

BlickWechsel

A view through a window showing a building and trees, with a large tree branch in the foreground. The scene is bathed in warm, golden light, suggesting a sunset or sunrise. The window frame is visible on the left and bottom.

Beteiligung von Betroffenen in der psychosozialen Arbeit

A view through a window showing trees and a building, with a large tree branch in the foreground. The scene is bathed in warm, golden light, suggesting a sunset or sunrise. The window frame is visible on the left and bottom.

| | |
|---|------------------------|
| Einladung zum Lesen | ■ |
| Können Professionelle von NutzerInnen und Betroffenen lernen? | ■ ■ |
| Begegnung außerhalb festgelegter Rollen | ■ ■ ■ |
| Warum Beteiligung von Betroffenen und NutzerInnen? | ■ ■ ■ ■ |
| Wie weit kann eine Beteiligung gehen? | ■ ■ ■ ■ ■ |
| Bereiche der Beteiligung | ■ ■ ■ |
| Planung des Hilfesystems | ■ ■ ■ |
| Konzeptentwicklung | |
| Evaluation | |
| Einstellung von MitarbeiterInnen | |
| Fortbildung für MitarbeiterInnen | |
| Forschung | |
| Widersprüche | ■ ■ ■ |
| Pseudo-Beteiligung | ■ ■ ■ ■ |
| Therapeutische Beteiligung | |
| Machtunterschiede | |
| Beteiligung aus Betroffenenensicht | |
| Der Preis von Aufwandsentschädigungen | |
| Wege zur Umsetzung | ■ ■ ■ ■ |
| Die Entscheidung für Betroffenenbeteiligung | ■ ■ ■ ■ |
| Bereitstellen von Ressourcen | |
| Unterstützende Projektkultur | |
| Realistische Ziele | |
| Zugang zu Informationen | |
| Transparente Entscheidungsabläufe | |
| Sicherheit vor Sanktionen | |
| Fortbildungen für Betroffene | |
| Unabhängige Betroffenenorganisationen | |
| Erfahrungen in Nachbarländern | ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ |
| Schlusswort | ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ |
| Literaturliste | |
| Danksagung | |
| Impressum | |

■ Diese Informationsbroschüre ist in erster Linie für Projekte im psychosozialen Bereich gedacht, die ihre Angebote aus Sicht der NutzerInnen und Betroffenen überprüfen, erweitern oder verändern möchten. Sie ist gleichzeitig für NutzerInnen und Betroffene gedacht, die nicht nur an weiterreichender Mitsprache zu den Abläufen in Einrichtungen interessiert sind, sondern auch die Konzeptionen, Ziele, Werte und Entwicklungen der Angebote beeinflussen möchten.

Die vorliegende Broschüre ist weder ein Handbuch zur Beteiligung von Betroffenen, noch bietet sie vorgefertigte Rezepte. Stattdessen werden viele Fragen aufgeworfen. Sie richten sich zuerst immer an die MitarbeiterInnen des Hilfesystems und dann an die NutzerInnen und Betroffenen. Diese Reihenfolge begründet sich darin, dass wir die Beteiligung von Betroffenen als Strategie zur Weiterentwicklung der psychosozialen Arbeit beleuchten wollen. Wir werden der Frage nachgehen, wie die Beteiligung von Betroffenen in den Projekten als Strategie zur Organisationsentwicklung genutzt werden kann. Die Initiative wird dabei in der Regel von den psychosozialen Projekten ausgehen, indem sie die NutzerInnen und Betroffenen zu einer Beteiligung einladen, und nicht umgekehrt.

Dieser Text ist das Ergebnis einer Arbeitsgruppe, in der Psychiatriebetroffene und Professionelle sowie einige mit beiden Hintergründen partnerschaftlich zusammengearbeitet haben. Er basiert auf der Grundlage von eigenen Erfahrungen und theoretischen Auseinandersetzungen mit dem Thema der Beteiligung von Betroffenen in der psychosozialen Arbeit. Zitate, die im Folgenden nicht namentlich gekennzeichnet sind, stammen aus der Arbeitsgruppe, die das Entstehen des Textes begleitet hat.

Alle, die an dieser Informationsbroschüre gearbeitet haben, sind davon überzeugt, dass die Strategie der Beteiligung der Betroffenen nicht nur eine Herausforderung und Bereicherung, sondern auch eine Notwendigkeit im psychosozialen Bereich darstellt. Wir hoffen, Projekte und ihre NutzerInnen ermutigen zu können, eigene Wege der Beteiligung und Partnerschaft zu suchen und unseren Text als Anregung für Diskussionen und anstehende Praxisänderungen zu nutzen.

Die psychosozialen Angebote basieren auf dem fachlichen Wissen und Verständnis der Professionellen, die in den Projekten und den entsprechenden Entscheidungsgremien tätig sind. Professionelle beschreiben die Bedürfnisse der KlientInnen, definieren die Zielgruppen, für die sie sich zuständig fühlen, legen Qualitätsmerkmale und Standards der Arbeit fest. In diese wichtigen Entscheidungsprozesse werden bisher diejenigen, an die sich die Angebote richten, kaum miteinbezogen. Neben allen historischen, ökonomischen und sonstigen Gründen hat dies sicherlich auch mit der in unserer Gesellschaft allgemein niedrigen Wertschätzung von Erfahrungswissen zu tun. Akademischem Wissen wird eine vergleichsweise erheblich größere Bedeutung beigegeben. Es kann jedoch Erfahrungswissen nicht ersetzen. Ein umfassendes Expertenwissen muss eine Verbindung aus beiden Wissensbereichen suchen.

Die Strategie der Beteiligung von Betroffenen gibt dem Erfahrungswissen der NutzerInnen und Betroffenen einen zentralen Stellenwert. Sie erkennt diese Erfahrungen als eine unverzichtbare Wissensressource für die Planung und Gestaltung des psychosozialen Bereichs an.

Erfahrungswissen unterscheidet sich vom akademischen Wissen unter anderem dadurch, dass es nicht erlernt, sondern ausschließlich selbst erlebt werden kann. Es stellt eine zuverlässige Quelle dar, aus der gewinnbringend wichtige Informationen bezogen werden können. In vielen anderen Lebensbereichen ist uns diese Tatsache selbstverständlich und wir machen sie uns zunutze. So suchen wir beispielsweise für die Planung einer Reise nach Berichten und Informationen – also nach Erfahrungen – aus erster Hand. Warum sollte im psychosozialen Bereich diese Möglichkeit nicht genutzt werden?

Wir reden hier absichtlich von NutzerInnen und Betroffenen, um unterschiedliche Aspekte ihres Erfahrungswissens zu benennen.

Betroffen zu sein bedeutet, verschiedene Realitäten aus eigenem Erleben zu kennen und zu wissen, wie man sich in diesen Realitäten fühlen kann. Psychiatriebetroffene verfügen beispielsweise über Erfahrungswissen zu:

- extremen Krisen
- Bedürfnissen in diesen Krisen
- dem Sinn von Krisen
- verschiedenen Bewältigungsstrategien
- Lösungswegen aus extremen Krisen
- verschiedenen Konsequenzen, die mit psychiatrischen Diagnosen und den damit einhergehenden Stigmata verbunden sind



- Wirkungen von Psychopharmaka
- verschiedenen Behandlungsmethoden und dazu, wie man sich dabei fühlt
- Funktionsweisen des psychiatrischen Netzes

Bei dem hier genannten Erfahrungswissen handelt es sich um ein sehr vielfältiges Wissen, das individuell unterschiedlich ist. Gemeinsam ist allen Betroffenen ein jeweils aus eigenen Erfahrungen unmittelbarer Zugang zu diesen wichtigen Themen.

Die aktuellen oder ehemaligen **NutzerInnen** eines Angebotes bzw. einer Einrichtung kennen darüber hinaus die konkreten Abläufe und Strukturen aus einer Perspektive, zu der die MitarbeiterInnen und Träger dieser Projekte keinen direkten Zugang haben. Auch diese Perspektiven und Erfahrungen unterscheiden sich natürlich von NutzerIn zu NutzerIn. Mit einer gut vorbereiteten und gezielten Untersuchung ihrer Erfahrungen können wichtige Erkenntnisse über das Hilfeangebot gewonnen werden, die auf keinem anderen Weg zugänglich sind.

Bei der Strategie der Beteiligung von Betroffenen wird dem Erfahrungswissen ein gleichwertiger Rang gegenüber dem akademischen oder professionellen Wissen eingeräumt. Dabei werden Methoden entwickelt, die dem Wissen der Betroffenen einen Einfluss auf die Praxis der psychosozialen Angebote ermöglichen. Diese Art der Erweiterung der gewohnten Praxis muss ausdrücklich von beiden Seiten gewollt werden. Es wäre eher schädlich, diese spannende und qualitativ neue Auseinandersetzung unter äußerem Druck oder mit großem inneren Widerstand zu führen. Eine Beteiligung von Betroffenen lässt sich nicht allein per Erlass von Richtlinien oder Gesetzen erreichen. Lohnend und ertragreich kann sie dagegen in einem Prozess entstehen, in dem viel Offenheit und Respekt füreinander sowie der Wille des voneinander Lernens vorhanden sind.

- Möchten Sie genauer wissen, wie extreme psychische Krisen erlebt werden?
- Interessiert es Sie, was Betroffene als hilfreich empfunden haben?
- Sind Sie neugierig, ausführlicher zu erfahren, wie die Angebotsstruktur ihrer Einrichtung aus der Perspektive der NutzerInnen gesehen wird?
- Wie wird Ihre Einrichtung im Vergleich mit anderen Einrichtungen erlebt?
- Wie fühlen sich die KlientInnen, nachdem sie bei Ihnen waren, und wie blicken sie auf diese Erfahrung zurück?

- Haben Sie den Wunsch, Ihre Arbeitsweise gezielt an den Bedürfnissen Ihrer KlientInnen auszurichten?
- Gibt es Dinge, die Sie gerne im Nachhinein Ihren BeraterInnen und BetreuerInnen mitteilen würden?
- Ist Ihnen etwas aufgefallen, das für andere KlientInnen und andere Professionelle auch von Bedeutung sein könnte?
- Würden Sie Ihre Meinung zu verschiedenen Arbeitsweisen und Angeboten äußern wollen?
- Glauben Sie, dass Ihre Meinung etwas beeinflussen könnte? Was brauchen Sie, um daran zu glauben?



„Wir haben so ein enormes Spektrum an Menschen, die uns in Anspruch nehmen: hinsichtlich der Altersunterschiede, der Hintergrundprobleme, der Familiensysteme, der Psychiatriegeschichten, ... – so ein wahnsinniges Spektrum. Und wenn wir den Anspruch hätten, dass quasi alle unterschiedlichen Betroffenengruppen an unserer Planung und Konzipierung beteiligt würden, das ist undenkbar.“¹

Mitarbeiter einer psychosozialen Einrichtung

Viele verstehen unter der Beteiligung von Betroffenen höchstens die Beteiligung am individuellen Hilfeplan oder die Möglichkeit, Beschwerden einzureichen. Dass Betroffene die Definition der Hilfe oder Konzepte von Angeboten mitgestalten können, erscheint häufig noch unvorstellbar.

Den Menschen, die in einer psychiatrischen Behandlung sind und waren, wird häufig die Fähigkeit abgesprochen, angemessen zu urteilen, sogar Entscheidungen für sich selber zu treffen oder sich überhaupt rational zu verhalten. Wie kann man dann mit ihnen zusammensitzen und ernsthaft reden? Wie kann man dies, wenn man sie vielleicht auch in verrückten Zuständen erlebt hat? Die Bilder, Vorstellungen und Vorurteile, die Professionelle und Betroffene voneinander sowie von den Kompetenzen der Gegenseite haben, bestimmen entscheidend die Möglichkeiten der Partnerschaft und Zusammenarbeit.

„Ich spüre das, dass sie irgend so eine Einstellung haben. Aber ich weiß jetzt nicht genau, als was, ob als asozialer Penner oder ... Aber das ist nichts Gutes, was sie in mir sehen.“²

„Die meisten Professionellen haben eine defizitorientierte Sichtweise. Zwar werden Schlagworte wie z.B. Ressourcenaktivierung, Vermeidung von Chronifizierung und Modeworte wie ‚Empowerment‘ und ‚Recovery‘ immer öfter genannt, doch im Umgang mit KlientInnen hat sich dadurch wenig geändert, und die große Zahl der Betroffenen, die vom Hilfesystem abhängig sind, spricht eine andere Sprache.“³

Hannelore Klafki

Der Prozess einer tatsächlich praktizierten Partnerschaft und der Versuch der Zusammenarbeit tragen jedoch dazu bei, diese gegenseitig vorhandenen Bilder zur Sprache bringen und verändern zu können.

„Damit eine Beteiligung von Betroffenen real wird, muss anerkannt werden, dass es eine Geschichte gegenseitigen Misstrauens gibt.“⁴

Judi Chamberlin

Niemand ist auf Dauer nur verrückt oder nicht in der Lage zu kommunizieren. Es gibt verschiedene Bereiche und Ebenen für eine Beteiligung von Betroffenen. Die Tatsache, dass nicht alle sich jederzeit bei allen Themen gleich beteiligen können oder wollen, spricht nicht gegen die Strategie der Beteiligung. Diese Verallgemeinerung wird aber häufig angeführt und als Grund für das Beibehalten des Status quo benutzt. Auf der anderen Seite wird den Betroffenen, denen es gut geht und die sich gut artikulieren oder eine eigene Ausbildung im psychosozialen Bereich mitbringen, häufig abgesprochen, dass sie Betroffene repräsentativ vertreten können.

Unter einigen Professionellen wird auch in Bezug auf die Beteiligung von Betroffenen das Argument vertreten, dass es Aufgabe der Hilfe sei, die NutzerInnen aus dem Hilfesystem zu entlassen und sie nicht darin festzuhalten. Betroffenenbeteiligung wird vor diesem Hintergrund dann als ein nicht zuende geführter Hilfeprozess angesehen und abgelehnt. Ebenfalls kommt es immer wieder vor, dass einzelne Professionelle ihnen unangenehme und zu kritische Betroffenenbeteiligung mit entwertenden und psychologisierenden Argumentationsmustern von sich fern halten.

„Mir wurde nachgerufen, ich wäre eine Berufspsychopathin und meine Aktivität würde beweisen, dass ich einen Krankheitsgewinn hätte.“⁵

„Ich habe auf der professionellen Seite als Betreuerin und Einzelfallhelferin gearbeitet und meine Psychiatrie-Erfahrung dabei nie verschwiegen. Dadurch musste ich mich mit verschiedenen Vorurteilen herumschlagen. Einige Professionelle nutzten meine Psychiatrie-Erfahrung aus und würzten sie mit psychoanalytischen Deutungen, um mich bei unbequemen Fragen und Meinungen kaltzustellen. Dieses Verhalten war interessanterweise ausschließlich Konfliktsituationen vorbehalten. Und dabei kannten sie nur die offizielle Diagnose und sonst rein gar nichts von meiner persönlichen Geschichte. Zuverlässig funktioniert hat es trotzdem.“⁶

Statt sich zu missliebigen Betroffenenmeinungen in eine inhaltlich notwendige Auseinandersetzung zu begeben, werden Betroffene, die kritische Meinungen äußern, hier persönlich angegriffen. Der Professionellenstatus und die zugehörige Definitionsmacht werden dabei ‚diagnostizierend‘ miss-



braucht. Eine inhaltliche Position oder gleich das gesamte Engagement von einzelnen Betroffenen wird disqualifiziert und als Symptom einer psychischen Krankheit abgestempelt. Die anderen anwesenden Professionellen lassen sich durch derartige Argumentationen häufig einschüchtern. Würden sie Betroffene in dieser Situation unterstützen, setzten sie sich schnell dem Vorwurf aus, die Sachlage „professionell“ nicht zu durchschauen. Die Betroffenen werden über diesen Mechanismus jeweils sehr wirkungsvoll isoliert. Sie müssen schon äußerst routiniert sein, sich eines solchen Angriffs auch nur ansatzweise erfolgreich zu erwehren.

Obwohl gewiss nicht wenige im psychosozialen und psychiatrischen Bereich tätige Professionelle über eigene Psychiatrie-Erfahrung verfügen, ist es unüblich, dass sie sich als Betroffene outen und eigenes Erfahrungswissen offen in ihre Arbeit einfließen lassen können. Dies wird auch nicht zu erwarten sein, so lange sie über die geschilderten Diskriminierungen hinaus noch immer mit dem Verlust des Arbeitsplatzes und gar einem Entzug ihrer Berufszulassung rechnen müssen. Wenn in Projekten gezielt psychiatrieerfahrene MitarbeiterInnen eingestellt werden⁷, trägt dies unter anderem dazu bei, die in krank oder gesund einteilenden Denkraster zu überwinden.

Ein wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang ist auch, welche Bilder die Betroffenen und NutzerInnen von Professionellen haben. Für NutzerInnen ist ein Vergleich mit der Blickweise anderer Betroffener interessant und kann zu neuen Standpunkten führen.

„Die Betroffenen hingegen glaubten häufig, ich als Psychiatrie-Erfahrene könnte sie vollkommen verstehen, ohne dass sie etwas erklären oder erzählen müssten. ‚Na, Sie haben das doch alles selbst erlebt‘, haben sie oft gesagt. Und ich musste immer wieder erklären, dass ich meine eigene Lebensgeschichte, meine eigenen Erlebnisse, meine eigene Art der Traurigkeit und der Angst erlebt habe und nicht die von irgendjemand anderem. Oft hat es sehr lange gedauert, bis Betroffene begriffen, dass ihre Erlebnisse einzigartig und individuell mit ihnen selbst verwoben sind und dass ich kein Patentrezept zum Helfen habe.“⁸

Es sind Methoden und Strukturen notwendig, die die gleiche Augenhöhe zwischen Betroffenen und Professionellen fördern. Erst so kann ein produktiver Austausch von verschiedenen Perspektiven und unterschiedlichem Wissen erfolgen. Eine strukturelle Beteiligung von Betroffenen sollte möglichst außerhalb der festgelegten Rollenaufteilung in Professionelle und KlientIn-

nen aufgebaut werden. Es macht zum Beispiel einen wesentlichen Unterschied, wenn der Austausch außerhalb der gewohnten Räumlichkeiten stattfindet. An einem anderen Ort kann man sich eher miteinander auf einer anderen Basis treffen und es fällt leichter, den gewohnten Blick der alltäglichen Beratungs- und Betreuungsbeziehungen hinter sich zu lassen.

- Können Sie sich vorstellen, Ihren ehemaligen KlientInnen oder anderen Betroffenen in Entscheidungsgremien zu begegnen?
- Sind Sie zu einem Gespräch mit NutzerInnen außerhalb Ihrer vertrauten Beratungs-/Betreuungsrolle und außerhalb Ihrer gewohnten Arbeitsumgebung bereit?
- Wie würden Sie es finden, wenn NutzerInnen und Betroffene für ihre Beteiligungsarbeit genauso bezahlt werden wie Sie?

- Können Sie sich vorstellen, ehemaligen BeraterInnen/BetreuerInnen in Gremien zu begegnen?
- Würden Sie sich dort trauen, zu reden und Ihre Meinungen zu sagen?
- Würden Sie sich trauen, den fachlichen Jargon zu unterbrechen?
- Denken Sie, dass die Erfahrungen, die Sie als KlientIn gemacht haben, Sie zu einer Mitsprache qualifizieren und auch berechtigen?

- 1 Unveröffentlichte Diskussion zum Thema Betroffenenbeteiligung
- 2 Russo, J.; Fink, T.: Stellung nehmen, S. 70
- 3 Vortrag beim Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin e.V., März 2004
- 4 Rede bei der ENMESH-Konferenz (European Network for Mental Health Service Evaluation) in London, September 2004
- 5 Aus der Arbeitsgruppe zu diesem Text
- 6 Zitat (Teil 1) aus der Arbeitsgruppe zu diesem Text
- 7 Vgl. Tauwetter; Weglaufhaus; Wildwasser: Betrifft: Professionalität, Broschüre, Berlin 2004, www.tauwetter.de, www.weglaufhaus.de, www.wildwasser-berlin.de
- 8 Zitat (Teil 2) aus der Arbeitsgruppe zu diesem Text



Warum Beteiligung von Betroffenen und NutzerInnen? Diese Frage sollten sich alle stellen und möglichst beantworten, bevor sie mit konkreten Beteiligungsschritten beginnen. Für eine wirkliche Veränderung der Praxis reichen moralische Gründe allein nicht aus. Nur wenn die Projekte und Entscheidungsgremien in der Anwesenheit und in den Sichtweisen von Betroffenen tatsächlich einen Sinn und Nutzen sehen, wird die Bereitschaft vorhanden sein, Energie und Ressourcen in diese Strategie zu investieren.

Die Einstellung, dass Professionelle zu allen Konzipierungs- und Ausführungsfragen als alleinige Experten am besten Bescheid wissen, wird als arrogant und als nicht länger hinnehmbar empfunden. Selbst wenn man denkt, dass man bereits weiß, was andere Menschen möchten, darf dies kein Ersatz dafür sein, sie tatsächlich zu ihren Wünschen zu befragen.

Es gibt ein zunehmendes Bewusstsein dafür, dass eine möglichst hohe Qualität im psychosozialen Hilfesystem nur gewährleistet werden kann, wenn die Sichtweisen von aktuellen und ehemaligen NutzerInnen als Informationsgrundlage hinzugezogen werden und wenn sie Einfluss erhalten auf die Planungen des Hilfesystems sowie auf die laufende Ausführung der Hilfen. Der Wunsch, von den Erfahrungen der Betroffenen zu lernen, um die Planungsqualität und die Qualitätssicherung der laufenden Arbeit zu verbessern, stellt somit ein Hauptmotiv für eine Beteiligung von Betroffenen dar.

In den letzten Jahren hat das Konzept der „personenzentrierten Hilfe“ im psychosozialen Versorgungssystem eine beachtliche Zustimmung erfahren. Der Ansatz geht davon aus, dass der Mensch, und nicht die Institution im Mittelpunkt zu stehen hat. Die damit verbundenen Veränderungen setzen einen Einbezug der NutzerInnen/Betroffenen voraus. Sie eröffnen eine neue Phase in der sozialen Psychiatrie, die nicht nur politisch, sondern auch ökonomisch an den Punkt gekommen ist, wo es mit dem Sprechen und Handeln „im Namen der Betroffenen“ nicht weitergeht.

Nicht nur die Bedürfnisse der NutzerInnen sind individuell zu überprüfen, sondern auch die Angebote der Einrichtungen werden neu in Zusammenhang mit den verschiedenen Bedürfnissen der „Zielgruppen“ gebracht. Die eingeleiteten Umstellungen im Hilfesystem werden bisher weitgehend unter Ausschluss der NutzerInnen und Betroffenen geplant und durchgeführt. Dass sich diese Vorgehensweise mit der Idee der „personenzentrierten Hilfe“ vereinbaren lässt, zweifeln wir stark an. Was spricht dagegen, die sich wandelnden Rahmenbedingungen auch zum Anlass für inhaltliche Änderungen zu nehmen?

- Kann ich etwas von meinen jetzigen, ehemaligen oder potentiellen KlientInnen lernen?
 - Bin ich bereit, die Hilfe, die ich anbiete, aus ihrer Sicht in Frage zu stellen?
 - Bin ich offen, mir meine Arbeit und unser Angebot insgesamt aus ihrer Perspektive anzuschauen?
 - Bin ich in der Lage, Kritik und Veränderungsvorschläge ernst zu nehmen?
 - Habe ich das Gefühl, dass mich dieser Prozess professionell weiterbringen könnte?
 - Kann ich mir vorstellen, dass meine KollegInnen dasselbe wollen?
 - Was erwarte ich mir von einer Beteiligung der Betroffenen?
 - Welche Bereiche meiner Arbeit würden sich dadurch ändern?
 - Könnte die Beteiligung der Betroffenen praktische Auswirkungen auf meine tägliche Arbeit haben? Will ich das?
-
- Möchte ich Einfluss auf die Hilfepraxis nehmen?
 - Unter welchen Bedingungen kann ich mir das vorstellen?
 - Wenn ich dazu eingeladen werde, meine Meinungen über die Hilfe zu äußern, was brauche ich, um dies wirklich tun zu können?
 - Möchte ich das alleine machen?
 - Wäre das für mich wie ein Arbeitsauftrag?
 - Was brauche ich, um das Gefühl zu bekommen, dass es um eine sinnvolle Sache geht?



Die NutzerInnen im psychosozialen Bereich sind aus verschiedenen Gründen weit entfernt davon, selbstbestimmte VerbraucherInnen zu sein, die frei zwischen verschiedenen Angeboten wählen können. Wenn dies der Fall wäre, dann könnten sie auch frei für oder gegen psychiatrische Zwangsmaßnahmen entscheiden. Aber auch wenn die Selbstbestimmung im psychosozialen Bereich eingeführt werden würde, was bliebe den Menschen, für deren Probleme keine entsprechenden Hilfen angeboten werden? Zwischen mehreren unpassenden Angeboten wählen zu dürfen, stellt keine wirkliche Wahl dar. Einfluss der Betroffenen und NutzerInnen fängt bei der Möglichkeit der Selbstdefinition und Definition der Hilfen an. Theoretisch und praktisch kann dieser Einfluss so weit gehen, dass man von einer Beteiligung von Professionellen anstatt von der Beteiligung von NutzerInnen und Betroffenen redet.⁹

Konsultation, Partnerschaft und Kontrolle

Im Folgenden möchten wir drei Grade der Beteiligung von Betroffenen und NutzerInnen beschreiben: Konsultation, Partnerschaft und Kontrolle. Diese drei Grade stellen keine Abfolge von Phasen dar. Sie können parallel zueinander zur Anwendung gelangen. Obwohl in Deutschland vereinzelt betroffenenkontrollierte Projekte¹⁰ existieren, gibt es wesentlich weniger Partnerschaft und Dialog zwischen den Betroffenen und dem Hilfesystem als z.B. in den skandinavischen Ländern, den Niederlanden und Großbritannien.

Konsultation bedeutet, dass Betroffene, NutzerInnen oder ihre unabhängigen Organisationen angefragt werden, Vorschläge zu machen, Meinungen zu äußern, Positionen zu erarbeiten und zu vertreten.¹¹ Obwohl diese Form der Beteiligung im bestehenden Zusammenhang mit unveränderten Systemstrukturen stattfindet, zeugt die Konsultation von einem Interesse an der Beratung durch NutzerInnen und Betroffene und bedeutet eine wichtige Anerkennung des Erfahrungswissens. Die Vergabe von konkreten, themenbezogenen Aufträgen an Betroffene und ihre unabhängigen Organisationen bringt die Beteiligten auf gleiche Augenhöhe. Konsultationen erfordern keine großen Investitionen. Wir halten sie für eine notwendige, relativ einfach und schnell einsetzbare Form der Beteiligung von Betroffenen und NutzerInnen.

Im Gegensatz zur Konsultation, die zu einer überschaubaren und abgegrenzten Fragestellung stattfindet, bedeutet **Partnerschaft**, sich in einen Prozess zu begeben. Sie fördert eine Öffnung der Strukturen, eine Änderung des gewohnten Informationsflusses und neue Kommunikationsweisen miteinander.

Partnerschaft als bewusst gewählte Form der Beteiligung öffnet die Möglichkeit, dass die Betroffenen und NutzerInnen einen entscheidenden Einfluss auf wesentliche Fragen der psychosozialen Hilfe nehmen. Hierbei ist der Beteiligungsprozess an sich genauso wichtig wie seine Ergebnisse, da in der Partnerschaft eine neue Projekt- und Gremienkultur entsteht. Beide Seiten werden für diesen Prozess vorbereitet und fortgebildet. Meist werden externe Organisationen beauftragt oder Arbeitsplätze geschaffen, um diesen Prozess zu initiieren und zu begleiten. Partnerschaft setzt eine größere Investition sowie Zeit und Geduld voraus. Sie bedeutet auf der anderen Seite eine größere Chance für alle Beteiligten des Hilfesystems.

Bei der Partnerschaft geht es nicht um eine universelle Methode, sondern vielmehr um bestimmte Prinzipien und Haltungen. Formen der Partnerschaft werden immer im Zusammenhang mit konkreten Projekten oder Beteiligungsebenen gesucht, ausprobiert und ausgewertet. Eine Partnerschaft im psychosozialen Bereich setzt die Entscheidung voraus, Betroffene und NutzerInnen mit ihrem Sachverstand als erforderlichen Bestandteil der Planung und Gestaltung des Hilfesystems einbeziehen zu wollen. Es bedeutet auch, Wege dafür zu suchen und Ressourcen dafür bereitzustellen. Diese Form der Beteiligung kann in der Praxis auch als kontinuierlich anzustrebendes Ziel betrachtet werden.

Kontrolle schließlich bedeutet, dass Betroffene eigene Konzepte der Hilfe erarbeiten und eine Finanzierung zur Umsetzung dieser Projekte erhalten. Dieser Grad der Beteiligung ist im psychosozialen Bereich äußerst selten anzutreffen und erscheint vielen noch utopisch. Der Betroffenenkontrolle liegt häufig die Entscheidung zugrunde, die Ungewissheiten der Partnerschaft mit Professionellen nicht einzugehen und stattdessen unter sich eher eigene Werte finden, festlegen und umsetzen zu können.

Dieser Weg bedeutet jedoch nicht weniger Auseinandersetzung, sondern nur Auseinandersetzung in einem anderen Kontext und zu anderen Themen. Betroffenenkontrolle entsteht als Antwort auf das Hilfesystem, das auf Ausschluss des Erfahrungswissens und auch auf einem strukturellen Ausschluss der Betroffenen als Partner basiert. In betroffenenkontrollierten Projekten sehen wir eine wichtige und unterstützenswerte Alternative im psychosozialen und psychiatrischen Bereich.

Diese verschiedenen Grade der Beteiligung von Betroffenen und NutzerInnen beziehen sich auf unterschiedliche Entscheidungsebenen des Hilfe-



systems. Eine Konsultation oder Partnerschaft kann sowohl auf den Ebenen eines Projektes, eines Trägers, einer Dachorganisation als auch auf den Ebenen des Bezirkes, des Senats oder des Bundes als Form der Beteiligung praktiziert werden. In dieser Informationsbroschüre werden wir uns schwerpunktmäßig mit der Strategie der Beteiligung von Betroffenen unter dem Aspekt der Partnerschaft befassen.

- Ist es für Sie vorstellbar, die anstehenden Strukturänderungen mit Ihren KlientInnen zu besprechen?
- Würden Sie die Meinung Ihrer KlientInnen wissen wollen bezüglich Gesetzesänderungen, Budgetierung und der Praxis der personenzentrierten Hilfe?
- Können Sie sich vorstellen, zusammen mit Ihren KlientInnen an konzeptionellen Erweiterungen zu arbeiten?
- Was müsste an den bestehenden Strukturen und Gremien geändert werden, damit sie für Psychiatriebetroffene zugänglich werden?

- Können Sie sich eine Arbeitspartnerschaft mit Ihren potentiellen BeraterInnen/BetreuerInnen vorstellen?
- Was würden Sie brauchen, um ihnen auf gleicher Augenhöhe zu begegnen?
- Fühlen Sie sich kompetent, mit Professionellen an einem Tisch Aspekte des Hilfesystems gemeinsam zu planen?

9 Vgl. Kokalikari, E.D.; Lanzano, K.: Deliberate self-injury. A consumer-therapist co-run group. A Choice or a necessity?, in: *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Vol. 14, Nr. 1, 2005, www.eps-journal.com

10 In Berlin beispielsweise das Weglaufhaus „Villa Stöckle“, www.weglaufhaus.de

11 Von einer Konsultation als Form der Beteiligung kann nur dann die Rede sein, wenn sie außerhalb der institutionellen Abhängigkeiten stattfindet. Es liegt z.B. keine Form der Beteiligung vor, wenn der behandelnde Psychiater seinen Patient nach der Meinung zur Behandlung befragt oder wenn bei der Hausversammlung in einer Wohneinrichtung die BewohnerInnen von den MitarbeiterInnen nach ihren Meinungen gefragt werden.



In welchen Bereichen erweist sich die Beteiligung von Betroffenen und NutzerInnen als sinnvoll? Vielleicht sollte man die Frage besser umkehren: Gibt es überhaupt Bereiche, in denen eine Beteiligung von Betroffenen und NutzerInnen keinen Sinn ergibt?

Wir haben uns für eine realitätsbezogene Herangehensweise entschieden und konzentrieren uns deswegen auf Beispiele, die sich bis jetzt auch in Nachbarländern als sinnvoll erwiesen haben. Bei den Hinweisen zu möglichen Bereichen der Beteiligung von Betroffenen beziehen wir uns teilweise auf die Aussagen der vom DPW herausgegebenen Studie „*Stellung nehmen. Obdachlosigkeit und Psychiatrie aus den Perspektiven der Betroffenen*“¹². Folgende Bereiche bieten sich eindeutig für die Einführung der Strategie der Beteiligung von Betroffenen und NutzerInnen an:

Planung des Hilfesystems

Bei der Definition der psychosozialen Hilfe, bei der Feststellung des Bedarfs sowie bei der Erarbeitung von Einrichtungstypen und -profilen bietet sich eine Konsultation bzw. partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Betroffenen/NutzerInnen an. Sie sind diejenigen, die Erfahrungen mit verschiedenen Hilfeangeboten haben und auch wissen, was geändert werden muss, damit Hilfe als Hilfe angenommen werden kann und nicht an den Bedürfnissen der Betroffenen vorbeigeht. Aus den Perspektiven der Betroffenen und NutzerInnen kann die Zugänglichkeit und Passgenauigkeit der Hilfe am besten beurteilt werden. Zur systematischen und gezielten Wissenserhebung von denjenigen, für die die Hilfen geplant werden, müssen weitere Methoden entwickelt werden.

„Wenn die Personen selber wählen könnten, wo und wie sie Unterstützung brauchen, dann käme bestimmt was anderes raus.“¹³

Konzeptentwicklung

Die Angebote der diversen Einrichtungen und Projekte im psychosozialen Bereich sind für bestimmte Zielgruppen und ihren Bedarf gedacht. Die Definition dieser Zielgruppen sowie ihres Bedarfs wird bis jetzt ausschließlich von MitarbeiterInnen des Hilfesystems aufgestellt. Viele Betroffene finden mit ihrem Bedarf in den bestehenden Angeboten keinen Platz oder bekommen keine adäquate Hilfe, da sich ihre Problematik nicht allein einem der Hilfeangebote zuordnen lässt. Eine inhaltliche Beteiligung der Betroffenen und NutzerInnen bei der Erarbeitung von neuen oder Erweiterung von bestehenden Konzepten halten wir deshalb für äußerst wichtig und notwendig. Verschiedene Probleme stehen miteinander in Zusammenhang. Diese Zusammen-



hänge und der damit verbundene Bedarf können aus direkter Erfahrung nur von den jeweils Betroffenen beschrieben und analysiert werden.

Evaluation

Die Evaluation der Angebote aus der Sicht der NutzerInnen ist bis jetzt ein stark vernachlässigter Aspekt des Hilfesystems. Die bislang verwendeten Kriterien zur Evaluation der Arbeit im psychosozialen Bereich werden von Stellen, die die Finanzierungen bewilligen, und nicht von den NutzerInnen der Projekte erarbeitet. Es besteht der dringende Bedarf, die Einzelangebote sowie die gesamten Hilfeabläufe aus der Sicht der NutzerInnen zu überprüfen. Dafür müssen Instrumente entwickelt werden, die weit über die Fragen hinausgehen, ob den KlientInnen die Farbe der Wände oder das Essen gefallen.

Eine fundierte Evaluation müsste die Sicht der KlientInnen unbedingt einbeziehen. Diese Art der Evaluation kann unserer Meinung nach am besten durch unabhängige und für diese Aufgabe qualifizierte Teams geplant und durchgeführt werden, die mehrheitlich aus Betroffenen und NutzerInnen bestehen. Natürlich wäre der Nutzen einer solchen Evaluation am größten, wenn ihre Ergebnisse den Weg zurück in die Praxis finden.

Einstellung von MitarbeiterInnen

Die Personalauswahl ist in den meisten Projekten ein Tabubereich, der nur der Geschäftsführung oder eventuell noch den MitarbeiterInnenteams zugänglich ist.

„Als die Betroffenen während der Konzepterarbeitung für ein neues Projekt forderten, bei der Auswahl der MitarbeiterInnen ein Mitspracherecht zu haben, wurde uns von MitarbeiterInnen eines Trägers geantwortet, dass das unsere Kompetenzen überschreiten würde und es Grenzen für einen ‚Trialog‘ geben müsse.“¹⁴

In anderen Ländern, z.B. England, wurden positive Erfahrungen damit gemacht, die Meinung der NutzerInnen bei der Einstellung von MitarbeiterInnen gezielt miteinzubeziehen. Wir wissen nur von wenigen Einrichtungen in Berlin, in denen die BewohnerInnen, z.B. nach einer Hospitation der BewerberInnen, zu ihren Eindrücken befragt wurden.

„Es gab eine Hospitantin, die hat überhaupt nicht hergepasst, die saß da mit Mantel und Hut und hat dämliche Antworten gegeben. Da haben wir dann auch alle unser Veto abgegeben.“¹⁵

Ein Feedback von NutzerInnen sowie die Einstellungskriterien, die ihre Wünsche und Meinungen berücksichtigen oder mit ihnen gemeinsam erarbeitet wurden, könnten einen wichtigen Beitrag zur Suche und Einstellung von kompetenten MitarbeiterInnen leisten.

Fortbildung für MitarbeiterInnen

Der Einbezug von Betroffenen als DozentInnen in Fortbildungen für die MitarbeiterInnen entwickelt sich langsam auch zu einer Praxis in Deutschland. MitarbeiterInnenteams verschiedener Projekte oder ihre Geschäftsführungen entscheiden sich immer häufiger für Fortbildungen aus der Sicht von Betroffenen. Diverse Fortbildungsträger beauftragen immer häufiger psychiatrie-betroffene DozentInnen. Es gibt Universitäten, wo die Betroffenen Lehraufträge haben oder an der Herstellung von Lehrmaterialien¹⁶ arbeiten. Es wird mehr und mehr erkannt, dass DozentInnen mit eigenen direkten Erfahrungen zu Krisen oder außergewöhnlichen Zuständen wichtige Kompetenzen für den Bereich der Aus- und Fortbildung mitbringen. Wenn es um die Vermittlung von konkreten Umgangsstrategien geht, stellt das Erfahrungswissen im Gegensatz zum theoretischen eine praxisnähere und lebendigere Quelle dar. Beteiligung von Betroffenen im Fortbildungsbereich sehen wir als Chance für einen wichtigen Perspektivenwechsel, der zu entsprechenden Praxisänderungen führen kann.

„Man merkt sich, was sie sagen und wie sie fühlen, und sie sagen Sachen, auf die man selber niemals gekommen wäre ... Es ist gut, dass sie einen aufrütteln und fragen: ‚Was ist mit dem hier?‘“¹⁷

Forschung

Im Bereich der sozialen Forschung erlangen Betroffene (häufig auch „Experten durch Erfahrung“ genannt) zunehmend Beachtung, und zwar nicht mehr nur als Beforschte, sondern als ForscherInnen selbst. Ausgangspunkt der Betroffenenbeteiligung in diesem Bereich ist die Anerkennung der Tatsache, dass es Objektivität, Neutralität und Distanz in den Sozialwissenschaften nicht geben kann und die Identität der ForscherInnen sowie Machtverhältnisse zwischen ForscherInnen und Beforschten die Ergebnisse so stark beeinflussen, dass verschiedene Positionen auch zu verschiedenen Wahrheiten führen können.

„Forschung – ein Fenster, verschiedene Sichten, je nachdem, wo man steht.“¹⁸



Da Forschung einer der wichtigsten Wege ist, um Wissen zu erlangen, hat sie eine entsprechend große Bedeutung für die Praxis. Es gibt Varianten und verschiedene Grade der Betroffenenbeteiligung in den Forschungsansätzen. Einer dieser Ansätze ist die betroffenenkontrollierte Forschung. Sie vermeidet die Interpretation und legt großen Wert auf einen direkten Praxisbezug. Mit diesem Forschungsansatz tragen die Betroffenen selber zur Produktion des Wissens bei und beeinflussen dadurch die Entstehung einer anderen Wissenschaft, die näher an ihre Realitäten heranreicht.

„Genau in dieser Nähe zwischen den eigenen Erfahrungen und dem Forschungsthema liegt die Stärke und nicht die Schwäche unseres Wissens.“¹⁹

Peter Beresford

12 Russo, J.; Fink, T.: Stellung nehmen

13 Russo, J.; Fink, T.: Stellung nehmen, S. 82

14 Aus der Arbeitsgruppe zu diesem Text

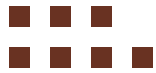
15 Russo, J.; Fink, T.: Stellung nehmen, S. 85

16 Open University London

17 Tew, J., u. a.: Learning from Experience, S. 11

18 Royle, J., u.a.: Getting Involved in Research – a Guide for Consumers, S. 6

19 Rede bei der Shaping Our Lives Conference in London, Juni 2003, vgl. Beresford, P.: It's Our Lives: A short theory of knowledge, distance and experience



Eine Beteiligung von Betroffenen wird nur zustande kommen, wenn einerseits bei den Professionellen in den Projekten die Motivation vorhanden ist, mit Betroffenen zusammen zu arbeiten, und andererseits auch Betroffene gefunden werden, die sich beteiligen wollen. Sowohl die Organisationen und Projekte als auch die Betroffenen müssen sich überlegen, welche Ziele sie mit einer Zusammenarbeit verfolgen möchten.

Das Interesse von Professionellen an Betroffenenbeteiligung hat in den letzten Jahren zugenommen. In wachsendem Maße wird die Chance erkannt, auf diesem Wege die angebotenen Hilfen besser an den Bedürfnissen der NutzerInnen ausrichten zu können. In der politischen Diskussion werden die Stärkung sowie der Schutz von PatientInnen- und VerbraucherInnenrechten in letzter Zeit vermehrt thematisiert. Eine Beteiligung von Betroffenen soll auch zu demokratisch legitimierten Entscheidungen beitragen. Während in den skandinavischen Ländern, den Niederlanden und Großbritannien Ansätze der Betroffenenbeteiligung umfangreicher praktiziert werden, zeichnet sich auch in Deutschland ein Trend in diese Richtung ab.

Pseudo-Beteiligung

Wie bei jedem Trend bringt diese Entwicklung möglicherweise eine Eigendynamik mit sich. So könnte es für Organisationen und Projekte verführerisch sein, sich unter der Fahne „Projekt mit Betroffenenbeteiligung“ in der Außendarstellung ein zeitgemäßes Image zu verschaffen. Einzig und allein diese Motivation wird für das Entstehen einer qualitativ bedeutsamen Betroffenenbeteiligung jedoch nicht ausreichen. Allerdings kann es mit relativ geringem Aufwand gelingen, den formalen Anschein einer Betroffenenbeteiligung zu erwecken. Derartige Alibi-Beteiligungen sind Betroffenen gegenüber nicht fair. Zudem wirken sie äußerst destruktiv auf die Motivation und Bereitschaft, sich weiterhin zu engagieren.

Therapeutische Beteiligung

Problematisch ist es ebenfalls, wenn Projekte und Organisationen die Beteiligung von Betroffenen therapeutisch begründen. Denn mit dem therapeutischen Argument wird eine Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe von vornherein ausgeschlossen. Mit einer als Rehabilitationsmaßnahme angelegten Beteiligung bleiben alle Akteure in der TherapeutInnen-KlientInnen-Rollenverteilung gefangen. Diese lässt sich mit einer kollegialen Zusammenarbeit nicht verbinden.

Sicherlich können Betroffene einen persönlichen Nutzen aus ihrer Beteiligung ziehen. Viele berichten, dass ihnen die Beteiligungsarbeit neue Kompeten-



zen, Fähigkeiten und Anerkennung verschafft und insgesamt positive Auswirkungen auf ihr Selbstwertgefühl hat. Diese Effekte lassen sich nicht nur speziell durch Betroffenenbeteiligung, sondern allgemein durch sinnvolle Tätigkeiten erzielen. Auch für Professionelle hat ihre Arbeit einen stabilisierend-positiven Effekt auf das eigene psychische Wohlbefinden. Es ist natürlich sehr wünschenswert, dass Betroffene wie auch Professionelle den Prozess der Betroffenenbeteiligung als persönlich bereichernd erleben. Zur Einführung der Betroffenenbeteiligung sollten die Projekte sich aber nicht „zum Wohle der Betroffenen“ hinter Argumenten der Selbstlosigkeit verstecken, sondern sich ganz und gar auf die eigenen Interessen konzentrieren und diese benennen.

Bei der Suche nach Gründen für eine Beteiligung von Betroffenen, vor allem wenn sie als gleichberechtigt und partnerschaftlich angestrebt wird, sollte das therapeutische Argument für die Projekte und Organisationen keine Bedeutung haben.

„Einige ‚unterstützende‘ professionelle Haltungen können den Einfluss und die Wirksamkeit der Beteiligung von Betroffenen beschränken, indem sie diese auf individuelle therapeutische Ergebnisse reduzieren.“²⁰

Machtunterschiede

Obwohl die Barriere zwischen NutzerInnen und Professionellen eine künstliche ist, weil wir alle potentiell NutzerInnen sind, taucht sie immer wieder real auf. Diese Barriere wird durch eine ungleiche Machtverteilung verstärkt und bekräftigt.

NutzerInnen sind in weiten Bereichen in einer schwächeren Position gegenüber Professionellen: Professionellen wird die Diagnose-, Berichts- und Einschätzungsmacht zugesprochen, sie befinden sich oft in einer Personenüberzahl oder treten als ein geschlossenes Team auf, sie haben die Macht, Entscheidungen zu treffen und legen Regeln und Strukturen fest.

NutzerInnen, die sich um die Kontrolle darüber bemühen, was mit ihnen geschieht oder geschehen soll, laufen Gefahr als aggressiv und unkooperativ angesehen und willkürlich mit Maßnahmen sanktioniert zu werden. Umgekehrt haben NutzerInnen auch bei gravierendem Missverhalten von Seiten einer Einrichtung kaum eine Chance, sich zu wehren oder gar Sanktionen durchzusetzen. Für eine solche Auseinandersetzung fehlen nicht nur rechtliche Möglichkeiten und Unterstützung von außen, sondern häufig aufgrund von Krisensituationen auch verfügbare eigene Ressourcen (Energie,

Selbstbewusstsein, Finanzen etc.). Besonders fatal ist, dass den Betroffenen die Glaubwürdigkeit abgesprochen wird – ein Vorgang, der automatisch mit einer psychiatrischen Diagnose einhergeht. Leider ist eine solche Position in der Lage, wichtige Entwicklungen dauerhaft zu verhindern. Betroffene bleiben in einer machtarmen Position gefangen, solange sie als chronisch krank behandelt werden.

Es ist schwierig, Machtfragen offen anzusprechen. Sie stellen häufig ein Tabu dar. Betroffenenbeteiligung kann die Machtunterschiede nicht beseitigen. Aber sie kann dazu beitragen, die ungleichen Machtrollen bewusst zu machen, unangemessene Machtansammlungen in Frage zu stellen und ausgewogenere Möglichkeiten der Machtverteilung auszuprobieren.

„Betroffenenbeteiligung überwindet die Grenze zwischen Professionellen und Betroffenen.“²¹

Beteiligung aus Betroffenen­sicht

„Häufig darf ich Entscheidungen nur abnicken, weil die sowieso schon feststehen. Meine Kritik wird freundlich zur Kenntnis genommen, beeinflusst Entscheidungen aber nicht. Oft habe ich das Gefühl, nur ein bunter Tupfer in der grauen Gremienlandschaft zu sein, der die Professionellen amüsiert oder auch mal aufregt – bewirken kann ich nichts.“²²

Häufig wird wie selbstverständlich davon ausgegangen, dass alle Betroffenen sich beteiligen wollen. Wieso aber sollten sie das? Viele Betroffene erleben eine Krise als gravierenden Einschnitt, der sie aus ihrem gewohnten Leben herausreißt. Zudem wirkt eine Psychiatrisierung mit Zwangsmaßnahmen, stigmatisierenden Diagnosen, Psychopharmakabehandlung und anderen Mechanismen bei Betroffenen oft als lang anhaltende Belastung nach. Anstatt mit zurückgewonnener Energie und Lebensfreude werden Betroffene gedämpft, passiv und mit Ohnmacherlebnissen aus stationärer Behandlung entlassen. In dieser Situation sind viele mehr als genug damit beschäftigt, ihrem eigenen Leben wieder eine positive Richtung zu geben oder „nur“ ihren Lebensunterhalt zu sichern. Viele wollen – oder müssen – dazu das Erlebte erst mal vergessen und sind nicht bereit, sich als Betroffene zu beteiligen.

Es gibt auch Betroffene, die sich nicht engagieren, weil sie die Betroffenenbeteiligung für eine aussichtslose Strategie halten. In Betroffenenorganisationen ist es umstritten, ob mit einem Engagement überhaupt Veränderungen



erreicht werden können, oder ob sie hier lediglich als HelfershelferInnen eingespannt werden.

Der Preis von Aufwandsentschädigungen

Selbst für die Betroffenen, die sich engagieren möchten, sind die angebotenen Mitsprachemöglichkeiten nicht unbedingt attraktiv. Häufig wird von BetroffenenvertreterInnen die Teilnahme in bestehenden regelmäßigen Gremien erwartet. Ein solches Angebot bedeutet dann, dass sie in diesen Gremien üblicherweise als einzige Betroffene in einer Runde mit vorwiegend erfahrenen Professionellen sitzen, die sich untereinander seit Jahren kennen und tagtäglich miteinander (oder auch gegeneinander) arbeiten. Die Tagesordnung wird schon vorab entschieden, und die dazu ausgearbeiteten Positionspapiere machen längst die Runde. Unter diesen Bedingungen ist die BetroffenenvertreterIn automatisch isoliert. Zudem wird sie häufig fürsorglich-bevormundend behandelt und ihr Einfluss ist von keiner nennenswerten Bedeutung.

Die Rolle der Betroffenen in Gremien, in denen keine Auseinandersetzung mit den Themen Mitsprache und Beteiligung stattgefunden hat, ist strukturell eine reagierende. In solchen Gremien gibt es keinen Platz, eine eindeutige Betroffenen-Agenda zu entwickeln. Die BetroffenenvertreterIn erhält keine Möglichkeit, sich mit Betroffenenorganisationen zu beraten oder eine Position mit anderen abzustimmen. Die Erwartungshaltung ist jedoch, dass ein oder zwei Personen die Betroffenenperspektive in ihrer vollständigen Themen- und Erfahrungsweise vertreten sollen. Wenn dann eine BetroffenenvertreterIn den Mut findet, eine umstrittene Meinung zu äußern, wird diese mit Regelmäßigkeit als unrepräsentativ beiseite gewischt und entsorgt.

Für all diese Arbeit erhalten die BetroffenenvertreterInnen eventuell ihre Fahrtkosten, ein Mittagessen oder ein paar Euro an Aufwandsentschädigung. Wenn sie trotz diesen Bedingungen ihre Gremienarbeit fortsetzen, erleben sie meist nur mühsame kleine oder gar keine Fortschritte zu den ihnen wichtigen Themen. Häufig kommen diese Punkte erst gar nicht auf die Tagesordnung, weil diese durch die Professionellenmehrheit bestimmt wird. Oder sie erleben, dass das Gremium lediglich als Forum für Berichte zu Entwicklungen und Entscheidungen funktioniert, die anderswo stattfinden und getroffen werden. Angesichts dieser Bedingungen stellt sich die Frage: Welche Art von Verrücktheit ist für diesen Job nötig?

Grundsätzlich wäre es wichtig, nicht nur die professionellen MitarbeiterInnen, sondern auch die mitwirkenden Betroffenen angemessen zu bezahlen. Mit großer Verwunderung wird oft beklagt, wie schwierig die Betroffenenbeteiligung doch sei, weil es nur so wenige oder gar keine Betroffenen gebe, die sich für diese Aufgabe bereit finden. Bislang wird dabei noch immer als selbstverständlich vorausgesetzt, dass Betroffene ehrenamtlich oder gegen geringe Aufwandsentschädigungen ihre Arbeit zu erbringen haben. Und ebenso selbstverständlich wird übersehen, dass die bisher praktizierte Beteiligung in weiten Teilen ausschließlich von Betroffenen über Erwerbsunfähigkeits- und Altersrenten oder unterstützende Lebenspartner finanziert wird. Dieser Zustand begrenzt in der Konsequenz nicht nur den Umfang der Beteiligung, sondern auch die Anzahl der Betroffenen, die diese Arbeit überhaupt leisten können. Die möglichen Erfolge der Betroffenenbeteiligung werden über diesen Mechanismus klein gehalten. In einem Teufelskreis werden die zum Teil bestehenden Vorurteile bestätigt, dass eine Beteiligung unvorstellbar kompliziert sei und effektiv nicht viel bringe. Für einen qualitativen Sprung in der Beteiligung von Betroffenen bedarf es einer angemessenen Bezahlung, die nicht nur eine ernst gemeinte Wertschätzung des Erfahrungswissens widerspiegelt, sondern auch mit ihrem Stundensatz den tatsächlichen Arbeitsumfang berücksichtigt.

- Möchte ich meine Psychiatrieerfahrung vergessen, oder kann ich hinter dieser Erfahrung stehen und sie kritisch anschauen? Will ich darüber kommunizieren?
- Macht es für mich Sinn, in Gremien mit Professionellen zusammenzuarbeiten? Habe ich etwas davon?
- Fühle ich mich dort wohl?
- Habe ich das Gefühl, dass meine Anwesenheit dort zählt?
- Gibt es andere Betroffene, mit denen ich mich darüber austauschen kann?

20 Rose, D., u.a.: User and Carer Involvement in Change Management, S. 16

21 Hutchinson, M., u.a.: User Involvement Information Pack, S.15

22 Aus der Arbeitsgruppe zu diesem Text



Wir werden im Folgenden einige Voraussetzungen und Prinzipien für eine Beteiligung von Betroffenen formulieren, die wir für wichtig halten und die sich in der Praxis als förderlich erwiesen haben. In der Auswahl der Schwerpunkte lassen wir uns sowohl subjektiv auf der Grundlage eigener Erfahrungen als auch durch eine Reihe von in der Literatur beschriebenen Erfahrungen leiten. Gleichzeitig wollen wir mögliche Schwierigkeiten und Stolperfallen beleuchten, die sich in der Umsetzung auftun können. Zuvor möchten wir darauf hinweisen, dass Lösungen zu manchen anscheinend unüberwindbaren Fragen erst gefunden werden, indem man den Versuch einer Praxisänderung wagt. Häufig werden die besten Antworten erst in diesem Prozess entdeckt.

„Der Prozess der Betroffenenbeteiligung bei der Veränderung der Praxis kann ebenso bedeutend wie seine Ergebnisse sein. Die Annahme, dass Probleme gelöst sein sollten oder könnten, bevor der Änderungsprozess begonnen hat, ist ein Fehler.“²³

Die Entscheidung für Betroffenenbeteiligung

Bei der Strategie der Betroffenenbeteiligung handelt es sich um eine Form der Organisationsentwicklung. Wie bei anderen Organisationsentwicklungen auch, hängt das Gelingen oder Nichtgelingen eines Veränderungsprozesses entscheidend von der jeweiligen Projektkultur ab. Die Strategie der Betroffenenbeteiligung braucht eine aufgeschlossene Projektkultur. Die Einführung dieser Strategie braucht die Offenheit für einen Lernprozess, der als positiv verändernde Herausforderung begriffen wird.

Zu diesem Schritt bedarf es einer klaren Entscheidung seitens der Projekt-MitarbeiterInnen. Nur wenn das gesamte Projektteam einschließlich der Leitungsebenen aus persönlichen und strategischen Überzeugungen heraus sich für eine Änderung der Projektkultur entscheidet und selber dieses Ziel aktiv anstrebt, lässt sich eine Beteiligung von Betroffenen umsetzen.

Dafür, dass eine solche Entscheidung zustande kommt und anschließend auch konsequent verfolgt wird, hat es sich als sehr förderlich erwiesen, wenn es in Projekten Professionelle gibt, die eine Vorreiterrolle einnehmen und eine Diskussion zu den möglichen Vor- und Nachteilen in ihrem Arbeitszusammenhang initiieren. Wenn sie von den Chancen, Vorteilen und der Notwendigkeit der Betroffenenbeteiligung überzeugt sind, werben sie in ihrem Projekt für diese Strategie.

- Haben Sie in Ihrem Team gemeinsame Schwerpunkte Ihrer Arbeit formuliert und festgelegt?
- Gibt es in Ihrem Projekt eine gemeinsame Vorstellung darüber, in welche Richtung Sie Ihre Arbeit kurz- und längerfristig entwickeln wollen?
- Gibt es vom gesamten Team beschlossene Leitlinien für eine gemeinsame Projektkultur?
- Können Sie sich in Ihrem Projekt eine Diskussion dazu vorstellen?
- Wie könnten Sie einen solchen Prozess anregen?

Bereitstellen von Ressourcen

Eine klare Entscheidung der Projekte für eine Beteiligung von Betroffenen ist nicht zuletzt deshalb wichtig, weil auch finanzielle Investitionen erforderlich sein werden. Dieser Aspekt wurde bislang kaum beachtet. Die Chancen einer Betroffenenbeteiligung werden inzwischen zwar in vielen Projekten erkannt, aber sie soll zumeist nichts kosten. Diese Haltung führt qualitativ zu keinen befriedigenden Ergebnissen. Ein spürbarer Nutzen hängt auch von der Bereitschaft ab, finanzielle Mittel einzuplanen, um z.B. in Fortbildungen für MitarbeiterInnen und Betroffene oder in die Bezahlung von Betroffenen zu investieren.

Unterstützende Projektkultur

Was gehört zu einer offenen Projektkultur? Bezogen auf Betroffenenbeteiligung gehören dazu sicherlich an erster Stelle Respekt und das Interesse an der Meinung und dem Expertenwissen der Betroffenen. Neue Wege zu gehen, erfordert ebenfalls eine gewisse Portion an Mut und Selbstbewusstsein. Eine unterstützende Projektkultur wird aber auch Beharrlichkeit und Ausdauer benötigen. Denn im Allgemeinen erweisen sich Organisations- und Projektstrukturen in allen Berufsbereichen nach einer gewissen Zeit des Bestehens als sehr resistent gegenüber neuen Ansätzen. Das Zusammenspiel aus Gewohnheiten, Vorurteilen und zeitlicher Überlastung erschwert Veränderung. Wenn in einem begonnenen Prozess nicht nur positive Ergebnisse entstehen und daraufhin Schuldzuweisungen innerhalb der Organisationen vorgenommen werden, kann auch das die Motivation nachhaltig schädigen. Daher ist es besonders wichtig, Betroffenenbeteiligung als positive Möglichkeit zur Erweiterung und Veränderung der Arbeit zu sehen.

Vielfach existiert in Bezug auf die Betroffenenbeteiligung in den Projekten eine Mischung aus verschiedenen Gefühlen. Einerseits besteht ein Interesse an Betroffenenbeteiligung; andererseits kann eine „Begutachtung“ der langjährigen eigenen Mühe und Arbeit durch den NutzerInnen beängstigend



sein. In der psychosozialen Arbeit spielen stärker als in anderen Berufsbereichen persönliche Werte eine Rolle. Das eigene Tun und Fühlen zu prüfen und zu hinterfragen ist Bestandteil der Arbeit, und die emotionale Beanspruchung ist oft höher als in anderen Berufsfeldern. Gerade aus diesem Grund kann eine eventuelle Kritik an der eigenen Tätigkeit als bedrohlich und kränkend empfunden werden. Ein sich im psychosozialen Bereich engagierender Betroffener hat die in Bezug auf Betroffenenbeteiligung in Projekten und Organisationen existierende Ambivalenz treffend ausgedrückt:

„Ich bin eine Feder an ihrem Hut und ein Stachel in ihrer Seite.“²⁴

Realistische Ziele

Am Ausgangspunkt einer konkreten Beteiligung sollte ein Aushandlungsprozess stehen. Es ist vorteilhaft, wenn sich alle Akteure offen und ehrlich darüber austauschen, was ihre jeweiligen Motive und Ziele sind. Dieser Schritt schützt beide Seiten davor, mit unverträglichen Erwartungen in eine Zusammenarbeit zu stolpern, die am Ende nur zu Enttäuschung und Frustration führen würde. Jede Seite sollte benennen, welche konkreten Änderungen sie erreichen möchte und was sie zur Erreichung dieser Ziele beizutragen beabsichtigt.

Alle Akteure sollten darüber sprechen, welche Erwartungen sie an die Zusammenarbeit haben. Es bedarf der Klärung, in welchen Bereichen und inwieweit eine Beteiligung von Betroffenen wirklich gewünscht ist. Umgekehrt gilt es auch aufrichtig zu beantworten: In welchen Bereichen ist keine Beteiligung erwünscht? Wo liegen die Grenzen der gewünschten Einflussnahme oder Mitsprache? Und: Sind diese Grenzen für alle Beteiligten akzeptabel? Wichtig wäre es, keine der Bedingungen oder Voraussetzungen unausgesprochen zu lassen. Wenn all diese Fragen offen und ohne Druck geklärt sind, kann eine mögliche Zusammenarbeit entschieden und vereinbart werden.

„Ehrlich und offen zu den Motiven und Anreizen für Beteiligung zu sein, ist eine wichtige Ausgangsvoraussetzung für Zusammenarbeit. Wenn es keinen gemeinsamen Nenner zwischen den jeweiligen Parteien gibt, dann wird und soll es vielleicht zu keiner Zusammenarbeit kommen, aber zumindest haben sich beide Parteien zu den Gründen für ihre Sichtweisen ausgetauscht und die Möglichkeit erhöht, evtl. künftig in einer vertrauensvollen Atmosphäre beginnen zu können.“²⁵

Allison Faulkner

Zugang zu Informationen

Ein qualitativ gut und transparent organisierter Informationsfluss ist natürlich keine spezifische Voraussetzung, die nur in der Beteiligung von Betroffenen wichtig ist. Sie ist überall dort von entscheidender Bedeutung, wo eine gute und fruchtbare Zusammenarbeit angestrebt wird. Auch der Zugang zu Informationen hat stets mit Macht zu tun.

Damit Betroffene sich wirklich beteiligen können, ist aufmerksam vorzusehen, dass alle wichtigen Informationen vollständig, rechtzeitig und auch verständlich bereitgestellt werden. Eine gleichberechtigte Zusammenarbeit setzt eine Informationsweitergabe ohne einseitige Informationsvorsprünge voraus. Von der Qualität des Informationsflusses hängt es maßgeblich ab, ob eine Beteiligung nicht nur formal äußerlich bleibt, sondern auch inhaltlich ausgefüllt werden kann.

Dabei sind auch technische und organisatorische Aspekte zu beachten. Die MitarbeiterInnen und Führungskräfte von Organisationen verfügen meist durch ihren Arbeitsplatz über eine Ausstattung, welche einen Informationsaustausch auf verschiedenen Wegen ermöglicht. Bei den Betroffenen ist dies häufig nicht der Fall – eine Vollausstattung mit Fax, Anrufbeantworter und PC inklusive Internetzugang wird eher die Ausnahme sein. Diese Fragen müssen individuell beachtet und gelöst werden.

Transparente Entscheidungsabläufe

Für jede konkrete Beteiligung müssen neue Strukturen entstehen, die von Anfang an gemeinsam mit den Betroffenen überlegt und geschaffen werden. Anschließend sollten sie regelmäßig auf ihre Effektivität überprüft werden. Bezogen auf den Kontext, in dem die Beteiligung von Betroffenen stattfinden soll, ist immer die Frage zu stellen, warum sie erwünscht ist. Welche Struktur ist dafür geeignet, dass die Betroffenenperspektive Einfluss gewinnen und in die Entscheidungen einbezogen werden kann? Eine Beteiligung von Betroffenen und NutzerInnen hat z.B. keinen Sinn, wenn es neben den offiziellen Informations- und Entscheidungswegen stark ausgeprägte informelle Informationszirkel gibt, in denen alle wichtigen Entscheidungen außerhalb der offiziellen Strukturen abgesprochen werden.

Sicherheit vor Sanktionen

Die Zusammenarbeit von NutzerInnen und MitarbeiterInnen erfordert, Machtunterschiede anzuerkennen. Die Möglichkeit einer offenen oder verdeckten „Bestrafung“ der NutzerInnen bei Kritik oder allzu schlechter



Bewertung der Einrichtung ist ein heikles Thema. Eine konstruktive Beteiligung der NutzerInnen ist nahezu ausgeschlossen, wenn sie negative Reaktionen der MitarbeiterInnen befürchten. Bereits während der Vorbereitung und während des Prozesses der Beteiligung sollte deshalb diese Problematik offen diskutiert und ein Umgang damit gesucht werden.

Die Gefahr von verdeckten oder unwillkürlichen Sanktionen ist dabei sicher wesentlich höher als die einer bewusst durchgeführten. Beispielsweise kann es einer NutzerIn aufgrund von Kritik an Verhaltensweisen der MitarbeiterInnen passieren, dass sie anschließend von einzelnen Teammitgliedern kühl behandelt wird. Aufgrund der Abhängigkeit der NutzerInnen und der oben angesprochenen Machtunterschiede gibt es vielfältige Möglichkeiten solch subtiler negativer Reaktionen. Es ist sehr schwer, diese konkret zu belegen.

Bei Beschwerdeversuchen laufen die NutzerInnen zusätzlich Gefahr, dass ihre Wahrnehmungen „krankheitsbedingt“ als überzogen oder falsch abgetan werden. Daher muss vor allem in Projekten, die Interesse an einer Evaluation aus der Sicht ihrer NutzerInnen haben, gut überlegt werden, wie dies für die NutzerInnen ohne Sorge vor negativen Reaktionen geschehen kann. Ein möglichst konstruktiver und gehaltvoller Austausch wird davon abhängen, inwieweit NutzerInnen und Betroffene ihre eventuell negative Kritik und eigene Lösungsvorschläge angstfrei und offen äußern können. Eine größere Chance hierfür gibt es, wenn Dritte von außen hinzugezogen werden.

Fortbildungen für Betroffene

„In der Gremienarbeit werfen die Professionellen mit Abkürzungen, Namen und Fremdwörtern um sich, so dass Betroffene eigentlich bei jedem dritten Wort nachfragen müssten. Wenn sich das jemand traut, sind alle ziemlich schnell genervt. Die Betroffenen stehen als ‚Dummenchen‘ da; die Professionellen kommen nicht dazu, ihre Themen zu behandeln. Es dauert nicht lange, und alle wünschen sich ganz woandershin. In diesem Gremium will keiner bleiben müssen.“²⁶

Wissen ist Macht. Diese Regel gilt besonders auch für Betroffene, die sich beteiligen wollen. Fortbildungen für Betroffene sind wichtig, damit sie das für eine Beteiligung notwendige Grundlagenwissen und arbeitstechnische Know-how erwerben können.

Die Mehrheit der Betroffenen kann nicht auf eine Ausbildung im psychosozialen Bereich zurückgreifen, daher benötigen sie gezielte Fortbildungsange-

bote. Vor allem den Einstieg in eine Zusammenarbeit mit Professionellen können entsprechende Angebote sehr erleichtern. Insbesondere für diese Phase besteht ein Bedarf an Fortbildungen, die eigens für Betroffene konzipiert werden. Daneben können auch bereits bestehende Fortbildungsangebote genutzt werden. In beiden Fällen sollte gewährleistet werden, dass die Kosten nicht privat von den Betroffenen getragen werden.

„Die wenigsten Betroffenen verfügen über Erfahrungen als FortbildungsreferentInnen, wohingegen Professionelle sich Themen wie Gruppendynamik, Kommunikation und Gesprächsführung, Moderation etc. häufig in ihrer Ausbildung angeeignet haben. Betroffene müssen sich das alles und noch viel mehr autodidaktisch aneignen, um die Voraussetzungen für eine DozentInnenarbeit zu erfüllen. Oft wird von ihnen mehr erwartet als von den Professionellen.“²⁷

Unabhängige Betroffenenorganisationen

Es ist nicht zu erwarten, dass die Planung und Einführung der Beteiligungsstrategie von Betroffenen und NutzerInnen allein von MitarbeiterInnenteams oder Geschäftsführungen getragen werden kann. Betroffenenorganisationen könnten in diesem Prozess eine entscheidende Rolle bekommen. Die Beteiligungsstrategie braucht Planung, Wissen, inhaltliche und organisatorische Vorbereitung und vor allem einen Blick von außen.

Die Ängste und Projekttabus können leichter von denjenigen angesprochen werden, die nicht direkt involviert sind. Ein Blick von außen ist eher in der Lage, die Potentiale und Problematiken zu sehen und auf diese einzugehen. Mittlerweile gibt es zunehmend Psychatriebetroffene, die durch ihr langjähriges Engagement in der Betroffenenbewegung oder durch ihre DozentInnen- und Forschungstätigkeiten vielfältiges Wissen und wertvolle Kompetenzen erworben haben, die sie zu dieser herausfordernden Aufgabe befähigen. Ihre Rolle könnte für die Entstehung eines neuen Dialogs zwischen dem Hilfesystem und seinen NutzerInnen von unverzichtbarem Wert sein.

23 Rose, D., u.a.: User and Carer Involvement in Change Management, S. 16

24 Rose, D., u.a.: User and Carer Involvement in Change Management, S. 14

25 Faulkner, A: The emperor's new clothes: user involvement revisited, Beitrag der online Conference: Different Truths: User Control and Involvement in Mental Health Research and Evaluation, December 2003

26 Aus der Arbeitsgruppe zu diesem Text

27 Aus der Arbeitsgruppe zu diesem Text



Zur Frage, wie die Strategie der Betroffenenbeteiligung konkret umgesetzt werden kann, finden wir auch einen Vergleich mit den Erfahrungen in den Nachbarländern sehr anregend. Vor allem in den Niederlanden, den skandinavischen Ländern, Großbritannien sowie den USA und Kanada werden im psychosozialen und psychiatrischen Hilfesystem unterschiedliche Elemente der Beteiligung von Betroffenen bis hin zu betroffenenkontrollierten Ansätzen praktiziert. Sehr aussagekräftig erscheint uns eine breit angelegte aktuelle Überblicksstudie²⁸ aus Großbritannien, wo die Beteiligung von Betroffenen länger zurückreicht und zudem seit 1990 gesetzlich verankert ist. Honorarverträge sowie Festanstellungen für Betroffene sind dort bereits üblich.

In der Studie werden 112 Berichte von konkreten Betroffenenbeteiligungsprojekten ausgewertet und auf förderliche Bedingungen hin untersucht. Als eindeutig wichtigstes Kriterium für eine erfolgreiche Betroffenenbeteiligung wird hier eine unterstützende Organisationskultur in den Projekten festgestellt. Als ebenfalls förderliche Faktoren werden Fortbildungen für NutzerInnen und MitarbeiterInnen, insbesondere durch Betroffene, sowie autonom arbeitende Betroffenenengruppen genannt.

28 Rose, D., u.a.: User and Carer Involvement in Change Management



Alle Ausführungen zu den Prinzipien und Voraussetzungen für Strategien der Betroffenenbeteiligung in dieser Broschüre erheben weder den Anspruch auf Objektivität oder Vollkommenheit, noch stellen sie ein fertiges Umsetzungskonzept dar. Diese Ansprüche wären kaum einlösbar. Wir haben uns bedeutsam erscheinende Aspekte formuliert, die eine Orientierung in der Umsetzung der Beteiligung von Betroffenen bieten können, und möchten sie als Anregung hierfür verstanden wissen.

Während der Arbeit an diesem Text haben wir uns immer wieder bei dem Versuch ertappt, unsere Ansichten und Vorschläge in der Sprache des psychosozialen Bereichs vorzubringen. Diesen Druck, über den professionellen sprachlichen Ausdruck ernstgenommen zu werden, finden wir sehr hinderlich für den Prozess der Beteiligung von Betroffenen. Eine wichtige Frage in diesem Prozess ist doch, in welcher Sprache der Dialog stattfindet und wie einer Sprache der direkten Erfahrung der Weg zu allen Ebenen der organisierten Hilfe möglich werden kann.

Wir hoffen, mit dieser Arbeit Interesse an der Strategie der Beteiligung von Betroffenen geweckt zu haben und möglichst viele zu ermutigen, diesen Weg der Entwicklung im psychosozialen Bereich zu gehen. An dieser Stelle schließen wir uns unseren KollegInnen an:

„Das Wichtigste ist, den Prozess zu beginnen – und nicht darüber zu klagen, dass wir noch nicht genau wissen wie.“²⁹



Beresford, P.: It's Our Lives: A short theory of knowledge, distance and experience, Citizen Press, in association with Shaping Our Lives, London, UK 2003, www.shapingourlives.org.uk

Beresford, P.: Developing the theoretical basis for service user/survivor-led research and equal involvement in research, in: *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Vol. 14, Nr. 1, 2005, www.eps-journal.com

Carr, S.: Has service user participation made a difference to social care Services? Social Care Institute of Excellence, London, UK 2004, www.scie.org.uk

Chamberlin, J.: User/consumer involvement in mental health service delivery, in: *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Vol. 14, Nr. 1, 2005, www.eps-journal.com

Heikkilä, M.; Julkunen, I.: Obstacles to an increased user involvement in social services. A commissioned background document, STAKES, Finland, Council of Europe, 2003, www.coe.int

Hutchinson, M., Linton, G.; Lucas, J.: User Involvement Information Pack. From Policy to Practice, MIND South East Publication, UK 1990, www.mind.org.uk

Lehmann, P.: All about PSY DREAM. Psychiatric Drug Registration, Evaluation & All-inclusive Monitoring, in: *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Vol. 14, Nr. 1, 2005, www.eps-journal.com

Nicholls, V.: Doing research ourselves, The Mental Health Foundation, London, UK 2001, www.mhf.org.uk

Nicholls, V.; Wright, S.; Waters, R.; Wells, S.: Surviving user-led research. Reflections on supporting user-led research projects, The Mental Health Foundation, London, UK 2003, www.mhf.org.uk

Rose, D.: Collaborative research between users and professionals: peaks and pitfalls, *Psychiatric Bulletin*, 27, 2003, www.bjp.rcpsych.org

Rose, D.; Fleischmann, P.; Tonkiss, F.; Campbell, P.; Wykes, T.: User and Carer Involvement in Change Management in a Mental Health Context: Review of the Literature, Service User Research Enterprise (SURE), Institute of Psychiatry, London, UK 2002, www.sdo.lshtm.ac.uk/changemanagement.htm#rose

Royle, J.; Steel, R.; Hanley, B.; Bradburn, J.: Getting involved in Research: A Guide for Consumers, INVOLVE, Hampshire, UK 2001, www.invo.org.uk

Russo, J.; Fink, T.: Stellung nehmen. Obdachlosigkeit und Psychiatrie aus den Perspektiven der Betroffenen, Deutscher PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband, Berlin 2003, www.paritaet-berlin.de

Sainsbury Centre for Mental Health:

- Doing It for Real. A guide to setting up and undertaking a User-Focused Monitoring (UFM) project, London, UK 2003
- Draft principles for user involvement
- Engagement or co-option?
- Service User Empowerment Training Programme
- User-focused monitoring (UFM): an introduction
- What do users want? An overview of interviews with service users
- Why involve service users? Challenges to involvement

Diese Texte sind zu finden auf der Website www.scmh.org.uk

Tew, J.; Gell, C.; Foster, S.: Learning from Experience. Involving service users and carers in mental health education and training, Mental health in Higher Education, Nottingham, UK 2004, www.mhhe.ltsn.ac.uk

Thornicroft, G.; Tansella, M.: Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation, in: *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Vol. 14, Nr. 1, 2005, www.eps-journal.com

Wir bedanken uns bei Patrizia Di Tolla, Susanne El-Gindi, Achim Fabisch, Iris Hölling, Kerstin Kempker, Peter Lehmann, Zofia Rubinsztajn und Susanne Schouba, die zum Entstehen dieses Textes mit Anregungen, Korrekturlesen und ihrer Unterstützung beigetragen haben.

Danken möchten wir ebenfalls dem PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband Berlin und der Deutschen Klassenlotterie Berlin, die mit ihrer finanziellen Zuwendung diese Broschüre ermöglicht haben.

Herausgeber:



Auguststr. 71, 10117 Berlin
info@faelle.org
www.faelle.org

Text:

Rainer Deiters
Jasna Russo

Redaktion:

Annette K. Lorenz

Beratende Arbeitsgruppe:

Sabine Dick
Thomas Fink
Hannelore Klafki
Annette K. Lorenz

Gestaltung:

tektek grafics & gallery
www.creative-desire.com

Druck:

Motiv Offset Druckerei

Auflage: 1500
Berlin, März 2005

Kontakt zur Bestellung der Broschüre:



Referat für Psychiatrie
Marie Gisèle Borgol
Kollwitzstraße 94 - 96
10435 Berlin
Tel.: 31 59 19 -0
Fax: 31 59 19 -29
borgol@paritaet-berlin.de
www.paritaet-berlin.de



F&F für alle Fälle e.V.
Gemeinnütziger und mildtätiger Verein