



# **Gesundsein. Ein Kurs zur Förderung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten**

## **TrainerInnen-Handbuch**

### **Autorinnen:**

Sonja Stadler, Mag.<sup>a</sup> Gabi Pöhacker, Dr.<sup>in</sup> Birgit Buchinger,  
Mag.<sup>a</sup> Nicole Schaffer

unter Mitarbeit von Mira Turba sowie den TrainerInnen der Pilotphase  
Elisabeth Chlebecek, Dagmar Forster, Martin Köberl, Elfriede Maria  
Rauchenwald, Dieter Schmutzer, Brigitte Stöger und Melanie Zeller

Salzburg/Wien, September 2015

Im Rahmen der Gesundheitsreform wurde von der Sozialversicherung und der Stadt Wien ein Landesgesundheitsförderungsfonds eingerichtet. Dieses Projekt wird daraus finanziert.

Wiener  
Gebietskrankenkasse



StadT+Wien  
*Wien ist anders.*



# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	4
<b>1. Rahmen für die Gesundheitsförderung für Menschen mit Lernschwierigkeiten: Wesentliche wissenschaftliche und politische Grundlagen .....</b>	<b>5</b>
Einleitung .....	5
1.1 Das Selbstbestimmt-Leben-Paradigma/People First.....	7
1.2 UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.....	9
1.3 Österreich: Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012–2020 .....	12
1.4 Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation .....	13
1.5 Gesundheitsförderung in Österreich .....	16
1.5.1 Wiener Gesundheitsförderung – WiG .....	18
<b>2. Gesundheitliche Herausforderungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten.....</b>	<b>18</b>
2.1 Menschen mit Lernschwierigkeiten .....	18
2.1.1 Zur Datenlage .....	19
2.1.2 Wissen über Menschen mit Lernschwierigkeiten .....	19
2.2 Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten .....	20
2.2.1 Status quo.....	20
2.2.2 Empfehlungen zur Förderung der Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten .....	21
2.2.3 Ausblick – am Beispiel des Wiener Gesundheitswesens .....	22
<b>3. Haltungen, Querschnittsthemen und Unterstützungssysteme .....</b>	<b>24</b>
Einleitung .....	24
3.1 Haltungen .....	25
3.2 Leichte Sprache und Zeit.....	28
3.3 Querschnittsthemen.....	29
3.4 Unterstützungssysteme – Der „Zauber der Buchstaben“ und das „Modell der 4 Schachteln“ .....	31
Literaturangaben .....	34
Schlüsseldokumente .....	38
Anhang.....	40
Überblick über Beratungsstellen in Wien .....	40
Weiterführende Links.....	44
Broschüren und Folder in Leichter Sprache.....	45

# Vorwort

Da sich dieses Kursprogramm an Menschen mit Lernschwierigkeiten richtet, war es uns als Team wichtig, als Frauen mit und ohne Behinderung zusammenzuarbeiten. Basis für unsere Arbeit war und ist das Paradigma der Internationalen Selbstbestimmt-Leben-Bewegung (Independent Living Movement). Als Team haben wir uns genau damit beschäftigt, inwiefern sich Lebenserfahrungen in privaten und beruflichen Kontexten zwischen Menschen mit und ohne Behinderungen unterscheiden, aber auch, wo sich Gemeinsamkeiten zeigen.

Unsere Erkenntnis aus dieser Auseinandersetzung lautet: Menschen mit einer Behinderung haben durch die Selbstbestimmt-Leben-Geschichte und das damit verbundene Paradigma die Möglichkeit zu lernen, für sich selbst zu sprechen, in Eigenverantwortung zu handeln und sich in Begegnung mit Menschen ohne Behinderung in Augenhöhe zu befinden.

Das TrainerInnen-Handbuch zum Seminarprogramm „Gesundsein. Ein Kurs für Menschen mit Lernschwierigkeiten zur Förderung ihrer Gesundheitskompetenz“ soll die TrainerInnen durch die gesamte Seminarreihe des Programms begleiten.

Kapitel 1 beinhaltet in kompakter Form wesentliches Hintergrundwissen zu verschiedenen thematischen Schwerpunkten für die TrainerInnen. Kapitel 2 widmet sich den gesundheitlichen Herausforderungen von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In Kapitel 3 werden die für die TrainerInnen wesentlichen Haltungen und grundlegenden Unterstützungssysteme detailliert beschrieben. Sich in diese Haltungen einzuüben, ist eine zentrale Aufgabe der TrainerInnen.

Das Kursprogramm „Gesundsein“ wird schließlich in einem eigenen Dokument dargestellt. Nach einem Kapitel, in dem wesentliche praktische Anleitungen für die TrainerInnen zusammengefasst sind, werden die einzelnen Module des Kursprogramms dargelegt. Angaben zu Literatur, Schlüsseldokumenten, Adressen zu Beratungsstellen sowie Broschüren und Folder in Leichter Sprache finden sich im Anhang.

An dieser Stelle noch ein großer Dank an die TrainerInnen Elisabeth Chlebecek, Dagmar Forster, Martin Köberl, Elfriede Maria Rauchenwald, Dieter Schmutzer, Brigitte Stöger sowie Melanie Zeller, die sich mit großem Engagement an der Pilotphase dieses Projekts beteiligt haben; ihre konstruktiven Rückmeldungen und Anregungen haben wir bei der Überarbeitung aller Unterlagen berücksichtigt.

Weiters danken wir für die Unterstützung unseren GesprächspartnerInnen von: Bizeps, Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, Frauengesundheitszentrum FEM, NINLIL mit Kraftwerk und Zeitlupe sowie Selbstvertretungszentrum People First.

Für die konstruktive Kooperation und Unterstützung gilt unser besonderer Dank der Wiener Gesundheitsförderung – WiG, insbesondere der Projektleiterin Heidrun Rader.

Die Autorinnen: Sonja Stadler, Gabi Pöhacker, Birgit Buchinger, Nicole Schaffer  
September 2015

# 1. Rahmen für die Gesundheitsförderung für Menschen mit Lernschwierigkeiten: Wesentliche wissenschaftliche und politische Grundlagen

## Einleitung

Eine grundlegende Herausforderung bei der Entwicklung dieses Kursprogramms „Gesundsein“ ist der Umgang mit den – sehr spärlich – vorhandenen gesicherten wissenschaftlichen Grundlagen im Bereich Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Das Forschungsgeschehen im deutschsprachigen Raum zum Themenkomplex „Behinderung“ im Allgemeinen sowie zu Menschen mit Lernschwierigkeiten und deren Gesundheit im Besonderen war und ist dominiert von Zugängen, denen Behinderung als individuelle, defizitäre Kategorie zugrunde liegen.

Die Kategorisierung ‚ForscherInnen ohne Behinderung – Beforschte mit Behinderung‘ folgt einer langjährigen Tradition in allen Wissenschaftsbereichen, insbesondere in Medizin, Psychologie sowie Sonder- und Heilpädagogik. Menschen mit Behinderungen wurden und werden in dieser wissenschaftlichen Tradition zwar befragt, sie wurden und werden aber an den Forschungsprozessen nicht aktiv beteiligt. „Es ist unerlässlich, immer wieder darauf hinzuweisen, was das (...) traditionelle Paradigma der Forschung zu Behinderung produziert und reproduziert hat: Abhängige, defizitäre Wesen, die es zu rehabilitieren oder auch zu heilen gilt, und wenn dies nicht möglich ist, diese möglichst weit weg vom Rest der Gesellschaft zu platzieren.“ (Naue 2013,173)

Die Erfahrungen und das Wissen der Internationalen Selbstbestimmt-Leben-Bewegung bzw. der People-First-Bewegung fanden demnach bislang kaum Eingang in die universitäre und außeruniversitäre Forschung und damit auch wenig Beachtung oder Resonanz. Einzig die „Disability Studies“ verstehen sich als emanzipatorische Forschung im Sinne der Internationalen Selbstbestimmt-Leben-Bewegung bzw. der People-First-Bewegung. Diese wurden und werden im deutschsprachigen Raum aber zunehmend von der universitären Forschung vereinnahmt, und so bleibt die Kluft zwischen Forschenden und AktivistInnen der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung bestehen; den AktivistInnenen fehlen häufig die formale Ausbildung, der Auftrag oder die finanziellen Mittel, um ihre eigenen Belange zu erforschen. (Buchner/König 2013, 180)

Die im Jahr 2009 in Österreich gegründete Arbeitsgruppe und Kommunikationsplattform „Disability Studies Austria/Forschung zu Behinderung, Österreich“ (im Folgenden: DiStA)<sup>1</sup> versucht hier einen anderen Weg zu beschreiten. „Im Sinne der Disability Studies zielen wir durch politisches Engagement vor allem auf die Veränderung von Strukturen und gesellschaftlichen Bedingungen sowie auf die Förderung einer positiven Identität von Behinderung ab.“ (DiStA o.J.) Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit

---

<sup>1</sup> Für genauere Informationen der DiStA siehe die Website: <http://dista.uniability.org> (abgefragt am 25.6.2015).

Behinderungen stellt für diese Vernetzungsstruktur eine Grundlage für ihr politisches und wissenschaftliches Engagement dar. „Im Gegensatz zur lange Zeit vorherrschenden und immer noch praktizierten Annäherung an Behinderung setzen sich die Disability Studies mit den komplexen Konstitutions-, Benennungs- sowie sozialen Zuweisungs- und Ausgrenzungsprozessen auseinander, die Menschen betreffen, die der Kategorie Behinderung zugeordnet werden. Disability Studies erörtern in diesem Sinne Behinderung gleichermaßen mit den Dimensionen Soziales, Kultur, Psyche, Politik, Recht und Ökonomie.“ (ebd.)

Dieser Vernetzungsplattform gehören Mitglieder aus unterschiedlichsten Disziplinen an. Konstituierend ist, dass es keine kategorischen Zugehörigkeitskriterien gibt, welche wiederum die Gefahr der Ein- bzw. Ausschlüsse mit sich bringen würden: „Wir legten fest, dass persönliche Betroffenheit, politisches Engagement und fachliche Kompetenz die wesentlichen und hinreichenden Voraussetzungen für eine Mitarbeit in der Initiative sein sollten. Zur Vernetzung eingeladen sind von Behinderung Betroffene und Mit-Betroffene sowie Verbündete.“ (ebd.)

Damit leistet DiStA nicht nur einen wesentlichen Beitrag zur Überwindung der Kluft zwischen Forschung und autonomer Behindertenbewegung, sondern vollzieht damit einen grundlegenden Paradigmenwechsel im Verständnis von Wissenschaft und Behinderung entsprechend der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen: „Behindert-sein oder persönliche Betroffenheit ist vor allem eine Frage von Identität und steht im Spannungsfeld von Selbstbild, vermuteter und ‚tatsächlicher‘ Außensicht. Behinderung stellt in diesem Kontext eine zentrale Dimension sozialer Ungleichheit und kollektiver Identitätsbildung dar und ist somit als soziale Kategorie, wie z.B. Klasse, Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit, zu verstehen.“ (ebd.)

Unser Zugang bei der Entwicklung des Kursprogramms „Gesundsein“ entspricht dem emanzipatorischen Ansatz der Disability Studies und vollzieht im wissenschaftlichen Verständnis sowie im praktischen Tun den Paradigmenwechsel, der durch die UN-Konvention politisch fundiert worden ist: Im TrainerInnen-Handbuch spannen wir im Folgenden den Bogen, der sich von wissenschaftlichen über politische Grundlagen bis hin zu zentralen Haltungen und Querschnittsmaterien spannt. All diese Grundlagen sollen Sie als TrainerInnen in dem Vorhaben, Menschen mit Lernschwierigkeiten ein Stück weit bei der Stärkung ihrer Gesundheitskompetenzen zur Seite zu stehen, unterstützen.

Zu Beginn dieses Kapitels wird die Geschichte der Selbstbestimmt-Leben-/People-First-Bewegung nachgezeichnet. Dabei werden zentrale Aspekte dieser Bewegungen dargestellt. Im Anschluss daran setzen wir uns mit formal-politischen Entwicklungen auseinander: Hier stellt die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen DEN Meilenstein dar. Diesbezüglich werden zunächst die für das Thema Gesundheitsförderung wesentlichen Artikel vorgestellt. Anschließend wird der Nationale Aktionsplan Behinderung präsentiert, durch den Österreich die Umsetzung dieser UN-Konvention verfolgt.

Schließlich widmet sich ein Abschnitt der Geschichte und dem Verständnis von Gesundheitsförderung. Auch hier werden Schlüsseldokumente vorgestellt sowie die aktuelle Situation in Österreich skizziert.

## 1.1 Das Selbstbestimmt-Leben-Paradigma/People First<sup>2</sup>

Um die wesentlichen Aspekte des Selbstbestimmt-Leben-Paradigmas nachvollziehbar zu machen, wollen wir hier kurz die Geschichte dieser Bewegung erzählen.

### Die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung

In den 1960er Jahren gab es in den Vereinigten Staaten eine sehr aktive StudentInnenbewegung, von der viele Impulse zur gesellschaftlichen Veränderung ausgingen. Mehrere junge Menschen mit Behinderungen versuchten damals, ihr Recht auf ein Studium an der University of California in Berkeley durchzusetzen. Sie nahmen sich auch die „Bürgerrechtsbewegung“ zum Vorbild, in der AfroamerikanerInnen für Gleichberechtigung und die Überwindung des Rassismus kämpften. Unter anderem stellte der junge Ed Roberts, der eine eiserne Lunge benötigte, einen Antrag auf einen Studienplatz und wurde in das Campus-Spital eingewiesen, weil er angeblich nur dort ausreichend ‚betreut‘ werden könnte. Ed Roberts und andere StudentInnen mit Behinderungen versuchten mit Hilfe sehr aktiver StudentInnenvertreterInnen, ihr Recht auf ein selbstbestimmtes Studienleben durchzusetzen und gründeten im Jahr 1972 in Berkeley das erste Selbstbestimmt-Leben-Zentrum.<sup>3</sup>

Gemeinsam formulierten sie erstmals viele heute allgemein gültige Forderungen und entwickelten eigene Instrumentarien zur Förderung von Menschen mit den unterschiedlichsten Behinderungen auf ihrem Weg zur Selbstbestimmung.

Schließlich wurde Ed Roberts selbst Chef jener Rehabilitationsbehörde, die ihm einst jegliche Förderung auf seinem Weg zur Selbstbestimmung verwehrt hatte.

Inzwischen gibt es auf der ganzen Welt, auch in Österreich, Selbstbestimmt–Leben-Initiativen und -Zentren, die nach den gleichen Grundprinzipien arbeiten.<sup>4</sup>

Selbstbestimmt-Leben-Initiativen in Österreich:

- 1994 BIZEPS – Wien
- Selbstbestimmtes Leben, SLI Innsbruck
- 1984–1994 SL-Initiativen Linz, Wien, Klagenfurt, Salzburg, Graz, Vorarlberg
- 1994 Gründung des Vereins „Selbstbestimmt-Leben-Initiative Linz“ (Umbenennung in SLI OÖ 2007)
- 2001 Selbstbestimmt Leben Österreich

Grundlagen:

Drei-Säulen-Modell von Selbstbestimmt-Leben-Initiativen

- Schulung und Beratung (Empowerment und Peer Counseling)
- Persönliche Assistenz
- Politische Interessenvertretung

---

<sup>2</sup> Quellen für diesen Abschnitt: Stadler 2013 und 2014.

<sup>3</sup> Genauere Informationen zum Center of Independent Living unter: [www.cilberkeley.org/about-us/mission/](http://www.cilberkeley.org/about-us/mission/).

<sup>4</sup> Quelle für den folgenden Abschnitt: [www.integra.at/files/Selbstbestimmung.pdf](http://www.integra.at/files/Selbstbestimmung.pdf) (abgefragt am 05.05.2015).

Grundsätze der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung:

- Antidiskriminierung und Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen
- Entmedizinisierung von Behinderungen
- Nicht-Aussonderung und größtmögliche Integration in alle Lebensbereiche
- Größtmögliche Kontrolle über die eigenen Organisationen
- Größtmögliche Kontrolle über die Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen durch Menschen mit Behinderungen
- Peer Counseling, Peer Support und Empowerment als Schlüssel zur Ermächtigung

Bedeutung der Selbstbestimmung für Frauen, Männer, Jugendliche und Kinder mit einer Behinderung (Stadler 2013, 2014):

Selbstbestimmung bedeutet, dass Menschen mit Behinderungen – unabhängig von Art und Ausmaß ihrer Behinderung – den eigenen Lebensstil wählen, entwickeln und leben können sowie das uneingeschränkte Recht haben, am öffentlichen Leben teilzunehmen. Den eigenen Lebensstil wählen, entwickeln und leben zu können beinhaltet auch alltägliche Dinge wie Essen und Anziehen. Den eigenen Lebensstil zu leben bringt eine neue Freiheit mit sich. Dadurch ergeben sich aber neue Anforderungen und Aufgaben, welche wiederum in Eigenverantwortung zu lösen sind. Dieser Umstand ist für manche Menschen mit einer Behinderung nicht einfach zu erfassen und verlangt viel Übung von allen beteiligten Personen, die da sind: die Frauen und Männer mit einer Behinderung, die AssistentInnen bzw. UnterstützerInnen und auch die Eltern, falls es sich noch um Kinder und Jugendliche handelt.

Für das Selbstbestimmt-Leben-Paradigma sind in der Praxis folgende Aspekte von großer Bedeutung:

- Ihre/seine Grundbedürfnisse befriedigen zu können
- Im Fühlen und Denken frei zu sein
- Sich selbst zu akzeptieren und zu vertreten
- Sich in der Begegnung mit anderen gleichwertig zu fühlen
- Ihre/seine eigenen Ziele verwirklichen zu können
- Ein eigenverantwortliches Leben zu führen, in dem frau/man sich für die sich daraus ergebenden Konsequenzen entscheiden kann
- In und mit der Gesellschaft zu leben und ein politischer Mensch zu sein

In der Arbeit mit Frauen und Männern mit Lernschwierigkeiten und/oder Mehrfachbehinderungen ist es wesentlich, diese Aufzählung mit alltäglichen Beispielen zu untermauern.

### **People-First-Bewegung**

In den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts haben sich in den USA Menschen mit Lernschwierigkeiten zu einer Gruppe zusammengetan. Diese dachten sich den Namen „People First“ für ihre Gruppe aus, zu Deutsch „Zuerst Mensch“. Die Mitglieder wollten und wollen damit zeigen, dass sie zunächst einmal Menschen sind. Inzwischen gibt es auf der ganzen Welt People-First-Gruppen.

1994 fand in Duisburg ein Kongress mit dem Thema „Ich weiß doch selbst, was ich will! – Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung“ statt. Fast

1000 Menschen mit und ohne Behinderungen nahmen daran teil. Das Ergebnis dieses Kongresses war die Duisburger Erklärung (Göbel 1999), die noch heute Gültigkeit hat. Die Menschen mit Lernschwierigkeiten (damals noch Menschen mit „geistiger Behinderung“ genannt) artikulierten ihre Forderungen und Einsichten wie folgt:

- „Wir möchten mehr als bisher unser Leben selbst bestimmen. Dazu brauchen wir andere Menschen. Wir wollen aber nicht nur sagen, was andere tun sollen. Auch wir können etwas tun!
- Wir wollen Verantwortung übernehmen. (Zum Beispiel in der Werkstatt nach der Pause pünktlich mit der Arbeit anfangen.)
- Wir wollen uns auch um schwächere Leute kümmern. Auch schwer behinderte Menschen können sagen, was sie wollen. Vielleicht nicht durch Sprache, aber frau/man kann es im Gesicht sehen oder am Verhalten.
- Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. (Zum Beispiel soll eine Familie mit behindertem Kind genauso wie andere eine Wohnung mieten können.)
- Alle haben das Recht, am Leben der Gemeinschaft teilzunehmen. (Zum Beispiel ist es nicht in Ordnung, wenn frau/man behinderte Menschen abfüttert oder ihnen sagt, wann sie ins Bett oder zur Toilette gehen sollen.)
- Wenn Politiker/innen von Selbstbestimmung sprechen, heißt das nicht, dass sie damit Geld sparen können. Denn Selbstbestimmung heißt nicht, dass frau/man ohne Hilfe lebt.
- Selbst zu bestimmen heißt, auszuwählen und Entscheidungen zu treffen!
- Jede/r lernt am besten durch eigene Erfahrungen. Involvierte Menschen meinen es oft zu gut. Sie lassen uns nicht selbst probieren. Es ist ja nicht schlimm, wenn frau/man Fehler macht und von vorne anfängt.
- Betreuer/innen sollen uns helfen, dass wir Dinge selbst tun können. Sie sollen sich mit Geduld auf behinderte Menschen einstellen. Wir wollen zusammenarbeiten, wir sind keine Befehlsempfänger/innen. ‚People First‘ bedeutet also, dass immer der Mensch im Mittelpunkt stehen soll und nicht seine Behinderung. Also: Mensch zuerst.“ (ebd., 10–13)

## **1.2 UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen**

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BMASK 2011a) ist der erste universelle Völkerrechtsvertrag, der den anerkannten Katalog der Menschenrechte, wie er in der internationalen Menschenrechtscharta (Vereinte Nationen 1948) zum Ausdruck kommt, auf die Situation von Menschen mit Behinderungen zuschneidet. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen enthält ähnlich wie andere Menschenrechtsverträge ein Individualbeschwerdeverfahren, mit dem sich Individuen oder Gruppen gegen erlebte Menschenrechtsverletzungen wehren können, und zudem ein besonderes Untersuchungsverfahren für schwerwiegende Menschenrechtsverletzungen. Österreich hat beide Dokumente unterzeichnet.<sup>5</sup> Die UN-Konvention ist in Österreich am 26. Oktober 2008 in Kraft getreten. (BMASK 2012, 3)

---

<sup>5</sup> BGBl. III – ausgegeben am 23. Oktober 2008 – Nr. 155.

## **Allgemeine Regelungen**

### **Artikel 3 Allgemeine Grundsätze**

- (1) Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit
- (2) Nichtdiskriminierung
- (3) Volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in dieselbe Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit
- (4) Chancengleichheit
- (5) Zugänglichkeit
- (6) Gleichberechtigung von Mann und Frau
- (7) Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

### **Artikel betreffend die Förderung der Gesundheitskompetenz**

Für die Förderung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Lernschwierigkeiten sind zusätzlich folgende einschlägigen Artikel der UN-Konvention von zentraler Bedeutung: Artikel 5 (Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung) sowie Artikel 6 (Frauen mit Behinderung), Artikel 17 (Schutz der Unversehrtheit der Person) und Artikel 25 (Gesundheit).

Im Folgenden stellen wir die für unsere Arbeit handlungsleitenden Artikel der UN-Konvention im Volltext vor:

### **Artikel 5 Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung**

- (1) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass alle Menschen vor dem Gesetz gleich sind, vom Gesetz gleich zu behandeln sind und ohne Diskriminierung Anspruch auf gleichen Schutz durch das Gesetz und gleiche Vorteile durch das Gesetz haben.
- (2) Die Vertragsstaaten verbieten jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung und garantieren Menschen mit Behinderungen gleichen und wirksamen rechtlichen Schutz vor Diskriminierung, gleichviel aus welchen Gründen.
- (3) Zur Förderung der Gleichberechtigung und zur Beseitigung von Diskriminierung unternehmen die Vertragsstaaten alle geeigneten Schritte, um die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen zu gewährleisten.
- (4) Besondere Maßnahmen, die zur Beschleunigung oder Herbeiführung der tatsächlichen Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderungen erforderlich sind, gelten nicht als Diskriminierung im Sinne dieses Übereinkommens.

## **Artikel 6 Frauen mit Behinderungen**

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Frauen und Mädchen mit Behinderungen mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt sind, und ergreifen in dieser Hinsicht Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass sie alle Menschenrechte und Grundfreiheiten voll und gleichberechtigt genießen können.

(2) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen zur Sicherung der vollen Entfaltung, der Förderung und der Stärkung der Autonomie der Frauen, um zu garantieren, dass sie die in diesem Übereinkommen genannten Menschenrechte und Grundfreiheiten ausüben und genießen können.

## **Artikel 17 Schutz der Unversehrtheit der Person**

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

## **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

a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens;

b) bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen;

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;

e) verbieten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung, soweit eine solche Versicherung nach

innerstaatlichem Recht zulässig ist; solche Versicherungen sind zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten;

f) verhindern die Vertragsstaaten die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung.

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen liegt auch in Leichter Sprache vor.<sup>6</sup>

### 1.3 Österreich: Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012–2020

Zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention hat das Sozialministerium gemeinsam mit anderen Bundesministerien den Nationalen Aktionsplan 2012–2020 (NAP Behinderung) erarbeitet. (BMASK 2012) „Gemäß dem Untertitel ‚Inklusion als Menschenrecht und Auftrag‘ soll der NAP Behinderung der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention dienen und auch die Zielsetzungen und Inhalte der EU-Behindertenstrategie 2010–2020 unterstützen. (...) Im Sinne des ‚Disability Mainstreaming‘ sind die Maßnahmen von den einzelnen Bundesministerien je nach ihrer Zuständigkeit ressortverantwortlich wahrzunehmen, denn Behindertenrechte sind Menschenrechte und umfassen alle Lebensbereiche.“ (ebd., 3)<sup>7,8</sup>

In insgesamt acht Kapiteln (Behindertenpolitik, Diskriminierungsschutz, Barrierefreiheit, Bildung, Beschäftigung, Selbstbestimmtes Leben, Gesundheit und Rehabilitation sowie Bewusstseinsbildung und Information) finden sich im NAP Behinderung insgesamt 245 Maßnahmen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Exemplarische Beispiele dieser Maßnahmen in Leichter Sprache:

„Es muss öffentlich über die Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderungen gesprochen werden. Das heißt, es muss allen Menschen in unserer Gesellschaft klar werden, was das bedeutet. Den Menschen muss auch klar werden, dass Mädchen und Frauen mit Behinderungen selbstbestimmt leben dürfen. **Niemand darf etwas tun, was sie nicht wollen** (Hervorhebung im Original).“ (BMASK 2013, 32)

„Menschen in der ‚Beschäftigungs-Therapie‘ sollen so versichert werden, wie alle anderen Menschen, die einen Arbeitsplatz haben. Manchmal gehen Menschen mit Behinderungen nur für kurze Zeit arbeiten, weil sie ausprobieren wollen, ob das für sie möglich ist. Es darf nicht passieren, dass diese Menschen dabei ihre Geldleistungen verlieren.“ (ebd., 67)

<sup>6</sup> [www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/5/8/CH2218/CMS1314697554749/131008\\_un-konvention\\_II-version\\_kompl1.pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/5/8/CH2218/CMS1314697554749/131008_un-konvention_II-version_kompl1.pdf).

<sup>7</sup> Das Sozialministerium verweist darauf, dass die Erstellung des NAP Behinderung unter Einbindung der Zivilgesellschaft, insbesondere von Organisationen im Bereich der Behindertenarbeit, erfolgt sei. Demgegenüber kritisieren zahlreiche Organisationen die mangelhafte Partizipation von betroffenen Personen bei der Erstellung des NAP Behinderung. Zudem wurden zahlreiche Stellungnahmen zum Entwurf des NAP verfasst, die umfassende Kritik an verschiedenen inhaltlichen Aspekten des NAP Behinderung enthalten. Siehe hierzu etwa die Stellungnahme von BIZEPS vom 17. Februar 2012 unter [www.bizeps.or.at/news.php?nr=13017](http://www.bizeps.or.at/news.php?nr=13017) (abgefragt am 18.03.2015).

<sup>8</sup> Zur EU-Behindertenstrategie siehe genauer unter: [ec.europa.eu/news/justice/101115\\_de.htm](http://ec.europa.eu/news/justice/101115_de.htm) (abgefragt am 30.03.2015).

„Bis zum Jahr 2020 soll es überall im Gesundheitsbereich Barrierefreiheit geben. Das gilt für Krankenhäuser und alle Ordinationen von Ärztinnen und Ärzten.“ (ebd., 84)

Der NAP Behinderung wurde von der österreichischen Bundesregierung am 24. Juli 2012 beschlossen. Der NAP Behinderung liegt auch in Leichter Sprache vor. (BMASK 2013)

## **1.4 Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation**

Ein in Zusammenhang mit Gesundheitsförderung häufig verwendeter Begriff ist jener der Prävention. Nach Glaeske et al. 2003 sind Prävention und Gesundheitsförderung zwei unterschiedliche Ansätze, welche dasselbe Ziel verfolgen: „Das gesundheitliche Wohlbefinden der Gesamtbevölkerung soll gesteigert und Krankheiten sollen verhindert werden. Beide Strategien unterscheiden sich aber in ihren Ansatzpunkten und ihrer Zielrichtung.“ (ebd., 10) *Prävention* zielt darauf ab, Risikofaktoren für spezifische Erkrankungen zu vermindern und fokussiert auf bereits Erkrankte oder RisikoträgerInnen. Prävention kann primär das Verhalten von Risikogruppen in den Blick nehmen (Verhaltensprävention) oder sich auf Rahmenbedingungen beziehen (Verhältnisprävention). (ebd.)

*Gesundheitsförderung* setzt breiter an als Prävention, d.h., Einzelpersonen und Gruppen sollen in die Lage versetzt werden, die jeweiligen persönlichen, sozioökonomischen und umweltbezogenen Faktoren positiv für ihre Gesundheit zu beeinflussen. Gesundheitsförderung „ist durch einen partizipativen, ganzheitlichen, intersektoralen und nachhaltigen Ansatz gekennzeichnet“. (ebd., 9)

Mit der Strategie der Gesundheitsförderung wird eine Veränderung der öffentlichen Gesundheitspolitik in Richtung einer Querschnittsmaterie angestrebt, in welcher der Fachbereich Gesundheit mit anderen gesellschaftlich und politisch relevanten Sektoren in Beziehung gesetzt wird. Es geht also sowohl um Maßnahmen zur positiven Beeinflussung des individuellen Gesundheitsverhaltens wie auch um Strategien zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen von Individuen und Bevölkerungsgruppen.

### **Salutogenese**

Der Begriff Gesundheitsförderung (health promotion) wurde durch die WHO lanciert. Beginnend mit der Ottawa-Charta aus dem Jahr 1986 hat die WHO in den letzten Jahrzehnten in verschiedenen Erklärungen das Verständnis der Gesundheitsförderung konkretisiert und so kontinuierlich weiterentwickelt. Allgemein setzt Gesundheitsförderung bei den gesundheitsrelevanten Ressourcen und Potenzialen der Menschen in allen gesellschaftlichen Schichten an. Wesentlich ist die Abkehr von der vorrangigen Suche nach Risikofaktoren für Krankheiten (Pathogenese) und die Konzentration auf die Frage, wie und wo Gesundheit hergestellt wird (Salutogenese). „Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen, die auf die Veränderung und Förderung sowohl des individuellen und des kollektiven Gesundheitsverhaltens als auch der Lebensverhältnisse abzielen – der Rahmenbedingungen, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten jedes einzelnen und ganzer Bevölkerungsgruppen beeinflussen.“ (Magistrat der Stadt Wien 2001, 54) Kurz

gefasst geht es bei Gesundheitsförderung neben der Verhaltensorientierung (meint etwa Bewegung, Ernährung, Rauchen) vor allem um die Verhältnisorientierung (die strukturelle Ebene, etwa krankmachende Arbeitsbedingungen aufgrund ‚schlechter Führung‘).

### **Gesundheitsdeterminanten**

Gesundheit und Wohlergehen der Bevölkerung werden von verschiedensten Faktoren beeinflusst. Bildung, Einkommen und soziale Netzwerke tragen ebenso dazu bei wie körperliche Veranlagungen, Alter, Bewegung und Ernährung. Körperliche, psychische und soziale Aspekte in ihrem Wechselspiel und in ihrer gegenseitigen Beeinflussung sind also maßgeblich für die Aufrechterhaltung von Gesundheit und für die Ausbildung von Krankheiten. Wichtig hierbei ist, dass von einer Gleichwertigkeit dieser drei Bereiche auszugehen ist. Schließlich ist von Bedeutung, dass das Gesundheits- oder Krankheitsverständnis sozial geschaffen, normiert (festgeschrieben), von gesellschaftlichen Interessen geleitet und daher veränderbar ist.

In der Jakarta-Erklärung aus dem Jahr 1997 werden als Grundvoraussetzungen von Gesundheit folgende Determinanten benannt: „Frieden, Unterkunft, Bildung, soziale Sicherheit, soziale Beziehungen, Nahrung, Einkommen, Handlungskompetenzen (empowerment) von Frauen, ein stabiles Ökosystem, nachhaltige Nutzung von Ressourcen, soziale Gerechtigkeit, die Achtung der Menschenrechte und die Chancengleichheit.“ (Jakarta-Erklärung 1997)<sup>9</sup> Armut wird dabei als die größte Bedrohung für die Gesundheit identifiziert.

Die Determinanten der Gesundheit umfassen also sozioökonomische Faktoren und umweltbedingte Verhältnisse, Lebensweisen und Lebensstile ebenso wie individuelle Faktoren (etwa Alter, Geschlecht oder erbliche Faktoren). (FGÖ 2005, o.S.) Diese Determinanten sind die zentralen Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung: Sowohl die Verhältnisse, in denen wir leben, können verändert werden, als auch unser individuelles Verhalten.

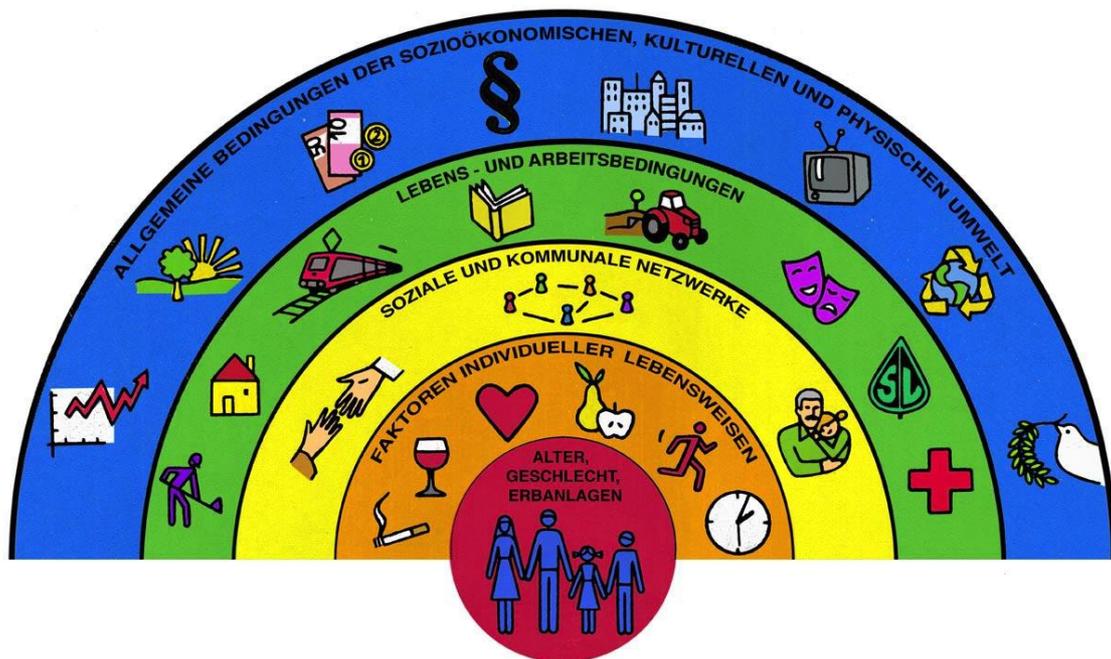
Insgesamt soll die Orientierung des Gesundheitsförderungskonzepts an den Prinzipien der Salutogenese zur Identifikation und Stärkung von gesundheitsrelevanten Ressourcen und Potenzialen führen – dies sowohl durch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen als auch durch verbesserte gesundheitsrelevante Lebens- und Arbeitsbedingungen<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Jakarta-Erklärung, download unter: [www.who-tag.de/2002themen\\_jakarta.htm](http://www.who-tag.de/2002themen_jakarta.htm)

<sup>10</sup> Im Jahr 1997 wurde die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union verabschiedet. Siehe genauer unter: Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union 1997.

## Die Determinanten der Gesundheit im Überblick



Quelle: [www.fgoe.org/hidden/downloads/Determinanten\\_farbe.jpg](http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Determinanten_farbe.jpg) (abgefragt am 30.03.2015)

### Gesundheitliche Chancengleichheit

Nicht alle Menschen haben gleiche Voraussetzungen und Möglichkeiten, ein gesundes Leben zu führen. Die nachhaltige Stärkung gesundheitlich benachteiligter Bevölkerungsgruppen ist der Gesundheitsförderung daher immer ein zentrales Anliegen. Gesundheitsförderung kann einen Beitrag dazu leisten, dass der Zugang zu Gesundheitswissen und Gesundheitsstrukturen für alle Menschen gleichwertig möglich wird. Sie kann dazu beitragen, dass alle Menschen die gleichen Chancen haben, gesund zu leben und sich wohlfühlen.

Bereits in der Ottawa-Charta wurde die gesundheitliche Chancengleichheit als zentrales Ziel definiert: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (Ottawa-Charta 1986) In der Jakarta-Erklärung der vierten Internationalen Konferenz der Gesundheitsförderung von 1997 wurde diese Definition weiterentwickelt: „Ziel ist es, den größtmöglichen Gesundheitsgewinn für die Bevölkerung zu erreichen, maßgeblich zur Verringerung der bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten beizutragen, die Menschenrechte zu stärken und soziale Ressourcen aufzubauen.“ (Jakarta-Erklärung 1997)<sup>11</sup> Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“, das in der Weltgesundheitserklärung aller WHO-Mitgliedsstaaten im Mai 1998 verabschiedet wurde, definiert als oberstes Ziel, dass das volle gesundheitliche Potenzial für alle zu erreichen sei. (Gesundheit 21, 1998) Gesundheit wird hier wiederum als fundamentales Menschenrecht definiert. (ebd.)

<sup>11</sup> Jakarta-Erklärung, download unter: [www.who-tag.de/2002themen\\_jakarta.htm](http://www.who-tag.de/2002themen_jakarta.htm)

## **Geschlechtergerechtigkeit**

Zahlreiche wissenschaftliche Studien der letzten Jahre und Jahrzehnte belegen, dass Gesundheit und Krankheit umfassende geschlechtsspezifische Ursachen sowie Charakteristika haben: „Männer und Frauen unterscheiden sich im Profil ihrer Krankheiten und Gesundheitsstörungen. (...) Die gesundheitswissenschaftliche Forschung der letzten Jahre hat gezeigt, dass genetische, biologische und physiologische Merkmale mit sozialen und physischen Umweltfaktoren auf das Engste interagieren und die Art und Weise ihrer Interaktion darüber entscheidet, welche Ausprägungen von Gesundheits- und Krankheitsprofilen sich entfalten. (Hurrelmann/Kolip 2002, 9) Dies berücksichtigte auch die WHO und veranstaltete zum Thema Gender Mainstreaming in der Gesundheitspolitik die Konferenz „Gender Mainstreaming Health Policies in Europe“ in Madrid im September 2001. Bei dieser Konferenz wurde das Madrid Statement verabschiedet, das besagt, dass das Prinzip Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung und Prävention stärker zu berücksichtigen ist, da dies die effektivste Strategie sei, die gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern zu reduzieren. (Madrid Statement 2001) Die Mitgliedsstaaten wurden aufgefordert, entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Im spezifischen Feld Gesundheitsförderung meint Gender Mainstreaming, „alle Maßnahmen daraufhin zu überprüfen, ob sie die Lebenswelten von Frauen und Männern angemessen berücksichtigen und geschlechteradäquate Zugänge und Methoden integrieren. Zudem gilt es, die spezifischen Präventionspotentiale von Frauen und Männern auszuloten und gezielte Maßnahmen dort zu entwickeln, wo Frauen oder Männer einen ‚Nachholbedarf‘ haben.“ (Kolip/Altgeld 2006, 16)

### **„Health in All Policies“**

Ebenfalls bereits in der Ottawa-Charta festgelegt wurde der Grundsatz, dass Gesundheitsförderung eine politische Querschnittsmaterie ist, zu der alle politischen AkteurInnen beizutragen haben: „Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“ (Ottawa-Charta 1986)

## **1.5 Gesundheitsförderung in Österreich**

In diesem Abschnitt werden wichtige Eckpfeiler des aktuellen österreichischen Gesundheitswesens sowie Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung skizziert.

Für die Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens wurde in Österreich im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 die Bundesgesundheitsagentur (BGA)<sup>12</sup> eingerichtet.<sup>13</sup> Als Organe der BGA fungieren die Bundesgesundheitskommission sowie die Bundes-Zielsteuerungskommission. Mit der Gesundheitsreform 2013 wurde ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem eingerichtet, zu dem sich Bund, Länder und Sozialversicherung verpflichten. Oberstes Ziel dieser Gesundheitsreform besteht in einer

---

<sup>12</sup> Der BGA gehören VertreterInnen des Bundes, der Sozialversicherung, aller Länder, der Interessenvertretungen der Städte und Gemeinden, der konfessionellen Krankenanstalten, der PatientInnenvertretungen sowie der Ärztekammer an.

<sup>13</sup> Quelle: Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs: Unser Gesundheitswesen im Überblick – Abschnitt „Steuerorgane des Gesundheitssystems – Zielsteuerung Gesundheit“:  
[www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblicktml\\_LN.html](http://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblicktml_LN.html) (abgefragt am 19.03.2015).

sektorenübergreifenden Zielsteuerung durch eine bessere Abstimmung zwischen dem Krankenanstaltenbereich und dem niedergelassenen Versorgungsbereich. Der Vertrag zur Zielsteuerung-Gesundheit zwischen Bund und Ländern nach Art. 15a B-VG regelt etwa gesundheitspolitische Grundsätze, Aufbau, Inhalte und Ablauf der Zielsteuerung-Gesundheit sowie die dafür notwendigen Entscheidungsstrukturen auf Bundes- und Landesebene.

Dieser Vertrag orientiert sich an verschiedenen handlungsleitenden Prinzipien, etwa Selbstbestimmung, BürgerInnen- und PatientInnenorientierung, Bekenntnis zur Qualität sowie Orientierung an den Rahmen-Gesundheitszielen.<sup>14</sup>

Diese Rahmen-Gesundheitsziele wurden unter Einbindung von dreißig unterschiedlichen Organisationen sowie unter Mitwirkung von rund 4.000 BürgerInnen über eine Internet-Plattform erarbeitet und am 29. Juni 2012 von der österreichischen Bundesregierung beschlossen. Sie sollen für die nächsten zwanzig Jahre gültig sein. „Die zehn definierten Rahmen-Gesundheitsziele sind ein wichtiger erster Schritt in Richtung einer gemeinsamen Strategie ‚Gesundheit für alle‘. Sie sollen als Handlungsanleitung dienen und sich in konkreten Maßnahmen der verschiedensten Politik- und Gesellschaftsbereiche niederschlagen.“ (Stöger 2012, o.S.) Die Verhältnisorientierung stand bei der Formulierung dieser Ziele im Vordergrund: „Die Rahmen-Gesundheitsziele rücken daher jene Faktoren in den Vordergrund, die die Gesundheit entscheidend beeinflussen, wie etwa Bildung, Arbeitssituation, soziale Sicherheit oder Umwelteinflüsse.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2012, V)

Insgesamt dienten acht Grundprinzipien als handlungsleitend, wobei die Determinantenorientierung, der „Health in All Policies“-Ansatz sowie die Förderung von Chancengleichheit von besonderer Bedeutung waren. (ebd., VIff.)

#### **Die zehn Rahmen-Gesundheitsziele im Einzelnen:**

- „Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen
- Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen
- Ziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
- Ziel 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern
- Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken
- Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen
- Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen
- Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern
- Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern
- Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen“ (ebd., VIff.)

---

<sup>14</sup> Quelle: Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs: Gesundheitsreform 2013 – Zielsteuerung Gesundheit: [www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/QualitaetimGesundheitswesen\\_LN.html](http://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/QualitaetimGesundheitswesen_LN.html) (abgefragt am 19.03.2015).

## 1.5.1 Wiener Gesundheitsförderung – WiG<sup>15</sup>

Als Ansprech- und Kompetenzstelle für Gesundheitsförderung in Wien wurde im Dezember 2008 die Wiener Gesundheitsförderung – WiG als gemeinnützige Gesellschaft der Stadt Wien gegründet. Aufgabe dieser Organisation sind die Weiterentwicklung und der Ausbau von Gesundheitsförderaktivitäten in Wien. Im März 2009 startete die Wiener Gesundheitsförderung – WiG mit ihren Aktivitäten, wobei sie auch die Gesundheitsförderaktivitäten der Stadt Wien und des Fonds Soziales Wien übernahm.

Das von der WHO in der Ottawa-Charta definierte ganzheitliche Gesundheitsverständnis leitet auch die Arbeit der Wiener Gesundheitsförderung – WiG. In insgesamt drei Schwerpunktfeldern – Gesunde Lebenswelten, gesunder Lebensstil sowie seelische Gesundheit – werden Maßnahmen und Projekte durchgeführt.

Das gegenständliche Projekt „Gesundsein. Ein Kurs zur Förderung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten“ wird im Rahmen des Projektes „ziel.sicher.gesund. Gesundheitskompetenz für PatientInnen“ der Wiener Gesundheitsförderung durchgeführt. Finanziert wird dieses Projekt aus Mitteln des Landesgesundheitsförderungsfonds.

## 2. Gesundheitliche Herausforderungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten

### 2.1 Menschen mit Lernschwierigkeiten

Prinzipiell handelt es sich bei Menschen mit Lernschwierigkeiten – wie bei Menschen mit und ohne Behinderungen gesamt – um eine sehr heterogene Gruppe. „Das österreichische Behindertenrecht gehört zu den sogenannten Querschnittsmaterien: Über 90 Bundes- und Landesgesetze beinhalten Rechtsnormen, die Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen betreffen. Da diese Gesetze unterschiedliche Zielsetzungen haben, enthalten sie zahlreiche verschiedene Definitionen von Behinderung.“

(Buchinger/Gschwandtner 2008, 18)

Außerdem werden für „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ – so die Selbstdefinition laut People First – verschiedene Benennungen verwendet, etwa „dauerhafte geistige Probleme oder Lernprobleme“ (Leitner 2008), „Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung“ (Brehmer-Rinderer/Weber o.J.), „Menschen mit intellektueller Behinderung“ (Kantor 2011), „Frauen mit geistiger Behinderung“ (Hahn 2002), „Menschen mit geistiger Beeinträchtigung“ (Oberngruber 2010) oder „Geistigbehindertsein“ (Wimmler 2010). Auch die Verwendung dieser unterschiedlichen Begrifflichkeiten erschwert, sich ein konkreteres Bild von Menschen mit Lernschwierigkeiten zu machen.

---

<sup>15</sup> Quelle: [www.wig.or.at/mehr.77.0.html](http://www.wig.or.at/mehr.77.0.html) (abgefragt am 20.03.2015).

## 2.1.1 Zur Datenlage

Vorsichtige Annäherungen an die Quantität von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Österreich erlauben die Auswertungen der Mikrozensus-Zusatzfragen zu „Menschen mit Beeinträchtigungen“ aus dem Jahr 2007 der Statistik Austria. (Leitner 2008)<sup>16</sup> Die Autorin weist ausdrücklich darauf hin, dass sich die Befragung ausschließlich auf Personen in Privathaushalten bezog: „Dies hatte zur Folge, dass beeinträchtigte Personen in Anstaltshaushalten in den Ergebnissen nicht enthalten waren und dementsprechend die Anzahl der schwer beeinträchtigten Personen in dieser Befragung unterschätzt wurde.“ (ebd., 1132) Laut dieser Befragung waren 2007 in Österreich rund 85.000 Personen von unterschiedlichen geistigen Problemen oder Lernproblemen betroffen, das war rund ein Prozent der österreichischen Bevölkerung. Frauen und Männer waren annähernd gleich in dieser Gruppe vertreten. (ebd., 1135) Die Lebenshilfe Österreich gibt an, dass in Österreich etwa 50.000 Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung leben, von denen die Einrichtung rund 10.000 in allen möglichen Lebensbereichen begleitet.<sup>17</sup>

## 2.1.2 Wissen über Menschen mit Lernschwierigkeiten

Festzuhalten ist vorweg, dass es zu Menschen mit Lernschwierigkeiten in Österreich insgesamt wenig wissenschaftlich fundiertes Wissen gibt: „In Österreich fehlen gesicherte Daten und Statistiken zu sämtlichen Gesundheitsbereichen von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.“ (Lebenshilfe Österreich o.J., o.S.) Vereinzelt sind in den letzten Jahren einige Studien sowie wissenschaftliche Arbeiten im universitären Kontext (Diplomarbeiten, Dissertationen) zu Menschen mit Lernschwierigkeiten durchgeführt worden. Diese Arbeiten befassen sich jeweils mit unterschiedlichen thematischen Aspekten: Neben grundsätzlicheren und teilweise historisch ergründenden Arbeiten zum Thema der Selbstbestimmung, Selbstvertretung und politischer Teilhabe von Menschen mit Lernschwierigkeiten (etwa Postek 2009, Vanoli 2009, Erlinger 2004) beschäftigen sich einige dieser Arbeiten mit dem Thema Prekarität und Erwerbsarbeit (etwa Feller 2013, Wögerer 2009). Sexuelle Erfahrungen unter Berücksichtigung einer Einzelfalldarstellung (Hahn 2002) sind ebenfalls zu nennen wie die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema der Elternschaft von „Menschen mit geistiger Behinderung“ (Oberngruber 2010).

Gesundheit und Gesundheitsförderung von Menschen mit Lernschwierigkeiten sind explizit Thema nur weniger wissenschaftlicher Arbeiten. Zu nennen sind hier etwa der Bericht des EU-Projekts „POMONA“ (Brehmer-Rinderer/Zeilinger/Weber 2009) sowie die Studie von Brehmer-Rinderer/Weber (o.J.), die sich mit Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten von „Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung“ auseinandersetzen. Eine Diplomarbeit behandelt etwa am Beispiel Ernährung, Mundgesundheit und Schlafverhalten das Gesundheitsverhalten bei Menschen mit „intellektueller Behinderung“. (Kantor 2011) Einen Überblick über diese Arbeiten – und viele weitere fachspezifische Publikationen – sowie einen leichten Zugang zu diesen verdanken wir dem Institut für

---

<sup>16</sup> Die Autorin verweist in ihren methodischen Anmerkungen auf Folgendes: „Bezugnehmend auf die vorliegende Befragung ist darauf hinzuweisen, dass schwere Beeinträchtigungen wie Blindheit, Gehörlosigkeit oder Stummheit sehr wenige Menschen betreffen. Deshalb ist bei der Interpretation dieser Zahlen zu beachten, dass eine geringe Anzahl von Befragten einen hohen Stichprobenfehler ergibt. Eine Beschreibung dazu ist unter den methodischen Hinweisen zu finden.“ (Leitner 2008, 1132).

<sup>17</sup> Quelle: [www.lebenshilfe.at/index.php?de/Ueber-uns/Menschen-in-den-Lebenshilfen/\(nl\)/1/](http://www.lebenshilfe.at/index.php?de/Ueber-uns/Menschen-in-den-Lebenshilfen/(nl)/1/) (abgefragt am 09.04.2015).

Erziehungswissenschaft der Universität Innsbruck: Seit einigen Jahren betreibt dieses Institut ein Internet-Projekt zum Thema der integrativen/inklusiven Pädagogik und Disability Studies<sup>18</sup>: „bidok – behinderung inklusion dokumentation“.<sup>19</sup> Die Hauptaufgabe dieses Projekts besteht in der Aufarbeitung fachspezifischer Artikel aus den Bereichen integrative/inklusive Pädagogik und Disability Studies in der Volltextbibliothek: „Die virtuelle Bibliothek ist insofern einzigartig in ihrem Fachbereich, als bidok vollständige Texte (und nicht nur Titel oder Teilauszüge) im Internet zur Verfügung stellt.“ (ebd.) Dieser Aktivität kommt Vorbildcharakter zu.

Eine jüngst veröffentlichte Studie, die den „Zugang von Frauen mit Behinderungen zu Opferschutz- und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen“ (Mandl et al. 2014) in Österreich, Deutschland, Großbritannien und Island untersuchte, kam zu dem Ergebnis, dass Frauen mit Lernschwierigkeiten besonders von Gewalt betroffen sind. Diese reicht von struktureller Gewalt (etwa keine Kommunikation in Leichter Sprache) über Mobbing in Schulen oder Pflegeheimen bis hin zu sexualisierter und sexueller Gewalt. „Die in der Gesellschaft noch immer vorherrschende Sichtweise, dass Mädchen und Frauen mit Behinderungen ‚asexuell‘ sind, begünstigt das Überschreiten von Grenzen und die Ausübung sexueller Gewalt. Des Weiteren kann das Fehlen von Sexualerziehung dazu führen, dass Mädchen und Frauen insbesondere mit Lernschwierigkeiten oft ihre eigenen Grenzen nicht kennen und daher nie gelernt haben, ‚Nein‘ sagen zu dürfen.“ (ebd., 6)

Über Gewalt gegen Männer mit Lernschwierigkeiten liegen keine fundierten wissenschaftlichen Ergebnisse vor. Neben der Betroffenheit von struktureller und institutionalisierter Gewalt ist jedoch aufgrund der Machtverhältnisse davon auszugehen, dass auch Männer Opfer sexualisierter und sexueller Gewalt sind.

## **2.2 Gesundheitsen von Menschen mit Lernschwierigkeiten**

### **2.2.1 Status quo**

Neben den bereits angeführten wissenschaftlichen Arbeiten sind es vor allem Tagungsberichte bzw. Positionspapiere von Einrichtungen im Bereich der Behindertenhilfe bzw. von SelbstvertreterInnen, die sich mit Gesundheitsen von Menschen mit Lernschwierigkeiten auseinandersetzen. Neben Empfehlungen, die allgemein zu Belangen von Menschen mit Lernschwierigkeiten formuliert werden, finden sich auch solche, die spezielle Zielgruppen zum Thema machen: So etwa ein Positionspapier der Lebenshilfe Österreich (2009) zum Thema des Alterns von Menschen mit „intellektueller Behinderung“.

Die in verschiedenen Dokumenten dargelegte Ausgangslage verdeutlicht vor allem eines: Aufgrund umfassender und vielfältiger struktureller Defizite und Barrieren haben Menschen mit Lernschwierigkeiten einen vielfach behinderten Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens. (etwa Caritas der Erzdiözese Wien 2008, Lebenshilfe Österreich o.J.,

---

<sup>18</sup> Die Disability Studies sind in Österreich ein relativ junges Forschungsfeld, Näheres zu Selbstverständnis und methodische Zugänge siehe etwa Hermes/Rohmann 2006, Loeken 2006, Schönwiese 2006.

<sup>19</sup> Siehe genauer unter: [bidok.uibk.ac.at/bibliothek/index.html](http://bidok.uibk.ac.at/bibliothek/index.html) (abgefragt am 13.04.2015).

Arbeitsgruppe Gesundheit o.J.<sup>20</sup>) Österreich wird demnach ein großer Nachholbedarf bei der Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, und hier insbesondere von Menschen mit Lernschwierigkeiten, attestiert.

Im Protokoll des „Unabhängigen Monitoringausschusses zur Umsetzung der UN-Konvention<sup>21</sup> über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 29. Jänner 2014“ zum Thema „Barrierefreie Gesundheitsversorgung“ ist diesbezüglich folgendes Resümee festgehalten: „**Stigmatisierende Haltungen**“ (Hervorhebung im Original) sind einer der größten Faktoren in der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen im Gesundheitswesen. (...) Leider kommt es vor, dass man Menschen mit Behinderungen wenig Zurechnungsfähigkeit zuerkennt. Menschen mit Behinderungen nicht ernst zu nehmen ist eine soziale Barriere. Nicht sicherzustellen, dass man das Pflegepersonal in der Nacht rufen kann, ist eine kommunikative Barriere, die tödlich sein kann. (...) Das hat vor allem mit dem paternalistischen und verqueren Umgang mit Menschen mit Behinderungen durch das medizinische Personal zu tun. Ausländische Untersuchungen, wonach die Lebenserwartung von Menschen mit Lernschwierigkeiten bis zu 16 Jahre verkürzt ist, (...) fehlen in Österreich, aber die strukturellen Probleme bedingt durch zahllose Barrieren, sind evident.“ (Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Barrierefreie Gesundheitsversorgung, 29. Jänner 2014, 2f.)

Auch die WHO-Studie „Public Health in Austria“ verweist auf den großen Handlungsbedarf in Österreich: „Membership of a disadvantaged or special needs group frequently brings with it an element of stigma that can have detrimental effects on health and wellbeing. Stigma should be taken very seriously and needs to be addressed.“ (WHO 2011, 295)

## 2.2.2 Empfehlungen zur Förderung der Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten

Verschiedene Positionspapiere formulieren Empfehlungen für ein inklusives Gesundheitswesen. So veröffentlichte etwa die Lebenshilfe Österreich unter dem Titel „Türen zum Gesundheitswesen für alle öffnen“ ein 5-Punkte-Programm (Lebenshilfe Österreich o.J.):

1. Ärztliche Versorgung in Reichweite
2. Barrierefreiheit auf allen Ebenen, die beinhaltet: räumliche, kommunikative und soziale Barrierefreiheit
3. Wissen über die eigene Gesundheit
4. Schulungen für medizinische Fachkräfte
5. Gesicherte Datenlage

---

<sup>20</sup> Eine Zusammenfassung der Arbeitsgruppe Gesundheit zu „UN Gleichheit für alle“ siehe unter: [www.bizeps.or.at/downloads/ungleichheitfueralle.pdf](http://www.bizeps.or.at/downloads/ungleichheitfueralle.pdf) (Seite 4–5) (abgefragt am 13.04.2015).

<sup>21</sup> Dieser Monitoringausschuss hat sich auf der Grundlage des § 13 des Bundesbehindertengesetzes konstituiert und fungiert als ein unabhängiger Ausschuss, der die Einhaltung der Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen durch die öffentliche Verwaltung für den Bereich der Bundeskompetenz überwacht. Siehe genauer unter: [monitoringausschuss.at](http://monitoringausschuss.at) (abgefragt am 13.04.2015).

Das Papier des Unabhängigen Monitoringausschusses zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 29. Jänner 2014 konkretisiert den Handlungsbedarf zur Förderung einer barrierefreien Gesundheitsversorgung im Detail, wobei jeweils auf die entsprechenden Artikel der UN-Konvention verwiesen wird:<sup>22</sup>

Beginnend mit der notwendigen Schulung von VertreterInnen medizinischer Berufe und Gesundheitsberufe im Umgang mit Menschen mit Lernschwierigkeiten – hier ist etwa gerade in der Sexual- und Reproduktivmedizin eine barrierefreie Sprache zentral – werden zahlreiche strukturelle Verbesserungen angeregt: Neben gleichberechtigtem Zugang zu allgemeinen Maßnahmen der Gesundheitsversorgung – dies auch im gemeindenahen Bereich – stellt inklusive Bildung (zu Körper etc.) und Empowerment von Menschen mit Lernschwierigkeiten ebenso wie die Verbesserung des Gewaltschutzes<sup>23</sup> ein wesentliches Handlungsfeld zur Förderung ihrer Gesundheit dar, um nur einige zu erwähnen. Dazu gehört weiters die Unterstützung von Entscheidungsfindungsprozessen, denn: „*Es ist ungesund, nicht selbst zu entscheiden.*“ (ebd., 3)

### **2.2.3 Ausblick – am Beispiel des Wiener Gesundheitswesens<sup>24</sup>**

Vor dem in den vorangegangenen Kapiteln skizzierten Hintergrund ist es auch langfristiges Ziel der Wiener Gesundheitspolitik bzw. Wunsch an das Wiener Gesundheitswesen, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten, deren Angehörige und UnterstützerInnen zentrale Anlaufstellen sowie barrierefreie ÄrztInnenpraxen und Spitäler vorfinden, sowohl was räumliche Gegebenheiten als auch die Kommunikation betrifft (Leichte Sprache). Schwierige Rahmenbedingungen, wie sie jetzt in der Praxis der medizinischen Versorgung vorzufinden sind (etwa zu lange Wartezeiten, zu wenig Behandlungs- und Beratungszeit, der Mangel an Gynäkologinnen etc.), sollen Schritt für Schritt verbessert werden.

Um zukünftig eine adäquate Gesundheitsversorgung für alle EinwohnerInnen zu gewährleisten, werden in Wien umfassende Planungsarbeiten und strukturelle Veränderungen vorgenommen. Diese berücksichtigen nach Möglichkeit nicht nur die Krankenversorgung, sondern auch die Gesundheitsförderung und Prävention, die mit den letzten Gesundheitsreformen deutlich an Bedeutung zugenommen haben.<sup>25</sup> Zentrales Element des Gesundheitswesens bleibt aber die Krankenversorgung.

Gemeint sind unter anderen spezifische Spitäler mit adäquat ausgebildeten ÄrztInnen sowie BehindertenpädagogInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen bzw. PsychotherapeutInnen, die auf den Umgang mit Menschen mit Behinderungen geschult sowie über spezifische Krankheitsbilder informiert sind. Voraussetzungen, wie sie auch auf der Fachtagung „medINKLUSION – barrierefreie Medizin“ der Lebenshilfe Wien gemeinsam mit der Gesellschaft Very Unequal People (VUP Austria) gefordert worden sind.<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> Quelle für den folgenden Abschnitt: Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 29. Jänner 2014, 8–17.

<sup>23</sup> Hier wird explizit darauf hingewiesen, dass zwangsweise Verabreichung, aber auch die Vorenthaltung von Medikamenten und Zwangsernährung Gewalt darstellen.

<sup>24</sup> Der folgenden beispielhaften Darstellung liegen Online-Recherchen und Interviews mit Organisationen und Beratungseinrichtungen (u.a. Dachverband der Sozialeinrichtungen, Ninlil, Kraftwerk und Zeitlupe, Bizeps, People First Vienna) zugrunde.

<sup>25</sup> Einen detailreichen Überblick über das Gesundheitswesen in Österreich und die letzten Gesundheitsreformen bietet Pöttler 2014.

<sup>26</sup> Siehe [www.lebenshilfe-wien.at/Fachtagung-medINKLUSION-Bar.988.0.html](http://www.lebenshilfe-wien.at/Fachtagung-medINKLUSION-Bar.988.0.html) (abgefragt am 14.03.2015).

Zurzeit ist es noch so, dass sich auch in Wien die gemeindenahen Gesundheitsdienste, etwa niedergelassene Haus- und FachärztInnen, oft als nicht barrierefrei zugänglich erweisen. Dadurch ergibt sich für Menschen mit Lernschwierigkeiten die Notwendigkeit eines Krankenhausbesuchs, auch wenn es sich nur um kleinere gesundheitliche Probleme handelt. Gleichzeitig ist die Zahl der Spitäler, die sich auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen bzw. Lernschwierigkeiten eingestellt haben, noch als gering einzustufen. Explizit bietet das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder eine „Mehrfachbehindertenambulanz“ für Menschen mit körperlichen und intellektuellen Beeinträchtigungen, weiters wurde auch das Hanusch-Krankenhaus als behindertengerecht eingestuft.<sup>27</sup> Am Neurologischen Zentrum Rosenhügel gibt es eine neuropsychiatrische Abteilung, in der Menschen mit Behinderungen stationär aufgenommen werden. Zahnbehandlungen wurden bis vor kurzem im Spital Hietzing unter Vollnarkose durchgeführt, gefolgt vom SMZ Ost seit Mai 2014. Die Zahnbehandlungen sind bzw. waren auch in Akutfällen oft mit monatelangen Wartezeiten verbunden.

Die defizitäre Situation ist jedoch erkannt worden und parallel zu Initiativen in Gesundheitsförderung, Prävention und Empowerment wird konkret an strukturellen Verbesserungen der medizinischen Versorgung für Menschen mit besonderen Bedürfnissen gearbeitet. So etwa bietet mit April 2015 auch die Danubemed Dentalklinik in Kooperation mit der Stadt Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse Zahnbehandlungen unter Vollnarkose für Menschen mit Behinderungen an. Im Mai 2015 wurde das erste von zwei „Primary Health Care“-Zentren (PHC) als Pilotprojekt in sechsten Wiener Gemeindebezirk Mariahilf eröffnet.<sup>28</sup> Diese Primärversorgungszentren als Beispiel innovativer und moderner Versorgung sollen Recherchen zufolge auch Menschen mit Behinderungen und Lernschwierigkeiten eine adäquate Anlaufstelle bieten.

Weiters wird mittels Datenbanken und Broschüren versucht, das Angebot von ÄrztInnen und TherapeutInnen in Wien in (teils) Leichter Sprache zu vermitteln, etwa seitens Vereinen und Beratungseinrichtungen<sup>29</sup> wie BIZEPS<sup>30</sup> und NINLIL<sup>31</sup>, aber auch von der Wiener Ärztekammer<sup>32</sup>. Alles in allem aber ist zu erwarten, dass sich die freie Wahl von passenden ÄrztInnen oder TherapeutInnen für Menschen mit Behinderungen und Lernschwierigkeiten auch in naher Zukunft als schwer umsetzbar erweisen wird.

Ein Umstand, der in der Vermittlung des Kursprogramms „Gesundsein“ zu bedenken ist.

---

<sup>27</sup> Eine Liste von Wiens barrierefreien Spitälern und ÄrztInnen findet sich in der regelmäßig aktualisierten BIZEPS-Broschüre: [www.bizeps.or.at/broschueren/krank/](http://www.bizeps.or.at/broschueren/krank/).

<sup>28</sup> Siehe [www.wgkk.at](http://www.wgkk.at).

<sup>29</sup> Eine Liste der Beratungseinrichtungen und Selbstvertretungen in Wien findet sich im Anhang.

<sup>30</sup> In der von BIZEPS veröffentlichten Liste von Wiens barrierefreien Spitälern und ÄrztInnen wird nicht nur Barrierefreiheit, sondern auch „Erfahrung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten“ abgefragt: [www.bizeps.or.at/broschueren/krank/](http://www.bizeps.or.at/broschueren/krank/).

<sup>31</sup> Ninlil erleichtert Menschen mit Lernschwierigkeiten die Suche nach passenden PsychotherapeutInnen: [www.ninlil.at/kraftwerk/drupal/](http://www.ninlil.at/kraftwerk/drupal/).

<sup>32</sup> Siehe [www.arztbarrierefrei.at](http://www.arztbarrierefrei.at) sowie [www.praxisplan.at](http://www.praxisplan.at).

# 3. Haltungen, Querschnittsthemen und Unterstützungssysteme

## Einleitung

Die Annäherung an die gestellte Aufgabe, Menschen mit Lernschwierigkeiten in ihren Gesundheitskompetenzen zu stärken, stellte die Forscherinnen sehr schnell vor die Unmöglichkeit einer reinen Wissensvermittlung über Information. Den zu vermittelnden gesundheitsfördernden Informationen wurden also einerseits sozusagen als Trägersubstanz Haltungen und Querschnittsthemen<sup>33</sup> zugrunde gelegt, andererseits wurde ein passgenaues Unterstützungssystem entwickelt und angeregt („Modell der 4 Schachteln“).

Die in der Folge beschriebenen Haltungen sollen den Weg, den Sie, liebe TrainerInnen, mit Menschen mit Lernschwierigkeiten gehen werden, vielleicht nicht immer einfacher, aber doch für alle Beteiligten gut gangbar, bereichernd und hoffentlich auch immer wieder lustvoll machen.

Allen Haltungen liegt ein Menschenbild zugrunde, das jede und jeden unabhängig von der körperlichen, psychischen und intellektuellen Ausstattung und Verfasstheit zum Mitmenschen erklärt. Mit-Mensch im Sinn von sie/er ist mit mir Mensch, Mensch wie ich: gleich viel wert und grundsätzlich gleichberechtigt. Und so auch Trägerin und Träger von unveräußerlichen Menschen- und BürgerInnenrechten. So wie ich.

### **Kleiner – aber grundlegender – Exkurs: Das Menschenbild nach Viktor E. Frankl (Frankl, 1987)**

In der Begegnung, im Leben mit einem Menschen tritt zuerst einmal in den Vordergrund, wie sie/er körperlich in Erscheinung tritt und wie sie/er sich verhält, kommuniziert. Viktor Frankl spricht hier von einem „Physio-Psychikum (inklusive intellektuellen Fähigkeiten)“, durch das sich jeder Mensch in der Welt, im alltäglichen Dasein ausdrückt. Diese beiden Dimensionen – das „Körperliche“ und das „Psychisch/Intellektuelle“ – sind begrenzt beeinflussbar. Körper werden krank, alt, gefallen nicht, funktionieren nicht. Psychische und intellektuelle Möglichkeiten lassen sich nur in einem gewissen Rahmen verändern.

Auf dieser physio-psychischen Ebene erleben sich Menschen mit Behinderungen/ Lernschwierigkeiten häufig als Mangelwesen. Dies spiegelt die Erfahrung wider, die sie in der Begegnung mit anderen Menschen machen.

Menschsein ist nach Viktor E. Frankl wesentlich mehr als Körper und Psyche. Da gibt es noch eine – Frankl nennt sie – „geistige Dimension“, eine geistige Person sozusagen, die frei ist von den Bedingtheiten von Körper und Psyche/Intellekt. Diese „geistige Person“ drückt sich bei jedem Menschen auf einzigartige Weise aus. Durch den jeweiligen Körper, die jeweilige Psyche/den jeweiligen Intellekt. Diese „geistige Person“ kann laut Frankl nicht erkranken, also – weiter gedacht – auch nicht behindert oder eingeschränkt sein.

---

<sup>33</sup> Die sogenannten Querschnittsthemen sind im Anleitungskapitel zum Kursprogramm „Gesundsein“ im Detail angeführt.

Das genau meinen Menschen mit Behinderungen/Lernschwierigkeiten, wenn sie als Menschen/als Person wahrgenommen werden wollen. Sie drücken es so aus: ‚Bleibt im Kontakt mit uns nicht an unseren Behinderungen/Lernschwierigkeiten hängen. Sucht den Menschen/die Person dahinter. Sie ist vorhanden und fähig, in Beziehung treten.‘

Die grundlegende Anerkennung der Einzigartigkeit jeder Person „jenseits aller Einschränkungen“ führt einerseits zu den Haltungen, um die es für alle in dem Kurs Beteiligten gehen wird, und wird andererseits durch sie erleichtert.

### 3.1 Haltungen

**Prozessorientierter Zugang:** Diese Haltung ermöglicht ein prozessorientiertes Arbeiten, das den Ablauf der einzelnen Module nach den Bedürfnissen der einzelnen Personen wie auch der Gruppe steuert. Nach Bedarf werden Bausteine und Übungen ausgewählt. Hier soll betont werden, dass diese Auswahl und die Zusammenstellungen der Bausteine/Übungen Vorschläge sind. Es liegt in der Verantwortung der TrainerInnen, welche Bausteine und Übungen sie für die jeweiligen Gruppen und Individuen als passend und zielführend erachten. Der Mut zum Weglassen soll hier im Sinne der Prozessorientierung ausdrücklich gestärkt werden!

**Personenzentrierter Zugang:** Die Personen in ihrer Einzigartigkeit stehen im Mittelpunkt allen Handelns der TrainerInnen und UnterstützerInnen. Hilfreich dabei sind Erkenntnisse, die Carl Rogers<sup>34</sup> in seinem „klientenzentrierten Ansatz der Gesprächsführung“ beschreibt.

Folgende Grundbedingungen formuliert er für optimal gelingende Gespräche:

- Offenheit
- Akzeptanz
- Anteilnahme
- Nicht-urteilendes Verstehen
- Empathie

Rogers vertraute darauf, dass jeder Mensch von Grund auf „positiv“ dem Leben und der Umwelt zugewandt ist. Menschen sind wandelbar und können ihr Schicksal selbstverantwortlich in die Hand nehmen.

Die Schweizer Psychotherapeutin Marlis Pörtner baut auf Carl Rogers auf und formuliert – abgeleitet aus ihrer langjährigen Erfahrung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten – Handlungsgrundlagen und Richtlinien für den Alltag. (Pörtner 1996)

---

<sup>34</sup> Siehe dazu Federspiel/Lackinger Kager 1996.

### „Handlungsgrundlagen“

- Gleichgewicht zwischen Rahmen und Spielraum
- Klarheit
- Erleben als zentraler Faktor
- Nicht was fehlt, ist entscheidend, sondern was da ist.<sup>35</sup>

### „Die kleinen Schritte“

- Der Weg ist ebenso wichtig wie das Ziel.
- Vertrauen auf Entwicklungsmöglichkeiten
- Selbstverantwortung“ (ebd., 31)

### „Richtlinien für den Alltag“

- Zuhören
- Ernstnehmen
- Von der ‚Normalsituation‘ ausgehen
- Beim Naheliegenden beginnen
- Erfahrungen ermöglichen
- Auf das Erleben eingehen
- Ermutigen
- Nicht ständig auf das ‚Symptom‘ starren
- Eigenständigkeit unterstützen
- Überschaubare Wahlmöglichkeiten geben
- Stützen für selbständiges Handeln anbieten
- Klar informieren
- Konkret bleiben
- Die ‚Sprache‘ des Gegenübers finden
- Den eigenen Anteil erkennen
- Die Situation ansprechen“ (ebd., 50)

Beide – Rogers und Pörtner – vertrauen einem Grundsatz, der für die Durchführung der Seminarreihe ermutigend sein kann:

Einführendes Verstehen ist die Bereitschaft und der Versuch, sich möglichst genau in das Erleben der jeweiligen Person und ihre Welt hineinzusetzen. Die Erfahrung, verstanden zu werden, ist an sich schon heilsam und fördert positive Veränderungsprozesse.

**Sowohl UnterstützerInnen als auch TrainerInnen sind FreisetzerInnen von innewohnenden Möglichkeiten und Fähigkeiten:** Durch dabei seiendes und spürendes Zuhören die je eigenen Möglichkeiten der Frauen und Männer mit Lernschwierigkeiten freisetzen bzw. diesen dabei zu helfen, ist wesentliche Aufgabe von UnterstützerInnen. Im Seminarprogramm „Gesundsein“ ist dies auch die wesentliche Haltung und Aufgabe der TrainerInnen.

---

<sup>35</sup> Etwa: Vorlesen, Aufschreiben, Informationen heraussuchen, Fahrtendienst anbieten.

**Begleiten in den Alltag:** Das Seminarprogramm befähigt Frauen und Männer mit Lernschwierigkeiten, dass sie in ihrer Wahrnehmung (mit allen Sinnen) und in ihrer Eigenverantwortung für ihr körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden gestärkt werden. Dies ist Grundlage dafür, dass sie in ihrem jeweiligen Alltag ihren Unterstützungsbedarf besser erkennen, ausdrücken und einfordern können. Dies beinhaltet, dass TrainerInnen in der Lage sind, individuell auf die Frauen und Männer mit Lernschwierigkeiten einzugehen und die Seminarmodule dementsprechend zu gestalten.

**Grundsatz der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung bzw. der People-First-Bewegung:** **Nicht über uns ohne uns!** Also so gut wie irgend möglich Wahlmöglichkeiten (und ihre Folgen) so gut verständlich machen, dass Frauen und Männer ihre eigenen Entscheidungen treffen können – Unterstützung nach „People First“. Dies wird im nächsten Abschnitt genauer dargestellt.

**Menschenbilder – Frauen und Männer mit sehr schwierigen kommunikativen Bedingungen als LehrmeisterInnen:** Prinzipiell liegen unseren Überlegungen Frauen und Männer mit einem schwerwiegenden sozial ausgrenzenden Behinderungsgrad bzw. mit Mehrfachbehinderungen zugrunde. Beim Entwickeln dieses Seminarprogramms denken wir in Dankbarkeit an sie, die uns im Zusammensein mit ihnen vieles gelehrt haben. In der praktischen Umsetzung gehen wir hier jedoch von Frauen und Männern mit leichteren Betroffenheitsgraden aus.

**Der Vielfalt gerecht werden:** Frauen, Männer und Transgender-Personen haben verschiedene gesellschaftliche Bedürfnisse. Darüber hinaus sind weitere soziale Merkmale wie Alter, Herkunft oder Bildung wesentlich. Das Seminarprogramm versucht, der Vielfalt der TeilnehmerInnen gerecht zu werden, um sie bestmöglich in ihrer persönlichen Gesundheitskompetenz zu stärken. Gender- und Diversitätskompetenz ist daher eine wesentliche Qualifikation der TrainerInnen.

Diese Haltungen verdeutlichen die großen Herausforderungen an Selbstreflexionsfähigkeit der TrainerInnen.

## **„Wir sprechen für uns selbst!“ Ein Gedicht**

(UrheberIn unbekannt)

Zuallererst bin ich Mensch. An erster Stelle möchte ich als Mensch und Person behandelt werden.

Wir haben eine eigene Identität. Wir sind alle unterschiedlich und unverwechselbar. Wir haben einen Namen, der Begriff „geistig behindert“ wertet uns ab. Außerdem beschreibt er uns nicht.

Wir haben etwas zu sagen! Ihr müsst uns zuhören, wenn wir uns mitteilen! Wir müssen unsere Entscheidungen selbst treffen.

Wir wissen selbst, was das Beste für uns ist, und wir können selbst auswählen. Anderen darf nicht erlaubt werden, unsere Entscheidungen zu treffen!

Wir wollen unser Risiko selbst tragen und wir haben ein Recht darauf, Fehler zu machen. Indem wir Fehler machen, verbessern wir unsere Fähigkeiten und entwickeln uns weiter. Betreuer/innen sollen uns helfen, dass wir Dinge selbst tun können. Sie sollen sich mit Geduld auf Menschen mit Behinderung einstellen.

Wir wollen zusammenarbeiten, wir sind keine Befehlsempfänger/innen.

Wir wollen oft mit Menschen mit Behinderung aus anderen Orten sprechen, um zu wissen, wie sie leben. So können wir vergleichen und sagen, was besser werden soll. Wir wollen Gruppen bilden, in denen wir miteinander reden können.

Wir Betroffenen können mit anderen Betroffenen zusammenkommen und uns untereinander austauschen. Wir können uns helfen, Lebensentscheidungen zu treffen. Von der Erfahrung, die andere gemacht haben, können wir lernen.

## **3.2 Leichte Sprache und Zeit**

### **Leichte Sprache**

Wesentliche Basis für eine gute Zusammenarbeit von Menschen mit Lernschwierigkeiten ist die Verwendung einer Leichten Sprache, die alle verstehen können.

In Leichter Sprache sprechen heißt:

- Worte suchen und verwenden, die alle verstehen.
- Wenn das nicht gelingt, wird das Wort so lange erklärt, bis alle wissen, was damit gemeint ist.
- Es werden einfache Sätze verwendet. Diese Sätze sind einfach zusammenzubauen. Anstatt von Nebensätzen werden neue Sätze begonnen; bei Leichter Sprache ist ein Satzbeginn mit „Und“ möglich.
- Bilder helfen zu verstehen.

Bei Leichter Sprache geht es darum, dass alle das sagen und ausdrücken können, was sie möchten. So werden alle ermutigt, den anderen klar zu machen, was ihnen wichtig ist.

### **Zeit**

Menschen mit Lernschwierigkeiten und anderen Arten von Behinderungen brauchen mehr Zeit. Die TrainerInnen sind dafür zuständig herauszufinden, wie viel Zeit ihre TeilnehmerInnen jeweils brauchen. Und ihnen diese Zeit auch zu geben.

## **3.3 Querschnittsthemen**

Die Querschnittsthemen sind der „Grundlehrplan“ des Kursprogramms „Gesundsein“. Sie werden mit Hilfe der einzelnen Gesundheitsthemen ganz konkret eingeübt und bekommen so Relevanz für den Alltag der TeilnehmerInnen.

Diese Querschnittsthemen sind im Einzelnen:

### ➤ **„Was will ich, was will ich nicht?“**

Die TeilnehmerInnen sollen an jeder passenden Stelle dazu angeregt werden, genau nachzudenken, genau nachzuspüren, was sie wollen und was nicht. Dies ist auch die allerbeste Prävention vor Bevormundung und Übergriffen, nämlich ein Gefühl dafür zu bekommen, was für eine/einen selbst in einer Situation passt oder eben nicht und dies klar zu äußern. Die TeilnehmerInnen werden, so oft sich im Verlauf der Module die Möglichkeit dazu bietet, dazu angehalten, ein klares „JA, das will ich“ oder ein „NEIN, das will ich nicht“ auszusprechen. Dabei werden auch unmissverständliche Körpersprache und kraftvoller Ton geübt.

Die TeilnehmerInnen bekommen so implizit immer wieder „eine Aufforderung von außen“, ihre eigenen Interessen zu vertreten.

### ➤ **„Die eigene Meinung – was stimmt für wen?“**

Es ist von grundlegender Bedeutung, eine eigene Meinung zu haben. Erst dadurch werden die TeilnehmerInnen in die Lage versetzt, für sich selbst zu sprechen. Insbesondere Situationen, bei denen alle in einer Gruppe ganz schnell der gleichen Meinung sind, bieten sich als Übungsfeld an. Das Eigene nicht leichtfertig einer Mehrheit zu ‚opfern‘, ist eine große Herausforderung, daher ist jedes kleine Durchhalten, jedes kleine „bei mir darf es anders sein“ ein wesentlicher Erfolg, der die TeilnehmerInnen über den Kurs hinaus stärken wird.

### ➤ **Der doppelte Blick**

„Ich kann nicht, aber ich soll/muss“, das ist eine Grunderfahrung, die Menschen mit Behinderungen und so auch Menschen mit Lernschwierigkeiten machen. Sie spüren die Erwartungen von den Personen in ihrem Umfeld und haben sie auch an sich selbst. Es sind häufig Erwartungen, die sie – selbst bei allergrößter Anstrengung – unter den jeweils bestehenden Bedingungen nicht erfüllen können. Das fortgesetzte Gefühl von ‚Vergeblichkeit‘ beeinträchtigt zutiefst das persönliche Wohlbefinden.

Besonders wichtig ist der Blick auf BEIDES und auf den Unterschied: Der Blick also auf strukturelle Gegebenheiten: „Es ist NICHT, weil ich so blöd tue, sondern weil es einfach nicht geht“ UND der Blick auf die eigene Verantwortung. Die Möglichkeit, eine konkret gegebene

Situation mit dem „doppelten Blick“ zu betrachten, wurde für die Kursreihe entwickelt, um die TeilnehmerInnen dazu zu ermutigen zu unterscheiden, was sie trotzdem tun können und wie genau. Die Erfahrungen, bei allem Bemühen erfolglos zu bleiben, soll durch Anwendung des „doppelten Blickes“ weniger werden, das Gefühl, „es ist, weil ich so dumm tue“, wird zumindest gleichsam „mit doppeltem Blick“ unter die Lupe genommen.

➤ **Die „Nicht-Schokoladenseite der Selbstbestimmung“**

Selbstbestimmtes Leben bedeutet jenseits von Rechten, Freiheiten und Autonomie auch die Übernahme von Verpflichtungen und Verantwortung. Das bezeichnen wir als die „Nicht-Schokoladenseite der Selbstbestimmung“.

„Was muss ich tun, obwohl ich es nicht will? Warum? Wer hat was davon?“ Hier ist das Erkennen folgender Unterscheidung wichtig: „Ich will nicht, aber ich soll, weil es MIR nützt“. Und „Ich will nicht und ich bleibe dabei.“ Gerade im Bereich des Gesundheitshandelns ist dies ein wichtiger Zugang.

➤ **Geschlechter- und Diversitätsgerechtigkeit**

Das soziale Merkmal Behinderung tritt oft dermaßen in den Vordergrund, dass andere soziale Merkmale wie Geschlecht, Alter, sexuelle Orientierungen, soziale Lage und Herkunft völlig außer Acht geraten. Dabei potenzieren manche davon geradezu die Auswirkungen von Behinderung. Etwa über nicht ausreichend finanzielle Mittel (für notwendige Assistenz-/Unterstützungsleistungen) zu verfügen, hat oft für Menschen mit Behinderungen gravierende Auswirkungen. Dazu kommt, dass die Wahrscheinlichkeit, einen existenzsichernden Job zu finden und zu behalten, besonders für Frauen mit Behinderungen ausgesprochen schwierig ist.

Frauen, Männer und Transgender-Personen haben aufgrund der gesellschaftlichen Verhältnisse und Rollenzuschreibungen tendenziell unterschiedliche Bedürfnisse.

Gender- und Diversitätskompetenzen bedeuten, über die sozial konstruierten Geschlechterverhältnisse Bescheid zu wissen; diese beinhalten drei Dimensionen:

**Symbolische Dimension**

Traditionelle Geschlechterrollenstereotype und Vorurteile gegenüber Frauen und Männern sind beharrlich wirksam – dies, obwohl sich die Realitäten von Frauen- und Männerleben massiv verändert haben. Allgemein etwa prägen Bilder von Männern als „starkes Geschlecht“ und von Frauen als „Expertinnen des Emotionalen und Kommunikativen“ das Alltagsleben in Gesellschaft, Politik und Medien. Betriebliche Kulturen etwa stellen diese Geschlechterhierarchie tagtäglich her und wirken dadurch tendenziell frauenausgrenzend. Transgender-Personen werden per se außerhalb des hegemonialen Zwei-Geschlechter-Konstrukts positioniert und sind daher besonderen Diskriminierungen ausgesetzt.

**Strukturelle Dimension**

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen, etwa Arbeits- oder Sozialrecht, wirken beharrlich frauenbenachteiligend. Frauen sind – als ein deutliches Zeichen dieser Benachteiligung – im Einkommen diskriminiert.

### **Individuelle/subjektive Dimension**

Frauen- und Männerleben unterscheiden sich aufgrund der unterschiedlichen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und vorherrschenden Weiblichkeits- und Männlichkeitsbilder deutlich: Frauen übernehmen etwa die ihnen gesellschaftlich zugewiesene Rolle der Versorgerin ihrer Familien und trauen sich tendenziell weniger zu (etwa Übernahme von Führungsaufgaben); Männer, die aktiv Väter sein wollen und dafür über einen längeren Zeitraum ihre Arbeitszeit reduzieren, kommen kaum mehr für Karrierefunktionen in Frage – sie entsprechen damit nicht mehr dem traditionellen Männlichkeitsbild. Aufgrund der gesellschaftlichen Nicht-Anerkennung von Transgender-Personen sind diese mit besonderen Herausforderungen in Bezug auf ihre Identitätsentwicklung konfrontiert.

Genderkompetenz bedeutet, über diese gesellschaftlich unterschiedlichen Bedingungen von Frauen, Männern und Transgender-Personen Bescheid zu wissen, die Wirkungen derselben zu erkennen und zu verstehen und in ihrem Handeln zur Förderung der Geschlechtergerechtigkeit beizutragen.

Darüber hinaus sind weitere soziale Merkmale wie Alter, Herkunft, soziale Lage, sexuelle Orientierungen oder Bildung wesentlich. Diversitätskompetenz ist daher eine weitere unabdingbare Qualifikation der TrainerInnen, da das Kursprogramm darauf abzielt, der Vielfalt der TeilnehmerInnen personenzentriert gerecht zu werden, um sie bestmöglich in ihrer persönlichen Gesundheitskompetenz zu stärken.

Dies bedeutet für die TrainerInnen, immer darauf zu achten, wie das jeweilige Thema von weiblichen und männlichen TeilnehmerInnen und gegebenenfalls von Transgender-Personen wahrgenommen wird, ob diese dabei jeweils unterschiedliche Erfahrungen gemacht haben und auch verschiedene Bedürfnisse oder Wünsche artikulieren. Auch die Frage danach, welche Relevanz das Alter oder die jeweilige Herkunft spielen, ist durchgehend zu beachten. Daher ist auch die Verwendung einer geschlechtergerechten Sprache eine durchgehende Anforderung an die TrainerInnen.

## **3.4 Unterstützungssysteme – Der „Zauber der Buchstaben“ und das „Modell der 4 Schachteln“<sup>36</sup>**

Gesund sein und gesund bleiben, das ist eine komplexe Geschichte. Für alle Menschen, für Frauen und Männer mit Lernschwierigkeiten nicht minder. Vermittlung von komplexen Inhalten braucht – auch – Sprache und Schrift. Die Notwendigkeit adäquater Unterstützungsleistungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten wird im Umgang mit Sprache und Schrift im vorliegenden Kursprogramm besonders deutlich: Der Gebrauch von Leichter(er) Sprache ist grundlegend für das Gelingen der Kommunikation zwischen TrainerInnen und TeilnehmerInnen sowie zwischen den TeilnehmerInnen untereinander. Zusätzlich braucht es jedoch Unterstützungsleistungen (Übersetzungsleistungen) für jene, deren Kommunikationssystem nicht oder nur eingeschränkt die Lautsprache ist.

---

<sup>36</sup> Das „Modell der 4 Schachteln“ wurde von Sonja Stadler entwickelt

Auf den Gebrauch von geschriebener Sprache wurde bewusst nicht verzichtet! Keinesfalls aber ist Lesen- und Schreibenkönnen eine Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Kursprogramm.

Der Zugang zu geschriebenem Wissen ist wesentlich, das Universum, das sich hinter den Buchstaben verbirgt, muss durch passende Unterstützungsleistungen zugänglich gemacht werden.

Eine Frau mit Lernschwierigkeiten formuliert treffend: *„Ich kann Buchstaben erkennen. Sie haben einen Zauber für mich. Weil ich weiß, dass was Interessantes für mich dahinter stecken kann. Und ich frage meine Unterstützerin so lange, bis ich verstehe, was die Buchstaben mir sagen wollen.“*

### **Selbstbestimmt Leben ist keine Utopie!**

Selbstbestimmt ist jedoch NICHT gleich bedeutend mit selbstständig. Selbstbestimmt heißt, eigene Entscheidungen treffen zu können. Dies braucht die je passenden Formen der Unterstützung, wie sie im Folgenden beschrieben werden.

Da es ein grundlegendes Ziel dieses Kurses ist, die TeilnehmerInnen in ihrer Selbstbestimmung zu fordern und zu fördern, zu begleiten und zu unterstützen bedarf es der Kenntnis des Selbstbestimmt-Leben-Paradigmas und der damit verbundenen Untersysteme. Das heißt, es geht um Kenntnis und Verstehen des sogenannten „Modells der 4 Schachteln“ für Menschen mit den unterschiedlichsten Behinderungen.

Bevor wir dieses „Modell der 4 Schachteln“ im Folgenden detailliert vorstellen, noch einige wesentliche Anmerkungen: In der praktischen Umsetzung der Kursreihe wird die Notwendigkeit der Kenntnis und des Verstehens des „Modells der 4 Schachteln“ für die TrainerInnen und UnterstützerInnen immer dann sichtbar und spürbar, wenn die TeilnehmerInnen auf Unterstützung angewiesen sind und diese im Laufe der Zeit hoffentlich immer selbstständiger einfordern und anleiten. Um dieses Ziel für die TeilnehmerInnen erreichbar zu machen, ist es für die TrainerInnen sowie die UnterstützerInnen erforderlich, sich eingehend mit dem „Modell der 4 Schachteln“ auseinanderzusetzen. Die personenzentrierte Haltung gegenüber den TeilnehmerInnen zeigt sich unter anderem auch im Verstehen des Selbstbestimmt-Leben-Paradigmas und dem daraus folgenden Umgang mit Gruppenmitgliedern.

Die Erreichung dieses Ziels hängt wesentlich davon ab, ob der richtige Mix aus Unterstützung gefunden und zur Verfügung gestellt wird. Die Umsetzung der den Haltungen innewohnenden Zielvorstellungen bedarf einer passgenauen Art der Unterstützungsleistungen jeder einzelnen Teilnehmerin, jedes einzelnen Teilnehmers. Wichtig dabei ist, die grundlegend verschiedenen Arten der Unterstützungsleistungen zu verstehen. Um sie genau auseinanderhalten zu können, wurden sie metaphorisch in „Schachteln“ eingeordnet (Schachteln 1 bis 3), um sie für eine bestimmte Person passend zusammenmischen zu können (Schachtel 4)

### **1. Schachtel: „Persönliche Assistenz“ nach „Selbstbestimmt Leben“**

Dabei sucht sie/er selbst die Leute aus und bestimmt selbst, was, wann, wo, wie gemacht wird.

In Wien wird „Persönliche Assistenz“ hauptsächlich über die „Wiener Assistenzgenossenschaft“ abgewickelt. Dort gibt es auch Schulungen für AssistenznehmerInnen.

### **2. Schachtel: Unterstützung nach „People First“**

Diese Unterstützung geht über die Aufgaben von Persönlicher Assistenz hinaus.

Zwei Arten von Unterstützung sind zu unterscheiden:

- **Praktische Unterstützung (ähnlich Assistenz)**  
Bei der praktischen Unterstützung sagt die betroffene Person, was sie will oder was sie nicht kann. Hier geht es darum „Hände, Füße und Kopf“ für eine Person zu sein.
- **Inhaltliche Unterstützung**  
Bei der inhaltlichen Unterstützung hat die Unterstützungsperson eine aktivere Rolle. Hier geht es etwa um:
  - Informationsquelle zu sein
  - Aktivitäten unterstützend vor- und nachzubereiten
  - Neutral die Aktivitäten zu reflektieren
  - Sicherheit im Hintergrund zu vermitteln
  - Zu beraten
  - Komplexe Abläufe zu strukturieren
  - An Termine zu erinnern
  - Zu erfragen, welche Hilfen gebraucht werden
  - Ideen und Ratschläge zu geben

Wichtig ist, dass bei alledem die Entscheidungen, was gemacht wird, grundsätzlich bei den betroffenen Personen liegen.

### **3. Schachtel: Personenzentrierte Betreuung (Carl Rogers, Marlies Pörtner und andere)**

BetreuerInnen begleiten Menschen mit Behinderungen, indem sie mit allen Sinnen versuchen festzustellen, welche Art von Unterstützung ein Mensch in der konkreten Lebenssituation möchte oder auch braucht. BetreuerInnen müssen manchmal zugunsten des jeweiligen Menschen auch eigenständige Entscheidungen treffen.

### **4. Schachtel: Die individuelle Unterstützungsform**

Aus den Schachteln 1 bis 3 wird mit der jeweiligen Person das für sie/ihn Passende genommen und zu einem individuellen Unterstützungsmix (Schachtel 4) zusammengestellt. Wesentlich ist, dass allen unterstützenden Personen die verschiedenen Formen klar sind und auch in betreuenden Beziehungen nach den Grundhaltungen von Selbstbestimmt Leben und People First gehandelt wird, soweit wie nur irgendwie möglich.

# Literaturangaben

Arbeitsgruppe Gesundheit (o.J.), Abschlussbericht UN Gleichheit für alle der Arbeitsgruppe Gesundheit. Diese Gruppe bestand aus Vertreterinnen und Vertretern von Interessenvertretung – Menschen mit Mobilitäts- und Sinnesbehinderung sowie mit Lernschwierigkeiten mit Unterstützerin, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Organisationen, der Behindertenhilfe – Werkstätten und Wohnplätze – und der Verwaltung (MA 24, FSW). Dieser Bericht richtet sich an die Steuergruppe des Projektes „UN Gleichheit für ALLE“ sowie an die amtsführende Stadträtin für Gesundheit, Frau Sonja Wehsely, unveröffentlichtes Dokument, o.O.

Brehmer-Rinderer, Barbara/Germain Weber (o.J.), Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten. Eine Befragung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, MitarbeiterInnen im Behindertenwesen und der Allgemeinbevölkerung, Universität Wien und Initiativkolleg „Empowerment through Human Rights“, Wien

Brehmer, Barbara/Elisabeth Zeilinger/Germain Weber (2009), Die Gesundheit von erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung. Abschlussbericht des POMONA II-Projekts (2005–2008). Das dreijährige POMONA II-Projekt (2005–2008) wurde von der Europäischen Kommission (Generaldirektion für Gesundheit und Konsumentenschutz) finanziert und in 14 Mitgliedsländern der Europäischen Union durchgeführt, o.O.

Buchinger, Birgit/Ulrike Gschwandtner (2008), Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen am Salzburger Arbeitsmarkt. Eine qualitative Studie, hrsg. vom Territorialen Beschäftigungspakt Salzburg, Salzburg

Buchner, Tobias/Oliver König (2013), Von einem, der Wege geebnet hat, In: Flieger/Plangger 2013, 175–182

Caritas der Erzdiözese Wien (Hg.in) (2008), „Behinderte Medizin? Intellektuelle Behinderung als Barriere für medizinische Versorgung“. 23. Oktober 2008, Tagungsbericht der Fachtagung des Bereiches Behinderteneinrichtungen der Caritas Wien in Kooperation mit dem Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, Redaktion: Caritas Behinderteneinrichtungen, Wien

DiStA (o.J.), Wer ist DiStA? Online unter: <http://dista.uniability.org> (abgefragt am 25.06.2015)

Erlinger, Gudrun (2004), Selbstbestimmung und Selbstvertretung von Menschen mit Lernschwierigkeiten, Diplomarbeit, Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Innsbruck

Federspiel, Krista/Ingeborg Lackinger Karger (1996), Kursbuch Seele. Was tun bei psychischen Problemen? Beratung, Selbsthilfe, Medikamente. 120 Psychotherapien auf dem Prüfstand, Heidelberg

Feller, Julia (2013), Die prekäre Lebenssituation von Menschen mit Lernschwierigkeiten bedingt durch die systematische Exklusion am ersten Arbeitsmarkt. Eine empirische Untersuchung der gefühlten Prekarität, Masterarbeit, Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Innsbruck

Flieger, Petra/Sascha Plangger (Hg.Innen) (2013), Aus der Nähe. Zum wissenschaftlichen und behindertenpolitischen Wirken von Volker Schönwiese, Neu Ulm

FGÖ (2005), Determinanten der Gesundheit, [www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/determinanten-der-gesundheit](http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/determinanten-der-gesundheit) (abgefragt am 30.03.2015)

Frankl, Viktor E. (1987), Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse, Frankfurt/Main

Glaeske, Gerd/Robert Francke/Klaus Kirschner/Petra Kolip/Sonja Mühlenbruch (2003), Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen. Diskussionspapier im Auftrag des Gesprächskreises Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

Göbel, Susanne (1999), Wir vertreten uns selbst. Arbeitsbuch zum Aufbau von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Bifos-Schriftenreihe zum Selbstbestimmten Leben Behinderter, Band 5, Kassel

Hahn, Heidemarie (2002), Sexuelle Erfahrungen von Frauen mit geistiger Behinderung unter besonderer Berücksichtigung einer Einzelfalldarstellung, Diplomarbeit, Universität Wien, Wien

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2013), Kompetent als Patientin und Patient, Gut informiert entscheiden, Wien

Hauser, Mirjam/Daniela Tenger (2015), Menschen mit Behinderung in der Welt 2035. Wie technologische und gesellschaftliche Trends den Alltag verändern, hrsg. vom GDI Gottlieb Duttweiler Institute, Rüschlikon/Zürich

Hermes, Gisela/Eckhard Rohrmann (Hg.Innen) (2006), „Nichts über uns – ohne uns!“ Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung, Neu Ulm

Hurrelmann, Klaus/Petra Kolip (Hg.Innen), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit, Männer und Frauen im Vergleich, Bern

Kantor, Viktoria (2011), Gesundheitsverhalten bei Menschen mit intellektueller Behinderung: Ernährung, Mundgesundheit und Schlafverhalten, Diplomarbeit, Universität Wien, Wien

Kolip, Petra/Thomas Altgeld (Hg.Innen) (2006), Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis, Weinheim/München

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hg.in) (2015), Nebenher oder mittendrin? Inklusive Gesundheitsförderung mit Menschen mit Behinderungen, Impulse für Gesundheitsförderung Nr. 87, 2. Quartal, Juni 2015, Hannover

Lebenshilfe Österreich (2009), Altern mit intellektueller Behinderung, Positionen und Empfehlungen der Lebenshilfe Österreich, Wien

dies. (o.J.), Empfehlungen für ein inklusives Gesundheitswesen, o.O. Download unter: [www.lebenshilfe.at/index.php?/de/Themen/Gesundheit-leicht-gemacht/Empfehlungen-fuer-ein-inklusive-Gesundheitswesen](http://www.lebenshilfe.at/index.php?/de/Themen/Gesundheit-leicht-gemacht/Empfehlungen-fuer-ein-inklusive-Gesundheitswesen) (abgefragt am 13.04.2015)

Leitner, Barbara (2008), Menschen mit Beeinträchtigungen. Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzfragen im 4. Quartal 2007, Statistische Nachrichten 12/2008, hrsg. von der STATISTIK AUSTRIA, Wien

Loeken, Hiltrud (2006), Disability Studies – Impulse für die Soziale Arbeit mit behinderten Menschen und die Sonderpädagogik, In: Hermes/Rohrman 2006, 234–247

Magistrat der Stadt Wien (2001), Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement Gesundheitsberichterstattung (Hg.) (2001), Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, Studie S1/2001, Wien

Mandl, Sabine/Anna Schachner/Claudia Sprenger/Julia Planitzer (2014), Zugang von Frauen mit Behinderungen zu Opferschutz- und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen. Deutschland, Großbritannien, Island und Österreich. Abschließender Projektbericht, Ludwig-Boltzmann-Institut für Menschenrechte und queraum. kultur- und sozialforschung, Wien

Naue, Ursula (2013), Ein konstruktiver Kritiker, In: Flieger/ Plangger 2013, 169–174

Oberngruber, Petra (2010), Elternschaft von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung in Oberösterreich. Eine Bedarfserhebung institutioneller Begleitung, Diplomarbeit, Fachhochschule Oberösterreich, Traun

Pörtner, Marlis (1996), Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen, Stuttgart

Pöttler, Gerhard (2014), Gesundheitswesen in Österreich – Organisationen, Leistungen, Finanzierung und Reformen übersichtlich dargestellt, Wien

Postek, Natalia (2009), Politische Teilhabe von Menschen mit Lernschwierigkeiten am Beispiel der Demokratiewerkstatt in Wien, Diplomarbeit, Universität Wien, Wien

Schönwiese, Volker (2006), Das gesellschaftliche Bild behinderter Menschen, In: Hermes/Rohrman 2006, 159–172

Stadler, Sonja (2014), Das große Lesebuch über unser selbstbestimmtes Leben, unveröffentlichtes Manuskript, Salzburg

dies. (2013), AUF DU UND DU MIT ED ROBERTS. Ein Rendezvous mit dem Selbstbestimmt-Leben-Gedanken, 2. erweiterte Auflage, Auftraggeber: Caritas Vorarlberg, Fachbereich Menschen mit Behinderung, Bregenz/Salzburg

Stöger, Alois (2012), Vorwort, In: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2012), Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich, Langfassung, Wien, o.S.

Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 29. Jänner 2014, Barrierefreie Gesundheitsversorgung, unveröffentlichtes Dokument, o.O.

Vanoli, Eléonore (2009), Von der Verwahrung zur Selbstermächtigung. Perspektiven der Erwachsenenbildung von und für Menschen mit geistiger Behinderung, Diplomarbeit, Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Bamberg

WHO (2011), Public Health in Austria. An Analysis of the status of public health, Observatory Studies Series 24, United Kingdom

Wimmler, Lisa (2010), Die Institution Geistigbehindertsein verstehen, Diplomarbeit, Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Innsbruck

Wögerer, Hermann (2009), Integration von Menschen mit Lernschwierigkeiten in den allgemeinen Arbeitsmarkt Oberösterreichs 1945 bis heute unter besonderer Berücksichtigung der Sicht der Arbeitgeber im Handwerk, Gewerbe und in der Industrie, Dissertation, Johannes-Kepler-Universität Linz, Linz

## Schlüsseldokumente

Vereinte Nationen (1948), **Allgemeine Erklärung der Menschenrechte**, A/RES/217 A (III) (Download unter: <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>) (abgefragt am 30.03.2015)

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2012), **Rahmen-Gesundheitsziele, Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich**, Langfassung, Wien

BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz) (Hg.) (2013), **Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012–2020 zur Umsetzung der UNO-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen**, Kurzfassung in Leicht-Lesen, Wien (Download unter: [http://www.hrweb.at/wp-content/uploads/2013/09/nap\\_II\\_2013.pdf](http://www.hrweb.at/wp-content/uploads/2013/09/nap_II_2013.pdf)) (abgefragt am 18.03.2015)

dass. (Hg.) (2012), **Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012–2020, Strategie der österreichischen Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention**, Inklusion als Menschenrecht und Auftrag, Wien (Download unter: [http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/7/7/8/CH2477/CMS1332494355998/nap\\_web.pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/7/7/8/CH2477/CMS1332494355998/nap_web.pdf)) (abgefragt am 18.03.2015)

dass. (Hg.) (2011a), **UN-Konvention, Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und Fakultativprotokoll** (= BGBl. III – ausgegeben am 23. Oktober 2008 – Nr. 155), Wien (Download unter: [http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/5/8/CH2218/CMS1314697554749/un-konvention\\_inkl.\\_fakultativprotokoll,\\_de.pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/5/8/CH2218/CMS1314697554749/un-konvention_inkl._fakultativprotokoll,_de.pdf)) (abgefragt am 18.03.2015)

dass. (Hg.) (2011b), **UN-Konvention, Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen**, erklärt in Leichter Sprache, Wien (Download unter: [http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/5/8/CH2218/CMS1314697554749/131008\\_un-konvention\\_II-version\\_kompl1.pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/5/8/CH2218/CMS1314697554749/131008_un-konvention_II-version_kompl1.pdf)) (abgefragt am 18.03.2015)

„**Gesundheit 21**“ (1998), Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert, Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Bd. 5, hrsg. von der WHO – Regionalbüro für Europa, Kopenhagen (Download unter: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf)) (abgefragt am 20.03.2015)

**Jakarta-Erklärung** (1997), verfasst auf der 4. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung „Neue Akteure für eine neue Ära. Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert“, vom 21. bis 25. Juli 1997 in Jakarta (Download unter: [http://www.who-tag.de/2002themen\\_jakarta.htm](http://www.who-tag.de/2002themen_jakarta.htm)) (abgefragt am 18.03.2015)

**Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union** (1997), verfasst vom Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung ENWHP, Luxemburg (Download unter: <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10008.571226&action=b&cacheability=PAGE&version=1391192956>) (abgefragt am 18.03.2015)

**Madrid Statement** (2001), Mainstreaming gender equity in health, The need to move forward, hrsg. von der WHO, Gender Mainstreaming Programme, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (Download unter: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/76508/A75328.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf)) (abgefragt am 18.03.2015)

**Ottawa-Charta** (1986), Erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO, Ottawa (Download unter: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1)) (abgefragt am 18.03.2015)

# Anhang

## Überblick über Beratungsstellen in Wien

Überblick über Beratungsstellen und Selbstvertretungszentren für Menschen mit Behinderungen und/oder Lernschwierigkeiten mit Standort Wien sowie weiterführende Links. In alphabetischer Reihenfolge und ohne Anspruch auf Vollständigkeit!

**ASSIST.** Sozialwirtschaftliche Dienstleistungen für Menschen mit Behinderung  
Assist unterstützt Autonomie und Selbstorganisation von Menschen mit Behinderung.  
Schwerpunkte: Arbeitswelt, Wohnwelt, Bewegungswelt und Mobilität. Mit Sportangeboten und psychologischer Beratung.  
Adresse: Schweglerstraße 33 (Hütteldorfer Straße 57), 1150 Wien  
Telefon: 01/786 62 33  
E-Mail: [info@assist.or.at](mailto:info@assist.or.at)  
[www.assist4you.at](http://www.assist4you.at)

**BALANCE** – Leben ohne Barrieren  
Förderung von Menschen mit körperlichen Behinderungen, sozialen sowie psychischen Beeinträchtigungen und Lernschwierigkeiten. Schwerpunkte: unterstütztes Wohnen und Tagesstruktur mit Handwerk, Dienstleistung, Kunst  
Adresse: Hochheimgasse 1, 1130 Wien  
Telefon: 01/804 87 33-0  
E-Mail: [info@balance.at](mailto:info@balance.at)  
[www.balance.at](http://www.balance.at)

**BIZEPS** – Beratung für Behinderte und Angehörige, Zentrum für Selbstbestimmtes Leben  
Peer-Beratungsstelle: Beratung für behinderte Menschen durch Betroffene  
Adresse: Schönngasse 15–17/4, 1020 Wien  
Telefon: 01/523 89 21  
E-Mail: [office@bizeps.or.at](mailto:office@bizeps.or.at)  
[www.bizeps.at](http://www.bizeps.at)

**Caritas Wien** – Menschen mit Behinderung  
Beratung und Unterstützung. Schwerpunkte: Wohnen, Beruf, sozialpsychiatrische Angebote, Selbstbestimmt Leben  
Adresse: Albrechtskreithgasse 19–21, 1160 Wien  
Telefon: Otto Lambauer 01/878/123 33  
E-Mail: [office@caritas-wien.at](mailto:office@caritas-wien.at)  
[www.caritas-wien.at](http://www.caritas-wien.at)

### **Fonds Soziales Wien – Beratungszentrum Behindertenhilfe**

Beratung, Begleitung, Unterstützung, Tagesstrukturen, Förderung für Menschen mit Behinderung und Angehörige

Adresse: Guglgasse 7–9, 1030 Wien

Telefon: 01/24 5 24 (täglich, auch am Wochenende!)

E-Mail: [post-bzbh@fsw.at](mailto:post-bzbh@fsw.at)

[www.fsw.at](http://www.fsw.at) ODER [behinderung.fsw.at](http://behinderung.fsw.at)

### **Jugend am Werk. Begleitung von Menschen mit Behinderung GmbH**

Projekte zur beruflichen Integration, Berufsausbildungsassistenz, individuelle Förderung und Begleitung in Werkstätten und Tagesstrukturen, Angebote für vollbetreutes und teilbetreutes Wohnen

Adresse: Thaliastraße 85, 1160 Wien

Telefon: 01/405 02 86

E-Mail: [office@jaw.at](mailto:office@jaw.at)

[www.jaw.at](http://www.jaw.at)

Jugend am Werk unterstützt **Vienna People First** – die unabhängige Selbstvertretung von Menschen mit einer Lernbehinderung.

E-Mail: [oswald.foellerer@viennapeoplefirst-gaw.at](mailto:oswald.foellerer@viennapeoplefirst-gaw.at) (Vorsitz)

[www.viennapeoplefirst-gaw.at](http://www.viennapeoplefirst-gaw.at)

### **Lebenshilfe Wien**

Interessenvertretung und Beratungsstelle für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und Angehörige. Schwerpunkte u.a.: Arbeit und Wohnen, aber auch Schwangerschaft und Geburt; Selbstvertretungsgruppe

Adresse: Schönbrunner Straße 179, 1120 Wien

Telefon: 01/812 26 35

E-Mail: [office@lebenshilfe-wien.at](mailto:office@lebenshilfe-wien.at)

[www.dielebenshilfe.at](http://www.dielebenshilfe.at)

### **Kraftwerk**

Empowerment und Beratung gegen sexuelle Gewalt für Frauen mit Lernschwierigkeiten, Frauengruppe, Seminare, Vernetzung (Teil von NINLIL)

Adresse: Hauffgasse 3–5, 4. Stock, 1110 Wien

Telefon: 01/714 39 39

E-Mail: [kraftwerk@ninlil.at](mailto:kraftwerk@ninlil.at)

[www.ninlil.at/kraftwerk/index.html](http://www.ninlil.at/kraftwerk/index.html)

### **MA 40 – Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht (MA 40)**

Information, Beratung und Hilfestellung zu Sozial- und Gesundheitsrecht sowie Mindestsicherung und e-card

Adresse: Thomas-Klestil-Platz 8, 5. Stock, Top 16.512, 1030 Wien

Telefon: 01/4000-80 40

E-Mail: [servicestelle@ma40.wien.gv.at](mailto:servicestelle@ma40.wien.gv.at)

[www.wien.gv.at/gesundheit/sozialabteilung](http://www.wien.gv.at/gesundheit/sozialabteilung)

### **MEN** – Gesundheitszentrum für Männer und Burschen

Persönliche Beratung, psychologische Beratung, Gruppenangebote und gesundheitsfördernde Projekte insbesondere für sozial benachteiligte Männer  
Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital

Adresse: Kundratstraße 3, 1100 Wien

Telefon: 01/60 191-5454

E-Mail: [kfj.men@wienkav.at](mailto:kfj.men@wienkav.at)

[www.men-center.at](http://www.men-center.at)

MEN ist ein Teil von **FEM**, dem **Institut für Frauen- und Männergesundheit**: [www.fem.at](http://www.fem.at)

### **NINLIL**

Empowerment, Beratung und Vernetzung für Frauen mit Behinderung – siehe auch Kraftwerk und Zeitlupe

Adresse: Hauffgasse 3–5, 4. Stock, 1110 Wien

Telefon: 01/714 39 39

E-Mail: [office@ninlil.at](mailto:office@ninlil.at)

[www.ninlil.at](http://www.ninlil.at)

### **Österreichisches Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapien – ISP**

Beratung und Begleitung zu den Themen Sexualität und Beziehung, auch für Menschen mit Lernschwierigkeiten

Adresse: Cobenzlgasse 42 (Eingang Krapfenwaldgasse), 1190 Wien

Mobiltelefon: 0676/940 75 07 (Mag. Wolfgang Kostenwein) oder 0676/359 07 71 (Bettina Weidinger)

E-Mail: [team@sexualpaedagogik.at](mailto:team@sexualpaedagogik.at)

[www.sexualpaedagogik.at](http://www.sexualpaedagogik.at)

### **Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF)**

Beratung und Information zu Verhütung, Schwangerschaft und Sexualität mit verschiedenen Beratungsstellen:

ÖGF-Beratungsstelle AKH für Frauen und Männer mit Behinderungen

Jeden 1., 2. und 3. Dienstag im Monat 16–19 Uhr

Adresse: Währinger Gürtel 18–20, Univ. Frauenklinik, Ebene 8, 1090 Wien

Telefon: 01/40400-285 20

ÖGF-Beratungsstelle Hanusch-Krankenhaus:

Beratung und Untersuchung für Menschen mit besonderen Bedürfnissen, Schwerpunkte: Familienplanung, First Love

Jeden 1. und 3. Mittwoch im Monat 14–18 Uhr

Adresse: Heinrich-Collin-Straße 30 (Hanusch-Krankenhaus), Pavillon 2, Erdgeschoß, 1140 Wien

Mobiltelefon: 06991/57 72 518

E-Mail: [buero@oegf.at](mailto:buero@oegf.at)

[www.oegf.at](http://www.oegf.at)

**Rainman's Home** – Verein zur Integration und Rehabilitation autistisch und anders behinderter Menschen

Beschäftigungstherapie und Kommunikationsförderung, kognitive Förderung, lebenspraktisches Training, Erlebnispädagogik

Adresse: Semperstraße 20/Tür 2–6, 1180 Wien

Telefon: 01/478 64 34

E-Mail: rainmans.home@aon.at

www.rainman.at

**Selbstvertretungs-Zentrum Wien People First** – Unabhängige Selbstvertretung von Menschen mit einer Lernbehinderung

Selbstvertretungs-Zentrum für Menschen mit Lernschwierigkeiten oder Selbstvertretungs-Gruppen in Wien und Österreich: Vernetzung, Austausch, Beratung und Information

Adresse: Währinger Straße 59/Stiege 5, 1090 Wien

Mobiltelefon: 0699/140 121-82 (Günther Leitner, Selbstvertretung) ODER 0699/140 121-83 (Oswald Föllerer, Selbstvertretung)

E-Mail: selbstvertretungszentrum@wuk.at

www.selbstvertretungszentrum.wien

**WAG Assistenzgenossenschaft** – Selbstbestimmt Leben durch Persönliche Assistenz

WAG unterstützt Menschen mit Behinderungen dabei, Persönliche Assistenz zu organisieren

Adresse: Modecenterstraße 14/A/EG, 1030 Wien, Eingang: Döblerhofstraße 9

Telefon: 01/798 53 55

E-Mail: office@wag.or.at

www.wag.or.at

**Wiener Gebietskrankenkasse: Gesundheitszentren, Kundencenter, Ombudsstelle der WGKK**

Die Gesundheitszentren der WGKK können von Versicherten aller gesetzlichen Krankenversicherungen sowie von Angehörigen in Anspruch genommen werden. Die Kundencenter bieten Information und Beratung zu allem, was zu Versicherung und Gesundheitswesen gehört, zum Beispiel: Mitversicherung, e-card etc.

Die Ombudsstelle der WGKK ist die zentrale Anlaufstelle für Fragen, Anregungen und Beschwerden:

Adresse: Wienerbergstraße 15–19, 11. Stock, 1103 Wien

Telefon: 01/601 22-21 31

E-Mail: ombudsstelle@wgkk.at

www.wgkk.at

**Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenrechtsanwaltschaft (WPPA)**

Die WPPA unterstützt bei der Durchsetzung von Patientenrechten im Gesundheits- und Pflegebereich. Die unabhängige PatientInnen-Informationsstelle **UPI** führt durch das Gesundheitswesen.

Adresse: Schönbrunner Straße 108, 1050 Wien

Telefon: 01/587 12 04; kostenlose Pflegehotline: 0800/20 31 31

UPI: 01/544 22 66

E-Mail: post@wpa.wien.gv.at

www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/patientenanwaltschaft/

**Zeitlupe** – Peer-Beratung für Frauen mit Behinderung  
Beratung zu Persönliche Assistenz, Wohnen, Frausein mit Behinderung, Körper und Sexualität (Teil von NINLIL)  
Adresse: Hauffgasse 3–5, 4. Stock, 1110 Wien  
Telefon: 01/236 17 79  
E-Mail: [zeitlupe@ninlil.at](mailto:zeitlupe@ninlil.at)  
[www.ninlil.at/zeitlupe/index.html](http://www.ninlil.at/zeitlupe/index.html)

## **Weiterführende Links**

### **ARGE Selbsthilfe Österreich**

[www.selbsthilfe-oesterreich.at](http://www.selbsthilfe-oesterreich.at)

### **Arbeiterkammer, Konsumentenschutz**

[www.arbeiterkammer.at](http://www.arbeiterkammer.at)

### **Bundesministerium für Gesundheit**

[www.bmg.gv.at](http://www.bmg.gv.at)

### **Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen**

[www.dachverband.at](http://www.dachverband.at)

### **Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

[www.hauptverband.at](http://www.hauptverband.at)

### **Konsumentenportal des BMASK**

[www.konsumentenfragen.at](http://www.konsumentenfragen.at)

### **Öffentliches Gesundheitsportal Österreich**

[www.gesundheit.gv.at](http://www.gesundheit.gv.at)

### **Sozialministeriumsservice (ehemals Bundessozialamt)**

[www.sozialministeriumsservice.at](http://www.sozialministeriumsservice.at)

### **Sozialministerium**

[www.sozialministerium.at/site/Soziales](http://www.sozialministerium.at/site/Soziales)

### **Wiener Gesundheitsförderung**

[www.wig.or.at](http://www.wig.or.at)

## Broschüren und Folder in Leichter Sprache

Die folgenden hier angegebenen Broschüren in Leichter Sprache wurden für die Kursreihe „Gesundsein“ ausgewählt:

- a. Apothekerverband Köln e.V. (o.J.), **Der richtige Umgang mit Medikamenten**. Ratgeber Leichter Sprache, Bayental
- b. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.in) (2002), **Wie geht's, wie steht's?!?** Wissenswertes für Jungen und Männer, Köln
- c. Jäckle, Anna-Katharina/Anika Sing/Josephin Meder (o.J.), **Gesunde Ernährung** – Eine Broschüre in leicht verständlicher Sprache, o.O.
- d. Leben mit Handicaps e.V. (2011), **Weg-Weiser Familien-Planung**. Hinweise in Leichter Sprache. Ein Rat-Geber für behinderte und chronisch kranke Eltern, Sachsen
- e. Leben mit Handicaps e.V. (2010), **Weg-Weiser Schwangerschaft**. Hinweise in Leichter Sprache. Ein Rat-Geber für behinderte und chronisch kranke Eltern, Sachsen
- f. Leben mit Handicaps e.V. (2013), **Weg-Weiser Die Geburt**. Hinweise in Leichter Sprache. Ein Rat-Geber für behinderte und chronisch kranke Eltern, Sachsen
- g. NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (o.J.), **Kompetent als Patientin und Patient – Informations-Broschüre für Menschen mit Behinderung**, Krems
- h. pro familia – Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband (2013), **Sexualität – was sind unsere Rechte?** In Leichter Sprache, Frankfurt/Main
- i. Sächsische Krebsgesellschaft (Hg.in) (2009), **Brustkrebs** – Ein Patientenheft in Leichter Sprache, Zwickau
- j. Sächsische Krebsgesellschaft (Hg.in) (2010), **Prostatakrebs** – Ein Patientenheft in Leichter Sprache, Zwickau
- k. Special Olympics Deutschland e.V. , Projekt – Selbstbestimmt gesünder (o.J.), **Richtig Zähne putzen**, Berlin
- l. Special Olympics Deutschland e.V., Projekt – Selbstbestimmt gesünder (o.J.), **Fitte Füße**, Berlin
- m. Special Olympics Deutschland e.V., Projekt – Selbstbestimmt gesünder (o.J.), **Gesunde Lebensweise – Rauchen ist ungesund**, Berlin
- n. Wiener Frauengesundheitsprogramm (2007), **Besuch bei der Frauen-Ärztin**. Fragen und Antworten in Leichter Sprache, Wien
- o. Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH – WiG (2012), **Gesunde Ernährung schmeckt**. Tipps für Ihr persönliches Wohlbefinden, Wien
- p. Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH – WiG (2012), **Bewegung im Alltag wirkt**. Tipps für Ihr persönliches Wohlbefinden, Wien
- q. Ninilil (2014), **Gewalt – was kann ich tun? Infos für Frauen mit Behinderungen**, Wien

### PDF: Geschichte „Nein, das will ich nicht“ in Leichter Sprache

Auszug aus der Broschüre „Nein, das will ich nicht“, zur Verfügung gestellt von der Frauenberatung sexuelle Gewalt in Zürich (Original 2002). [www.frauenberatung.ch](http://www.frauenberatung.ch)



Autorinnen:

**Schaffer**  
RESEARCH

Schaffer Research, Nicole Schaffer

**so!ution**  
Sozialforschung & Entwicklung

Solution, Sozialforschung & Entwicklung,  
Birgit Buchinger, Gabi Pöhacker, Sonja  
Stadler

unter Mitarbeit von Mira Turba sowie den TrainerInnen der Pilotphase  
Elisabeth Chlebecek, Dagmar Forster, Martin Köberl, Elfriede Maria  
Rauchenwald, Dieter Schmutzer, Brigitte Stöger und Melanie Zeller

Herausgeberin:

Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH – WiG,

Projektleitung: Mag.<sup>a</sup> (FH) Heidrun Rader, [gesundsein@wig.or.at](mailto:gesundsein@wig.or.at)

Stand: September 2015

Im Rahmen der Gesundheitsreform wurde von der Sozialversicherung und der Stadt Wien ein Landesgesundheitsförderungsfonds eingerichtet. Dieses Projekt wird daraus finanziert.

Wiener  
Gebietskrankenkasse



Stadt+Wien  
Wien ist anders.