Gesundheit Österreich GmbH

Zentrale Anliegen der Vernetzungsplattform der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung für psychische Gesundheit

Kapitel 1 Selbsthilfe, 2 Interessenvertretung, 3 Peer-Arbeit, 4 Psychosoziale Versorgung

Zentrale Anliegen der Vernetzungs-plattform der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung für psychische Gesundheit

Kapitel 1 Selbsthilfe, 2 Interessenvertretung, 3 Peer-Arbeit, 4 Psychosoziale Versorgung

Autorinnen, Autoren und Mitwirkende:

Johann Bauer (HSSG)
Manuel Bierbaumer (Verein Morpheus)
Ines Böck (HSSG)
Petra Derler (IdEE Wien)
Arnold Fass (SHG Psychische Erkrankungen Burgenland)
Birgit Fercher (ehem. Voice 4 You) (Kapitel 1–3)
Hannah Frisch (Change for the Youth)
Josef Emmerich Ganser (SHG für Zwangserkrankte)
Dorothea Gasser (TIPSI)
Martina Grundnig (HSSG)
Henriette Gschwendtner (ehem. EXIT-Sozial) (Kapitel 1–3)
Stefan Hagleitner (Verein <omnibus>)
Oana Iusco (Verein Achterbahn / IDEE Austria)
Elmar Kennerth (TIPSI / IDEE Austria)
André Kowald (pro mente Burgenland)
Manfred Krippel (Angst frisst Seele auf – SHG)
Berta Lackner (SHG Zwänge Kärnten) (Kapitel 1–3)
Mario Leitgeber (Verein <omnibus> / IDEE Austria)
Sr. Michaela Lerchner (ehem. Peer Center Salzburg) (Kapitel 1–3)
Eliah Lüthi (ehem. TIPSI) (Kapitel 1–3)
Erich Mahler (ehem. KEB) (Kapitel 1–3)
Sigrid Moser (ehem. TIPSI)
Hannes Motal (Peer Center Salzburg)
Silvi Muehringer (HSSG) (Kapitel 1–3)
Sonja Mühlberger (Achterbahn Steiermark/ IDEE Austria)
Gertrud Niedl (ehem. Strada OÖ) (Kapitel 1–3)
Angelika Pfauser (TIPSI)
Ina Plattner (Achterbahn Steiermark)

Stefan Prochazka (IdEE Wien)
Karin Scherling (ehem. Voice 4 You) (Kapitel 1–3)
Irene Seifriedsberger (strada OÖ)
Birgit Siedler (ehem. Voice 4 You) (Kapitel 1–3)
Michaela Steurer (Verein Freiräume) (Kapitel 1–3)
Harald Steinwender (IDEE Austria)
Silke Stiftinger (Exit-Sozial)
Sonja Stock (Peer Center Salzburg)
Johannes Ströhle (ehem. Verein <omnibus>) (Kapitel 1–3)
Christopher Tupy (IdEE Wien / IDEE Austria)
Michaela Wambacher (Achterbahn Steiermark/ IDEE Austria)
Marion Wenger (IDEE Austria) (Kapitel 1–3)

Prozessbegleitung durch die Gesundheit Österreich GmbH:

Monika Nowotny
Daniela Kern
Sophie Sagerschnig
Yvonne Sitz

Projektassistenz:

Menekşe Yılmaz

Die in dieser Publikation dargelegten Inhalte stellen die Auffassungen der Autorinnen und Autoren dar.

Wien, im September 2025

Zitiervorschlag: Vernetzungsplattform (2025): Zentrale Anliegen der Vernetzungsplattform der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung für psychische Gesundheit. Kapitel 1 Selbsthilfe, 2 Interessenvertretung, 3 Peer-Arbeit, 4 Psychosoziale Versorgung. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/21/5056

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Vorwort

Sehr geehrte Leser: innen,

das folgende Dokument wurde im Zuge der Vernetzungsplattform der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung für psychische Gesundheit ausformuliert. Diese Plattform wurde im Jahr 2017 durch das BMASGPK ins Leben gerufen, um den Austausch und den Zusammenschluss von Selbstvertreterinnen und Selbstvertretern zu unterstützen. Die Plattform tagt seither zweimal im Jahr. Aus ihr sind Arbeitsgruppen entstanden, die sich mit den zentralen Anliegen von Betroffenen befasst haben und befassen befasst haben. Das Ergebnis dieser Arbeit wird hier zusammengefasst und laufend überarbeitet sowie ergänzt.

Wir sehen diese Anliegen nicht nur als Anregungen für sozial- und gesundheitspolitische Entscheidungsträger: innen, sondern auch und vor allem als Basis für eine zukunftsorientierte, zeitgemäße und notwendige Entwicklung psychosozialer Angebote. Demnach stellen die Perspektiven von selbst betroffenen / erfahrenen Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen und verschiedenen Alters eine unverzichtbare Säule dar, schon aufgrund der UN-Behindertenrechtskonvention und des Leitsatzes der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung:

„Nichts über uns ohne uns!“

Noch vor wenigen Jahrzehnten war es undenkbar, dass psychosoziale Versorgung, psychiatrische Angebote und die Weiterentwicklung psychosozialer Konzepte partizipativ unter Einbezug der Stimmen von Betroffenen vorangetrieben werden. Menschenrechtsverletzungen, Exklusion und Stigmatisierung waren damals an der Tagesordnung und sind leider auch heutzutage noch wahrzunehmen.

Soziale und berufliche Teilhabe von Menschen mit gelebter Erfahrung einer psychischen Erkrankung findet gegenwärtig teilweise Beachtung und bekommt durch deren Bedeutung immer mehr Gewicht.

Das Ziel muss die vollumfängliche Inklusion in allen Lebensbereichen sein, wie etwa in den Bereichen Arbeit, Bildung, Wohnen etc. Die Stimme und aktive Mitarbeit von Expertinnen und Experten aus Erfahrung in der psychosozialen Versorgung stellt eine notwendige und qualitative Aufwertung vorhandener und künftiger Angebote dar.

Mit den folgenden Statements wollen wir Sie, liebe Leser:innen, auf das Dokument einstimmen und Impulse für eine von Hoffnung, Zuversicht und Mut geprägte Zukunft setzen:

Angelika Pfauser – Verein TIPSI:

„Mich bereichert, dass alle Bundesländer an einem Strang ziehen, da unsere Anliegen ganz Österreich betreffen. Trotz meiner chronischen Erkrankung stärkt mich die Zusammenarbeit mit der Gesundheit Österreich GmbH und der Vernetzungsplattform immer wieder. Ich hoffe, dass Betroffene in Zukunft noch mehr bei Entscheidungen miteinbezogen werden.“

Elmar Kennerth – Dachverband IDEE Austria:

„Die Zusammenarbeit von bundesweit tätigen Selbstvertreter:innen bringt immer neue Perspektiven mit sich und erweitert den persönlichen Horizont. Außerdem weiß und spüre ich dadurch, dass ich mit meinen Anliegen nicht allein dastehe. Gemeinsam lässt sich viel erreichen, insofern blicke ich auf fruchtbringende Jahre zurück, auch wenn mir einiges nach wie vor zu langsam geht."

Hannah Frisch – Change for the Youth:

„Psychische Gesundheit hat sich in den letzten Jahren als eines der größten Themen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Österreich herauskristallisiert.

Als Betroffene der derzeit bestehenden massiven Lücken und fehlgeleiteten Herangehensweisen des Versorgungssystems war es uns ein großes Anliegen, an dieser Plattform teilzunehmen. Die großartige Zusammenarbeit sowie Vielfalt an Erfahrungen und Expertise resultiert nicht nur in den Eckpunkten für zukunftsträchtige systematische Veränderungen, sondern stellt auch eine persönliche Bereicherung für mich und alle anderen teilnehmenden Mitglieder von Change for the Youth dar."

Josef Emmerich Ganser – Selbsthilfegruppe für Zwangserkrankte:

„Für mich als Selbsthilfegruppenleiter ist es grenzgenial, zu sehen, was sich in Österreich tut in der psychosozialen Landschaft. Außerdem ist der Austausch mit den Bundesländern ungemein wichtig für meine Arbeit in der Gruppe; weiters finde ich die Kombination aus Selbsthilfegruppenleiter:innen und Vereinsvertreter:innen super, da man mehrere Sichtweisen so vereinen kann. Auch die Tatsache, dass ich mit einem speziellen Krankheitsbild – dem der Zwangsstörungen – dabei bin, zeigt, wie vielfältig diese Vernetzung wirkt."

Sonja Mühlberger – Achterbahn Steiermark:

„Es ist in einem guten und zeitgemäßen psychosozialen Hilfssystem erforderlich, auch jene miteinzubeziehen, die Eigenerfahrung mit schweren seelischen Erschütterungen und deren Bewältigung mitbringen."

"I raise up my voice – not so I can shout but so that those without a voice can be heard." Malala Yousafzai

Petra Derler – IdEE Wien

„Es ist traurig und frustrierend, dass Menschen immer noch erleben müssen, in der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung nicht die Unterstützung zu erhalten, die sie brauchen. Das Fehlen von bedürfnisangepassten Unterstützungsangeboten als Alternative zu Unterbringungen wird oft auf Ressourcenknappheit zurückgeführt. Doch meiner Erfahrung nach, fehlt es viel öfter an dem, was nicht käuflich ist: einer aufrichtigen Begegnung von Mensch zu Mensch und dem Verständnis, dass psychische Erkrankungen nicht eine Person, sondern ein System betreffen. Darum erlebe ich die bundesweite Bündelung von Interessen in der Vernetzungsplattform der Erfahrungsexpert:innen als hilfreich, um gemeinsam auf derzeitige Missstände hinzuweisen und für deren Behebung einzutreten."

© GÖG 2025, Zentrale Anliegen der Vernetzungsplattform

Kurzfassung

Hintergrund

Die Vernetzungsplattform der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung für psychische Gesundheit ist ein vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) eingerichtetes bundesweites Expertengremium. Ziele des Gremiums sind Vernetzung, Informationsaustausch, Diskussion und Bündelung der Interessen von Menschen mit psychosozialen Herausforderungen in Österreich. Die neun Bundesländer sind aktuell durch 16 Organisationen und Gruppen vertreten.

Ziele und Methoden

Dieses bundesweite Expertengremium von Interessenvertretungen arbeitet seit 2017 in Form von Arbeitsgruppen bzw. mit sonstigen arbeitsteiligen Methoden sowie Diskussionen und Abstimmungen in der gesamten Gruppe an einem umfassenden Katalog zentraler Anliegen von Menschen mit psychosozialen Herausforderungen in Österreich. Ziel des Katalogs ist es, jene zentralen Anliegen zu formulieren, deren Umsetzung aus Sicht aller beteiligten Interessenvertretungen von Bedeutung ist, und sie nach außen einem breiteren Publikum zugänglich zu machen. Er richtet sich an politische Entscheidungsträger:innen, Systempartner:innen, Forscher:innen, Menschen mit psychosozialen Herausforderungen und deren Angehörige sowie an alle Interessierten.

Ergebnisse

Die ersten vier Kapitel liegen nun vor (1 Selbsthilfe, 2 Interessenvertretung, 3 Peer-Arbeit und 4 Psychosoziale Versorgung). Jedes Kapitel liefert einen kurzen Überblick über das jeweilige Anliegen, das in der Vernetzungsplattform diskutiert und akkordiert wurde. Weitere Kapitel sind derzeit in Erarbeitung („Gesundheitsförderung und Prävention", „Soziales/Gleichstellung/Inklusion", „Forensik", „Entstigmatisierung", „zielgruppenspezifische Anliegen" und „Intersektionalität").

Nachfolgend werden die wichtigsten Anliegen aus Sicht der Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten pro Kapitel zusammengefasst:

Kapitel 1: Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen und -organisationen stellen durch ihre Beratungs- und Gruppenangebote eine wichtige ergänzende Unterstützung bei der Krisen- und Krankheitsbewältigung dar. Durch den Erfahrungsaustausch unter Gleichgesinnten sollen Empowerment gestärkt und Recovery gefördert werden, was zu einer Steigerung der Lebensqualität beitragen kann. Die zentralen Anliegen zur Förderung der Selbsthilfe sind:

- gesetzliche Verankerung der Selbsthilfe und Ausstattung mit den nötigen finanziellen Mitteln (Kapitel 1.1)
- österreichweite Ausrollung von „Selbsthilfefreundlichen Krankenhäusern" (Kapitel 1.2)
- Bewusstseinsbildung bei Gesundheitsberufen bezüglich der Vorteile und Stärken der Selbsthilfe (Kapitel 1.3)

Kapitel 2: Interessenvertretung

Interessenvertretungen setzen sich für die Verbesserung der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein. Zu den Interessenvertretungsaktivitäten zählen u. a. die Mitarbeit in diversen Expertengremien und Projekten, die Vernetzung mit Systempartnern, die Verfassung von Stellungnahmen und Öffentlichkeitsarbeit. Sie erfordert einen kollektiven Austausch- und Reflexionsprozess mit anderen Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten, Systemwissen, Vernetzung und Zusammenarbeit mit Systempartnern und Erfahrung mit Gremienarbeit sowie Interesse an politischer Partizipation. Folgende Anliegen wurden im Zusammenhang mit der Förderung der Interessenvertretung für Menschen mit psychischen Erkrankungen formuliert:

- Sicherung der Basis- und Regelfinanzierung von Interessenvertretungsorganisationen (Kapitel 2.1)
- Einbindung von Erfahrungsexpertise ausbauen und als Standard etablieren (Kapitel 2.2)
- Gründung landesweiter und bundesweiter Dachorganisationen (Kapitel 2.3)

Kapitel 3: Peer-Arbeit

Peer-Arbeit ist der Überbegriff für unterschiedliche Tätigkeitsfelder, die auf dem Einsatz von Menschen mit gelebter Erfahrung einer psychischen Erkrankung und deren Bewältigung beruhen. Dabei können Menschen auf Basis ihrer Erfahrungsexpertise in einer anderen Weise als Fachpersonen helfen oder Inhalte vermitteln. Professionelle Peer-Arbeit kann in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen, im Rahmen von peer-geleiteten Organisationen und in allen Lebensbereichen (z. B. Arbeit, Bildung, Behörden) eingesetzt werden. Die zentralen Anliegen, um den Ausbau der Peer-Arbeit in Österreich voranzutreiben, sind:

- Definition des Berufsbilds und gesetzliche Verankerung (Kapitel 3.1)
- Ausbau und Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten von Peer-Arbeit (Kapitel 3.2)
- Ausbau der Ausbildungsmöglichkeiten und Finanzierung (Kapitel 3.3)

Kapitel 4: Psychosoziale Versorgung

Eine gute Gesundheitsversorgung ist wesentlich für die Lebensqualität und Teilhabechancen von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ihr Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ist durch die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) geschützt. Um die Qualität der psychosozialen Versorgung in Österreich zu verbessern und Versorgungslücken zu schließen, sind sowohl die Sichtweisen der Nutzer:innen als auch eine partizipative Planung, Entwicklung und Umsetzung der psychosozialen Versorgung unerlässlich. Die Sichtweise der Nutzer:innen auf die psychosoziale Versorgung in Österreich ist noch nicht ausreichend abgebildet.

Kapitel 4 ist in zwei Teile gegliedert: Der erste Teil behandelt die handlungsleitenden Konzepte und Prinzipien, die die psychosoziale Versorgungspraxis in allen Angebotsformen leiten sollen. Im zweiten Teil wird auf die konkreten Angebote nach Versorgungsform eingegangen.

Handlungsleitende Konzepte und Prinzipien der psychosozialen Versorgung

- Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention in der Gesundheits- und Sozialplanung (Kapitel 4.1.1)
- Implementierung der Recovery-orientierten Praxis in der psychosozialen Versorgung (Kapitel 4.1.2)
- Reduktion und sukzessive Abschaffung von Zwang in der Psychiatrie (Kapitel 4.1.3)
- Implementierung der Peer-Arbeit in die Angebotsstrukturen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung (Kapitel 4.1.4)
- Ausbau der partizipativen Forschung und Förderung der akademischer Peer-Forschung (Kapitel 4.1.5)
- Etablierung des trialogischen Ansatzes in der psychosozialen Versorgung (Kapitel 4.1.6)
- Einsatz von Behandlungsvereinbarungen in der psychosozialen Versorgung (Kapitel 4.1.7)
- Integration des Open Dialogue in der psychosozialen Versorgung (Kapitel 4.1.8)
- Ausbau der integrierten Versorgung und des Nahtstellenmanagements (Kapitel 4.1.9)
- Ausbau von Angeboten zum Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka (Kapitel 4.1.10)

Angebote der psychosozialen Versorgung

Ambulante Angebote

- Ausbau niederschwelliger Anlaufstellen (Kapitel 4.2.1)
- Ausbau psychosozialer Krisenangebote (Kapitel 4.2.2)
- Ausbau der sozialpsychiatrischen Dienste (Kapitel 4.2.3)
- Ausbau der multiprofessionellen aufsuchenden Behandlung (Kapitel 4.2.4)

Therapeutische Angebote

- Ausbau des niedergelassenen fachärztlichen Angebots (Kapitel 4.2.5)
- bedarfsdeckende Kassenfinanzierung psychotherapeutischer und psychologischer Angebote (Kapitel 4.2.6)
- Ausbau kreativer Therapieformen und Angebote (Kapitel 4.2.7)

Weitere Unterstützungsangebote

- Ausbau von beratender und begleitender Sozialarbeit (Kapitel 4.2.8)
- Auf- und Ausbau von Wohnangeboten (Kapitel 4.2.9)
- Ausbau von Persönlicher Assistenz für Menschen mit psychischen Erkrankungen (Kapitel 4.2.10)
- Ausbau der tagesstrukturierenden Angebote und auf Inklusion ausgerichtete, menschenrechtskonforme Anpassung der Leistung (Kapitel 4.2.11)
- Auf- und Ausbau von Freizeitangeboten mit niederschwelligem Zugang (Kapitel 4.2.12)
- gezielte Förderung von Angeboten, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung initiiert und geleitet werden (Kapitel 4.2.13)
- Erweiterung oder Ergänzung der Peer-Beratungsstellen um das Angebot einer unabhängigen Ombudsstelle in allen Bundesländern (Kapitel 4.2.14)

Stationäre Angebote

- Standards für eine einheitliche Versorgung sicherstellen (Kapitel 4.2.15)
- Implementierung stationärer Soteria-Angebote (Kapitel 4.2.16)
- Verbesserung des Entlassungsmanagements (Kapitel 4.2.17)
- Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Transitionspsychiatrie (Kapitel 4.2.18)

Psychiatrische Rehabilitation

- Ausbau personenzentrierter und Recovery-orientierter Rehabilitationsangebote (Kapitel 4.2.19)
- barrierefreie Gestaltung von Reha-Angeboten (Kapitel 4.2.20)
- Entkoppelung der Existenzsicherung von Rehabilitationsleistungen (Kapitel 4.2.21)

Ausblick

Die Expertinnen und Experten der Vernetzungsplattform setzen sich für eine Verbesserung der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Österreich ein. Die vorliegenden „Zentralen Anliegen der Vernetzungsplattform" richten sich an politische Entscheidungsträger:innen, Systempartner:innen, Forscher:innen, Menschen mit psychosozialen Herausforderungen und deren Angehörige sowie an alle Interessierte. Insbesondere das neu ergänzte Kapitel 4 „Psychosoziale Versorgung" soll in die bundes- und landesweiten Entscheidungsgremien der Gesundheitsversorgung getragen werden und als Basisdokument in die Planungsprozesse der psychosozialen Versorgung in Österreich einfließen.

Weitere, derzeit noch in Erarbeitung geplante Themen und Kapitel sind: „Gesundheitsförderung und Prävention", „Soziales/Gleichstellung/Inklusion", „Forensik", „Entstigmatisierung", „zielgruppenspezifische Anliegen" und „Intersektionalität".

Inhalt

Vorwort V

Kurzfassung VII

Abkürzungen XIII

Einleitung 1

1 Selbsthilfe 2

1.1 Gesetzliche Verankerung der Selbsthilfe und Ausstattung mit den nötigen finanziellen Mitteln 2

1.2 Österreichweite Ausrollung von „Selbsthilfefreundlichen Krankenhäusern" 3

1.3 Bewusstseinsbildung bei Gesundheitsberufen bezüglich der Vorteile und Stärken der Selbsthilfe 3

2 Interessenvertretung 4

2.1 Sicherung der Basis- und Regelfinanzierung von Interessenvertretungsorganisationen 4

2.2 Einbindung von Erfahrungsexpertise ausbauen und als Standard etablieren 5

2.3 Gründung landesweiter und bundesweiter Dachorganisationen 6

3 Peer-Arbeit 7

3.1 Definition des Berufsbilds und gesetzliche Verankerung 7

3.2 Ausbau und Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten von Peer-Arbeit 8

3.3 Ausbau der Ausbildungsmöglichkeiten und Finanzierung 9

4 Psychosoziale Versorgung 10

4.1 Handlungsleitende Konzepte und Prinzipien der Versorgung 10

4.1.1 Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention in der Gesundheits- und Sozialplanung 11

4.1.2 Implementierung der Recovery-orientierten Praxis in der psychosozialen Versorgung 12

4.1.3 Reduktion und sukzessive Abschaffung von Zwang in der Psychiatrie 13

4.1.4 Implementierung der Peer-Arbeit in die Angebotsstrukturen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung 15

4.1.5 Ausbau der partizipativen Forschung und Förderung der akademischen Peer-Forschung 16

4.1.6 Etablierung des trialogischen Ansatzes in der psychosozialen Versorgung 17

4.1.7 Einsatz von Behandlungsvereinbarungen in der psychosozialen Versorgung 18

4.1.8 Integration des Open Dialogue in die psychosoziale Versorgung 19

4.1.9 Ausbau der integrierten Versorgung und des Nahtstellenmanagements 20

4.1.10 Ausbau von Angeboten zum Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka 21

4.2 Angebote der psychosozialen Versorgung 23

Ambulante Angebote ... 24
4.2.1 Ausbau niederschwelliger Anlaufstellen ... 24
4.2.2 Ausbau psychosozialer Krisenangebote ... 25
4.2.3 Ausbau der sozialpsychiatrischen Dienste ... 28
4.2.4 Ausbau der multiprofessionellen aufsuchenden Behandlung ... 28
Therapeutische Angebote ... 30
4.2.5 Ausbau des niedergelassenen fachärztlichen Angebots ... 30
4.2.6 Bedarfsdeckende Kassenfinanzierung psychotherapeutischer und psychologischer Angebote ... 31
4.2.7 Ausbau kreativer Therapieformen und Angebote ... 32
Weitere Unterstützungsangebote ... 33
4.2.8 Ausbau beratender und begleitender Sozialarbeit ... 33
4.2.9 Auf- und Ausbau von Wohnangeboten ... 33
4.2.10 Ausbau von Persönlicher Assistenz für Menschen mit psychischen Erkrankungen ... 34
4.2.11 Ausbau der tagesstrukturierenden Angebote und auf Inklusion ausgerichtete, menschenrechtskonforme Anpassung der Leistung ... 35
4.2.12 Auf- und Ausbau von Freizeitangeboten mit niederschwelligem Zugang ... 36
4.2.13 Gezielte Förderung von Angeboten, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung initiiert und geleitet werden ... 37
4.2.14 Erweiterung oder Ergänzung der Peer-Beratungsstellen um das Angebot einer unabhängigen Ombudsstelle in allen Bundesländern ... 39
Stationäre Angebote ... 40
4.2.15 Standards für eine einheitliche Versorgung sicherstellen ... 40
4.2.16 Implementierung stationärer Soteria-Angebote ... 43
4.2.17 Verbesserung des Entlassungsmanagements ... 44
4.2.18 Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Transitionspsychiatrie ... 44
Psychiatrische Rehabilitation ... 46
4.2.19 Ausbau personenzentrierter und Recovery-orientierter Rehabilitationsangebote ... 46
4.2.20 Barrierefreie Gestaltung von Reha-Angeboten ... 47
4.2.21 Entkoppelung der Existenzsicherung von Rehabilitationsleistungen ... 47
Glossar ... 49
Literatur ... 51

 © GÖG 2025, Zentrale Anliegen der Vernetzungsplattform

Abkürzungen

AK	Arbeiterkammer
AMB	Anwaltschaft für Menschen mit Behinderung
AMS	Arbeitsmarktservice
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
EU	Europäische Union
EX-IN	Experienced-Involvement
FH	Fachhochschule
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HPE	Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter
HSSG	Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit
IdEE	Interessenvertretung der Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten
IDEE	Interessenvereinigung der Erfahrungsexpert:innen für psychische Gesundheit
IV	Interessenvertretung
IWS	In Würde zu sich stehen
KEB	Kärntner Empowerment Bewegung
LKH	Landeskrankenhaus
NAP	Nationaler Aktionsplan
NEBA	Netzwerk Berufliche Assistenz
NHS	National Health Service (Nationaler Gesundheitsdienst im Vereinigten Königreich)
ÖGB	Österreichischer Gewerkschaftsbund
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
RGM	Verein Recht und Gerechtigkeit im Maßnahmenvollzug
RSG	Regionale Strukturpläne Gesundheit
SHG	Selbsthilfegruppe(n)
SWÖ	Sozialwirtschaft Österreich
TIPSI	Tiroler Interessenverband für psychosoziale Inklusion
UbG	Unterbringungsgesetz
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WAFF	Wiener Arbeitnehmer*innen Förderungsfonds
WHO	World Health Organization

Einleitung

Die vorliegenden ersten vier Kapitel (1 Selbsthilfe, 2 Interessenvertretung, 3 Peer-Arbeit und 4 Psychosoziale Versorgung) sind Teil eines umfassenderen Katalogs der zentralen Anliegen von Menschen mit psychosozialen Herausforderungen in Österreich. Dieser Katalog wird vom bundesweiten Expertengremium von Interessenvertretungen, der „Vernetzungsplattform der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung für psychische Gesundheit" erarbeitet. Ziel des Katalogs ist es, jene Anliegen zu formulieren, deren Umsetzung aus Sicht aller beteiligten Interessenvertretungen von Bedeutung ist, und sie nach außen einem breiteren Publikum zugänglich zu machen. Er richtet sich an politische Entscheidungsträger:innen, Systempartner:innen, Forscher:innen, Menschen mit psychosozialen Herausforderungen und deren Angehörige sowie an alle Interessierten. Jedes Kapitel liefert einen kurzen Überblick über das jeweilige Anliegen, das in der Vernetzungsplattform diskutiert und akkordiert wurde. Weitere geplante Kapitel (Gesundheitsförderung und Prävention, Soziales/Gleichstellung/Inklusion, Forensik, Entstigmatisierung, zielgruppenspezifische Anliegen und Intersektionalität) sind derzeit in Erarbeitung.

Vernetzungsplattform der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung für psychische Gesundheit

Die Vernetzungsplattform der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung für psychische Gesundheit ist ein vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) eingerichtetes bundesweites Expertengremium. Ziele des Gremiums sind Vernetzung, Informationsaustausch, Diskussion und Bündelung der Interessen von Menschen mit psychosozialen Herausforderungen in Österreich. Die neun Bundesländer sind durch insgesamt 16 Organisationen und Gruppen in der Vernetzungsplattform vertreten (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht über die beteiligten Gruppen/Organisationen der Vernetzungsplattform

Bundesland	Beteiligte Gruppen/Organisationen
Burgenland	Selbsthilfegruppen Psychische Erkrankungen Burgenland IV pro mente Burgenland
Kärnten	Selbsthilfegruppe Zwänge Kärnten Verein Morpheus
Niederösterreich	Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit (HSSG)
Oberösterreich	Strada OÖ EXIT-Sozial
Salzburg	Peer Center Salzburg Angst frisst Seele auf – Selbsthilfegruppe
Steiermark	Achterbahn Plattform für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung Selbsthilfegruppe für Zwangserkrankte
Tirol	Tiroler Interessenverband für psychosoziale Inklusion (TIPSI)
Vorarlberg	Verein <omnibus>
Wien	Interessenvertretung der Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten – Für psychische Gesundheit (IdEE Wien)
bundesweit	Dachverband IDEE Austria Change for the Youth

Quelle und Darstellung: GÖG

1 Selbsthilfe

Selbsthilfe ist der Versuch, ein Problem selbst zu lösen oder mit einer schwierigen Situation selbst umgehen zu lernen.

Selbsthilfegruppen sind selbstorganisierte Zusammenschlüsse von Menschen, die ein ähnliches Problem oder Anliegen haben und gemeinsam etwas dagegen bzw. dafür unternehmen möchten. Alle Teilnehmenden sind gleichberechtigt und sind Expertinnen und Experten in eigener Sache.

Von „Selbsthilfeorganisationen" spricht man, wenn diese Gruppen einen höheren Grad an organisatorischer Komplexität haben (Kofahl/Trojan 2025).

Wichtige Methoden und Ziele der Selbsthilfe sind:

- Möglichkeit eines niederschwelligen Zugangs zu Menschen mit ähnlichen Erfahrungen
- voneinander und miteinander lernen
- Erkennen eigener Bedürfnisse
- Informations- und Erfahrungsaustausch in Form von Einzel- und Gruppengesprächen
- Unterstützung bei der Krisen- und Krankheitsbewältigung
- Förderung von Empowerment und Recovery

Die Selbsthilfegruppen und -organisationen stellen durch ihre Einzelberatungs- und Gruppenangebote eine wichtige ergänzende Unterstützung für Betroffene dar, die zur Problembewältigung und Steigerung der Lebensqualität beitragen kann. Darüber hinaus werden vorhandene Lücken in der psychosozialen Versorgung (z. B. unzureichende Aufklärung und mangelndes Nahtstellenmanagement) durch den Austausch in Selbsthilfegruppen ausgeglichen.

Einige Selbsthilfegruppen und -organisationen betreiben auch Öffentlichkeitsarbeit (z. B. durch Vorträge, Informationsveranstaltungen und Medienbeiträge), vertreten die Interessen von Menschen mit psychischen Erkrankungen (z. B. durch Mitarbeit in Gremien und Projekten, siehe Kapitel 2) oder bieten gemeinsame Freizeitaktivitäten an (z. B. Kreativgruppen oder Ausflüge).

1.1 Gesetzliche Verankerung der Selbsthilfe und Ausstattung mit den nötigen finanziellen Mitteln

Selbsthilfeangebote sind in Österreich mittlerweile zu einem nicht mehr wegzudenkenden Teil der psychosozialen Versorgung herangewachsen. Ein großes Anliegen der Selbsthilfegruppen in Österreich ist daher, dass Selbsthilfe und ihre Finanzierung entsprechend gesetzlich anerkannt und verankert werden.

Das ehrenamtliche Engagement der Gruppen(beg)leiter:innen erfordert viel Enthusiasmus und Zeit, da der laufende Betrieb von Selbsthilfegruppen mit finanziellen Aufwänden für Weiterbildung, Supervision, Infomaterial, Aussendungen, Telefonkosten usw. verbunden ist. Die Organisation und den Betrieb von Selbsthilfegruppen aufrechtzuerhalten, kostet Geld, das die Betroffenen oft nicht haben.

© GÖG 2025, Zentrale Anliegen der Vernetzungsplattform

Daher ist neben der gesetzlichen Anerkennung der Selbsthilfe eine bundesweite und landesweite Basisfinanzierung für Selbsthilfegruppen und -organisationen notwendig, um diesen Zweig der Versorgung zu fördern. Neben der Bereitstellung der dafür notwendigen Räumlichkeiten (Büro, Begegnungsstätten) muss auch die Selbsthilfearbeit finanziell gefördert werden (Vernetzung, Verwaltung, Öffentlichkeitsarbeit, Honorare bzw. Aufwandsentschädigungen für Moderatorinnen und Moderatoren). Im Regierungsprogramm 2025–2029 ist eine Sicherstellung der Unabhängigkeit von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen durch einen noch zu schaffenden steuerfinanzierten Finanzierungsfonds vorgesehen (Republik Österreich 2025).

1.2 Österreichweite Ausrollung von „Selbsthilfefreundlichen Krankenhäusern"

Das Kooperationsprojekt zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern soll österreichweit ausgerollt werden. Derzeit werden in den Bundesländern Burgenland, Kärnten, Niederösterreich[1], Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Tirol Krankenhäuser als „selbsthilfefreundlich" ausgezeichnet und das Bundesland Vorarlberg ist dabei, Kooperationen aufzubauen[2, 3]. Dies trägt zur Sichtbarkeit der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen/-organisationen und Krankenhaus bei, macht Selbsthilfe für Patientinnen und Patienten im Krankenhaus präsenter und unterstützt Selbsthilfegruppen (Erwähnen von SHG in Entlassungspapieren, Zurverfügungstellen von Räumlichkeiten für SHG-Treffen im Krankenhaus, Präsentationsmöglichkeiten für SHG im Krankenhaus, z. B. durch einen Prospektständer für Infofolder).

1.3 Bewusstseinsbildung bei Gesundheitsberufen bezüglich der Vorteile und Stärken der Selbsthilfe

Es herrscht teilweise noch Unwissen oder ein falsches Bild darüber vor, was in Selbsthilfegruppen passiert.

Für eine gute Zusammenarbeit mit Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbietern ist es wichtig, Angehörige der Gesundheitsberufe über die Vorteile und Stärken der Selbsthilfe als wichtige Ergänzung zum traditionellen Versorgungsangebot zu informieren.

Bereits in der Ausbildung soll der Grundstein für das Bewusstsein dafür gelegt werden, was Selbsthilfe ist und wie sie wirken kann. Daneben sollte es in der Ausbildung eine Verpflichtung zur Teilnahme an Trialogen geben, und die Berufsgruppe der Peer-Arbeiter:innen sollte gleichwertig neben Fachlehrenden als Lehrende durch Erfahrung eingesetzt werden.

---

[1] Best Practice: In Niederösterreich sind seit dem Jahr 2014 alle Krankenhäuser selbsthilfefreundlich.

[2] https://www.nanes.at/selbsthilfefreundlichkeit-national [Zugriff am 20.03.2025]

[3] In Wien wird ebenfalls die systematische Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Krankenhaus(-mitarbeiterinnen bzw. -mitarbeitern) gefördert (www.sus-wien.at [Zugriff am 02.04.2025]); es wird jedoch etwas anders vorgegangen als in den anderen Bundesländern, u. a. gibt es keine Auszeichnung als selbsthilfefreundliches Krankenhaus.

2 Interessenvertretung

Interessenvertretung ist eine von Selbsthilfe- und Peer-Arbeit klar zu unterscheidende Tätigkeit, die einen kollektiven Austausch- und Reflexionsprozess mit anderen Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten, Systemwissen, Vernetzung und Zusammenarbeit mit Systempartnern und Erfahrung mit Gremienarbeit sowie Interesse an politischer Partizipation erfordert.

Ein gemeinsames Ziel aller Aktivitäten der Interessenvertretung ist es, die Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Zu den Interessenvertretungsaktivitäten zählen die Mitarbeit in diversen Expertengremien und Projekten (Landes- und Bundesgremien, Beiräte, Planungs- und Forschungsprojekte), die Vernetzung mit Systempartnern und die Verfassung von Stellungnahmen. Auch die Interessenvertretung innerhalb einer Organisation, z. B. in Tagesstrukturen und Wohngemeinschaften, sollte gefördert und ausgebaut werden. Nicht zuletzt spielt hier auch Öffentlichkeitsarbeit eine wichtige Rolle, um die Bevölkerung, aber auch Fachexpertinnen und Fachexperten in den diversen Expertengremien und Projekten sowie Systempartner über die Anliegen von Menschen mit psychischen Erkrankungen aufzuklären und das Stigma psychischer Erkrankung abzubauen.

2.1 Sicherung der Basis- und Regelfinanzierung von Interessenvertretungsorganisationen

Die Interessenvertretung trägt wesentlich zur Verbesserung des psychosozialen Versorgungssystems und zur Erlangung gesellschaftlicher Gleichstellung durch den Schutz der Rechte und die Förderung von Teilhabe und Partizipation gemäß UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) bei. Daher sollte sie als zentrale Leistung anerkannt werden. Während Interessenvertreter:innen anderer Systempartner Gremienarbeit zumeist während ihrer (bezahlten) Arbeitszeit leisten, sich im Rahmen von Fachgesellschaften, Tagungen und Konferenzen vernetzen und untereinander austauschen und über eine Infrastruktur innerhalb ihrer Organisationen verfügen, erfolgt die Gremienarbeit der Erfahrungsexpertinnen und -experten derzeit noch vorwiegend ehrenamtlich, mit wenig Möglichkeit für regelmäßige Vernetzung und Austausch und oftmals ohne Büroräumlichkeiten, -ausstattung und interne Serviceleistungen. Im Sinne der Chancengerechtigkeit ist es daher notwendig, diese Organisationen mit einer Basis- und Regelfinanzierung durch Bundes- und Landesmittel auszustatten, um die für die Tätigkeit als Interessenvertretung notwendigen Voraussetzungen zu schaffen und ihre Interessenvertreter:innen mit der gesetzlich vorgeschriebenen Aufwandsentschädigung für Gremienarbeit versorgen zu können.

© GÖG 2025, Zentrale Anliegen der Vernetzungsplattform

2.2 Einbindung von Erfahrungsexpertise ausbauen und als Standard etablieren

Die Einbindung von Erfahrungsexpertise in gesundheitspolitische Entscheidungen und Prozesse wird in internationalen und nationalen Strategiepapieren gefordert, da Erfahrungsexpertise die Qualität von Versorgung und Entscheidungen wesentlich verbessern kann (BMG 2013; BMG 2015; EU und WHO Europe 2008; HVB 2012; Jané-Llopis/Anderson 2005; WHO 2013b; WHO 2013a). Die Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben ist auch als Recht in der UN-BRK verankert (Artikel 29). Um in Österreich die Beteiligung von Erfahrungsexpertinnen und -experten nach internationalen Standards zu erreichen, ist eine sukzessive Ausweitung der Einbindung und Etablierung als Standard erforderlich.

Einbindung bedeutet Mitsprache, Mitbestimmung, Mitverantwortung und Mitgestaltung durch Interessenvertreter:innen auf institutioneller, gemeindenaher und sozialpolitischer Ebene. Interessenvertreter:innen sollen dabei von Beginn an in den Prozessen mitwirken. Politische Partizipation im Rahmen von Gremien soll bei allen Belangen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen, zugänglich und selbstverständlich sein („Nichts über uns ohne uns!"). Dies erfordert eine Vorbereitung mit ausreichender Information über die Ziele und Inhalte, die in den Gremien besprochen werden sollen, sowie eine angenehme Arbeitsatmosphäre und ausreichend Zeit in den Gremien[4].

Dabei ist auch darauf zu achten, dass die Einbindung mit einer angemessenen Quote im Sinne der Parität erfolgt (nicht nur eine Person je Gremium).

Gremienarbeit:

- regionale und bundesweite Beiräte
- professionelle und politische Gremien (inklusive Gesetzgebung)
- Gremien der Sozialversicherungen
- RSG (Regionale Strukturpläne Gesundheit)
- ÖSG (Österreichischer Strukturplan Gesundheit)
- Mitarbeit in Sozialpartnerschaft/Gewerkschaft

Weitere Tätigkeiten von Interessenvertretungen:

- Vernetzung mit wichtigen Systempartnern
- Medienarbeit und Bewusstseinsbildung/Anti-Stigma-Arbeit
- Vorträge bei Fachsymposien und Tagungen
- Ausbildung von Interessenvertreterinnen und -vertretern

[4] siehe dazu „Ein Einblick in die Teilhabe von Menschen mit psychosozialen Behinderungen" von IdEE Wien: https://ideewien.at/wp-content/uploads/2020/10/Einblick-in-politische-Teilhabe-von-Menschen-mit-psychosozialen-Behinderungen__IdEE-Wien.pdf [Zugriff am 01.04.2025]

2.3 Gründung landesweiter und bundesweiter Dachorganisationen

In einigen Bundesländern existieren bereits Landesorganisationen oder landesweite Dachverbände, die sich für die Interessen von Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzen, Vernetzung fördern und Anliegen bündeln. Ziel ist es, eine Vernetzung der Interessenvertretungen (sowohl unabhängiger als auch trägergebundener Gruppierungen) in allen Bundesländern zu erreichen.

Die kollektiven Interessen auf Landesebene sollen auch in die bundesweite Dachorganisation weitergetragen werden.

Mit der Gründung des bundesweiten Dachverbands IDEE Austria im Jahr 2019 haben nun auch die österreichischen Interessenvertretungsorganisationen für Menschen mit psychischen Erkrankungen die Möglichkeit, nicht nur national eine stärkere Stimme, Position und Lobby zu bekommen, sondern sich auch mit internationalen Verbänden auszutauschen, mit ihnen zusammenzuarbeiten und die Interessen auf internationaler Ebene zu vertreten.

© GÖG 2025, Zentrale Anliegen der Vernetzungsplattform

3 Peer-Arbeit

„Peer-Beratung", „Genesungsbegleitung" und „Peer-Lehre" sind Bezeichnungen für unterschiedliche Tätigkeitsfelder, die auf dem Ansatz des Peer-Involvements („Einbeziehung von Peers") beruhen. Dabei können Menschen auf Basis ihres Erfahrungshintergrunds (psychische Krisen, psychische Erkrankungen und deren erfolgreiche Bewältigung, aber auch Erfahrung mit Versorgungsangeboten) anderen in ähnlichen Situationen in einer anderen Weise als Fachpersonen helfen. Aufgrund des gemeinsamen Erfahrungshintergrunds fühlen sich Betroffene in ihrem Erleben eher verstanden, können dadurch ihre Erlebnisse weniger schambesetzt mitteilen und fühlen sich weniger allein mit den belastenden Erfahrungen. Zudem können Peer-Arbeiter:innen Recovery-orientierte Bewältigungsstrategien vermitteln, dabei unterstützen, persönliche Bewältigungsstrategien zu finden, und aufgrund ihrer eigenen Bewältigungserfahrung als positives Vorbild anderen Betroffenen Hoffnung geben.

Für die Tätigkeit als professionelle Peer-Arbeiterin bzw. professioneller Peer-Arbeiter werden eine entsprechende Erfahrungsexpertise und Qualifikation vorausgesetzt, es gibt auch spezifische Peer-Ausbildungen in Österreich (siehe Kapitel 3.3). Professionelle Peer-Arbeit kann in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen, im Rahmen von peer-geleiteten Organisationen und in allen Lebensbereichen (z. B. Arbeit, Bildung, Behörden) angeboten werden. Wenn Organisationen dazu bereit sind, ihre Betriebskultur und Organisationsstrukturen zu verändern, und Peers in unterschiedlichen Hierarchieebenen tätig werden können, trägt ihre Erfahrungsexpertise zur Organisationsentwicklung und Qualitätssicherung bei.

3.1 Definition des Berufsbilds und gesetzliche Verankerung

Peer-Arbeiter:innen stellen eine neue Berufsgruppe mit einem eigenen definierten Tätigkeitsfeld dar. Der Dachverband IDEE Austria hat im Jahr 2024 ein Berufs- und Tätigkeitsprofil für Peer-Arbeiter:innen im psychosozialen Bereich herausgegeben (Tupy et al. 2024). Dieses Dokument soll Anbieterinnen und Anbietern der psychosozialen Versorgung zur Verfügung gestellt werden, um Bewusstsein für Peer-Arbeit zu schaffen und Beschäftigung in diesem Bereich zu fördern.

Das Berufsbild der Peer-Arbeiterin bzw. des Peer-Arbeiters soll österreichweit anerkannt und gesetzlich verankert werden. Ein bundesweiter Kollektivvertrag mit adäquater Einstufung (zumindest SWÖ 6) sowie die Möglichkeit zur freiberuflichen Tätigkeit werden angestrebt.

Als mögliche nächste Schritte sind die Gründung einer Berufsgruppenvertretung für Peer-Arbeit, die die Anliegen der Berufsgruppe vorantreibt, und die Vernetzung mit Berufsgruppenverbänden aus dem psychosozialen Bereich angedacht. Der Austausch und die Zusammenarbeit mit Dienstgeber- und Dienstnehmervertretungen (z. B. Sozialwirtschaft, Gewerkschaft) wird angestrebt, um gemeinsam gute Bedingungen für Peer-Arbeit zu verhandeln und die Anerkennung des Berufs zu erwirken.

3.2 Ausbau und Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten von Peer-Arbeit

Für die Etablierung der Peer-Arbeit in Österreich müssen ausreichend Ausbildungs- und Arbeitsplätze inklusive der Möglichkeit zur selbstständigen Tätigkeit sichergestellt werden. In diesem Zusammenhang ist die Bewusstseinsbildung für Peer-Arbeit für deren Ausbau von zentraler Bedeutung.

Arbeitsfelder der Peer-Arbeit können z. B. sein:

Genesungsbegleitung und Peer-Beratung in der psychosozialen Versorgung:

- gesamter stationärer psychiatrischer Bereich
- psychiatrische Ambulanzen/Tageskliniken
- psychosoziale Dienste/Zentren
- Tageszentren
- Integrierte Versorgung
- Mobile Dienste / Home-Treatment
- Krisendienste
- Reha-Zentren
- Peer-Beratungsstellen
- (Mit-)Veranstaltung von Trialogen

Peer-Lehre:

- Peer-Ausbildungen
- Ausbildungen von Gesundheits-, Sozial- und pädagogischen Berufen
- Ausbildungen relevanter Gatekeeper:innen (Polizei, Mitarbeiter:innen des AMS u. a.)
- Aufklärung in Schulen

Öffentlichkeitsarbeit:

- Informationsveranstaltungen, z. B. in Schulen, Hochschulen, bei Polizei, Feuerwehr, Rettung, in Pfarren
- Vorträge bei Fachsymposien und Tagungen
- Medienarbeit und Anti-Stigma-Arbeit

Weitere Arbeitsbereiche von Peer-Arbeit:

- Arbeiterkammer (AK)
- Österreichischer Gewerkschaftsbund (ÖGB)
- Sozialwirtschaft Österreich (SWÖ)
- Sozialraumorientierung
- Antidiskriminierungsstellen

© GÖG 2025, Zentrale Anliegen der Vernetzungsplattform

- Anwaltschaft für Menschen mit Behinderung (AMB)
- Sozialversicherungsträger
- Arbeitsmarktservice (AMS)
- Netzwerk Berufliche Assistenz (NEBA)
- Betriebe, Betriebsräte
- selbstständige Tätigkeit
- „Persönliche Assistenz“
- Ombudsstellen

3.3 Ausbau der Ausbildungsmöglichkeiten und Finanzierung

In Österreich werden zurzeit unregelmäßig EX-IN(EXperienced-INvolvement)-Ausbildungslehrgänge zum oder zur Genesungsbegleiter:in, bisher in St. Pölten, Innsbruck und Wien, angeboten. In Graz wird an der FH Joanneum ein Lehrgang zum oder zur Akademischen Peer-Berater:in angeboten. Des Weiteren gibt es die Ausbildung zum oder zur Peer-Berater:in nach dem oberösterreichischen Sozialberufegesetz.

Um den Bedarf an Peer-Arbeiter:innen decken zu können, braucht es regelmäßig stattfindende Ausbildungen mit ausreichend vielen Ausbildungsplätzen. Um dies zu erreichen, sollen Qualitätsstandards und inhaltliche Anforderungen an das Curriculum einer Ausbildung zum oder zur Peer-Arbeiter:in erstellt werden, die von mehreren Trägern angeboten werden können, um das Ausbildungsangebot zu erhöhen. Auch braucht es Qualitätsstandards für die Ausbildung der Trainer:innen.

Die Ausbildung zum oder zur Peer-Arbeiter:in soll zudem ausreichend gefördert werden. Die ganze Bandbreite an Fördermöglichkeiten, beginnend mit Vollstipendien[5] (z. B. Kontingent für Landesförderungen) über AMS-Förderungen (2. Bildungsweg) bis zu Förderbeiträgen und Zuschüssen (z. B. WAFF), soll angeboten werden und je nach Voraussetzungen und individueller Situation in Anspruch genommen werden können. Es sollte gesichert sein, dass niemand aufgrund finanzieller Hürden von der Teilnahme ausgeschlossen ist, unabhängig davon, ob jemand als arbeitsfähig oder nicht arbeitsfähig eingestuft ist.

[5] Deckung der Studiengebühren und Lebenshaltungskosten

4 Psychosoziale Versorgung

Im Folgenden werden in einem ersten Teil die handlungsleitenden Konzepte und Prinzipien beschrieben (siehe Kapitel 4.1). In einem zweiten Teil (siehe Kapitel 4.2) wird auf konkrete Angebote eingegangen, die aus Sicht der Mitglieder der Vernetzungsplattform in Angriff genommen werden sollen, um die psychosoziale Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Österreich zu verbessern. Das Versorgungssystem richtet sich zwar an Menschen mit psychischen Erkrankungen, doch ihre Sicht auf die Angebote und ihre Bedürfnisse werden bei der Weiterentwicklung bestehender Angebote und bei der Konzipierung neuer Angebote nicht ausreichend berücksichtigt und umgesetzt.

4.1 Handlungsleitende Konzepte und Prinzipien der Versorgung

In den vergangenen Jahrhunderten haben die psychiatrische und die psychosoziale Behandlung einen immensen Wandel in Hinblick auf die ihnen zugrunde liegenden Konzepte erlebt. Aktuell befinden wir uns in einer wichtigen Umbruchphase, in der aus Sicht der Erfahrungsexpertinnen und -experten folgende handlungsleitende Konzepte und Prinzipien in der gesamten psychosozialen und psychiatrischen Versorgung dringend umgesetzt werden müssen: Oberste Maxime in der Praxis der bundesweiten psychosozialen Versorgung sollte eine zeitnahe, stets menschenwürdige Kommunikation, gepaart mit raschen und bedürfnisfokussierten Therapieangeboten sein. Beziehungen, bei denen Patientinnen und Patienten und professionell Tätige sich gleichwertig begegnen, sollten sich wie ein roter Faden durch die gesamten psychosozialen Hilfsangebote ziehen. Das Angebot an regelmäßigen, zeitnahen ärztlichen sowie psychotherapeutischen Gesprächen auf Kassenbasis ist im extramuralen Bereich als Standardversorgung ebenso erforderlich wie ein erweiterter Personalschlüssel und strukturelle Veränderungen im stationären Bereich. Grundsätzlich gilt, dass qualitative und zeitlich ausreichende Hilfsangebote nicht nur präventiv Krisen verhindern können, sondern auch im Fachjargon sogenannten „Drehtürpatientinnen und Drehtürpatienten" vorbeugen. Um die Qualität der Angebote und damit auch die Adhärenz zu verbessern, soll eine breite Aufklärung über die Therapieangebote mit gemeinsam erarbeitetem Therapieansatz im Vordergrund stehen. Profunde Aufklärung über mögliche Folgen einer Langzeitmedikation sowie eine verstärkte engmaschige Betreuung beim Ausschleichen der Medikation sind unverzichtbare Voraussetzungen für eine gemeinsame Entscheidungsfindung, die auf Freiwilligkeit beruht. Zwangsmaßnahmen sind laut UN-BRK (siehe Kapitel 4.1.1) nicht zulässig und baldigst durch alternative Angebote zu ersetzen (siehe Kapitel 4.1.3). Darüber hinaus gilt es, das Recovery-Prinzip (siehe Kapitel 4.1.2) ebenso wie die Einflechtung der Peer-Arbeiter:innen im psychosozialen Hilfsangebot flächendeckend voranzutreiben (siehe Kapitel 4.1.4), um das bestehende System auf den erforderlichen Standard zu heben. Trialogische Krisengespräche, die auf der Technik des „Offenen Dialogs" basieren (siehe Kapitel 4.1.8), würden gemeinschaftlich getragene Veränderung fördern, wo sie vonnöten ist.

4.1.1 Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention in der Gesundheits- und Sozialplanung

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) verpflichtet die Vertragsstaaten – so auch Österreich –, die Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen[6] zu schützen und zu gewährleisten (UN-BRK 2008). Eine moderne Sozial- und Gesundheitspolitik muss daher auf dem menschenrechtlichen Modell von Behinderung aufbauend neu gedacht und konzipiert werden. Auf gesellschaftlicher Ebene bedeutet das, die vorhandenen Barrieren in allen Lebensbereichen zu identifizieren und zu beseitigen. Im Kontext der psychosozialen Versorgung bedeutet dies insbesondere einen Paradigmenwechsel weg von einer primär medizinischen Symptombehandlung hin zu menschenrechtsbasierten, personenzentrierten, ganzheitlichen und Recovery-orientierten Praktiken, die die Menschen im gesamten Lebenskontext betrachten, ihren Willen und ihre Präferenzen bei der Behandlung respektieren, Alternativen zu Zwang anwenden und das Recht der Menschen auf Teilhabe und Inklusion in die Gemeinschaft aktiv fördern (WHO 2021).

Ein wichtiger Grundsatz ist **die gleiche Anerkennung vor dem Recht** (Art. 12 UN-BRK). Die Anerkennung der Rechts- und Handlungsfähigkeit in allen Lebensbereichen ist grundlegend für ein selbstbestimmtes Leben und zentral für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden. Dennoch wird ausgerechnet Menschen mit psychischen Erkrankungen auf Basis falscher Zuschreibungen (insbesondere bei bestimmten Diagnosen) oft die Rechts- und Handlungsfähigkeit abgesprochen, und es werden Entscheidungen stellvertretend durch andere oder gegen ihren ausdrücklichen Willen getroffen. Die UN-BRK sieht vor, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen, Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen. In der psychosozialen Versorgung betrifft die gleiche Anerkennung vor dem Recht insbesondere die Betreuungs-, Behandlungs- und Therapieentscheidungen, die eine vollständige Aufklärung voraussetzen, welche in der Praxis jedoch unzureichend gelebt wird und eine entsprechende Gesprächskultur („Shared Decision-Making") sowie letztendlich auch Haltung vonseiten der professionellen Helfer:innen voraussetzt. In Akutsituationen können z. B. das Hinzuziehen von Vertrauenspersonen sowie der standardmäßige Einsatz von Behandlungsvereinbarungen als Unterstützung herangezogen werden (siehe Kapitel 4.1.7).

Ernst gemeinte Partizipation ist das Herzstück sozialen Wandels und meint die partnerschaftliche Beteiligung in Entscheidungsprozessen sowohl auf persönlicher als auch auf gesellschaftlicher Ebene. Die UN-BRK fordert die aktive Einbindung von Personen mit gelebter Erfahrung und deren Organisationen in Entscheidungsprozesse über politische Konzepte und Programme – insbesondere über solche, die sie unmittelbar betreffen (UN-BRK 2008, Präambel). Für den Bereich der psychosozialen Versorgung bedeutet das eine Anerkennung der zentralen Rolle von Erfahrungsexpertise und Einbindung von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung auf allen Ebenen der Versorgung – von der Konzipierung, Entwicklung und Verbesserung oder Transformation von Versorgungsangeboten bis hin zur Etablierung der Peer-Arbeit als integrativen Teil aller Versorgungsangebote (siehe Kapitel 4.1.4).

Ein wichtiger Eckpfeiler in der psychosozialen Versorgung ist auch die **Förderung der Teilhabe und Inklusion in die Gemeinschaft**. Die Unterbringungen in Krankenhäusern und Betreuungs-

[6] „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, psychische, intellektuelle oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen und wirksamen Teilhabe, gleichberechtigt mit anderen, an der Gesellschaft hindern können."

einrichtungen führen zur sozialen Exklusion und Marginalisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dabei stellt gerade auch die Teilhabe am sozialen Leben in der Gemeinschaft eine wichtige Ressource für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen dar. Es braucht ausdifferenzierte Angebote, um unerwünschte Klinikaufenthalte und Zwangsunterbringungen sowie die Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Großeinrichtungen wie Pflegeheimen zu verhindern. Immer noch werden Menschen mit einer psychischen Erkrankung, ungeachtet ihres Alters, in Pflegeeinrichtungen wie Pflegeheimen und Pflegewohngemeinschaften nicht aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, sondern wegen ihrer psychiatrischen Diagnose und des Mangels an entsprechenden Wohnangeboten untergebracht. Dies betrifft sowohl Pflegeheime der Länder als auch private Pflegeeinrichtungen. Die derzeitige Lage widerspricht den Grundsätzen der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention empfiehlt in seinen abschließenden Bemerkungen zur Staatenprüfung Österreichs im Jahr 2023, eine umfassende nationale Deinstitutionalisierungsstrategie, d. h. eine Strategie zum Abbau institutionalisierter Wohn- und Unterstützungsformen, festzulegen. Darüber hinaus seien bundesweite Rechtsgrundlagen für die Bereitstellung angemessener Wohnungen und Unterstützungsleistungen für ein selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Behinderungen in der Gemeinschaft zu schaffen (siehe Kapitel 4.2.9).

Alle bestehenden und zukünftigen Angebote sollen in Bezug auf die Menschenrechte und (im Speziellen nach Artikel 9 der UNBRK) für alle Menschen zugänglich und barrierefrei sein.

4.1.2 Implementierung der Recovery-orientierten Praxis in der psychosozialen Versorgung

Der Recovery-Ansatz besagt, dass dem Menschen, der in die Psychiatrie kommt, mit einigen wesentlichen Grundhaltungen begegnet werden soll:

Ressourcenorientierung statt Defizitorientierung: Die erste Bedingung ist, dass Menschen durch Diagnostizieren bei der Behandlung nicht auf ihre Krankheit reduziert werden. Menschen, die psychisch erkranken, sollten stets ganzheitlich und mit ihrem sozialen Umfeld wahrgenommen und unterstützt werden. Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten nicht als „austherapiert" betrachtet und als unheilbar krank abgestempelt werden, der Fokus sollte auf ihren Ressourcen liegen – mit dem Ziel, ihre Selbstbestimmung und persönliche Entwicklung zu unterstützen. Das Erstellen von Diagnosen sollte stets vorsichtig und vorläufig erfolgen – ganz besonders dann, wenn jemand das erste Mal mit psychiatrischer Versorgung in Berührung kommt. Dabei sollte die gesamte Situation der Patientin bzw. des Patienten berücksichtigt werden. Immer wieder sollte gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten überprüft werden, ob es zu Veränderungen gekommen ist. Gestellte Diagnosen sollten nicht endgültig sein und auch wieder aus den Krankenakten entfernt werden können, wenn diese zum aktuellen Befinden der Patientin bzw. des Patienten nicht mehr passen. Egal, welche Diagnose vorläufig gestellt wird: Die Patientin bzw. der Patient sollte ermutigt werden, einen für sich passenden Umgang mit ihren bzw. seinen Herausforderungen zu finden.

Empowerment: Ein weiteres Prinzip, nach dem Menschen begleitet werden sollen, ist, dass man sie selbst bestimmen lässt, wie sie ihren Alltag und ihr Leben gestalten. Es soll gesehen werden, dass Menschen auch einmal ein Risiko eingehen können, wenn sie eine psychische Krise hatten. Früher hat man Menschen oft überbehütet und aus Sorge, sie könnten aus Überforderung wieder in eine Krise geraten, versucht, ihren Willen zu unterbinden. Es geht aber darum, dass man

die autonome Entscheidung eines Menschen respektiert und zulässt. Wichtig ist auch die Förderung des politischen Engagements von Menschen, die psychische Krisen hatten, damit sie ihren Platz in der Gesellschaft wiederfinden.

Sinnfindung: Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen darin bestärkt werden, einen individuellen Lebenssinn zu entwickeln und zu verfolgen. Psychische Erkrankungen können zu tiefgreifenden Einschnitten im Leben führen – nicht selten gehen dabei die persönliche Lebensaufgabe und das Erleben von Sinn verloren. In krisenhaften Zeiten werden Betroffenen z. B. Kinder bzw. das Sorgerecht entzogen, Beziehungen oder Familien gehen in die Brüche oder Arbeitsstellen werden verloren. Indem Betroffene nach einer Krise eine neue Lebensaufgabe finden und ihren Weg bewusst gestalten, kann eine Neubewertung früherer, möglicherweise krank machender Erfahrungen erfolgen – mit der Chance, diese zu integrieren oder hinter sich zu lassen.

Positive Identität: Einige von einer Erkrankung betroffene Personen definieren sich stark über ihre Diagnose, erleben stigmatisierende Zuschreibungen durch ihr Umfeld oder internalisieren diese in Form einer Selbststigmatisierung. Dies soll durch den Recovery-Ansatz verändert werden, denn die Erkrankung kann auch als Chance gesehen werden. Der Mensch soll sowohl mit seinen Nöten und Ängsten als auch mit seinen Bedürfnissen und Wünschen verstanden werden. Der Recovery-Ansatz unterstützt Menschen dabei, sich selbst mit allen Facetten anzunehmen.

Inklusion und soziale Beziehungen: Das Vorhandensein tragfähiger Beziehungen ist wichtig für die psychische Gesundheit und die Inklusion in der Gemeinschaft. Dies kann etwa durch die Entwicklung neuer Beziehungen, die Verbindung mit Familie und Freundinnen und Freunden oder den Anschluss an Peer-Selbsthilfegruppen oder andere Gruppen in der Gemeinschaft gefördert werden.

Hoffnung und Optimismus: Schließlich soll noch ein wesentlicher Faktor in der Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht vergessen werden: Die Vermittlung von Hoffnung ist eine Grundbedingung für Gesundung. Ziel ist es, ein sinnerfülltes, selbstbestimmtes Leben im Rahmen der individuellen Möglichkeiten zu erreichen.

Während einige in der psychosozialen Versorgung Tätige in Österreich bereits nach dem Recovery-Prinzip arbeiten, steht aber vielerorts noch die Defizitorientierung vor allem durch die Fokussierung auf Diagnosen im Rahmen der angewandten traditionellen Versorgungskonzepte im Vordergrund. Dies hat zur Folge, dass insbesondere „schwierige" Klientinnen und Klienten in ihren Bedürfnissen, Wünschen und Grenzen zu wenig gesehen, respektiert und gefördert werden.

Arbeit nach dem Recovery-Prinzip wird oft leider nur als inhaltsloses Aushängeschild herangezogen. Es soll daher nicht nur in die Leitlinien der Einrichtungen aufgenommen, sondern auch verpflichtend als Handlungsmaxime in der Versorgung umgesetzt werden, und dafür nötige strukturelle Veränderungen sollen vorgenommen werden.

4.1.3 Reduktion und sukzessive Abschaffung von Zwang in der Psychiatrie

Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie sind Maßnahmen, die gegen den Willen der Patientinnen und Patienten vorgenommen werden. Dazu zählen unfreiwillige Unterbringungen, weitergehende Beschränkungen und Behandlungen in psychiatrischen Abteilungen. Voraussetzungen,

Abläufe, rechtliche Vertretung sowie die gerichtliche Kontrolle dieser Maßnahmen sind im seit 1991 geltenden Unterbringungsgesetz (UbG 1990) geregelt. Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen nach UbG sowie die Anwendung von subtileren Formen von Zwang (z. B. überreden, drohen), um Menschen dazu zu bringen, etwas gegen ihren Willen zu tun, verstoßen gegen eine Reihe von Rechten nach der UN-BRK[7] und werden häufig als demütigend, verletzend bis hin zu (re-)traumatisierend erlebt, was sich sowohl negativ auf den Krankheitsverlauf als auch auf das Vertrauen in das Hilfssystem (und dessen weitere Inanspruchnahme) auswirken kann. Dass es einen dringenden Handlungsbedarf gibt, darüber sind sich sowohl Vertreter:innen des Menschenrechtsansatzes, die eine sofortige Abschaffung von Zwang in psychiatrischen Einrichtungen fordern (z. B. diverse UN-Gremien vor dem Hintergrund der UN-BRK), als auch des Fürsorgeansatzes, bei dem in Ausnahmefällen eine Einschränkung der persönlichen Freiheit zur Wahrung der persönlichen oder auch der gesellschaftlichen Sicherheit legitimiert wird, einig. Psychiatriegesellschaften verfolgen den Ansatz, Zwangsmaßnahmen möglichst zu vermeiden und stattdessen alternative Wege zu finden und diese auszubauen (DGPPN 2018b; Herrman et al. 2022; SOPSY o. D.).

Österreich fällt im internationalen Vergleich durch sehr hohe Unterbringungsraten auf. Andere Länder wie Italien verzeichnen wesentlich niedrigere Raten (Sheridan Rains et al. 2019). In Deutschland gibt es erfolgreiche regionale Bestrebungen zur Etablierung einer Psychiatrie ohne Zwang (Zinkler/Waibel 2019; Zinkler 2023).

Durch die UbG-Novelle 2022 wurden zwar einige formale Verbesserungen in den Abläufen eingeführt (z. B. die Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen, die Einführung von Behandlungsplänen und das Hinzuziehen einer Vertrauensperson), die gesetzliche Regelung von Zwangsmaßnahmen bildet aber nur einen kontrollierenden Rechtsrahmen, der nur bedingt Einfluss auf die gelebte Praxis hat. Die stärkste Stimme aller im Prozess involvierten Personen gehört nach wie vor den (fachkundigen) behandelnden Ärztinnen und Ärzten, wodurch das Machtverhältnis trotz Rechtsbeistand und gerichtlicher Kontrolle weitgehend erhalten bleibt und bei ggf. vorhandener Schieflage mit Rechtsmitteln nicht weiter angefochten werden kann. Daher ist in erster Linie die Haltung der Behandler:innen ausschlaggebend: Nur unter einer würdevollen Behandlung und durch Schaffung menschenrechtskonformer Bedingungen können Eskalationen verhindert werden. Um eine entsprechende Haltung bei Behandlerinnen und Behandlern sicherzustellen, müssen sowohl die Arbeitsbedingungen als auch die Qualifikationen der Behandler:innen verbessert und eine menschenrechtsorientierte Ausrichtung und Praxis in den Einrichtungen etabliert werden (siehe auch Kapitel 4.2.15).

Um Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung zu vermeiden, benötigt es eine österreichische Gesamtstrategie der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung mit Prävention von Eskalationen akuter Krisen durch die Verbesserung und den Ausbau der ambulanten Versorgungsangebote (siehe Kapitel 4.2), die Schaffung und den Ausbau von Versorgungsalternativen (siehe z. B. Kapitel 4.1.8 und 4.2.16) und letztendlich auch die Förderung der gesellschaftlichen Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Entwicklung einer Umsetzungsstrategie zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen wurde als Startermaßnahme im Rahmen

[7] Die Anwendung von Zwang verstößt nach der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gegen die Persönlichkeitsrechte, insbesondere gegen die Rechte nach Artikel 12 (Gleiche Anerkennung vor dem Recht), Artikel 14 (Freiheit und Sicherheit der Person), Artikel 15 (Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe), Artikel 16 (Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch) und Artikel 17 (Schutz der Unversehrtheit der Person).

der Empfehlungen der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung ausgewählt (Puhm et al. 2025)[8]. Das verfolgte Endziel einer solchen Strategie muss eine auf Freiwilligkeit und Selbstbestimmtheit basierende psychiatrische und psychosoziale Versorgung ohne Anwendung von Zwang sein. Entsprechende Forschungsschwerpunkte sollen für die (Weiter-)Entwicklung und den Ausbau zwangsfreier Alternativen gesetzt werden, damit auch alle Personengruppen ohne Anwendung von Zwang versorgt werden können.

4.1.4 Implementierung der Peer-Arbeit in die Angebotsstrukturen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung

Die Implementierung von Peer-Arbeit (siehe Kapitel 3) wird als Grundlage einer menschenrechtsbasierten, Recovery-orientierten, partizipativen sowie nutzerorientierten und damit auch nachhaltigen Gestaltung der psychosozialen Versorgungslandschaft erachtet (WHO 2021). Neben den Gesundheitszielen Österreich (insb. Gesundheitsziel 9) stellt die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK 2008) eine weitere wichtige Grundlage zur Implementierung von Peer-Arbeit in Österreich dar. Der zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2022 entwickelte Nationale Aktionsplan Behinderung 2022–2030 nennt als dezidiertes Ziel der Bundesregierung und der Länder den Ausbau vorhandener Peer-Angebote sowie die Schaffung zusätzlicher Peer-Beratungsstellen, welche durch öffentliche Mittel finanziell abgesichert werden sollen (BMSGPK 2022b). Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2023 (ÖSG 2023) findet sich im Aufgabenprofil der ambulanten Fachversorgung für den Bereich Psychiatrie die Anforderung der Zusammenarbeit mit Erfahrungsexpertinnen und -experten (Peers) und der Selbsthilfe (BMSGPK 2024). Peer-Arbeit soll weiter ausgebaut und in allen psychiatrischen und psychosozialen Angeboten implementiert werden.

Mit Stand September 2023 waren in sieben Bundesländern insgesamt 80 bis 90 Peer-Arbeiter:innen in der psychosozialen Versorgung tätig. Die Anstellungen sind überwiegend Teilzeitstellen, die Stellen für Peer-Arbeit finden sich zumeist im ambulanten Bereich, z. B. im Rahmen psychosozialer Dienste und Einrichtungen, in sozialpsychiatrischen Ambulatorien als Teil des multiprofessionellen Teams oder auch in Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden (z. B. Achterbahn oder Beratungsstelle omnibus). In den Bundesländern Niederösterreich, Tirol, Salzburg und Wien arbeiten Peer-Arbeiter:innen vereinzelt auch im stationären Bereich (inklusive des tagesklinischen Bereichs). In Vorarlberg und der Steiermark wurden Konzepte zur Implementierung von Peer-Arbeit in den psychosozialen Einrichtungen entwickelt (Landespsychiatriebeirat 2022; Steiermärkischer Monitoringaussschuss 2022). Das Vorarlberger Konzept „Peer Support in sozialpsychiatrischen Angeboten Vorarlbergs" sieht als Einsatzbereich sowohl den ambulanten als auch den stationären Sektor (LKH Rankweil) vor (Kern/Nowotny 2024).

Um die regelhafte Implementierung der Peer-Arbeit in allen psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangeboten voranzutreiben, sollen Peer-Arbeiter:innen als eigene Berufsgruppe anerkannt werden. Dies umfasst neben dem bereits vorliegenden Berufs- und Tätigkeitsprofil (Tupy et al. 2024) auch bundesweit gültige Ausbildungsstandards und darauf basierend die gesetzliche

[8] Es gibt auch andere Initiativen, die sich für eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen in Österreich einsetzen, z. B. den Verein „Transparente Psychiatrie" (https://www.transparente-psychiatrie.at/) oder den Österreichischen Beitrag im Rahmen des europaweiten Projekts FOSTREN: „Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services" (https://www.fostren.eu/) [Zugriff am 07.04.2025].

Verankerung von Peer-Arbeit in den Gesundheits- oder Sozialberufen. Letzteres ist in Oberösterreich bereits umgesetzt. Zudem braucht es bundesweit einheitliche Rahmenbedingungen bezüglich arbeits- und berufsrechtlicher Fragestellungen sowie der Anstellung und Finanzierung von Peer-Arbeiterinnen und Peer-Arbeitern in ambulanten und stationären psychosozialen bzw. psychiatrischen Einrichtungen. Nicht zuletzt müssen die Organisationen für die Aufnahme einer neuen Berufsgruppe gut vorbereitet werden (Kern/Nowotny 2024).

4.1.5 Ausbau der partizipativen Forschung und Förderung der akademischen Peer-Forschung

Auch im Forschungsbetrieb wird die Bedeutung von Erfahrungsexpertise für den wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt zunehmend (an)erkannt. Dabei wird Expertise aus gelebter Erfahrung durch Peer-Forscher:innen in die Erforschung psychischer Erkrankungen, deren Behandlungs- und Recovery-Strategien sowie in die Erforschung von sozialen Benachteiligungen und Inklusionsstrategien eingebracht, um die Qualität und Relevanz der Forschungsarbeiten zu verbessern.

Expertinnen und Experten mit gelebter Erfahrung können über Methoden der partizipativen Forschung als Co-Forscher:innen in den Forschungsprozess eingebunden werden. Darüber hinaus sind akademische Forscher:innen mit gelebter Erfahrung in Disziplinen wie Disability Studies und Mad Studies aktiv oder haben eigene Forschergruppen mit Mitgliedern mit gelebter Erfahrung hervorgebracht[9]. Diese Disziplinen und Forschergruppen entwickeln alternative Theorien, Konzepte und Diskurse zur biomedizinischen Psychiatrie, beforschen die aus Sicht der benachteiligten Gruppen relevanten Themen und zeigen auch die Benachteiligung innerhalb der akademischen Wissensproduktion auf (Nowotny et al. 2025).

Erste Ansätze zur Förderung der partizipativen Forschungspraxis bei Gesundheitsthemen in Österreich zeigen sich durch gezielte Fördercalls und Schwerpunkte[10] sowie Projekte[11]. Die Disability Studies existieren durch die Arbeit einzelner Forscher:innen an verschiedenen österreichischen Universitäten. Seit 2007 verbindet das Netzwerk „Disability Studies Austria" Wissenschaftler:innen mit Aktivistinnen und Aktivisten[12]. Es gibt aktuell den Universitätslehrstuhl für Disability Studies am Institut für Erziehungswissenschaften, Disability Studies und inklusive Pädagogik der Universität Innsbruck, einen Studiengang Disability & Diversity Studies an der Fachhochschule Kärnten, aber bislang keinen mit dem Schwerpunkt User Research oder Mad Studies (Puhm et al. 2023).

Die Ergänzung von Fachwissen durch Erfahrungswissen soll durch den Ausbau der partizipativen Forschungspraxis als fixer Bestandteil in der Wissensproduktion Eingang finden. Wie auch andere Berufsgruppen, die im Rahmen ihrer Institution an den Forschungs- und/oder Lehrbetrieb ange-

---

[9] siehe z. B. Good-Practice-Beispiele aus dem europäischen Raum: SURE (Service User Research Enterprise) des King's College London (https://www.kcl.ac.uk/research/sure [Zugriff am 06.01.2025]), AG Partizipative und Kollaborative Forschung an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/forschung/ab-partizipation.html [Zugriff am 06.01.2025])

[10] siehe z. B. Open Innovation in Science Center der Ludwig Boltzmann Gesellschaft (https://ois.lbg.ac.at/ [Zugriff am 21.08.2025])

[11] siehe z. B. das Projekt CoMitMenT (https://ois.lbg.ac.at/projekte/comitment/#:~:text=Durch%20den%20in%20CoMitMenT%20verfolgten,f%C3%BCr%20sie%20relevanten%20Intervention%20einzubringen [Zugriff am 06.01.2025]) und das Projekt VOICE (https://ois.lbg.ac.at/projekte/voice/ [Zugriff am 06.01.2025])

[12] DISTA – Disability Studies Austria / Forschung zu Behinderung, Österreich (https://dista.uniability.org [Zugriff am 06.01.2025])

schlossen sind, sollen auch Peer-Arbeiter:innen die Tätigkeitsfelder Forschung und Lehre im Rahmen ihrer Anstellungen ausüben können. Zudem sollen im Sinne der Inklusion nach der UN-BRK Programme zur Besetzung akademischer Stellen mit Menschen mit psychischen Erkrankungen gezielt gefördert werden.

4.1.6 Etablierung des trialogischen Ansatzes in der psychosozialen Versorgung

Der trialogische Ansatz steht für den konstruktiven Austausch und die gleichberechtigte Zusammenarbeit der drei wichtigsten Personengruppen mit ihren unterschiedlichen Erfahrungen und Sichtweisen auf psychische Erkrankungen und die psychiatrische und psychosoziale Versorgung: 1. Menschen mit gelebter Erfahrung einer psychischen Erkrankung, 2. Angehörige und Freundinnen und Freunde sowie 3. im Bereich der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung tätige professionelle Berufsgruppen. Er beruht auf den Prinzipien des Trialogs, eines kollektiven Dialogs. Durch das bessere gegenseitige Verstehen können u. a. neue Erkenntnisse und Lösungswege auch für eine Verbesserung der Versorgung gefunden und Recovery von Menschen mit psychischen Erkrankungen ermöglicht werden.

Der Trialog entstand im Jahr 1989 auf Anregung von Dorothea Buck im Rahmen der „Psychose-Seminare" in Hamburg. Das Konzept des Trialogs wurde 1994 beim Weltpsychiatriekongress in Hamburg vorgestellt und nach diesem Vorbild erstmals auch in Wien ins Leben gerufen. Seitdem haben sich in Österreich regelmäßige Trialog-Treffen in fast allen Bundesländern etabliert. Die Treffen finden außerhalb des Betreuungssettings auf neutralem Boden statt. Dadurch können die drei Personengruppen, losgelöst von situativen Rollenerwartungen, in ihrer spezifischen Expertise und mit ihrem jeweiligen Erfahrungshintergrund gleichberechtigt miteinander kommunizieren. Durch den offenen Austausch der unterschiedlichen Perspektiven können die eigenen Vorurteile sowie Diskrepanzen zwischen den jeweiligen Standpunkten gemeinsam reflektiert werden, um eine gemeinsame Sprache und ein gemeinsames Verständnis füreinander und für die diskutierten Themen zu schaffen. Ein gelingender Trialog fördert Empowerment bei den Trialog-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern aller drei Personengruppen (z. B. Amering et al. 2012).

Das durch die trialogische Zusammenarbeit entstandene Wissen soll auch in die Weiterentwicklung von Theorie und Praxis der Psychiatrie und der psychosozialen Versorgung einfließen. In den S3-Leitlinien[13] wird die trialogische Zusammenarbeit im Rahmen der Informationsvermittlung, aber auch für die Beziehungsgestaltung im gesamten Hilfssystem als besonders wichtig erachtet. „Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation aller Beteiligten, auf deren Basis gemeinsame Interessen und Behandlungsziele verfolgt werden können. Ergebnisse der trialogischen Zusammenarbeit beschränken sich nicht nur auf die individuelle Therapiebeziehung, sondern haben Auswirkungen auf die angemessene Darstellung der Interessen der Patienten und Angehörigen in der Öffentlichkeit und Politik, auf die Qualitätsförderung und auf die Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen." (DGPPN 2018b, S. 41).

[13] S3-Leitlinien sind medizinische Leitlinien, die Empfehlungen auf der Basis von Evidenz und eines strukturierten Konsenses für Ärztinnen und Ärzte sowie andere für die Betreuung und Behandlung relevante Berufsgruppen beinhalten. Aktuelle Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) finden sich hier: https://register.awmf.org/de/leitlinien/aktuelle-leitlinien/fachgesellschaft/038 [Zugriff am 27.02.2025].

Der trialogische Ansatz hat sich (über die Trialog-Treffen hinaus) in Österreich bisher nur vereinzelt etabliert. Zu nennen sind vor allem die österreichweiten trialogischen Polizeischulungen, die vom Angehörigenverein „Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter" (HPE) organisiert werden. Trialoge sollen in Österreich weiter ausgebaut und flächendeckend angeboten werden. Zudem soll der trialogische Ansatz in allen Bereichen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung eingeführt und zu einem Standard in der Versorgungspraxis, Versorgungsplanung und Qualitätssicherung sowie in Lehre, Fortbildung, Forschung und in der Öffentlichkeits- und Anti-Stigma-Arbeit erhoben werden. Die Erweiterung des trialogischen Ansatzes auf andere Personengruppen (z. B. politische Entscheidungsträger:innen, Medienverantwortliche etc.) und auf alle für Menschen mit psychischen Erkrankungen relevanten Belange im Sinne der Inklusionsbemühungen nach der UN-BRK soll konsequent weitergedacht und weitergeführt werden.

4.1.7 Einsatz von Behandlungsvereinbarungen in der psychosozialen Versorgung

Die Behandlungsvereinbarung ist eine schriftliche Vereinbarung und eine Grundlage, auf der eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patientinnen, Patienten und Behandlungsteam aufgebaut werden kann. In der Behandlungsvereinbarung werden die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten festgehalten. So können zum Beispiel alle eingenommenen Medikamente sowie als hilfreich und nicht hilfreich erlebte Psychopharmaka aufgelistet werden, um unter Umständen schädliche Wechselwirkungen zu verhindern und keine Medikamente zu bekommen, die erfahrungsgemäß schlecht oder gar nicht vertragen werden. Je nach Bedarf kann die Behandlungsvereinbarung auch Angaben über psychotherapeutische Behandlungen, Medikationen für somatische Erkrankungen, Unverträglichkeiten, die soziale Situation, Versorgungsverpflichtungen für Kinder, Haustiere usw. enthalten.

Die Behandlungsvereinbarung ist notwendig, um Zwangsbehandlungen während einer Unterbringung zu vermeiden und die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Behandlung in der Psychiatrie zu berücksichtigen. Dies gestaltet sich jedoch schwierig, wenn das psychiatrische Personal die Kompetenzen und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit ihrer Erkrankung und nach einer Krise nicht ausreichend schätzt und dadurch das Machtgefälle zwischen sich und den Patientinnen und Patienten verstärkt. Das Abschließen von Behandlungsvereinbarungen wird vom psychiatrischen Personal oft als Mehrarbeit angesehen, für die es keine Ressourcen gebe. Der Hauptgrund, warum sich diese Praxis noch nicht durchgesetzt hat, liegt allerdings darin, dass der Mehrwert einer Behandlungsvereinbarung den Behandlerinnen und Behandlern noch nicht ausreichend bewusst ist. Die Behandlungsvereinbarung könnte auch als Verschriftlichung einer informierten Einwilligung nach der UN-BRK verstanden werden[14].

Es bedarf daher eines Paradigmenwechsels dahin gehend, dass das psychiatrische Personal Patientinnen und Patienten dazu ermutigt und ihnen zutraut, die eigenen Krankheits- und Krisenerfahrungen zu reflektieren und zu nutzen. Es ist notwendig, dass das psychiatrische Personal das mit den Patientinnen und Patienten gemeinsame und gleichberechtigte Erarbeiten einer Behandlungsvereinbarung und den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen als Ressource für eine

[14] siehe UN-BRK Art. 25, Absatz 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 Erfordernisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;"

adäquate Behandlung erkennt. Die Behandlungsvereinbarung sollte den Patientinnen und Patienten Sicherheit geben, entsprechend ihrer sozialen und medizinischen Situation wahrgenommen und behandelt zu werden. Das psychiatrische Personal sollte darin geschult werden, die Eskalation von Behandlungssituationen zu erkennen und darauf einzugehen, statt Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen und Sedierungen durchzuführen (z. B. Safewards[15], ProDeMa[16]) (siehe auch Kapitel 4.1.3).

Bislang werden Behandlungsvereinbarungen zwischen psychiatrischen Krankenhäusern und Patientinnen bzw. Patienten in Österreich nur sehr selten abgeschlossen (Hammerschick et al. 2019). Im Rahmen der UbG-Novelle 2022 wurde die Behandlungsvereinbarung (leider nur) unter dem unverbindlicheren Begriff „Behandlungsplan" aufgenommen[17]. Statt diese nur auf Verlangen der Patientin bzw. des Patienten festzulegen, sollten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Patientinnen und Patienten gemäß S3-Leitlinie (DGPPN 2018a) aktiv auf die Möglichkeit einer Behandlungsvereinbarung hinweisen und auf Wunsch mit den Patientinnen und Patienten eine solche abschließen. Die Patientinnen und Patienten sollen für die Erstellung Vertrauenspersonen hinzuziehen können. Um die Praxis in den österreichischen Klinikalltag zu integrieren, werden noch eine umfassende Sensibilisierung aller Beteiligten für die Möglichkeit und die Vorteile von Behandlungsvereinbarungen sowie die Bereitstellung von Informationen und Vorlagen, wie dies bereits in anderen deutschsprachigen Ländern der Fall ist[18], benötigt.

4.1.8 Integration des Open Dialogue in die psychosoziale Versorgung

Die bundesweite sozialpsychiatrische Versorgung ist auf das Individuum fokussiert, und oft stehen Symptome und Diagnosen im Mittelpunkt, statt in sozialen Netzwerken zu denken. Aufgrund gesellschaftlicher Stigmatisierung nehmen Betroffene und deren Umfeld, gerade in der ersten Krise, oft sehr spät Hilfsangebote in Anspruch und werden dann vielfach mit unverhältnismäßig langen und teilweise menschenunwürdigen Wartezeiten der Regelversorgung konfrontiert. Des Weiteren sind verspätet eingeleitete Therapiemaßnahmen, welche eine vorangegangene Diagnostizierung voraussetzen, wiederum und nicht zuletzt der Grund für stationäre Aufenthalte. Gerade in seelischen Krisensituationen ist das Hilfsangebot keineswegs mit jenem für körperliche Akutzustände vergleichbar.

Dass dies nicht so sein müsste, sieht man an der sozialpsychiatrischen Akutversorgung in Westlappland, welche seit den 1990er-Jahren konsequent nach dem Konzept des Open Dialogue („Offener Dialog") arbeitet. Menschen in seelischen Notsituationen können spätestens nach 24 Stunden ab Kontaktaufnahme ein Krisengespräch wahrnehmen, welches meist in ihrer gewohnten Umgebung stattfindet. Dieses wird von im Open Dialogue geschulten, im besten Fall trialogisch zusammengestellten Teams moderiert. Es ist ganz natürlich, dass auch Personen im Umfeld

---

[15] siehe https://www.safewards.net/de/ [Zugriff am 08.01.2025]

[16] siehe https://prodema-online.de/ [Zugriff am 08.01.2025]

[17] siehe UbG, 6. Abschnitt, § 32b. (2): „Auf Verlangen des Patienten ist von diesem und dem Abteilungsleiter für den Fall einer erneuten stationären Behandlung in der konkreten psychiatrischen Abteilung ein Behandlungsplan festzulegen; dieser kann etwa Absprachen zu Medikamenten und deren Verabreichung, Hinweise, wie Beschränkungen in Krisensituationen vermieden werden können, Angaben zur ambulanten Behandlung sowie Kontaktwünsche enthalten. Der Behandlungsplan ist in der Krankengeschichte zu dokumentieren und dem Patienten in Kopie auszufolgen."

[18] siehe z. B. Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld: https://evkb.de/fileadmin/evkb-content/psychiatrie-psychotherapie/dokumente/2022-02-16-evkb-psychiatrie-psychotherapie-bielefelder-behandlungsvereinbarung.pdf [Zugriff am 07.02.2025] oder Luzerner Psychiatrie: https://www.lups.ch/app/uploads/2023/10/Behandlungsvereinbarung_WEB.pdf [Zugriff am 07.02.2025]

eines Menschen in der Krise dieses Gespräch einleiten können und Teil davon sind. Vor Ort wird der konstruktive Dialog des vorhandenen sozialen Netzwerks gefördert und alle Beteiligten können davon profitieren. Die Wertschätzung, Achtung und das Verständnis füreinander werden gestärkt und Entscheidungen über das weitere Vorgehen erarbeitet. Hierbei können vorhandene Ressourcen der Gruppe genutzt werden. Open Dialogue ist eine grundlegende Haltung sowie Philosophie, welche Empowerment bestmöglich fördert und nicht mit Familientherapie zu verwechseln ist. Jene Netzwerkgespräche können in der Krise täglich in Anspruch genommen werden, und die professionellen Unterstützer:innen bleiben in der Regel dieselben Personen. Die Zusammensetzung der weiteren Teilnehmer:innen kann ebenso wie das Intervall der Einheiten an die individuellen Bedürfnisse angepasst werden. Eine stationäre Aufnahme ist dadurch nur in den seltensten Fällen notwendig, da die Deeskalation vor Ort durch vorhandene Ressourcen gemeinsam gefördert wird und Zwangsmaßnahmen bestmöglich vermieden werden können. Am besten ist der Ansatz des Open Dialogue in Bezug auf die Wirksamkeit bei Psychosen erforscht. Open Dialogue ist nicht nur in Krisensituationen einsetzbar und hilfreich, sondern auch im Rahmen einer unterstützten Entscheidungsfindung in jedem Lebensbereich eine qualitative Aufwertung.

Primär kommt es durch regelmäßige Netzwerkgespräche zu einer Verbesserung der Symptomatik und Fortführung der Arbeit oder Ausbildung und zu einer signifikanten Reduktion von Rückfällen, der Hospitalisierung und der Langzeitmedikation (Bergström et al. 2022; Seikkula et al. 2003; Seikkula et al. 2006; Seikkula et al. 2011).

In den S3-Leitlinien wird in allen Versorgungsregionen empfohlen, eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung zu stellen. Beispielhaft hervorgehoben werden der bedürfnisangepasste Ansatz und der Offene Dialog (DGPPN 2018b). In Österreich wurde vor Kurzem ein Verein gegründet[19], jedoch wird Open Dialogue in der Praxis bisher nur vereinzelt gelehrt und gelebt[20]. Die Adaption und Einflechtung der Kommunikation nach dem Konzept Open Dialogue in das bestehende österreichische Unterstützungssystem ist die natürlichste und konstruktive Antwort auf bestehende bundesweite Probleme im Versorgungssystem. Wie dies auch in Teilbereichen erfolgreich funktionieren kann, beweisen Teams in über 142 Ländern weltweit[21].

4.1.9 Ausbau der integrierten Versorgung und des Nahtstellenmanagements

Menschen mit psychischen Erkrankungen durchlaufen im Rahmen ihrer Begleitung/Behandlung eine Reihe von Versorgungsübergängen und Nahtstellen innerhalb des Gesundheitssystems und des Sozialsystems, die es zu überwinden gilt. Hier setzt das Konzept der integrierten Versorgung an. Ziel dabei ist es, Übergänge zwischen unterschiedlichen Begleitungs-/Behandlungs- und Fachbereichen zu optimieren und die Nahtstellen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen ganzheitlich, effizient, effektiv und menschenrechtsorientiert zu gestalten. Ob eine Maßnahme der integrierten Versorgung tatsächlich den gewünschten Erfolg bringt, hängt wesentlich von

[19] Der Verein Offener Dialog Österreich wurde am 5. Oktober 2024 gegründet.

[20] siehe „Offener Dialog", ein alternativer Ansatz aus Finnland zur Heilung von Psychosen (OD, German): https://www.youtube.com/watch?v=lsnzUxE7eml [Zugriff am 20.02.2025]
siehe Offener Dialog – Basisfortbildung Graz 2023–24: https://www.youtube.com/watch?v=D4aMmnqZq90 [Zugriff am 20.02.2025]

[21] Project HOPEnDialogue siehe: https://www.hopendialogue.net/ [Zugriff am 05.03.2025]

der Kooperation, Koordination und Kommunikation zwischen den Akteurinnen und Akteuren ab (Becka/Schauppenlehner 2011).

Eine niederschwellige Zugänglichkeit zu Unterstützungsangeboten (Art. 6 UN-BRK) sowie Betreuungs- bzw. Begleitungskontinuität sind zentrale Kriterien einer personenzentrierten, menschenrechtsbasierten Versorgung (Stastny et al. 2020). Derzeit sind jedoch sowohl ein niederschwelliger Zugang zu den psychosozialen Versorgungsangeboten als auch der Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsstrukturen und -angeboten oft problematisch bzw. verbesserbar. Damit verbunden sind Wechsel von Bezugspersonen und die Gefahr von Behandlungsabbrüchen.

Es muss außerdem selbstverständlich sein, dass integrierte Versorgung mehr meint als die Gesundheitsversorgung im engeren Sinn. Sektorenübergreifendes Arbeiten bedeutet auch jene Aspekte mitzunehmen, die soziale Teilhabe sowie Existenzsicherung und Recovery fördern und die Verbesserung des psychischen Wohlbefindens im Allgemeinen ermöglichen. Konkret sind insbesondere Arbeit, Bildung, Gesundheit, Kunst und Kultur, Soziales (z. B. Wohnen) als wesentliche Faktoren genannt, die psychosoziale Gesundheit fördern, sofern diese wiederum zugänglich und bedürfnis- wie bedarfsorientiert sind. Treffsichere und inklusive Teilhabemöglichkeiten in allen Lebensbereichen beeinflussen kognitive (z. B. Aufmerksamkeit, Gedächtnis) wie auch emotionale/soziale Gesundheit (z. B. Beziehungen, Peergroups) positiv.

Die Nahtstellen zwischen stationären und ambulanten sowie mobilen Angeboten sollten stärker beachtet werden, da Unterstützungsangebote außerhalb der stationären Psychiatrie zu einer wesentlichen Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Menschen sowie zu einer Entlastung der stationären Psychiatrie führen. Grundsätzlich sollte der Schwerpunkt auf dem **Ausbau der ambulanten und mobilen Angebote** liegen. Dies entspricht auch der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN 2018b, Empfehlung 10.2) und den UN-Leitlinien zur Deinstitutionalisierung[22], die eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Begleitung/Behandlung empfehlen, deren wesentliche Aufgabe neben bedarfsorientierten und flexiblen Angeboten in der gemeinsamen Verantwortung für die psychosoziale Versorgung liegt. Dadurch soll eine Begleitungs- und Behandlungskontinuität sichergestellt werden.

Ein Nahtstellenmanagement innerhalb aller Sektoren kann insbesondere durch Berufsgruppen wie Peer-Arbeiter:innen und Sozialarbeiter:innen effizient geplant und durchgeführt werden. Kooperation und vernetztes Arbeiten sind hierbei Schlüsselfaktoren, die Begleitungs- und Behandlungsbereitschaft sowie Kontinuität ermöglichen sollen.

4.1.10 Ausbau von Angeboten zum Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka

Psychopharmaka sind Medikamente, die neben hilfreichen Wirkungen häufig auch starke unerwünschte (Neben-)Wirkungen haben, welche das Leben der Patientinnen und Patienten beeinträchtigen und zu massiven Folgeschäden führen können. Daher sollten Psychopharmaka, wenn

[22] https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/detail/leitlinien-zur-deinstitutionalisierung-auch-in-notfaellen#:~:text=In%20den%20Leitlinien%20geht%20es,der%20Verhinderung%20von%20Institutionalisierung%20dienen [Zugriff am 08.01.2025]

sie gegeben werden, immer nach einer ausführlichen Aufklärung[23] und in der geringsten möglichen Dosis sowie nur über einen kurzen Zeitraum gegeben und die Dosis immer wieder an die jeweils aktuelle Lebenssituation der Patientinnen und Patienten angepasst werden. Ein Reduzieren und Absetzen der Medikamente, kann, wenn nötig und gewünscht, damit und mit dem entsprechenden Wissen möglichst ohne starke negative Absetzeffekte (z. B. Rebound-Effekt) leichter erfolgen.

Häufig ist es sogar so, dass „Cocktails" aus mehreren Medikamentengruppen gleichzeitig und besonders im stationären Bereich in hoher Dosierung verabreicht werden. Diese Kombinationen und Dosierungen werden oft auch von niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern beibehalten und manchmal sogar noch erhöht.

Der Fokus der Psychiatrie, besonders im stationären Bereich, aber nicht nur dort, liegt auf dem biochemischen Verständnis und der Behandlung psychischer Krisen und Erkrankungen mit Psychopharmaka. Auch das medizinische Modell von Krankheit, Krise und Behinderung wird allgemein gegenüber dem sozialen oder menschenrechtlichen Modell bevorzugt – entgegen der UN-Behindertenrechtskonvention. Der Zusammenhang der jeweils eigenen Geschichte der Patientinnen und Patienten, möglicher (Entwicklungs-)Traumata und der sozialen Situation, in der sie leben, etc. mit ihren psychischen Krisen/Erkrankungen wird meist ausgeklammert, nicht nachgefragt und bei der Behandlung zu wenig oder nicht berücksichtigt.

Vielen Psychiaterinnen und Psychiatern fehlt das Wissen und die Kompetenz, wie möglichst risikoarm dosiert, reduziert und abgesetzt werden kann, obwohl z. B. in der S3-Leitlinie Schizophrenie konkrete Dosierungs- und Reduktionshinweise, dort für Neuroleptika, gegeben werden (DGPPN 2019, Empfehlungen 22-27). Oft wird von ihnen zu schnell und zu viel auf einmal abgesetzt, und die Patientinnen und Patienten werden nicht ausreichend engmaschig begleitet. Absetzpsychosen und andere Krisen, Schwierigkeiten und Probleme geben ihnen dann angeblich die „Gewissheit", dass bei den Patientinnen und Patienten das Reduzieren und Absetzen nicht möglich ist.

Es bedarf eines Paradigmenwechsels im Umgang mit Menschen mit psychischen Krisen und Erkrankungen und mit der Verabreichung von Psychopharmaka. Das Lesen und Berücksichtigen mancher Leitlinien (z. B. S3-Leitlinie Schizophrenie) bringt wichtige Erkenntnisse in puncto Anwendung und Reduktion von Psychopharmaka. Es gibt bereits ausreichend Literatur zur Frage, wie risikoarmes Reduzieren und Absetzen gelingen kann (z. B. DGSP 2014; Fava 2023; Gründer 2024; Lehmann 2019; Lehmann/Newnes 2023). Dieses Wissen sollte in die Aus- und Fortbildung aller Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonen verpflichtend einfließen. Wer Psychopharmaka ansetzt, muss sie auch absetzen können. Auch Erfahrungsexpertinnen und -experten sollten dort miteinbezogen werden, wo sie anderen Mut machen und unterstützend wirken können, wie es lt. bestehender Literatur zum Teil bereits der Fall ist (z. B. Schlimme et al. 2019).

Patientinnen und Patienten, denen Psychopharmaka verschrieben werden, sollten vom Behandlungsteam oder dem bzw. der niedergelassenen Psychiater:in daher auch verpflichtend über das risikoarme Reduzieren und Absetzen informiert sowie – wenn von ihnen gewünscht – dabei unterstützt und begleitet werden. Es sollte für Patientinnen und Patienten die Möglichkeit geben,

[23] Beispiel für Aufklärungsblatt siehe: https://psychiatrie-verlag.de/wp-content/uploads/2019/01/694_Aufkl%C3%A4rungsbogen_Medikamente_01.pdf [Zugriff am 08.01.2025] (aus Schlimme et al. 2019, S. 248ff)

dies – wenn gewünscht oder medizinisch notwendig (z. B. bei extremer Adipositas, Diabetes, Glaukom etc., also bei Erkrankungen, die durch bestimmte Psychopharmaka ausgelöst oder verschlimmert werden können) – auch im Rahmen eines stationären Aufenthalts zu tun[24].

Selbst bei Nichtakzeptanz einer (Dauer-)Medikation sollte in einem gemeinsamen partizipativen Entscheidungsprozess der Behandler:innen mit den Patientinnen und Patienten eine vollständige Aufklärung erfolgen, die von den Patientinnen und Patienten angeführten Argumente sollten akzeptiert und ihren Wünschen nach Reduktion und Absetzen sollte mit Verständnis, Kompetenz und Wissen begegnet und entsprochen werden.

Die Möglichkeit eines freiwilligen stationären Aufenthalts gänzlich ohne Einnahme von Psychopharmaka sollte auf Wunsch der Patientinnen und Patienten gegeben sein: Schon der Ortswechsel auf eine Station – heraus aus einem belastenden Alltag – mit verschiedenen Therapien inklusive Psychotherapie und die Begleitung durch das Pflegeteam können oft ausreichen, um aus einer Krise herauszukommen.

4.2 Angebote der psychosozialen Versorgung

Die psychosoziale Versorgung umfasst therapeutische, ambulante und stationäre Angebote für die Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie die psychiatrische Rehabilitation und weitere Unterstützungsangebote, die wichtig für die Alltagsbewältigung und den Recovery-Prozess sind.

Psychiatrische Abteilungen sind zuständig für die stationäre Behandlung akuter psychiatrischer Krisen und schwerer Erkrankungen und übernehmen die „Vollversorgung" für alle Patientinnen und Patienten einer bestimmten Region. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass durch ausreichende ambulante Angebote mit genügend Gesprächs- und Betreuungszeit viele stationäre Aufenthalte verhindert werden könnten. Es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär", da einerseits bei ambulanten Angeboten die Patientinnen und Patienten in ihrem gewohnten Lebensumfeld verbleiben können und andererseits die ambulanten Angebote kostengünstiger sind. Es müssen jedoch ausreichende Kapazitäten für eine qualitativ hochwertige ambulante und auch für die stationäre Behandlung in jedem Bundesland zur Verfügung stehen, sodass der Versorgungsbedarf gedeckt werden kann.

Zu den weiteren Angeboten gehören insbesondere Unterstützungsangebote zur Orientierung im Hilfssystem, Unterstützung bei der Beantragung und Organisation von Leistungen und Diensten, ausreichend Wohn-, Beschäftigungs- und Freizeitangebote sowie Beschwerdestellen, die bei der Durchsetzung von Rechten unterstützen. Diese Unterstützungsangebote haben einen hohen Stellenwert für eine gelingende gesellschaftliche Teilhabe, finden aber im psychosozialen Versorgungssystem bislang noch zu wenig Beachtung. Erforderlich sind eine bedarfsgerechte Finanzierung und ein Ausbau aller Angebote.

[24] siehe z. B. AMEOS Klinikum Bremen: https://www.ameos.de/klinikum-bremen/ihr-aufenthalt/medikamentenreduktion-in-der-psychiatrie/ [Zugriff am 08.01.2025] oder https://www.ameos.de/fileadmin/Standorte/Bremen/Klinikum_Bremen/Dokumente/Uwe_Gonther_Psychopharmakareduktion_in_der_psychiatrischen_Klinik_.pdf [Zugriff am 08.01.2025]

Eine gelingende psychosoziale Versorgung hängt im Wesentlichen von einer hohen Qualität der Angebote, dem Angebotsspektrum, einem guten Nahtstellenmanagement (siehe Kapitel 4.1.9) und dem Vorhandensein zielgruppenspezifischer Angebote ab.

Derzeit wird der Bedarf mit den vorhandenen Angeboten in Österreich jedoch nicht gedeckt, was mitunter zu sehr langen (und unzumutbaren) Wartezeiten sowohl für stationäre (z. B. stationäre Behandlung insbesondere auf den Kinder- und Jugendpsychiatrien in Österreich) als auch für ambulante (z. B. Tagesklinik) sowie therapeutische (z. B. kassenfinanzierte Psychotherapie) und weitere Unterstützungsangebote (z. B. Wohnangebote) führt. Sehr häufig fehlen den vorhandenen Angeboten die handlungsleitenden Konzepte und Prinzipien der Versorgung (siehe Kapitel 4.1). Für alle nachstehend angeführten Angebote sind diese als Grundlage zu sehen.

Ambulante Angebote

4.2.1 Ausbau niederschwelliger Anlaufstellen

Für viele Menschen mit psychischen Problemen und für viele Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialbereich ist es schwierig, sich im Versorgungssystem zurechtzufinden und die passenden Informationen bzw. die passende Unterstützung zu finden. Für Laiinnen und Laien sind die Vielzahl an Berufsgruppen im psychosozialen Feld (Psychiater:innen, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten etc.) und die unterschiedlichen professionellen Hilfen kaum zu unterscheiden. Auch Hausärztinnen und Hausärzte sind beim Thema psychische Probleme zum Teil nicht die passenden Erstansprechpartner:innen bzw. kennen sie die psychosozialen Unterstützungsangebote in der Region auch zu wenig.

Es braucht daher niederschwellige Anlaufstellen für Erstberatung, Ersthilfe und Orientierung im psychosozialen Versorgungssystem. Diese Anlaufstellen sollen die Hilfesuchenden bezüglich der individuell passenden Unterstützungsmöglichkeiten beraten sowie in die vorhandenen Versorgungsstrukturen aktiv vermitteln. Peer-Berater:innen sollen Teil des multiprofessionellen Teams sein. Die Beratung sollte niederschwellig sein (kostenlos, unbürokratisch) und auch ohne terminliche Vereinbarung möglich sein.

Diese Anlaufstellen sollten flächendeckend aufgebaut werden und folgende Aufgaben erfüllen:

- Orientierung im Hilfssystem
- Information über Angebote
- Zugang zum Hilfssystem vermitteln

Die neu etablierten Psychosozialen Zentren Tirol können für diese Art von Unterstützungsangeboten als Modell guter Praxis dienen. Es handelt sich dabei um niederschwellige Beratungszentren für Erstberatung, Ersthilfe und Orientierung. Zielgruppen sind Menschen in psychischen Krisen (vor allem ersterkrankte Menschen, die einen Überblick über mögliche Angebote brauchen), Menschen mit einer bereits diagnostizierten psychischen Erkrankung, die aus unterschiedlichen Gründen noch nicht die passende Unterstützung gefunden haben, aber auch Angehörige und das soziale Umfeld von betroffenen Personen. Ziel ist es, für Menschen in psychischen Krisen einen schnellen, bedarfs- und fachgerechten Zugang in eine passende Angebotsstruktur sicherzustellen, um schwere Erkrankungsverläufe zu reduzieren.

© GÖG 2025, Zentrale Anliegen der Vernetzungsplattform

In manchen Bundesländern übernehmen die Psychosozialen Dienste diese Funktion zum Teil schon bzw. könnten diese zu diesem Zweck weiter ausgebaut werden (siehe Kapitel 4.2.3). Auch Angebote der Sozialarbeit, wie die bereits in Kärnten und der Steiermark etablierten Soziallotsen, unterstützen dabei, das richtige Angebot zu finden[25].

Soziale Ängste der Betroffenen stellen eine große Barriere für die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten dar. Die Möglichkeit einer Onlineanmeldung/-Terminvereinbarung für alle Angebote wäre eine Unterstützung hinsichtlich eines niederschwelligen Zugangs, zumal oft bereits ein notwendiger Anruf zu hochschwellig ist. Auch hierbei ist es unerlässlich, dass die handlungsleitenden Konzepte und Prinzipien der Versorgung (siehe Kapitel 4.1) berücksichtigt werden, damit die großen Barrieren abgebaut werden können.

Aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen sind als niederschwellige Anlaufstellen außerdem spezielle telefonische Krisenhotlines (siehe Kapitel 4.2.2) sowie soziale Medien relevant: Soziale Medien sind für Jugendliche eine gute und niederschwellige Möglichkeit, um zu Informationen zu Erkrankungen und Hilfsangeboten zu kommen. Das Aufsuchen einer Einrichtung stellt für Jugendliche oft eine große Hürde dar, telefonische Beratungen bzw. Chatberatungen werden hingegen gern in Anspruch genommen.

4.2.2 Ausbau psychosozialer Krisenangebote

Krisendienste und Krisenangebote dienen zur Unterstützung von Menschen in akuten psychosozialen Krisen oder nach akuten Traumatisierungen. Sie stellen einen wichtigen Baustein der psychosozialen Versorgung dar, da niederschwellige Soforthilfe durch professionelle Teams viel (unnötiges) Leid und eine weitere Verschlechterung des Zustands verhindern kann.

Krisendienste sind derzeit jedoch noch nicht in allen Bundesländern eingerichtet (im Burgenland, in Niederösterreich und Vorarlberg sind keine psychiatrischen Krisendienste vorhanden). Je nach Bundesland ist die Krisenversorgung außerdem sehr unterschiedlich ausgebaut. Es gibt unterschiedliche Strukturen, Angebote und Telefonnummern, aber nur wenige Modelle[26] umfassen **alle** Elemente einer Krisenversorgung.

Ein zeitgemäßer sozialpsychiatrischer Krisendienst sollte folgende **idealtypischen Elemente** enthalten: Krisentelefon 24/7, mobile/aufsuchende Teams, Krisenzimmer „unter einem Dach" bzw. mittels **einer** Notrufnummer. Peer-Arbeiter:innen müssen als Teil des interdisziplinären sozialpsychiatrischen Betreuungsteams bei allen Elementen mitgedacht werden. Dafür brauchen sie eine entsprechende Einschulung (nötiges theoretisches und praktisches Fachwissen über Beratung am Telefon sowie Wissen über alle Hilfsangebote im Bundesland).

Die Einbindung von Peer-Arbeiterinnen und Peer-Arbeitern in die sozialpsychiatrische Krisenversorgung erfolgt derzeit in keinem Bundesland und wird bei Planungs- und Finanzierungsverantwortlichen auch nicht mitgedacht. Hier bräuchte es mehr Sensibilisierung in Hinblick auf die

[25] vgl. https://erfa.at/soziallotsinnen/ [Zugriff am 21.08.2025]

[26] Insbesondere das „Modell OÖ" enthält alle idealtypischen Elemente der Krisenversorgung, versammelt also die allgemeine Krisenversorgung, die Krisenversorgung bei psychiatrischer Erkrankung sowie die Angebote im Rahmen der Akutbetreuung „unter einem Dach" bzw. mittels einer Notrufnummer und verfügt auch über ein aufsuchendes Angebot und über Krisenzimmer.

Vorteile des Einsatzes der Peer-Arbeiter:innen. Positive Beispiele für den Einsatz von Peer-Support im Rahmen der Krisenversorgung gibt es bereits im angloamerikanischen Raum (NHS Großbritannien, USA)[27]. In den USA gibt es beispielsweise in vielen Bundesstaaten sogenannte „Peer Respites", das sind peer-geleitete Krisenhäuser, in denen auch nur Menschen mit psychischen Krisenerfahrungen arbeiten.

Bundesweite Einrichtung flächendeckender mobiler, aufsuchender Krisendienste

Ziel ist es, eine rasche niederschwellige psychosoziale Unterstützung für Menschen in seelischen Notsituationen anzubieten und „unnötige" stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Dafür müssen ausreichend ausgestattete Krisendienste in allen Bundesländern vorhanden sein.

Mobile Krisenteams sollten 24 Stunden und 365/366 Tage im Jahr zur Verfügung stehen. Krisenteams kommen nach Hause oder an andere Orte und begleiten Menschen bei der Bewältigung ihrer Krise. Die Haltung gegenüber einem Menschen in einer psychischen Krise sollte aufgeschlossen, möglichst unvoreingenommen und nicht wertend sein. Menschen in psychischen Krisen sollte man als Unterstützer:in vorurteilsfrei begegnen, man sollte zusätzliche Verängstigung vermeiden und dabei keine pathologisierenden Bezeichnungen und Diagnosen verwenden.

Die Entscheidung über die Art der Behandlung sollte – bedürfnisangepasst – im Rahmen von Netzwerkgesprächen mit dem betroffenen Menschen und den Personen seines sozialen Netzwerks getroffen werden (siehe Kapitel 4.1.8).

Das mobile Krisenteam sollte nach folgenden Prinzipien[28] organisiert sein:

- sofortige Hilfe in Krisen, möglichst rasch (entsprechend vordefinierten Mindeststandards)
- zwei oder mehr Unterstützer:innen, die entsprechend ausgebildet sind
- falls es eine Behandlungsvereinbarung gibt, diese berücksichtigen
- Netzwerktreffen von Beginn an und kontinuierlich bei Bedarf – werden auch fortgesetzt, wenn der betroffene Mensch stationär aufgenommen wird
- Verantwortlichkeit des Krisenteams für die Durchführung des gesamten Behandlungsprozesses (auch als kontinuierliche Ansprechpersonen)
- Beziehungskontinuität

Krisenzimmer/Krisenwohnung/Weglaufhaus

Menschen in einer Krise sollten sich entscheiden können zwischen einer stationären Aufnahme, einer intensiven Begleitung zu Hause und einer alternativen Krisenversorgung. Durch die gemeinsame Planung und das Aushandeln der konkreten Begleitung werden funktionierende Anteile und die eigene Verantwortung der Patientin oder des Patienten gestärkt. In Gesprächen

[27] Beispiele aus Großbritannien siehe: https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/crisis-and-acute-care/ und https://www.turning-point.co.uk/services/mental-health/crisis-support.html [Zugriff am 05.03.2025]
Beispiele für den Einsatz von Peers im Rahmen der Krisenversorgung in den USA siehe: https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep22-06-04-001.pdf und Directory of Peer Respites: https://power2u.org/directory-of-peer-respites/ [Zugriff am 05.03.2025]

[28] vgl. Konzept IdEE Wien im Rahmen einer AG zum Psychiatrischen und Psychosomatischen Versorgungsplan Wien 2030 (PPV); unveröffentlichtes Papier

und im gemeinsamen Tun werden verbliebene Verbindungen zur gemeinsamen Realität und eigene Stärken und Fähigkeiten erhalten und ausgebaut. Folgende Kriterien sind wichtig:

- Krisenzimmer und dgl. sollten nicht unbedingt an institutionelle Strukturen angebunden, sondern möglichst selbstbestimmt organisiert sein (z. B. im Rahmen einer Peer-Organisation).
- Anwesenheit der Krisenbegleitung, die in physischer und psychischer Nähe durch die Krise begleitet
- Einsatz von Peer-Arbeiterinnen und Peer-Arbeitern als Krisenbegleitung
- Die Krisenbegleitung fühlt sich in das Erleben des Menschen in der Krise ein und stellt die sichernde Rückbindung zur gemeinsamen Realität dar.
- Die Krisenbegleitung geht auf Gesprächs- und Rückzugswünsche ein.
- Die Krisenbegleitung lässt sich auf den jeweils individuellen Prozess ein und gibt Sicherheit.

Das **Weglaufhaus** ist ein alternatives, antipsychiatrisches Krisenangebot. Das Weglaufhaus unterscheidet sich in seiner Grundhaltung von herkömmlichen Angeboten (nach Kempker 1998, S. 23):

- Die Verantwortung bleibt bei den Bewohnerinnen und Bewohnern, sie werden als selbstbestimmt erachtet und nicht für krank gehalten.
- Krisen dürfen sein und werden nach Möglichkeit begleitet, wenn erforderlich auch rund um die Uhr. Schwierig wird es, wenn der Kontakt ganz abbricht, Absprachen nicht eingehalten werden bzw. nicht mehr möglich sind.
- Es wird kein Zwang ausgeübt, ein „psychiatriefreier Raum" wird garantiert.
- Akten und Dokumentationen, die geführt werden müssen, sind den Betreffenden jederzeit zugänglich. Sie bestimmen mit, welche Mitteilungen an welche Stellen gehen.
- Es gibt durchschaubare und demokratische Entscheidungsgremien, die alle mit einem Vetorecht der Betroffenen ausgestattet sind.
- Die fest angestellten Mitarbeiter:innen tun und verdienen das Gleiche, egal was sie gelernt haben. Mindestens die Hälfte sind Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung.

Krisentelefon: Ganzjährig und rund um die Uhr österreichweit, unter *einer* Nummer

Als sinnvoll wird eine bundesweit einheitliche überkonfessionelle Krisentelefonnummer erachtet, die direkt an die regionalen Kriseninterventionseinrichtungen weiterleitet (vgl. Grabenhofer-Eggerth et al. 2017).

Das Krisentelefon muss auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen (zum Beispiel in Kombination mit Gehörlosigkeit, Lernschwierigkeiten, Menschen im Alter und nicht deutscher Muttersprache) zugänglich sein.

Eigene Krisenhotline für Kinder und Jugendliche

Als Good-Practice-Modell wird diesbezüglich Wien erachtet, wo im Rahmen des Psychosozialen Notdienstes das Personal der Krisenhotline mit Personen erweitert wurde, die über spezielle fachliche Expertise in der Arbeit mit Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen (bis etwa 25 Jahren) verfügen. Die erweiterte Krisenhotline soll als Drehscheibe für Betroffene und das jeweilige Umfeld (Freundeskreis, Pädagoginnen und Pädagogen) dienen, um ein gemeinsames Vorgehen zu

überlegen. Solche speziellen Krisenhotlines sollten in allen Bundesländern angeboten werden. Herkömmliche Hotlines, wie z. B. Rat auf Draht, sind für Jugendliche und junge Erwachsene mit manifesten psychischen Erkrankungen nicht ausreichend, weil es dafür spezielles Wissen (z. B. über fachspezifische kinder- und jugendpsychiatrische Angebote) und spezielle Ausbildungen braucht.

4.2.3 Ausbau der sozialpsychiatrischen Dienste

Psychosoziale Dienste dienen zur ambulanten Versorgung von psychisch erkrankten Personen und sind in allen Bundesländern vorhanden. Bei den Psychosozialen Diensten wird Beratung und Betreuung durch ein multiprofessionelles Team angeboten. Es gibt jedoch Unterschiede je nach Bundesland, z. B. hinsichtlich der ärztlichen Beratung und Behandlung oder hinsichtlich der Möglichkeit von Hausbesuchen und mobiler Betreuung. Manche Bundesländer (z. B. Wien, Niederösterreich) betreuen in den Psychosozialen Diensten explizit nur „schwer erkrankte" Menschen. Das Angebot sollte allen Personen unabhängig vom Schweregrad der Krise oder Erkrankung zur Verfügung stehen.

Aufgrund des Mangels an niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und der damit verbundenen langen Wartezeiten wird angestrebt, die Psychosozialen Dienste insofern zu vereinheitlichen, als es überall eine ärztliche Behandlungsberechtigung gibt und ein Behandlungsspektrum vorhanden ist, das vergleichbar ist mit jenem eines psychiatrischen Krankenhauses. Allerdings sollte die freie Arztwahl nicht dadurch eingeschränkt werden. Auch besondere Zielgruppen, z. B. Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit Behinderung (z. B. körperliche und/oder Sinnesbeeinträchtigungen, Menschen mit Lernschwierigkeiten), sollen im Sinne der Inklusion adäquate Betreuung im Rahmen von Psychosozialen Diensten erhalten.

In Oberösterreich, Niederösterreich, Tirol und Wien sind einige Peer-Arbeiter:innen im Rahmen von Psychosozialen Diensten tätig (in der Steiermark sind bereits Stellen für Peer-Arbeiter:innen im Rahmen eines Konzepts vorgesehen, das bis 2028 umgesetzt werden soll). Stellen im ambulanten Bereich sollten auch in anderen Bundesländern aufgebaut werden. Voraussetzung ist eine einheitliche Stellenbeschreibung inklusive Klärung struktureller Rahmenbedingungen für den Einsatz von Peer-Arbeiterinnen und Peer-Arbeitern im Rahmen von Psychosozialen Diensten.

Es sollte eine regelmäßige Evaluierung des Behandlungserfolgs und der Bedarfsgerechtheit der Behandlung inklusive ihrer Nachhaltigkeit erfolgen. Auch bei zu langer Betreuung im ambulanten Bereich kann eine Form von „Hospitalisierung" entstehen.

4.2.4 Ausbau der multiprofessionellen aufsuchenden Behandlung

Durch Modelle der aufsuchenden Behandlung durch multiprofessionelle Teams (Home-Treatment) sollen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, für deren Bewältigung derzeit noch ein Krankenhausaufenthalt in einer psychiatrischen Klinik notwendig wäre oder die häufig kurz nach einem Psychiatrieaufenthalt erneut stationär aufgenommen werden müssten (Drehtüreffekt), durch ein multiprofessionelles Team (Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Sozialarbeiter:innen, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Peer-Arbeiter:innen …) intensiv zu Hause begleitet und stabilisiert werden. Auch in Krisensituationen kann so durch eine 24/7-Erreichbarkeit des Home-Treatment-Teams schnelle Hilfe ermöglicht werden.

Die Coronakrise hat die psychosoziale Situation in Österreich weiter verschärft. Dadurch wird die Bedeutung eines zielgerichteten Ausbaus mobiler bzw. aufsuchender Angebote in der Sozialpsychiatrie noch einmal deutlicher. Der große Mangel an fachärztlicher Versorgung vor allem für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und Wartezeiten von mehreren Monaten für stationäre Behandlungen machen ein Umdenken sowie alternative Strukturen unbedingt notwendig (Tiroler Monitoringausschuss 2021).

Es gibt in Österreich und in anderen europäischen Ländern verschiedene Modelle der nachgehenden und aufsuchenden Akutbehandlung zu Hause (inklusive fachärztlicher Behandlung), die zwar unterschiedlich benannt sind, aber insgesamt ein vergleichbares Angebot bereitstellen (z. B. Home-Treatment, Assertive Community Treatment, mobile sozialpsychiatrische Betreuung, integrierte Versorgung)[29]. Derzeit sind 5 Pilotprojekte zu Home-Treatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Niederösterreich / KJP Tulln, Salzburg / KJP SALK, Steiermark/Graz, Tirol / KJP Hall, Wien / KJP Medizinische Universität Wien) und 2 Pilotprojekte zu aufsuchender Behandlung für Erwachsene (Modell Integrierte Versorgung Salzburg, FACT Pilotprojekt Sozialpsychiatrisches Ambulatorium Donaustadt/Wien) eingerichtet. Je nach Ausrichtung und Teamzusammensetzung können diese Angebote einen stationären Aufenthalt vermeiden, ersetzen oder verkürzen. Es können dabei entweder mobile, multiprofessionelle Teams aus dem Krankenhaus eingesetzt werden (vgl. Modelle Niederösterreich, Salzburg und Tirol) oder gemischte Teams aus Vertreterinnen und Vertretern des stationären *und* des ambulanten Bereichs (Psychosoziale Dienste) wie im Modell Steiermark oder im Wiener Home-Treatment-Modell.

Für die Modelle multiprofessioneller aufsuchender Behandlung liegt national und international bereits eine umfassende Evidenz bezüglich der Wirksamkeit vor (GKV et al. 2021; Wolf/Grössmann 2020; Zechmeister-Koss et al. 2020). Dennoch sind in Österreich für eine flächendeckende Umsetzung in allen Bundesländern und für alle Menschen mit psychischen Erkrankungen zweifelsohne noch entsprechende Hürden gegeben. Diese sind insbesondere folgende (Zechmeister-Koss et al. 2020):

- unterschiedliche gesetzliche Zuständigkeiten (auf Bundes-, Länder-, Gemeindeebene)
- unterschiedliche Finanzierungsarten (durch Bund, Länder, Sozialversicherung)
- unterschiedliche Leistungserbringer (öffentliche und private Anbieter)
- Einschränkungen durch die geografische Vielfalt (Städte und ländliche Gemeinden/Regionen)
- Mangel an niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie
- mangelndes Interesse bei psychiatrischen Berufsgruppen für die aufsuchende Arbeit

Weitere organisatorische Hürden für aufsuchende Dienste:

- Es gibt keine Fahrzeitentschädigung oder diese ist nicht an die tatsächliche Wegzeit angepasst (es ist ein Unterschied, ob die Wegzeit 5 Minuten oder 1,5 Stunden beträgt).

[29] Beispiele siehe:
Modell Integrierte Versorgung Salzburg: https://salk.at/24658.html [Zugriff am 05.03.2025]
Home-Treatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Wien: https://psd-wien.at/home-treatment [Zugriff am 05.03.2025]
Mobile sozialpsychiatrische Betreuung Steiermark: https://gesundheitsfonds-steiermark.at/plattform-psyche/ambulante-sozialpsychiatrische-versorgung/ [Zugriff am 05.03.2025]
Integrierte Versorgung Netzwerk Pinel Berlin: https://www.pinel.de/home-second-slide/integrierte-versorgung/ [Zugriff am 05.03.2025]

- organisatorischer Aufwand
- Zeitpuffer (z. B. bei Krisengesprächen oder auch längeren Wegzeiten) gegenüber der Praxis oder auch Dienstzeit auf der Station
- Gehälter im Vergleich zur Freiberuflichkeit / Praxis / Arbeit auf einer Station mit Zulagen
- Selbstbehalte für Therapeutinnen und Therapeuten können nicht verrechnet werden.

In Österreich ist ein weiterer Ausbau multiprofessioneller aufsuchender Behandlung erforderlich, sowohl für Kinder und Jugendliche als auch im Erwachsenenbereich bis hin zur aufsuchenden alterspsychiatrischen Betreuung[30]. Peer-Arbeiter:innen sollen – insbesondere in Home-Treatment-Angeboten für Erwachsene – fixer Bestandteil des Teams sein (dies ist in den bestehenden Modellen in Salzburg und Wien auch bereits umgesetzt). Dafür müssen entsprechende Fördergelder zur Verfügung gestellt und Peer-Arbeiter:innen als systemrelevant erachtet werden. Darüber hinaus sind die handlungsleitenden Konzepte und Prinzipien der Versorgung (siehe Kapitel 4.1) in allen Angeboten konsequent umzusetzen.

Therapeutische Angebote

4.2.5 Ausbau des niedergelassenen fachärztlichen Angebots

Die Versorgung mit niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie mit Kassenvertrag ist zum Teil besorgniserregend. Im Jahr 2023 gab es österreichweit 167 Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie mit einem § 2-Kassenvertrag. Von den insgesamt 32 Versorgungsregionen in Österreich gab es mit Stand 2023 allerdings immer noch 7 Versorgungsregionen mit nur einer oder zwei Kassenstellen für Psychiatrie (eine Versorgungsregion umfasst mehrere Bezirke)[31] Insbesondere in abgelegenen Regionen und Tälern, beispielsweise in Salzburg, Kärnten und der Steiermark, besteht zum Teil kein oder nur ein stundenweises fachärztliches Angebot in angemessener Entfernung vom Wohnort. Gerade in diesen Regionen finden sich oft hohe Suizidraten. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Lage noch dramatischer: Hier sind nach wie vor 9 Versorgungsregionen ohne Vertragsfachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, und es gibt 11 Versorgungsregionen mit nur einer Kassenstelle für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Auch andere psychosoziale Berufsgruppen wie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Psychologinnen und Psychologen konzentrieren sich eher auf die städtischen Ballungsräume.

Es ist daher dringend notwendig, die Versorgung mit niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie sicherzustellen und entsprechende Konzepte zu überlegen, wie die Niederlassung in abgelegenen Regionen attraktiver gestaltet bzw. besser organisiert werden kann, damit die fachärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich sichergestellt werden kann.

---

[30] vgl. beispielsweise SOPHA – mobile alterpsychiatrische Betreuung Steiermark: https://gfsg.at/angebote/altere-menschen/ [Zugriff am 05.03.2025]

[31] Quelle: GÖG-Datenbasis 2022, basierend auf den Ärztelisten der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) und Informationen des Dachverbands der Sozialversicherungsträger (DVSV) zum Vorliegen von Kassenverträgen

4.2.6 Bedarfsdeckende Kassenfinanzierung psychotherapeutischer und psychologischer Angebote

Psychotherapie wird sowohl zur Behandlung als auch zur Prävention von psychischen Erkrankungen eingesetzt. Sie ist wichtig, um innere Vorgänge und innere Konflikte zu erkennen, zu benennen und zu bewältigen. In Österreich gibt es 23 anerkannte Psychotherapiemethoden, die zu vier Gruppen – Psychoanalytisch-Psychodynamische, Humanistische, Systemische und Verhaltenstherapie – zusammengefasst werden (BMSGPK 2020). Zusätzlich gibt es in Österreich die Möglichkeit der klinisch-psychologischen Diagnostik, Beratung und Behandlung.[32]

Im niedergelassenen Bereich gibt es nicht ausreichend kassenfinanzierte Psychotherapieplätze und dadurch kommt es zu langen Wartezeiten. Diese Verzögerung der Behandlung kann zu einer Verschlechterung der Erkrankung mit ungünstigen Folgen für den Krankheitsverlauf führen. Einkommensschwache Menschen können sich derzeit oft keine Psychotherapie leisten. In vielen Fällen fehlt ein kompetentes Clearing, bei dem festgestellt wird, wo der oder die Klient:in steht und was er oder sie braucht (Psychotherapie und/oder eine andere Behandlung). Zudem ist eine präventive Inanspruchnahme kassenfinanzierter Psychotherapie, um bei bestehender psychischer Belastung der Entwicklung einer psychischen Erkrankung vorzubeugen, derzeit nicht möglich, weil eine psychiatrische Diagnose dafür benötigt wird[33].

In der stationären Behandlung sind psychotherapeutische und klinisch-psychologische Gespräche – regelmäßig und in hoher Frequenz – sehr wichtig für die Krisen- und Krankheitsbewältigung. Diese werden aber bislang unzureichend eingesetzt und gelten noch nicht als bundesweiter Behandlungsstandard.

Vollständig kassenfinanzierte Psychotherapie sollte genauso wie die pharmakologische Behandlung allen Menschen mit einer psychischen Erkrankung flächendeckend zur Verfügung stehen. Eine freie Therapeutenwahl soll dabei gewährleistet sein und Psychotherapie sollte in allen Sprachen angeboten werden. Kassenfinanzierte Psychotherapie sollte aber auch im Rahmen von psychischen Krisen (auch ohne psychiatrische Diagnose) präventiv ausreichend möglich sein. Ebenso sollte klinisch-psychologische Beratung und Behandlung von den Sozialversicherungsträgern finanziert werden. Letzteres ist bereits im Rahmen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) umgesetzt, mit Jänner 2024 erfolgte die Aufnahme der klinisch-psychologischen Behandlung in das ASVG und somit in die Leistungspflicht der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK). Auch bezüglich der kassenfinanzierten psychotherapeutischen Versorgung waren in den letzten Jahren deutliche Bemühungen der Sozialversicherungsträger zu erkennen, auch wenn die Versorgung noch immer nicht als bedarfsdeckend betrachtet werden kann (Gruber/Dinhof 2024).

Das vielfältige Therapieangebot in Bezug auf die unterschiedlichen Psychotherapiemethoden, aber auch andere psychosoziale Angebote ist insbesondere für Laiinnen und Laien schlichtweg

---

[32] siehe z. B. Infoblatt des Bundesverbands Österreichischer PsychologInnen (BÖP): https://www.boep.or.at/download/55dc5bc3646135653a000002/Infoblatt_KliPsy_Behandlung_2015_07_15_end.pdf [Zugriff am 28.04.2025]

[33] Eine rezente Ausnahme in diesem Zusammenhang ist das Projekt „Gesund aus der Krise". Dieses Projekt ermöglicht einen niedrigschwelligen Zugang zu psychotherapeutischer, psychologischer und musiktherapeutischer Beratung und Behandlung für Kinder und Jugendliche, die psychisch belastet sind (siehe: https://gesundausderkrise.at/ [Zugriff am 28.04.2025]). Eine Ausweitung des Angebots auf weitere Zielgruppen, wie z. B. Jugendliche, die schwerer zu erreichen sind, schwer erkrankte Personen und Erwachsene, wäre sinnvoll, sofern auch eine Überführung in die Regelversorgung nach Beendigung der Kurzintervention von derzeit 15 Einheiten sichergestellt werden kann.

unüberschaubar. Eine bessere Transparenz in Hinblick auf die Therapieangebote wäre notwendig, um das Angebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen verständlicher und zugänglicher zu machen. Hierfür sollten auch entsprechende Informationsmaterialien und Beratungsangebote zur Verfügung gestellt werden (siehe Kapitel 4.2.1).

Ein weiterer wichtiger Aspekt in Bezug auf therapeutische Angebote ist die Verbesserung der psychotherapeutischen Fachdisziplinen durch Anerkennung der Bedeutung und des Stellenwerts von Erfahrungsexpertise für die wissenschaftliche und praktische Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Profession. Es gibt derzeit noch zu wenig Therapeutinnen und Therapeuten, die Menschen in akuten psychotischen Krisen begleiten bzw. sich das auch fachlich zutrauen. Durch die Einbindung von Peer-Arbeiterinnen und Peer-Arbeitern als Lehrende in die Psychotherapie-Ausbildung können Recovery-Ansätze vermittelt und ein besseres Verständnis für die Erfahrungsperspektive zukünftiger Klientinnen und Klienten erzielt werden (siehe Kapitel 3.2).

4.2.7 Ausbau kreativer Therapieformen und Angebote

Bedingt durch die Individualität des Menschen hat jede Person andere Zugänge und Ausdrucksformen im Austausch mit der Umwelt. Kreative Therapieformen fördern u. a. die Konzentration, die Körperwahrnehmung, die körperliche Koordination, die Problembewältigung, neue Lösungsansätze und das (Wieder-)Entdecken der Kreativität und tragen wie die Psychotherapie zur Prävention sowie zum Genesen von einer psychischen Erkrankung bei. Kreative Therapieformen zeichnen sich durch einen niederschwelligen Zugang aus, weil sie nonverbale Therapieformen darstellen, die nicht unmittelbar auf sprachliche Ausdrucksfähigkeit angewiesen ist. Sie schaffen Voraussetzungen dafür, die sprachliche Seite von Patientinnen und Patienten zu aktivieren und mit Patientengruppen zu arbeiten, für die andere Therapieformen u. U. nicht oder nur eingeschränkt zugänglich sind: Das sind insbesondere Kinder, alte Menschen mit demenziellen Erkrankungen, Menschen in einer akuten Psychose und Personen mit Traumaerfahrungen.

In Österreich gibt es kreative Therapieformen (Musiktherapie, Tanztherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie), die auch Bestandteil des institutionellen Angebots (z. B. im Rahmen stationärer psychiatrischer Abteilungen oder stationärer psychiatrischer Rehabilitationseinrichtungen) sind. Für diese Therapieformen gibt es – bis auf wenige Ausnahmen, z. B. Ergotherapie – jedoch keine Finanzierung durch die Sozialversicherung, wenn sie außerhalb einer psychosozialen Einrichtung angeboten werden. Somit werden einkommensschwachen Personen zusätzliche Zugänge zur Genesung verwehrt. Die Finanzierung sollte – wie auch bei der Psychotherapie gefordert – vollständig von der Kasse gedeckt sein und auch ohne psychiatrische Diagnose in Krisen (präventiv) möglich sein. Eine freie Therapeutenwahl soll dabei gewährleistet sein.

Zusätzlich existieren kreative Ansätze (z. B. künstlerische Angebote mit Bewegung, Tanz und Ausdruck[34]), die die Gesundheit und die Recovery fördern. Solche Kreativangebote sollten in das Angebotsspektrum des Social-Prescribing-Konzepts aufgenommen werden. Social Prescribing ist ein relativ neuer Ansatz der kassenfinanzierten Gesundheitsförderung in Österreich, der ursprünglich aus England stammt und derzeit in Modellregionen in der Primärversorgung angeboten wird (Rojatz et al. 2023).

[34] siehe z. B. Arts for Health: https://www.artsforhealthaustria.eu/ [Zugriff am 25.02.2025]

Weitere Unterstützungsangebote

4.2.8 Ausbau beratender und begleitender Sozialarbeit

Sozialarbeiter:innen unterstützen Menschen mit psychischen Erkrankungen bei der Bewältigung von sozialen Problemen, Konflikten und schwierigen Lebenssituationen. Sie führen Entlastungs- und Krisengespräche, unterstützen bei der Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Gesundheits- und Sozialsystem, beraten, informieren und begleiten in sozialen, rechtlichen und finanziellen Fragen und Angelegenheiten und unterstützen in Notsituationen und bei existenzsichernden Maßnahmen. Diese Leistungen stellen eine wichtige Orientierung, Unterstützung und Entlastung dar und helfen bei der Gestaltung eines möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebens.

Die sozialarbeiterischen Unterstützungsangebote sind derzeit allerdings nicht ausreichend, und deren Inanspruchnahme ist oft nur im Rahmen klinischer oder ambulanter Behandlungen und Betreuungen möglich. Durch das mangelnde Angebot geraten immer wieder Menschen, auch z. B. aufgrund finanzieller Probleme, von Problemen mit Nachbarinnen oder Nachbarn, Überforderung durch Kinder, Haushalt, Angst vor Kindeswegnahme bei Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten, fehlenden Wissens über Unterstützungsangebote (z. B. Familienhelfer:innen) etc., in psychische Krisen und müssen in weiterer Folge medizinisch behandelt werden. Aus Sicht der Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten braucht es deshalb mehr Sozialarbeiter:innen als integralen Bestandteil in jedem Versorgungsangebot. Diese sollen aufgesucht werden können, auch ohne medizinische Behandlung in Anspruch nehmen zu müssen bzw. bereits beim ersten Auftreten von Problemen (z. B. Konflikt mit Nachbarinnen oder Nachbarn, Schulden), bevor es zu einer behandlungsbedürftigen psychischen Krise kommt. Durch die Bereitstellung eines kurzfristigen und niederschwelligen Unterstützungsangebots der Sozialarbeit können Betreuungskarrieren verkürzt oder sogar verhindert werden.

4.2.9 Auf- und Ausbau von Wohnangeboten

Wohnangebote in der psychosozialen Versorgung stellen ein sehr breites Spektrum dar. In den meisten Bundesländern sind die Wohnangebote überwiegend in kleinere Wohneinheiten mit weniger als 15 Plätzen strukturiert. Im Burgenland, in Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Wien existieren zusätzlich größere Wohneinrichtungen mit mehr als 30 Plätzen, die meisten davon in Kärnten, Niederösterreich und Wien. Neben voll- und teilbetreuten Wohneinrichtungen gibt es auch aufsuchende, mobile Wohnbetreuung im Lebensumfeld mit dem Ziel, ein weitgehend selbstständiges Leben im bisherigen Umfeld zu ermöglichen. Der mobilen Wohnbetreuung wird auch in der künftigen Entwicklung der Wohnangebote ein wichtiger Stellenwert zugemessen (Kern et al. 2018).

Nach Artikel 19 „Selbstbestimmtes Leben und Inklusion in der Gemeinschaft" der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) haben Menschen mit Behinderungen das gleiche Recht wie andere Menschen, den Wohnsitz frei zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben. Sie sind nicht verpflichtet, in besonderen Wohnformen zu leben. Derzeit ist die Situation allerdings noch weit vom Ideal entfernt, denn es gibt in Österreich insgesamt zu wenig betreute Wohnangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen mit langen Wartezeiten auf einen Wohnplatz, zu wenig Alternativen, um eine Wahlfreiheit zu gewährleisten und noch kaum inklusive

Wohnangebote[35]. Es fehlen zudem aktuelle Bedarfsrichtwerte für die Planung, und betreute Wohnangebote finden bislang in den Psychiatrieplänen zu wenig Berücksichtigung.

Es gibt zu wenig kleine, gemeindenahe Einrichtungen, betreute Wohngemeinschaften, mobile Betreuungsangebote mit ausreichender und individueller Betreuung (z. B. Unterstützung bei der Freizeitgestaltung, Förderung der sozialen Kompetenz) sowie stationäre und mobile Übergangswohnangebote für Personen, die nach einer Spitalsentlassung noch nicht allein wohnen können. Zudem erschweren die Zugangsvoraussetzungen und Rahmenbedingungen vorhandener Angebote nicht nur die freie Wahl des individuell passenden Wohnsitzes, sondern oft auch den Erhalt des Wohnplatzes: Geförderte Wohnplätze sind z. B. oft an bestimmte Betreuungsleistungen gebunden. Ist die Betreuungsleistung nicht mehr passend, wird auch der Wohnplatz verloren. Das Gleiche gilt auch für geförderte Wohnplätze, die an eine Tagesstruktur gekoppelt sind. Hier bräuchte es z. T. auch eine Anpassung der gesetzlichen Bestimmungen[36].

Durch die Entkoppelung von Wohnen und Betreuung oder andere Leistungen soll die Flexibilität in Bezug auf den individuellen Bedarf erhalten bleiben. Idealerweise handelt es sich um zwei unterschiedliche Leistungen, wie z. B. beim „betreubaren Wohnen" (Konzept aus dem Seniorenbereich). Hierfür soll ausreichend Wohnraum zur Verfügung gestellt werden. Neue Wohnstrukturen mit Unterstützung, die der UN-BRK entsprechen, sollen geschaffen und ausgebaut werden. Letztendlich ist ein massiver Ausbau unterschiedlicher Angebote notwendig, damit es eine echte Wahlmöglichkeit gibt.

Inklusive Wohnformen zeichnen sich durch das Zusammenleben von Menschen mit und ohne Betreuungsbedarf aus. Diese können in Form von Wohngemeinschaften, aber auch als Nachbarschaftsprojekte in der Gemeinde umgesetzt werden[37].

Für Personen, die nach einer Spitalsentlassung noch nicht allein wohnen können, sollen sofort verfügbare betreute Angebote des „Übergangswohnens" auf- und ausgebaut werden. Alternativ kann „Übergangswohnen" auch ein mobiles Unterstützungsangebot in der eigenen Wohnung sein.

4.2.10 Ausbau von Persönlicher Assistenz für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Die Persönliche Assistenz ist eine individuelle Unterstützungsleistung für Menschen mit Behinderungen, durch die ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben ermöglicht wird. Sie umfasst alle Bereiche des täglichen Lebens, in denen Unterstützungsbedarf bzw. Hilfebedarf besteht, wie z. B. die alltägliche Lebensführung, Unterstützung im Haushalt oder auch Begleitung bei Arztbesuchen und bei Behördengängen. Derzeit wird die Persönliche Assistenz in Österreich in den Bundesländern sehr unterschiedlich geregelt, und in den meisten Bundesländern ist sie für Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht zugänglich. Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung z. B. ihre eigene Wohnung nicht verlassen oder ihren Alltag nicht bewältigen können, haben aber laut UN-BRK das gleiche Recht auf Unterstützungsleistungen, die für ein

[35] z. B. inklusives Wohnprojekt des Vereins LOK (Beschreibung siehe BMSGPK 2022a, S. 25)

[36] Z. B. ist die Koppelung des betreuten Wohnplatzes an eine Tagesstruktur, Berufsqualifizierung oder eine Berufs- oder Arbeitsintegrationsmaßnahme im Wiener Chancengleichheitsgesetz festgelegt.

[37] wie z. B. das niederländische Buurtcirkel, ein Nachbarschaftsnetzwerk, das geeignet ist, Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Nachbarschaft zu integrieren und ihre eigenen Fähigkeiten zu stärken

unabhängiges und selbstbestimmtes Leben notwendig sind. Im Rahmen der Umsetzung des Nationalen Aktionsplans (NAP) Behinderung 2022–2030 wird deshalb aktuell an einer bundesweiten Vereinheitlichung der Persönlichen Assistenz gearbeitet, in der auch Menschen mit psychischen Erkrankungen die Persönliche Assistenz in Anspruch nehmen können. Hierfür wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, um ein Konzept zu erarbeiten, wie die vom Bund geförderte Persönliche Assistenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten und psychischen Erkrankungen aussehen soll. Weitere Schritte beinhalten die Förderung von Modellprojekten und schließlich auch die bundesweite Erweiterung des Angebots für diese Zielgruppen. In all diesen Prozessschritten sollen Menschen mit Erfahrungsexpertise konsequent eingebunden werden.

Folgende Rahmenbedingungen sollen für die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen erfüllt sein:

- Flexibilität in der Inanspruchnahme: Die Planung von Unterstützungsleistungen soll bei Bedarf auch kurzfristig möglich sein, da sich das Ausmaß der Beeinträchtigungen und daher auch der Bedarf an Unterstützung ändern kann (z. B. im Rahmen einer Besserung oder eines krisenhaften Geschehens).
- Planung von Unterstützung in akuten Phasen: Personen mit psychischen Erkrankungen kennen ihren Unterstützungsbedarf in akuten Phasen und können ihre persönliche Assistenz auch im Vorfeld anleiten, wie sie während einer Krise unterstützt werden wollen.
- Wahlfreiheit der Persönlichen Assistenz: Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen selbst entscheiden, welche Art der Persönlichen Assistenz sie bevorzugen (z. B. Laiinnen bzw. Laien [privat] oder Gesundheitsfachkräfte [Einrichtungen]).
- Ausbildungsvoraussetzungen für Persönliche Assistenz: Auch hier soll eine Flexibilität gegeben sein. Eine bewusste Auswahl der Persönlichen Assistenz durch Laiinnen bzw. Laien ohne Vorwissen kann für viele ein wichtiger Schritt in Richtung Normalität und Inklusion sein. In anderen Fällen, z. B. mit Akutphasen bei schwereren Erkrankungen, kann es sinnvoll sein, wenn ein entsprechendes Fachwissen vorhanden ist (z. B. durch Einsatz von Peer-Arbeiterinnen bzw. Peer-Arbeitern). Eine verpflichtende Basisschulung zu unterschiedlichen Themen für alle Persönlichen Assistentinnen und Assistenten wird aber generell als sinnvoll erachtet (z. B. zu Suizidprävention, Selbst- und Fremdgefährdung, Stigma psychischer Erkrankungen).

4.2.11 Ausbau der tagesstrukturierenden Angebote und auf Inklusion ausgerichtete, menschenrechtskonforme Anpassung der Leistung

Laut UN-BRK haben Menschen mit einer Behinderung auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen das gleiche Recht auf Arbeit und auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen.

Das Angebot tagesstrukturierender Einrichtungen richtet sich an Menschen mit psychischen Erkrankungen, die aktuell oder dauerhaft nicht in den Arbeitsmarkt integriert werden können. Sie bieten eine Vielzahl von Aktivitäten, die sowohl arbeits- als auch freizeitorientiert sein können. Kochgruppen, handwerkliche und sportliche Beschäftigungsinitiativen sind Beispiele dafür. Die Tagesstruktur findet in der Regel im Rahmen einer 5-Tage-Woche werktags statt. Für ihre Tätigkeiten erhalten die Kundinnen und Kunden eine Leistungsanerkennung, das „Taschengeld". Einige Tagesstruktur-Einrichtungen bieten auch Trainings- und Unterstützungsangebote für die Eingliederung in den Arbeitsmarkt an. Die Wartezeiten auf einen Platz sind sehr lang, zudem sind

tagesstrukturierende Angebote überwiegend auf Ballungsräume konzentriert, sodass von einer Unterversorgung gesprochen werden muss. Die Intensität der Betreuung variiert sehr stark, die Angebote sind nicht ausreichend an die individuellen Bedürfnisse und Voraussetzungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen angepasst und oftmals auch nicht barrierefrei (z. B. Uhrzeiten, Fehltageregelung).

Die Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist die Einstufung als nicht arbeitsfähig. Diese Einstufung erzeugt eine künstliche Grenze, die aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungstöpfe zwei in sich geschlossene Strukturen erzeugt, statt zwischen diesen zu vermitteln und eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu fördern („Töpfedenken"). Die Grenzziehung in einem fließenden Übergang kann auch eine Kluft erzeugen, in der weder die Unterstützung einer Tagesstruktur noch einer Arbeitsmarkteingliederung zuerkannt wird.

Tagesstrukturierende Angebote sollen ausgebaut, an individuelle Voraussetzungen und Bedürfnisse angepasst und barrierefrei gestaltet werden. Eine Wahlmöglichkeit soll die Verfolgung individueller Zielsetzungen zur Gestaltung eines selbstbestimmten Lebens innerhalb der eigenen Möglichkeiten bieten. Einstufungen und Zugangsvoraussetzungen zu den Angeboten sollen nach inklusiven Zielsetzungen neu gestaltet werden, und die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt oder Inanspruchnahme der noch auszubauenden inklusiven Angebote am Arbeitsmarkt (z. B. „Supported Employment") sollen entsprechend gefördert werden.

Das System der Leistungsanerkennung soll nun schrittweise umgestellt werden. Am 13. März 2024 hat die österreichische Bundesregierung ein Projekt zur Inklusion von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsmarkt gestartet. Diese Initiative reagiert auf langjährige Forderungen des Österreichischen Behindertenrats nach kollektivvertraglicher Entlohnung und voller Sozialversicherung für Menschen in tagesstrukturierenden Einrichtungen. Ziel ist es, Menschen mit Behinderungen langfristig Lohn statt Taschengeld zu zahlen und ihnen den Einstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. (Ministerratsbeschluss vom 13. März 2024: „Lohn statt Taschengeld" Inklusive Beschäftigung am Arbeitsmarkt)

Durch die Gleichstellung der Entlohnung erfahren diejenigen, die in tagesstrukturierenden Einrichtungen beschäftigt sind, nicht nur eine würdevolle Wertschätzung ihrer geleisteten Arbeit, sondern sind dadurch auch sozialversicherungs- und pensionsrechtlich abgesichert. Dieser erste Schritt wurde vom Sozialministerium im Jahr 2024 in der Förderrichtlinie für Projekte „Inklusiver Arbeit" erarbeitet. In diesen Projekten sollen Menschen mit Behinderungen mit hohem und sehr hohem Unterstützungsbedarf beim Übergang in den ersten Arbeitsmarkt unterstützt werden. Darüber hinaus sollen flexible Regelungen geschaffen werden, die existenzsichernde Übergänge zwischen Erwerbs- und Pensionssystem ermöglichen.

4.2.12 Auf- und Ausbau von Freizeitangeboten mit niederschwelligem Zugang

Es gibt unterschiedliche Projekte und Konzepte, z. B. Inklusionscafé/User-Café, Klub, Freizeiteinrichtung. Die Besucher:innen geben den Bedarf und die Themen vor und organisieren den Ablauf möglichst selbstverwaltet (z. B. regelmäßige Café-Nachmittage, gemeinsame Planung und Durchführung von Freizeitaktivitäten und Ausflügen, gemeinsame Spielenachmittage, Einladung von Referentinnen bzw. Referenten für EDV-Schulungen, alltagspraktische Themen wie „Wie gehe ich mit dem Handy um?", Themen der Interessenvertretungen).

© GÖG 2025, Zentrale Anliegen der Vernetzungsplattform

Das Projekt bzw. die Projekte werden von den Betroffenen weitestgehend in Eigenverantwortung organisiert und durchgeführt. Begleitung durch einen oder eine Betreuer:in sollte möglich sein, ist aber nicht zwingend erforderlich (betreubar). Die Einbindung und Beschäftigung von Peer-Arbeiterinnen und -Arbeitern ist erwünscht (nicht immer möglich – vor allem im ländlichen Bereich). Das Projekt kann unabhängig oder auch bei einem Träger angebunden sein. Vorteile der Projekte, die bei einem Träger angebunden sind, sind die bestehende Infrastruktur, die z. B. einmal wöchentlich genutzt werden kann (Küche, Gemeinschaftsraum, psychosozialer Notdienst), und die flexible Möglichkeit der Betreuung vor Ort (falls notwendig).

Es werden folgende Ziele verfolgt: Erweiterung des sozialen Netzwerks, Bekanntschaften und Freundschaften knüpfen (abseits von fähigkeitsorientierter Aktivität und Wohneinrichtungen), Förderung von Empowerment, Treffen von Betroffenen zum Erfahrungsaustausch, Einsamkeit entgegenwirken, Inklusion fördern, „geschützte Selbstständigkeit" ermöglichen, Drehscheibe für Informationsaustausch der Interessenvertretungen.

Wichtig/Prinzipien:

- Die Angebote werden, wenn möglich, von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten geleitet. (Wenn diese aktuell in der Region nicht verfügbar sind, sollten andere Personen das Projekt vorübergehend übernehmen.)
- Die Angebote sind inklusiv, d. h. offen für alle.
- niederschwellige Anlaufstelle für Betroffene, Angehörige und Interessierte
- Einsamkeit entgegenwirken
- Abbau von Stigmatisierung
- Vernetzung mit Systempartnern der psychosozialen Versorgung (Weitervermittlung)
- Vernetzung mit anderen regionalen Freizeit- und Kulturangeboten

Die Zusammenstellung der Projektteams kann ganz unterschiedlich sein (z. B. Mitarbeiter:innen mit unterschiedlichen Hintergründen – Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten, Angehörige, psychosoziale Fachpersonen, an der Mitarbeit interessierte Personen).

Es braucht eine ausreichende Finanzierung nahe liegender Räumlichkeiten und des nötigen fachlich ausgebildeten Personals. Die Projekte sollten in allen Regionen finanziert werden, besonders in ländlichen Gebieten mit unzureichender Infrastruktur, wo es kaum Alternativen sozialer und kultureller Teilhabe gibt und die öffentliche Verkehrsanbindung schlecht bzw. nicht vorhanden ist.

4.2.13 Gezielte Förderung von Angeboten, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung initiiert und geleitet werden

Neue Versorgungs-, Unterstützungs- und Freizeitangebote in der psychosozialen Versorgung entstehen häufig dort, wo die vorhandenen Angebote Lücken aufweisen und der Unterstützungsbedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht ausreichend abgedeckt werden kann. Dies betrifft sowohl individuelle Bedürfnisse wie z. B. kreative Angebote, die Recovery fördern, als auch kollektive Bedürfnisse, wie z. B. Entstigmatisierungs-, Gleichstellungs- und Menschenrechtsagenden, die durch spezielle Initiativen und Projekte verfolgt werden. Solche Angebote und Projekte entstehen häufig aus der Selbsthilfebewegung oder auf Initiative von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung im Rahmen von Interessengemeinschaften, da Men-

schen mit eigener Krisen- und Krankheitserfahrung als erste spüren, was fehlt und was sie brauchen, um ihre Situation gut bewältigen zu können. Um die Bandbreite möglicher bzw. bereits vorhandener Angebote sichtbar zu machen, werden nachfolgend einige Beispiele von Angeboten beschrieben, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden.

Die **Beratungsstelle** <omnibus> ist ein von einem Betroffenenverein initiiertes Projekt, welches niederschwellige Beratung im Einzelsetting sowie Gruppenangebote möglich macht[38]. Als **Wohn- und Beschäftigungsinitiative** für Frauen in Lebenskrisen ist das Wohnhaus „Die Schwalbe"[39] in der Steiermark ein nicht mehr wegzudenkendes Angebot, in welchem das Konzept der Selbsthilfe wesentlich ist. Internationale Beispiele sind die bereits erwähnten **„Peer Respites"** (siehe Kapitel 4.2.2) oder auch das **Weglaufhaus** Villa Stöckle in Berlin, das ein in Kooperation von Erfahrungsexpertinnen und -experten und professionell Tätigen durchgeführtes Projekt ist, welches als Wohn- und Krisenhilfe ein Angebot für Menschen in seelischen Krisen bietet[40].

Das peer-geleitete Programm **„In Würde zu sich stehen" (IWS)** stammt aus den USA und wurde durch Prof. Rüsch (Universität Ulm) adaptiert und übersetzt. Es ist ein Gruppenangebot zur Reduktion von Selbststigmatisierung für Menschen mit psychischen Erkrankungen mit dem Ziel, Selbstermächtigung und Empowerment zu stärken bzw. sie bei Offenlegungsentscheidungen zu unterstützen. Der Verein Lichterkette bietet entsprechende Workshops mit geschulten Peer-Trainerinnen und -Trainern in Österreich an[41]. Das Programm kann im Rahmen von Selbsthilfeorganisationen, aber auch als Angebot in psychosozialen Einrichtungen bzw. Diensten sowie in psychiatrischen Rehabilitationseinrichtungen oder stationären psychiatrischen Abteilungen (im Rahmen der Entlassungsvorbereitung) angeboten werden und sollte entsprechend ausgebaut und flächendeckend eingesetzt werden.

Auch das Format **„Living Library"** ist ein Beispiel für eine peer-geleitete Initiative, die der Stigmatisierung und Tabuisierung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft entgegenwirken, Barrieren abbauen und die Inklusion von Menschen mit psychosozialen Behinderungen fördern soll. Die Besucher:innen leihen sich in der Bibliothek ein sogenanntes „Lebendes Buch" aus und treten mit diesem für einen festgelegten Zeitraum in Dialog. Die Bücher sind Menschen, die eigene Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen haben, seit längerem genesen und gesundheitlich stabil sind. Im Gespräch erfahren sie, wie Menschen ihre ganz persönlichen Krisen überwunden haben und welche Unterstützungen auf dem Weg der Genesung hilfreich waren. Der Dachverband IDEE Austria veranstaltete im Mai 2023 eine Living Library mit dem Titel „Wege aus der psychischen Krise". In der Steiermark, in Oberösterreich (im Rahmen der Armutskonferenz) und in der Schweiz haben ebenfalls schon Living Libraries stattgefunden.

In mehreren Bundesländern haben sich verschiedene Formen von Angeboten, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, etabliert. Allerdings genießen jene Angebote häufig lediglich Projektstatus. Bereits etablierte Angebote (z. B. niederschwellige Beratungsangebote, Wohnangebote, Clubhäuser etc.) sollen daher in ein dauerhaftes Versorgungs-

[38] siehe https://www.verein-omnibus.org/de/Beratungsstelle/Angebot [Zugriff am 05.03.2025]

[39] siehe https://www.dieschwalbe.at/ [Zugriff am 05.03.2025]

[40] siehe https://weglaufhaus.de/ [Zugriff am 05.03.2025]

[41] siehe https://www.lichterkette.at/_files/ugd/d79326_5128eb1f0fa94e809800d67a6aa3fdbd.pdf [Zugriff am 05.03.2025]

angebot überführt und als wichtiger und fixer Bestandteil des psychosozialen Versorgungssystems anerkannt werden (z. B. ist in Vorarlberg die Beratungsstelle <onmibus> mittlerweile ganz offiziell Teil der psychosozialen Versorgung).

Darüber hinaus sollen neue innovative Projekte und Angebote, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung initiiert und geleitet werden, gezielt gefördert und ausgebaut werden.

4.2.14 Erweiterung oder Ergänzung der Peer-Beratungsstellen um das Angebot einer unabhängigen Ombudsstelle in allen Bundesländern

Wenden sich psychisch erkrankte Menschen an eine herkömmliche Beschwerdeinstanz, haben sie häufig das Gefühl, dass diese eher auf der Seite der Einrichtungen steht und Beschwerden nicht in ihrem Sinne behandelt werden. Es braucht besondere Unterstützung und Einfühlungsvermögen, Patientinnen und Patienten dazu zu ermutigen, sich für ihre Rechte einzusetzen und damit indirekt auch die psychiatrische und psychosoziale Versorgung (inklusive forensisch-therapeutischer Zentren) zu verbessern. In Artikel 13 der UN-BRK, die von Österreich im Jahr 2008 ratifiziert wurde, ist der Zugang zum Recht für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Leistungen psychosozialer Anbieter in Anspruch nehmen, definiert (UN-BRK 2008). Die Schaffung unabhängiger Beschwerdestellen, wie sie bereits in Deutschland bestehen[42], soll diesen Zugang erleichtern. Um die Anliegen der Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verstärkt in das Gesundheitssystem zu integrieren, soll daher eine unabhängige, vom Land finanzierte Beschwerdestelle/Ombudsstelle pro Bundesland mit folgenden Anforderungen[43] geschaffen werden:

- von ausgebildeten Peer-Arbeiterinnen und Peer-Arbeitern geleitet
- unabhängig und nicht weisungsgebunden
- im Auftrag der Beschwerdeführenden tätig
- Verschwiegenheit über alle personenbezogenen Angelegenheiten
- Die Leistungserbringer psychosozialer Angebote werden verpflichtet, mit diesen Beschwerdestellen zusammenzuarbeiten[44].
- Diese unabhängigen Beschwerdestellen arbeiten mit bestehenden Angeboten/Institutionen, zum Beispiel Patientenanwaltschaften nach dem Unterbringungsgesetz/UbG, Patientenvertretungen der Bundesländer, Besuchskommissionen der Volksanwaltschaft, Kompetenzzentrum Maßnahmenvollzug, Behindertenanwaltschaften und Monitoringstellen, zusammen. Im Sinne der Qualitätssicherung sollen dabei auch Systemschwächen identifiziert und aufgezeigt werden.

[42] siehe BundesNetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie (BNuBP): http://www.beschwerde-psychiatrie.de/ [Zugriff am 05.03.2025]

[43] siehe auch Bundesnetzwerk Standards für unabhängige Beschwerdestellen: http://www.beschwerde-psychiatrie.de/grundlagen.html [Zugriff am 05.03.2025]

[44] Beispiel Kooperationsvertrag siehe https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http://www.beschwerde-psychiatrie.de/download/KooperationsvereinbarungBeschwerdestelle.doc&wdOrigin=BROWSELINK [Zugriff am 05.03.2025]

4.2.15 Standards für eine einheitliche Versorgung sicherstellen

Die Qualität der akutstationären psychiatrischen Versorgungsangebote ist derzeit von Krankenhaus zu Krankenhaus, aber auch innerhalb der Krankenhäuser auf Ebene der Abteilungen oder Stationen noch sehr unterschiedlich: unterschiedliche Organisationskulturen, Standards und Prozesse in Bezug auf Haltung, Medikation, Bedingungen für und Umsetzung der Unterbringungen nach Unterbringungsgesetz (UbG), Therapieangebote sowie Personalschlüssel und -zusammensetzung. Die stark von der Wohnregion abhängige Versorgungsqualität ohne Wahlmöglichkeit des Krankenhauses kann insbesondere dann, wenn in besonders sensiblen Krankheitsphasen negative Erfahrungen im Zuge der Behandlung gemacht werden, das Vertrauen in das Behandlungssystem insgesamt erheblich erschüttern. Dies kann sich sehr nachteilig auf die Bereitschaft zu einer weiteren Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote und damit auch negativ auf den weiteren Krankheitsverlauf auswirken. Für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen setzt die Versorgung im stationären Bereich zudem auch einen Maßstab für den Wohlstand des Kindes als „sicherer Zufluchtsort" insbesondere bei ungesunden Verhältnissen in der Familie.

Um dieser besonders prekären Situation entgegenzuwirken, soll durch die Erarbeitung und Umsetzung österreichweiter Standards eine flächendeckend einheitliche Versorgungsqualität gewährleistet werden. Um individuellen Erfahrungen zu begegnen, sollte aber im Sinne der freien Arztwahl immer auch eine gewisse „Durchlässigkeit" bezüglich der Wahl des Krankenhauses innerhalb des Bundeslandes bzw. der Abteilung/Station möglich sein.

Bei der Erarbeitung und Umsetzung von Standards sollten jedenfalls folgende Themen berücksichtigt werden:

Qualitätskontrolle: Um eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten, sollen die Standards trialogisch erarbeitet werden. Auch die Qualitätskontrolle soll in trialogischer Zusammenarbeit erfolgen (z. B. im Rahmen von trialogischen Fortbildungen und Reflexionsveranstaltungen im Krankenhaus, Einsatz von Beschwerdemanagement-Tools oder -Programmen[45]).

Behandlungskonzepte: Psychiatrische Versorgung soll menschenrechtsbasiert, personenzentriert und nach dem Recovery-Prinzip erfolgen (siehe Kapitel 4.1.1 und 4.1.2). Dies beinhaltet die Ausrichtung der Behandlungsziele auf eine Stärkung der Ressourcen, die Wahrung der Rechte sowie die Förderung persönlicher Ziele und chancengerechter gesellschaftlicher Teilhabe in allen Lebensbereichen nach der UN-BRK.

Behandlungsgrundsatz zwischenmenschliche Kommunikation vor Medikation: Insbesondere in der Akutsituation soll der Fokus auf Deeskalation durch Gespräche liegen sowie eine Verhandlungsbasis in Bezug auf Medikation und andere Therapiemaßnahmen gegeben sein (zum Beispiel mittels Open Dialogue). Das Mitbestimmungsrecht in Bezug auf Medikation und andere Therapiemaßnahmen gilt grundsätzlich für alle Aufnahmen.

[45] siehe z. B. https://health-care.inworks.de/loesungen/cirs?gclid=EAIaIQobChMIn9SA-djB-wIVVIXVCh2uwg_REAAYASAAEgIwgfD_BwE [Zugriff am 01.03.2025]

 © GÖG 2025, Zentrale Anliegen der Vernetzungsplattform

Umsetzung der S3-Behandlungsleitlinien für den Einsatz von Psychopharmaka: Dosierungsstrategien, Monotherapien, Begleitung von risikoarmer Reduktion und Absetzen von Psychopharmaka (siehe Kapitel 4.1.10)

Haltung des behandelnden Personals: Die Begegnung „auf Augenhöhe" im Umgang mit den Patientinnen und Patienten muss oberstes Prinzip sein. Jede Art von „entwürdigender Behandlung" ist zu vermeiden (z. B. Pflegestation hinter Glas, Anstellen für Medikamente).

Partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung: Behandlung, Therapie und Therapieziele sollen mit den Patientinnen und Patienten besprochen und gemeinsam entschieden werden. Selbstbestimmte Entscheidungen setzen eine umfassende Aufklärung voraus, z. B. obligatorische Aufklärung als Teil des Aufnahmegesprächs (Verschwiegenheitspflicht, rechtliche Aspekte, Behandlungsvereinbarungen [siehe Kapitel 4.1.7]), Aufklärung über Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten, Wirkungen und unerwünschte Wirkungen. Therapieziele werden gemeinsam festgelegt[46]. Ein ausführliches Entlassungsgespräch sollte obligatorisch stattfinden.

Aufstockung von gut ausgebildetem Personal in psychiatrischen Abteilungen, insbesondere bei Unterbringungen nach UbG (Schlüssel 1:1): Ausreichendes Personal ist eine der wichtigsten Ressourcen für die positive Wirkung eines Aufenthalts auf einer psychiatrischen Abteilung. Das Personal muss gut ausgebildet und in Bezug auf aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse laufend weitergebildet werden. Gute Behandlungskonzepte sind vorhanden und deren Umsetzung wird oftmals auch vonseiten des Behandlungspersonals gewünscht.

Anwendung des Deeskalationsmanagements: Securitys machen Angst. Krankenpfleger:innen und alle Personen, die in der Psychiatrie arbeiten, sollten verstärkt und kontinuierlich Schulungen bekommen, z. B. ein Deeskalationstraining in Form von „Peer-gestützter Mitarbeiterschulung und Safewards zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen", damit die Notwendigkeit einer einschüchternden Security nicht mehr gegeben ist[47].

Aufnahme von Peer-Arbeiterinnen und -Arbeitern in die stationäre psychiatrische Versorgung: Peer-Arbeiter:innen tragen – eine Bereitschaft zum Kulturwandel in der Organisation vorausgesetzt – als Teil des interdisziplinären Behandlungsteams wesentlich zur Entwicklung der Organisationskultur in Richtung einer Recovery-orientierten Praxis, zu einer Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung, einem Abbau von Stigma und einer Stärkung des Empowerments bei Patientinnen und Patienten und damit auch zur Qualitätsverbesserung bei (siehe Kapitel 4.1.4).

Visiten vertraulich gestalten: Einzelvisiten mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt sollen mindestens einmal in der Woche in den Regelablauf integriert werden. Auch die Möglichkeit, Vertrauenspersonen hinzuzuziehen, soll angeboten werden.

Berücksichtigung von Angehörigen in der stationären Versorgung: Angehörige sind von der psychischen Erkrankung oftmals stark mitbetroffen und benötigen auch eine entsprechende Aufklärung und Unterstützung (z. B. durch Angehörigen-Peer-Arbeiter:innen). Angehörige spielen oft auch eine wichtige Carer-Rolle, die als Ressource für und Einflussfaktor auf den Genesungs-

[46] Beispiel für gemeinsame Entscheidungsfindung: vgl. Weddinger Modell (Mahler et al. 2014)

[47] siehe z. B. das Safewards-Modell: https://www.safewards.net/de/modell/einfache-beschreibung [Zugriff am 01.03.2025]; Deeskalationstrainings z. B. ProDeMa: https://prodema-online.de/deeskalation/deeskalationstraining [Zugriff am 01.04.2025]

prozess bisher noch zu wenig Beachtung findet. Eine Einbindung von Angehörigen oder Vertrauenspersonen in die Behandlung und Therapie soll nach Rücksprache und mit ausdrücklichem Einverständnis der Patientinnen und Patienten im vereinbarten Ausmaß erfolgen.

Schaffung baulicher Mindeststandards für die Krankenhausarchitektur: Bereitstellung ausreichender finanzieller Ressourcen für die Konzeption und Realisierung eines „therapeutischen Milieus" in psychiatrischen Krankenanstalten (Größe, Ausstattung, „Atmosphäre" der Patientenzimmer; Lichtverhältnisse; Ent- und Belüftung; Hitzeschutz im Sommer; Sichtschutz in Mehrbettzimmern; möglichst nur max. 2 Pat. pro Zimmer); weitere wichtige Ausstattungsmerkmale und Räumlichkeiten: Rückzugsmöglichkeiten/Ruhezonen, Räumlichkeiten für vertrauliche Gespräche mit der Ärztin bzw. dem Arzt, Räumlichkeiten für einen ungestörten Aufenthalt mit Besucherinnen und Besuchern, Möglichkeiten zum Aufenthalt im Freien (v. a. auch für untergebrachte Patientinnen und Patienten), Kommunikationsräume, Eltern-Kind-Zimmer bzw. Räumlichkeiten; die dadurch geschaffene Atmosphäre wirkt deeskalierend und präventiv gegen Gewalt (z. B. universalRAUM 2012).

Sicherstellung der somatischen Versorgung: Einhaltung der verpflichtenden Abklärung der somatischen Parameter (insbesondere in Hinblick auf mögliche unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka) sowie, falls erforderlich, Zuweisung zu einer fachgerechten Behandlung und nicht stigmatisierenden Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in somatischen Abteilungen

Unterstützungsangebote für Eltern, insbesondere Alleinerzieher:innen: Bereitstellung von Mutter-Kind-Einheiten und Unterstützungsangeboten für die Kinderbetreuung während des stationären Aufenthalts

Besonderheiten im Rahmen von Unterbringungen nach UbG: Bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung soll eine 1:1-Betreuung so lange wie nötig angeboten werden. Eine moderne stationäre Psychiatrie sollte über eine entsprechende räumliche Ausstattung zur bestmöglichen Vermeidung von Zwangsmaßnahmen verfügen (z. B. Einzelzimmer, sogenanntes „weiches Zimmer"). Darüber hinaus ist eine fortwährende Sensibilisierung des Personals in Hinblick auf Suizidprävention besonders wichtig, um Suizide im Rahmen des stationären Aufenthalts bestmöglich zu verhindern.

Bettenwidmung: Menschen mit psychischen Erkrankungen stellen als Folge der Stigmatisierungsprozesse nach wie vor eine menschenrechtswidrig benachteiligte Personengruppe dar bzw. haben psychische Erkrankungen einen geringeren Stellenwert im Vergleich zu somatischen Erkrankungen. Dies kam z. B. durch die rasche Schließung von Psychiatriebetten zu Beginn der Coronapandemie leider wieder sehr deutlich zum Ausdruck. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben ein Recht auf eine gute Krankenversorgung, daher soll das Angebot der akutstationären psychiatrischen Versorgung zur Gänze auch für die definierte Zielgruppe vorbehalten werden. Es sollen keine Schließungen mehr zugunsten anderer Erkrankungen oder einer Belegung durch Patientinnen bzw. Patienten, die in der Zuständigkeit anderer Disziplinen stehen (z. B. Ausnüchterungsaufenthalte), zugelassen werden.

Ausweitung der Angebote im stationären Setting: Hinsichtlich der stationären Angebote wird als wichtig erachtet, dass es ein ausreichendes und zeitnahes Angebot an Therapiemöglichkeiten inkl. Psychoedukation und psychotherapeutischer Gespräche gibt und dass auch Peer-Begleitung als freiwilliges Angebot im Rahmen eines stationären Aufenthalts möglich ist. Außerdem

sollte es verstärkt Angebote der Sozialarbeit und die Möglichkeit zur rechtlichen Aufklärung auch für nicht untergebrachte Patientinnen und Patienten geben.

Ausweitung der Möglichkeit von Heilstättenschulen in den Kliniken auch für höhere Schulen (über den Pflichtschulbereich hinaus): Die Angst, die Schulklasse wiederholen zu müssen, hält viele Jugendliche davon ab, sich Hilfe in stationären Einrichtungen zu holen. Derzeit wird Heilstättenschulung nur bis zum Ende der Schulpflicht angeboten. Es gibt jedoch vereinzelt bereits Projekte für höhere Schulen bis zur Matura[48] (z. B. in Oberösterreich, Wien), diese Projekte sollten auch auf andere Bundesländer ausgeweitet werden.

4.2.16 Implementierung stationärer Soteria-Angebote

Soteria, nach Loren Mosher (1933–2004) in den 1970er-Jahren in Kalifornien entwickelt und in Bern von Luc Ciompi in den 1980er-Jahren adaptiert, ist ein alternativer Behandlungsansatz für Menschen, die psychotische Krisen erleben. Mosher ging davon aus, dass die klassische Psychiatrie kein Ort ist, der Gesundung ermöglicht: „Es gibt keinen schlechteren Ort, um psychisch erkrankt zu sein, als eine psychiatrische Klinik" (Mosher, zitiert nach Voss 2023). Er hat mit seiner Einrichtung „Soteria" einen reizarmen Ort für gemeinsames Gesunden geschaffen, eine Wohngemeinschaft auf Zeit, in der nur wenige Menschen in ihren Psychosen und darüber hinaus ohne bzw. mit sehr wenigen Medikamenten begleitet wurden. Die Soteria in Bern geht von einem bestimmten Schizophrenieverständnis aus, welches im Konzept der Affektlogik Ciompis beschrieben wird. Fühlen und Denken werden als untrennbar miteinander verbunden gedacht, das heißt, unsere Gedanken und Wahrnehmungen – besonders auch unsere Umgebung – beeinflussen stets unsere emotionale Gestimmtheit und umgekehrt hat die Stimmung einen Einfluss auf unsere selektive Wahrnehmung, die Gedanken und die Erinnerung. Insofern wird von zusammenhängenden Fühl-, Denk- und Verhaltensbereichen gesprochen, die in einer akuten Psychose „Angstlogik", „Wutlogik", „Trauerlogik" oder „Freudelogik" genannt werden (Ciompi et al. 2001, S. 51).

Beim Soteria-Ansatz werden emotionale Einflüsse und besonders die Reizabschirmung an einem wohnlichen Ort sowie der Beziehungsaufbau und die haltende, zuwendende Begleitung/Beziehung sowie gemeinsames, alltägliches (Wieder-)Lernen durch Aufgaben wie gemeinsam Einkaufen und Kochen (= das Milieu) daher sehr viel systematischer berücksichtigt als es normalerweise der Fall ist. Es geht darum, den „emotionalen Spannungspegel" zu senken, um eine heilende Wirkung zu erzielen. Das Ergebnis ist ein psycho- und milieutherapeutisches Konzept, das der traditionellen Krankenhausbehandlung häufig entgegenläuft.

Obschon der Soteria-Ansatz nicht nur als stationäre Behandlungstherapie konzipiert ist, hat die Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria (IAS)[49] Kriterien für Einrichtungen ausgearbeitet, in denen wesentliche Elemente nach dem Soteria-Modell als therapeutische Praxis angewendet werden. Die Bezeichnungen „Soteria im eigentlichen Sinn" und „Station mit Soteria-Elementen"

[48] siehe Broschüre „Schulerfolg trotz langfristiger Erkrankung" der Höheren Schule im Spital (HIS): https://heilstaetten-schule.schule.wien.at/documents/6121527/0/HIS_Brosch%C3%BCre.pdf/d0a8e380-3571-16ef-dd66-621c4e372fa1?t=1674124263443&download=true; [Zugriff am 05.03.2025]

[49] siehe https://soteria-netzwerk.de/soteria-kriterien/kriterien-fur-akutpsychiatrische-stationen-mit-integrierten-soteria-elementen [Zugriff am 05.03.2025]

bekommen demnach nur Einrichtungen verliehen, die bestimmte milieutherapeutische Merkmale, eine erforderliche therapeutische Grundhaltung sowie gewisse therapeutische Rahmenbedingungen nach dem Kriterienkatalog aufweisen (vgl. IAS). Nach Ciompi et al. ist die Behandlung mit Neuroleptika nur bei anders nicht abzuwendender akuter Selbst- oder Fremdgefährdung vorgesehen, zudem gibt es eine ständige enge Zusammenarbeit mit Angehörigen – oft mit Netzwerkgesprächen nach dem Open Dialogue – und eine Erarbeitung von gemeinsamen konkreten Zielen ist standardmäßig vorgesehen (Ciompi et al. 2001, S. 57).

In der Schweiz[50] und in Deutschland[51], aber auch in den Niederlanden, in Ungarn, Großbritannien, Israel, New York und Tokio sind bereits entsprechende Soteria-Angebote vorhanden oder in Planung. Stationäre Soteria-Angebote sollten auch in Österreich umgesetzt werden.

4.2.17 Verbesserung des Entlassungsmanagements

Die ambulanten und stationären Versorgungangebote unterliegen unterschiedlichen Zuständigkeitsbereichen (Gesundheits- und Sozialressort) sowie Finanzierungsquellen. Dies führt zu einer fragmentierten Versorgungslandschaft, die sich derzeit leider auch in einem mangelnden Nahtstellenmanagement niederschlägt. Brüche in der Versorgung stellen für Betroffene eine zusätzliche Belastung dar, sie führen zu Rückfällen, krisenhaften Zuständen (erhöhte Suizidgefahr nach Entlassung aus dem Spital) und verzögern den Genesungsprozess. Diese Belastungen und das sogenannte „Drehtür"-Phänomen (wiederholte Aufnahmen auf psychiatrischen Abteilungen aufgrund mangelnder (Nach-)Versorgung und Stabilisierung) verursachen außerdem vermeidbare finanzielle Reibungsverluste für das Gesundheits- und Sozialsystem.

Für einen möglichst reibungslosen Übergang von der stationären Versorgung zur ambulanten Nachversorgung sollten im Rahmen des Entlassungsmanagements auch der individuelle Behandlungs- und Betreuungsbedarf geklärt und bereits während des stationären Aufenthalts Angebote vermittelt und Termine vereinbart werden.

Das Entlassungsmanagement nach einer stationären Behandlung bei Kindern und Jugendlichen könnte einerseits durch den Ausbau von Home-Treatment verbessert werden. Home-Treatment ist nicht nur ein stationsersetzendes Angebot, sondern kann auch stationsverkürzend als überbrückende Maßnahme vor einer ambulanten Behandlung eingesetzt werden (siehe Kapitel 4.2.2). Eine weitere geeignete Maßnahme zur Vorbereitung der Entlassung ist der Ausbau von Probeausgängen (auch mit Schulbesuch), um dem radikalen Schnitt bei der Entlassung entgegenzuwirken. Wenn eine ambulante Anschlussbehandlung organisiert wird, sollten die Termine gemeinsam mit den minderjährigen Patientinnen und Patienten (nicht nur mit den Eltern) vereinbart oder nach der Entlassung zunächst noch Ambulanztermine für die Nachbetreuung angeboten werden.

4.2.18 Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Transitionspsychiatrie

Kinder und Jugendliche benötigen ein für die Altersgruppe entsprechendes Versorgungsangebot, das in der Behandlung sowohl psychiatrische als auch pädagogische Aspekte berücksichtigt.

---

[50] Soteria Bern siehe https://www.igsbern.ch/de/soteria/soteria-3.html [Zugriff am 05.03.2025]

[51] vgl. Soteria-Einrichtungen – Soteria-Netzwerk: soteria-netzwerk.de [Zugriff am 05.03.2025]

Behandlungsansätze sollen einen systemischen Ansatz verfolgen und nicht vorrangig aus der Verschreibung von Psychopharmaka bestehen. Derzeit herrscht ein Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sodass der Ausbau stationärer und ambulanter Angebote nur schleppend erfolgt. Für eine bedarfsgerechte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist ein Ausbau stationärer Behandlungsplätze entsprechend den Planungsgrundlagen erforderlich (vgl. ÖSG 2023). Im ambulanten Bereich braucht es flächendeckend Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Kassenvertrag sowie multiprofessionelle Behandlungseinrichtungen mit einem breiten Angebotsspektrum in jeder Versorgungsregion. Hierbei sollen unbedingt die handlungsleitenden Konzepte und Prinzipien der Versorgung (siehe Kapitel 4.1) beachtet werden. Diese Maßnahmen sind dringend erforderlich, damit Alternativen zur Unterbringung angeboten werden können.

Jugendliche mit komplexen psychischen Erkrankungen haben oft über Jahre hinweg Vertrauen zu ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten aufgebaut. Bislang waren diese Behandlungsbeziehungen mit dem Erreichen der Volljährigkeit meist schlagartig beendet. Um hier eine Übergangsphase zu ermöglichen und sicherzustellen, dass junge Erwachsene gut in ihrem neuen Behandlungsverhältnis ankommen, wurde das Aufgabengebiet für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie psychotherapeutische Medizin durch eine Novelle der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung im Mai 2024 erweitert: Junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen können künftig auch nach ihrem 18. Geburtstag und bis zum 25. Geburtstag durch Kinder- und Jugendpsychiater:innen und Kinderärztinnen bzw. Kinderärzte weiterbehandelt werden (ÄAO 2015).

Für manche Jugendliche braucht es zudem spezifische stationäre Angebote, die die Besonderheiten der Transitionsphase berücksichtigen. In der Praxis fehlen jedoch häufig die Ressourcen für die Einrichtung von eigenen Transitionsbereichen, oft ist nach dem 18. Lebensjahr nur eine Weiterbetreuung in der Ambulanz möglich. Hier muss man Ressourcen ausbauen, damit die Novelle auch greifen kann und eine stationäre und ambulante Transitionsbehandlung in ganz Österreich möglich wird. Erste **Transitionspsychiatrische Stationen** sind bereits vorhanden. In der Klinik Hietzing ist beispielsweise eine Jugendpsychiatrische Station (15 Betten plus 5 tagesklinische Behandlungsplätze) für Jugendliche bzw. junge Erwachsene im Alter zwischen 15 und 25 Jahren vorhanden, derzeit als Pilotprojekt im Rahmen des PPV Wien; in der Klinik Floridsdorf gibt es ebenfalls eine Transitionsstation. Patientinnen und Patienten sind Jugendliche mit frühen, schweren bzw. chronischen psychischen Erkrankungen.

In Hinblick auf die psychosoziale Unterstützung von Kindern und Jugendlichen sind darüber hinaus eine enge Kooperation zwischen Gesundheitsbereich und Bildungsbereich sowie ausreichende **schulische Unterstützungsangebote** erforderlich (z. B. Schulpsychologie, Schulsozialarbeit, Beratungslehrer:innen, Netzwerkgespräche). Die Wartezeiten für einen Termin bei der Schulpsychologin betragen häufig ein halbes Jahr, im Akutfall gibt es keine Hilfestellung. Schulsozialarbeiter:innen werden – sofern es sie gibt – als sehr hilfreich wahrgenommen. Diese sind zwar regelmäßig an der Schule anwesend, aber auch dafür sind zu wenig Ressourcen im Verhältnis zur Nachfrage vorhanden.

Außerdem ist es aus Sicht von betroffenen Kindern und Jugendlichen wichtig, dass in den Kindergärten und Schulen die **für die psychische Gesundheit relevanten Basiskompetenzen** (insbesondere emotionale und soziale Kompetenzen sowie Krisen- und Konfliktbewältigungsstrategien) und **Wissen über das Entstehen von psychischen Erkrankungen** sowie darüber, wie diesen

entgegengewirkt werden kann (Resilienz, Copingstrategien …), und über deren Behandlungsmöglichkeiten altersgerecht vermittelt werden. Die Schule soll zu einem Ort werden, wo psychische Probleme erkannt, ernst genommen und angesprochen werden, damit psychosoziale Hilfsangebote frühzeitig in Anspruch genommen werden können. Bislang blieben psychische Probleme von Kindern und Jugendlichen häufig unbemerkt. Für eine Verbesserung der Situation (Problemerkennung) ist es weiters erforderlich, in die Curricula für das Lehrpersonal Inhalte bezüglich Mental Health und Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die psychische Probleme haben, zu integrieren oder entsprechende Fort- und Weiterbildungen anzubieten.

Psychiatrische Rehabilitation

Die psychiatrische Rehabilitation wird im Anschluss an die Krankenbehandlung gewährt, um deren Erfolg zu sichern oder ein Leben mit der Krankheit zu erleichtern. Eine Rehabilitation kann stationär oder ambulant erfolgen. Die medizinische Rehabilitation ist eine Pflichtaufgabe der Sozialversicherung, auf die allerdings kein Rechtsanspruch besteht.

Ziel der Rehabilitation ist es, dass Patientinnen und Patienten wieder ein möglichst selbstständiges Leben ohne Betreuung und Hilfe führen können. Zielgruppen einer psychiatrischen Rehabilitation sind Patientinnen und Patienten, die nach einem Krankenhausaufenthalt noch nicht ausreichend stabilisiert sind („Anschlussheilverfahren"), Personen, die aufgrund einer psychischen Problematik bereits länger bzw. gehäuft im Krankenstand sind („Früherfassungsfälle"), sowie Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung von Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität bedroht sind (inklusive aller Antragsteller:innen einer Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension aufgrund einer psychischen Erkrankung).

Psychiatrische Erkrankungen sind eine der häufigsten Ursachen für die Zuerkennung einer Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension. Wenn man aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung zwar nicht dauerhaft, aber im Ausmaß von mindestens 6 Monaten vorübergehend invalid bzw. berufsunfähig ist, erhält man seit der Reform 2014 anstelle einer befristeten Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension ein sogenanntes **Rehabilitationsgeld** von der ÖGK (Österreichische Gesundheitskasse) ausbezahlt. Für die Beurteilung, ob man dauerhaft oder vorübergehend berufsunfähig ist, ist eine Begutachtung durch Ärztinnen bzw. Ärzte der Pensionsversicherungsanstalt notwendig. Die Personen, die Rehabilitationsgeld erhalten, werden durch Case-Manager:innen der Krankenversicherung betreut, die die Übergänge zwischen Krankenbehandlung und medizinischer Rehabilitation unterstützen und begleiten sollen. Es sollen individuelle Versorgungspläne erarbeitet und die Versicherten bei deren Umsetzung begleitet werden. Die Case-Manager:innen sollen auch die Einhaltung der Mitwirkungsverpflichtung der Bezieher:innen und die Überprüfungen des Anspruchs im Begutachtungszentrum der Pensionsversicherung begleiten. Für eine Verlängerung ist eine neuerliche Begutachtung erforderlich.

4.2.19 Ausbau personenzentrierter und Recovery-orientierter Rehabilitationsangebote

Derzeit gibt es in Österreich insgesamt noch zu wenige Therapieeinrichtungen und ambulante Reha-Angebote, was sich auch in den langen Wartezeiten auf Bewilligung widerspiegelt. Neben des generellen Angebotsmangels ist auch die Qualität der Angebote derzeit noch sehr unterschiedlich. Einerseits fehlen Standards, um eine vergleichbare Qualität der Angebote an allen

Standorten zu gewährleisten, andererseits ist auch das Angebotsspektrum derzeit nicht ausreichend, um die Rehabilitationsmaßnahmen sowohl an unterschiedliche Zielgruppen (z. B. Altersgruppen, Diagnosegruppen) als auch an den individuellen Bedarf anpassen zu können. Die Rehabilitationsangebote in Österreich basieren noch auf dem medizinischen statt auf dem menschenrechtlichen Modell von Behinderung, sie sind insgesamt noch zu medizinisch ausgerichtet, statt konsequent eine Recovery-Orientierung zu verfolgen, wie in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen empfohlen wird (DGPPN 2018b). Ziel sollte die Erhaltung oder Erlangung der gesellschaftlichen Teilhabe in allen Lebensbereichen sein. Derzeit ist das Reha-Angebot allerdings weitgehend auf das Erlernen von Fertigkeiten (wie z. B. Kochen, Spielen und Ausflüge) begrenzt. Inklusion und Partizipation nach der UN-BRK erfordern aber eine weitreichendere Unterstützung und eine Wahlmöglichkeit der Unterstützungsangebote, um eine bessere Zielgerichtetheit und Passung zu erzielen. Entsprechend sollten auch das Reha-Angebot ausgeweitet und neue Möglichkeiten der Förderung individueller Ressourcen und Talente erschlossen werden, wie z. B. mehr für die Bewältigung des Alltags relevante und berufsorientierte Trainings, die Förderung künstlerischer Fähigkeiten, die Förderung von Weiterbildungen unterschiedlicher Art (z. B. einer EX-IN-Ausbildung bis hin zur Möglichkeit eines Studiums) im Rahmen des individuellen Reha-Plans.

4.2.20 Barrierefreie Gestaltung von Reha-Angeboten

Zwei weitere wichtige Punkte sind die Zugangsbeschränkungen und die Barrierefreiheit von Angeboten. Da eine ausreichende Stabilität als Bewilligungskriterium für Reha-Angebote herangezogen wird, kann das Angebot der Reha (z. B. im Anschlussverfahren) von der definierten Zielgruppe oftmals erst gar nicht in Anspruch genommen werden. Zudem stellen starre Rahmenbedingungen der Angebote selbst, wie z. B. Fixzeiten, Stundenausmaß und Anwesenheitspflichten, Barrieren dar, da sie von der Zielgruppe aufgrund zugrunde liegender psychischer Beschwerden oder aufgrund von Medikamentennebenwirkungen oft nur sehr schwer eingehalten werden können. Nicht nur die Rahmenbedingungen des Programms, sondern auch die architektonische Gestaltung der Räumlichkeiten können Barrieren darstellen. Hier ist insbesondere auf ausreichende Lichtverhältnisse, eine wohnliche Gestaltung der Innenräume, ausreichend Rückzugsräume sowie die Achtung der Privatsphäre (z. B. eigene Räume für Arzt-Patienten-Gespräche) zu achten. In der psychiatrischen Reha sind diese Anpassungen notwendig, um auch einen chancengerechten Zugang zu Reha-Leistungen für alle Zielgruppen zu gewährleisten.

4.2.21 Entkoppelung der Existenzsicherung von Rehabilitationsleistungen

Die bestehenden Rehabilitationsprogramme mit den von der Gesundheitskasse eingerichteten „Case-Managerinnen bzw. Case-Managern“ und auch das Begutachtungsprozedere werden von vielen Nutzerinnen und Nutzern sehr kritisch gesehen. Es fehlt bei vielen Akteurinnen und Akteuren in diesen Prozessen das psychiatrische Grundwissen und damit auch die fachliche Kompetenz als Unterstützer:innen oder Begutachter:innen, um gesundheitsfördernde Entscheidungen gemeinsam mit den Nutzerinnen und Nutzern treffen zu können. Darüber hinaus gibt es auch eine Reihe von Erfahrungsberichten und Beschwerden über stigmatisierendes Verhalten im Rahmen des Case-Managements und der Begutachtungen, denen nach wie vor das medizinische statt dem menschenrechtlichen Modell von Behinderung zugrunde liegen. Neben dem fehlenden Fachwissen und der fehlenden Anti-Stigma-Kompetenz vonseiten der Akteurinnen und Ak-

teure, die mit Schulungen verbessert werden sollten, spielen hier auch die vorgesehenen Prozesse eine Rolle: Ebenso wie das Rehabilitationsangebot ist auch das Case-Management nicht ausreichend auf die individuelle Problematik bzw. den individuellen Bedarf ausgerichtet. Die Kontrollfunktionen der Case-Manager:innen erzeugen eine Abhängigkeit und ein Machtgefälle, die einer partnerschaftlichen Gestaltung der Rehabilitationsplanung entgegenstehen. Zudem werden die mit dem Rehabilitationsgeld verbundenen Auflagen als demütigend erlebt (z. B. Bewilligung für eine Übernachtung in einem anderen Bundesland notwendig). Die Situation der „Begutachtung" hat an sich schon einen erniedrigenden Beigeschmack, die gelebte Praxis einer Beurteilung nach einer kurzen (z. B. 10 Minuten dauernden!) Befragung wird oft als willkürliche Entscheidung erlebt und verstärkt zudem das Gefühl der Abhängigkeit und des Ausgeliefertseins, was zusätzlich Stress und Angst erzeugt und kontraproduktiv für die Rehabilitation ist.

Als Grundproblem für diese Erfahrungen wird die Koppelung des Reha-Geldes an die Rehabilitationsleistungen (und den Rehabilitationserfolg) gesehen. Die Existenzsicherung sollte jedenfalls unabhängig von der Inanspruchnahme von (derzeit z. T. noch sehr unpassenden) Unterstützungsangeboten und Rehabilitationserfolg sein, um einen zusätzlichen, strukturell bedingten Leistungsdruck und Ängste zu vermeiden. Um den prekären finanziellen Verhältnissen entgegenzusteuern, ist jedenfalls auch eine Indexanpassung der Bezüge notwendig.

Die Reha-Angebote sollen nicht nur ausgebaut und an den Bedarf angepasst, sondern schließlich auch entsprechend evaluiert werden. Bei der Planung bis einschließlich der Evaluierung sollen Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung mitwirken, um bundesweite Qualitätsstandards für ein nutzerorientiertes Reha-Angebot in Österreich zu gewährleisten.

Glossar

Empowerment: bezeichnet den Prozess der Selbstermächtigung von Personen zur Erlangung eines selbstbestimmten Lebens

EX-IN („Experienced Involvement"): Ausbildungsprogramm, das auf dem individuellen Erfahrungswissen aufbaut und Menschen mit Psychiatrieerfahrung zur Mitarbeit in psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen und Diensten qualifiziert[52]

Home-Treatment: Home-Treatment ist eine Form der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team, die eine stationäre Aufnahme ersetzt oder verkürzt, indem sie psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit entsprechender Indikation im häuslichen Umfeld angeboten wird (Wolf/Grössmann 2020).

Open Dialogue („Offener Dialog"): Open Dialogue ist eine Methode aus Finnland, bei der Therapieplanung und Kommunikation im Rahmen von Netzwerkgesprächen zwischen der Person in der Krise, dem behandelnden Team sowie ausgewählten Personen aus dem sozialen Netzwerk stattfinden.

Peer-Arbeit (engl. peer work): umfasst alle Tätigkeitsfelder von Peers – Peer-Beratung, Begleitung und Unterstützung, Genesungsbegleitung, Unterrichtstätigkeit bzw. Coaching für unterschiedliche Zielgruppen

Peer-Beratung (engl. peer counceling): Beratungstätigkeit durch Peers

Peer-Begleitung (engl. peer support): Begleitung und Unterstützung durch Peers

Peer-Beteiligung (engl. peer involvement): „Peer Involvement" bedeutet übersetzt die Einbeziehung und das Engagement von Peers. Als Überbegriff umfasst dies alle Formen der Beteiligung in Beratung, Begleitung und Unterstützung sowie Lehr- und Forschungstätigkeit, Interessenvertretungsaktivitäten und Mitarbeit in Gremien.

Peer-Lehre (engl. peer education): Unterrichtstätigkeit/Coaching für unterschiedliche Zielgruppen (z. B. Gesundheitsberufe, Kinder und Jugendliche)

Recovery: Unter „Recovery" wird der Weg zu einem befriedigenden, hoffnungsvollen und sozial eingebetteten Leben, gegebenenfalls innerhalb der krankheitsbedingten Grenzen, bezeichnet (Anthony 1993).

S3-Leitlinie: S3-Leitlinien sind medizinische Leitlinien, die Empfehlungen auf der Basis von Evidenz und eines strukturierten Konsenses für Ärztinnen und Ärzte sowie andere für die Betreuung und Behandlung relevante Berufsgruppen beinhalten[53].

[52] siehe EX-IN Österreich: https://www.ex-in.at/ [Zugriff am 07.04.2025]

[53] aktuelle Leitlinien der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN): https://register.awmf.org/de/leitlinien/aktuelle-leitlinien/fachgesellschaft/038 [Zugriff am 27.02.2025]

Shared Decision-Making: ist eine Form der partnerschaftlichen Kommunikation zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patient:in, bei der Informationen ausgetauscht und Entscheidungen bezüglich Behandlung und Unterstützung gemeinsam getroffen werden

Transition: Unter dem Begriff „Transition" versteht man den Übergang von der Jugend ins Erwachsenenalter – eine Phase, die mit bedeutenden Entwicklungsaufgaben einhergeht (Fegert et al. 2016). Im Kontext der psychiatrischen Versorgung wird unter „Transition" der Übergang von der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Erwachsenenpsychiatrie verstanden.

Literatur

ÄAO (2015): Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015) geändert wird (4. Novelle der ÄAO 2015), BGBl. II Nr. 120/2024, in geltender Fassung

Amering, Michaela; Mikus, Monika; Steffen, Sigrid (2012): Recovery in Austria: mental health trialogue. In: International Review of Psychiatry 24/1:11-18

Becka, Silvia; Schauppenlehner, Matthias (2011): Integrierte Versorgung – Aufbruch zu neuen Wegen – verkürzte Fassung. In: Soziale Sicherheit Online April 2011:1-9

Bergström, T.; Seikkula, J.; Alakare, B.; Kurtti, M.; Köngäs-Saviaro, P.; Löhönen, E.; Miettunen, J.; Mäkiollitervo, H.; Taskila, J. J.; Virta, K.; Valtanen, K. (2022): The 10-year treatment outcome of open dialogue-based psychiatric services for adolescents: A nationwide longitudinal register-based study. In: Early Interv Psychiatry 16/12:1368-1375

BMG (2013): Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit. Empfehlungen des Beirats für psychische Gesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit. Fassung vom 21. Juni 2013. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

BMG (2015): Positionspapier des Beirates für psychische Gesundheit zu Inhalten der Gesundheitsreform – Zielsteuerung. unveröffentlicht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

BMSGPK (2020): Patientinnen/Patienten-Information über die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

BMSGPK (2022a): Gesundheitsziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit fördern. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

BMSGPK (2022b): Nationaler Aktionsplan Behinderung 2022–2030. Österreichische Strategie zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

BMSGPK (2024): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023. inklusive Großgeräteplan. gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 15. Dezember 2023 inklusive der bis 18. Oktober 2024 beschlossenen Anpassungen. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Ciompi, Luc; Hoffmann, Holger; Broccard, Michel (2001): Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet. 1. Aufl., Hans Huber, Bern

DGPPN (2018a): S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen" (Langversion – Fassung vom 10.09.2018). Berlin, Springer

DGPPN (2018b): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Aufl. 2. Auflage. Berlin, Springer

DGPPN (2019): S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung. Berlin, Springer

DGSP (2014): Neuroleptika reduzieren und absetzen Eine Broschüre für Psychose-Erfahrene, Angehörige und Professionelle aller Berufsgruppen. Hg. v. e.V., Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie.

EU und WHO Europe (2008): Europäischer Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden. In: Europäische Union (Hg.): Hochrangige Eu-Konferenz Gemeinsam für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden, Brüssel. 12.-13. 6.2008, Europäische Union, World Health Organization Europe

Fava, Giovanni Andrea (2023): Antidepressiva absetzen: Anleitung zum personalisierten Begleiten von Absetzproblemen. Schattauer, Stuttgart

Fegert, Jörg M; Hauth, Iris; Banaschewski, Tobias; Freyberger, Harald J (2016): Transition From Adolescence to Adulthood: The Challenges to Establish "Transition Psychiatry". Key Issues Paper by DGKJP and DGPPN Available online at: https://wwwescapeu/events/past-escap-congresses/geneva/duplicate-of-madridkeynote-and-symposiums/transitions-from-adolescence-to-adulthood-keyissue-paper

GKV; PKV; GKV (2021): Gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen gemäß § 115d Absatz 4 SGB V Hg. v. GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.

Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Nowotny, Monika; Tanios, Aida; Kapusta, Nestor (2017): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Gründer, Gerhard (2024): Psychopharmaka absetzen? Warum, wann und wie? 2. Aufl., Urban & Fischer/Elsevier GmbH, München

Hammerschick, Walter; Mayrhofer, Hemma; Fritsche, Andrea; Fuchs, Walter (2019): Zur Unterbringung psychisch kranker Menschen: Rechtsanwendung und Kooperationszusammenhänge. Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie, Wien

Herrman, Helen; Allan, John; Galderisi, Silvana; Javed, Afzal; Rodrigues, Maria; Care, WPA Task Force on Implementing Alternatives to Coercion in Mental Health (2022): Alternatives to coercion in mental health care: WPA Position Statement and Call to Action. Wiley Online Library

HVB (2012): Psychische Gesundheit. Strategie der Österreichischen Sozialversicherung. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien

Jané-Llopis, Eva; Anderson, Peter (2005): Mental health promotion and mental disorder prevention: A policy for Europe. Radboud University Nijmegen, Nijmegen

Kempker, Kerstin (Hg.) (1998): Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus. Lehmann, Antipsychiatrieverlag, Berlin

Kern, Daniela; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Sagerschnig, Sophie; Valady, Sonja (2018): Indikatoren zur stationären und außerstationären psychosozialen Versorgung. Hg. v. GmbH, Gesundheit Österreich, Wien

Kern, Daniela; Nowotny, Monika (2024): Stand der Peer-Arbeit in Österreich. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien

Kofahl, Christopher; Trojan, Alf (2025): Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeförderung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Hg. v. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG).

Landespsychiatriebeirat (2022): Peer Support in Sozialpsychiatrischen Angeboten Vorarlbergs. Fachkonzept Peer Support der Arbeitsgruppe Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung des Landespsychiatriebeirates 2022. Amt der Vorarlberger Landesregierung Abteilung Soziales und Integration, Bregenz

Lehmann, Peter (Hg.) (2019): Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern. Hg. v. Antipsychiatrieverlag, Peter Lehmann. Berlin

Lehmann, Peter; Newnes, Craig (Hg.) (2023): Psychopharmaka reduzieren und absetzen. Praxiskonzepte für Fachkräfte, Betroffene, Angehörige. Psychiatrieverlag, Köln

Mahler, Liselotte; Jarchov-Jàdi, Ina; Montag, Christiane; Gallinat, Jürgen (2014): Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontex. Psychiatrie Verlag GmbH, Köln

Ministerratsbeschluss vom 13. März 2024: „Lohn statt Taschengeld" Inklusive Beschäftigung am Arbeitsmarkt, 91/9

Monitoringausschuss, Tiroler (2021): Psychosoziale und sozialpsychiatrische Versorgung in Tirol – wohin? Eine Stellungnahme des Tiroler Monitoringausschusses zur Förderung, zum Schutz und zur Überwachung der Durchführung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Land Tirol, Innsbruck

Monitoringaussschuss, Steiermärkischer (2022): Empfehlung zum Thema „Inklusion der Peerarbeit in der psychosozialen Versorgung der Steiermark". Land Steiermark, Graz

Nowotny, Monika; Puhm, Alexandra; Strizek, Julian (Hg.) (2025): Empfehlungen zur Reduktion kultureller Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung Gesundheit Österreich, Wien

Österreich, Republik (2025): Regierungsprogramm 2025-2029. Jetzt das Richtige tun. Für Österreich. BKA, Wien

Puhm, Alexandra; Nowotny, Monika; Strizek, Julian (Hg.) (2023): Empfehlungen zur Reduktion von Selbststigmatisierung im Kontext psychischer Erkrankungen. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Gesundheit Österreich, Wien

Puhm, Alexandra; Strizek, Julian; Nowotny, Monika (2025): Empfehlungen für ein koordiniertes Vorgehen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Bericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Gesundheit Österreich, Wien

Rojatz, Daniela; Antosik, Jennifer; Ecker, Sandra; Fenz, Lydia; Haas, Sabine (2023): Social Prescribing. Entwurf eines Idealmodells für Österreich. Wissenschaftlicher Bericht. Gesundheit Österreich, Wien

Schlimme, Jann E.; Scholz, Thelke; Seroka, Renate (2019): Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen. Psychiatrie Verlag, Köln

Seikkula, Jaakko; Aaltonen, Jukka; Alakare, Birgittu; Haarakangas, Kauko; Keränen, Jyrki; Lehtinen, Klaus (2006): Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. Taylor & Francis, 214-228

Seikkula, Jaakko; Alakare, Birgitta; Aalotonen, Jukka; Holma, Juha; Rasinkangas, Anu; Lehtinen, Ville (2003): Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. In: Ethical Human Sciences & Services 5/3:163-182

Seikkula, Jaakko; Alakare, Birgitta; Aaltonen, Jukka (2011): The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. In: Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches 3/3:192-204

Sheridan Rains, L.; Zenina, T.; Dias, M. C.; Jones, R.; Jeffreys, S.; Branthonne-Foster, S.; Lloyd-Evans, B.; Johnson, S. (2019): Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. In: Lancet Psychiatry 6/5:403-417

SO-PSY (o. D.): "No Force First": Positionspapier der Deutschschweizer Sektion der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SO-PSY) zum Thema Reduktion von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie. Hg. v. Sozialpsychiatrie, Schweizerischen Gesellschaft für, Bern

Stastny, Peter; Lovell, Anne M; Hannah, Julie; Goulart, Daniel; Vasquez, Alberto; O'Callaghan, Seana; Pūras, Dainius (2020): Crisis Response as a Human Rights Flashpoint: Critical Elements of Community Support for Individuals Experiencing Significant Emotional Distress. In: Health and Human Rights Journal 22(1):105-119

Tupy, Christopher; Hofer, Hans-Jörg; Moser, Sigrid; Kennerth, Elmar; Gasser, Dorothea (2024): Berufs- und Tätigkeitsprofil: Peer-Arbeiter:innen im psychosozialen Bereich. Dachverband IDEE Austria, Wien

UbG 1990: 155. Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz – UbG), BGBl. Nr. 155/1990, in der geltenden Fassung

UN-BRK (2008): Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie das Fakultativprotokoll zum Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen StF: BGBl. III Nr. 155/2008 (NR: GP XXIII RV 564 VV S. 67. BR: AB 7986 S. 759.), in der geltenden Fassung

universalRAUM (2012): Evidenzbasiertes Planungshandbuch Psychiatrie. Bd. 1. Universalraum GmbH, Dresden

Voss, Martin (2023): Soteria - Milieutherapie im Krankenhaus. Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke (APK), Vortrag, Berlin

WHO (2013a): Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Weltgesundheitsorganisation Regionalkomitee für Europa 63 Tagung. WHO Regionalbüro für Europa, Çeşme, Türkei

WHO (2013b): Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization, Geneva

WHO (2021): Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. World Health Organization, Geneva

Wolf, Sarah; Grössmann, Nicole (2020): Home-Treatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine Analyse zur Wirksamkeit und möglichen Implementierung in Österreich. AIHTA Projektbericht Nr.: 129 HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH, Wien

Zechmeister-Koss, Ingrid; Goodyear, Melinda; Tüchler, Heinz; Paul, Jean L. (2020): Supporting children who have a parent with a mental illness in Tyrol: a situational analysis for informing co-development and implementation of practice changes. In: BMC Health Serv Res 20/1:326

Zinkler, Martin (2023): Non-coercive techniques for the management of crises in mental health settings in Germany—a narrative review. In: International Review of Psychiatry 35/2:201-208

Zinkler, Martin; Waibel, Michael (2019): Auf Fixierungen kann in der klinischen Praxis verzichtet werden – ohne dass auf Zwangsmedikation oder Isolierungen zurückgegriffen wird. In: Psychiatr Prax 46/S 01:S6-S10