vereinszweck, einer Positionierung sowie der Frage der Legitimierung, als Verein „für“ Menschen mit Psychiatrieerfahrung im trialogischen Sinn sprechen zu können. Die Antwort auf die Frage, was wir denn als Verein letztlich tun und tun möchten, wurde jeweils situativ gegeben.

9.7.5 Krisenerleben und Bewältigung

Kurze Zeit nach der Klausur ereignete sich ein Vorfall der dazu führte, dass sich unsere Arbeitsgruppe von „Gesellschaftspolitik und Menschenrechte“ in „Krisenbegleitung“ umbenannte. Nachdem Lukas*¹⁸⁰, ein Kollege aus der Arbeitsgruppe, nächtelang nicht geschlafen hatte, wurde er in einem Lokal von der Polizei aufgegriffen und in ein psychiatrisches Krankenhaus gebracht. Zwei Mitglieder des Vereins *Freiräume* nahmen auf Lukas* Wunsch hin ab der Unterbringungsverhandlung teil und organisierten einen

¹⁸⁰ Der Name wurde geändert.

„Besuchsdienst“ im Krankenhaus. Während einer dieser Besuche ereignete sich mein für mich einschneidendes Forschungserlebnis: Stichwort „Netzbett konkret“.¹⁸¹ Der Verlauf dieses Krankenhausaufenthaltes war ausschlaggebend, dass wir uns in der Arbeitsgruppe ab Herbst 2012 zunehmend mit Unterbringung und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie beschäftigten. Als „Gründungsdokument“ verstand ich ein von Lukas* verfasstes E-Mail. Lukas* gab mir die Erlaubnis, die Inhalte der E-Mailkorrespondenz für meinen Forschungszweck zu verwenden. Er wäre auch damit einverstanden gewesen seinen echten Namen zu nennen „um die Glaubwürdigkeit zu erhöhen“, wie er schrieb. Davon wurde jedoch Abstand genommen, da die Glaubwürdigkeit auch in anonymisierter Form gegeben ist und der Persönlichkeitsschutz in dem Zusammenhang unabdingbar ist. Als Betreff von Lukas* E-Mail war „Bitte weitererzählen!“ angeführt und dieser Aufforderung komme ich nun nach:

„Hallo Ihr Lieben!

Nach 3 Wochen habe ich es geschafft, den verantwortlichen Psychiater davon zu überzeugen, mich aus dem Spital zu entlassen. Ich habe mich sehr über Eure Unterstützung gefreut (...). Im Spital wäre ich ohne Euren Kontakt immer mehr innerlich verkümmert. (...) Ich weiß schon, dass diese Einweisung etwas mit mir oder besser mit meinem Verhalten zu tun hatte. Auf der anderen Seite habe ich diesmal so deutlich wie nie die Diskrepanz zwischen meinen Bedürfnisse und den `zur Verfügung gestellten` Angeboten erlebt. Im Ensemble von (öffentlicher) Empörung, polizeilicher Vorführung und stationärer Inspektion sind meine Anliegen irgendwie verschwunden (...). Und wenn ich aus diesem (Zwangs-)System wieder heraus kommen wollte, musste ich mich anpassen und ein `guter Patient` werden. Ich bot meine Compliance an und `schluckte die bitteren Pillen` (es gab sowieso keine Alternative) und wurde mit immer mehr erweiterten Freiheiten belohnt. (...) Was ich und wohl genauso andere lernen oder lernen sollen ist, sich an (Macht-)Strukturen anzupassen. Sie zu hinterfragen ist innerhalb des Krankenhausssystems bedenklich. Schließlich könnte das ja auch wieder als mangelnde Compliance ausgelegt werden“ (Lukas*, E-Mailkorrespondenz vom 14. August 2012).

Die Vorstellung, in einer Institution zu sein und sich den dortigen Strukturen anpassen zu müssen, war mir aus meiner Tätigkeit als Bewohnervertreterin nicht ganz fremd. Auf meine Frage, wie Lukas* das im psychiatrischen Krankenhaus erlebt hatte, antwortete er:

„Ich wusste aus eigener, mehrmaliger Erfahrung, dass ich (man) am schnellsten aus einer Zwangsunterbringung entkommen kann, wenn man sich behandlungswillig zeigt, obwohl man das in Wirklichkeit gar nicht ist.“

¹⁸¹ Siehe dazu: Kapitel 9.2

Wenn ich ohne Zwang gefragt worden wäre was ich gewollt hätte, hätte ich ganz klipp und klar gewünscht, dass: ich eine Auszeit genehmigt bekäme, meine massiven Schlafstörungen behandelt werden sollten und vor allem mit mir gemeinsam (und falls möglich auch mit dem Umfeld) nach den persönlichen Gründen gefragt und geforscht werden sollte, warum es mir eigentlich so miserabel geht. Für diese Dinge bleibt in der Zwangspraxis ganz einfach (ganz ohne Wertung) keine Zeit. Wenn noch dazu eine psychiatrische Vorgeschichte existiert, ist es ja auch am einfachsten, dort wieder anzuknüpfen“ (Lukas*, E-Mailkorrespondenz vom 16. August 2012).

Die Arbeitsgruppe „Krisenbegleitung“ sah ihre Aufgabe nun darin, gemeinsam zu überlegen, was bei Krisenerleben – mitunter sogar in Verbindung mit einem Aufenthalt in der Psychiatrie – für die Betroffenen hilfreich sein könnte und in welcher Form der Verein *Freiräume* (vornehmlich für seine Mitglieder) Unterstützung anbieten könnte. Die beiden Kolleginnen, die bei der Unterbringungsverhandlung von Lukas* anwesend waren, beschrieben das Erlebnis im Nachhinein als „Katharsis“. Damit wollten sie zum Ausdruck bringen, dass der Einblick in den Ablauf des gerichtlichen Prozedere - ohne selbst die „Hauptperson“ gewesen zu sein - eine „reinigende Wirkung“ hatte. Zudem wurden sie als jene, die selbst Erfahrungen mit Zwang gemacht hatten, als Vertrauenspersonen angehört und ernst genommen. Innerhalb der Arbeitsgruppe waren die subjektiven Erlebnisse mit dem psychiatrischen Apparat durchwegs unterschiedlich. Beatrice*¹⁸² stellte für sich etwa klar: „Die Unterbringung hat mir meine Grenzen und die der Gesellschaft gezeigt. Das war wichtig“ (Beatrice*, persönliches Gespräch).

Die Nachbearbeitung von Zwangsmaßnahmen während einer Unterbringung oder die Thematisierung von traumatisierenden Erlebnissen und Gefühlen der Machtlosigkeit im Allgemeinen wurde von den KollegInnen der Arbeitsgruppe als enorm wichtig erachtet. Eine Empfehlung wäre, PatientInnen während ihrer Unterbringung Menschen mit Psychiatrieerfahrung, ausgebildete und gecoachte Peers – also ExpertInnen in eigener Sache – zur Seite zu stellen. Eine Kollegin betonte in diesem Zusammenhang, dass es wichtig sei, dass Peers jeweils zu zweit auftreten, um sich gegenseitig zu unterstützen, falls manche Themen zu starke Emotionen hervorrufen.

Die beiden Studien aus dem medizinischen Bereich zu Freiheitsbeschränkungen aus Sicht der Betroffenen¹⁸³ zeigten, dass die Art und Weise, *wie* mit Zwang umgegangen wird

¹⁸² Der Name wurde geändert.

¹⁸³ Siehe dazu: Kapitel 8.12

wesentlich ist. In der Arbeitsgruppe „Krisenbegleitung“ kamen wir auch darauf zu sprechen. Ein Kollege verfasste ein Thesenpapier mit dem Titel „Erzwungene Compliance“, das er mir für diese Arbeit zur Verfügung stellte. Darin thematisiert er insbesondere medikamentöse Freiheitsbeschränkungen:

„Die Regel ist also, dass die Medikamenteneinnahme unter sehr wachsamer Aufsicht kontrolliert wird, gewöhnlich unter gleichzeitiger Missachtung der Aufklärungspflicht über Neben- und Folgewirkungen. (...) Ich bin der Meinung, ein höchstmögliches Maß an Bewusstseinsklarheit ohne Wenn und Aber sollte ein anerkanntes Menschenrecht sein wie das Recht auf körperliche Unversehrtheit physischer Bewegungsfreiheit“ (Franz*¹⁸⁴, persönliches Gespräch).

Ein Thema, das unter anderem in die Kritik der Kommissionen der *Volksanwaltschaft* geraten ist (Volksanwaltschaft 2015: 46ff.) und im Jahr 2014 vom *Obersten Gerichtshof* beantwortet wurde, betrifft den Einsatz von privaten Sicherheitsdiensten innerhalb des Krankenhauses.¹⁸⁵ Während eines Besuchs bei Lukas* im Krankenhaus wurde eine Kollegin vom Anblick der martialisch auftretenden Wachmänner derart erschreckt und nahm im Nachhinein darauf Bezug:

„Zur Gewalt gegenüber Menschen in der psychischen Krise möchte ich unbedingt das OWS Baumgartner Höhe anführen, die seit einigen Jahren die ‘erste’ Gewaltanwendung gegenüber Menschen, die dort mit der Polizei auf der Psychiatrie eingeliefert/zwangseingewiesen werden, an eine private Security ‘delegiert’ namens ‘NSA’ das steht für National Security Austria, aber leider für viele NS-Assoziationen weckt. (...) Warum wird das gemacht? An eine private Firma delegiert? Damit die Angestellten der Psychiatrie sich nicht ‘die Hände schmutzig machen’ müssen? Weiter als ‘die Guten’ dastehen, die ja ‘keine Gewalt anwenden’? (...) Und welche Möglichkeit wird den Betroffenen eingeräumt/gegeben über diese Gewalterfahrung noch in der Institution zu reden, das ‘zu klären’, aufzuarbeiten mit allen Beteiligten?“ (Eva*¹⁸⁶, persönliches Gespräch)

Im Laufe des Herbst erreichte uns erneut ein E-Mail von Lukas*, in dem er die Nachwirkungen seiner Unterbringung und das machtvolle Element einer psychiatrischen Diagnose beschrieb:

„Hallo an Alle miteinander!

¹⁸⁴ Der Name wurde geändert.

¹⁸⁵ Siehe dazu: Kapitel 4.3; FN 66.

¹⁸⁶ Der Name wurde geändert.

Mir geht es wieder gut und alles normalisiert sich wieder, wenn nicht – ja, wenn da nicht die amtliche, polizeiliche Ordnungsmacht wäre. Es reicht nicht, dass man polizeilich einer (mutmaßlich) geeigneten psychiatrischen Behandlung zugeführt wird. So sehr wird dann von den Behörden scheinbar doch nicht an den Erfolg geglaubt. Nein, ich bin aufgrund dieser Vorfälle, mit dieser Diagnose jetzt ein mögliches Gefahrenpotential, das noch genauer untersucht werden muss, ob es am Straßenverkehr teilnehmen darf (...). Na gut, dachte ich mir, das ist ja vielleicht auch erst einmal ganz in Ordnung, mich zu überprüfen. (...) Doch was soll ich sagen? (...) Meine persönliche Biographie und mein Argumentieren nützte überhaupt nichts. Das einzige was wirklich zählt ist – natürlich, wir ahnen es bereits: ein ärztliches, psychiatrisches Gutachten.¹⁸⁷ Natürlich gegen saftige Bezahlung. (...) Gegen mein Bestreben werde ich immer wieder zurückgeworfen, mich mit diesem Definitionsmonopol der Psychiatrie zu arrangieren. (...) Die Diagnose holt mich immer wieder mit ihren gesellschaftlichen Auswirkungen ein“ (Lukas*, E-Mailkorrespondenz vom 5. November 2012).

Im Zuge der teilnehmenden Beobachtung nahm ich im Feld die Rolle der „Teilnehmerin als Beobachterin“ ein und war stets um das Einverständnis der Vereinsmitglieder und KollegInnen bemüht, ihre Aussagen und Erfahrungsberichte für Forschungszwecke zu verwenden. So holte ich etwa das Einverständnis der Mitglieder des Vereins *Freiräume* per E-Mail ein und erhielt als positive Reaktion darauf Zugang zur Studie von Ingrid Sibitz et al. (2011).¹⁸⁸ Eine weitere Gelegenheit, dem Anspruch der „kommunikativen Validierung“ (Lamnek 2005: 147) gerecht zu werden und damit auch den vierten interpretativen Moment nach Dvora Yanow (2006) einzulösen – nämlich die Rückmeldung an das Feld –, bot sich mir im Rahmen einer Veranstaltung an der *Universität Wien*. Bei dieser hatte ich die Gelegenheit, mein Dissertationsprojekt vorzustellen und lud dazu die KollegInnen der Arbeitsgruppe „Krisenbegleitung“ ein, um mitunter weitere Erkenntnisse aus dem Dialog ziehen zu können.

9.7.6 Rückmeldungen aus dem Feld

„Wie soll man das verstehen, dass Betroffene vor wenigen Jahrzehnten noch weggesperrt wurden und jetzt auf einmal als ExpertInnen gefragt sind?“ wurde ich von Hilde*¹⁸⁹ gefragt, die an der Präsentation meines Dissertationsprojekts an der *Universität Wien*

¹⁸⁷ Diese möglichen juristischen Konsequenzen einer Unterbringung wurden auch in der Studie von Ingrid Sibitz et al. (2011) evident, da sich für manche befragte Betroffene nach der Entlassung ebenso rechtliche Konsequenzen ergaben, wie der Entzug oder die Befristung von Lenkerberechtigungen, deren Wiedererlangung mit hohen Kosten für Gutachten verbunden sind.

¹⁸⁸ Siehe dazu: Kapitel 8.12

¹⁸⁹ Der Name wurde geändert.

teilgenommen hatte und die „politisch-korrekte Rhetorik“ von Partizipation und Inklusion mehr als kritisch bewertete. Die Aufforderung zur Partizipation wurde auch von Elisabeth* kritisch hinterfragt:

„Vielleicht stellt man sich das oft zu einfach vor. Die Betroffenen sollen sich empowern, sie sollen sich sichtbar machen. Was aber mit den besonders verwundbaren Gruppen, die stark stigmatisiert sind und keine Lust dazu haben – vielleicht auch deswegen, weil sie in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen gemacht haben – oder auch nur eine starke Fluktuation in der Gruppe“ (kann ein Grund sein, Anm.DA) (Elisabeth*, E-Mailkorrespondenz vom 16. März 2012).

Meine Antwort auf Hildes* Frage/Kritik, dass das Bestreben nach Inklusion mitunter Ausdruck eines Paradigmenwechsel sein könnte und meine These dahingehend verteidigend, erzählte sie mir daraufhin, dass sie – als in der akademischen Lehre Tätige und selbst Psychiatrieerfahrene – oft erlebt hat, dass „Forschung bedeutet, Betroffene auszusaugen, sie nicht zu zitieren und Forschungsergebnisse nicht zu kommunizieren.“ Menschen mit Psychiatrieerfahrung werden namentlich meist nicht genannt, um sie zu „schützen“ (Hilde*, persönliches Gespräch). Die Frage nach Anonymität versus AutorInnenschaft beschäftigte mich nicht zuletzt aufgrund dieser Rückmeldung sehr lange. Die Lösung bestand für mich schließlich darin – wie bereits erwähnt –, mich an der Publikation *Mad Matters* und dem darin enthaltenen Vorgehen zu orientieren, in dem ich eine Kombination aus realen Namen und Pseudonymen wählte.

Eines der Ziele des *Triologs* besteht darin, dass Menschen mit Psychiatrieerfahrung, Angehörige und professionell Tätige versuchen, eine „gemeinsame Sprache“ zu finden und Verständigung kultivieren. Im Wortlaut des Vereins *Freiräume* werden Menschen mit Psychiatrieerfahrung vorwiegend als „Betroffene“ oder „Ex-Betroffene“ bezeichnet. Doch die Zuordnung zu jeweils einer Kategorie scheint gleichzeitig die Aspekte der anderen Kategorie auszuklammern – zumindest begegnete mir im Feld niemand, der eine Doppelrolle eingenommen hätte.

Ein für mich spannender Moment ergab sich, als ich von einem Teilnehmer des *Triologs* gefragt wurde, ob ich eine Betroffene sei. Auf meine Rückfrage, was das für ihn denn bedeuten würde, meinte er „betroffen zu sein bedeutet, Psychopharmaka zu nehmen und in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein.“ Also verneinte ich daraufhin seine Frage. Doch die Frage meiner Zugehörigkeit tauchte im Verlauf des Forschungsprozesses häufiger auf. So nahm auch Hilde* an, dass ich eine Betroffene sei, die „zusätzlich“ auch

Forschung in diesem Bereich betreibt. Aus ihrer Sicht sei es „unmöglich“, dass man dieses Thema – nämlich Psychiatriekritik – „neutral betrachten“ könne. „Neutral geht nicht – du musst dich entscheiden!“ Für Hilde* bedeutet „betroffen“ zu sein „an die Psychiatrie ausgelagert worden zu sein.“ Auch nach dieser Definition, war ich keine Betroffene im trialogischen Sinn und „neutral“ allerdings auch nicht. Auf die Frage nach „Gruppen von Betroffenen“ antwortete mir Elisabeth* in einem E-Mail: „Jede/r, finde ich, sollte seine/ihre Betroffenheit erkennen. Daraus kann sich ein verbessertes Verständnis den anderen `Betroffenen` gegenüber entwickeln; die Unterscheidung zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen wird nicht mehr bedeutsam sein“ (Elisabeth*, E-Mailkorrespondenz vom 16. März 2012).

9.7.7 Distanzierung

Im Dezember 2012 hatte sich die Arbeitsgruppe „Krisenbegleitung“ wieder getroffen. Dort stellte sich heraus, dass es einer Kollegin mittlerweile wieder schlechter ging. Eva*¹⁹⁰ erzählte, dass sie sich in ihrer Wohnung nicht mehr sicher fühle und das Gefühl habe, dass die Nachbarn schon über sie reden. Sie hatte bereits einen Koffer gepackt für den Fall, dass sie in ein Krankenhaus müsste. Da sie aber spürte, dass ihr Medikamente nicht helfen, da sie deren Wirkung nicht verträgt, sondern diese sie eher dämpfen, hatte sie große Angst vor einer psychiatrischen Behandlung im Zuge einer Krankenhausaufnahme. In den darauffolgenden Tagen wurde sie von Lukas* und einem Freund in die psychiatrische Ambulanz eines Krankenhauses begleitet. Doch eine stationäre Aufnahme war – trotz Einverständnis von Eva* – wegen Bettenknappheit nicht möglich. Die Krisenbegleitung gestaltete sich demnach so, dass die KollegInnen der Arbeitsgruppe vereinbarten, Eva* täglich telefonisch zu kontaktieren. Als ich sie damals anrief, erzählte sie mir, dass sie versucht hatte, das Schloss ihrer Wohnungstüre auszutauschen, da sie befürchtete, dass jemand eindringen könnte. Sie begann zu weinen und meinte, dass sie es aber auf der anderen Seite auch nicht alleine in ihrer Wohnung aushalten würde. Daraufhin verließ ich meine Rolle als Forscherin und versuchte – was eine meiner früheren Tätigkeiten als Sozialarbeiterin gewesen war – ein Bett in der Psychiatrie zu organisieren. Dieses Unterfangen scheiterte jedoch aufgrund sogenannter Regionalisierung, was bedeutet, dass PatientInnen aus Wien nicht in anderen Bundesländern stationär aufgenommen werden können. So kontaktierte ich eine Psychiaterin aus dem Umfeld des Vereins *Freiräume* mit

¹⁹⁰ Der Name wurde geändert.

dem Anliegen, eine Krankenhausaufnahme durchzusetzen. Die in unserer Arbeitsgruppe so oft thematisierte Kommunizierbarkeit von Krisen und unsere Überlegungen, wie eine nicht-medizinische Hilfestellung aussehen könnte, war damit an eine Grenze gestoßen. Gleichzeitig wurden mir dadurch nicht nur meine eigenen Grenzen, sondern auch die meiner Forschungsarbeit vor Augen geführt.

Der Methode einer qualitativen, unstrukturierten teilnehmenden Beobachtung Roland Girtlers folgend, wurde mit dem Eintritt ins Feld keine zeitliche Begrenzung der Anwesenheit festgelegt. Somit stand die Frage nach dem „richtigen Zeitpunkt“ für einen Feldaustritt stets im Raum. Doch in Anbetracht der krisenhaften Situation von Eva* schien die Vorstellung eines Feldaustrittes zum damaligen Zeitpunkt nicht mit meinem Gewissen vereinbar, hätte ich mich doch gefühlt wie die von Jürgen Friedrichs beschriebene Deserteurin (vgl. Friedrichs 1973 zit. in: Lamnek 2005: 600). Hinzukam, dass mir bewusst wurde, dass die Forscherin als neue Rollenträgerin das Feld mit beeinflusst und verändert (Lamnek 2005: 570), und ich bereits sensibilisiert wurde, dass Fragen zum Erleben von Zwang die Befragten mitunter belasten könnte. Fragen bezüglich Zwang wurden auch in unserer Arbeitsgruppe intensiv diskutiert und hinsichtlich meines Forschungsinteresse fühlte ich mich dabei mitverantwortlich.

9.8 Feldaustritt – Scheiden tut weh

Anfang Jänner 2013 teilte ich Eva* sowie den anderen KollegInnen der Arbeitsgruppe „Krisenbegleitung“ und dem Vorstand des Vereins *Freiräume* mittels Brief mit, dass ich mich in absehbarer Zeit aus dem Feld zurückziehen werde um meine Forschungsarbeit in schriftlicher Form fertig zu stellen, dass ich jedoch beabsichtige, sie an den Ergebnisse und Interpretationen meiner Arbeit teilhaben zu lassen. Dieser Schritt kam einem Beziehungsabbruch gleich, da ich zudem darum bat, mir in dieser Zeit auch keine E-Mails und SMS – und derer waren es gegen Ende sehr viele – zu schicken. „So ergibt sich das Moment von Distanz, ohne das teilnehmende Beobachtung nicht möglich ist, weil man sonst nicht berichten kann, was man erfahren hat“ (Lamnek 2005: 637). In diesem Fall schmerzte die Distanzierung zum Feld jedoch. Schließlich hatte ich viel Zeit mit den Menschen verbracht und mochte die Vereinsmitglieder und die KollegInnen der Arbeitsgruppe schlicht sehr gerne. Über meine Erfahrungen mit der Arbeitsgruppe zu schreiben fiel mir jedoch unmittelbar nach dem Feldaustritt schwer, was ich darauf zurück

führte, dass ich das Nähe-Distanz-Problem offenbar noch nicht überwunden hatte (vgl. ebd.: 639).

Der Ausstieg aus dem Feld erfolgte somit im Jänner 2013. Für die Fertigstellung der hier vorliegenden Arbeit bedeutet dies, dass ich mich fortan auf das Literaturstudium zur UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie auf den OPCAT-Prozess konzentrierte und die erhobenen Materialen der Feldforschung einstweilen ruhen ließ. Doch so zeigte sich, dass das Verständnis der UN-BRK und die Verknüpfung mit der kritischen Behinderungsforschung – sprich der theoretische Zugang dieser Arbeit – von den Erfahrungen aus dem Feld profitierte. Die Interpretation der Interpretation, also die doppelte hermeneutische Spirale konnte sich im Nachhinein betrachtet nur auf diese Weise vollziehen. So nahm ich immer wieder die Protokolle, E-Mails und Erfahrungsberichte aus der „Zeit der Freiräume“ in die Hand, war aber bislang noch unschlüssig, wie dieses Material in die Arbeit eingebaut werden sollte. Der Ausweg bestand schlussendlich darin, die Betroffenenbewegung in Wien historisch durch das Archiv der Zeitschrift *Kuckucksnest* zu erschließen. Dabei stellte ich fest, dass ganz grundsätzliche Fragen, wie etwa Solidarität zwischen Menschen mit oder ohne Psychiatrieerfahrung möglich ist, mit der Zeit immer wieder neu verhandelt wurden. Die Auseinandersetzung mit dem historischen Material erlaubte mir schließlich, im Rahmen dieser Arbeit die Geschichte der Betroffenenbewegung ein Stück weiterzuzählen. Im Zuge dessen schien auch eine erneute Kontaktaufnahme mit dem Feld sinnvoll,¹⁹¹ um mit Ingrid Machold über ihre Zeit und Erfahrungen bei der Zeitschrift *Kuckucksnest* zu sprechen. Im Gegenzug bemühte ich mich, Argumente aus der UN-BRK gegen psychiatrischen Zwang aufzubereiten und stellte sie sodann dem Verein *Freiräume* zur Verfügung.

9.9 Reflexion von Methode, Forschungsrolle und Ergebnis

Die Methode der teilnehmenden Beobachtung erlaubte tiefe Einblicke in die Lebenswelt anderer Menschen. Das Ziel dabei war, die Sichtweisen von Menschen mit Psychiatrieerfahrung hinsichtlich Macht, Normalität und Menschenrechten kennenzulernen. Die Wahl der Methode ermöglichte ein hautnahes dabei Sein, als genau

¹⁹¹ Nicht zu Letzt auch, weil Ingrid Machold mich daran erinnerte meinen Mitgliedsbeitrag für den Verein „Freiräume“ zu bezahlen: „Gemeinsam sind wir mehr!“ (Machold)

jene Themen für genau diese Menschen brisant wurden und im Zuge dessen mir gegenüber Ehrlichkeit, Verletzbarkeit und Menschlichkeit offenbart wurden.

Bezüglich meiner Forschungsrolle lässt sich festhalten, dass meine Gesprächs- und InterviewpartnerInnen durchaus Macht ausübten, die – mit Michel Foucault – als relational verstanden werden kann und in Beziehungen ausgeübt wird, indem sie nämlich den Verlauf des Forschungsprozesses wesentlich mit beeinflusst haben. Die Art und Weise wie eine Forscherin im Feld wahrgenommen wird, lässt sich nur bis zu einem gewissen Grad selbst bestimmen: „Ascribed identity is not directly under the researcher's control“ (Schwartz-Shea/Yanow 2012: 62). Dieser Aspekt wurde etwa in der Diskussion über meine eigenen „Betroffenheit“ deutlich. Die Beziehungen im Feld waren komplex und die „Präsentation des Selbst“ (Goffman 1959 zit. in: Schwartz-Shea/Yanow 2012: 62) war ein anhaltender Prozess, der auf Selbst- und Fremdbeobachtung und Lernen abzielte.

Die Ergebnisse aus dem Feld betreffend lässt sich festhalten, dass wesentliche Aussagen der beiden Studien von Sibitz et al. (2011) und Frajo-Apor et al. (2011) im Rahmen dieser Forschungsarbeit bestätigt werden konnte. So zeigte sich etwa, dass ein und dieselbe Person mit Psychiatrieerfahrung die Strategie verfolgen kann, nicht über ihre Erfahrungen mit Zwang in der Psychiatrie sprechen zu wollen, sich aber gleichzeitig engagiert für die Arbeit von Peer-BeraterInnen einsetzen kann oder ihre Erfahrungen in Form von Publikationen aufbereitet. Zudem wurde auch evident, dass das *wie* bei Unterbringungen ausschlaggebend dafür ist, ob die Erfahrung im Nachhinein als ausschließlich negativ bewertet wird, oder ob sich auch positive Aspekte ausmachen lassen. Die Nachbearbeitung solcher Erfahrungen, sowie bei Bedarf eine Beschwerdemöglichkeit zu haben wurde als besonders wichtig erachtet um Erlebnisse verarbeiten zu können und sie nicht als Unrecht zu empfinden. Die Auslagerung von Gewalt an private Sicherheitsdienste sollte zugunsten von internen Schulungen zur Deeskalation vermieden werden. Es ginge darum, Angst abzubauen und nicht durch „Uniformierte“ weiter zu schüren. Auch die Praxis des umstrittenen Netzbettes wurde unterschiedlich bewertet: Einige Monate nach meinem Besuch im Krankenhaus fragte ich Lukas*, wie er das Netzbett erlebt hat. Er meinte, dass es – als eine Seite des Netzes nicht mehr verschlossen war – „ganz gemütlich gewesen“ sei, aber im geschlossenen Netzbett nach jemandem zu rufen und keiner kommt, das hätte er hingegen „als Folter erlebt“ (Lukas*, persönliches Gespräch).

Zu Forschung bei und gemeinsam mit Menschen mit Psychiatrieerfahrung ist zu sagen, dass sie nicht nur legitim, sondern auch wichtig ist. Die KollegInnen der Arbeitsgruppe „Krisenbegleitung“ sowie die Mitglieder des Vereins *Freiräume* lehnten es ab, dass über sie geschrieben wird, ohne dass sie explizit dazu gefragt würden. Der Grundsatz der Disability Studies fand auch hier Anwendung. Die Frage nach der Anonymität bzw. AutorInnenschaft klar zu kommunizieren und eine Vereinbarung darüber zu treffen erscheint aus meiner Sicht essentiell. Vor allem auch in der Hinsicht, dass – wie mir die Menschen, die ich im Rahmen der Feldforschung kennenlernen durfte erzählten – Menschen mit Psychiatrieerfahrung darunter leiden, entweder in ihren Aussagen nicht ernst genommen zu werden und/oder „zu ihrem Schutz“ anders als gewünscht interpretiert zu werden. So bleibt abschließend die Erkenntnis, dass der/die ForscherIn das eigene Selbst einzubringen hat. „Neutral zu sein geht nicht!“ übersetze ich im Nachhinein mit „sei authentisch!“

10 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Zwangsmaßnahmen gelten als das „älteste Problem der institutionellen Psychiatrie“ (Steinert 2008: 27). Gleichzeitig wurde Österreich durch die *Vereinten Nationen* (UNO) im Zuge der Staatenprüfung zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) aufgefordert, „nicht einvernehmliche Praktiken abzuschaffen“ (CRPD/C/AUT/CO/1 2013: 5; BIZEPS 2013b). Die vorliegende Dissertation als argumentativ-interpretative Policy-Analyse (Fischer 2003; Yanow 2000) angelegt¹⁹² verfolgte die Absicht, die um diese Positionen kreisenden Diskurse aufzubereiten, um sie einer Debatte zugänglich zu machen. Die der Arbeit vorangegangene und zugrunde liegende Forschungsfrage lautete, wie Diskurse um freiheitsbeschränkende Praktiken an sogenannten psychisch kranken Menschen aktuell strukturiert sind und inwiefern die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen einen Policy-Wandel zur Folge haben könnte. Dabei wurde davon ausgegangen, dass ein Policy-Wandel wesentlich vom Verständnis, also von der Interpretation von Bedeutungen von Politikinhalten getragen wird und somit dieses Feld am ehesten unter Zuhilfenahme argumentativ-interpretativer Ansätze untersucht werden kann. Dies bedingte eine Analyse ganz konkreter Praktiken, die als Äußerungsformen von Rationalitäten begriffen wurden. Einführend war dies der Grund, warum drei Fallbeispiele¹⁹³ zur Illustration der Verschränkung von juristischem und medizinischem Macht-Wissen über Gutachten einen bestimmten Diskursstrang hervorbringt, der an dieser Stelle die Bezeichnung des Dogmas der medizinischen Notwendigkeit trug. Dieses Dogma wurde als wesentliche Legitimierung von freiheitsbeschränkenden Praktiken identifiziert. Der Begriff der Freiheitsbeschränkung findet sich zunächst im Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG)¹⁹⁴ und bezeichnet dort die Unterbindung von körperlicher Bewegungsfreiheit, wurde allerdings für diese Arbeit um Sachverhalte erweitert, die sich auf psychiatrischen Zwang, auf Unterbringungen und ganz allgemein auf nicht einvernehmliche Praktiken beziehen. Der Anspruch des Forschungsvorhabens bestand genau darin, unterschiedliche und teils konkurrierende Bedeutungsgehalte des Begriffs Freiheitsbeschränkung zu identifizieren und darzustellen. Dem lag die Überlegung zugrunde, dass freiheitsbeschränkende

¹⁹² Siehe dazu: Kapitel 3.1.3.2

¹⁹³ Siehe dazu: Kapitel 2

¹⁹⁴ Siehe dazu: Kapitel 2.2.1

Praktiken als hoheitliches Handeln dem Staat zuzurechnen sind und damit deren Analyse Rückschlüsse über die aktuelle Gouvernementalität zulässt.

Die durchgeführte Forschungsarbeit plausibilisierte die These, dass mit der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ein Instrument wirksam geworden ist, das zu einem Policy-Wandel¹⁹⁵ geführt hat.

Der Gang der Argumentation stellte sich folgendermaßen dar: Ein theoretischer Zugang über die kritische Behinderungsforschung¹⁹⁶ (Naue 2010; Tremain 2005; Waldschmidt 2007) ermöglichte eine Kritik/Dekonstruktion der Basis der Legitimierung von freiheitsbeschränkenden Praktiken, nämlich das Vorhandensein einer „psychischen Erkrankung“ und einer damit einhergehenden Gefährdung/Gefährlichkeit. Wesentliche Denkfiguren innerhalb der Disability Studies sind das soziale Modell und das medizinische Modell von Behinderung, die begrifflich ihren Ausdruck in disability (der sozialen Benachteiligung durch Behinderung) oder eben impairment (der körperlichen Beeinträchtigung) finden.¹⁹⁷ Eine Kritik des medizinischen Modells von Behinderung, das im Bereich der Psyche/Seele eine Beeinträchtigung erkennt, auf die unter Umständen mit Zwangsmaßnahmen reagiert wird, kann also darauf abzielen, die Legitimität von Freiheitsbeschränkungen in Frage zu stellen. Allerdings zeigte sich, dass für den Bereich der Psyche/Seele die Dichotomie zwischen Körper und Geist, die von den VertreterInnen des sozialen Modells teilweise fortgeführt wird, problematisch scheint.¹⁹⁸ Mehr noch, der ontologische Status von Wahnsinn sei als solcher problematisch (Mulvany 2000: 589) was sich darin äußert, dass er sowohl im Sinne von impairment als individuelle Schädigung als auch im Sinne von disability in seiner sozialen Auswirkung nicht unterschieden und letztgültig erklärt werden kann. Eine Überwindung der fragwürdigen Trennung von Körper und Geist ermöglichte eine poststrukturalistische Herangehensweise, wie sie von Shelley Tremain (2005) in Anlehnung an Michel Foucault vorgeschlagen und für diese Arbeit aufbereitet wurde. Den beiden folgend besteht der Zusammenhang genau darin zu erkennen, dass das nur vermeintlich objektive Kriterium impairment dazu dient, quasi neutralisiert und entpolitisiert eine Interventionsebene herzustellen um staatliche Praktiken zu legitimieren. Sowohl impairment als auch disability sind Diskursprodukte und können

¹⁹⁵ Siehe dazu: Kapitel 7

¹⁹⁶ Siehe dazu: Kapitel 3.1.1

¹⁹⁷ Siehe dazu: Kapitel 3.1.1.4

¹⁹⁸ Siehe dazu: Kapitel 3.1.1.6

dementsprechend dekonstruiert werden.¹⁹⁹ Die Frage, ob Menschen mit Psychiatrieerfahrung sich als Menschen mit Behinderungen wahrnehmen wurde ausführlich diskutiert,²⁰⁰ war vor dem Hintergrund des Behinderungsbegriffs der UN-BRK relevant und wurde dahingehend beantwortet, dass die Erfahrungen von Normalisierungsmacht²⁰¹ vor allem im Erleben von Freiheitsbeschränkungen geteilt werden. Der Machtbegriff dieser Arbeit operiert mit Aspekten von Disziplinarmacht und von Biomacht in unterschiedlicher Ausprägung. Als ein Effekt von Biomacht wurde identifiziert, dass das Leben in einem Bereich von Wert und Nutzen organisiert und qualifiziert wird, indem Subjekte an einer bestimmten Norm ausgerichtet werden (Foucault 1977: 139). Hinsichtlich freiheitsbeschränkender Praktiken wurde das Interagieren von Gesetzesmacht, Disziplinarmacht und Biomacht insofern deutlich, als dass die das Nicht-Normale feststellende und aussondernde Macht als Hilfe/Fürsorge/Therapie in Erscheinung tritt.

Im Dekonstruieren der vermeintlich objektiven Gegebenheit von Behinderung/Erkrankung/Wahnsinn erwies sich auch eine historische Annäherung über die Arbeiten Michel Foucaults (Foucault 1969) zum Einsperren in Institutionen insofern als aufschlussreich, weil dadurch gezeigt werden konnte, wie die psychiatrische Praxis und Wissenschaft die diskursive Herstellung des „Irren“ vorantrieb.²⁰² Die verklärte „Befreiung von den Ketten“ als Symbol für das humanistische Projekt und als Element eines Narrativ der Kritik an den Anstalten - den totalen Institutionen - wurde von einer Psychiatriekritik der 1960/70er Jahre aufgegriffen und in Verhältnis zu einer Gesellschaftskritik gestellt. Eine Herangehensweise über die kritische Behinderungsforschung bereitete den Kontext innerhalb dieser Arbeit auf, vor dem beurteilt werden konnte, in wie weit ein Policy-Wandel durch neue Policy-Instrumente möglich ist. Vor dem Hintergrund eines theoretischen Zugangs über die Disability Studies ist es auch zu verstehen, dass die inhaltliche und methodische Einbeziehung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung unumgänglich war. Gleichzeitig folgte diese Arbeit auch der Annahme, dass eine argumentativ-interpretative Policy-Analyse, die die Bedeutungen von Politikinhalten herausarbeiten möchte, ohne die Expertise der AdressatInnen unvollständig und eigentlich auch unverständlich bleiben muss. Daher wurde auf Dvora Yanows Konzeption von „local

¹⁹⁹ Siehe dazu: Kapitel 3.1.2.1

²⁰⁰ Siehe dazu: Kapitel 3.1.1.6

²⁰¹ Siehe dazu: Kapitel 3.1.1.5

²⁰² Siehe dazu: Kapitel 3.1.2.2

knowlegde“ rekurriert, um bestimmte „policy cultures“ (Yanow 2000), die die Implementierung als Interpretation²⁰³ erklärbar machen darzustellen.

Zur Kontextualisierung eines möglichen Policy-Wandels, der sich in veränderten Rationalitäten in Gestalt veränderter Praktiken zeigt, wurde zunächst das Recht auf Freiheit und seine möglichen Einschränkungen für sogenannte psychisch kranke Menschen in ausgewählten und vorwiegend internationalen Policy-Dokumenten vermessen.²⁰⁴

Im Anschluss daran wurde die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zunächst in ihrer Entstehungsgeschichte²⁰⁵ vorgestellt und in weiterer Folge hinsichtlich ihres wichtigen Element, nämlich des Paradigmenwechsels²⁰⁶ weg von einem medizinischen Modell hin zu einem sozialen Modell von Behinderung in den Fokus gerückt. Der in der Präambel der Konvention formulierte Paradigmenwechsel stellt tatsächlich die Umsetzung vor große Herausforderungen, geht es doch ihm folgend nicht um eine geringfügige Adaptierung, sondern darum, Behinderung als gesellschaftliche Konstruktion und somit auch als strukturelles Unrecht zu adressieren. Vor diesem Hintergrund müssen somit auch die für diese Arbeit ausgewählten Artikel der UN-BRK²⁰⁷ gelesen werden, die hinsichtlich freiheitsbeschränkender Praktiken Relevanz haben.

Besonders hervorzuheben bleibt der Artikel 14 der UN-Konvention, nämlich Freiheit und Sicherheit der Person, wiewohl auch dieser in einen Zusammenhang mit insbesondere Artikel 12 (Gleiche Anerkennung vor dem Recht), 15 (Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe), 17 (Schutz der Unversehrtheit der Person) und 25 (Gesundheit) zu stellen ist.

Der – mit der 2008 von Österreich ratifizierten Konvention einhergehende – Paradigmenwechsel war danach zu beurteilen, ob - beziehungsweise in wie fern - innerhalb der österreichischen Rechtsordnung ein Widerspruch zur Konvention und somit ein Änderungsbedarf besteht. Kurz gefasst, ob - und wenn ja, bis zu welchem Grad - Freiheitsbeschränkungen an Menschen mit Behinderungen - am Beispiel dieser Arbeit sogenannter „psychisch kranker“ Menschen - legitim sind. Die diese Thematik berührenden bundesgesetzlichen Regelungen, nämlich das Heimaufenthaltsgesetz

²⁰³ Siehe dazu: Kapitel 3.1.3.3

²⁰⁴ Siehe dazu: Kapitel 4

²⁰⁵ Siehe dazu: Kapitel 5.1

²⁰⁶ Siehe dazu: Kapitel 5.2

²⁰⁷ Siehe dazu: Kapitel 5.5

(HeimAufG)²⁰⁸ und das Unterbringungsgesetz (UbG)²⁰⁹ verneinen einen Widerspruch durch den Grundsatz der Kausalität von psychischer Erkrankung, schwerwiegender Gefährdung und Ausschöpfung von gelinderen Alternativen.

Allerdings ließ sich durch die Lektüre der wörtlichen Protokolle, die im Zuge der Formulierung der Konvention erstellt wurden, eine Diskrepanz feststellen. Konkret ging es um ein einziges Wort, welches die Bedeutung verändern kann und einen alternativen Diskursstrang zum Vorschein brachte (vgl. Nowak 2008: 16). Diesem folgend²¹⁰ wird ein Widerspruch zur Intention der Konvention insofern deutlich, als dass der Paradigmenwechsel hin zu einem sozialen Modell nicht vollzogen wurde, da bei Regelungen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nach wie vor ein medizinisches Modell von (psychischer) Behinderung angewendet wird. Dies führt in weiterer Folge auch dazu, dass die Annahme der Gefährlichkeit/Gefährdung insofern diskriminierend ist, als dass stigmatisierende Vorurteile zu einer Ungleichbehandlung von sogenannten psychisch kranken Menschen im Vergleich zu somatisch kranken Menschen und letztlich auch häufig zu Zwangsmaßnahmen führen. Das Dogma der medizinischen Notwendigkeit ist nach wie vor wirkmächtig und eine Anwendung des sozialen Modells scheitert sowohl am medizinischen ExpertInnenstatus, als auch in der Machtfrage der Verteilung von Ressourcen und Ideen hinsichtlich von Alternativen.

Durch die Ratifizierung der UN-BRK hat auf nationaler Ebene auch ein neuer Akteur - der *Unabhängige Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* - das Feld betreten und damit gleichzeitig neue Räume und Foren in Form von öffentlichen Sitzungen geschaffen.²¹¹ Menschen mit Behinderungen als Einzelpersonen, lokale Initiativen, VertreterInnen von Ministerien und Nichtregierungsorganisationen verhandelten den Kontext der UN-BRK in einem deliberativen Raum, wie durch die zitierten Protokolle und Stellungnahmen gezeigt werden konnte.

Ein Policy-Wandel hinsichtlich freiheitsbeschränkender Praktiken wurde wesentlich durch die Verschränkung der UN-BRK mit einem weiteren Policy-Instrument begünstigt,

²⁰⁸ Siehe dazu: Kapitel 2.2.1

²⁰⁹ Siehe dazu: Kapitel 2.3.1

²¹⁰ Siehe dazu: Kapitel 5.5.2

²¹¹ Siehe dazu: Kapitel 6.3

nämlich dem Anti-Folter-Rahmenwerk.²¹² Nach Österreichs Ratifizierung des Zusatzprotokolls zur UN-Antifolterkonvention und dem im Dezember 2012 beschlossenen OPCAT Durchführungsgesetz wurde ein Nationaler Präventionsmechanismus²¹³ installiert, der in Form von Besuchskommissionen Orte, in denen Menschen die Freiheit entzogen werden kann aufsucht und mit dem Ziel der Prävention von Folter kontrolliert. Dieses Mandat aus der völkerrechtlichen Verpflichtung tritt neben die Folterprävention des Europarates, der über die Europäische Antifolterkonvention ein internationales ExpertInnenkomitee bereits ab 1990 in mehrmaligen Besuchen auch psychiatrische Einrichtungen Österreichs kontrollieren und vor allem hinsichtlich massiver Zwangsmaßnahmen kritisierten ließ.²¹⁴ Für diese Arbeit konnte gezeigt werden, dass der aus dem Regelwerk resultierende Begriff der Folter und seine Anwendung im Kontext von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen eine wesentliche diskursive Veränderung zur Folge hatte.²¹⁵ Praktiken, die ihre Rechtfertigung aus dem Dogma der medizinischen Notwendigkeit gezogen hatten, konnten so vor einem menschenrechtlichem Hintergrund in einen völlig neuen kognitiven Rahmen gesetzt und als veränderbar begriffen werden.

Dieses Phänomen einer Diskurskoalition (Hajer 2003) hinsichtlich des Verständnisses des Folterbegriffs ließ sich bereits anhand der Rezeption zweier richtungsweisender Berichte von UN-Sonderberichterstattern gegen Folter durch die internationale Bewegung psychiatriekritischer Betroffener nachweisen. Der Nowak-Report (Nowak 2008) stellte erstmals eine Verbindung zwischen Behinderung, Psychiatrie und dem Mandat aus der UN-Antifolterkonvention her und der Méndez-Report²¹⁶ dehnte dieses in den Bereich der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen hinein aus. Durch die Verknüpfung von Mechanismen der Folterprävention, dem sozialen Modell von Behinderung aus der UN-BRK resultierend und seiner Anwendung auf den Kontext von psychiatrischen-, sozialen- und Gesundheitseinrichtungen ließ sich insofern ein Paradigmenwechsel konstatieren, als dass menschenrechtliche Normen dem von anderen definierten „Wohl“ vorangehen und Menschen mit Behinderungen radikal als Rechtssubjekte anerkannt werden.

Die These eines Policy-Wandels wurde anhand einer Zeittafel illustriert, die den Zeitraum beginnend ab der Ratifizierung der UN-BRK durch Österreich bis hin zum Fazit nach

²¹² Siehe dazu: Kapitel 6

²¹³ Siehe dazu: Kapitel 6.1.2

²¹⁴ Siehe dazu: Kapitel 6.2.3

²¹⁵ Siehe dazu: Kapitel 6.1.3 und Kapitel 6.1.5

²¹⁶ Siehe dazu: Kapitel 6.1.6

einem Jahr nach der ersten Staatenprüfung und den daraus resultierenden Handlungsempfehlungen darstellt.²¹⁷ Der Position der österreichischen Bundesregierung, dass hinsichtlich der Konvention kein materieller Umsetzungsbedarf bestünde, wurde durch den UN-Fachausschuss widersprochen. Hinsichtlich freiheitsbeschränkender Maßnahmen sprachen die Handlungsempfehlungen klar davon, dass der Artikel 14 durch die derzeit geltende Gesetzeslage verletzt sei, weil sie zulässt, dass Menschen aufgrund einer tatsächlichen oder wahrgenommenen Behinderung die Freiheit entzogen werden kann. Wie in dieser Arbeit gezeigt werden konnte, kam die österreichische Politik einer Empfehlung des UN-Gremiums dahingehend nach, als dass eine bestimmte Form einer Zwangsmaßnahme, nämlich das Netzbett schließlich auf dem Weg einer Verordnung mit Rekurs auf die UN-Behindertenrechtskonvention abgeschafft wurde (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

In der Darstellung des sechsjährigen Prozesses der Umsetzung und Überwachung der UN-BRK in Verbindung mit dem Zusatzprotokoll zur UN-Antifolterkonvention zeigte sich, dass ein Policy-Wandel wesentlich durch eine Kooperation von top-down und bottom-up Initiativen vorangetrieben wurde. Ein diskursiver Wandel, der das soziale Modell von Behinderung und den daran anschließenden Paradigmenwechsel zum Inhalt hatte, ließ sich sowohl durch die mehr als nur symbolische Wirksamkeit von internationalen Prüfmechanismen und Berichtswesen zur Überwachung, also auch durch die Ermunterung und schließlich Konsultation derselben mit lokalen Initiativen der Interessensvertretungen von Menschen mit Behinderungen feststellen. Kritische Schattenberichte der Zivilgesellschaft (ÖAR 2013) zum Stand der Umsetzung der Konvention bildeten die Basis der Erstellung der Prüfliste, anhand derer sich die österreichische Politik vor dem UN-Fachausschuss rechtfertigte.²¹⁸

Die Frage der Bedeutungen freiheitsbeschränkender Praktiken, deren Kritik und letztlich eine Bewertung von Änderungen für die AdressatInnen, nämlich Menschen mit eigener Psychiatrieerfahrung, bildete wie erwähnt einen theoretischen und methodischen Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit. Beginnend ab der Stellungnahme der *PatientInneninitiative Kuckucksnest* (Machold o.J.) zum Prozess des OPCAT-Durchführungsgesetzes auf lokaler Ebene, über die Analyse der Argumente internationaler Organisationen wie dem *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* (WNUSP) in

²¹⁷ Siehe dazu: Kapitel 7

²¹⁸ Siehe dazu: Kapitel 7.2

Zusammenhang mit der Formulierung und Überwachung der UN-BRK und deren Rezeption der Berichte der UN-Sonderberichterstatter²¹⁹, bis hin zur direkten Konfrontation mit den empirischen Ergebnissen der interpretativen Feldforschung²²⁰ sollte verdeutlicht werden, in wie fern das soziale Modell von Behinderung hinsichtlich des Bereichs der Seele/Psyche politisch umsetzbar sein könnte. Der Erkenntnisgewinn diesbezüglich nahm den Weg über die lokale Ebene hin zur internationalen Arena, über den Exkurs einer historischen Bearbeitung der Betroffenenbewegung in Wien²²¹, und schließlich wurden in einer hermeneutischen Spirale die Befunde nochmal durch die Methode einer teilnehmenden Beobachtung²²² vermessen.

Der soziale Raum (Fischer 2006), anhand dessen Elemente einer participatory governance (Gbikpi/Grote 2002) beurteilt werden konnten und gleichzeitig die Selbsttechnologien der TeilnehmerInnen sichtbar wurden, ist zwar nur ein kleiner Ausschnitt und somit in seiner Repräsentation für allgemeine Aussagen beschränkt. Trotzdem ist der Befund zu stellen, dass die Partizipationsanforderungen an Menschen mit Psychiatrieerfahrung - wie sie auch die UN-BRK vorsieht - insofern sensibel zu beurteilen sind, als dass Partizipation nicht als Standardlösung, sondern nur als eine kultivierte und genährte Praxis (Fischer 2009) verstanden werden kann. Mögliche zukünftige Wege von Partizipation könnten in der Miteinbeziehung von psychiatrierfahrenen Menschen im Rahmen der Kontrolltätigkeiten der Besuchskommissionen liegen.

Das soziale Modell von Behinderung wurde für diese Arbeit zwar theoretisch vermessen. Gleichzeitig zeigte sich in aller Deutlichkeit, dass Menschen mit Psychiatrieerfahrung intensiv nach Alternativen zu einer Krankheitsidentität suchen, die in der Wertschätzung des Erlebens und in Kompetenz im Umgang mit krisenhaften Situationen bestehen. Praktiken „nur“ zu verändern und dabei aber die zugrunde liegenden Rationalitäten zu wenig zu thematisieren, nämlich den Paradigmenwechsel weg von einem medizinisch-individualisierenden Modell hin zu einer gesellschaftlichen Verantwortung zu denken, scheint zwar in Anbetracht des Policy-Prozesses für Österreich in Ansätzen vorhanden, muss allerdings weiter als Herausforderung betrachtet werden. Dafür ist aus Sicht dieser Arbeit eine Kooperation zwischen Forschung und Betroffenen unumgänglich.

²¹⁹ Siehe dazu: Kapitel 6.1.6

²²⁰ Siehe dazu: Kapitel 9

²²¹ Siehe dazu: Kapitel 8

²²² Siehe dazu: Kapitel 9.6

Laut Rudolf Forster und Harald Kinzl ließen sich für Österreich bislang zwei historische Phasen feststellen, in denen politisch in den Bereich der Psychiatrie eingriffen wurde. Erstmals durch die Einführung der Entmündigungsordnung im Jahr 1916 und das nächste Mal in den 1970er und 1980er Jahren, „als das Modell der Anstaltpsychiatrie (...) in die Krise kam. In dieser Phase wurden eklatante Versorgungsmängel und das hohe Ausmaß an Zwang und Rechtseinschränkungen öffentlich bekannt und heftig diskutiert“ (Forster/Kinzl 2007: 296). Im Rahmen dieser Arbeit konnte jedoch aufgezeigt werden, dass gegenwärtig eine dritte Phase angebrochen ist, bei der es erneut um eine Kritik an freiheitsbeschränkenden Praktiken sowie an Institutionen geht, die die strukturelle Gewalt gegenüber Menschen, die darin eingesperrt sind, fördert. Mit der Ratifizierung der UN-BRK und der Implementierung eines Nationalen Präventionsmechanismus zur Verhütung von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe, zeichnete sich der Beginn dieser neuen Entwicklung ab. Das anfangs erwähnte Spannungsfeld zwischen Fürsorge-Schutz-Hilfe auf der einen Seite und Zwang-Menschenrechtsverletzung-Folter auf der anderen, wird aktuell durch die UN-BRK einer neuerlichen Bewertung zugänglich gemacht. Menschen mit Behinderungen waren dabei als wesentliche AkteurInnen in die Formulierung sowie in die Kontrolle der Umsetzung eingebunden. Durch diese institutionelle Neuerung war es möglich, dass Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Pflege **auch** als Orte anerkannt wurden, in denen Menschen die Freiheit entzogen wird. Dieser Unterschied ist wesentlich! Zumal diese Akzentverschiebung die Möglichkeit einräumt, dass Fürsorge und Hilfe **auch** als Zwang oder Folter erlebt werden können.

Die Verknüpfung der Disability Studies mit einer politikwissenschaftlichen Herangehensweise erwies sich im Rahmen dieser Forschungsarbeit als fruchtbar, denn die Analyse der Policy-Instrumente setzte ein Verständnis der Macht der Normalisierung sowie eine Dekonstruktion der Kategorie Behinderung voraus, um den Nukleus der UN-BRK – nämlich den Paradigmenwechsel – in vollem Ausmaß zu begreifen. Die Orte der Freiheitsentziehung – in diesem Fall Psychiatrien und Pflegeheime – sind gesellschaftlich höchst relevante Biotope und hinsichtlich mikrophysischer Praktiken (Foucault 1976a) politisch besonders interessant. Die Spiegelung, vom Rand aus Rückschlüsse auf die Mehrheitsgesellschaft zu ziehen, ermöglicht die kritische Behinderungsforschung und spannt dabei den Bogen zu einer Untersuchung von Gouvernementalität (Bröckling et al. 2000; Foucault 2003b).

Befinden wir uns nun tatsächlich in einer dritten Ära, in der das politische Aushandeln von Menschenrechten, Zwang, Normalität und Abweichung bzw. der Umgang damit durch Impulse aus der UN-BRK und dem Anti-Folter-Rahmenwerk neu verhandelt wird? Wie wird es in Zukunft um die Gouvernementalität des Wahnsinns²²³ bestellt sein? Denkbar wären zwei gegenläufige Tendenzen: Michel Foucault zeigte in seinem historischen Abriss (Foucault 1969), dass in Phasen wirtschaftlicher Krisen das Wegsperren zunimmt, wohingegen nach Nikolas Rose die Marginalisierten als Risikopopulation von SpezialistInnen gemanagt werden (Rose 2000). Die von Rose beschriebene aktuelle Umdeutung von Wechselfällen der Seele in Richtung Störung des Gehirnstoffwechsels, auf die psychopharmakologisch optimierend reagiert wird (Rose 2003), wäre ein denkbare Zukunftsszenario. Demnach würde Behinderung/Wahnsinn als individuelles Problem gedeutet werden, auf das mitunter mit Zwang reagiert werden kann.²²⁴ Nach Alternativen dazu zu suchen ist eine Aufgabe, der sich Forschung, der ein gesellschaftliches Zusammenleben in Solidarität ein Anliegen ist, stellen muss.

²²³ Siehe dazu: Kapitel 3.1.2

²²⁴ Siehe dazu: Kapitel 3.1.2.3

ANHANG

Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

Ad hoc Committee 2006: UN Convention on the Human Rights of People with Disability. Daily Summary 19.01.2006, Rehabilitation International. Abrufbar unter: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc7sum19jan.htm> (Zugriff: 15.05.2015).

Aigner, Doris 2009: Psychisch krank und obdachlos. Eine Diskursanalyse am Beispiel Wien. Diplomarbeit, Universität Wien.

Amering, Michaela 2003: Wirkt das Kuckucksnest entstigmatisierend? In: Kuckucksnest. Nr. 3, 4-6.

Amering, Michaela 2008: Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates. Wörtliches Protokoll der 9. Sitzung vom 06.06.2008. Abrufbar unter: <https://www.wien.gv.at/mdb/uk/psychiatrie> (Zugriff: 24.05.2015), 25-43.

Amering, Michaela/Hofer, Harald/Rath, Ingrid 1998: Trialog. Ein Erfahrungsbericht nach 2 Jahren „Erster Wiener Trialog“. In: Meise, Ullrich/Hafner, Friederike/Hinterhuber, Hartmut (Hg.): Gemeindepsychiatrie in Österreich. Innsbruck: VIP – Verlag Integrative Psychiatrie, 231-252.

Arnstein, Sherry R. 1969: A Ladder of Citizen Participation. In: JAIP. Vol. 35, Nr. 4, 216-224.

Aulehla, Margarete o. J.: Stellungnahme zum Ministerialentwurf betreffend ein Bundesverfassungsgesetz, mit dem das Bundes-Verfassungsgesetz geändert wird und ein Bundesgesetz zur Durchführung des Fakultativprotokolls vom 18.12.2002 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (OPCAT-Durchführungsgesetz) erlassen wird, 26/SN-286/ME XXIV. GP. Abrufbar unter: http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/SNME/SNME_06866/fnameorig_225124.html (Zugriff: 25.06.2015).

Barth, Peter 2006: Am „Schauplatz“ Pflegeheim oder von der Freiheit, zu stürzen bzw. eine Behandlung abzulehnen. In: Österreichische Juristenkommission (Hg.): Selbstbestimmung und Abhängigkeit. Wien, Graz: NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag, 124-145.

Barth, Peter/Engel, Arno 2004: Heimrecht. Heimaufenthaltsgesetz und die mit dem Heimvertragsgesetz in das Konsumentenschutzgesetz eingefügten Bestimmungen mit ausführlichen Anmerkungen, praxisorientierten Übersichten, Checklists und Musterheimvertrag. Wien: Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Barth, Peter/Kathrein, Georg/Kopetzki, Christian 2006: Rechtsprechungsübersicht Heimaufenthaltsgesetz 2005/2006. In: iFamZ – Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht. I-XII.

Bartlett, Peter 2012: A mental disorder of a kind or degree warranting confinement: examining justification for psychiatric detention. In: The International Journal of Human Rights. Vol. 16, Nr. 6, 831-844.

Beresford, Peter 2000: What Have Madness and Psychiatric System Survivors Got to Do with Disability and Disability Studies? In: Disability & Society. Vol. 15, Nr.1, 167-172.

Beresford, Peter 2013: Foreword. In: LeFrançois, Brenda/Menzies, Robert/Reaume, Geoffrey (Hg.): Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., IX-XIV.

Beresford, Peter 2014: Mad Studies brings a voice of sanity to psychiatry. In: The Guardian vom 07.10.2014. Abrufbar unter: <http://www.theguardian.com/society/2014/oct/07/mad-studies-voice-of-sanity-psychiatry> (Zugriff: 04.05.2015).

Berger, Peter L./Kellner, Hansfried 1984: Für eine neue Soziologie. Ein Essay über Methode und Profession. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Berger, Peter L./Luckmann, Thomas 2010/1966: Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Berlach-Pobitzer, Irene/Kreissl, Reinhard/ Pelikan, Christa/ Pilgram, Arno 2005: Grundlagen für die Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes. Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Justiz, Wien.

Bielefeldt, Heiner 2009: Zum Innovationspotential der UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.

BIZEPS – Zentrum für Selbstbestimmtes Leben (Hg.) 2013a: Monitoringausschuss Rückblick auf die 1. Funktionsperiode 10.12.2008-29.01.2013, Wien.

BIZEPS – Zentrum für Selbstbestimmtes Leben (Hg.) 2013b: Komitee für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Abschließende Bemerkungen zum ersten Bericht Österreichs, angenommen durch das Komitee bei seiner 10. Sitzung, 02.-13.09.2013. Die Handlungsempfehlungen der UNO im Rahmen der Staatenprüfung Österreichs wurden von Bizeps übersetzt. Abrufbar unter: https://www.bizeps.or.at/downloads/CRPD-C-AUT-CO-1_de.pdf (Zugriff: 23.07.2015).

BMASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009: Behindertenbericht 2008. Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich 2008, Wien.

BMASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2010: UN-Behindertenrechts-Konvention. Erster Staatenbericht Österreich. Beschlossen von der Österreichischen Bundesregierung am 05.10.2010, Wien.

BMASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2013a: UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Review of the State Party Austria; List of Issues of the UN-Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Response by the Republic of Austria, advance unedited version, BMASK/IV/A/1.

BMASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2013b: Hunds dorfer: Österreichs Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention auf dem Prüfstand. In: Bizeps-Forum vom 01.09.2013. Abrufbar unter: <https://www.bizepor.at/newphp?nr=14305> (Zugriff: 16.05.2015).

BMG – Bundesministerium für Gesundheit 2014: Erlass, Einsatz von psychiatrischen Intensivbetten in Einrichtungen nach dem UbG und HeimAufG. GZ: BMG-93330/0002-II/A/4/2014, 22.07.2014, Wien.

BMJ – Bundesministerium für Justiz o. J.: Justizbericht Rechtsfürsorge. Erleichterung des Zugangs zum Recht. 2009-2011. Abrufbar unter: <https://www.justiz.gv.at/web2013/file/2c9484853f60f165013f9f9ac5b960b9.de.0/rechtsf%C3%BCrsorgebericht.pdf> (Zugriff: 12.05.2015).

Boxall, Kathy/Beresford, Peter 2012: Service user research in social work and disability studies in the United Kingdom. In: Disability & Society. iFirst article, 1-14.

Brickner, Irene 2011: Kontrollen überall, wo Menschen eingesperrt werden. In: Der Standard vom 23.05.2011.

Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas 2000: Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Buchinger, Erwin 2012: Diskriminierung und Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen. In: Ehs, Tamara/Gschiegl, Stefan/Ucakar, Karl/Welan, Manfred (Hg.): Politik und Recht. Spannungsfelder der Gesellschaft. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels, 309-328.

Buchner, Tobias/Naue, Ursula/Postek, Natalia 2012: Fundamental Rights situation of persons with mental health problems and persons with intellectual disabilities. desk report Austria. Unveröffentlichter Bericht, Wien.

Burstow, Bonnie 2013: A Rose by Any Other Name. Naming and the Battle against Psychiatry. In: LeFrançois, Brenda/Menzies, Robert/Reaume, Geoffrey (Hg.): Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 79-90.

Canguilhem, Georges 1974: Das Normale und das Pathologische. München: Carl Hanser Verlag.

Chlebècek, Liesi 1991: Funktion und Wirkung des medizinischen Modells auf geistig behinderte Menschen in psychiatrischer Anstaltpflege. In: Kuckucksnest. Nr. 2, 21-23.

Chmela, Michael 2002: Was Einen nicht umwirft, macht Einen stärker. In: Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft (Hg.): Vertreten Beraten Unterstützen. 10 Jahre Patientenanwälte in der Psychiatrie. Krammer Verlag, 15-22.

Cooper, David 1978: Die Sprache der Verrücktheit. Erkundungen ins Hinterland der Revolution. Berlin: Rotbuch Verlag.

Council Of Europe, Committee of Ministers 2004: Recommendation Rec (2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder. Abrufbar unter: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=775685> (Zugriff: 15.05.2015).

Coyle, Jim 2012: Ryerson hosts international conference on Mad Studies. In: Thestar.com. 19.05.2012. Abrufbar unter: http://www.thestar.com/news/insight/2012/05/19/ryerson_hosts_international_conference_on_mad_studieht_ml (Zugriff: 14.05.2015).

CPT – Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe 2001: Bericht des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) an die Österreichische Regierung anlässlich seines Besuches in Österreich vom 19.-23.09.1999, Straßburg.

CPT – Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe 2002: CPT-Standards, CPT/Inf/E (2002) 1-Rev. 2010. Abrufbar unter: <http://www.cpt.coe.int/lang/deu/deu-standardpdf> (Zugriff: 16.05.2015).

CPT – Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe 2005: Bericht des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) an die Österreichische Regierung über seinen Besuch in Österreich vom 14.-23.04.2004, Straßburg.

CPT – Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe 2010: Bericht des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) über seinen Besuch in Österreich vom 15.-25.02.2009, Straßburg.

CRPD 2013: General comment on Article 12. Equal recognition before the law, CRPD/C/GC/1 2014: 10, 25.11.2013. Abrufbar unter: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement> (Zugriff: 15.05.2015).

CRPD/C/AUT/CO/1 2013: Concluding observation on the initial report of Austria, adopted by the Committee at its tenth session. 02.-13.09.2013, United Nations.

CRPD/C/AUT/Q/1 2013: List of issues in relation to the initial report of Austria, adopted by the Committee at its ninth session. 15.-19.04.2013, United Nations.

Devereux, Georges 1973: Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Berlin: Suhrkamp.

Diamond, Shaindl 2013: What Makes Us a Community? Reflections on Building Solidarity in Anti-sanist Praxis. In: LeFrançois, Brenda/Menzies, Robert/Reaume, Geoffrey (Hg.): Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 64-78.

Doron, Israel/Apter, Itai 2010: The Debate around the Need for an International Convention on the Rights of Older Person. In: The Gerontologist. Vol. 50, Nr. 5, 586-593.

ECoHR – European Court of Human Rights 1979: Case of Winterwerp v. The Netherlands, Application no. 6301/73, Strasbourg, Abrufbar unter: [http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-57597#{"itemid":"001-57597"}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-57597#{) (Zugriff: 15.05.2015).

ECoHR – European Court of Human Rights 1992: Case of Herczegfalvy v. Austria, Application no. 10533/83, Strasbourg. Abrufbar unter: [http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-57781#{"itemid":"001-57781"}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-57781#{) (Zugriff: 12.05.2015).

Europäische Kommission 2005: Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern. Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. KOM (2005)484, Brüssel, 14.10.2005. Abrufbar unter: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf (Zugriff: 15.05.2015).

Fally, Christoph/Schallhas, Markus 2010: Ökonomie der Psychiatrie. Warum Psychiatriekritik und Gesellschaft zusammengehören. In: Spring ins Feld. Information, Meinungen und Kunst zum Thema Seelisches Wohlbefinden. 7. Ausgabe, Dezember, 10-11.

Feyerabend, Paul 1977: Wider den Methodenzwang. Skizzen einer anarchistischen Erkenntnistheorie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Fink, Gerhard 2004/1993: Who's who in der antiken Mythologie. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Fischer, Frank 2003: Reframing Public Policy. Discursive Politics and Deliberative Practice. Oxford University Press.

Fischer, Frank 2006: Participatory Governance as Deliberative Empowerment. The Cultural Politics of Discursive Space. In: American Review of Public Administration. Vol. 36, Nr. 1, 19-40.

Fischer, Frank 2009: Citizen Participation and Deliberative Governance. The Problems of Knowledge and Complexity. In: Fischer, Frank: Democracy and Expertise. Reorienting Policy Inquiry. Oxford University Press, 48-76.

Flieger, Petra 2011: Zum Stand der Umsetzung von Artikel 19 der UN-Konvention in Österreich. In: Flieger, Petra/Schönwiese, Volker (Hg.): Menschenrechte – Integration – Inklusion. Aktuelle Perspektiven aus der Forschung. Bad Heilbrunn: Klinikhardt, 56-65.

Foltin, Robert o. J.: Soziale Bewegungen in Österreich. Die Autonomen. In: Grundrisse – Zeitschrift für linke Theorie & Debatte. Abrufbar unter: <http://www.grundrisse.net/grundrisse09/9autonome.htm> (Zugriff: 16.05.2015).

Forster, Rudolf/Kinzl, Harald 2007: 15 Jahre Unterbringungsgesetz. Eine kritische Würdigung aus sozialwissenschaftlicher Sicht. In: iFamZ – Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht. November, 294-298.

Foucault, Michel 1969: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, Michel 1976a: Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin. Berlin: Merve Verlag.

Foucault, Michel 1976b: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, Michel 1977: Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, Michel 1984/1994: Polemics, Politics and Problematizations. An Interview with Michel Foucault. In: Rabinow, Paul/Rose, Nikolas (Hg.): The Essential Foucault. Selections from The Essential Works of Foucault 1954-1984, New York, London: The New Press, 18-24.

Foucault, Michel 1984/1994: The Ethics of the Concern of the Self as a Practice of Freedom. In: Rabinow, Paul/Rose, Nikolas (Hg.): The Essential Foucault. Selections from The Essential Works of Foucault 1954-1984, New York, London: The New Press, 25-42.

Foucault, Michel 1989: Der Gebrauch der Lüste. Sexualität und Wahrheit 2. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, Michel 2000/1978: Die „Gouvernementalität“. In: Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hg.): Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 41-67.

Foucault, Michel 2002a: Ein Problem interessiert mich seit langem. Das Problem des Strafsystems. In: Defert, Daniel/Francois, Ewald unter Mitarbeit von Lagrange, Jacques (Hg.): Schriften in zwei Bänden, Dits et Ecrits, Band II, 1970-1975, 250-255.

Foucault, Michel 2002b: Wahnsinn und Gesellschaft. In: Defert, Daniel/Francois, Ewald unter Mitarbeit von Lagrange, Jacques (Hg.): Schriften in zwei Bänden, Dits et Ecrits, Band II, 1970-1975, 157-165.

Foucault, Michel 2003a: Die Anormalen. Vorlesungen am Collège de France 1974-1975. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault 2003b: Die „Gouvernementalität“ (Vortag). In: Defert, Daniel/Francois, Ewald unter Mitarbeit von Lagrange, Jacques (Hg.): *Schriften in vier Bänden, Dits et Ecrits*, Band III, 1976-1979, 796-823.

Foucault, Michel 2004: Die Geburt der Biopolitik. Geschichte der Gouvernementalität II. Vorlesungen am Collège de France 1978-1979. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, Michel 2005a: Vorlesung vom 14.01.1976. In: Defert, Daniel/Ewald, Francois (Hg.): *Michel Foucault. Analytik der Macht*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 108-125.

Foucault, Michel 2005b/1982: Subjekt und Macht. In: Defert, Daniel/Ewald, Francois unter Mitarbeit von Lagrange, Jacques (Hg.): *Michel Foucault. Analytik der Macht*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 240-263.

Foucault, Michel 2005c/1981: Die Maschen der Macht. In: Defert, Daniel/Ewald, Francois unter Mitarbeit von Lagrange, Jacques (Hg.): *Michel Foucault. Analytik der Macht*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 220-239.

Foucault, Michel 2005d/1974: Wahnsinn. Eine Frage der Macht. In: Defert, Daniel/Ewald, Francois unter Mitarbeit von Lagrange, Jacques (Hg.): *Michel Foucault. Analytik der Macht*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 69-73.

FRA – European Union Agency For Fundamental Rights 2012: Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Frajo-Apor, Beatrice/Stippler, Maria/Meise, Ullrich 2011: Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren. In: *Psychiatrische Praxis*. Vol. 38,1-7.

Friedmann, Alexander 1984: Leitfaden der Psychiatrie. Wien, München, Bern: Verlag Wilhelm Maudrich.

Fritz, Viktor 2007: Zeitzeuge Viktor Fritz 1966. Erinnerungen von Viktor Fritz. In: *Kuckucksnest* 2007. Nr. 3, 24-25.

Fritzsche, Peter K. 2004: Menschenrechte. Eine Einführung mit Dokumenten. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.

Füszl, Sylvia 2013: Netzbetten. Ein völkerrechtliches Problem? In: *ÖPPR – Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht*. Nr. 6, 180-181.

Ganner, Michael 2014: Erlass des BMG zum Einsatz von psychiatrischen Intensivbetten in Einrichtungen nach dem UbG und HeimAufG. In: *iFamZ – Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht*. Oktober, 259-260.

Gaventa, John 2002: Towards Participatory Local Governance. Six Propositions for Discussion. Abrufbar unter: http://www.participatorymethod.org/sites/participatorymethod.org/files/towards%20participatory%20local%20governance_gaventa.pdf (Zugriff: 11.05.2015).

Gbikpi, Bernard/Grote, Jürgen R. 2002: Introduction. From Democratic Government to Participatory Governance. In: Gbikpi, Bernard/Grote, Jürgen R. (Hg.): Participatory Governance. Political and Societal Implication. Opladen: Leske+Budrich, 17-34.

Gerlich, Peter 2012: Politische Kultur und Rechtskultur. In: Ehs, Tamara/Gschiegl, Stefan/Ucakar, Karl/Welan, Manfred (Hg.): Politik und Recht. Spannungsfelder der Gesellschaft. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 217-231.

Gesellschaft für Demokratische Psychiatrie 1983: Informationsblatt der Gesellschaft für Demokratische Psychiatrie für Patienten des PKH. In: Kuckucksnest. Nr. 2, 7.

Gibar, Yuval/Welsh, James 2013: Torture in Health Care Settings. Urgent Issues and Challenging Question. In: Center for Human Rights & Humanitarian Law. Anti-Torture Initiative (Hg.): Torture in Health Care Settings. Reflections on the Special Rapporteur on Torture's, 2013. Thematic Report, 263-276.

Girtler, Roland o. J.: Die 10 Gebote der Feldforschung. In: Forum qualitative Sozialforschung FQS. Abrufbar unter: <http://www.qualitative-forschung.de/fqs-supplement/members/Girtler/girtler-10Geb-d.html> (Zugriff: 11.05.2015).

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

Goodley, Dan 2011: Is disability theory ready to engage with the politics of mental health? In: Anderson, Jill/Sapey, Bob/Spendler, Helen (Hg.): Distress or Disability? Proceedings of a symposium held at Lancaster University 15. - 16.11.2011, Center for Disability Research, 63-67.

Hacking, Ian 1999: Was heißt „soziale Konstruktion“? Zur Konjunktur einer Kampfkabel in den Wissenschaften. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Hagleitner, Stefan/Ladinser, Edwin 2010: Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten und ihrer Angehörigen. In: Denk, Peter/Hagleitner, Joachim/Weibold, Barbara (Hg.): UbG aktuell. Tagungsband 2009. Dokumentation zur Tagung UbG aktuell am 16.10.2009 in der NÖ Landeskliniken-Holding, ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 71-74.

Hajer, Maarten 2003: A frame in the fields: policymaking and the reinvention of politic In: Hajer, Maarten A./Wagenaar, Hendrik (Hg.): Deliberative Policy Analysis. Understanding Governance in the Network Society. Cambridge University Press, 88-110.

Hajer, Maarten A./Wagenaar, Hendrik 2003 (Hg.): Deliberative Policy Analysis. Understanding Governance in the Network Society. Cambridge University Press.

Haslehner, Elfriede 1976: „PRO MENTE INFIRMIS“ am Ende? In: betrifft: Sozialarbeit. bS – Zeitschrift für Praxis und Ausbildung. Nr. 12, 7.

Hawkesworth, Mary 2006: Contending Conceptions of Science and Politics. Methodology and the Constitution of the Political. In: Yanow, Dvora/Schwartz-Shea, Peregrine (Hg.): Interpretation and Method. Empirical Research Methods and the Interpretive Turn. New York, London, England, Armonk: M.E. Sharpe, 27-49.

Hayden, Stefan 2012: Überall, wo es Freiheitsentzug gibt, sind Menschenrechte in Gefahr. In: Der Standard vom 11.04.2012.

Hegedüs, Marie H. 1986: Gespräch mit Irene Halpern. In: Kuckucksnest. Nr. 2, 15-17.

Heidelmeyer, Wolfgang 1997 (Hg.): Die Menschenrechte. Erklärungen, Verfassungsartikel, Internationale Abkommen. 4., erneuerte und erweiterte Aufl.,, München, Wien, Zürich: Ferdinand Schöningh. Paderborn.

Hofer, Harald 1984: Gedanken vom Hofnarren. Psychiatrie-Reform quo vadis? In: Kuckucksnest. Nr. 4, 25-27.

Hofer, Harald 1994: Kuckucks-Büchernest. In: Kuckucksnest. Nr. 2, 17.

Hofer, Harald 1995a: Der Trialog. Begegnung der „Wirklichkeiten“ von Psychose-Erfahrenen, Angehörigen und in der Psychiatrie Tätigen. In: Kuckucksnest. Nr. 3+4, 11-12.

Hofer, Harald 1995b: Der Trialog. Die Geschichte einer neuen Bewegung? In: Sozialarbeit. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung & Politik in Österreich. Nr. 108, September, 13-14.

Horvath, Christian 2009: Die Betroffenenbewegung. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Österreichischer Schizophreniebericht 2008. Kopierstelle BMG, Wien, 61-64.

Hrach, Sabine 2011: Freiheitsbeschränkungen. Ultima Ratio. Unveröffentlichte Masterarbeit am Departement Klinische Medizin und Präventionsmedizin, Donau-Universität Krems.

Hughes, Bill 2005: What Can a Foucauldian Analysis Contribute to Disability Theory? In: Tremain, Shelley (Hg.): Foucault and The Government Of Disability. The University of Michigan Press, 78-92.

Hughes, Bill/Paterson, Kevin 1997: The Social Model of Disability and the Disappearing Body. Towards a sociology of impairment. In: Disability & Society. Vol. 12, Nr. 3, 325-340.

Hunt, Paul 2005: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, E/CN.4/2005/51, 11.02.2005, United Nations, Economic and Social Council, Abrufbar unter: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G05/108/93/PDF/G0510893.pdf?OpenElement> (Zugriff: 15.05.2015).

Independent Monitoring Committee for the Implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities 2013: Report of the Independent Monitoring Committee for the Implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities to the Committee on the Rights of Persons with Disabilities in preparation of the dialogue with Austria in September 2013. Abrufbar unter: <http://monitoringausschusat/dokumente/documents-in-english> (Zugriff: 16.05.2015).

Jez, Ingrid 2010: Rechtsprechungsübersicht Heimaufenthaltsgesetz 2007-2010. In: iFamZ-Spezial – Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht. Juli, 57-72.

Kaleck, Wolfgang/Hilbrans, Sönke/Schamer, Sebastian 2008: Gutachterliche Stellungnahme. Ratifikation der UN Disability Convention vom 30.03.2007 und Auswirkung auf die Gesetze für sogenannte psychisch Kranke am Beispiel der Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung nach dem PsychKG. 2. überarbeitete Fassung, Berlin: Auftraggeber: Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. Abrufbar unter: <http://www.die-bpe.de/stellungnahme/stellungnahme.pdf> (Zugriff: 15.05.2015).

Kern, Evelyne 1986: Ein irrer Erfolg!? In: Kuckucksnest. Nr. 2, 5-6.

Kern, Evelyne 1990: Unsere Meinung zum Anhaltegesetz. In: Kuckucksnest. Nr. 4, 9.

Kessl, Fabian 2007: Wozu Studien zur Gouvernementalität in der Sozialen Arbeit? Von der Etablierung einer Forschungsperspektive. In: Anhorn, Johannes/Bettinger, Frank/Stehr, Johannes (Hg.): Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 203-225.

Kinzl, Harald 2007: Abteilungskultur und Unterbringungspraxis. Einfluss auf die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen. In: iFamZ – Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht. November, 298-301.

Klagsverband 2014: Bizeps-Forum vom 14.05.2014. Abrufbar unter: <http://www.bizepor.at/newphp?nr=14947> (Zugriff: 23.02.2015).

Kooijmans, Pieter 1986: Torture and other cruel, inhuman or degrading Treatment or Punishment. Report by the Special Rapporteur, Mr. P. Kooijmans, appointed pursuant to Commission on Human Rights resolution 1985, 33, E/CN.4/1986/15, United Nations, Economic and Social Council. Abrufbar unter: http://ap.ohchr.org/documents/E/CHR/report/E-CN_4-1986-15.pdf (Zugriff: 16.05.2015).

Kopetzki, Christian 2005: Grundriss des Unterbringungsrechts. 2. aktualisierte und erweiterte Aufl., Wien, New York: Springer Verlag.

Kopetzki, Christian 2008: Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates. Wörtliches Protokoll der 25. Sitzung vom 11.12.2008. Abrufbar unter: <https://www.wien.gv.at/mdb/uk/psychiatrie/> (Zugriff: 24.05.2015), 3-22.

Koppensteiner, Stefan 2013: Dokumentationspflicht, Netzbetten & Kinderpsychiatrie. Aktuelles vom OGH. In: ÖZPR – Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht. Nr. 3, 86-88.

Kovar, Friedrich 2007: Der Polizist als „Notfallspsychiater“? In: HPE (Hg.): Kontakt. Vol. 3, 9-13.

Kreisky, Eva 2000: Intellektuelle als historisches Modell. In: Kreisky, Eva (Hg.): Von der Macht der Köpfe. Intellektuelle zwischen Moderne und Spätmoderne. Wien: WUV-Universitätsverlag. 11-65.

Kronauer, Martin 2002: Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus. Frankfurt, New York: Campus Verlag.

Kuckucksnest 1983: Was halten Sie vom Kuckucksnest? In: Kuckucksnest. O, 1-10.

Kuhn, Thomas 1976: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Lachwitz, Klaus 2008: Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Auswirkungen auf die Rechte von Menschen mit geistiger Behinderung und/oder psychosozialen Problemen. In: BtPrax – Betreuungsrechtliche Praxis. Zeitschrift für Soziale Arbeit, gutachterliche Tätigkeit und Rechtsanwendung in der Betreuung. Nr. 4, 143-148.

Ladurner, Joy/Sagerschnig, Sophie/Hagelitner, Joachim 2012: Analyse Unterbringungsgesetz 2012. In: ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit (Hg.): Wissenschaftlicher Ergebnisbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Dezember 2012, Wien.

Lamnek, Siegfried 2005: Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4., vollständig überarbeitete Aufl., Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

LeFrançois, Brenda 2014: Sanism and the Mad Studies Project. Lancaster Disability Conference, 10.12.2014. Abrufbar unter: <https://madstudies2014.wordpress.com/resources/> (Zugriff: 29.04.2015).

LeFrançois, Brenda/Menzies, Robert/Reaume, Geoffrey 2013 (Hg.): Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.

Lemke, Thomas 2005: Nachwort. Geschichte und Erfahrung. Michel Foucault und die Spuren der Macht. In: Defert, Daniel/Ewald, Francois (Hg.): Analytik der Macht. Frankfurt am Main: Suhrkamp. 317-347.

Lemke, Thomas 2009: Die politische Theorie der Gouvernementalität: Michel Foucault. In: Brodocz, André/Schaal, Gary (Hg.): Politische Theorien der Gegenwart I. Eine Einführung. 3., erweiterte und aktualisierte Aufl., Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills 2009, 467-498.

Loidolt, Bettina 2003: Die Selbsthilfebewegung von Psychiatrie-Erfahrenen. Drei Fallstudien von Selbsthilfegruppen in Ost-Österreich. Diplomarbeit, Universität Wien.

Looz, Carola v. 2009: Selbstbestimmung und Teilhabe rechtlich betreuter Menschen. In: BtPrax – Betreuungsrechtliche Praxis. Zeitschrift für Soziale Arbeit, gutachterliche Tätigkeit und Rechtsanwendung in der Betreuung. Nr. 1, 3-6.

Lynch, Cecilia 2006: Critical Interpretation and Interwar Peace Movement Challenging Dominant Narratives. In: Yanow, Dvora/Schwartz-Shea, Peregrine (Hg.): Interpretation and Method. Empirical Research Methods and the Interpretive Turn. New York London, England, Armonk: M.E. Sharpe, 291-299.

Machold, Ingrid o. J. : Stellungnahme zum Ministerialentwurf betreffend ein Bundesverfassungsgesetz, mit dem das Bundes-Verfassungsgesetz geändert wird und ein Bundesgesetz zur Durchführung des Fakultativprotokolls vom 18.12.2002 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere

grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (OPCAT-Durchführungsgesetz),
25/SN-286/ME XXIV. GP. Abrufbar unter:
http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/SNME/SNME_06865/fnameorig_225122.html. (Zugriff: 11.05.2015).

Machold, Ingrid/Fritz, Viktor 2003: In eigener Sache. In: Kuckucksnest. Nr. 4, 4-5.

Marhold, Wilhelm 2009: Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates: Wörtliches Protokoll der 27. Sitzung vom 08.01.2009. Abrufbar unter: <https://www.wien.gv.at/mdb/uk/psychiatrie/> (Zugriff: 24.05.2015), 3-36.

Mayer, Heinz 2008: Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates. Wörtliches Protokoll der 4. Sitzung vom 24.04.2008. Abrufbar unter: <https://www.wien.gv.at/mdb/uk/psychiatrie/> (Zugriff: 24.05.2015), 24-39.

Meise, Ullrich/Frajo-Apor, Beatrice/Stippler, Maria/Wancata, Johannes 2011: Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – ein Tabu? In: Neuropsychiatrie. Vol. 25, Nr. 1, 1-7.

Méndez, Juan E. 2013: Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, A/HRC/22/53. Abrufbar unter: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf. (Zugriff: 12.05.2015).

Menzies, Robert/LeFrançois, Brenda/Reaume, Geoffrey 2013: Introducing Mad Studies. In: LeFrançois, Brenda/Menzies, Robert/Reaume, Geoffrey (Hg.): Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 1-22.

Miljkovic, Marijana 2008: Streiffall Psychiatrie. Analyse. Wie Wien von der U-Kommission profitiert. In: Der Standard vom 23.07.2008. Abrufbar unter: <http://derstandard.at/1216325423460/Analyse-Streiffall-Psychiatrie> (Zugriff: 26.05.2015).

Miljkovic, Marijana 2009a: Die Psychiatrie ist kein Mädchenpensionat. In: Der Standard vom 09.01.2009. Abrufbar unter: <http://derstandard.at/1231151359545/Nachlese-Die-Psychiatrie-ist-kein-Maedchenpensionat> (Zugriff: 26.5.2015).

Miljkovic, Marijana 2009b: Seltsames Ende der U-Kommission zur Psychiatrie. In: Der Standard vom 17.02.2009. Abrufbar unter: <http://derstandard.at/1234507222927/Seltsames-Ende-der-U-Kommission> (Zugriff: 26.05.2015).

Minkowitz, Tina 2013: UN Prohibition of Psychiatric Commitment. Review and Analysis. Abrufbar unter: <http://www.madinamerica.com/2013/10/un-leaves-no-doubt-end-mental-health-detention/> (Zugriff: 11.05.2015).

Minkowitz, Tina 2013b: We Name it as Torture. Abrufbar unter: <http://www.madinamerica.com/2013/06/we-name-it-torture/> (Zugriff: 15.05.2015).

Minkowitz, Tina 2013c: A Response to the Report by Juan E. Méndez, Special Rapporteur on Torture, Dealing with Torture in the Context of Healthcare, as it Pertains to Nonconsensual Psychiatric Interventions. In: Center for Human Rights & Humanitarian Law. Anti-Torture Initiative (Hg.): Torture in Health Care Settings. Reflections on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report, 227-245.

Morrow, Marina 2013: Recovery: Progressive Paradigm or Neoliberal Smokescreen. In: LeFrançois, Brenda/Menzies, Robert/Reaume, Geoffrey (Hg.): Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 323-333.

Müller, Andreas Th./Walter, Matthias 2013: Die vergessene Dimension in der stationären Altenhilfe. Implikationen des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen für demenzerkrankte Personen in Alten- und Pflegeheimen. In: RdM – Recht der Medizin. Vol. 54, 84-92.

Mulvany, Julie 2000: Disability, impairment or illness? The relevance of the social model of disability to the study of mental disorder. In: Sociology of Health & Illness. Vol. 22, Nr. 5, 582-601.

Munro, Nell 2012: Define acceptable. How can we ensure that treatment for mental disorder in detention is consistent with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities? In: The International Journal of Human Rights. Vol. 16, Nr. 6, 902-913.

N.N. 1977: Arbeitsgruppe „Demokratische Psychiatrie“. In: betrifft: Sozialarbeit. bS – Zeitschrift für Praxis und Ausbildung. Nr. 2/3, 11.

N.N. 2012: Behindertenrechte in der Psychiatrie? In: Spring ins Feld. Information, Meinungen und Kunst zum Thema Seelisches Wohlbefinden. 11. Ausgabe, Mai, 18-19.

N.N.K. 1983: Editorial. In: Kuckucksnest. O, o. S.

N.N.K. 1984: Modellversuch Patientensachwaltschaft. In: Kuckucksnest. Nr. 3, 33.

N.N.K. 1990: Editorial. In: Kuckucksnest. Nr. 1, 2.

N.N.K. 1990b: Ohne Titel. In: Kuckucksnest. Nr. 1, 26-27.

N.N.K. 1991: Redaktionsteam wurde Verein. In: Kuckucksnest. Nr. 1, 11.

N.N.K. 1999: Verein Freiräume für Menschen in psychischen Ausnahmezuständen. In: Kuckucksnest. Nr. 2, 37.

N.N.K. 1999b: Psychiatrieerfahrene im Open Space. In: Kuckucksnest. Nr. 4, 6-10.

N.N.K. 2003: Der Verein PIK – Patienten-Initiative Kuckucksnest und unsere Zeitschrift. In: Kuckucksnest. Nr. 1, 3.

N.N.K. 2008: Editorial. In: Kuckucksnest. Nr. 4, 2.

Narr, Wolf-Dieter/ Saschenbrecker, Thomas/ Wähner, Eckart 2011: Behinderung, Menschenrechte und Zwang. Gutachten im Auftrag des Komitees für Grundrechte und Demokratie anlässlich der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 in Sachen Zwangsbefehlung einer im Pfalzklinikum Klingenmünster im Maßregelvollzug untergebrachten Person (BVerfG, 2 BvR 882/09): Zu den Graden und Grenzen legalen und legitimen Zwangs im Umgang mit psychisch behinderten Menschen am Beispiel der Psychiatrie als Wissenschaft und Praxis. Freie Universität Berlin, Otto-Suhr-Institut für Politikwissenschaft, Fachbereich Politik- und Sozialwissenschaften.

Naue, Ursula 2005: Zur Analyse der Behindertenpolitik in Österreich aus dem Blickwinkel der Disability Studies. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft. Vol.5, Nr. 5, 82-91.

Naue, Ursula 2010: Biopolitik der Behinderung. Die Macht der Norm und des „Normalen“. In: Kontraste. Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik. Vol.6, August, 9-13.

Naue, Ursula 2013: Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Staatenprüfung Österreichs. Prüfliste/Themenliste. Abrufbar unter: <https://ursulanaue.wordpress.com/2013/05/24/520/> (Zugriff: 16.05.2015).

Neuhold, Thomas 2014: Tabletten gegen die Traurigkeit im Altersheim. In: Der Standard vom 19.11.2014.

Nowak, Manfred 2008: Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Interim Report of the Special Rapporteur of the Human Rights Council on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, A/63/175, General Assembly, United Nations. Abrufbar unter: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/UNStudiesAndReport.aspx>. (Zugriff: 12.5.2015).

ÖAR – Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2011: Stellungnahme der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR), Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs, zum Entwurf . 1. Eines Bundesverfassungsgesetzes, mit dem das Bundesverfassungsgesetz geändert wird, und 2. eines Bundesgesetzes zur Durchführung des Fakultativprotokolls vom 18.12.2002 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (OPCAT-Durchführungsgesetz), 8/SN-286/ME XXIV. GP.

ÖAR – Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2013: Bericht zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Österreich anlässlich des 1. Staatenberichtsverfahrens vor dem UN-Ausschuss über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Wien.

OBDS – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit 2004: Ethische Standards-Berufspflichten für SozialarbeiterInnen. Generalversammlungsbeschluss des OBDS 17.10.2004 in Salzburg, Abrufbar unter: http://www.sozialarbeit.at/files/ethik-berufspflichten-obds_1.pdf. (Zugriff: 11.05.2015).

Oberhuber, Florian 1998: Die Produktion des Wohnungslosen. Eine Geschichte sozialer Exklusion und Inklusion unter besonderer Berücksichtigung der Wohnungslosenhilfe in Wien. Diplomarbeit, Universität Wien.

Office of the High Commissioner for Human Rights 2007: Expert Seminar on Freedom from Torture and Ill Treatment and Persons with Disabilities. Report. Geneva, 11th December 2007.

Office of the High Commissioner for Human Rights 2008: Annual Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights and Reports of the Office of the High Commissioner and the Secretary-General. Thematic Study by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on enhancing awareness and understanding of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, A/HRC/10/48, 26th January 2009, Abrufbar unter: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/10session/A.HRC.10.48.pdf> (Zugriff: 16.05.2015).

Öhlinger, Theo 1999: Verfassungsrecht. 4., überarbeitete und erweiterte Aufl., Wien: WUV-Universitätsverlag.

Omar, Silvia 1986: Endlich... In: Kuckucksnest. Nr. 1, 5.

Omar, Silvia 1991: Ein Kuckucksei im Kuckucksnest. In: Kuckucksnest. Nr. 3, 9-10.

Parlamentskorrespondenz 2011: Volksanwaltschaft wird zentrale Anlaufstelle für Foltervorwürfe. Nr. 1114 vom 22.11.2011. Abrufbar unter: http://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2011/PK1114/ (Zugriff: 16.05.2015).

Pierre, Jon 2000: Introduction: Understanding Governance. In: Pierre, Jon (Hg.): Debating Governance. Oxford University Press, 1-10.

Pilgram, Arno/Hanak, Gerhard/Kreissl, Reinhard/Neumann, Alexander 2009: Entwicklung von Kennzahlen für gerichtliche Sachwalterrechtspraxis als Grundlage für die Abschätzung des Bedarfs an Vereinssachwaltern. Abschlussbericht. In: Institut für Rechts- & Kriminalsoziologie (Hg.). Abrufbar unter: <http://www.irkat/assets/irks/Publikationen/Forschungsbericht/SWKennzahlen%20final.pdf> (Zugriff: 07.06.2015).

Pilgrim, David/Tomasini, Floris 2011: The social re-framing of forms of mental disorder. In: Anderson, Jill/Sapey, Bob/Spendler, Helen (Hg.): Distress or Disability? Proceedings of a symposium held at Lancaster University 15.-16.11.2011. Center for Disability Research, 68-70.

Plumb, Anne 1994/2011: distress or disability? The Medicalisation of Distress and Dissent. In: Anderson, Jill/Sapey, Bob/Spendler, Helen (Hg.): Distress or Disability? Proceedings of a symposium held at Lancaster University 15.-16.11.2011. Center for Disability Research, 4-12.

Price, Margaret 2011: Mad at School. Rhetoric's of Mental Disability and Academic Life. The University of Michigan Press.

pro mente Austria 2010: pro mente Austria Zeitschrift. Nr. 1, April, Abrufbar unter: http://www.promentesteiermark.at/news/newsmodul/upload/1479914137_pma_1_10_einzelseiten_web.pdf (Zugriff: 09.06.2015).

Pschyrembel, Willibald 2007: Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. 261., neu bearbeitete und erweiterte Aufl., Berlin, New York: Walter de Gruyter.

Pülzl, Helga/Treib, Oliver 2007: Implementing Public Policy. In: Fischer, Frank/Miller, Gerald J./Sidney, Mara (Hg.): Handbook of Public Policy Analysis Theory, Politics, and Methods. CRC Press, 89-107.

Ramskogler, Sonja 2008 : Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates: Wörtliches Protokoll der 1. Sitzung vom 25.03.2008. Abrufbar unter: <https://www.wien.gv.at/mdb/uk/psychiatrie/> (Zugriff: 24.05.2015).

Reville, David 2013: Is Mad Studies Emerging as a New Field of Inquiry? In: LeFrançois, Brenda/Menzies, Robert/Reaume, Geoffrey (Hg.): Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 170-180.

Riffer, Friedrich 2009: Einführung. In: Denk, Peter/Hagleitner, Joachim/Weibold, Barbara (Hg.): UbG aktuell. Tagungsband 2009. Dokumentation zur Tagung UbG aktuell am 16.10.2009 in der NÖ Landeskliniken-Holding. ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 9-12.

Rissmiller, David J./Rissmiller, Joshua H. 2006: Evolution of the Antipsychiatric Movement In to Mental Health Consumerism. In: Psychiatric Services. Vol. 57, Nr. 6, 863-866.

Rose, Nikolas 1996: Psychiatry as a political science: advanced liberalism and the administration of risk. In: History of the Human Sciences. Vol. 9, Nr. 2, 1-23.

Rose, Nikolas 1998: Governing risky individuals. The role of psychiatry in new regimes of control. In: Psychiatry, Psychology and Law. Vol. 5, Nr. 2, 177-195.

Rose, Nikolas 1999: Powers of Freedom. Reframing Political Thought. Cambridge University Press.

Rose, Nikolas 2000: Tod des Sozialen? Eine Neubestimmung der Grenzen des Regierens. In: Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hg.): Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 72-109.

Rose, Nikolas 2001: The Politics of Life Itself. In: Theory, Culture & Society. Vol. 18, Nr.6, 1-30.

Rose, Nikolas 2003: Neurochemical Selves. In: Society. November, December, 46-53.

Ruoff, Michael 2007: Foucault-Lexikon. Paderborn: Wilhelm Fink Verlag.

Saretzki, Thomas 2003: Aufklärung, Beteiligung und Kritik. Die „argumentative Wende“ in der Policy-Analyse. In: Schubert, Klaus/Bandelow, Nils C. (Hg.): Lehrbuch der Politikfeldanalyse. München, Wien: R. Oldenbourg Verlag, 391-417.

Sauer, Birgit 2001: Die Asche des Souveräns. Staat und Demokratie in der Geschlechterdebatte. Frankfurt, New York: Campus Verlag.

Schallhas, Markus 2008: Antipsychiatrie und Psychiatriekritik in Österreich. In: Malmoe. Vol. 43, Herbst, 26.

Schlaffer, Peter 2010 (Hg.): Patientenrechte in der Psychiatrie. Unterbringung. VertretungsNetz, Forsthausgasse Wien.

Schmidt, Manfred G. 2004: Wörterbuch zur Politik. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.

Schön, Donald A./Rein, Martin 1994: Frame Reflection. Toward the Resolution of Intractable Policy Controversies. Basic Books. A Member of the Perseus Books Group.

Schönwiese, Volker 2008: Schafft die Heime ab. Reflexionen zu Deinstitutionalisierung und Gemeinwesensintegration. In: Verein LOK – Leben ohne Krankenhaus (Hg.): Vom schönen Schein der Integration. Menschen mit Behinderung am Rand der Leistungsgesellschaft. Tagungsband, 105-119.

Schroeder, Werner/Müller, Andreas/Weber, Karl/Heißl, Gregor/Reissner, Gert-Peter/Mair, Andreas/Ganner, Michael/Voithofer, Caroline 2014: Gutachten über die aus dem UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen erwachsenen Verpflichtungen Österreichs. Universität Innsbruck, Rechtswissenschaftliche Fakultät. Abrufbar unter: [http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/5/8/CH2218/CMS1314697554749/fakultaetsgutachten_en_\(ed_gh_27_11_2014\).pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/5/8/CH2218/CMS1314697554749/fakultaetsgutachten_en_(ed_gh_27_11_2014).pdf) (Zugriff: 23.06.2015).

Schultze, Rainer-Olaf 2002a: Paradigma. In: Nohlen, Dieter/Schultze, Rainer-Olaf (Hg.): Lexikon der Politikwissenschaft. Band 2 N-Z. Theorien, Methoden, Begriffe. Verlag H.C. Beck, 619-622.

Schultze, Rainer-Olaf 2002b: Partizipation. In: Nohlen, Dieter/Schultze, Rainer-Olaf (Hg.): Lexikon der Politikwissenschaft. Band 2 N-Z. Theorien, Methoden, Begriffe. Verlag H.C. Beck, 647-649.

Schulze, Marianne 2010: Understanding The UN Convention On The Rights Of Persons With Disabilities. Handicap International.

Schulze, Marianne 2011: Menschenrechte für alle. Die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In: bidok – digitale Volltextbibliothek. Abrufbar unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/schulze-menschenrechte.html> (Zugriff: 15.05.2015).

Schwartz-Shea, Peregrine/Yanow, Dvora 2012: Interpretive Research Design Concepts and Processes. New York, London: Routledge Taylor & Francis Group.

Schwitzer, Hannelore T. 2003: Gebt und unsere Netzbetten zurück! In: Kuckucksnest. Nr. 3, 20.

Schwitzer, Hannelore T. 1983: Eine Freundschaft oder Laienhelfer in Aktion. In: Kuckucksnest. Nr. 1, 7.

Selbstbestimmt Leben Österreich 2013: Präsentation der österreichischen NGO-Delegation beim UN-Behindertenrechtskomitee. Abrufbar unter: http://www.slione.at/was/stellungnahmen/2013-04_Praesentation_UN-CRPD.php (Zugriff: 16.05.2015).

Senekovic, Kurt 2009: Stellungnahme zum Entwurf (elektronisch übermittelt), 22/SN-74/ME XXIV. GP. Abrufbar unter: http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/SNME/SNME_01657/index.shtml (Zugriff: 12.05.2015).

Sibitz, Ingrid/Scheutz, Alexandra/Lakeman, Richard/Schrank, Beate/Schaffer, Markus/Amering, Michaela 2011: Impact of coercive measures on life stories. Qualitative study. In: The British Journal of Psychiatry. Vol. 199, 239-244.

Simmel, Georg 1983/1908: Der Arme. In: Simmel, Georg: Soziologie. Untersuchungen über Formen der Vergesellschaftung. Berlin: Duncker&Humblot, 345-374.

Steiner, Elisabeth o. J.: Die Rechte von Menschen mit Behinderungen und der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (Manuskript Rede). In: Fachtagung „Menschenrechte und Behinderung“ am 10.04.2014 veranstaltet vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und des Europarats, Hofburg Wien.

Steinert, Tilman 2008: Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates. Wörtliches Protokoll der 8. Sitzung vom 29.05.2008. Abrufbar unter: <https://www.wien.gv.at/mdb/uk/psychiatrie/> (Zugriff: 24.05.2015), 24-43.

Stenographische Protokolle, 1541 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXIV GP 2011: Bericht des Verfassungsausschusses über die Regierungsvorlage (1515 der Beilagen): Bundesgesetz, mit dem das Bundesverfassungsgesetz, das Volksanwaltschaftsgesetz 1982, das Sicherheitspolizeigesetz, das Strafvollzugsgesetz und das Bundesgesetzblattgesetz geändert werden (Bundesgesetz zur Durchführung des Fakultativprotokolls vom 18.12.2002 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe. OPCAT-Durchführungsgesetz). Abrufbar unter: http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_01541/fnameorig_236651.html (Zugriff: 16.05.2015).

Strickmann, Gudrun 2008: Heimaufenthaltsrecht. Wien: Linde Verlag.

Tolmein, Oliver 2013: Die Regelung zur Einwilligung Betreuender in die Sterilisation als Verstoß gegen die UN-BRK. In: Aichele, Valentin (Hg.): Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht. Deutsches Institut für Menschenrechte. Nomos Verlagsgesellschaft, 273-301.

Torgerson, Douglas 2007: Promoting the Policy Orientation. Lasswell in Context. In: Fischer, Frank/Miller, Gerald J./Sidney, Mara (Hg.): Handbook of Public Policy Analysis Theory, Politics, and Methods. CRC Press, 15-28.

Torsch, Bernhard 2013: Nach Facebook-Posting in der Psychiatrie. Leserkommentar. In: Der Standard vom 09.04.2013. Abrufbar unter: <http://derstandard.at/1363707405833/Nach-Facebook-Posting-in-der-Psychiatrie> (Zugriff: 23.07.2015).

Tremain, Shelley 2005: Foucault, Governmentality, and Critical Disability Theory. In: Tremain, Shelley (Hg.): Foucault and The Government Of Disability. The University of Michigan Press, 1-24.

Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2009: Stellungnahme. Entwurf einer Unterbringungs- und Heimaufenthaltsnovelle 2010. 25.08.2009. Abrufbar unter: <http://monitoringausschusat/begutachtungen/begutachtungen-2009/> (Zugriff: 16.05.2015).

Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2011a: Stellungnahme. Entwurf eines Bundesverfassungsgesetzes, mit dem das Bundesverfassungsgesetz geändert wird, und eines Bundesgesetzes zur Durchführung des Fakultativprotokolls vom 18.12.2002 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (OPCAT-Durchführungsgesetz), 4/SN-286/ME, XXIV. GP.

Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2011b: Stellungnahme. Gewalt und Missbrauch an Menschen mit Behinderungen. 24.02.2011. Abrufbar unter: <http://monitoringausschusat/stellungnahmen/> (Zugriff: 16.05.2015).

Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2013: Protokoll der Öffentlichen Sitzung. 07.11.2013, Wien. Abrufbar unter: <http://monitoringausschusat/sitzungen/> (Zugriff: 16.05.2015).

Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2014: Handlungsempfehlungen des UN-Fachausschusses zur Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Stellungnahme zum Umsetzungsstand ein Jahr nach Veröffentlichung. 09.09.2014. Abrufbar unter: <http://monitoringausschusat/stellungnahmen/> (Zugriff: 15.05.2015).

United Nations, General Assembly 1991: A/RES/46/119, 75th plenary meeting, 17th December 1991. The protection of persons with mental illness and the improvement of mental healthcare. Abrufbar unter: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm> (Zugriff: 15.05.2015).

United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights 1971: Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons. General Assembly Resolution 2856 (XXVI), 20th December 1971. Abrufbar unter: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RightsOfMentallyRetardedPerson.aspx> (Zugriff: 15.05.2015).

United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights 1975: Declaration on the Rights of Disabled Persons. General Assembly Resolution 3447 (XXX), 9th December 1975. Abrufbar unter: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RightsOfDisabledPerson.aspx> (Zugriff: 15.05.2015).

University of Bristol OPCAT Research Team 2009: The Optional Protocol to the UN Torture Convention and the UN Convention on the Rights of People with Disabilities. Some common issues. University of Bristol, Arts & Humanities Research Council. Abrufbar unter: <http://www.briac.uk/law/research/centres-themes/opcat/> (Zugriff: 16.05.2015).

Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates 2008: Wörtliches Protokoll der 1. Sitzung vom 25.03.2008. Abrufbar unter: <https://www.wien.gv.at/mdb/uk/psychiatrie> (Zugriff: 24.05.2015).

Untersuchungskommission des Gemeinderates der Stadt Wien 2009: Bericht gemäß §59e der Verfassung der Bundesstadt Wien (Wiener Stadtverfassung) der Untersuchungskommission des Gemeinderates über behauptete „Gravierende Missstände in der Versorgung von psychiatrischen PatientInnen im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“. Abrufbar unter: <https://www.wien.gv.at/mdb/uk/psychiatrie/uk-bericht.pdf> (Zugriff: 16.05.2015).

Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft 1999: Im rechtsfreien Raum. Freiheitsbeschränkungen in Behinderteneinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen. Erfahrungen und Beobachtungen der Sachwalter des Vereins für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft. Bericht an Bundesminister Dr. Nikolaus Michalek, Forsthausgasse Wien.

Volksanwaltschaft 2014: Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat 2013. Wien. Abrufbar unter: <http://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/8r3ft/37-PB.pdf> (Zugriff: 28.06.2015).

Volksanwaltschaft 2015: Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat 2014. Band 2 Präventive Menschenrechtskontrolle. Wien. Abrufbar unter: <http://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/b5cgi/Parlamentsbericht%202014%20Band%20II.pdf> (Zugriff: 28.06.2015).

Wagenaar, Hendrik/Cook, D. Noam 2003: Understanding policy practices: action, dialectic and deliberation in policy analysis. In: Hager, Maarten A./Wagenaar, Hendrik (Hg.) 2003: Deliberative Policy Analysis Understanding Governance in the Network Society. Cambridge University Press, 139-171.

Waldschmidt, Anne 2007: Die Macht der Normalität. Mit Foucault (Nicht)-Behinderung neu denken. In: Anhorn, Johannes/Bettinger, Frank/Stehr, Johannes (Hg.): Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 119-133.

Waldschmidt, Anne/Schneider, Werner 2007: Disability Studies und Soziologie der Behinderung. Kultursoziologische Grenzgänge. Eine Einführung. In: Waldschmidt, Anne/Schneider, Werner (Hg.): Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld. Transcript Verlag für Kommunikation, Kultur und Soziale Praxis, 9-25.

Wansing, Gudrun 2012: Der Inklusionsbegriff in der Behindertenrechtskonvention. In: Welke, Antje (Hg.): Die UN-Behindertenrechtskonvention mit rechtlichen Erklärungen. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., 93-103.

Weiss, Hans 1976: Psychiatrereform in Österreich. In: betrifft: Sozialarbeit. bS – Zeitschrift für Praxis und Ausbildung. Nr. 12, 4-5.

Wetz, Andreas 2013: Nach Eintrag auf Facebook. Suizidverdacht und Einweisung. In: Die Presse vom 09.04.2013. Abrufbar unter: http://diepresse.com/home/panorama/wien/1386852/Nach-Facebookeintrag_Suizidverdacht-und-Einweisung (Zugriff: 12.05.2015).

White, Kimberley/Pike, Ryan 2013: The Making and Marketing of Mental Health Literacy in Canada. In: LeFrançois, Brenda/Menzies, Robert/Reaume, Geoffrey (Hg.) 2013: Mad Matters. A Critical Reader in Canadian Mad Studies. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 239-252.

WHO – World Health Organization 2006: Psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz. Abrufbar unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/96453/E87301G.pdf (Zugriff: 15.05.2015).

WHO – World Health Organization/The World Bank 2011: World Report on Disability.

Widder, Helmut 2006: Rechnungshof und Volksanwaltschaft. In: Dachs, Herbert/Gerlich, Peter/Gottweis, Herbert/Kramer, Helmut/Lauber, Volkmar/Müller, Wolfgang C./Tálos, Emmerich (Hg.): Politik in Österreich. Das Handbuch. Wien: Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, 232-246.

Wolffersdorf-Ehlert, Christian v. 1991: Zugangsprobleme in der Erforschung von Randgruppen. In: Flick, Uwe/Kardoff, Ernst v./Keupp, Heiner/Rosenstiel, Lutz v./Wolff, Stephan (Hg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union, 388-391.

WPA – World Psychiatric Association 2013: WPA view on the report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (AHRC/22/53). Abrufbar unter: http://www.wpanet.org/uploads/Latest_News/News_from_WPA_Sections/attach%2002.pdf (Zugriff: 24.02.2015).

Yanow, Dvora 2000: Conducting Interpretive Policy Analysis. Sage University Papers Series on Qualitative Research Methods. Vol. 47, Thousand Oaks, CA: Sage.

Yanow, Dvora 2006: Thinking Interpretively. Philosophical Presuppositions and the Human Science. In: Yanow, Dvora/Schwartz-Shea, Peregrine (Hg.): Interpretation and Method. Empirical Research Methods and the Interpretive Turn. New York, London, England: M.E. Sharpe, Armonk, 5-26.

Interviewverzeichnis

Interview Götzinger 2011: Geführt am 25. Mai 2011 mit Kornelia Götzinger, Behindertenaktivistin in Wien.

Interview Ladinser 2011: Geführt am 26. Mai 2011 mit Mag. Edwin Ladinser, Geschäftsführer der *HPE – Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter*, im Büro der HPE in Wien.

Interview Machold 2013: Telefonisch geführt und aufgezeichnet am 19. November 2013 mit Ingrid M. Machold, Vorsitzende des Vereins *PIK – PatientInneninitiative Kuckucksnest* und Aktivistin.

Interview Mitterreiter 2011: Geführt am 26. September 2011 mit DSA Christian Mitterreiter MA, Sozialarbeiter und Qualitätsmanager beim *Verein LOK – Leben ohne Krankenhaus*, im Büro des Verein LOK in Wien.

Interview Scharb 2012: Geführt am 24. Juli 2012 mit DGKS Brigitte Scharb, Pflegesachverständige und Gutachterin, im Büro der Bewohnervertretung in Wien.

Interview Schulze 2012: Geführt am 8. August 2012, mit Mag.^a Dr.ⁱⁿ Marianne Schulze, Menschenrechtsexpertin und Vorsitzende des *Unabhängigen Monitoringausschusses zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*, in ihrem Büro in Wien.

Abstract

Sind Zwangsmaßnahmen durch Psychiatrie ein Ausdruck von Fürsorge/Hilfe oder eine Menschenrechtsverletzung?

Die vorliegende Dissertation untersucht die Politik freiheitsbeschränkender Praktiken an Menschen mit Psychiatrieerfahrung. Es wird die These plausibilisiert, dass die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) und das Zusatzprotokoll zur UN-Antifolterkonvention (OPCAT) diesbezüglich einen Paradigmenwechsel begünstigt haben.

Der theoretische Zugang verknüpft Ansätze der Critical Disability Studies und Michel Foucaults Lehren aus dem Umgang mit dem Wahnsinn zu einer argumentativ-interpretativen Policy-Analyse. Der Forschungsansatz ist dadurch charakterisiert, dass Menschen mit Psychiatrieerfahrung methodisch wie theoretisch als ExpertInnen im Forschungsprozess Beachtung finden. UN-BRK wie Critical Disability Studies fordern einen Paradigmenwechsel hin zu einem sozialen Modell von Behinderung.

Zur Frage eines Policy-Wandels bot sich eine Untersuchung des Policy-Prozesses von der Ratifizierung bis zur Kontrolle der Umsetzung von UN-BRK und OP-CAT (für Österreich im Zeitraum von 2008-2014) an, um Veränderungen auszuloten. Die Analyse von Praktiken in Form von staatlichem Handeln verweist auf Rationalitäten innerhalb unterschiedlicher Institutionen, die über die Untersuchung von Diskursen, Argumenten und Narrativen einen Blick auf die aktuelle Gouvernementalität des Wahnsinns zulassen. Die Bedeutung veränderter Praktiken *für* ExpertInnen qua Erfahrung bildet den Schwerpunkt der Arbeit und wird interpretativ erschlossen. Methodisch ermöglicht wird dies durch eine historische Annäherung durch Archivarbeit und durch eine teilnehmende Beobachtung im untersuchten Feld, dem sozialen Raum des Kommunikationsforums Trialog und des Vereins Freiräume in Wien.

Als Ergebnis lässt sich zeigen, dass zwar aktuell ein diskursiver Wandel stattfindet. Ein Paradigmenwechsel muss hingegen erst durch kultivierte und unterstützte Partizipation mitgetragen werden. Gerade die Verknüpfung von Politikwissenschaft und Critical Disability Studies hat das Potential, in Hinblick auf einen Paradigmenwechsel die zugrunde liegenden Machtfragen zu erhellen.

Psychiatric compulsory measures –care or violation of human rights?

This dissertation examines freedom restriction policies for usually so called mentally ill people. It follows the thesis that the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) and the Optional Protocol Against Torture and other Cruel and Inhuman Treatment or Punishment (OPCAT) promote a policy-change.

The theoretical approach combines Critical Disability Studies and Michel Foucault's lessons from handling madness into an argumentative-interpretative Policy-analysis, which is particularly characterised by the fact that people with history in psychiatry are methodically and theoretically experts during the research process. The paradigm shift towards a social model of disability is required by Critical Disability Studies as well as by the policy-documents/instruments (CRPD and OPCAT) and therefore the analysis of the policy-process from ratification to evaluation (in Austria from 2008 till 2014) offers the opportunity to study transformation.

The analysis of practices as a form of governmental action refers to rationalities within different institution, which give information about the current governmentality of madness through discourses, arguments and narratives. The meaning of changing practices – definitely a result of a problematization based on the policy-instruments- *for* experts by experience is a key aspect, which is illuminated interpretatively. Methodically this is made by a historical approach through work on archives und by participative observation in the social space, the communication forum Trialog und the club Freiräume in Vienna.

Results show an ongoing discursive change. A real paradigm-shift on the other hand would require nurturated and cultivated participation. Political Science and Critical Disability Studies benefit from each other in shedding light on structures of power.

Lebenslauf

DSAⁱⁿ Mag.^a phil. Doris Aigner doris_aigner@gmx.net

| | |
|--------------------|--|
| 19. August 1979 | geboren in St. Michael im Lungau/Salzburg |
| 1989-1997 | Bundesgymnasium Tamsweg |
| | Reifeprüfung abgelegt am 17. Juni 1997 |
| 1997-2000 | Akademie für Sozialarbeit des Landes Oberösterreich |
| | Titel der Diplomarbeit „Unbetreubare Klienten? Konzepte, Möglichkeiten und Probleme in der Betreuung psychisch kranker Wohnungsloser“ |
| | Diplomprüfung abgelegt am 9. Oktober 2000 |
| 12/2000-8/2010 | als Diplomsozialarbeiterin im Betreuungszentrum Gruft der Caritas Wien beschäftigt |
| 2003-2004 | Studium der Rechtswissenschaft |
| 2004-2009 | Studium der Politikwissenschaft |
| | Diplomarbeitsthema „Psychisch krank und obdachlos. Eine Diskursanalyse am Beispiel Wien“ |
| | Diplomprüfung abgelegt am 19. Juni 2009 |
| Seit 9/2010 | Beim Verein VertretungsNetz als Bewohnervertreterin beschäftigt |
| WS 2009-SS 2015 | Doktoratsstudium Politikwissenschaft |
| | Titel der Dissertation „Wahnsinn: Eine Frage der Macht. Auswirkungen der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen auf Freiheitsbeschränkungen durch Psychiatrie in Österreich“ |
| Konferenzteilnahme | Vortrag im Rahmen der Offenen Ringvorlesung „Disability Studies – juristische Annäherung und aktuelle Bezüge“ in Salzburg am 17. November 2012 „Beschränkte Freiheit: über die Bedeutung von Freiheitsbeschränkungen aus Sicht von psychiatrieerfahrenen Menschen“ |
| Publikation | „KundInnen ohne Konsumentenschutzrechte? Menschenrechte für KlientInnen. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und die Soziale Arbeit. Der Versuch einer Annäherung“, in: SIÖ-Sozialarbeit in Österreich. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik 2/14: 26-28 |

