

Empfehlungen zur Reduktion struktureller Stigmatisierung psychischer Erkrankungen

Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,
des Fonds Gesundes Österreich und des Dachverbands der Sozialversicherungsträger



Empfehlungen zur Reduktion struktureller Stigmatisierung psychischer Erkrankungen

Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung

Autorinnen, Autoren und Mitwirkende in Arbeitsgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):

Michaela Amering (MUW)
Stefanie Brunmayr (BMKÖS)
Irene Burdich (HPE)
Petra Derler (IdEE Wien)
Andreas Eckwolf (BMAW)
Anna Fox (BMSGPK)
Michael Ganner (Universität Innsbruck)
Dorothea Gasser (TIPSI)
Johannes Gregoritsch (DVSV)
Karin Gutiérrez-Lobos (MUW)
Magdalena Hahn (Behindertenanwaltschaft)
Julia Haimburger (Belvedere Museum Wien)
Julia Häußler (Kunsthistorisches Museum Wien)
Estera Ianchis (IdEE Wien)
Barbara Jagsch (Freiräume)
Kathrin Kneissel (BMKÖS)
Joy Ladurner (GÖG)
Ingrid Machold (Freiräume)
Martin Marlovits (VertretungsNetz)
Ursula Naue (Uni Wien, Institut für Politikwissenschaft)
Grainne Nebois-Zeman (VertretungsNetz)
Monika Nowotny (GÖG)
Alexandra Puhm (GÖG)
Michael Steffen (VertretungsNetz)
Michaela Steurer (Freiräume)
Monika Stockinger (HPE)
Barbara Stüwe-Eßl (IG Freie Theater)
Julian Strizek (GÖG)
Christopher Tupy (IDEE Austria)
Andreas Vranek (DVSV)

Redaktionelle Bearbeitung:

Julian Strizek (GÖG)

Monika Nowotny (GÖG)

Alexandra Puhm (GÖG)

Fachliche Begleitung durch das BMSGPK:

Christina Dietscher

Anna Fox

Valerie Lust

Sandra Macher

Constantin Zieger

Projektassistentz:

Matea Mijić

Expertinnen und Experten der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung (Stand 2020):

Michaela Amering (MUW), Josef Baumgartner (BMSGPK), Stefanie Brunmayr (BMKÖS), Irene Burdich (HPE), Christina Dietscher (BMSGPK), Andreas Eckwolf (BMAW), Anna Fox (BMSGPK), Michael Ganner (Universität Innsbruck), Dorothea Gasser (TIPSI), Ludmilla Gasser (BMSGPK), Alexander Grabenhofer-Eggerth (GÖG), Alfred Grausgruber (JKU), Johannes Gregoritsch (DVSU), Wolfgang Grill (LK Hollabrunn, Bündnis gegen Depression), Henriette Gschwendtner (EXIT-sozial), Karin Gutiérrez-Lobos (MUW), Beatrix Haller (BMBWF), Julia Häußler (Kunsthistorisches Museum Wien), Claudia Hogl (Kunsthistorisches Museum Wien), Estera Ianchis (IdEE Wien), Angela Ibelshäuser (Bündnis gegen Depression, pro mente tirol), Barbara Jagsch (Freiräume), Günther Klug (pro mente Austria), Kathrin Kneissel (BMKÖS), Joy Ladurner (GÖG), Angela Mach (Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH), Ingrid Machold (Freiräume), Karin Miller-Fahringer (BMSGPK), Eleonore Miller-Reiter (PSD Wien), Robert Moosbrugger (JKU), Michael Musalek (SFU), Ursula Naue (Institut für Politikwissenschaft der Universität Wien), Grainne Nebois-Zeman (VertretungsNetz), Elke Niederl (BMSGPK), Monika Nowotny (GÖG), Gerlinde Rohrauer-Näf (FGÖ), Michael Steffen (VertretungsNetz), Christine Steger (Monitoringausschuss), Michaela Steurer (Verein Freiräume), Julian Strizek (GÖG), Johannes Ströhle (Verein omnibus), Barbara Stüwe-Eßl (IG Freie Theaterarbeit), Benedikt Till (Zentrum für Public Health MUW), Christopher Tupy (IDEE Austria), Andreas Vranek (DVSU)

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen der Auftraggeber wieder.

Wien, im März 2025

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, des Fonds Gesundes Österreich und des Dachverbands der Sozialversicherungsträger

Zitiervorschlag: Strizek, Julian; Nowotny, Monika; Puhm, Alexandra (Hg.) (2025): Empfehlungen zur Reduktion struktureller Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/21/5061

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

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zu den Nachhaltigkeitszielen (SDG) 1, „Armut in all ihren Formen und überall beenden“, SDG 3, „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“, SDG 4, „Inklusive, gleichberechtigte und hochwertige Bildung gewährleisten und Möglichkeiten lebenslangen Lernens für alle fördern“, SDG 8, „Dauerhaftes, breitenwirksames und nachhaltiges Wirtschaftswachstum, produktive Vollbeschäftigung und menschenwürdige Arbeit für alle fördern“, SDG 10, „Ungleichheit in und zwischen Ländern verringern“, sowie SDG 16, „Friedliche und inklusive Gesellschaften für eine nachhaltige Entwicklung fördern, allen Menschen Zugang zur Justiz ermöglichen und leistungsfähige, rechenschaftspflichtige und inklusive Institutionen auf allen Ebenen aufbauen“.

Kurzfassung

Hintergrund

Aufgrund der weitreichenden Folgen und der Komplexität des Phänomens Stigma haben das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und der Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV) ein bundesweites Expertengremium, die „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“, eingerichtet. Diese hat – einem Mental-Health-in-All-Policies-Ansatz (MHiAP) folgend – die Expertise aus Wissenschaft, psychosozialer Versorgungspraxis, Verwaltung, Kultur, Medien und Erfahrungswissen zum Thema gebündelt und auf der Basis bestehender Evidenz, orientiert an Best-Practice-Beispielen und aufbauend auf Bestehendem, ein koordiniertes multistратегisches Vorgehen gegen das Stigma psychischer Erkrankungen in Österreich entwickelt.

Methode

Seit 2020 arbeitet die Kompetenzgruppe an einem Empfehlungskatalog: Dabei wurde Stigma entlang von vier Ebenen analysiert: Selbststigmatisierung, direkte Stigmatisierung, strukturelle Stigmatisierung und kulturelle Stigmatisierung. Für jede Ebene wurden mit Unterstützung durch externe Expertinnen und Experten Empfehlungen formuliert, die jeweils in einem eigenen Zwischenbericht veröffentlicht werden. Diese Empfehlungen wurden auf Basis ausgewählter Artikel der UN-Behindertenrechtskonvention mit besonderer Relevanz für die Zielgruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen gruppiert.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 59 Empfehlungen für Maßnahmen gegen strukturelle Stigmatisierung formuliert. Eine Begründung für diese Empfehlungen wird jeweils durch eine kurze Beschreibung der Ausgangslage abgeleitet.

Schlussfolgerungen

Der vorliegende Zwischenbericht richtet sich primär an politische Entscheidungsträger:innen und Verwaltungsvertreter:innen mit Entscheidungskompetenzen in unterschiedlichen Politik- und Verwaltungsressorts. Seine Ergebnisse sollen dort Eingang in politische Strategie- und Planungsüberlegungen finden. Sie stehen aber auch Vertreterinnen und Vertretern anderer gesellschaftlicher Bereiche zur weiteren Verwendung zur Verfügung und spiegeln das Ergebnis der Arbeiten der Kompetenzgruppe zur Ebene Selbststigmatisierung wider. Der Zwischenbericht dient sodann der Kompetenzgruppe als eine Grundlage für die Entwicklung eines koordinierten multistратегischen Vorgehens, bei dem in weiterer Folge eine Auswahl von Maßnahmen aus allen vier Ebenen getroffen wird, von der größtmögliche Synergien zu erwarten sind.

Schlüsselwörter

Stigma, strukturelle Stigmatisierung, Diskriminierung, psychische Erkrankung, Inklusion, Mental Health in All Policies, Policyentwicklung

Summary

Background

The stigma of mental illness is characterised by far-reaching consequences and a high level of complexity. To deal with this issue, a nationwide expert committee, the “Kompetenzgruppe Entstigmatisierung” (Competence Group on Destigmatisation), was established by the Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection (BMSGPK), the Austrian Health Promotion Fund “Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)” and the Association of Social Insurance Funds “Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV)”. Guided by a Mental Health in All Policies (MHiAP) approach, the expert committee pools expertise from science, mental health care practice, public administration, arts and culture, media and lived experience. It aims to develop a multilevel strategy to reduce mental illness stigma, based on evidence, best practice and building on existing projects and programmes in Austria.

Methods

In 2020 the “Kompetenzgruppe Entstigmatisierung” started working on a catalogue of recommendations using a systematic analytical approach. In this effort, stigma was analysed on four levels: self-stigmatisation, interpersonal stigmatisation, structural stigmatisation, and cultural stigmatisation. With the support of external experts, recommendations were set up for each stigma level. Results are published in four interim reports. Recommendations for the reduction of structural stigmatisation are organised in relation to the articles of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities relevant for the target group of people with mental illness.

Results

A total of 59 recommendations to combat the structural stigma of mental illness were identified. A justification for these recommendations is derived from a brief description of the initial situation.

Conclusion

This interim report primarily addresses decision-makers in a variety of relevant policy and administration departments. Results should be considered in public policy development and planning but may also serve other stakeholders and groups. This report is a result of the expert committee’s work and will subsequently serve as an input in the development of a multilevel recommendation package. Selected recommendations from all four levels of stigma will be combined and prioritised to effectively reduce the stigma of mental illness in Austria.

Keywords

stigma, structural stigmatisation, discrimination, mental illness, inclusion, Mental Health in All Policies, policy development

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary.....	IV
Abkürzungen.....	VII
1 Einleitung	1
2 Querschnittsthemen	4
2.1 Ausgangslage	4
2.2 Empfehlungen	5
3 Gesundheit	7
3.1 Ausgangslage	7
3.2 Empfehlungen	10
3.2.1 Gesundheitsversorgung allgemein.....	10
3.2.2 Psychosoziale Versorgung	10
3.2.3 Somatische Versorgung.....	13
4 Rehabilitation.....	14
4.1 Ausgangslage	14
4.2 Empfehlungen	14
5 Bildung	16
5.1 Ausgangslage	16
5.2 Empfehlungen	17
6 Arbeit und Beschäftigung.....	18
6.1 Ausgangslage	18
6.2 Empfehlungen	19
7 Angemessener Lebensstandard und Sozialschutz.....	21
7.1 Ausgangslage	21
7.2 Empfehlungen	22
8 Selbstbestimmtes Leben und Inklusion in die Gemeinschaft.....	23
8.1 Ausgangslage	23
8.2 Empfehlung	24
9 Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport	26
9.1 Ausgangslage	26
9.2 Empfehlungen	26
10 Persönlichkeitsrechte.....	27
10.1 Ausgangslage	27
10.2 Empfehlungen	29
11 Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben	31
11.1 Ausgangslage	31
11.2 Empfehlungen	32
12 Barrierefreiheit.....	33
12.1 Ausgangslage	33
12.2 Empfehlungen	34

13	Bewusstseinsbildung	35
13.1	Ausgangslage	35
13.2	Empfehlungen	36
14	Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaft	37
14.1	Ausgangslage	37
14.2	Empfehlungen	38
15	Statistik und Datensammlung.....	39
15.1	Ausgangslage	39
15.2	Empfehlungen	40
	Literatur.....	41

Abkürzungen

ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
Abs.	Absatz
AMS	Arbeitsmarktservice
Art.	Artikel
BBG	Bundesbehindertengesetz
BEinstG	Behinderteneinstellungsgesetz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGStG	Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMKÖS	Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
dzt.	derzeit
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
ELCO	Elterncoaching
ErwV	Erwachsenenvertretung
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions (Gemeinschaftsstatistiken zu Einkommen und Lebensbedingungen)
EX-IN	Experienced Involvement
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
ggf.	gegebenenfalls
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
Hg.	Herausgeber:innen / herausgegeben
HPE	Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter
IdEE	Interessenvertretung der Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten
IG	Interessengemeinschaft
insb.	insbesondere
IPS	Individual Placement and Support

i. S. d.	im Sinne des
i. w. S.	im weiteren Sinne
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KICO	Kindercoaching
KIPKE	Beratung von Kindern mit psychisch kranken Eltern
KV	Krankenversicherung
LOK	Leben ohne Krankenhaus
MHiAP	Mental Health in All Policies
MRK	Menschenrechtskonvention
MUV	Medizinische Universität Wien
MVAG	Maßnahmenvollzugsanpassungsgesetz
MVZ	Maßnahmenvollzug
NAP	Nationaler Aktionsplan bzw. Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie
NÖ	Niederösterreich
Nr.	Nummer
o. Ä.	oder Ähnliches
OGH	Oberster Gerichtshof
OÖ	Oberösterreich
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
RIS	Rechtsinformationssystem
RSG	Regionale Strukturpläne Gesundheit
SDG	Sustainable Development Goals
StGB	Strafgesetzbuch
SYMPA	systemtherapeutische Methoden psychiatrischer Akutversorgung
TIPSI	Tiroler Interessenverband für psychosoziale Inklusion
u. a.	unter anderem
UbG	Unterbringungsgesetz
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
u. v. m.	und vieles mehr
WPA	World Psychiatric Association
Z	Zahl
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Was ist strukturelle Stigmatisierung?

Unter struktureller Stigmatisierung werden institutionalisierte Formen der Benachteiligung, eine ungleiche Ressourcenverteilung oder eine für die stigmatisierte Personengruppe benachteiligende Gesetzgebung verstanden. Entsprechend können z. B. eine schlechtere somatische Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, eine fehlende Therapiekostenübernahme bei psychischen Erkrankungen sowie ein fehlender Rechtsanspruch auf Teilzeitkrankensstand oder Beschränkungen im Berufsrecht als Formen einer strukturellen Stigmatisierung betrachtet werden.

Strukturelle Stigmatisierung ist deswegen ein wichtiger Begriff für ein umfassendes Verständnis der Benachteiligung bestimmter Personengruppen, weil er in den Blick nimmt, dass Benachteiligung und Diskriminierung auch außerhalb des (intuitiv leichter zugänglichen) Handlungsmodells direkter Stigmatisierung stattfinden (vgl. Link/Phelan 2001). Einfacher ausgedrückt: Stigmatisierung kann auch stattfinden, ohne dass eine Person einer anderen Person gegenüber schlechte Absichten hegt oder explizit diskriminierende Handlungen setzt. Das liegt daran, dass Stigma in rechtlichen, gesellschaftlichen oder institutionellen Rahmenbedingungen verankert ist, die Handlungsmöglichkeiten, Ressourcenverteilung und letztlich auch das Wohlbefinden von Individuen mitbestimmen (Hatzenbuehler 2016).

Im Gegensatz zu direkter Stigmatisierung ist strukturelle Stigmatisierung häufig weniger sichtbar und versteckt hinter der scheinbar alltäglichen Praxis in Institutionen und in deren Regeln (Krupchanka/Thornicroft 2017). Strukturelle Stigmatisierung kann zur Wahrung von Interessen bestimmter Gruppen eingesetzt werden. Sie ist deswegen so effektiv, weil es meistens nicht möglich ist, dafür eindeutig verantwortliche Handelnde festzumachen (Link/Phelan 2014).

Strukturelle Stigmatisierung erscheint in verschiedenen Ausprägungen, kann sowohl in einem sehr umfassenden (nationale Gesetzgebung) als auch in einem eingeschränkten (Hausordnung) Geltungsbereich verortet sein und unterschiedliche Lebensbereiche betreffen (z. B. Wohnen, Bildung, Gesundheitsversorgung). Strukturelle Stigmatisierung kann sich sowohl im Vorhandensein diskriminierender Rahmenbedingungen äußern als auch in der Abwesenheit adäquater Schutz- bzw. Unterstützungsmaßnahmen (Hatzenbuehler, Mark L/Link, Bruce G 2014).

Was kann getan werden, um strukturelle Stigmatisierung zu reduzieren?

Um Maßnahmen gegen strukturelle Stigmatisierung setzen zu können, ist es zunächst erforderlich, jene diskriminierenden Prozesse sichtbar zu machen, die nicht unmittelbar zu erkennen sind. Dazu tragen in dem vorliegenden Bericht die Beschreibungen der Ausgangslagen bei, die zu den Empfehlungen hinleiten.

Interventionen auf der strukturellen Ebene sollen die gesellschaftlichen Bedingungen ändern, die zu Benachteiligungen führen. Dies ist durch unterschiedliche Interventionen möglich, sei es in Form des Schutzes von Freiheitsrechten, des Schutzes vor Diskriminierung oder des Abbaus von Zugangsbarrieren seitens der öffentlichen Verwaltung in verschiedenen Versorgungsbereichen, z. B. im Bildungs-, Gesundheits- oder Wohnungswesen (Hatzenbuehler, Mark L/Link, Bruce G

2014). Auch Maßnahmen auf institutioneller Ebene, die zur Förderung von Chancengerechtigkeit und zur Anerkennung von Vielfalt beitragen, können als Interventionen gegen strukturelle Stigmatisierung betrachtet werden (Cook et al. 2014).

Der Vorteil von Interventionen auf struktureller Ebene liegt darin, dass sie positive Auswirkungen auf eine Vielzahl von Personen haben können. Strukturelle Veränderungen werden teilweise auch als Voraussetzung dafür erachtet, dass Interventionen auf individueller Ebene überhaupt wirksam werden können und im besten Fall eine Kaskade von Folgeeffekten auf „darunterliegenden Ebenen“ in Gang setzen (Cook et al. 2014). Allerdings kann jede Intervention auf struktureller Ebene auch nichtintendierte Konsequenzen nach sich ziehen, z. B. wenn nach Abbau rechtlicher Zugangsbarrieren finanzielle Hürden aufgebaut werden (Hatzenbuehler, Mark L./Link, Bruce G. 2014). Strukturelle Veränderungen sind nicht automatisch auch systemische Veränderungen. Wenn einzelne strukturelle Barrieren, ohne sie in einem Gesamtsystem zu kontextualisieren, adressiert werden, führt das mitunter lediglich zu Problemverschiebungen, nicht aber zu einem nachhaltigen Abbau von Diskriminierung.

Bestandteile und grundsätzliche Ausrichtung der Empfehlungen

Im Sinne der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) erarbeitet die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung (KE) ihre Empfehlungen partizipativ und erhebt die prinzipielle Forderung, dass im Kontext der österreichischen Anti-Stigma-Arbeit sämtliche Empfehlungen unter gleichberechtigter Einbindung von Erfahrungsexpertinnen und -experten sowie Vertreterinnen und Vertretern der Interessen Angehöriger psychisch erkrankter Menschen konzipiert und umgesetzt werden sollen (= dialogischer Ansatz).

Der Aufbau dieses Berichts ist ähnlich jenem der bisherigen Zwischenberichte (Nowotny et al. 2024; Puhm et al. 2023; Strizek et al. 2022). Der vorliegende Bericht enthält für jeden Bereich ein Zitat des jeweils relevanten Artikels der UN-BRK. Damit wird eine grundlegende Zielsetzung festgelegt. Es folgt eine Beschreibung der Ausgangslage, in der Missstände benannt und nach Möglichkeit mit wissenschaftlicher Evidenz unterlegt werden. Darauf aufbauend, folgt eine Liste von Empfehlungen zur Behebung dieser Missstände. Aufgrund des Gegenstands der Empfehlungen bzw. der Komplexität struktureller Veränderungen sind die Empfehlungen im vorliegenden Bericht nicht bereits mit konkreten Umsetzungsschritten unterlegt wie in den anderen Zwischenberichten¹.

Die vorliegenden Empfehlungen sind das Ergebnis der Arbeiten der Kompetenzgruppe zur Ebene strukturelle Stigmatisierung. Sie richten sich primär an politische Entscheidungsträger:innen in unterschiedlichen Politik- und Verwaltungsressorts und sollen dort Eingang in politische Strategie- und Planungsüberlegungen finden. Sie stehen aber auch Vertreterinnen und Vertretern anderer gesellschaftlicher Bereiche (z. B. Wissenschaft, Interessenvertretungen) sowie allen interessierten Personen zur weiteren Verwendung zur Verfügung. Diese Empfehlungen dienen im weiteren Projektverlauf zudem als eine Grundlage für ein koordiniertes multistategisches Vorgehen gegen Stigmatisierung. In weiterer Folge sollen sie mit jenen anderer Stigmaebenen kombiniert werden, um größtmögliche Synergien zu erzeugen.

¹ In den anderen Zwischenberichten wurden Überlegungen zur Umsetzung der jeweiligen Empfehlung – soweit dies im Rahmen des vorhandenen Expertenwissens möglich war – anhand der Subpunkte „nächste Schritte“, „Umsetzungspartner:innen“, „Finanzierung“ und „Art der Umsetzung“ noch detaillierter dargestellt.

Wie wurden die Empfehlungen zur Reduktion struktureller Stigmatisierung in Österreich entwickelt?

In der 6. Kompetenzgruppensitzung (3. September 2020) wurden im Rahmen von Vorträgen durch Expertinnen und Experten strukturelle Benachteiligungen dargestellt. Diese wurden gesammelt, und anschließend wurden alle Mitglieder der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung gebeten, anhand eines Rasters weitere strukturelle Benachteiligungen einzumelden. Dieses Raster orientierte sich an relevanten Artikeln der UN-BRK, was sich auch in der Kapitelstruktur des vorliegenden Berichts widerspiegelt. Beispiele wurden für unterschiedliche Verwaltungs-, Versorgungs- und Lebensbereiche genannt. Sie beziehen sich auf unterschiedliche Ebenen der strukturellen Stigmatisierung (Gesetzesebene, Policyebene, Institutionen, Organisationen). Die gesammelten Beispiele wurden im Rahmen von Arbeitsgruppen ausgearbeitet sowie priorisiert und im Rahmen der 7. Sitzung der Kompetenzgruppe am 11. November 2020 präsentiert. Danach wurde schriftliches Feedback von den Mitgliedern der Kompetenzgruppe eingeholt. Der vorliegende Bericht wurde zuletzt für eine weitere Feedbackrunde an Expertinnen und Experten der Arbeitsgruppen ausgeschickt und in eine Feedbackschleife zum Zweck der Freigabe seitens der Auftraggeber geschickt. Er ist somit das Ergebnis des beschriebenen Prozesses.

Hintergrund: Was ist und was tut die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung?

Die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung ist ein interdisziplinär, intersektoral und multiperspektivisch besetztes Expertengremium und wurde im Rahmen der Bearbeitung des österreichischen Gesundheitsziels 9, „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“, ins Leben gerufen. Diese Kompetenzgruppe soll – einem Mental-Health-in-All-Policies-Ansatz (MHiAP) folgend – die Expertise aus Wissenschaft, psychosozialer Versorgungspraxis, Verwaltung, Kultur, Medien und Erfahrungswissen zum Thema Entstigmatisierung bündeln und auf der Basis bestehender Evidenz und von Best-Practice-Beispielen ein koordiniertes multistategisches Vorgehen gegen das Stigma psychischer Erkrankungen entwickeln.² Die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung ist seit 2018 als laufendes Projekt an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) verankert, wird von dieser fachlich begleitet und vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und vom Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV) beauftragt, strategisch begleitet und finanziert. Großer Dank gebührt allen Expertinnen und Experten, die durch ihren Einsatz – im Rahmen ihrer Arbeitszeit in den entsendenden Organisationen und zum Teil auch unentgeltlich in ihrer Freizeit – die Erstellung dieser Empfehlungen ermöglicht haben.

² Zusätzlich dient die Kompetenzgruppe auch der Vernetzung unterschiedlicher Stakeholder:innen und der Sensibilisierung in Hinblick auf unterschiedliche Perspektiven und Zielsetzungen sowie als Austauschplattform zur Vorstellung laufender Projekte zum Thema Stigma in Österreich.

2 Querschnittsthemen

2.1 Ausgangslage

Die vorliegenden Empfehlungen orientieren sich an Strategiepapieren der Behindertenrechtsbewegung. Im Rahmen der UN-BRK wird die Gruppe der Menschen mit Behinderungen folgendermaßen definiert: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige³ 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.“ (BMSGPK 2016). Diese Gruppe umfasst also auch Menschen mit psychischen Erkrankungen, die länger als sechs Monate anhalten.

Benachteiligungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen werden an vielen Stellen des Nationalen Aktionsplans Behinderung in Form von Zielsetzungen und Empfehlungen adressiert (BMSGPK 2022). Zusätzlich wird die weitere Sensibilisierung aller relevanten Stakeholder:innen für die Wichtigkeit psychischer Gesundheit als eigenes Ziel formuliert. Dadurch kann auch dem Stigma psychischer Erkrankungen und der Benachteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Gesundheits- und Sozialsystem zukünftig besser entgegenwirkt werden.

Die Vielfalt der in den weiteren Ausführungen behandelten Lebens-, Verwaltungs-, und Versorgungsbereiche spiegelt die grundsätzliche Ausrichtung der Arbeiten der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung wider. Einem Mental-Health-in-All-Policies-Ansatz (MHiAP) folgend, wird dabei die Förderung psychischer Gesundheit in unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen verortet. Auch in anderen Verwaltungsbereichen kann maßgeblich auf Gesundheit Einfluss genommen werden – nicht zuletzt da im Umkehrschluss viele Gesellschaftsbereiche außerhalb des Gesundheitssystems auch von einer gesteigerten psychischen Gesundheit der Bevölkerung profitieren.

Analog dazu sind Hindernisse zur Erreichung psychischer Gesundheit (und somit die strukturelle Stigmatisierung) als Rahmenbedingungen, die Handlungsmöglichkeiten einschränken, nicht ausschließlich innerhalb des Gesundheitsbereichs zu adressieren. Ein koordiniertes gesamtgesellschaftliches Vorgehen zum Abbau struktureller Benachteiligungen in allen Lebensbereichen ist erforderlich. Auch soziale Exklusion ist ein gesamtgesellschaftliches Thema, dessen Bekämpfung folgerichtig auch eine breite strategische Ausrichtung erfordert.

Im Sinne der UN-BRK erarbeitet die Kompetenzgruppe ihre Empfehlungen partizipativ und empfiehlt prinzipiell, dass im Kontext der österreichischen Anti-Stigma-Arbeit sämtliche Interventionen unter gleichberechtigter Einbindung von Erfahrungsexpertinnen und -experten sowie Interessenvertreterinnen und -vertretern Angehöriger psychisch erkrankter Menschen konzipiert und umgesetzt werden sollen (= dialogischer Ansatz). Dieser Ansatz steht im Einklang mit Empfehlungen der Lancet Commission for Ending Stigma and Discrimination in Mental Health⁴ (Thornicroft

³ länger als sechs Monate

⁴ Die Lancet Commission for Ending Stigma and Discrimination in Mental Health bestand aus einem weltweiten Zusammenschluss von 50 Personen. Von zentraler Bedeutung ist hier, dass dabei nicht nur Personen aus der Wissenschaftler:innen, sondern auch Personen mit gelebter Erfahrung einbezogen wurden.

et al. 2022), in welchen eine partizipative Gestaltung von Anti-Stigma-Initiativen und Maßnahmen auf allen Ebenen (in Leitung, Planung, Entwicklung und Umsetzung von Programmen und Maßnahmen) als leitendes Prinzip definiert wird.

2.2 Empfehlungen

1. konsequente Berücksichtigung zielgruppenspezifischer **Problemlagen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Umsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderungen**
 - verstärkte Berücksichtigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der UN-BRK im Rahmen eines General Comments⁵
 - Grundsätze der UN-BRK sollen künftig auch in Bezug auf zielgruppenspezifische Problemlagen von Menschen mit psychischen Erkrankungen umfassend in Bundes- und Ländergesetze einfließen, und es bedarf einer Verpflichtung zu ihrer konsequenten Umsetzung.
 - verstärkte praktische Anwendung des Behindertengleichstellungsgesetzes auch auf Menschen mit psychischer Erkrankung – d. h. verstärkte Einbindung von Erfahrungsexpertise und Beachtung zielgruppenspezifischer Problemlagen psychisch erkrankter Menschen bei allen Maßnahmen und Bemühungen zur Umsetzung des Behindertengleichstellungsgesetzes
2. **Beteiligung von Erfahrungsexpertinnen/-experten (inkl. Angehöriger) als Standard** in Gesetzgebung, Forschung, Gesundheitsplanung, psychosozialer Versorgung und Ausbildung in Gesundheits-, Sozial- und pädagogischen Berufen sowie in der Weiterbildung wichtiger Gatekeeper:innen (z. B. Polizistinnen und Polizisten) implementieren. Das ausschließliche Informieren, Meinung-Erfragen oder Einholen von Lebensweltexpertise ist **keine hinreichende Form der Mitsprache**. Mitsprache beginnt erst dann, wenn auch **Mitbestimmung und Entscheidungsmacht übertragen werden**.
3. Erlassen von Gesetzen zur Einführung strukturierter Verfahren auf Bundes- wie auch Länderebene, durch die **Organisationen von Menschen mit Behinderungen (und Erfahrungsexpertinnen/-experten) verpflichtend in die Ausarbeitung und Umsetzung** von Gesetzen und Regelungen aktiv einzubeziehen sind, welche die Rechte von Menschen mit Behinderungen (i. w. S.) berühren⁶
4. **Reformierung von Begutachtungsprozessen** für Leistungen der Gesundheitsversorgung und des Sozialschutzes

⁵ Der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen veröffentlicht zu grundsätzlichen Fragen von Auslegung und Verständnis der UN-BRK „General Comments“ (deutsch: „Allgemeine Bemerkungen“), die in englischer Sprache auf seiner Website (<https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/crpd/general-comments>; zuletzt abgerufen am 15.10.2024) verfügbar sind.

⁶ vgl. dazu Z 14 der „Abschließenden Bemerkungen zum kombinierten zweiten und dritten periodischen Bericht Österreichs“ des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Vereinte Nationen 2023), verfügbar unter: <https://www.behindertenrat.at/wp-content/uploads/2023/12/UN-BRK-AT-Abschliessende-Bemerkungen-endg.-2023-09-28.pdf>, zuletzt abgerufen am 15.10.2024)

- Entwicklung am Bedarf von Nutzerinnen und Nutzern orientierter Kriterien für die Anspruchsvoraussetzungen und Befristung von Leistungen (z. B. Psychotherapie, Anspruch auf Reha, Pflegegeld, Prüfung auf Arbeitsfähigkeit, Pensionsansprüche, Reha-Geld)
 - Aufstockung der Zahl qualifizierter Gutachter:innen
 - Optimierung von Abläufen nach One-Stop-Shop-Prinzip unter Einbeziehung von Erfahrungsexpertinnen und -experten
5. **Etablieren neuer Strukturen und Finanzierungsmodelle (wie z. B. Fonds) für die intersektorale Zusammenarbeit** zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen
- Mittelbindung in allen Sektoren für intersektorale Projekte, die zur Beseitigung von (struktureller) Stigmatisierung beitragen
 - Setzen von Förderschwerpunkten (Fördertöpfe, Calls ...) für partizipative psychosoziale Praxis- und Forschungsprojekte durch die öffentliche Hand und im Rahmen privater Förderprogramme
6. **Stärkung der Bedeutung / Optimierung der Stellung psychischer Gesundheit in Policydokumenten in allen Politikbereichen (MHiAP)**

3 Gesundheit

UN-BRK Art. 25:

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

3.1 Ausgangslage

Jedes Jahr leidet rund ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung an psychischen Erkrankungen (Wagner et al. 2017; Wancata 2017). Psychische Erkrankungen gehören zu den führenden Ursachen krankheitsbedingter Behinderungen und zeitigen aufgrund des häufig frühen Krankheitsbeginns und, daraus resultierend, langer Krankheitsdauer hohe (indirekte) Kosten (Arias et al. 2022; Knapp/Wong 2020). Trotz der hohen Prävalenz und der volkswirtschaftlichen Kosten sind Prävention und Versorgung psychischer Erkrankungen im Vergleich zu somatischen Erkrankungen in nationalen Public-Health-Strategien unterrepräsentiert. Dies betrifft sowohl die Ressourcenausstattung von Versorgungsangeboten als auch die zugemessene Bedeutung in Planungs- und Policydokumenten.

In puncto Ressourcenausstattung bezieht sich dies erstens auf die unzureichende Bereitstellung von State-of-the-Art-Therapien aufgrund der Kontingentierung kassenfinanzierter Leistungen der Psychotherapie, zweitens auf eine für eine maßgebliche Reduktion von Zwangsmaßnahmen nach Unterbringungsgesetz (UbG) notwendige, aber noch unzureichende Personalausstattung im stationär psychiatrischen Bereich sowie drittens auf eine unzureichende Bereitstellung extramuraler Versorgungsangebote und Unterstützungssysteme (BMSGPK 2022). Es mangelt insbesondere an niederschweligen regionalen Krisen- bzw. Akuthilfeangeboten sowie alternativen Behandlungs- und Therapieangeboten (z. B. Open Dialogue⁷, Soteria⁸, Home-Treatment⁹) und inklusionsfördernden Angeboten (z. B. Social Prescribing¹⁰, Kunst auf Rezept¹¹ oder Angeboten ausgehend von zivilgesellschaftlichen Initiativen).

⁷ Offener Dialog ist ein alternativer Behandlungsansatz in akuten psychotischen Krisen zur Behandlung von Psychosen. Siehe z. B. Aderhold (2013), verfügbar unter <https://psychotherapie-wissenschaft.info/article/view/168/ORG04PDF> [abgerufen am 15.10.2024]

⁸ ein vom amerikanischen Psychiater Loren Mosher in den 1970er-Jahren gegründetes integratives Behandlungskonzept für Menschen mit psychotischen Störungen. Siehe z. B. Lehmann P. und Stastny, P. (2007): *Statt Psychiatrie 2*, Antipsychiatrie-Verlag

⁹ Behandlung, bei der ein Behandlungsteam akut psychiatrische Patientinnen/Patienten in deren gewohnter Umgebung versorgt. Siehe z. B. https://shpe-rlp.de/files/Martin_Zinkler_Wie_gewaltfreier_Umgang_in_der_Psychiatrie_moeglich_werden_kann-kompr.pdf [abgerufen am 15.10.2024]

¹⁰ Social Prescribing ist ein Interventionsansatz, bei dem Patientinnen in Hinblick auf ihre nichtmedizinischen (insb. sozialen, emotionalen oder praktischen) Bedürfnisse nichtmedizinische Maßnahmen und Aktivitäten zur Verbesserung ihres Wohlbefindens vermittelt bekommen. Siehe z. B. das GÖG-Factsheet unter https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/00_Fact%20Sheet_Social%20Prescribing_2019_bf.pdf [abgerufen am 15.10.2024]

¹¹ Kunst auf Rezept bezieht sich auf die Vermittlung künstlerischer Angebote zur Verbesserung des Wohlbefindens von Patientinnen und Patienten. Siehe <https://igkultur.at/international/kunst-auf-verschreibung-eine-neue-art-der-medizin> [abgerufen am 15.10.2024]

Ein weiteres strukturelles Problem ist die Fragmentierung des Versorgungssystems: Eine unübersichtliche Versorgungslandschaft, fehlendes Systemwissen und mangelndes Schnittstellenmanagement verhindern häufig eine kontinuierliche Versorgungskette für Menschen mit psychischen Erkrankungen und können sich negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken (z. B. Rüschi 2020). Überall dort, wo eine intersektorale Zuständigkeit für Erkrankungen gegeben ist, wird bereits an Konzepten einer integrierten Versorgung¹² gearbeitet (z. B. Österreichische Demenzstrategie¹³), und Pilotprojekte für unterschiedliche Zielgruppen werden verstärkt ins Leben gerufen (u. a. integrierte Versorgung Demenz¹⁴, ein Home-Treatment-Projekt für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen¹⁵). Angebote der integrierten Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind insbesondere für bestimmte Zielgruppen (z. B. alte Menschen), bei Komorbidität (somatisch und/oder psychiatrisch) oder bei Vorliegen sonstiger psychosozialer Belastungen (z. B. Fluchterfahrung, Wohnungslosigkeit, Diskriminierungserfahrungen) vonnöten und erfordern die Entwicklung ganzheitlicher Behandlungskonzepte. Eine ausführliche Darstellung von Kritikpunkten an der psychosozialen Versorgung in Wien und konkreter Verbesserungsmöglichkeiten dafür findet sich im Positionspapier der „Plattform Zukunft Psychiatrie“¹⁶.

Es fehlen zudem Qualitätsstandards zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen, bedarfsdeckenden und menschenrechtskonformen psychosozialen Versorgung. 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 hinsichtlich der Organisationskulturen, Standards und Prozesse, Therapieangebote sowie Personalschlüssel und -zusammensetzungen (Vernetzungsplattform in Vorbereitung).

Ein weiterer Punkt ist hier die durch die Sektorisierung in Versorgungsregionen fehlende Möglichkeit für Patientinnen/Patienten, das behandelnde Krankenhaus zu wählen. Die stark von der Wohnregion abhängige Versorgungsqualität kann speziell 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 nachteilig auf die weitere Inanspruchnahme psychosozialer Hilfsangebote und damit auch erheblich negativ auf den weiteren Krankheitsverlauf auswirken. Eine gewisse „Durchlässigkeit“ bezüglich der Wahl des Krankenhauses innerhalb des Bundeslandes bzw. der Abteilung/Station (im Sinne der freien Arztwahl) ist aufgrund individueller negativer Erfahrungen selbst bei vergleichbaren Standards von großer Bedeutung. Dies liegt u. a. darin begründet, dass insbesondere in der psychiatrischen Versorgung das Vertrauen zu den behandelnden Personen und eine gute, tragfähige Beziehung eine wichtige Rolle spielen (Vernetzungsplattform in Vorbereitung). Dies betrifft insbesondere auch die Übergangsphase von Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Erwachsenenpsychiatrie (und

¹² Integrierte Versorgung bedeutet eine bessere Vernetzung unterschiedlicher Einrichtungen, die sich um Patientinnen und Patienten kümmern. Ein verbessertes Zusammenspiel aller Akteurinnen und Akteure (Ärztinnen und Ärzte, Spitäler, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, Beratungsstellen, Familienangehörige und natürlich die Patientinnen und Patienten) sollen das Management insb. chronischer Erkrankungen erleichtern. Siehe auch <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.880214#:~:text=Integrierte%20Versorgung%20bedeutet%20im%20Gesundheitswesen,um%20Patientinnen%20und%20Patienten%20k%C3%BCmmern> [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

¹³ siehe <https://www.demenzstrategie.at> [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

¹⁴ siehe z. B. „Initiative Demenz braucht Kompetenz“ der Tirol Kliniken: https://www.demenzstrategie.at/de/Materialien/Praxisbeispiele/iPrExId_353.htm [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

¹⁵ siehe z. B. Home-Treatment in der Wiener Kinder- und Jugendpsychiatrie des PSD Wien: <https://psd-wien.at/home-treatment> [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

¹⁶ siehe <https://www.zukunftpsychiatrie.at> [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

in weiterer Folge auch zur Alterspsychiatrie), in der Betreuungskontinuität und zielgruppenspezifische Fachkenntnisse eine zentrale Rolle für die Flexibilisierung der zurzeit an starre Altersgrenzen gebundenen Zuständigkeiten spielen. Die Transitionspsychiatrie befindet sich derzeit in Österreich noch im Aufbau¹⁷.

Die in der psychosozialen Versorgung gültigen Versorgungs- und Behandlungskonzepte können ebenfalls eine strukturelle Stigmatisierung in sich bergen, zumal sie handlungsleitend sind und die Versorgungspraxis grundlegend prägen. Derzeit bestimmen medizinische Krankheitsmodelle und schulmedizinische Behandlungskonzepte die Ausrichtung der Praxis. Traditionelle Versorgungskonzepte und die damit verbundenen Praktiken (z. B. einseitige Fokussierung auf Erkrankungen, Symptome, Defizite und Prognosen, therapeutischer Pessimismus, hierarchische Arzt-Patient-Beziehung) können die Krankheitsbewältigung, den Recoveryprozess¹⁸ und gesellschaftliche Teilhabe behindern, anstatt sie zu fördern (Amsalem et al. 2018; Hamilton et al. 2016; Henderson et al. 2014; Mestdagh/Hansen 2014). Um eine UN-BRK-konforme Menschenrechts-, recovery- und ressourcenorientierte Praxis im Gesundheitssystem zu etablieren, ist es notwendig, ein Bewusstsein für die strukturelle Benachteiligung durch traditionelle Versorgungskonzepte zu schaffen sowie Versorgungsziele und -konzepte neu auszurichten und derart umzusetzen (Funk/Bold 2020).

Ein wichtiger Eckpfeiler für die Etablierung des Recoveryansatzes ist die Integration von Erfahrungsexpertise in die psychosoziale Versorgung durch Einsatz sogenannter Peerarbeiter:innen¹⁹ (Genesungsbegleiter:innen und Peerberater:innen). Obwohl in Österreich seit über zehn Jahren einschlägige Ausbildungen angeboten werden (siehe Kapitel 11), steckt die Beschäftigung von Peerarbeiter:innen in Einrichtungen der psychosozialen Versorgung im internationalen Vergleich erst in den Anfängen.

Angehörige können nicht nur eine bedeutende Rolle als Unterstützer:innen im sozialen Umfeld von Menschen mit psychischen Erkrankungen spielen, sondern sind auch seit Jahrzehnten weltweit Begründer:innen und Antriebsfeder der Mental-Health-Advocacy-Bewegung, die sich für die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzt. Insbesondere im deutschsprachigen Raum hat sich der Trialog als gleichberechtigter Austausch der Perspektiven Betroffener, Angehöriger und professioneller Helfer:innen seit nunmehr über drei Jahrzehnten als Reflexions- und Erkenntnismethode sowie als Basis für konstruktive Lösungsstrategien bewährt (Amering 2017). Durch Ausbau und systematischen Einsatz der trialogischen Herangehensweise kann die Qualität der Gesundheitsversorgung psychisch erkrankter Menschen in Österreich verbessert werden.

Insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, chronischen Verläufen und einem komplexen Unterstützungsbedarf spielt eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle für die Erlangung eines selbstbestimmten Lebens im Sinne der UN-BRK. Betroffene leiden häufiger an somatischen Erkrankungen und haben eine um 10–20 Jahre ver-

¹⁷ Es gibt in Wien derzeit zwei Transitionsstationen für 16- bis 25-jährige Patientinnen und Patienten (Klinik Floridsdorf und Klinik Hietzing).

¹⁸ Unter „Recovery“ wird der Weg zu einem befriedigenden, hoffnungsvollen und sozial eingebetteten Leben, gegebenenfalls innerhalb der krankheitsbedingten Grenzen, bezeichnet (Anthony 1993).

¹⁹ Im Folgenden wird die Bezeichnung Peerarbeiter:in als Überbegriff verwendet, der je nach dem spezifischen Ausbildungsangebot an manchen Stellen als Genesungsbegleiter:in bzw. Peerberater:in spezifiziert wird.

kürzte Lebenserwartung (Hewer/Schneider 2016; Schneider et al. 2019). Körperliche Leiden werden bei dieser Zielgruppe oft erst spät diagnostiziert oder nicht adäquat behandelt und Risikofaktoren seltener erkannt (Druss et al. 2001; Friedrich et al. 2015; Parks et al. 2006). Untersuchungen zeigen, dass die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im medizinischen Versorgungssystem deren Zugang zu einer adäquaten Behandlung wesentlich erschwert (Rüsch 2020). Menschen mit psychischen Erkrankungen nehmen seltener Unterstützungsleistungen in Anspruch, sind mit längeren Wartezeiten konfrontiert, erhalten unzureichende Aufklärung und werden von behandlungsrelevanten Entscheidungen ausgeschlossen. Zudem werden körperliche Symptome häufig der psychischen Erkrankung zugeschrieben und dadurch nicht ausreichend abgeklärt, was als „diagnostic overshadowing“ bezeichnet wird (Chen et al. 2017; siehe auch Empfehlungen zur Ebene direkte Stigmatisierung in Strizek et al. 2022).

3.2 Empfehlungen

3.2.1 Gesundheitsversorgung allgemein

7. **Stärkung der Bedeutung / Optimierung der Stellung psychischer Gesundheit in Policydokumenten des Gesundheitssektors**
8. **umfassende Einbeziehung von Erfahrungsexpertinnen und -experten und ihrer Angehörigen in politische Beratungs- und Expertengremien sowie in sozial- und gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse und ihre Mitwirkung darin (vgl. auch Empfehlung 2)**

3.2.2 Psychosoziale Versorgung

9. **Ausbau und Qualitätsverbesserung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung im Rahmen einer Nationalen Mental-Health-Strategie (im Sinne von MHiAP): Diese soll unter Berücksichtigung internationaler Best-Practice-Ansätze einer personenzentrierten, recoveryorientierten und menschenrechtsbasierten Versorgung wie Home-Treatment²⁰, Flexible Assertive Community Treatment²¹, Peerarbeit²², Open Dialogue²³ und Soteria²⁴ etc. erfolgen (WHO 2021). Dies verlangt ein abgestimmtes Vorgehen auf allen Versorgungsebenen. Ein entsprechendes Konzept soll trialogisch erarbeitet werden.**

²⁰ ein aufsuchendes Angebot, das Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Familien in ihrem alltäglichen Lebensumfeld – bei sich zu Hause – begleitet und dabei eine vergleichbare Intensität wie eine stationäre oder tagesklinische Behandlung bietet. Durch die Arbeit vor Ort wird der Lebensalltag in die Behandlung miteinbezogen, und es kommt zu keinen Abbrüchen wichtiger sozialer Beziehungen. Siehe: <https://psd-wien.at/home-treatment> [abgerufen am: 25.03.2024]

²¹ Ein evidenzbasiertes Behandlungsmodell für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Eine langfristige, teambasierte, aufsuchende und nachgehende Komplexbehandlung für Personen mit schweren psychischen Störungen. Siehe: [Behandlungsmannual_neu4.indd \(dvvgp.org\)](#) [abgerufen am 25.03.2024]

²² Das englische Wort „peer“ bedeutet „gleichgestellte, gleichwertige Person“. Peer-Support (Unterstützung durch Peers in Form von Peerberatung und Peerbegleitung) ist eine wichtige Ergänzung der psychiatrischen Versorgung, um den Wandel hin zu einem recovery- und nutzerorientierten System voranzubringen sowie Stigmatisierung entgegenzuwirken. Professionelle „Peerarbeiter:in“ bezeichnet im psychiatrischen Kontext einen Menschen, der mit dem Erfahrungshintergrund einer psychischen Erkrankung und Recovery sowie einer entsprechenden Ausbildung sein reflektiertes persönliches Erleben zur professionellen Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen einsetzt.

²³ Offener Dialog ist ein alternativer Behandlungsansatz in akuten psychotischen Krisen zur Behandlung von Psychosen. Siehe z. B. Aderhold (2013), verfügbar unter <https://psychotherapie-wissenschaft.info/article/view/168/ORG04PDF> [abgerufen am 15.10.2024]

²⁴ ein vom amerikanischen Psychiater Loren Mosher in den 1970er-Jahren gegründetes und 1984 vom Schweizer Psychiater Luc Ciompi – erstmals in Europa – in Bern (Schweiz) weitergeführtes integratives Behandlungskonzept für Menschen mit psychotischen Störungen (Ciompi et al. 1991). Siehe z. B. Lehmann/Stastny (2013)

Zugang, Ressourcenausstattung und Angebote der psychosozialen Versorgung

10. Etablierung **zentraler, regionaler, niederschwelliger triologischer Anlaufstellen** zur Orientierung und unbürokratischen Unterstützung im psychosozialen Versorgungssystem für psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen (Verfügbarkeit einer (selbstgewählten) Unterstützungsperson, Zugang zu Sozialarbeiterinnen/-arbeitern und Peerarbeiterinnen/-arbeitern)
11. Ausbau der **psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche**
12. Eine Sicherstellung der („kostenfreien“) **psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung** für alle Altersgruppen im Leistungsangebot der KV-Träger, eine bedarfsgerechte Kostentragung von Psychotherapie und der Ausbau der Versorgung durch Psychotherapeutinnen/-therapeuten sind anzustreben.
13. **Aufstockung der Personalressourcen in psychiatrischen Abteilungen**, insbesondere bei Unterbringungen nach UbG
14. **Möglichkeit der Wahl des Krankenhauses**, der Behandlungsart und der (hauptverantwortlich) behandelnden Ärztin / des (hauptverantwortlich) behandelnden Arztes (in allen Settings) durch u. a. Neuformulierung der Sektorisierung²⁵, Ausbau der Transitionspsychiatrie (auf beiden Seiten des Altersspektrums) und Ausbau des Angebots von Psychotherapie und alternativen Therapieformen (z. B. Open Dialogue, Soteria) im Krankenhaus
15. rechtliche und institutionelle Verankerung von **Peerarbeit (Genesungsbegleiterinnen/-begleitern und Peerberaterinnen/-beratern)** in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung (siehe auch Empfehlung 60)
16. Ausbau der **integrierten Versorgung** für Menschen mit psychischen Erkrankungen und bessere Berücksichtigung von Begleiterkrankungen durch Entwicklung ganzheitlicher Behandlungskonzepte bei Komorbidität
17. **Ausbau der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung**²⁶
 - **Schaffung/Ausbau alternativer Behandlungsmethoden und Therapieangebote** nach internationalen Best-Practice-Beispielen und ihre Integration in das psychosoziale Versorgungssystem (z. B. Open Dialogue, Soteria, Home-Treatment, Social Prescribing, Kunst auf Rezept, Living Museum)
 - **Ausbau der regionalen Krisen- bzw. Akuthilfeangebote** – idealerweise zur Vermeidung von UbG-Einsätzen
 - insbesondere **Einrichtung regionaler mobiler Krisenteams** (interdisziplinär und triologisch) zur Unterstützung (von Einzelpersonen, aber auch Familien) in Krisenphasen zu Hause und zur Unterstützung der Polizei bei UbG-Einsätzen. Bei allen Interventionen sollen die Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten im Mittelpunkt stehen (z. B. durch Einsatz

²⁵ Der oder die Patient:in kann (wenn ein Platz frei ist) wählen, das Krankenhaus soll ihn/sie in seiner/ihrer Zuständigkeitsregion aufnehmen (z. B. bei UbG).

²⁶ vgl. dazu auch Forderungen im Positionspapier der „Plattform Zukunft Psychiatrie“ (verfügbar unter https://www.zukunftpsychiatrie.at/files/ugd/760920_ea3e950b535e4a7e902539e20e0e590f.pdf, zuletzt abgerufen am 15.10.2024)

von Open Dialogue) und mögliche Sprachbarrieren in der Konzeption berücksichtigt werden.

18. **Adaption baulicher Mindeststandards für Krankenhausarchitektur, um zielgruppenspezifische Barrieren abzubauen**²⁷: Bereitstellung ausreichender finanzieller Ressourcen für die Konzeption und Realisation eines „therapeutischen Milieus“ in psychiatrischen Krankenanstalten (Größe, Ausstattung, „Atmosphäre“ der Patientenzimmer; Lichtverhältnisse; Ent- und Belüftung; Hitzeschutz im Sommer; Sichtschutz in Mehrbettzimmern; möglichst nur maximal zwei Patientinnen/Patienten pro Zimmer, Räume für Rückzugsmöglichkeit, vertrauliche Arztgespräche, Raum für Besuche; Ausgang ins Freie etc.)

Versorgungskonzepte und -praktiken

19. **menschenrechtsbasierte (Recovery- und Empowerment-)Ansätze**²⁸ in der psychosozialen Versorgung etablieren
20. Etablierung von „**shared decision making**“²⁹ („**supported decision making**“) als Standard in der (ambulanten wie stationären) psychosozialen Versorgungspraxis.
Schulung von Ärztinnen/Ärzten und sonstigem medizinischem Personal betreffend den rechtlichen Rahmen einer wirksamen, selbstbestimmten Entscheidung. Aufklärung und, sofern erforderlich, Beiziehung von Unterstützerkreisen im Sinne des § 252 Abs. 2 ABGB, um die Entscheidungsfähigkeit zu unterstützen
insbesondere **Wahrung der Aufklärungspflicht** gegenüber Patientinnen/Patienten bezüglich Wirkungen und unerwünschter Wirkungen von Psychopharmaka, des Behandlungskonzepts und geplanten Behandlungsverlaufs (und ggf. Information an Vertreter:innen/Angehörige)
21. **rechtliche und institutionelle Verankerung von Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung**³⁰ (Behandlungsplan nach UbG-Novellierung) in den Standardabläufen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung zur Förderung zum einen der Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Belangen der eigenen Gesundheit und zum anderen einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patient:in. Die **ärztliche Aufklärung im Rahmen der Erstellung einer verbindlichen Patientenverfügung wie auch einer Behandlungsvereinbarung** soll als **sozialrechtliche und öffentlich finanzierte Leistung** definiert werden, damit sie auch allen Menschen zur Verfügung steht.
Ausreichende Mittelausstattung seitens der öffentlichen Hand von Erwachsenenschutzvereinen, der **Patientenvertretungen** i. S. d. KAKuG für Patienten- und Sterbeverfügungen sowie der **Patientenanzwaltschaft** und im Rahmen des UbG

²⁷ siehe z. B. UniversalRAUM – evidenzbasierte Architektur im Gesundheitswesen: Evidenzbasiertes Planungshandbuch Psychiatrie, Evidenzbasiertes Planungsbuch Alter + Demenz (<https://eph-psychiatrie.de> [zuletzt abgerufen am 15.10.2024])

²⁸ Amering M., Schmolke M. (2012): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5., bearbeitete Auflage. Psychiatrie Verlag, Köln; Knuf, A. (2020): Recovery und Empowerment. Reihe PraxisWissen 8, Psychiatrie Verlag, Köln

²⁹ partizipative Entscheidungsfindung. Siehe z. B. DGPPN (2019): S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. Langversion – Fassung vom 10. 9. 2018

³⁰ siehe „Behandlungsvereinbarungen“ in: DGPPN (2018): S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (Langversion – Fassung vom 10. 9. 2018) Seite 98–101

22. triologisch erstellte und bundesweite **Versorgungsleitlinien** der psychosozialen Versorgung (u. a. Entwicklung von Leitlinien für den dem individuellen Bedarf angepassten Einsatz von Psychopharmaka und zu deren risikoarmem Reduzieren und Absetzen³¹)
23. Implementierung **triologischer Praxis in der psychosozialen Versorgung (in Angebotsplanung, Umsetzung und Qualitätssicherung)**
 - regelmäßige Gesprächsrunden zwischen Psychiatererfahrenen, Angehörigen und im stationären/ambulanten Bereich Tätigen zum **gleichberechtigten Erfahrungsaustausch**
 - Etablierung von **Foren innerhalb der Organisationen**, um die eigene Arbeit zu reflektieren, zu evaluieren und weiterzuentwickeln
24. Verankerung der **Angehörigenarbeit in Institutionen** (z. B. NAP-Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie³², systemtherapeutische Methoden psychiatrischer Akutversorgung [SYMPA]³³)
25. Ausarbeitung und Realisation von Konzepten zur **systematischen Einbeziehung von Angehörigen bzw. Freundinnen/Freunden** in das stationäre und ambulante Setting unter Wahrung der Selbstbestimmungsrechte der Patientinnen und Patienten und unter Voraussetzung der Zustimmung der betroffenen Person. Dies umfasst folgende Aspekte: Entlassungsgespräche, proaktive Information über externe Hilfsangebote, Außenanamnese bei Aufnahme/Erstbehandlung, Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten, Gespräche zur Lösung von Konflikten zwischen Patient:in und Angehörigen, Entlassungsgespräch

3.2.3 Somatische Versorgung

26. **Verbesserung der somatischen Versorgung** in der **psychiatrischen/psychosozialen Versorgung**: Einhaltung der verpflichtenden Abklärung somatischer Parameter (insbesondere in Hinblick auf mögliche unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka) sowie bei Erforderlichkeit Zuweisung zu einer fachgerechten Behandlung psychisch erkrankter Menschen in somatischen Abteilungen
27. **Sicherstellung der psychosozialen Versorgung** für Menschen mit psychischen Erkrankungen in **somatischen Abteilungen** sowie in Institutionen zur Pflege und Betreuung

³¹ siehe z. B. Schlimme et al. (2019): Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen. Psychiatrie Verlag, Köln

³² ein Verein professioneller Helfer:innen – überwiegend Pflegekräfte und Psychologinnen/Psychologen – in der deutschsprachigen Schweiz, welche die professionelle Angehörigenarbeit fördern; siehe <https://www.angehoerige.ch> [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

³³ siehe z. B. https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/SYMPA/PID.pdf [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

4 Rehabilitation

UN-BRK Art. 26: „Vermittlung von Fähigkeiten und Rehabilitation

(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, (...) um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Selbstbestimmung, umfassende körperliche, mentale, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Inklusion in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Dienste und Programme zur Vermittlung von Fähigkeiten und zur Rehabilitation, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste (...).“

4.1 Ausgangslage

Die medizinische Rehabilitation schließt an die akutmedizinische Versorgung an und ist auf die Erhaltung bzw. Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet. Ziel der Rehabilitation ist es, dass Patientinnen und Patienten wieder ein möglichst selbstständiges Leben ohne Betreuung und Hilfe führen können. Die vorhandenen Reha-Angebote setzen einen hohen Grad an psychischer Stabilität voraus und sind daher für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen oft zu hochschwierig und nicht ausreichend barrierefrei (z. B. nicht auf den individuellen Bedarf abgestimmte Uhrzeiten und Intensität der Angebote). Manche stationären Angebote wie Entspannungsgruppen, Kreativgruppen (Ergo-, Musik-, Kunsttherapie) werden ambulant nicht angeboten, was auf eine Lücke im Bereich der ambulanten Versorgung hinweist. In der psychiatrischen Rehabilitation fehlt eine Ausrichtung auf konkrete Tätigkeiten (z. B. in Form einer Lehre) bzw. bedarf es eines Ausbaus von Unterstützungsangeboten, um die Chancen am Arbeitsmarkt entsprechend zu erhöhen (Sagerschnig et al. 2018) (für spezifische Empfehlungen zu Arbeit und Beschäftigung vgl. Kapitel 6).

4.2 Empfehlungen

28. **Anspruch auf stationäre Rehabilitation** (psychiatrisch und somatisch) für Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen unabhängig vom derzeitigen oder früheren Beschäftigungsstatus der Person³⁴
29. **Gleichstellung der psychiatrischen Reha mit der somatischen Reha (unabhängig vom Erwerbsstatus):** Reha ist eine gesundheitspolitische und keine arbeitsrechtliche Thematik (das Ziel von Reha ist u. a. Erhalt oder Steigerung von Lebensqualität und Selbstständigkeit – d. h. das Vermeiden von Pflegebedarf); Reha sollte recovery- und ressourcenorientiert arbeiten, um psychische Stabilität und selbstbestimmte gesellschaftliche Teilhabe zu fördern. Die Konzepte sollten in Hinblick auf diese Ziele überarbeitet werden. Neben den existieren-

³⁴ vgl. dazu Z 62 der „Abschließenden Bemerkungen zum kombinierten zweiten und dritten periodischen Bericht Österreichs“ des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Vereinte Nationen 2023), verfügbar unter <https://www.behindertenrat.at/wp-content/uploads/2023/12/UN-BRK-AT-Abschliessende-Bemerkungen-endg.-2023-09-28.pdf>, zuletzt abgerufen am 15.10.2024

den Angeboten sollten auch dem Bedarf der Patientinnen und Patienten angepasste niederschwellige, barrierefreie Angebote konzipiert werden. Eine Adaptierung ist z. B. in folgenden Bereichen erforderlich:

- Start des Therapieprogramms nicht vor 10 Uhr (bei tagesklinischer Reha)
- individuell auf die Belastbarkeit und die Bedürfnisse abgestimmtes Therapieprogramm (z. B. Flexibilisierung des Behandlungsplans hinsichtlich der Anzahl der Therapieeinheiten, Auswahl der Therapieangebote und -settings)
- ausreichende Zahl von Pausen mit Rückzugs-/Entspannungsmöglichkeiten

30. Ausbau wohnortnaher **tagesklinischer psychiatrischer Rehabilitationsangebote**

5 Bildung

5.1 Ausgangslage

UN-BRK Art. 24:

„(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Bildung. Um dieses Recht ohne Diskriminierung und auf der Grundlage der Chancengleichheit zu verwirklichen, gewährleisten die Vertragsstaaten ein integratives Bildungssystem auf allen Ebenen und lebenslanges Lernen (...).“

Das Recht des Menschen auf Bildung ist in verschiedenen Menschenrechtsdokumenten verankert, etwa in Art. 26 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (UN-Vollversammlung 1948) oder in den Art. 28 und 29 der UN-Kinderrechtskonvention (Übereinkommen über die Rechte des Kindes samt Vorbehalten). Bildung ist eine wichtige Grundlage für eine umfassende gesellschaftliche Teilhabe, verbessert die Chancen am Arbeitsmarkt, erhöht die Wahrscheinlichkeit finanzieller Sicherheit und ist nicht zuletzt eine wichtige Determinante von (somatischer und psychischer) Gesundheit.

Formale Bildung findet in verschiedenen Bereichen wie Elementarpädagogik, Schule und Erwachsenenbildung statt. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen kann aufgrund ungeeigneter Rahmenbedingungen der Zugang zu formaler Bildung auf allen Ebenen des Bildungssystems erschwert sein. Diese strukturelle Diskriminierung äußert sich im Bildungssystem beispielsweise durch eine geringe Ausrichtung von Kindergärten bzw. Regelschulen auf Inklusion und in Form unzureichender Ressourcen, um auf den spezifischen Unterstützungsbedarf von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen eingehen zu können.

Das Jugend- und Adoleszentenalter stellt eine vulnerable Zeitspanne dar, in der sich psychische Erkrankungen besonders häufig erstmanifestieren (Lambert et al. 2013). Psychische Krisen in diesem Alter unterbrechen oftmals die eingeschlagenen Bildungswege betroffener Jugendlicher bzw. junger Erwachsener oder hindern sie daran, weiterführende Ausbildungen aufzunehmen bzw. abzuschließen. In Bildungseinrichtungen fehlen Konzepte und Vorkehrungen, die sicherstellen, dass Personen mit psychischen Erkrankungen Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse nach Überwindung einer Krankheitsphase fortsetzen können. Unter der Bezeichnung Supported Education werden Programme und Angebote verstanden, die junge Menschen mit psychischen Erkrankungen dabei unterstützen, Zugang zu weiterführender Bildung zu erhalten bzw. diese abzuschließen (Unger 2011). Eine wichtige Maßnahme an der Schnittstelle zwischen Schule und Beruf ist das Jugendcoaching, das in enger Zusammenarbeit mit Schulen und außerschulischen Angeboten Jugendliche dabei zu unterstützen versucht, einen individuell passenden Bildungsweg und/oder Berufsweg einzuschlagen³⁵.

³⁵ <https://www.neba.at/jugendcoaching> [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

5.2 Empfehlungen

31. **Förderung inklusiver Bildung:** Die Segregation von Kindern mit psychischen Erkrankungen in exklusiven sonderpädagogischen Einrichtungen soll weitgehend abgeschafft werden. Inklusivbildungseinrichtungen sollen mit ausreichenden Ressourcen (z. B. in den Bereichen pädagogisches Personal und Stützsystem in Bildungseinrichtungen, Persönliche Assistenz für Kinder und Jugendliche) zur Unterstützung und Förderung von Kindern mit Behinderungen entsprechend deren spezifischem Förderbedarf ausgestattet werden.

Fortbildungen von Pädagoginnen und Pädagogen aller Schulstufen sollen das Erkennen erster Warnsignale für psychische Krisen bzw. Erkrankungen erleichtern und Fähigkeiten im Umgang mit Kindern und Jugendlichen in psychischen Krisen stärken (siehe Kapitel 13, Bewusstseinsbildung).

Gewährleistung eines einklagbaren Rechtsanspruchs auf inklusive Bildung auf allen Bildungsebenen (bis zum Hochschulzugang) für Menschen mit psychischen Erkrankungen durch die Zielsetzungen und Maßnahmen des NAP Behinderung

32. **Schaffung barrierefreier Aus- und Fortbildungsangebote:** Bestehende Aus- und Fortbildungsangebote sind derart zu gestalten bzw. umzugestalten, dass sie barrierefrei sind und auch von Menschen mit psychischen Erkrankungen entsprechend ihren Bedarfen und Fähigkeiten in Anspruch genommen werden können; künftig sollen Angebote nur dann gefördert werden, wenn sie die Voraussetzungen eines inklusiven Bildungssettings erfüllen.

Ein inklusives Bildungssetting umfasst u. a. angepasste Kurszeiten und Gruppengrößen, ausreichende Pausen und Rückzugsmöglichkeiten, Supervision und Intervention, Assistenz- und Unterstützungsangebote.

33. Förderung **psychischer Gesundheit und gesundheitsrelevanter Basiskompetenzen** (vgl. Strizek et al. 2022)

- Förderung der sozialen, emotionalen Kompetenzen sowie der Krisen- und Konfliktbewältigung von Kindern und Jugendlichen durch strukturelle Maßnahmen wie z. B. stärkere Verankerung dieser Thematik in den Lehrplänen
- Ausbau **kontaktbasierter Aufklärung** (trialogisch) über psychische Erkrankungen und regionale Hilfsangebote
- Ausbau schulischer **Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme** (z. B. Schulklima, Sucht-, Suizid-, Gewalt-, Mobbingprävention)

6 Arbeit und Beschäftigung

6.1 Ausgangslage

UN-BRK Art. 27:

„(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, inklusiven und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird (...).“

Stigmatisierung führt unter anderem zu einer Reduktion von Chancen am Arbeitsmarkt und erhöht in weiterer Folge das Risiko finanzieller Schwierigkeiten (Link/Phelan 2006). Während Menschen mit psychischen Erkrankungen insgesamt häufiger arbeitslos sind als Menschen ohne psychische Erkrankung³⁶, ist der überwiegende Anteil dieser Personen dennoch in einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis (Wancata 2017). Anders hingegen ist das Verhältnis bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen³⁷. Die Beschäftigungsrate von Personen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis in europäischen Ländern liegt beispielsweise lediglich bei zirka 10 bis 20 Prozent. Das Stigma psychischer Erkrankung spielt eine wesentliche Rolle als Barriere für die Inklusion am Arbeitsmarkt (Marwaha/Johnson 2004). Eine internationale Befragung in über 35 Ländern (Brouwers et al. 2016) kam zu dem Ergebnis, dass über 60 Prozent der Personen mit einer Depressionserkrankung Diskriminierung am Arbeitsplatz erlebt haben und dass diese Diskriminierungserfahrungen die Gefahr von Arbeitslosigkeit deutlich verstärken.

Strukturelle Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Bereich Arbeit und Beschäftigung findet u. a. auf gesetzlicher Ebene statt. Dazu gehören fehlende Rechtsansprüche für Arbeitnehmer:innen und unzureichende Anreizsysteme für Arbeitgeber:innen:

Ein Beispiel eines fehlenden Rechtsanspruchs zeigt sich in den gesetzlichen Regelungen zum Teilzeitkrankenstand³⁸ (um schwerere Krankheitsphasen abzufangen bzw. den Wiedereinstieg zu erleichtern) oder im fehlenden Status als Arbeitnehmer:in im arbeitsrechtlichen Sinne bei Arbeitsleistungen in Werkstätten (und damit verbunden in einer fehlenden sozialversicherungsrechtlichen Absicherung). Im aktuellen Regierungsprogramm der österreichischen Bundesregierung (Bundeskanzleramt 2020) findet sich die Absichtserklärung wieder, dass Menschen in Tageswerkstätten in Zukunft Lohn statt Taschengeld erhalten sollen, um eine würdevolle Wertschätzung ihrer geleisteten Arbeit zu erfahren und sozialversicherungsrechtlich abgesichert zu sein. Die notwendigen Schritte dahin sollen mit den zuständigen Bundesländern erarbeitet werden. Die rechtlichen und finanziellen Auswirkungen der Einführung einer solchen Entlohnung auf allen Systemebenen (betroffene Menschen mit Behinderung, Bund, Bundesländer, Gemeinden,

³⁶ Da auch Arbeitslosigkeit das Auftreten psychischer Erkrankungen begünstigt, ist in vielen Fällen die kausale Richtung zwischen diesen beiden Phänomenen nicht eindeutig zu bestimmen.

³⁷ eine international nicht einheitlich definierte Teilmenge der Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die sich durch eine Kombination mehrerer Aspekte (z. B. Diagnose, Erkrankungsdauer, Ausmaß der Funktionseinschränkung) ergibt

³⁸ Die prinzipielle Möglichkeit eines Teilzeitkrankenstands besteht auf der Grundlage des Wiedereingliederungsteilzeitgesetzes seit 2017, ist aber nur dann realisierbar, wenn auch die Arbeitgeberseite zustimmt, womit eben kein Rechtsanspruch besteht.

Sozialversicherung) sind komplex und weitreichend, da Einkommensersatzleistungen im neuen System in anderer Art oder nicht mehr ausbezahlt sind. Die Klärung dieser Fragen ist Gegenstand einer Studie der Wirtschaftsuniversität Wien³⁹.

Ein Beispiel für unzureichende Anreize auf Arbeitgeberseite zur Integration von Menschen mit Behinderung in Firmen ist die niedrige Ausgleichstaxe laut Behinderteneinstellungsgesetz (§ 9 BEinstG).

Abseits rechtlicher Rahmenbedingungen verringern eine unzureichende Bedarfsorientierung von Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten, eine zu geringe Durchlässigkeit zwischen Teilen des Arbeitsmarkts (erstem und zweitem Arbeitsmarkt), aber auch das Fehlen von Möglichkeiten für Arbeitsversuche zur Testung von Fähigkeiten und Fertigkeiten das Inklusionspotenzial des Arbeitsmarkts.

Traditionelle psychiatrische Rehabilitationsmodelle verfolgen das Prinzip, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zuerst zu trainieren, um sie für einen Job am Arbeitsmarkt „fit“ zu machen und schrittweise an die Anforderungen des Arbeitsmarkts heranzuführen (Train-Place-Modell). Supported Employment verfolgt hingegen das Prinzip „Place and Train“. Dieses Modell propagiert die schnelle Vermittlung von Menschen mit Beeinträchtigungen in Arbeitsverhältnisse. Menschen mit psychischen Erkrankungen soll dabei geholfen werden, bezahlte Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und die nötige Unterstützung dafür zu erhalten und diese Arbeit auch zu behalten (Bond et al. 1997; Bond 2004; Corrigan/McCracken 2005). Das bekannteste und meistuntersuchte Supported-Employment-Modell, Individual Placement and Support (IPS), zeigt im Vergleich zu traditionellen Rehabilitationsansätzen deutlich höhere Erfolgsquoten (Bond et al. 2008; Kinoshita et al. 2013; Richter/Hoffmann 2019; Suijkerbuijk et al. 2017). Es liegen auch Hinweise für längerfristige Erfolge von Supported Employment vor (Cook et al. 2016; Hoffmann et al. 2014). In der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien der DGPPN wird der Einsatz von Supported-Employment-Modellen empfohlen (Empfehlungsgrad A). Dabei orientiert sich die DGPPN in ihrem Positionspapier zur Umsetzung von Supported Employment in Deutschland an den acht Kernprinzipien des IPS (DGPPN 2019; DGPPN 2021).

6.2 Empfehlungen

34. **Etablierung von Beschäftigungsmaßnahmen und Tagesstruktur⁴⁰ als rechtlich anerkannte, vollversicherte Beschäftigungsverhältnisse:** Jede Form der Arbeit/Beschäftigung sollte als Arbeitsverhältnis anerkannt und (zumindest) kollektivvertraglich entlohnt werden. Jede Arbeitsleistung sollte als solche im Rahmen eines (regulären) Arbeitsverhältnisses bewertet werden – inklusive der Tätigkeiten in geschützten Werkstätten und in allen weiteren Bereichen des Arbeitsmarkts.

³⁹ <https://www.wu.ac.at/npocompetence/projekte/2023/lohn-statt-taschengeld> [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

⁴⁰ Für Menschen, die infolge von Art und Ausmaß ihrer Beeinträchtigungen zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit auch auf einem geschützten Arbeitsplatz oder in einem integrativen Betrieb nicht in der Lage sind, bieten die Bundesländer auf der Grundlage ihrer Zuständigkeit (Teilhabe-, Chancengleichheits- oder Sozialhilfegesetze der Bundesländer) die Möglichkeit der Beschäftigung in Tages- und Beschäftigungsstrukturen an. Personen, die in Tageswerkstätten tätig sind, erhalten keine Entlohnung, sondern ein Taschengeld und sind lediglich unfallversichert (vgl. https://www.oesterreich.gv.at/themen/menschen_mit_behinderungen/arbeit_und_behinderung/Seite.1241100.html, zuletzt abgerufen am 15.10.2024).

35. **Inklusion in das Arbeitsleben:** Sämtliche Beschäftigungsverhältnisse im privatwirtschaftlichen und öffentlichen Bereich sollen Menschen mit psychischen Erkrankungen offenstehen und barrierefrei gestaltet werden; dazu ist die Implementierung zukunftsfähiger beruflicher Rehabilitationsstrategien (Place and Train, Supported Employment) für die Integration in den ersten Arbeitsmarkt notwendig. Alle möglichen Assistenzsysteme sollen genutzt werden, um Einschränkungen bei der Berufswahl möglichst zu verhindern. Bestehende ungerechtfertigte Einschränkungen (aufgrund medizinischer Diagnosen, des Grades der Behinderung i. S. d. BGStG u. a.) sollen entfallen. Anreize (etwa in Form einer erhöhten Ausgleichstaxe) für die Beschäftigung psychisch erkrankter Menschen sollen geschaffen werden und derart ausgestaltet sein, dass ihre Wirksamkeit für Dienstgeber:innen spürbar ist und die Beschäftigung psychisch erkrankter Menschen wirtschaftlich attraktiv ist. Persönlicher Assistenz am Arbeitsplatz soll auf allen Ebenen im öffentlichen (Bund, Länder, Gemeinden) und privatwirtschaftlichen Sektor bereitgestellt und eine bedarfsgerechte Finanzierung sichergestellt werden (vgl. auch Empfehlung 40).
36. **Schaffung auf den individuellen Bedarf abgestimmter, zielgerichteter Rehabilitationsangebote und Flexibilisierung des Übergangs in Beschäftigungsverhältnisse:** Ist eine Person (derzeit) nicht in der Lage, ein Arbeitsverhältnis auszuüben, soll sie entsprechend ihren Bedürfnissen auch durch bspw. gemeindenahen Angebote unterstützt und gefördert werden. Die Förderleistungen sind von der öffentlichen Hand (durch AMS, Pensionsversicherung, Gesundheitskasse, Sozialministeriumservice) barrierefrei und nachgehend anzubieten. Arbeitsversuche und bereits begonnene Arbeitsverhältnisse sind durchlässig zu gestalten, so dass bei (zeitweilig eintretenden) Krisen und psychischen Belastungen kein Verlust des Arbeitsplatzes droht, sondern das Arbeitsverhältnis entsprechend den individuellen Bedürfnissen angepasst werden kann. Dazu bedarf es einer Weiterentwicklung bestehender Modelle (Reduktion der Arbeitszeiten, kürzere und flexiblere Arbeitszeiten, Recht auf befristete Teilzeitkrankenstände) oder der Schaffung neuer Modelle (z. B. Teilzeitpension), um eine Vereinbarkeit von Bedürfnissen der Arbeiternehmer:innen mit den wirtschaftlichen Anforderungen an Unternehmen (Geschäftszeiten, Nachfragezeiten, Terminpflichten) zu gewährleisten. Ausfälle für den oder die Arbeitgeber:in sind von der öffentlichen Hand auszugleichen; zugleich soll der oder die Arbeitnehmer:in entsprechend seiner bzw. ihrer jeweiligen Situation gefördert werden.
- Sollte ein Arbeitsversuch dauerhaft (oder über eine absehbar längere Zeitspanne hinweg) scheitern, so ist die „Reaktivierung“ vormals bestehender Leistungsansprüche der psychisch erkrankten Person (z. B. auf erhöhte Familienbeihilfe, Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- oder Waisenpension) ohne Reduktion des vormaligen Leistungsniveaus umgehend sicherzustellen.
- Die Feststellung von Arbeits(un)fähigkeit hat sich am menschenrechtlichen Modell von Behinderungen i. S. d. UN-BRK zu orientieren. Es soll keine mehrfachen Begutachtungsverfahren für Menschen mit psychischen Erkrankungen mehr geben, die quälend, diskriminierend und segregierend für die Betroffenen sind.

7 Angemessener Lebensstandard und Sozialschutz

UN-BRK Art. 28:

„(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf einen angemessenen Lebensstandard für sich selbst und ihre Familien, einschließlich angemessener Ernährung, Bekleidung und Wohnung, sowie auf eine stetige Verbesserung der Lebensbedingungen und unternehmen geeignete Schritte zum Schutz und zur Förderung der Verwirklichung dieses Rechts ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.

(2) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf sozialen Schutz und den Genuss dieses Rechts ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.“

7.1 Ausgangslage

Insgesamt sind laut aktueller EU-SILC-Erhebung 17 Prozent der österreichischen Bevölkerung (ca. 1.555.000 Menschen) armuts- oder ausgrenzungsgefährdet, d. h., sie sind entweder von absoluter Armut betroffen, haben weniger als 60 Prozent des Medianeinkommens zur Verfügung oder sind nur in einem geringen Ausmaß ins Erwerbsleben eingebunden. Menschen mit **chronischen Erkrankungen** sind in Österreich (neben Kindern, Frauen im Alter, Alleinerzieherinnen, Langzeitarbeitslosen und Menschen ohne österreichische Staatsbürgerschaft) **überproportional häufig mit Armut konfrontiert** (Statistik Austria 2023).

Insgesamt ist bekannt, dass **sozialer Status und psychische Gesundheit** in einem engen Zusammenhang stehen und sich gegenseitig im Positiven wie im Negativen verstärken. Link/Phelan (2014) weisen in dem Zusammenhang mit dem Begriff „stigma power“ darauf hin, dass Stigma diese Ungleichheiten verstärken kann und dazu führt, dass Personengruppen, die über wenig gesellschaftliche Macht verfügen, über diese Prozesse systematisch benachteiligt werden. Psychische Erkrankungen finden sich häufiger in Gesellschaften, die ein hohes Maß an sozialer Ungleichheit aufweisen (Rüsch 2020). Die Forderung nach einer stärkeren Berücksichtigung sozialer Faktoren als Ursache und Interventionsmöglichkeit bei psychischen Erkrankungen ist die logische Konsequenz.

In Österreich legt das **Sozialhilfe-Grundsatzgesetz** des Bundes bzw. legen die Sozialhilfe-Ausführungsgesetze der Länder wesentliche Rahmenbedingungen fest, die den Lebensstandard auf Sozialhilfe angewiesener Personen betreffen. Kritisiert werden in diesem Zusammenhang der Sozialhilfeschöpfungssatz (sowohl das Prinzip eines Höchstsatzes anstelle von Mindeststandards als auch dessen konkrete Ausgestaltung), Kürzungen der Sozialhilfeleistungen bei einem gemeinsamen Haushalt mit den Eltern (§ 5 Abs. 2 Z 2 Sozialhilfe-Grundsatzgesetz) oder Kürzungen des Anspruchs auf Sozialhilfe bei Unterstützungen seitens Dritter (§ 7 Abs. 2 Sozialhilfe-Grundsatzgesetz), zu denen auch das Einkommen im gemeinsamen Haushalt lebender unterhaltspflichtiger Angehöriger gehört (§ 7 Abs. 1 Sozialhilfe-Grundsatzgesetz).

Ein wesentliches Problem ergibt sich aus der **Unterhaltspflicht von Eltern**, wenn erwachsene Kinder selbsterhaltungsunfähig sind (§ 231 Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch), da damit letzteren eine vollumfängliche staatliche Absicherung im Rahmen der Sozialversicherung (Unfall-, Pensions-, Krankenversicherung) ad personam verwehrt bleibt. Sie müssen zuerst die Eltern auf

Unterhalt klagen, und nur wenn dieser uneinbringlich ist, stehen ihnen sozialrechtliche Ansprüche zu. Dies führt dazu, dass (oft ohnehin bereits angespannte) familiäre Strukturen zusätzlich belastet werden (z. B. durch Beziehungsabbrüche Eltern/Kind) oder soziale Leistungen gar nicht in Anspruch genommen werden, weil Kinder davor zurückschrecken, ihre Eltern zu verklagen.

Neben der Gesetzesebene können auch jene **Hürden in der Praxis** als strukturelle Benachteiligung betrachtet werden, die mit einem Anspruch auf Sozialhilfe verbunden sind. Kritisiert werden hierbei etwa der Aufwand durch die wiederholte Prüfung der Leistungsgewährung bei unterschiedlichen Leistungen oder eine Auslegung der gesetzlichen Mitwirkungspflicht ohne Berücksichtigung der Befähigungen bzw. Einschränkungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Auch der Antrag auf Sozialhilfe stellt eine Hürde dar. Hier sollte auf Gewährung von Amts wegen umgestellt werden, sodass die Behörde sich um das Herbeischaffen der nötigen Informationen und Unterlagen kümmern müsste.

7.2 Empfehlungen

37. Prüfung der rechtlichen und finanziellen Auswirkungen einer Vollversicherung im Rahmen der Sozialversicherung (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung) bei Erreichen der Volljährigkeit unabhängig von der Ausübung einer Beschäftigung und Erarbeiten von Möglichkeiten einer schrittweisen Umsetzung
38. **angemessene finanzielle Absicherung** von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Feststellung des erhöhten Bedarfs finanzieller Mittel aufgrund psychischer Erkrankungen durch **Referenzbudgets**: Ist eine Person aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage oder willens, irgendeine Form der Beschäftigung auszuüben, so sollen ihr – neben den Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe – bedarfsgerechte Leistungen im Rahmen einer neu und speziell für Menschen mit Behinderungen (und damit auch mit psychischen Behinderungen) zu schaffenden adäquaten Grundsicherung zustehen. Zur Feststellung des erhöhten Bedarfs aufgrund psychischer Erkrankungen sollen Referenzbudgets erstellt werden, die jährlich evaluiert und angepasst werden und die anhand bedarfsgerechter Kriterien für die Bemessung und Befristung von Leistungen herangezogen werden. Neben den Leistungen der Grundsicherung und Leistungen aus Erwerbseinkommen stehen auch Leistungen der persönlichen Assistenz entsprechend den Bedarfen der betroffenen Personen zur Verfügung (sowohl finanzielle Leistungen wie bspw. das Pflegegeld als auch persönliche Unterstützungsleistungen).
39. **Barrierefreier Zugang** zu sozialrechtlichen Leistungen durch Anpassung der Mitwirkungspflichten bei Vorliegen psychischer Erkrankungen und entsprechende Gestaltung der Antragstellung sowie ggf. Bereitstellung von Assistenzleistungen. Etablierung eines One-Stop-Shop-Prinzips für die Zuerkennung von Leistungen im Rahmen der Sozial- und Behindertenhilfe.

8 Selbstbestimmtes Leben und Inklusion in die Gemeinschaft

UN-BRK Art. 19:

„(1) Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Inklusion in der Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern.“

8.1 Ausgangslage

Ähnlich Kapitel 7 bildet auch im Bereich „Selbstbestimmtes Leben und Inklusion in die Gesellschaft“ das **Sozialhilfe-Grundsatzgesetz**⁴¹ des Bundes bzw. die Sozialhilfe-Ausführungsgesetze der Länder die wichtigste Rechtsmaterie. Kritisiert werden daran u. a. mangelhafte Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Rechts auf eine **freie Wahl des Wohnorts** in Ermangelung eines Rechtsanspruchs auf Wohnformen außerhalb eines betreuten Wohn- oder Pflegeheims. Der ebenso fehlende Rechtsanspruch auf Persönliche Assistenz führt dazu, dass die von Klientenseite zumeist präferierte Betreuung zu Hause aufgrund der begrenzten Finanzierung häufig nicht umsetzbar ist. Die Zuweisung von Wohnraum anstelle von Wahlfreiheit führt zu **Autonomieverlust**.

Zusätzliche Benachteiligungen bestehen darin, dass Unterstützungsleistungen ohne Einbeziehung der Betroffenen vollzogen werden (z. B. durch direkte Zahlung der Wohnkosten an die Vermieter:innen) und Menschen mit psychischen Erkrankungen in manchen Fällen vom Rechtsverkehr ausgeschlossen werden⁴².

Im Falle einer Wohngemeinschaft gelten für Menschen mit psychischer Erkrankung **niedrigere Höchstsätze der Haushaltsgemeinschaft**, wenn sie mit anderen in einer Wohngemeinschaft leben (70 % statt 100 % des Nettoausgleichszulagenrichtsatzes für Alleinlebende).

In Bezug auf **vorhandene Versorgungsangebote** wird ein Mangel an gemeindenahen Einrichtungen, an mobilen Betreuungsangeboten sowie an schnell verfügbaren Übergangswohnangeboten⁴³ kritisiert. Auch eine Koppelung des Wohnplatzes an Betreuungsleistungen oder bestimmte Formen der Tagesstruktur wird als problematisch erlebt, wenn die beiden Letzteren nicht mehr als passend erlebt werden und mit deren Wegfall auch der Wohnplatz gefährdet ist (Vernetzungsplattform in Vorbereitung).

⁴¹ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20010649> [abgerufen am 18.08.2023]

⁴² Dies steht im Widerspruch zum 2. Erwachsenenschutz-Gesetz (BGBl. 2017/59).

⁴³ für Personen, die nach einer Spitalsentlassung noch nicht allein wohnen können, dies aber zum Ziel haben. Auch eine mobile Betreuung kann eine Form des Übergangswohnens darstellen.

Persönliche Assistenz kann als Unterstützung am Arbeitsplatz, in der Schule, Ausbildung oder Freizeit in Anspruch genommen werden. Bundesweit einheitliche Voraussetzungen⁴⁴ für die Gewährleistung Persönlicher Assistenz am Arbeitsplatz sind über eine Richtlinie des zuständigen Bundesministeriums aus dem Jahr 2019 festgelegt (BMASGK 2019). Die Regelungen zur Gewährleistung einer Persönlichen Assistenz abseits des Arbeitsplatzes sind derzeit in allen Bundesländern unterschiedlich, sind in den meisten Bundesländern an bestimmte Pflegegeldstufen gekoppelt, die psychische Erkrankungen nicht ausreichend berücksichtigen, und/oder sind explizit auf Menschen mit körperlichen und/oder Sinnesbeeinträchtigungen beschränkt.

8.2 Empfehlung

40. **Ausbau der Persönlichen Assistenz:** Diese soll als Individualanspruch (als subjektiv öffentliches Recht⁴⁵) definiert werden (in Bundes- und Landesgesetzen), auf den sich Personen mit Unterstützungsbedarf berufen können (Abkehr vom „Wohltätigkeitsprinzip“); das Recht, Persönliche Assistenz in Akutphasen unabhängig von Pflegestufen einzufordern, soll rechtsverbindlich verankert werden.

Persönliche Assistenz soll im weiten Sinne verstanden werden (im Sinne einer Zuerkennung faktischer und finanzieller Unterstützung) – in Abhängigkeit von den konkreten Bedürfnissen und Kompetenzen der Person mit Unterstützungsbedarf. Mittelfristig soll die Unterscheidung von Pflegegeld und „Behindertenhilfen“ (im weiteren Sinne) aufgegeben werden und sollen beide in umfassende Leistungen der Persönlichen Assistenz – auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen – umgewandelt werden.

41. **Ausbau inklusiver Wohnangebote**

Strukturelle **Mängel in der Betreuung in Wohneinrichtungen** sind primär vonseiten der Länder (Ausweitung der Angebote und damit Verkürzung von Wartezeiten) und teilweise vom Bund (z. B. Ausbildung des Personals) zu überwinden, und eine stärker individuelle, bedarfsgerechte und adäquate Betreuung ist zu fördern. Neben dem Ausbau eines professionellen, individuellen und inklusiven Wohnungs- und Betreuungsangebots (auch teil- und vollbetreut) ist auch die Zusammenarbeit mit einem **Krisendienst** anzustreben (siehe Empfehlung 17), welcher punktuell und kurzfristig Maßnahmen zur Verfügung stellt, z. B. individuelle Einzelbetreuung, Deeskalationstrainings für betreuendes Fachpersonal, Vermittlung an alternative Wohn- und Betreuungsangebote, Coaching bzw. Supervision etc.

42. **Schaffung eines kurzfristig verfügbaren betreuten „Übergangswohnens“**, falls Personen mit einer psychischen Erkrankung nach einer Spitalsentlassung noch nicht allein wohnen können, wobei die Finanzierung desselben ohne Antragstellung (d. h. ohne Wartezeit auf Genehmigung) möglich sein sollte. Zusätzlich kann „Übergangswohnen“ auch ein mobiles **Unterstützungsangebot in der eigenen Wohnung** sein.
43. **Entflechtung von Wohnplatz und Beschäftigungstherapie:** Der Wohnplatz darf nicht mit einer Verpflichtung zur Tages- und Beschäftigungsstruktur verbunden sein.

⁴⁴ Zu diesen Kriterien gehören u. a. ein erwerbsfähiges Alter der Assistenznehmerin oder des Assistenznehmers, die notwendige fachliche und persönliche Eignung für den ausgeübten bzw. angestrebten Beruf und der Bezug von Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG) ab der Pflegegeldstufe 3.

⁴⁵ Mit subjektivem öffentlichem Recht wird die Rechtsmacht einer Bürgerin oder eines Bürgers bezeichnet, vom Staat im eigenen Interesse ein bestimmtes Tun oder Unterlassen verlangen zu können.

In allen Angeboten soll die Förderung hin zu eigenständigem Wohnen eine Grundprämisse darstellen.

44. **Schaffung von Rechtsgrundlagen und Strategien zur Deinstitutionalisierung** – unter Einbindung von Menschen mit Behinderungen in alle Prozesse – zur Förderung eines selbstbestimmten Lebens von Menschen mit Behinderungen in der Gemeinschaft⁴⁶
45. **Schaffung bedarfsgerechter Angebote bei Wohnungslosigkeit:** Ausbau und Sicherstellung der Finanzierung von Housing-First-Modellen⁴⁷ oder Soteria-Einrichtungen⁴⁸

⁴⁶ vgl. dazu auch Z 48 der „Abschließenden Bemerkungen zum kombinierten zweiten und dritten periodischen Bericht Österreichs“ des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Vereinte Nationen 2023), verfügbar unter <https://www.behindertenrat.at/wp-content/uploads/2023/12/UN-BRK-AT-Abschliessende-Bemerkungen-endg.-2023-09-28.pdf>, zuletzt abgerufen am 15.10.2024

⁴⁷ Housing First wird als ein Programm definiert, mit dem wohnungslose Menschen direkt in bezahlbarem und dauerhaftem Wohnraum untergebracht werden, ohne dass eine vorherige Erlangung von „Wohnfähigkeit“ oder etwa die Überwindung einer bestehenden psychischen Erkrankung zur Bedingung gemacht wird. Persönliche Hilfen werden angeboten, aber ihre Annahme ist freiwillig, und das eingegangene Mietverhältnis kann nicht aufgrund von Therapieablehnung oder mangelnder Mitwirkung im Hilfeprozess gekündigt werden (Busch-Geertsema 2019).

⁴⁸ Soteria kam in den frühen 1970er-Jahren erstmalig zum Einsatz und ist ein milieutherapeutischer Ansatz, in dem akut psychotische Menschen in einer tragenden, Schutz gewährenden, reizarmen, vertrauensfördernden, familiären und weitgehend entmedikalisierten Atmosphäre behandelt werden. Zentrale Elemente von Soteria sind die Gewährleistung einer größtmöglichen Alltagsnähe, die Vermeidung von Zwang und das behutsame, unaufdringliche Begleiten („Dabei-Sein“) (Hoffmann/Voss 2017).

9 Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport

UN-BRK Art. 30:

„(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen, gleichberechtigt mit anderen am kulturellen Leben teilzunehmen (...).“

9.1 Ausgangslage

Die Teilhabe an Kultur-, Sport- und anderen Freizeitangeboten bietet einen wesentlichen Beitrag zur Festigung von Gesundheit und fördert Inklusion (BMSGPK 2022), ist aber in vielen Fällen an finanzielle Ressourcen gebunden. Entsprechend kann bei einem Fehlen ausreichender und gesetzlich verbindlicher Unterstützungsmöglichkeiten (vgl. Kap. 7) Menschen mit psychischen Erkrankungen eine solche Teilhabe verwehrt sein.

Neben finanziellen Hürden fehlt es zur Reduktion von Barrieren (z. B. Ängsten) an ausgebildeten Begleiterinnen und Begleitern, die mit Klientinnen und Klienten zusammen Kultur-, Freizeit- und Sportprojekte besuchen und somit Teilhabe fördern. Freiwillige ohne spezielle Ausbildung (z. B. Kulturbuddys) fühlen sich hier oft überfordert, und der Zugang zu Persönlicher Assistenz ist für Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig nicht gegeben (vgl. Kap. 8.2)

Zudem fehlt eine Vernetzung von Kultur- und Gesundheitseinrichtungen, um über Peer-Counseling oder Diversitätsbeiräte die Anliegen und Forderungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Ausarbeitung von Kultur- und Kunstvermittlungsangeboten einbringen zu können.

Auf Policyebene fehlt es an einer ressortübergreifenden Zusammenarbeit für eine bessere Integration von Kulturarbeit in das Sozial- und Gesundheitswesen. Entsprechend fehlt es an Daten zur Schnittstelle zwischen Kunst/Kultur und Gesundheit für systematische Analysen bzw. zur Entwicklung einer Strategie, wie Teilhabe an Kunst und Kultur als gesundheitsfördernde Maßnahme anerkannt werden kann. Ein stärkerer Fokus auf Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention bedingt u. a. eine bessere Integration von Kulturarbeit in das Sozial- und Gesundheitswesen und wird durch die zunehmende Etablierung von Social Prescribing⁴⁹ bereits teilweise umgesetzt.

9.2 Empfehlungen

46. Entwicklung von Begleitangeboten für Kultur-, Freizeit- und Sportaktivitäten, die unabhängig von Institutionen einen niederschweligen, individuellen Zugang zu diversen Kultur-, Freizeit- und Sportaktivitäten bieten
47. Entwicklung/Ausbau inklusiver Kultur-, Freizeit- und Sportaktivitäten
48. Ausbau von Social Prescribing
49. Förderung von Diversität und Inklusion im Kunst- und Kulturbetrieb (siehe Nowotny et al Empfehlung 3.3.5)

⁴⁹ Social Prescribing ist ein innovativer Ansatz, um gesundheitsrelevante nichtmedizinische Bedürfnisse in der Primärversorgung systematisch zu adressieren und Patientinnen/Patienten systematisch an passende regionale Angebote (z. B. Seniorentreff, Theater, Schuldnerberatung) zu vermitteln (Rojatz et al. 2021).

10 Persönlichkeitsrechte

UN-BRK Art. 10: Recht auf Leben

UN-BRK Art. 11: Gefahrensituationen und humanitäre Notlagen

UN-BRK Art. 12: Gleiche Anerkennung vor dem Recht

UN-BRK Art. 13: Zugang zum Recht

UN-BRK Art. 14: Freiheit und Sicherheit der Person

UN-BRK Art. 15: Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe

UN-BRK Art. 16: Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch

UN-BRK Art. 17: Schutz der Unversehrtheit der Person

UN-BRK Art. 18: Freizügigkeit und Staatsangehörigkeit

10.1 Ausgangslage

Rechtsschutz bei Freiheitsbeschränkungen wird durch das Unterbringungsgesetz (UbG) und das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) geboten. Im UbG werden die Freiheitsbeschränkungen in psychiatrischen Krankenanstalten und Abteilungen geregelt. Das HeimAufG gilt für Beschränkungen der persönlichen Freiheit von Patientinnen und Patienten in nichtpsychiatrischen Krankenanstalten, von Bewohnerinnen und Bewohnern in Heimen, in Einrichtungen zur Pflege und Einrichtungen zur Erziehung minderjähriger Kinder und Jugendlicher. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind ein Eingriff in die Persönlichkeitsrechte – auch nach der UN-BRK – und sind demnach auf ein unbedingt erforderliches Ausmaß zu reduzieren (BMSGPK 2022).

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen⁵⁰ in der psychiatrischen Versorgung beschränkt die Selbstbestimmtheit der Patientin bzw. des Patienten, wird von vielen Patientinnen und Patienten als Verletzung der Integrität oder gar traumatisierend erlebt und ist daher mit einer Reihe therapeutisch relevanter negativer Folgen für Betroffene behaftet. Die World Psychiatric Association

⁵⁰ Zwangsmaßnahmen im medizinischen Sinn sind alle Handlungen, die gegen den expliziten, verbal oder nonverbal zum Ausdruck gebrachten Willen der Patientin oder des Patienten gerichtet sind. Dazu gehören

- die Zwangseinweisung/Unterbringung in eine/einer Klinik zur Behandlung, die in den meisten Gesetzgebungen eine psychische Störung mit Selbst- oder Fremdgefährdung voraussetzt, die mit weniger einschneidenden Maßnahmen nicht abwendbar ist,
- Sicherungsmaßnahmen, die mit einer Einschränkung der Bewegungsfreiheit einhergehen wie Isolation (d. h. die zeitlich begrenzte Unterbringung einer Patientin oder eines Patienten allein in einem geschlossenen Raum), Fixation (d. h. die Einschränkung der körperlichen Beweglichkeit eines Menschen mithilfe von Gurten, meist an einem Fixierbett o. Ä.) oder auch Maßnahmen zur Prävention von Sturzgefährdung (Bettgitter, Bauchgurt etc.),
- die Notfallbehandlung, meist in Form einer Zwangsmedikation (d. h. die gegen den Willen der Patientin oder des Patienten durchgeführte orale oder parenterale Abgabe von Medikamenten, meist Antipsychotika und Sedativa),
- die Zwangsbehandlung im engeren Sinne, welche unabhängig von einer akuten Notfallsituation und meist auf einer regelmäßigen Basis über einen längeren Zeitraum zur Behandlung einer Erkrankung durchgeführt wird, die unbehandelt zu schwerwiegenden Gefährdungen führen würde. Je nach Gesetzgebung kann für diese Behandlung ein gerichtlicher Beschluss nötig sein (Olszewski/Jäger 2015).

(WPA) und ihre nationalen Fachgesellschaften verfolgen das Ziel, Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie weitestgehend zu vermeiden und alternative Wege zu finden (DGPPN 2018; Herrman et al. 2022; SO-PSY o. D.). Gesetzliche Änderungen im Unterbringungsrecht allein reichen nicht aus, um Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen so weit wie möglich zu vermeiden. Es bedarf dazu einer Reihe von Maßnahmen in den Einrichtungen (z. B. Deeskalations- und Gewaltschutzkonzepte) und vor allem auch des Ausbaus sozialpsychiatrischer extramuraler Unterstützungssysteme (BMSGPK 2022)⁵¹.

Ähnliches gilt hinsichtlich des Maßnahmenvollzugs (MV) im Rahmen des Justizwesens. Zweck der Unterbringung im Maßnahmenvollzug ist einerseits die Gewährleistung der öffentlichen Sicherheit und andererseits die erforderliche medizinische Behandlung sowie die Resozialisierung (BMSGPK 2022). Eine Reform wird von Expertinnen und Experten seit vielen Jahren gefordert, und der Reformbedarf ist anerkannt (BMJ 2015). Im Maßnahmenvollzugsanpassungsgesetz 2022 (MVAG 2022) wurde nur ein erster Schritt zu einer Reform des Maßnahmenvollzugs gesetzt (v. a. terminologische Anpassungen und Neuregelung der Einweisungsvoraussetzungen). Wesentliche Mängel und Regelungsnotwendigkeiten wurden jedoch nicht aufgegriffen und auf einen zweiten Teil einer Reform verschoben. Der Verein VertretungsNetz hält in seiner diesbezüglichen Stellungnahme⁵² an vielen bereits im Reformprozess vorgebrachten Kritikpunkten und Forderungen fest (z. B. Behandlung zurechnungsunfähiger Personen [nach § 21 Abs. 1 StGB] im Rahmen des Gesundheitssystems, Sicherstellung des Rechtsschutzes in allen Verfahrensstadien, Grund- und Menschenrechte als grundlegender Maßstab, stärkere Betonung von Möglichkeiten der Prävention bzw. Sicherstellung eines qualitätvollen Vollzugs, Neuregelung der bedingten Entlassung, Qualifizierung der Gutachter:innen u. v. m.). Bereits nach den Leitlinien des UN-Fachausschusses zu Art. 14 UN-BRK ist eine unterschiedliche Behandlung, die primär an eine psychische Erkrankung anknüpft, generell unzulässig, weshalb seitens des UN-Fachausschusses auch im Rahmen der Staatenprüfung 2023 eine Abschaffung des Maßnahmenvollzugs nach österreichischer Ausprägung gefordert wird.

Die legislative Grundlage, ENREF 61um gleiche Anerkennung vor dem Recht innerstaatlich umzusetzen, hat der Bundesgesetzgeber mit dem 2. Erwachsenenschutz-Gesetz zwar geschaffen, die praktische Umsetzung scheitert jedoch im Regelfall an fehlenden Unterstützungsleistungen, welche die Länder und Gemeinden in ihrem Kompetenzbereich zur Verfügung stellen müssten, welche somit ihre Verpflichtungen zur Umsetzung der UN-BRK nicht bzw. nur unzureichend wahrnehmen. Legislative Anstrengungen der Länder analog dem Bund sind weitgehend ausständig, bzw. sollte die Kooperation zwischen Bund und Ländern beispielsweise durch bundesweite Strategien verbessert werden (vgl. z. B. die Kritikpunkte des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Rahmen der Staatenprüfung in: Vereinte Nationen 2023). Große Defizite bestehen vor allem bei der Schaffung von Strukturen für die unterstützte Entscheidungsfindung. Zudem findet die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen in vielen Forderungen und Maßnahmen zur Umsetzung der Rechte von Menschen mit Behinde-

⁵¹ Ebenfalls zur Verringerung von Zwangsmaßnahmen beitragen können eine Verbesserung von Betreuungsschlüsseln (vgl. Kap. 3.2.1) oder Sensibilisierungsmaßnahmen für Gesundheitsberufe (vgl. Empfehlungen in Kap. 2 in Strizek et al. 2022)

⁵² https://vertretungsnetz.at/fileadmin/user_upload/3_SERVICE_Stellungnahmen/2021_Stellungnahme_Massnahmenvollzugsanpassungsgesetz.pdf [abgerufen am 19.12.2023]

rungen noch zu wenig Berücksichtigung (vgl. Kap. 2). Ein Beispiel hierfür ist die fehlende Bereitstellung von Leistungen der Persönlichen Assistenz für Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Kap. 8).

10.2 Empfehlungen

50. Schaffung und Ausbau **gemeindenaher Leistungsangebote zur unterstützten Entscheidungsfindung**, um die gleiche Anerkennung von Menschen mit psychischen Erkrankungen vor dem Recht tatsächlich umzusetzen (Art. 12 UN-BRK). Adäquate Finanzierung von Unterstützungsleistungen auf allen Ebenen, insbesondere im Kompetenzbereich der Länder und Gemeinden
51. **Ausbau der rechtlichen Vertretung für psychiatrische Patientinnen/Patienten**, damit diese bei Rechtsverletzungen ihnen gegenüber (z. B. Zwangsmaßnahmen, Demütigungen, Gewalt etc.) ihre Rechte einklagen können
52. **Schaffung und rechtliche Verankerung unabhängiger Beschwerdestellen für psychiatrische Patientinnen/Patienten** (und deren Angehörige), die mit Angehörigen, medizinischem Fachpersonal, Juristinnen/Juristen eng zusammenarbeiten.⁵³ Inklusive Beschwerdestelle für Personen mit einem oder einer Erwachsenenvertreter:in – ausgestattet mit Antrags- und Vertretungsrechten vor den Pflegschaftsgerichten – die Personen berät und ggf. dabei unterstützt, eine ErwV zu beenden oder eine andere (familiennahe) Person als ErwV zu erhalten
53. rechtliche Vorgaben zur Bereitstellung von **Gesetzen, Schriftstücken, Formularen in allgemein verständlicher Sprache**
54. **Novellierung des Epidemiegesetzes in Anlehnung an HeimAufG/UbG bezüglich der Wahrung der Grundrechte** (z. B. Ausgeh- und Besuchsregelungen) und Anpassung an zeitgemäße Standards, insbesondere im ambulanten Bereich
55. **Verbesserung der Unterbringungspraxis nach UbG in psychiatrischen Einrichtungen**
Eine **Ausweitung der Melde- und Informationspflichten** – wie in der **UbG-Novelle 2023** – darf nicht zu weiterer struktureller Stigmatisierung führen.
Deeskalationskonzepte sind auszubauen, und Anzeigen durch Personal/Klinik wegen Körperverletzung/Sachbeschädigung sollten bei UbG-Patientinnen/-Patienten zugunsten gelinderer Mittel (nach Vorbild von Kinder- und Jugendschutzregeln) unterbleiben.
Psychiatrische Abteilungen und Stationen sollten nach Möglichkeit offen geführt werden, um die Stigmatisierung untergebrachter Patientinnen/Patienten mit psychischen Erkrankungen zu reduzieren.
56. **Reduktion von Zwangsmaßnahmen und Verbesserung des Gewaltschutzes** in psychosozialen Einrichtungen:

⁵³ vgl. dazu die „Unabhängigen Beschwerdestellen“ (stationäre Psychiatrie) in Deutschland (verankert in den PsychKG der Bundesländer und untereinander verbunden durch das [BundesNetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie](https://www.bundesnetzwerk-unabhaengiger-beschwerdestellen-psychiatrie.de)): [beschwerde-psychiatrie.de](https://www.bundesnetzwerk-unabhaengiger-beschwerdestellen-psychiatrie.de) [abgerufen am 31.03.2022])

Erstellen von Konzepten für genesungsfördernden und eskalationshemmenden Umgang mit Patientinnen und Patienten, dafür passende personelle Ausstattung und Qualitätssicherung unter Einbeziehung von Peers und Angehörigen, verpflichtende und umfassende Deeskalationsschulungen von Vertreterinnen und Vertretern aller Professionen, die mit Menschen mit psychischen Erkrankungen zu tun haben, im Rahmen von Aus- und Weiterbildungen

Etablieren allgemeiner und individuell abgestimmter Deeskalationskonzepte in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung auf den Ebenen der **Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention** (= Vorbeugen, Deeskalieren, strukturierte Nachbearbeitung und Analyse) Schaffung bzw. **Implementierung von Alternativen und gelinderen Maßnahmen** zur Reduktion bzw. Vermeidung von **Freiheitsbeschränkungen als Bewilligungsvoraussetzung von Betreuungseinrichtungen**

57. **Reformierung des Maßnahmenvollzugs und Ausgliederung aus dem Strafrecht**, Überführung der Behandlung und Therapie psychisch erkrankter Menschen, die den Tatbestand eines Delikts verwirklicht haben, in das **Gesundheitssystem der Länder**

- kein Vollzug vorbeugender Maßnahmen an Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen oder demenziellen Erkrankungen; stattdessen Behandlung im Rahmen des Gesundheitssystems, allenfalls zeitlich begrenzt nach UbG
- **umfassende Reform des Maßnahmenvollzugs**, die über das MVAG 2022 hinausgeht (**Umsetzung des wiederholt angekündigten MVG**), und Umsetzung der Empfehlungen der Expertenkommission von 2015 (BMJ 2015)
- **Auflösung der großen Institutionen für den Maßnahmenvollzug und Forderung nach Deinstitutionalisierung**, Vollzug in gemeindenahen Einrichtungen mit beschränkter Zahl Untergebrachter (max. 20 Personen pro Einrichtung)
- **Schaffung eines rechtsstaatlichen Verfahrens**, das an den Grundsätzen der Menschenrechtskonvention (MRK) und der Judikatur des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR; und des Obersten Gerichtshofs [OGH]) ausgerichtet ist
- Vertretung der Patientinnen und Patienten durch die Patientenanwaltschaft der Erwachsenenenschutzvereine, vergleichbar dem UbG
- **Sicherstellung des Zugangs der Patientenanwaltschaft** zu Patientinnen und Patienten im Maßnahmenvollzug im neuen MVZ-Gesetz
- **Ausbildung forensischer Sachverständiger** (die dzt. in Österreich zur Gänze fehlen) und Steigerung der Qualität der forensischen Gutachten
- **zeitliche Befristung des Maßnahmenvollzugs**
- Ausbau und Finanzierung von Therapie- und Betreuungsangeboten, sowohl im Rahmen des Vollzugs als auch bei der Nachbetreuung
- **Vernetzung von Akteurinnen/Akteuren des Unterstützungssystems**, die frühzeitig auf sich abzeichnende Eskalationen reagieren – bei gleichzeitiger Wahrung von Menschenwürde, Datenschutz und Integrität der Betroffenen

11 Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben

UN-BRK Art. 29:

„(1) Die Vertragsstaaten garantieren Menschen mit Behinderungen die politischen Rechte sowie die Möglichkeit, diese gleichberechtigt mit anderen zu genießen, und verpflichten sich,

a) sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend am politischen und öffentlichen Leben teilhaben können, sei es unmittelbar oder durch frei gewählte Vertreter oder Vertreterinnen, was auch das Recht und die Möglichkeit einschließt, zu wählen und gewählt zu werden (...)

b) aktiv ein Umfeld zu fördern, in dem Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend an der Gestaltung der öffentlichen Angelegenheiten mitwirken können, und ihre Mitwirkung an den öffentlichen Angelegenheiten zu begünstigen, unter anderem

i) die Mitarbeit in nichtstaatlichen Organisationen und Vereinigungen, die sich mit dem öffentlichen und politischen Leben ihres Landes befassen, und an den Tätigkeiten und der Verwaltung politischer Parteien;

ii) die Bildung von Organisationen von Menschen mit Behinderungen, die sie auf internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene vertreten, und den Beitritt zu solchen Organisationen.

11.1 Ausgangslage

Eine repräsentative politische Partizipation zur Verbesserung der Versorgung und zur Durchsetzung der Rechte nach UN-BRK erfordert ein starkes Interessenkollektiv von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In der Evaluierung des Nationalen Aktionsplans Behinderung 2012–2020 wird kritisiert, dass ein gezieltes Capacity-Building in Bezug auf das Bündeln von (Erfahrungs-)Wissen zivilgesellschaftlicher Organisationen weder ausreichend systematisch noch nachhaltig stattgefunden hat und somit zu selten eine Einbeziehung von Menschen mit Erfahrungsexpertise erfolgt (BMSGPK 2020).

Die **fehlende Basis- und Regelfinanzierung** von Interessenvertretungsorganisationen führt zu deren chronischer Unterfinanzierung bzw. erschwert ihnen die längerfristige Planbarkeit und unterminiert die Stabilität dieser Organisationen und in letzter Konsequenz damit deren Möglichkeiten, Menschen mit psychischen Erkrankungen bei Entscheidungen zur Gestaltung des politischen und öffentlichen Lebens zu vertreten (vgl. auch Maßnahmen zur Stärkung der Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und der Angehörigenbewegung in Puhm et al. 2023). Derzeit ist die Einbindung von Interessenvertretungen in Landes- und Bundesgremien, Beiräte, Planungs- und Forschungsprojekte in Österreich unzureichend, und der Ausbau in diesem Bereich soll gefördert werden. Insgesamt wird **Erfahrungswissen** sowohl für den Genesungsprozess als auch in anderen Lebensbereichen mit Relevanz für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu wenig Bedeutung zugemessen. Dies spiegelt sich in der fehlenden gesetzlichen Anerkennung von Selbsthilfeangeboten und der Berufsgruppe der Peerarbeiter:innen wider. In englischsprachigen Ländern wurde die Pflicht zur Recoveryorientierung im Gesundheitswesen

gesetzlich verankert und wurden die Peerarbeiter:innen regelhaft in die sozialpsychiatrische Versorgung aufgenommen. In England wird staatliche Forschungsförderung mittlerweile nur bei Einbeziehung von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung erteilt (Mahlke et al. 2015). In Deutschland wird nicht nur die Unterstützung durch Peerarbeiter:innen zur Stärkung des Recoveryprozesses im Rahmen der S3-Leitlinien empfohlen (DGPPN 2019), sondern es wurde auch die Berufsgruppe der Genesungsbegleiter:innen in die „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL“ aufgenommen, die seit 1. Jänner 2023 in Kraft ist.

In Österreich werden derzeit u. a. folgende Ausbildungen mit Schwerpunkt zu psychischen Erkrankungen zum oder zur Peerarbeiter:in angeboten:

- EX-IN Österreich (Ausbildung zum/zur Genesungsbegleiter:in)
- In Oberösterreich ist die Ausbildung zum/zur Peer-Berater:in im Oberösterreichischen Sozialberufegesetz geregelt und verankert.
- In der Steiermark gibt es an der Fachhochschule Joanneum den Hochschullehrgang Akademische Peer-Beratung, der mittlerweile auch für die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen angeboten wird.

Im September 2023 waren rund 80 Personen in Österreich als Peerarbeiter:innen tätig, davon 12 im stationären oder tagesklinischen Setting (Kern/Nowotny 2024). Es sollen sowohl ausreichend Ausbildungsmöglichkeiten bereitgestellt wie auch Arbeitsplätze ausgebaut werden, um das Angebot in allen psychosozialen Versorgungssettings zu implementieren.

11.2 Empfehlungen

58. **Ausbau der Basis- und Regelfinanzierung von Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, und von Angehörigenorganisationen.**
Anerkennung dieser Organisationen als Systempartnerinnen der psychosozialen Versorgung durch Einbindung in alle relevanten bundes- und landesweiten Gremien und Beiräte der psychosozialen Versorgung
59. **gesetzliche Verankerung der Selbsthilfe**, deren Ausstattung mit den nötigen finanziellen Mitteln (z. B. für Räumlichkeiten, Rahmenkosten, Dokumentationsaufgaben) und ihre Anerkennung als psychosoziales Angebot (z. B. Berücksichtigung in Psychiatrieplänen der Länder)
60. **gesetzliche Anerkennung und Implementierung der Berufsgruppe Peerarbeiter:innen** in Anlehnung an die Definition des Berufsbilds der Peerarbeiterin bzw. des Peerarbeiters (Tupy et al. 2023)
 - Förderung und Ausbau der Ausbildungsstellen für Peerarbeiter:innen
 - Förderung und Ausbau der Arbeitsstellen für Peerarbeiter:innen in Institutionen aller relevanten Lebensbereiche und ihre adäquate Einstufung und Entlohnung nach (zumindest) Kollektivvertrag

12 Barrierefreiheit

UN-BRK Art. 9:

„(1) Um Menschen mit Behinderungen ein selbstbestimmtes Leben und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen, treffen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen mit dem Ziel, für Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen, sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, zu gewährleisten. Diese Maßnahmen, welche die Feststellung und Beseitigung von Zugangshindernissen und -barrieren einschließen, gelten unter anderem für

- a) Gebäude, Straßen, Transportmittel sowie andere Einrichtungen in Gebäuden und im Freien, einschließlich Schulen, Wohnhäusern, medizinischer Einrichtungen und Arbeitsstätten;
- b) Informations-, Kommunikations- und andere Dienste, einschließlich elektronischer Dienste und Notdienste.

(2) Die Vertragsstaaten treffen außerdem geeignete Maßnahmen,

- a) um Mindeststandards und Leitlinien für die Barrierefreiheit von Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, auszuarbeiten und zu erlassen und ihre Anwendung zu überwachen (...)

12.1 Ausgangslage

Insgesamt sind Barrieren und in weiterer Folge auch Barrierefreiheit für Menschen mit psychischen Erkrankungen weniger klar definiert als z. B. für Menschen mit körperlichen Behinderungen. Vereinzelt bestehen Stellungnahmen oder Positionspapiere zur Identifikation von Barrieren für psychisch erkrankte Menschen seitens Organisationen, die Erfahrungsexpertinnen und -experten⁵⁴ oder Angehörige⁵⁵ von Menschen mit psychischen Erkrankungen vertreten.

Der NAP Behinderung 2022–2030 nennt in manchen Bereichen spezifische Barrieren für Menschen mit psychischen Erkrankungen (z. B. Stress oder schlechtes Arbeitsklima in Hinblick auf „Gesundheit im Betrieb“), verweist aber gleichzeitig⁵⁶ auf die Notwendigkeit, dass Kriterien für Barrierefreiheit für Menschen mit psychischen Erkrankungen noch genauer definiert werden müssen (BMSGPK 2022).

⁵⁴ beispielsweise vom Verein Lichterkette unter https://www.lichterkette.at/files/ugd/d79326_8f4c6314df0345aaef5382ddec294de.pdf?index=true [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

⁵⁵ HPE (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter) hat das Ergebnis seines diesbezüglichen Diskussionsprozesses zur Identifikation von Barrieren im Positionspapier „Barrieren für Menschen mit psychischer Erkrankung und die Auswirkungen für deren Angehörige – der Blickwinkel der Angehörigen“ (Juni 2020) dargelegt. Der Begriff Barrieren wurde von den HPE-Angehörigen wie folgt formuliert: „Barrieren sind alle äußeren, also gesellschafts- und systembedingten Rahmenbedingungen, die den berechtigten Anspruch auf ein gesellschaftlich übliches Leben (Ausbildung, Beruf, Partnerschaft, Familie, Freizeit, selbstbestimmtes Wohnen etc.) behindern.“

⁵⁶ Maßnahme 327: „Einrichtung einer Unterarbeitsgruppe zur Kompetenzgruppe Entstigmatisierung zum Thema Barrierefreiheit im psychischen Bereich und Ausarbeitung von Empfehlungen zum Abbau von Barrieren im psychischen Bereich unter Einbeziehung von Erfahrungsexpert:innen“

Exemplarische Barrieren für Menschen mit psychischen Erkrankungen bestehen darin, dass der Bezug bestimmter Unterstützungsleistungen mit Anforderungen und Auflagen in Form von Terminen oder Terminzeiten verbunden ist, die aufgrund der Art der Erkrankung (z. B. Angststörungen) und damit verbundener eingeschränkter Mobilität eine große Hürde darstellen. Auch lange Wartezeiten (z. B. in Bezug auf Begutachtungstermine, auf Termine vor Ort, auf Antworten/Bescheide) können für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine noch größere Herausforderung darstellen, als sie dies für Menschen ohne Erkrankung tun (vgl. auch Empfehlungen in Kap. 4 und Kap. 7).

12.2 Empfehlungen

61. **Barrieren für psychisch erkrankte Menschen definieren** und in vorhandene Leitlinien für Barrierefreiheit aufnehmen

13 Bewusstseinsbildung

UN-BRK Art. 8:

„(1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, sofortige, wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um

a) in der gesamten Gesellschaft, einschließlich auf der Ebene der Familien, das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen und die Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde zu fördern (...)

(2) Zu den diesbezüglichen Maßnahmen gehör[t] (...)

b) die Förderung von Schulungsprogrammen zur Schärfung des Bewusstseins in Bezug auf Menschen mit Behinderungen und für deren Rechte.“

13.1 Ausgangslage

Noch immer werden in **Gesetzestexten stigmatisierende und zum Teil veraltete Begriffe** (z. B. Geisteskrankheit, „Personen, die den Gebrauch der Vernunft nicht beherrschen“) verwendet, die zu einer Verfestigung von Stigmatisierung führen. Als Positivbeispiel können in diesem Zusammenhang Änderungen infolge des Maßnahmenvollzugsgesetzes 2022 genannt werden, durch das die bisherige und stigmatisierende Formulierung in § 21 StGB „geistige oder seelische Abarbeitung höheren Grades“ durch die Formulierung „schwerwiegende und nachhaltige psychische Störung“ ersetzt wurde (BMJ 2023).

Auch in der **medialen Darstellung bzw. in Literatur und Film** werden Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig stereotyp und überwiegend negativ dargestellt, womit gesellschaftliche Ausgrenzung verstärkt wird. Es bestehen zwar Empfehlungen für eine stigmafremde Berichterstattung über psychische Erkrankungen (HPE/MUW 2021), ausführliche Programme bzw. Maßnahmen zum Abbau kultureller Stigmatisierung in Medien oder Kunst und Kultur fehlen jedoch bis heute. Empfehlungen zum Abbau kultureller Stigmatisierung wurden im Rahmen der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung für drei Bereiche (Medien, Kunst und Kultur sowie Theorien, Konzepte und daraus abgeleitete Praktiken) entwickelt (Nowotny et al. 2024).

Bei Berufsgruppen, die im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen wesentliche Entscheidungen treffen, ist eine **Sensibilisierung in Hinblick auf psychische Erkrankungen** und auch auf ihre Rolle im Stigmaprozess von besonderer Bedeutung, um falschen Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen bereits in der Ausbildung entgegenzuwirken und Anti-Stigma-Kompetenz aufzubauen (Freimüller/Wölwer 2012). Spezifische Empfehlungen der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung zur Ausgestaltung von Sensibilisierungsmaßnahmen für ausgewählte Zielgruppen finden sich bei Strizek et al. (2022). In struktureller Hinsicht fehlt in allen Berufsgruppen aktuell eine hinreichende Einbindung von Expertinnen und Experten mit eigener Erfahrung und Angehöriger in die Gestaltung und Durchführung trialogischer Aus- und Weiterbildungsangebote.

13.2 Empfehlungen

62. Eliminieren stigmatisierender Formulierungen in Gesetzestexten
63. Verankerung **trialogisch konzipierter Schulungsinhalte** in den Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula von Schlüsselprofessionen unter Einbeziehung von Erfahrungsexpertinnen und -experten (vgl. auch Empfehlungen in Strizek et al. 2022)
 - Zielgruppen (exemplarisch): Angehörige von Gesundheits- sowie (sozial)pädagogischen Berufen, Polizistinnen/Polizisten, Richter:innen, Mitarbeiter:innen in Sozialämtern, Journalistinnen/Journalisten, Behördenmitarbeiter:innen, Lehrer:innen
 - Inhalte (exemplarisch): psychische Gesundheit, Menschenrechte, soziales Modell von Behinderung, kontaktbasierte Aufklärung (trialogisch) über psychische Erkrankungen, Recovery- und Hilfsangebote, Stigma und entstigmatisierender Umgang mit Menschen mit psychischer Erkrankung sowie zielgruppenspezifische Inhalte
64. Aufnahme von **Empfehlungen zur Berichterstattung über psychische Erkrankungen** in die Kommentierung des Ehrenkodex für die österreichischen Presse (nach dem Vorbild der Suizidberichterstattung⁵⁷) oder einer entsprechenden Stellungnahme des zuständigen Senats im Presserat (vgl. auch Empfehlungen in Nowotny et al. 2024)

⁵⁷ siehe Pkt. 12: https://www.presserat.at/show_content.php?sid=3&reload=1 [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

14 Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaft

14.1 Ausgangslage

UN-BRK Art. 23: Achtung der Wohnung und der Familie

(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen in allen Fragen, die Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaften betreffen (...).“

Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind etwa gleich häufig Eltern wie Menschen ohne psychische Erkrankung (Lenz 2017). Zusätzlich zur Erkrankungsbewältigung und den allgemeinen **Herausforderungen von Elternschaft** sind Betroffene durch weitere spezifische Herausforderungen belastet, für die verhältnismäßig wenig Bewusstsein vorliegt und wenige Unterstützungsangebote bestehen. Je nach Erkrankungsverlauf können Eltern Unterstützung bei der Betreuung und Erziehung ihrer Kinder benötigen. Ängste um das Wohlergehen der Kinder und vor dem Verlust der Obsorge können zusätzlich die Belastungen verstärken (Lenz 2017).

Zudem sind Eltern mit psychischen Erkrankungen oftmals mit Vorurteilen, nicht nur in Bezug auf ihre Erkrankung, sondern auch auf ihre Erziehungskompetenz konfrontiert. Dies kann dazu führen, dass sich Betroffene reserviert gegenüber Unterstützungsleistungen verhalten und diese nicht oder nur verspätet in Anspruch nehmen. Neben Scham spielt hier vor allem Angst vor negativen Konsequenzen wie dem Verlust der Obsorge eine Rolle. Es fehlen ausreichende Unterstützungsangebote für (werdende) Eltern mit einer psychischen Erkrankung, wodurch das Risiko einer Überforderung und Verschlechterung des Erkrankungsverlaufs des betroffenen Elternteils, ungünstiger Entwicklungsverläufe bei ihren Kindern und des Verlusts der Obsorge steigt. Unsicherheiten bezüglich der Versorgung der Kinder während akuter Krisen oder stationärer Aufenthalte in einem Krankenhaus belasten zusätzlich und erschweren die Inanspruchnahme entsprechender Behandlungen.

In den letzten 20 Jahren entwickelte sich in der Fachwelt zunehmend Bewusstsein für die **Situation von Kindern psychischer erkrankter Eltern**. In Österreich wachsen etwa 275.000⁵⁸ Minderjährige, also jedes sechste Kind bzw. jede:r sechste Jugendliche in einer Familie mit einem psychisch erkrankten Elternteil auf. Davon betroffene Kinder und Jugendliche weisen ein deutlich erhöhtes Risiko auf, im Laufe ihres Lebens selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln (Lenz 2017), was mit dem Zusammenspiel unterschiedlicher genetischer/biologischer und psychosozialer Risikofaktoren wie z. B. partnerschaftlicher Probleme oder Armut zu erklären ist. Die Entwicklungsverläufe von Kindern und Jugendlichen können zudem durch unzureichende soziale Unterstützung in belasteten Situationen auf individueller und familiärer Ebene negativ beeinflusst werden.

Trotz der genannten Risikofaktoren ist festzuhalten, dass eine psychische Erkrankung eines Elternteils per se nicht die Erziehungsfähigkeit einschränkt und nicht grundsätzlich negative Ent-

⁵⁸ <https://www.visible.co.at> [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

wicklungsverläufe bei Kindern und Jugendlichen bedingt. Die Unterstützungsbedarfe von Kindern von Eltern mit einer psychischen Erkrankung sind unterschiedlich. Auch wenn sich in den letzten Jahren zunehmend entsprechende Angebote entwickelt haben⁵⁹, fehlt eine flächendeckende Versorgung mit zielgruppenspezifischen Angeboten für Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen.

14.2 Empfehlungen

65. **Gesetzlich verankertes Recht auf Information, Beratung, Unterstützung und Assistenz** bei Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Elternrolle und Obsorge sowie Förderung der Eigenverantwortung als grundlegendes Prinzip. Schaffung und Ausbau von (aufsuchenden) Angeboten (z. B. Frühe Hilfen), insbesondere unter Berücksichtigung besonderer Zielgruppen (insbesondere Alleinerzieher:innen, Mütter mit Baby, Familien mit Mehrfachbelastungen)
66. **Ausbau von Unterstützungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen sowie Kinder psychisch erkrankter Eltern** (inklusive Unterstützung in Bildungseinrichtungen)

⁵⁹ z. B. elco/kico OÖ: <https://www.elco-pmoee.at> [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

KIPKE NÖ: <https://www.psz.co.at/beratung-behandlung/beratung-von-kindern-mit-psychisch-kranken-eltern-kipke>; <https://www.caritas-stpoelten.at/hilfe-angebote/menschen-mit-psychischen-erkrankungen/beratungsangebote/kipke> [beide zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

Projekt „Village“ Tirol: <http://village.lbg.ac.at> [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

Frühe Hilfen: <https://fruehehilfen.at> [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

Patenschaftsprojekt „Gemeinsam wachsen“ in Salzburg: www.jojo.or.at [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

„Kleiner Leuchtturm“ für Kinder aus suchtbelasteten Familien des Vereins Dialog: <https://www.dialog-on.at/kleinerleuchtturm> [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

Patenfamilien für Kinder psychisch belasteter Eltern in Graz: <http://fgoe.org/index.php/projekt/patenfamilien-fuer-kinder-psychisch-belasteter-eltern> [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

#visible HPE: <https://www.visible.co.at> [zuletzt abgerufen am 15.10.2024]

15 Statistik und Datensammlung

UN-BRK Art. 31:

„(1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich zur Sammlung geeigneter Informationen, einschließlich statistischer Angaben und Forschungsdaten, die ihnen ermöglichen, politische Konzepte zur Durchführung dieses Übereinkommens auszuarbeiten und umzusetzen.“

15.1 Ausgangslage

Gesundheits- und Sozialplanung benötigen eine Datengrundlage als Argumentarium für politisches Handeln. In einigen zentralen Bereichen fehlen Daten oder sind vorhandene Daten nicht aussagekräftig oder nicht repräsentativ genug, um ein umfassendes Bild der Versorgung und der Lebenssituationen von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu vermitteln und eine diesbezügliche Bedarfsplanung zu ermöglichen. Bisher übliche nationale (z. B. Mikrozensus-Erhebungen) und europäische Datensets (z. B. European Community Statistics on Income and Living Conditions – EU-SILC) sind für die spezifischen Fragestellungen hinsichtlich der Umsetzung der UN-BRK oft zu pauschal und zu unspezifisch (BMSGPK 2022).

Die Europäische Kommission sieht in ihrer Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2021–2030 (Europäische Kommission 2021) die Entwicklung neuer Indikatoren, die Erstellung einer Strategie zur Datensammlung und eine engere Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten vor. Österreich ist auf EU-Ebene an der Entwicklung einheitlicher und systematischer Statistikerhebungen über die Situation von Menschen mit Behinderungen (u. a. von Lebens- und Einkommensbedingungen oder per systematische Erfassung von Sozialausgaben) und an der Weiterentwicklung von Indikatoren beteiligt (BMSGPK 2022).

Der NAP Behinderung 2022–2030 sieht vor, dass eine umfassende statistische Grundlage zu einer holistischen Einschätzung der Situation von Menschen mit Behinderungen in Österreich geschaffen wird, aussagekräftige Daten und Statistiken hinsichtlich Menschen mit Behinderungen – auch in puncto Menschen mit psychischen Behinderungen und Lernbehinderungen sowie betreffend Kinder mit Behinderungen – kontinuierlich erhoben und barrierefrei veröffentlicht werden sollen und Menschen mit Behinderungen in die Sammlung und Analyse von Daten, die sie betreffen, einbezogen werden sollen (BMSGPK 2022).

Auch für den Ausbau alternativer psychosozialer Versorgungs- und Hilfsangebote sind entsprechende Studien erforderlich, die Wirkungsweise und Evidenz dieser Angebote untersuchen. Dies betrifft sowohl vorhandene internationale recovery- und menschenrechtsbasierte Behandlungsansätze wie auch intersektorale Bestrebungen, psychische Gesundheit und eine chancengerechte gesellschaftliche Teilhabe im Sinne von Mental Health in All Policies zu fördern (z. B. Schnittstelle Kunst/Kultur und Gesundheit).

15.2 Empfehlungen

67. **Zusammenführen vorhandener Daten aus dem gesamten Gesundheits- und Sozialwesen sowie dem Arbeitsmarkt etc. in anonymisierter Form und Etablieren eines regelmäßigen Monitorings/Reportings in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung, um strukturelle Missstände sichtbar zu machen, betroffene Personengruppen zu quantifizieren und eine Datenbasis für politisches Handeln bereitzustellen. Klärung der Zuständigkeiten für die Datenanalyse und Berichtslegung (z. B. Statistik Austria)**
68. **Verbesserung der Datenbasis für Analysen und Umsetzungsprojekte bspw. durch In-Auftrag-Geben ressortübergreifender Studien (Bsp.: Kunst/Kultur und Gesundheit)**

Literatur

- Aderhold, Volkmar (2013): Bedürfnisangepasste Behandlung und offene Dialoge. In: Psychotherapie-Wissenschaft 2/:70-8
- Amering, Michaela (2017): Trialogue: An Exercise in Communication Between Users, Carers, and Professional Mental Health Workers Beyond Role Stereotypes. In: The Stigma of Mental Illness – End of the Story? Hg. v. Gaebel, Wolfgang; Rössler, Wulf; Norman, Sartorius. Springer, ChamS. 581-590
- Amsalem, Doron; Hasson-Ohayon, Ilanit; Gothelf, Doron; Roe, David (2018): Subtle ways of stigmatization among professionals: The subjective experience of consumers and their family members. In: Psychiatr Rehabil J 41/3:163
- Anthony, William A. (1993): Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. In: Psychosocial Rehabilitation Journal 16/4:11-23
- Arias, Daniel; Saxena, Shekhar; Verguet, Stéphane (2022): Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. eClinicalMedicine, 54, Elsevier
- BMASGK (2019): Richtlinie Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz. Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMJ (2015): Arbeitsgruppe Maßnahmenvollzug – Bericht an den Bundesminister für Justiz über die erzielten Ergebnisse. Bundesministerium für Justiz, Wien
- BMJ (2023): Erlass vom 28. Februar 2023 über die Regelungen des Bundesgesetzes, mit dem das Strafgesetzbuch, die Strafprozeßordnung 1975, das Strafvollzugsgesetz, das Jugendgerichtsgesetz 1988 und das Strafregistergesetz 1968 geändert werden (Maßnahmenvollzugsanpassungsgesetz 2022). Geschäftszahl: 2023-0.073.577
- BMSGPK (2016): UN-Behindertenrechtskonvention. Deutsche Übersetzung der Konvention und des Fakultativprotokolls, Wien
- BMSGPK (2020): Evaluierung des Nationalen Aktionsplans Behinderung 2012-2020. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2022): Nationaler Aktionsplan Behinderung 2022–2030. Österreichische Strategie zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Bond, Gary R; Becker, Deborah R; Drake, Robert E; Vogler, Kathleen M (1997): A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment. In: Rehabilitation Counseling Bulletin 40/:265-284
- Bond, Gary R; Drake, Robert E; Becker, Deborah R (2008): An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. In: Psychiatr Rehabil J 31/4:280
- Bond, Gary R. (2004): Supported employment: evidence for an evidence-based practice. In: Psychiatr Rehabil J 27/4:345-359

- Brouwers, E. P.; Mathijssen, J.; Van Bortel, T.; Knifton, L.; Wahlbeck, K.; Van Audenhove, C.; Kadri, N.; Chang, Ch; Goud, B. R.; Ballester, D.; Tofoli, L. F.; Bello, R.; Jorge-Monteiro, M. F.; Zask, H.; Milacic, I.; Ucok, A.; Bonetto, C.; Lasalvia, A.; Thornicroft, G.; Van Weeghel, J. (2016): Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries. In: *BMJ Open* 6/2:e009961
- Bundeskanzleramt (2020): Aus Verantwortung für Österreich - Regierungsprogramm 2020–2024. Wien
- Busch-Geertsema, Volker (2019): Housing First – Housing Plus. In: Festschrift 20 Jahre BAWO Wohnungslosenhilfe von A bis Z. Hg. v. Wohnungslosenhilfe, BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft, Wien. S. 111-S. 127
- Ciampi, Luc; Dauwalder, Hans-Peter; Maier, Christian; Aebi, Elisabeth (1991): Das Pilotprojekt «Soteria Bern» zur Behandlung akut Schizophrener. I, Konzeptuelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen. In: *Nervenarzt* 62/7:428-435
- Cook, Jonathan E; Purdie-Vaughns, Valerie; Meyer, Ilan H; Busch, Justin TA (2014): Intervening within and across levels: A multilevel approach to stigma and public health. In: *Social Science & Medicine* 103/:101-109
- Cook, Judith A; Burke-Miller, Jane K; Roessel, Emily (2016): Long-term effects of evidence-based supported employment on earnings and on SSI and SSDI participation among individuals with psychiatric disabilities. In: *American Journal of Psychiatry* 173/10:1007-1014
- Corrigan, Patrick W; McCracken, Stanley G (2005): Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. In: *Social Work* 50/1:31-39
- DGPPN (2019): Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V., Berlin
- DGPPN (2021): Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland – Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. Deutsche Gesellschaft Für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V., Berlin
- Europäische Kommission (2021): Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Union der Gleichheit: Strategie für die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2021- 2030. Europäische Kommission, Brüssel
- Freimüller, Lena; Wölwer, Wolfgang (2012): Antistigma-Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis. Schattauer Verlag, Stuttgart
- Funk, M.; Bold, N. D. (2020): WHO's QualityRights Initiative: Transforming Services and Promoting Rights in Mental Health. In: *Health Hum Rights* 22/1:69-75
- Hamilton, Sarah; Pinfold, Vanessa; Cotney, Jess; Couperthwaite, Lisa; Matthews, J; Barret, K; Warren, Solvig; Corker, E; Rose, D; Thornicroft, G (2016): Qualitative analysis of mental

- health service users' reported experiences of discrimination. In: *Acta Psychiatr Scand* 134/14-22
- Hatzenbuehler, Mark L (2016): Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. In: *American Psychologist* 71/8:742
- Hatzenbuehler, Mark L; Link, Bruce G (2014): Introduction to the special issue on structural stigma and health. In: *Social Science & Medicine*:
- Hatzenbuehler, Mark L.; Link, Bruce G. (2014): Introduction to the special issue on structural stigma and health. In: *Social Science & Medicine* 103/1-6
- Henderson, Claire; Noblett, Jo; Parke, Hannah; Clement, Sarah; Caffrey, Alison; Gale-Grant, Oliver; Schulze, Beate; Druss, Benjamin; Thornicroft, Graham (2014): Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. In: *The Lancet Psychiatry* 1/6:467-482
- Hoffmann, Holger; Jäckel, Dorothea; Glauser, Sybille; Mueser, Kim T; Kupper, Zeno (2014): Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. In: *American Journal of Psychiatry* 171/11:1183-1190
- Hoffmann, Holger; Voss, Martin (2017): Was ist Soteria? Eine Standortbestimmung. In: *Nervenheilkunde* 36/11:874-879
- HPE; MUW (2021): Empfehlungen zur Berichterstattung über psychische Erkrankungen. Österreich, HPE; Wien, Medizinische Universität, Wien
- Kern, Daniela; Nowotny, Monika (2024): Factsheet Stand der Peer-Arbeit in Österreich 2023. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Kinoshita, Yoshihiro; Furukawa, Toshi A; Kinoshita, Kuni; Honyashiki, Mina; Omori, Ichiro M; Marshall, Max; Bond, Gary R; Huxley, Peter; Amano, Naoji; Kingdon, David (2013): Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 9
- Knapp, Martin; Wong, Gloria (2020): Economics and mental health: the current scenario. In: *World Psychiatry* 19/1:3-14
- Krupchanka, Dzmitry; Thornicroft, Graham (2017): Discrimination and stigma. In: *The Stigma of Mental Illness-End of the Story?* SpringerS. 123-139
- Lambert, M; Bock, T; Naber, D; Löwe, B; Schulte-Markwort, M; Schäfer, I; Gumz, A; Degkwitz, P; Schulte, B; König, HH (2013): Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen–Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. In: *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie* 81/11:614-627
- Lehmann, Peter; Stastny, Peter (2013): *Statt Psychiatrie 2*. Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin
- Lenz, Albert (2017): *Kinder psychisch kranker Eltern*. Hogrefe Verlag, Göttingen

- Link, B. G.; Phelan, J. (2014): Stigma power. In: Soc Sci Med 103/:24-32
- Link, Bruce G.; Phelan, Jo C. (2001): Conceptualizing stigma. In: Annual review of sociology 27/1:363-385
- Link, Bruce G.; Phelan, Jo C. (2006): Stigma and its public health implications. In: Lancet 367/9509:528-529
- Mahlke, Candelaria; Krämer, Ute Maria; Kilian, Reinhold; Becker, Thomas (2015): Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. In: Übersicht des internationalen Forschungsstandes 34/04:235-239
- Marwaha, Steven; Johnson, Sonia (2004): Schizophrenia and employment. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39/5:337-349
- Mestdagh, Annelien; Hansen, Bart (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 49/1:79-87
- Nowotny, Monika; Strizek, Julian; Puhm, Alexandra (Hg.) (2024): Empfehlungen zur Reduktion von kultureller Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Gesundheit Österreich, Wien
- Olszewski, Konrad; Jäger, Matthias (2015): Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. In: InFo Neurologie & Psychiatrie 17/:56-63
- Puhm, Alexandra; Nowotny, Monika; Strizek, Julian (Hg.) (2023): Empfehlungen zur Reduktion von Selbststigmatisierung im Kontext psychischer Erkrankungen. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Gesundheit Österreich, Wien
- Richter, Dirk; Hoffmann, Holger (2019): Effectiveness of supported employment in non-trial routine implementation: systematic review and meta-analysis. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 54/5:525-531
- Rojatz, Daniela; Antosik, Jennifer; Weitzer, Jakob; Ecker, Sandra; Haas, Sabine (2021): Handbuch „Social Prescribing in der Primärversorgung“ Schritt für Schritt zur Umsetzung. . Gesundheit Österreich, Wien
- Rüsch, Nicolas (2020): Das Stigma psychischer Erkrankung. Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung. Elsevier, München
- Sagerschnig, Sophie; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kern, Daniela; Sator, Marlene; Zuba, Martin (2018): Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychiatrischer Rehabilitation im Kontext der Angebote. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, unveröffentlicht
- Schlimme, Jann; Scholz, Thelke; Seroka, Renate (Hg.) (2019): Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen. Psychiatrie Verlag, Köln
- Statistik Austria (2023): 2022 waren 2,3 % der Bevölkerung erheblich materiell und sozial benachteiligt. Statistik Austria, Wien

- Strizek, Julian; Nowotny, Monika; Antony, Katharina (Hg.) (2022): Empfehlungen zur Reduktion direkter Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Gesundheit Österreich, Wien
- Suijkerbuijk, Yvonne B; Schaafsma, Frederieke G; van Mechelen, Joost C; Ojajärvi, Anneli; Corbiere, Marc; Anema, Johannes R (2017): Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 9
- Thornicroft, Graham; Sunkel, Charlene; Alikhon Aliev, Akmal; Baker, Sue; Brohan, Elaine; el Chammay, Rabih; Davies, Kelly; Demissie, Mekdes; Duncan, Joshua; Fekadu, Wubalem; Gronholm, Petra C.; Guerrero, Zoe; Gurung, Dristy; Habtamu, Kassahun; Hanlon, Charlotte; Heim, Eva; Henderson, Claire; Hijazi, Zeinab; Hoffman, Claire; Hosny, Nadine; Huang, Fiona-Xiaofei; Kline, Sarah; Kohrt, Brandon A.; Lempp, Heidi; Li, Jie; London, Elisha; Ma, Ning; Mak, Winnie W. S.; Makhmud, Akerke; Maulik, Pallab K.; Milenova, Maria; Morales Cano, Guadalupe; Ouali, Uta; Parry, Sarah; Rangaswamy, Thara; Rüsçh, Nicolas; Sabri, Taha; Sartorius, Norman; Schulze, Marianne; Stuart, Heather; Taylor Salisbury, Tatiana; Vera San Juan, Norha; Votruba, Nicole; Winkler, Petr (2022): The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 1-43
- Tupy, Christopher; Hofer, Hans-Jörg; Moser, Sigrid; Kennerth, Elmar; Gasser, Dorothea (2023): Berufs- und Tätigkeitsprofil: Peer-Arbeiter:innen im psychosozialen Bereich., Wien, Dachverband IDEE Austria
- Übereinkommen über die Rechte des Kindes samt Vorbehalten, Erklärungen: Übereinkommen über die Rechte des Kindes, BGBl. Nr. 7/1993, in der geltenden Fassung
- UN-Vollversammlung (1948): Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (217 III A), Paris
- Unger, Karen V (2011): Supported Education: A Promising Practice. Evidence-Based Practices KIT. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville
- Vereinte Nationen (2023): Abschließende Bemerkungen zum kombinierten zweiten und dritten periodischen Bericht Österreichs. Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, CRPD/C/AUT/CO/2-3
- Vernetzungsplattform (in Vorbereitung): Zentrale Anliegen der Vernetzungsplattform der Expert_innen aus eigener Erfahrung für psychische Gesundheit. Kapitel 2.1 bis 2.4. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Wagner, Gudrun; Zeiler, Michael; Waldherr, Karin; Philipp, Julia; Truttmann, Stefanie; Dür, Wolfgang; Treasure, Janet L; Karwautz, Andreas FK (2017): Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. In: *European child & adolescent psychiatry* 26/12:1483-1499
- Wancata, Johannes (2017): Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Unveröffentlichter Forschungsbericht, Wien
- WHO (2021): Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. World Health Organization, Geneva