

Positionspapier

Einleitung und Überblick

Die **Plattform Zukunft Psychiatrie** ist ein trialogischer Zusammenschluss von Organisationen und Initiativen von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Professionist*innen in der Begleitung, Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Der Begriff „Trialog“ steht dabei für eine offene, gleichberechtigte Begegnung und Zusammenarbeit von Erfahrungsexpert*innen – also Menschen, die psychische Erkrankung erleben oder erlebt haben –, Angehörigen und Professionist*innen (Expert*innen aus eigener Erfahrung – Expert*innen aus Miterfahrung – Expert*innen durch Ausbildung und Beruf). Gemeinsames Ziel ist es, in Wien die **psychosoziale Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen** umfassend zu **verbessern** und **weiterzuentwickeln**. Unter psychosozialer Versorgung werden alle psychiatrisch-medizinischen, therapeutischen, diagnostischen und präventiven Maßnahmen verstanden, wie insbesondere Begleitung, Beratung, Psychotherapie, ambulante Angebote, die psychiatrische Versorgung im stationären Bereich und die Nachbetreuung mit entsprechenden Angeboten in den Bereichen Wohnen, Beschäftigung und Soziales.

Die Plattform Zukunft Psychiatrie ortet eine sich schon länger anbahnende **Krise der psychosozialen Versorgung in Wien**, die sich zunehmend zuspitzt. Es gibt kein gemeinsam entwickeltes, integriertes psychosoziales Versorgungssystem bestehend aus ambulanten, aufsuchenden und stationären Angeboten mit therapeutischem und rehabilitativem Fokus. **Probleme in der Qualität und in den Schnittstellen**, aber auch in sozialpsychiatrischen Grundhaltungen sind erkennbar. Dies äußert sich z.B. in einer Zunahme der sog. „Drehtürpsychiatrie“, also häufigen kurzen stationären Aufenthalten mit unzureichender Stabilisierung. Die **qualitative und quantitative Unterversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen** betrifft aber nicht nur die Akutpsychiatrie, sondern auch die ambulante Behandlung, Begleitung und Betreuung in Ambulanzen und Tageskliniken, in Psychotherapie und Rehabilitation. Neben den unmittelbaren Risiken und negativen Folgen für Menschen mit psychischen Erkrankungen hat die Unterversorgung auch negative Auswirkungen **für deren Wohnsituation, Betreuung, Begleitung und Beschäftigung und für deren Angehörige**. Menschen mit psychischen Erkrankungen erleben sich im Rahmen ihrer Behandlung oft vorwiegend als Objekte. Denn im Vordergrund stehen von Institutionen vorgegebene Behandlungsabläufe, an die sich die Patient*innen anpassen müssen. Erfahrungsexpert*innen, Angehörige und Betreuungspersonen werden in Planungs- und Betreuungsprozesse in zu geringem Maße einbezogen. Wenn sie einbezogen werden, findet ihre Expertise oft wenig Berücksichtigung.

Der psychosoziale und psychiatrische Bereich verliert auch zunehmend an Attraktivität als Arbeits- und Ausbildungsort. Neben Ressourcenmangel und strukturellen Problemen ist dies auch der fehlenden Förderung von integrierten Behandlungs- und Betreuungssystemen und damit zusammenhängend fehlenden beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten geschuldet.

Zentrales Anliegen der *Plattform Zukunft Psychiatrie* ist in einem ersten Schritt eine politisch getragene **Auseinandersetzung über die Aufgaben und Ziele der psychosozialen Versorgung in unserer Stadt**,

und zwar unter umfassendem Mitwirken von Menschen mit psychischen Erkrankungen und allen relevanten Akteur*innen. Dazu bedarf es einer gleichberechtigten Gestaltung unter voller Transparenz der Entscheidungsprozesse. Im Rahmen des *Psychiatrischen und Psychosomatischen Versorgungsplans Wien 2030 (PPV)* wurden zwar bislang zahlreiche wichtige Anliegen erkannt und notwendige Veränderungen eingebracht und diskutiert. Teils wurden und werden die Anliegen der Erfahrungsexpert*innen aber missverstanden und fehlinterpretiert und finden darin keine Berücksichtigung. Die Ergebnisse sind insgesamt weitestgehend nicht transparent zugänglich und die Umsetzung scheint sehr eingeschränkt zu erfolgen.

Systemveränderungen und Zusammenarbeit sowie die Etablierung neuer Modelle können aus Sicht der Plattform Zukunft Psychiatrie nicht bis 2030 warten. Vielmehr besteht ein **dringender Handlungsbedarf**, der sich nicht zuletzt an die zuständigen Politiker*innen und sonstigen Entscheidungsträger*innen in dieser Stadt richtet. Wien läuft akut Gefahr, die positiven Ergebnisse der Psychiatriereform der 1980er und 1990er Jahre aufs Spiel zu setzen.

Es benötigt **jetzt** eine **konkrete Förderung, Finanzierung und Anerkennung von Projekten** zur integrierten Versorgung und die Umsetzung von alternativen Behandlungskonzepten, die Menschen mit psychischen Erkrankungen bedarfs- und bedürfnisorientiert nach dem Prinzip der aktiven Teilhabe begegnen. Dabei geht es nicht nur darum, die Meinung von Erfahrungsexpert*innen einzuholen, sondern es muss auch deren Mitbestimmung selbstverständlich werden. Auch im Rahmen der Novelle des Unterbringungsgesetzes (UbG-Novelle 2022, *siehe unten*) müssen dringend Pilotprojekte gestartet werden, um den in Zukunft gemeinsam zu formulierenden Behandlungsplan und das nachweisliche Bemühen um eine angemessene soziale und psychiatrische Betreuung rechtzeitig flächendeckend etablieren zu können.

Mittel- und langfristig bedarf es aus Sicht der Plattform Zukunft Psychiatrie einer Wiederbesinnung und **Weiterentwicklung von sozialpsychiatrischen Werten** und Grundhaltungen und einer Planung von **Angeboten innerhalb und außerhalb der Psychiatrie**, und zwar unter umfassender Einbindung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, wie sie nicht zuletzt in der UN-BRK verpflichtend vorgesehen ist. Es müssen Möglichkeiten geschaffen werden, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen selbst als steuernde Akteur*innen ihrer Behandlung auftreten. Die gesellschaftspolitische Botschaft der Psychiatrieenquete der 1980er Jahre muss dringend erneuert und aktualisiert werden.

Rechtlicher Rahmen

Die wichtigen und dringenden Anliegen der Plattform Zukunft Psychiatrie spiegeln sich auch im geltenden rechtlichen Rahmen wider:

Die Republik Österreich hat im Jahr 2008 die **Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK)** ratifiziert und sich damit verpflichtet, die Menschenrechte und Grundfreiheiten aller Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten. Dazu gehören auch Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Verpflichtungen der UN-BRK treffen nicht nur den Bund, sondern richten sich – ebenso wie das Gleichbehandlungsgebot von Menschen mit Behinderungen in Art. 7 des österreichischen Bundesverfassungsgesetzes – unstrittig an alle staatlichen Ebenen, somit auch an die Länder und Gemeinden. Die Stadt Wien ist in diesem Sinne

gefordert und verpflichtet, die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu fördern, und zu **gewährleisten**, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen entsprechend ihrer selbst definierten Bedarfe eine **entsprechende (sozial)psychiatrische Versorgung** und umfassende **Betreuung** und **Begleitung** erfahren, ohne dass diese im Einzelfall (mühsam) eingefordert werden muss. Das UN-Komitee zur Umsetzung der UN-BRK hat dabei Österreich ausdrücklich aufgefordert, alle Maßnahmen zu treffen, um sicherzustellen, dass niemand gegen seinen Willen in irgendeiner Art psychologischer oder psychiatrischer Einrichtung festgehalten wird; sowie Strategien zur De-Institutionalisierung zu entwickeln und zu gewährleisten, dass alle psychologischen und psychiatrischen Dienstleistungen aufgrund einer freiwilligen Einverständniserklärung nach Aufklärung der betroffenen Person durchgeführt werden. Auch das **umfassende und transparente Mitwirken** von Erfahrungsexpert*innen in politische, administrative und legislative -Entscheidungsprozesse ist in der UN-BRK vorgesehen.

Mit der **Wiener Patientencharta** (BGBl I 42/2006), hat sich Wien dem Bund gegenüber verpflichtet, „die zweckmäßigen und angemessenen Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens für alle Patient*innen ohne Unterschied des Alters, des Geschlechts, der Herkunft, des Vermögens, des Religionsbekenntnisses, der Art und Ursache der Erkrankung oder Ähnliches rechtzeitig sicherzustellen“ (Art. 4). Dabei ist explizit vorgesehen, dass die Leistungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens durch Krankenanstalten, ambulante Einrichtungen, Dienste der extramuralen medizinischen Betreuung einschließlich der Hauskrankenpflege sowie durch freiberuflich tätige Angehörige der Gesundheitsberufe und Apotheken sicherzustellen sind. Dies gilt insbesondere und ausdrücklich auch für die Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, wobei „die Kontinuität der Behandlung und Pflege ... durch organisatorische Maßnahmen zu wahren“ ist (Art. 5).

Aus dem **Bundesverfassungsgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit** und Art. 5 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) ergibt sich, dass eine zwangsweise Unterbringung in einer Psychiatrie nur *ultima ratio* sein darf. Dies bedingt, dass es ausreichende Alternativen zu einer Behandlung und Betreuung in einer Psychiatrie geben muss. Das **Unterbringungsgesetz** (UbG) regelt dies im Detail. Mit der **UbG-Novelle 2022**, die mit Juli 2023 in Kraft tritt, wurde dies noch verstärkt: so verpflichtet der neue § 8 Ärzt*innen dazu, „**nachweislich abzuklären**, ob die betroffene Person in anderer Weise als durch Unterbringung ausreichend medizinisch behandelt oder betreut werden kann; dazu kann, soweit dies zweckmäßig und verhältnismäßig ist, insbesondere ein **Gespräch** mit der betroffenen Person, mit anwesenden Angehörigen oder sonst nahestehenden Personen sowie mit von der betroffenen Person namhaft gemachten Personen, ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt oder dem betreuenden Dienst oder die Beiziehung eines mit öffentlichen Mitteln geförderten Krisendienstes, wenn ein solcher regional zur Verfügung steht, dienen“ (§ 8 Abs. 3). Durch eine ausdrückliche Weisungsbefugnis des Landeshauptmannes wird auch eine stärkere politische Verantwortlichkeit verankert (§ 8 Abs. 2). Durch den **neu eingeführten Behandlungsplan** (§ 32b) wird festgelegt, dass bis zur Aufhebung einer Unterbringung, mit Patient*innen ein Gespräch darüber zu führen ist, welche Behandlungen und Maßnahmen die Situation während der Unterbringung verbessert – oder auch verschlechtert – haben, wie sie sich ihren Alltag nach der Entlassung aus der psychiatrischen Abteilung vorstellen und auf welche Art und Weise in einer neuerlichen Gefährdungssituation vorgegangen werden soll. Patient*innen ist die Möglichkeit anzubieten, das Gespräch in Anwesenheit einer von ihnen benannten Person durchzuführen (**Vertrauensperson**). Für den Fall einer erneuten stationären Behandlung in der konkreten psychiatrischen Abteilung ist ein

Behandlungsplan festzulegen. Dieser kann etwa Absprachen zu Medikamenten und deren Verabreichung, Hinweise, wie Beschränkungen in Krisensituationen vermieden werden können, Angaben zur ambulanten Behandlung sowie Kontaktwünsche enthalten. Weiters haben sich Abteilungsleiter*innen der Psychiatrie nachweislich um eine **angemessene soziale und psychiatrische Betreuung** der Patient*innen zu bemühen, soweit eine solche nach der Entlassung für erforderlich gehalten wird.

Verstärkter politischer Handlungsbedarf ergibt sich auch durch die dringend notwendige und politisch nunmehr akkordierte **Reform des Maßnahmenvollzuges** nach § 21 Strafgesetzbuch (StGB). Durch die vorgesehene – wenngleich nur geringfügige – Erhöhung der Voraussetzungen für eine Einweisung in ein „forensisch-therapeutisches Zentrum“ wird ein höherer Anteil an psychisch Kranken auf extramurale Versorgung angewiesen sein. **Defizite und Forderungen bezüglich der Forensik erfordern eine eigene Analyse. Daher kann in diesem Positionspapier nicht näher darauf eingegangen werden.**

Der rechtliche Rahmen untermauert nicht zuletzt auch die Dringlichkeit von Reformen für Kinder. Nach der **UNO-Kinderrechtskonvention** und **dem Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern** hat jedes Kind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge, die für sein Wohlergehen notwendig sind, auf bestmögliche Entwicklung und Entfaltung sowie auf die Wahrung seiner Interessen. Bei allen Maßnahmen öffentlicher und privater Einrichtungen muss das Wohl des Kindes eine vorrangige Erwägung sein. Kinder, die dauernd oder vorübergehend aus ihrem familiären Umfeld herausgelöst sind, haben Anspruch auf besonderen Schutz und Beistand des Staates. Dies gilt nicht nur für Kinder, die selbst psychisch krank sind, sondern auch für Kinder mit psychisch erkrankten Eltern.

Psychiatrische Krankenhaus–Versorgung im (Akut-)Krisenmodus

Trotz des substantiellen Zuwachses der Wiener Bevölkerung und des steigenden Bedarfs an (akut-) psychiatrischer Versorgung im Krankenhaus blieb die Bettenanzahl in den letzten Jahrzehnten weitgehend gleich. Aufgrund des **eklatanten Personalmangels mit unzähligen unbesetzten Facharzt- und Pflegepersonalstellen** kommt es in den letzten Jahren gehäuft zu Sperren von Betten oder sogar von ganzen Stationen in den Versorgungsspitälern. Dies führt an vielen Abteilungen zu einer harten **Triagierung**, im Rahmen derer nur mehr Patient*innen in einem lebensbedrohlichen psychischen Zustand eine stationäre Behandlung angeboten werden kann. Zudem kommt es dadurch gehäuft zu **Transfers** in andere, regional **nicht zuständige Kliniken**. Dies ist besonders bei wiederholten psychischen Krisen und schweren psychischen Erkrankungen problematisch, da somit keine Behandlungskontinuität möglich ist, was nicht zuletzt die grundlegende sozialpsychiatrische Idee der regionalisierten Versorgung konterkariert.

Bei zugleich fehlendem Ausbau alternativer bzw. äquivalenter nichtstationärer Behandlungs-, Betreuungs- und Begleitungsformen (*siehe auch unten*) kommt es so zur **zunehmenden Fokussierung auf die vorwiegend medikamentöse Behandlung (sehr) akuter Zustände und Krisen**. Die Bettenknappheit führt dazu, dass nach Erfahrung von betreuenden Einrichtungen und Angehörigen Menschen mit psychischen Erkrankungen immer wieder ohne nachhaltige Stabilisierung der psychischen Situation entlassen werden. Nicht zuletzt kommt es dadurch zu gehäuftem Wiederaufnahmen und Kurzaufenthalten von Patient*innen mit schweren psychischen Krisen („**Drehtürpsychiatrie**“). Unzureichend behandelte und begleitete psychische Krisen können auch mit

vermehrten Auffälligkeiten in der Öffentlichkeit und Eskalationen mit einem Einschreiten von Rettung und/oder Polizei einhergehen. Dies mag auch für die seit Jahren steigende Zahl an Einweisungen in den Maßnahmenvollzug nach § 21 StGB mitverantwortlich sein (*siehe oben*) und stellt auch eine Herausforderung für Justiz und Blaulichtorganisationen dar.

Ganz besonders ausgeprägt ist die Versorgungskrise im Bereich der **Kinder- und Jugendpsychiatrie**. Die extreme Mangelsituation führt zu **sehr langen Wartelisten** für stationäre Aufnahmen für Kinder und Jugendliche in akuten Krisen oder sehr schlechtem psychischem Zustand. Diese Wartezeiten von meist mehreren Monaten führen neben der Zuspitzung der psychischen Symptomatik zu erheblichen **psychosozialen Einschränkungen**, auch für Familienangehörige, da viele Kinder und Jugendliche aufgrund ihrer Erkrankung über Monate die Schule nicht mehr besuchen oder das Haus nicht mehr verlassen können. Für Kinder und Jugendliche, deren Angehörige und Behandler*innen ist die **Versorgungsunsicherheit** und die **Diskontinuität** in der Behandlung mit ständigen Transferierungen in andere Abteilungen eine untragbare Situation. Akutaufnahmen, teils auch an Abteilungen der Erwachsenenpsychiatrie, verstoßen dabei gegen das Recht auf fachgerechte Behandlung und Betreuung. Durch den dadurch weiter verschärften Kapazitätsverlust für die erwachsenenpsychiatrischen Patient*innen und die fehlende Fachkompetenz und Erfahrung des Personals in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen stellt diese Situation für alle Beteiligten eine zusätzliche Belastung dar.

Aufgrund mangelhafter Adaptierung der Dienstpläne - vor allem der Ärzt*innen - an die, zuvor jahrelang ignorierten, Arbeitszeit- und Arbeitsruhegesetze, kommt es zu immer **geringeren Anwesenheiten des Personals** und damit zu einer **deutlichen Reduktion der Behandlungskontinuität**. In Kombination mit dem Fehlen eines äquivalenten Personalausbaus führt dies zu hoher Arbeitsbelastung, zu einer eingeschränkten Betreuungsqualität und Änderung der beruflichen Rahmenbedingungen, zur Zunahme an Aggressions- und Gewaltereignissen aufgrund von strukturellen Gegebenheiten, inklusive des weiterhin bestehenden Einsatzes von Securities.

Die Akutversorgung ist bei zunehmend fehlenden personellen Zeitkapazitäten, jedoch erhöhtem Dokumentationsaufwand, immer mehr von **ausschließlich psychopharmakologischen Interventionen** geprägt. Die für Menschen mit psychischen Erkrankungen wichtigen therapeutisch-ärztlichen-Gespräche finden nicht ausreichend oder in unbefriedigender Qualität statt und die Organisation einer längerfristigen Nachbetreuung und die Einbindung des unterstützenden Umfelds rückt in den Hintergrund. Da auch **Stellen für Fachpersonal im Bereich der sozialen Arbeit und der klinischen Psychologie** fehlen, kann eine mögliche Entlastung des ärztlichen Personals im Bereich des Case Managements und der Gesprächsführung nicht ausreichend erfolgen. In Summe kann dadurch häufig keine Behandlungskontinuität und kein Aufbau der für eine gute Versorgung notwendigen therapeutischen Beziehung gewährleistet werden. Auch gibt es bis jetzt keine Planstellen von Erfahrungsexpert*innen (Peers), obwohl dies im PPV ursprünglich angekündigt wurde.

Der Ressourcenmangel und strukturelle Defizite in den Spitälern führen schließlich in Kombination mit Arbeitsüberlastung und Unzufriedenheit zu einer **zunehmenden Abwanderung** von Fachärzt*innen, Pflege- und therapeutischem Personal in andere Bereiche (ambulant, niedergelassen) mit gleicher oder besserer Bezahlung bei geringerer Belastung (z.B. keine Nachtdienste). Sie tragen somit zum immer gravierender werdenden Mangel an Personal im Bereich der Akutpsychiatrie bei. Diese Situation

verschlechtert weiters die Attraktivität einer Ausbildung im Bereich der Psychiatrie, sowohl für Ärzt*innen als auch für Pflegepersonal.

Junge Ärzt*innen müssen meist von Beginn ihrer Ausbildung einen hohen Grad an Verantwortung und Arbeitsbelastung tragen. Häufig bestehen jedoch hinsichtlich des Umgangs mit schwierigen Situationen (etwa mit herausforderndem Verhalten, Gefährdungseinschätzung, dem rechtlichen Rahmen) keine ausreichenden Ausbildungskonzepte, die über die klinische Supervision hinausgehen. Die teilweise selbst zu finanzierende und fast ausschließlich in der Freizeit zu absolvierende verpflichtende Ausbildung in psychotherapeutischer Medizin stellt einen zusätzlichen Belastungs- und Abschreckungsfaktor dar.

Im Bereich der **Pflegeausbildung** gibt es in Wien bereits seit mehreren Jahren **keine gesonderte psychiatrische Grundausbildung** mehr, was zu einem eklatanten Mangel an für die Psychiatrie spezifisch ausgebildeten Pflegepersonen geführt hat. Zur nunmehr bestehenden generalistischen Ausbildung wurde erst ab Oktober 2022 eine Sonderausbildung in psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflege eingeführt, die jedoch erst innerhalb von fünf Jahren nach dem Berufseinstieg verpflichtend ist. Dies führt bei bestehendem Pflegemangel dazu, dass Pflegepersonen mitunter über Jahre an psychiatrischen Abteilungen arbeiten, bevor sie die entsprechende psychiatrische Sonderausbildung absolvieren. Gerade auch in den Fachbereichen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sind klinische Skills nicht „nebenbei“ zu erlernen. Ein Mangel an Sensibilisierung und Schulung für die vulnerable Patient*innengruppe hat nicht nur negative Implikationen für die Behandlung der Patient*innen, sondern auch für die Arbeitssituation der Pfleger*innen. Im ärztlichen, wie im pflegerischen Bereich bedürfen Aus- und Fortbildungen einer Ergänzung durch die Perspektive von Erfahrungsexpert*innen.

Die Ressourcenknappheit und das Fehlen von Maßnahmen zu einer entsprechenden klinisch-fachlichen Aus- und Weiterbildung tragen schließlich auch zu einer **Zunahme an Aggressions- und Gewaltereignissen** innerhalb der psychiatrischen Abteilungen bei. Weiters ist festzustellen, dass die Anzahl und Dauer an Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – insbesondere Fixierungen und Beschränkungen – steigen. Zum Umgang mit Gewalt und insbesondere zur Reduktion bzw. Prävention von Zwangsmaßnahmen gibt es an den Abteilungen **häufig keine strukturierten Konzepte** bzw. Maßnahmen, die über bestehende Deeskalationstrainings hinausgehen und sich an bestehenden Leitlinien (z.B. S3-Leitlinie) und Modellen (z.B. *Safewards*, *ProDeMa*) orientieren. Auch die Etablierung von Behandlungsvereinbarungen und Genesungsbegleiter*innen sowie ergänzende Behandlungskonzepte, wie beispielsweise dialogische Visitenstrukturen oder *Open Dialogue* (siehe unten), gelten als essentiell für die Vermeidung von Zwang und Gewalt an Psychiatrien. Dennoch sind diese Maßnahmen an den Wiener Psychiatrien bis heute kein Standard.

Fehlende und unzureichende Angebote im ambulanten Bereich

In den Versorgungsspitälern

Nach einem stationären Akutaufenthalt bedarf es häufig im **Übergang ins extramurale Setting** noch einer engmaschigen Betreuung in Kontinuität innerhalb der Spitalsabteilungen (tagesklinisch oder ambulant), um laufende Prozesse abzuschließen und Patient*innen und Angehörigen genügend Sicherheit für eine nachhaltige Stabilisierung zu geben. Auch für Patient*innen, die trotz einer akuten Krise nicht aufgenommen werden können, braucht es verstärkt Angebote in den Kliniken, um eine Wartezeit

auf einen stationären Behandlungsplatz zu überbrücken, oder einen stationären Aufenthalt überhaupt unnötig zu machen.

Problematisch ist dabei aber neben dem fehlenden Angebot im extramuralen Bereich (*sogleich unten*) die **zunehmende Reduktion ambulanter und teilstationärer Angebote in den Versorgungsspitälern**; Viele Abteilungen können nur akute Begutachtungen anbieten. Teilweise gibt es dafür kein eigenes Personal, sondern die Begutachtungen müssen während des stationären Betriebes erfolgen. Terminambulanzen oder Spezialambulanzen sind kaum vorhanden, tagesklinische Plätze meist unzureichend. Dabei ist aber evident, dass tagesklinische Angebote mit vergleichsweise wenig Personal umsetzbar wären. Der Mangel an ambulanten und tagesklinischen Angeboten ist besonders in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eklatant, wo in der extramuralen Nachsorge ebenfalls kaum Angebote vorhanden sind. Ehemals strukturelle Angebote wie Regionalkonferenzen, Tagesstätten, „Übergangspflege“, Begleitung nach Hause während stationärer Aufenthalte, Tageskliniken, etc. gibt es entweder nur mehr eingeschränkt oder sie wurden ganz aufgegeben. Genesungsbegleitung wurde im Krankenhausbereich nach wie vor nicht etabliert.

Im extramuralen Bereich

Nicht nur im Bereich der Krankenhausversorgung, sondern auch im **extramuralen Bereich fehlt es an ausreichenden Ressourcen und Angeboten für eine langfristige Stabilisierung**, für Recovery und die Vermeidung neuerlicher Krisen. Damit Menschen mit psychischen Erkrankungen sich als Akteur*innen ihrer Behandlung entwickeln und ein Leben in der Gesellschaft nach ihren Vorstellungen und Wünschen führen können, sind verschiedene Maßnahmen essentiell, wie flächendeckende ambulante Angebote, ein verbesserter Zugang zu Psychotherapie, Etablierung von Genesungsbegleitungs-/Peerangeboten, Netzwerkgespräche (Open Dialogue), insbesondere auch der Einbezug von Angehörigen, sowie der Ausbau differenzierter Wohn-, Betreuungs- und Beschäftigungsangebote und mittel- und langfristige Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Dies würde nicht nur das Leid der Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihrer Angehörigen vermindern, sondern nicht zuletzt – im Verhältnis extrem teure – stationäre Aufnahmen verhindern und eine Überlastung der akuten psychiatrischen Versorgung von vornherein unnötig machen.

Trotz zahlreicher Bemühungen in den letzten Jahrzehnten, die **Angebote des PSD (Psychosoziale Dienste Wien)** auszubauen, sind strukturelle Defizite in der ambulanten psychiatrischen Versorgung zu verorten. Auch in den Ambulatorien des PSD kommt es vor, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen abgewiesen werden (müssen) oder auch in Krisensituationen längere Zeit auf einen Termin warten, obwohl die Ambulatorien einen Versorgungsauftrag haben. Nach wie vor gibt es **zu wenig Unterstützung in Krisen** abseits der Krankenhausbehandlung, wie z.B. Krisenwohnungen oder mobiles Akutmanagement durch Fachärzt*innen, Pflegepersonal, Sozialarbeiter*innen und ausgebildete Peers.

Ambulante oder tagesklinische Angebote mit erkrankungsspezifischen Konzepten (z.B. Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen) sind zwar vereinzelt vorhanden, jedoch aufgrund der sehr langen Wartezeiten und der Auswahl- und Ausschluss-Kriterien **hochschwellig** und vielen Patient*innen dadurch **nicht zugänglich**. Diese Problematik soll durch den *Prozess PPV 2030 (siehe oben)* zwar behoben werden. Dieser erscheint jedoch für Patient*innen und betreuende Organisationen und Einrichtungen intransparent und bis jetzt kann kaum Verbesserung wahrgenommen werden.

Darüber hinaus herrscht ein **massiver Mangel an niedergelassenen Psychiater*innen mit Kassenverträgen**. Die wenigen Kassen-Praxen sind massiv überlaufen, was zu teils monatelangen Wartezeiten führt. Wahlärzt*innen können sich viele Menschen nicht leisten.

Der **Mangel** an ambulanten und niedergelassenen Angeboten ist **im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie besonders eklatant**. Hier konnte die extrem niedrige Anzahl an Fachärzt*innen mit Kassenvertrag zwar kürzlich geringfügig aufgestockt werden. Dennoch ist die extramurale Versorgung trotz aller Anstrengungen bei nur zwei zuständigen Ambulatorien des PSD weiterhin äußerst mangelhaft. Da es häufig psychosoziale Problemstellungen gibt, die eines multiprofessionellen Managements bedürfen, bestehen großteils ebenfalls sehr lange Wartezeiten auf Termine und starke Vorselektierungen. Zudem **fehlt es an niederschwelligen Beratungsangeboten** für Jugendliche und Eltern. Solche wären primär auch ohne Fachärzt*innen umsetzbar und könnten helfen, psychische Krisen bei Jugendlichen frühzeitig zu erkennen und Akutvorstellungen in den Kliniken vorzubeugen.

Psychotherapie

Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen, die sehr oft über geringe finanzielle Mittel verfügen, sind von der Möglichkeit, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, **faktisch ausgeschlossen**. Es gibt viel **zu wenig kassenfinanzierte Therapieplätze** und diese kommen leider oftmals nicht den bedürftigsten Menschen zugute. Zudem wäre eine freie Therapeut*innen-Wahl, insbesondere für die Psychotherapie, essentiell, da die Passung einen signifikanten Einfluss auf den Therapieerfolg hat. Eine entsprechende **Aufstockung und Lenkung der Ressourcen** wären daher essentiell. Auch fehlt es mitunter an der spezifischen Zusatzqualifizierung der Therapeut*innen, um Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen oder auch Traumata, ihren individuellen Bedürfnissen entsprechend unterstützen zu können.

Rehabilitation

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen **mangelt es auch an mittel- und langfristigen Therapie- und Rehabilitationsangeboten**. So wäre es notwendig, nach einem stationären Aufenthalt in der Psychiatrie, eine Anschlussrehabilitation genauso möglich zu machen wie im somatischen Bereich. In den letzten Jahren wurden psychische Erkrankungen als häufige Ursache für Krankenstände erkannt und benannt. Die zahlreichen neu entstandenen – und nicht selten von profitorientierten Unternehmen betriebenen – Rehabilitationseinrichtungen orientieren ihr Angebot allerdings fast ausschließlich an der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit für einen Arbeitsmarkt, der immer höhere psychische Anpassungsleistungen erfordert.

Menschen, die am ersten Arbeitsmarkt beschäftigt waren, jedoch aufgrund einer psychischen Erkrankung längerfristig nur wenig belastbar sind, pendeln so zwischen Krankengeld, Arbeitslosigkeit/AMS und einem Antrag auf Reha-Geld in **Ungewissheit** und sind unter **Druck** bzw. abhängig vom Urteil der Kontrollärzt*innen. Versuche des beruflichen Wiedereinstiegs scheitern mitunter an der Angst vor dem Verlust der finanziellen Absicherung.

Menschen, die schon länger aus dem Arbeitsmarkt ausgeschieden sind oder noch nie in einem Arbeitsverhältnis waren und unter psychischen Krankheiten leiden, gelten in der Regel als nicht arbeitsfähig und scheiden für rehabilitative Maßnahmen aus, da diese vermeintlich effiziente, zeitlich **sehr kurz getaktete Behandlungszyklen** vorsehen. Werden sie in die Mindestsicherung überführt, erhalten sie

ein wesentlich eingeschränkteres Betreuungs- und Unterstützungsangebot – und auch dies nur, wenn freie Plätze vorhanden sind. Dadurch erfahren Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht nur Leid durch ihre Erkrankung, sondern auch weitergehende **Ausgrenzung**, die sie oft als Abwertung ihrer Person empfinden, was in der Folge sogar zu Selbststigmatisierung führen kann.

Daher ist es nicht nur notwendig, durch eine klare Perspektive, flexible Wiedereinstiegsmodelle und bewältigbare Aufgaben Halt zu geben und zur Genesung beizutragen. **Bestehende Modelle**, wie etwa das Projekt „Freibrief“, bei dem die Pensionsansprüche für Personen mit einer schizophrenen oder bipolaren Erkrankung bei Scheitern des Wiedereinstiegs in eine Beschäftigung ohne weitere Begutachtung wieder aufleben, sollten auf weitere Diagnosegruppen **ausgedehnt** werden. Auch das **Reha-Geld** ist nach erprobten Modellen in anderen Ländern **neu zu denken**, Reha-Angebote sind insgesamt breiter zur Verfügung zu stellen.

Beschäftigungsangebote

Vor allem für Menschen mit länger andauernden psychischen Erkrankungen ist eine Beschäftigung am ersten Arbeitsmarkt nahezu unmöglich. Der Mangel an beruflichen Perspektiven und Arbeitsmöglichkeiten bedeutet eine enorme zusätzliche psychische Belastung und führt zu **Vereinsamung** und **Verarmung**. Aber auch **alternative Beschäftigungsmöglichkeiten** am zweiten und dritten Arbeitsmarkt gibt es nur in sehr geringem Ausmaß, in einem **sehr eingeschränkten** Betätigungsfeld und mit extrem langen Wartezeiten. Ein Ausbau ist ebenso notwendig wie mehr niederschwellige Tagesbetreuungsangebote inkl. Beratungsmöglichkeiten für Menschen mit chronischen Verläufen psychischer Erkrankungen.

Unterstützende Wohnangebote

Auch im Bereich der unterstützenden Wohnangebote besteht in Wien eine Unterversorgung. Dieser **Mangel an adäquaten, individuell passenden Wohn- und Betreuungsangeboten** für Menschen mit psychischen Erkrankungen führt zu teilweise extrem langen Wartezeiten von bis zu einem Jahr oder teils auch mehr (!). Dies führt wiederum zu **unnötig langen, extrem teuren, stationären Aufenthalten** und häufig auch einer Verlängerung der Unterbringung, wenn eine adäquate Betreuung und Unterstützung außerhalb des stationären Kontextes nicht gewährleistet werden kann. Dies betrifft insbesondere wohnungslose Menschen, Menschen mit Behinderungen und den Bereich der Gerontopsychiatrie und verstärkt wiederum den Mangel an verfügbaren Betten in der Psychiatrie.

Auch landen viele Menschen mangels geeigneter Wohnplätze in Pflegeheimen oder Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, oft auch in Bundesländern außerhalb von Wien, und zwar nicht aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder ihres Alters, sondern aufgrund ihrer psychischen Erkrankung. Diese fachlich zumeist ungeeigneten und mit Fachpersonal schlecht ausgestatteten Angebote orientieren sich so oftmals weniger an den konkreten Bedürfnissen und Wünschen der Menschen mit psychischen Erkrankungen, sondern vor allem an der Verfügbarkeit von freien Plätzen. Von einer echten Freiheit bei der Wahl der Unterstützungsmöglichkeit und einer freien Wahl des Wohnortes im Sinn der UN-BRK kann keine Rede sein. Hier kann vielmehr von einer **Schattenpsychiatrie** gesprochen werden, die den tatsächlichen Mangel an adäquater Unterstützung verdeckt.

Persönliche Assistenz

Die UN-BRK sieht eine umfassende Bereitstellung von persönlichen Assistenzleistungen für Menschen mit Behinderungen vor, und zwar unabhängig von der Art ihrer Beeinträchtigung. Dies fehlt derzeit in weitem Ausmaß. Persönliche Assistenz muss allen Menschen mit einer psychischen Erkrankung, unabhängig von einer allenfalls auch vorliegenden körperlichen Beeinträchtigung, in vollem Umfang entsprechend ihrem selbst definierten Bedarf zur Verfügung gestellt werden.

Alternative Angebote

In Wien gibt es bislang kaum Alternativen zur klassischen stationären Psychiatrie. Aktuell gibt es etwa Pilotprojekte zu *Home Treatment* und Krisenteams. Aber auch andere Konzepte, wie Peer-Arbeit und Genesungsbegleitung, Netzwerkgespräche (*Open Dialogue*), Krisenwohnungen, Krisenzimmer, Weglaufhaus, Soteria, Respite Homes, niederschwellige Beratungsstellen etc., die in anderen Städten erfolgreich sind, sollten erprobt und ausgebaut werden.

Peer-Arbeit und Genesungsbegleitung: Qualifizierte Peers bzw. Genesungsbegleiter*innen, die Menschen mit psychischen Krankheiten aufgrund ihres Erfahrungswissens begleiten, können diese auf eine andere Art als sonstige Berufsgruppen im psychosozialen Bereich unterstützen. Durch Sichtbarmachen des eigenen Erkrankungs- und Genesungsweges können Menschen in einer psychischen Krise Hoffnung und Mut erfahren, ihren Weg (weiter) zu gehen. Dazu bringen Peers ihre Perspektive ins Team und in der Organisationsentwicklung der intra- wie extramuralen Versorgung ein.

Home Treatment: Das Behandlungsteam, dem idealerweise, Ärzt*innen, Pflegepersonen, Peers, Sozialarbeiter*innen angehören, behandelt und betreut Menschen in psychischen Krisen zu Hause.

Open Dialogue: Das „offene Gespräch“ ist ein alternativer Behandlungsansatz in akuten psychotischen und psychosozialen Krisen. Dieser vielstimmige Dialog mit Betroffenen und allen Beteiligten ist ausgerichtet auf die sozialen Netzwerke der Patient*innen, also Familie, oder andere wichtige Bezugspersonen, sowie ambulante Behandler*innen und schafft dabei einen möglichst sicheren Rahmen für einen gemeinsamen, offenen Prozess.

Krisenzimmer, Krisenwohnung: Menschen in psychosozialen Lebenskrisen können das Angebot kurzfristig nutzen und erhalten dort die Unterstützung, die sie brauchen. Damit kann stationären Krankenhausaufenthalt vorgebeugt werden.

Weglaufhaus: Ein Zufluchtsort für Menschen, die eine Alternative zur herkömmlichen psychiatrischen Behandlung suchen. Das Weglaufhaus hilft bei der Bewältigung der Krise und stärkt den Gedanken der Selbsthilfe.

Soteria: Eine alternative stationäre Behandlung von Menschen in psychotischen Krisen. Menschen werden mit möglichst wenig Medikamenten durch die Psychose begleitet.

Respite Home: Eine Wohnalternative für Menschen in Krisen zur eigenen Entlastung oder auch Entlastung von Angehörigen als eine Alternative zum Krankenhaus.

Probleme an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung

Wenn ihre Klient*innen in akuten Krisen nicht die notwendige Unterstützung durch akutpsychiatrische Einrichtungen erhalten, stoßen nicht nur Angehörige und Erwachsenenvertreter*innen immer mehr an ihre Grenzen, sondern auch Organisationen und Einrichtungen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen im Rahmen der Flüchtlings-, Wohnungslosen-, Behinderten- oder Kinder- und Jugendhilfe, in Frauenhäusern und anderen psychosozialen Einrichtungen, betreuen, vertreten, begleiten und im Alltag unterstützen. Dies führt letztlich auch dort zu **Kündigungen** von Personal und zur Vermeidung von Aufnahmen vermeintlich „schwieriger“ Klient*innen in Wohn- und Betreuungseinrichtungen. Ein großes Problem ist aus Sicht der Organisationen dabei der **fehlende Dialog zwischen den Akutstationen und den Betreuungseinrichtungen**. Organisationen fühlen sich mit der Betreuung von Klient*innen mit häufigen akuten Krisen aufgrund der mangelhaften akutpsychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten bzw. unzureichender Kommunikation zwischen Akutpsychiatrie und Einrichtungen häufig nicht gehört und alleine gelassen.

Dies gilt vielfach auch für **Angehörige oder Vertrauenspersonen** von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie sind oft zentraler Anker in der psychosozialen Versorgung und tragen als Familienmitglieder, Freund*innen, Nachbar*innen viel Verantwortung in Behandlungs- und Genesungsprozessen. In psychischen Krisen sind sie besonders gefordert und fühlen sich oft unter Druck und verantwortlich für die Betreuung und Begleitung. Dabei fehlt es meist an gemeinsam mit den Menschen mit psychischen Erkrankungen und den Personen im sozialen Umfeld entwickelten Strategien für die zukünftige Gestaltung des Alltags und die Unterstützung, die für alle Beteiligten benötigt wird.

Die Novelle des Unterbringungsgesetzes (*siehe oben*) hat dabei das deklarierte Ziel, diese Situation zu verbessern. Es wäre mehr als dringend, **inklusive Pilotprojekte zur Umsetzung der Instrumente der UbG-Novelle**, insb. des Behandlungsplans, des umfassenden Patient*innengesprächs und der Vernetzung zwischen Psychiatrie und behandelndem und betreuendem Umfeld zu erproben.

Personengruppen mit weitergehenden besonderen Bedürfnissen

Zahlreiche Personengruppen sind aufgrund weitergehender besonderer Bedürfnisse innerhalb des bestehenden Behandlungs- und Betreuungssettings auf unterschiedlichen Ebenen zusätzlich benachteiligt.

Menschen ohne Versicherung / Sans papiers

Menschen, die über keine aufrechte Krankenversicherung verfügen, sind von zusätzlichen Barrieren im Zugang zu medizinischer und psychosozialer Versorgung betroffen: sie haben **kaum Möglichkeit, überhaupt behandelt zu werden**. Dadurch kommt es häufig zu Chronifizierungen und rezidivierenden Eskalationen mit vermeidbaren Traumatisierungen und akut-psychiatrischer Unterbringung. Nach Krankenhausaufenthalten sind nicht versicherte Menschen dann oft mit hohen Rechnungen und Schulden konfrontiert, was eine Stabilisierung zusätzlich erschwert. Wichtig wäre nicht nur eine verbesserte, standardisierte Zusammenarbeit mit Sozialversicherungsträgern und der

Schuldner*innenberatung. Eine **Sicherstellung des kostenfreien Zugangs** zur psychiatrischen Versorgung und die Einbeziehung von Personen mit psychiatrischem Behandlungsbedarf in die Krankenversicherung würden dieses Problem grundlegend entschärfen.

Von Obdachlosigkeit betroffene Menschen

Obdach- und wohnungslose Menschen sind überdurchschnittlich häufig von psychischen Erkrankungen betroffen. Dabei können psychische Erkrankungen sowohl eine Ursache für prekäre Lebens- und Wohnverhältnisse sein, als auch deren Folge. In Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe finden sich daher viele Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung eigentlich ein spezifisches unterstützendes Wohnangebot benötigen. Auch im mobil betreuten Wohnen (z.B. *Housing First*) steigt der Anteil an Menschen mit psychiatrischem Unterstützungsbedarf seit Jahren kontinuierlich, was zu einer zusätzlichen Belastung des Betreuungspersonals führt. Der Liaisondienst des PSD kann diese Bedarfe nur teilweise abdecken, weshalb der **Ausbau von niederschwelligen psychiatrischen Angeboten** und die **vermehrte Einbeziehung von psychiatrisch geschultem Fachpersonal und Peermitarbeiter*innen** in die Versorgung von obdach- und wohnungslosen Menschen dringend erforderlich sind.

Migrant*innen und Menschen mit Migrationshintergrund

Zusätzliche und verstärkte Defizite in der psychosozialen Versorgung ergeben sich für Migrant*innen und Menschen mit Migrationshintergrund. **Mehrsprachige Informations-, Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote** sind **kaum vorhanden**. Dabei geht es nicht nur um Übersetzungshilfen, sondern auch um Wissen um die spezifischen psychosozialen Probleme von Migrant*innen. In einer Disziplin, in der Kommunikation und Verständnis so essentiell für Diagnose, Behandlung und Deeskalation sind, wiegt dies doppelt schwer und stellt auch Professionist*innen vor große Herausforderungen. Während positiv hervorzuheben ist, dass manche Einrichtungen verstärkt und bewusst auf transkulturelle Teams setzen, fehlt es dennoch strukturell an spezifischen Angeboten und an Sensibilisierungs- und Fortbildungsmaßnahmen – ambulant und im stationären Setting. Besonders hervorzuheben ist hierbei auch die Notwendigkeit, Menschen mit anderen Muttersprachen und Herkunftskontexten den **Zugang zu psychosozialen Ausbildungen** nicht nur *de facto* zu ermöglichen, sondern auch in allen Berufen deren gleichberechtigte Teilhabe zu fördern. Bis dato sorgt keine Berufsgruppe dafür, diese Gruppen gezielt in die eigenen Reihen zu bringen.

Menschen mit Fluchterfahrung

Weitere und teils spezifische Probleme zeigen sich für Menschen aus Kriegs- und Krisengebieten und größtenteils menschenfeindlichen, insbesondere frauen- und kinderfeindlichen Umgebungen. Sie erreichen Wien mit **großen Belastungen**, die durch die neue, oft unerwartet schwierige Lebensrealität – insbesondere die eingeschränkten Rechte, die unsichere Perspektive und die gefühlte Ablehnung in Österreich – noch zusätzlich vergrößert wird. Auf Monate und oft Jahre der **Unsicherheit** in der Grundversorgung – in Heimen, ohne Arbeit – folgt auch im Falle der Zuerkennung eines Schutzstatus oftmals **prekäre Lebensbedingungen**. Für die Bewältigung dieser vielfältigen Probleme, aber auch für die Erweiterung des Handlungsspielraums – im besten Fall für die Gestaltung des eigenen Lebens – brauchen fast alle geflüchteten Menschen **psychische Unterstützung und Begleitung, unterschiedlich in Art und Umfang**. Dafür fehlen Psychotherapieplätze, Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen verschiedener Erstsprachen und ausgestattet mit Kontextwissen, sowie ein gleichberechtigter Zugang zu allen

Angeboten des Gesundheitssystems. Dafür wäre das Commitment grundlegend, dass ein solcher Zugang garantiert und von allen Beteiligten gelebt wird – d.h. weg von einer ‘Hol-’ hin zu einer ‘Bringschuld’: auch hier sollten die Behandler*innen sicherstellen und sich dafür einsetzen, dass sie ihre Patient*innen gleichberechtigt versorgen können.

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder Autismusspektrumstörungen

Psychische Krisen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, mit Verhaltensauffälligkeiten/Impulsivität enden häufig **im allgemeinspsychiatrischen Setting**, wo sie **keine angepasste Behandlung** erfahren. Fehlende spezifische Kenntnisse in der Diagnostik und Behandlung, mangelnde Barrierefreiheit, fehlende Ressourcen und pädagogische Expertise führen vielfach zu Fehldiagnosen, sedierenden Maßnahmen, stationären Kurzaufenthalten mit Drehtüreffekt, Zwangsmaßnahmen und einer Verschlechterung der Gesamtsituation. Mit hohem Leid und Enttäuschung der Menschen und deren sozialem Umfeld – Angehörige und Betreuer*innen – sowie Frustration auf behandelnder Seite.

Junge Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung oder mit **Asperger-Syndrom** sind ebenfalls benachteiligt, da sie oft in den bisher bestehenden stark limitierten spezifischen **Angeboten keinen Behandlungsplatz** bekommen, andererseits aber auch im allgemeinspsychiatrischen Setting keine angepasste Behandlung erfahren. Auch im niedergelassenen Bereich gibt es **kaum Expertise** in Bezug auf Diagnostik, Psychotherapie und ggf. psychiatrische Behandlung dieser Patient*innengruppen. Dies führt insbesondere in der Transition vom Jugend- zum Erwachsenenalter zu enormen **Behandlungsverzögerungen** mit vermeidbaren psychischen Krisen sowie psychosozialen Beeinträchtigungen.

Vorhandene **Spezialangebote** wie die Ambulanz *SOMBA* (Sozialpsychiatrie für Menschen mit Behinderungen und Autismuszentrum) oder die stationäre Sozialpsychiatrie (Klinik Hietzing) geraten an ihre **Unterstützungsgrenzen**. Notwendige zeitnahe und fachgerechte Behandlung ist häufig nicht gewährleistet. Aktuelle Bemühungen und Konzepte, wie zum Beispiel im PPV vorgesehen, die Errichtung eines Kompetenzzentrums und der Ausbau spezifischer Angebote wie Liaisondienste oder Home Treatment mit interdisziplinären Teams, wurden bis heute nur rudimentär umgesetzt und basieren auf persönlichen Initiativen. Dringend gefordert ist daher eine **strukturell verankerte**, personell und Ressourcen **angemessene**, die Betreuungsstrukturen unterstützende, psychiatrische **Versorgung** von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und Menschen mit Autismusspektrumstörungen.

Gendersensitive Psychiatrie

Die Präsentation psychischer Erkrankungen variiert genderspezifisch – Symptome zeigen sich bei Frauen anders als bei Männern. In Folge werden etwa Depressionen bei Männern unterdiagnostiziert, umgekehrt wird bei Frauen seltener an ADHS oder autistische Störungen gedacht. Auch werden Frauen grundsätzlich häufiger Psychopharmaka verschrieben, obwohl Medikamente überwiegend an männlichen Probanden untersucht wurden.

Das Wissen über diese Gender-Unterschiede hat bislang weder in die offizielle Diagnostik noch in das öffentliche Bewusstsein Eingang gefunden. Dabei bedarf es nicht nur **gemeinsamer Anstrengungen für stärkere Gendersensibilität** in der Medizin, sondern allgemein in Therapie und in therapeutischer Beziehung. Dies erfordert auch **spezifische Angebote mit Zusatzkompetenzen**, wie in Folge am Beispiel der peripartalen Psychiatrie beschrieben wird.

Peripartale Psychiatrie

Ca. 15 % aller Frauen entwickeln in der peripartalen Zeit, also „um die Geburt“, krisenhafte Symptome. Neben der gesundheitlichen und sozialen Belastung für die Mütter hat dies u.a. Auswirkungen auf die Stressbelastung des Ungeborenen oder die Mutter-Kind-Bindung. Beides kann die Entwicklung des Kindes nachhaltig belasten. Die **Behandlung von Müttern**, die solche psychischen Stresssymptome entwickeln, ist **international zum Standard** geworden. In **Österreich** ist das Wissen darum noch immer **mangelhaft**. In Wien gibt es eine einzige speziell gewidmete Station mit lediglich vier Betten und eine Spezial-Ambulanz in der Klinik Ottakring. Dort werden derzeit ca. 800 Frauen jährlich behandelt, die personelle Ausstattung der Ambulanz ist jedoch prekär – aus mangelnder Erweiterung der tagesklinischen und stationären Kapazitäten müssen psychotische oder schwer depressive Mütter ambulant betreut werden. Erst bei einer hohen Gefährdung für Mutter und Kind kann eine stationäre Aufnahme erfolgen, allerdings aufgrund von Bettenmangel häufig an allgemeinspsychiatrischen Akutstationen ohne Spezialisierung und mit zusätzlichen Stress- und Gefährdungsfaktoren sowie fehlender Möglichkeit von Familienzimmern nach der Geburt. Dabei hat gerade die Arbeit in diesem Bereich einen **präventiven Charakter** und dient nicht nur der **Genesung der Mütter**, sondern auch dem **Schutz der Kinder**.

Laut PPV soll zwar bis 2030 auch eine Tagesklinik und eine stationäre Versorgung mit sechs Mutter/Kind Einheiten aufgebaut werden, allerdings wären diese Strukturen **bereits heute dringend notwendig**. Zudem wäre sinnvoll, das Behandlungsangebot über den Zeitraum vor und nach Geburt bis zum dritten Lebensjahr der Kinder auszubauen, um Familien mit erhöhtem Behandlungs- und Betreuungsbedarf nicht durch Behandlungsabbrüche zu verlieren.

LGBTIQ*-Personen

Menschen, die sich als lesbisch, schwul (gay), bisexuell, transgeschlechtlich, intergeschlechtlich oder queer bzw. * in ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität frei definieren, sind häufig größeren psychischen Belastungen ausgesetzt als Menschen mit heterosexueller Orientierung und gleichbleibender Geschlechtsidentität. Dabei gilt es ebenso, **Pathologisierungen zu vermeiden**, wie das **Risiko für Diskriminierungserfahrungen zu verringern** und die Sensibilität dafür zu erhöhen. Insbesondere im medizinischen und therapeutischen Setting ist es doppelt wichtig, in einem möglichst sicheren Rahmen diskriminierungsfrei betreut und behandelt zu werden. Gelingt dies nicht, wird auch die Gefahr von Chronifizierungen verstärkt.

Für eine **gleichberechtigte und bedürfnisorientierte Behandlung und Betreuung** ist allgemein notwendig, spezifische Fortbildungen und Sensibilisierungen, auch zu Fragen der Intersektionalität, in allen Bereichen der psychosozialen Versorgung zu stärken sowie konkrete Leitlinien zu erarbeiten und zu implementieren. Spezialisierte Angebote für LGBTIQ*-Personen sind mit deren Mitwirkung strukturell zu fördern und auszubauen.

Geriatric

Schon aufgrund der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass es in den nächsten Jahren eine **massive Zunahme gerontopsychiatrischer Patient*innen** insbesondere mit der Problemstellung Demenz geben wird. Es ist abzusehen, dass dies zu einer massiven Belastung

beziehungsweise Überlastung des jetzt schon überlasteten Versorgungssystems sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, sowie in Pflegeheimen und nicht zuletzt bei pflegenden Angehörigen führen wird.

Bereits jetzt zeigt sich, dass die gerontopsychiatrischen Stationen einem zunehmenden Aufnahmepressure ausgesetzt sind, ohne dass die Ressourcen an Personal, Ausstattung und Ausbildung an den Bedarf angepasst werden. So müssen einerseits Patient*innen **auf ebenfalls überlasteten Stationen anderer Fächer aufgenommen** werden, wo spezifisches Fachwissen bezüglich gerontopsychiatrischer Probleme möglicherweise nicht ausreichend vorhanden ist. Andererseits werden Stationen, die eine spezifische Behandlung und Abklärung anbieten sollen, mit Patient*innen belegt, deren Probleme primär aus einem Versorgungsmangel resultieren. Auf den somatischen Stationen bildet sich die Problematik in einer Zunahme von akuten Verwirrheitszuständen (Delir) ab.

Der **Ausbau von unterstützenden Angeboten** für ältere Menschen ist unbedingt notwendig. Nur so kann verhindert werden, dass ältere Menschen Zwangsmaßnahmen erfahren, die durch entsprechende Unterstützung und den Ausbau von Ressourcen vermeidbar sind. **Zukunftstaugliche Strategien** wie der Ausbau personenzentrierter Pflege, speziell geschulter Betreuer*innen (Stichwort ‚Validation‘) sind **zu entwickeln und zu implementieren**, nicht nur im stationären Bereich sondern auch in Pflegeheimen und ambulant, sowie insbesondere zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen.

Sucht

Menschen, bei denen eine Suchterkrankung im Vordergrund steht, sind besonders stark von **Stigmatisierungen, Vorurteilen und Benachteiligungen** betroffen. Neben häufigen psychischen Problematiken bestehen oft auch somatische Erkrankungen und Komplikationen, die medizinische Behandlung oder Notaufnahmen vor allem auf internistischen Stationen erfordern.

Die betreuenden Einrichtungen von suchtkranken Menschen machen die Erfahrung, dass Krankenhäuser die Menschen so schnell wie möglich wieder entlassen oder in suchtspezifische Einrichtungen zuweisen, ohne zu überprüfen, ob dies notwendig ist. Dies führt zu einer weiteren Verlängerung der Wartezeiten in diesen Einrichtungen. Suchtspezifische stationäre und teilstationäre Angebote für Patient*innen mit schweren körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen, die die Schwelle langer Wartezeiten nicht überbrücken können, sind nur noch reduziert vorhanden. Diese Patient*innengruppe lebt **meist in sehr prekären Lebensumständen** und erhält **häufig keine oder nur notfallmäßige Behandlung**. Trotz aller Bemühungen im Bereich der Suchthilfe sind die Angebote lückenhaft und teils mit langen Wartezeiten verbunden.

Schon **vorhandene Projekte**, die Menschen mit Suchterkrankungen und Professionelle vor Ort unterstützen, sollten daher **gestärkt** und **ausgebaut** werden. Spezielles Augenmerk ist zusätzlich auf den Ausbau von Angeboten für jene Personen zu legen, die **zusätzlich Gruppen mit spezifischen Bedürfnissen** angehören, z. B. Menschen mit keinen oder schlechten Deutschkenntnissen, Menschen mit Fluchterfahrung.

Konkrete Forderungen und Verbesserungsmöglichkeiten

Um diesen Problemen strukturell, aber auch unmittelbar zu begegnen und entgegenzuwirken, fordern wir als Plattform Zukunft Psychiatrie **strukturelle Änderungen** ebenso wie Punkte und Projekte, die **unmittelbar umgesetzt** werden können. Dafür müssen zwar grundlegend die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Gleichzeitig können aber durch den Ausbau von niederschwelligen, ganzheitlichen Angeboten und besserer Vernetzung Kosten – und nicht zuletzt menschliches Leid – auch drastisch reduziert werden.

1.) Wir fordern das Schaffen von Strukturen für einen politisch getragenen Diskurs über die Aufgaben und Ziele der psychosozialen Versorgung in Wien

- Schaffung eines regelmäßigen und transparenten Austauschs mit Entscheidungsträger*innen unter Einbezug aller relevanter Akteur*innen, insbesondere auch der Erfahrungsexpert*innen und Angehörigenvertreter*innen.
- Förderung von sozialpsychiatrischen, interdisziplinären und trialogisch getragenen Fachtagungen zur fachlichen Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie.

2. Wir fordern das Mitwirken von Psychiatrieerfahrenen/Erfahrungsexpert*innen/Peers und ihrer Angehörigen in sozial- und gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse

- Umfassendes Einbeziehen und Mitwirken von Erfahrungsexpert*innen und ihrer Angehörigen in Beratungs- und Expert*innengremien im Wiener Gesundheitsverbund, den Beiräten der Stadt Wien zum Regionalen Strukturplan Gesundheit Wien (RSG), dem PSD, FSW und den verantwortlichen Magistratsabteilungen.
- Förderung und strukturelle Verankerung von trialogischen Ausbildungs- und Behandlungskonzepten
- Sensibilisierung und Qualifizierung aller Berufsgruppen des psychiatrischen und psychosozialen Bereichs durch Erfahrungsexpert*innen
- Etablierung einer unabhängigen Peerberatungsstelle, in der u.a. eine von Peers geführte Ombuds- und Beschwerdestelle angeboten wird
- Schaffung einer kostenlosen Ausbildung für Genesungsbegleiter*innen

3. Wir fordern gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung in den Krankenanstalten

- Personelle und finanzielle Investition in die psychiatrische Akutbehandlung zur Sicherstellung einer adäquaten Betreuung
- Strukturelle Förderung von Aus- und Weiterbildung und Attraktivierung der Arbeitsplätze
- Gezielte Maßnahmen zur Inklusion von Personen mit Migrationshintergrund und Fluchterfahrung in alle Berufsgruppen
- Etablierung von Genesungsbegleitung durch qualifizierte Erfahrungsexpert*innen
- Ausbau der Stellen für klinische Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen

- Forderung und Förderung von strukturellen Änderungen im Umgang mit Gewalt und Prävention von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie anhand bestehender Leitlinien
- Gezieltes Fördern und zur Verfügungstellung von Ressourcen für Projekte zur integrierten Versorgung (Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen)
- Pilotprojekte zur Umsetzung des neuen Behandlungsplans im Rahmen der UbG-Novelle und der Vernetzungspflicht mit extramuralen Betreuungsangeboten
- Verbesserung der Kommunikation zwischen stationären Einrichtungen, betreuenden psychosozialen Einrichtungen und Angehörigen zur Sicherstellung einer ganzheitlichen Unterstützungs- und Behandlungskontinuität.
- Ausbau von Ambulanzen und tagesklinischen Angeboten in den Versorgungsabteilungen

4. Wir fordern den gezielten Ausbau des extramuralen Bereichs, von Maßnahmen zu Recovery und Empowerment von Menschen mit psychischen Erkrankungen

- Ausbau der extramuralen Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote auf allen Ebenen
- (Weiter-)Entwicklung von mittel- und langfristigen Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen für alle Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Bereitstellung von persönlicher Assistenz auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen, unabhängig von einer eventuell (auch) vorliegenden somatischen Beeinträchtigung
- Förderung von Pilotprojekten zur Etablierung von alternativen extramuralen Angeboten nach bestehenden internationalen Best-practice-Modellen (z.B. Krisenteams, Weglaufhäuser, Respite Homes, betreute Krisenwohnungen).

5. Wir fordern Sensibilisierung und den Ausbau von spezifischen Angeboten für zusätzlich benachteiligte Gruppen, insbesondere

- Ausbau der stationären Angebote mit Spezialisierung auf transkulturelle Psychiatrie und migrationsbedingte Erkrankungen
- Schulung der multiprofessionellen Behandlungsteams in den psychiatrischen Ambulatorien und psychiatrischen Krankenhäusern in Hinblick auf Patient*innen mit Migrationshintergrund und Fluchterfahrung sowie Ausbau und Einsatz eines Dolmetschangebots
- Bedarfsgerechter Ausbau von psychosozialen Unterstützungsleistungen insb. im Bereich der Wohnungslosen- und Flüchtlingshilfe
- Berücksichtigung der Möglichkeit von Doppelförderungen, wenn das im Sinne der Betroffenen ist (z.B. Kombination aus Leistungen der Flüchtlings- bzw. Wohnungslosenhilfe mit ambulanten Leistungen aus der Behindertenhilfe)
- Spezifische Sensibilisierungs- und Schulungsprogramme und der Ausbau spezialisierter Angebote für Gruppen mit spezifischen Bedürfnissen, wie oben beschrieben

Liste der erstunterzeichnenden Organisationen

- ARGE Wien gem. GmbH
- Assistenz24 gemeinnützige GmbH
- Caritas der Erzdiözese Wien
- Diakonie Flüchtlingsdienst
- HEMAYAT – Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende
- neunerhaus
- ÖHTB Arbeit GmbH
- pro mente plus
- Psychosoziale Zentren gGmbH
- Verein FREIRÄUME
- Verein LOK Leben ohne Krankenhaus
- VertretungsNetz
- Volkshilfe Wien Gemeinnützige Betriebs-GmbH
- Wiener Sozialdienste Förderung und Begleitung GmbH
- Auftakt GmbH
- Balance Leben ohne Barrieren
- Heilsarmee
- IdEE Wien – Interessenvertretung der Erfahrungs-Expert*innen – für psychische Gesundheit
- Oasis Socialis gemeinnützige GmbH
- ÖHTB Wohnen GmbH
- pro mente Wien
- rainman's home
- Verein GIN – Gemeinwesenintegration und Normalisierung
- Verein Ninlil – Empowerment und Beratung für Frauen mit Behinderung
- Vielfarben
- Wiener Hilfswerk
- Young Psychiatrists Austria

Wien, März 2023