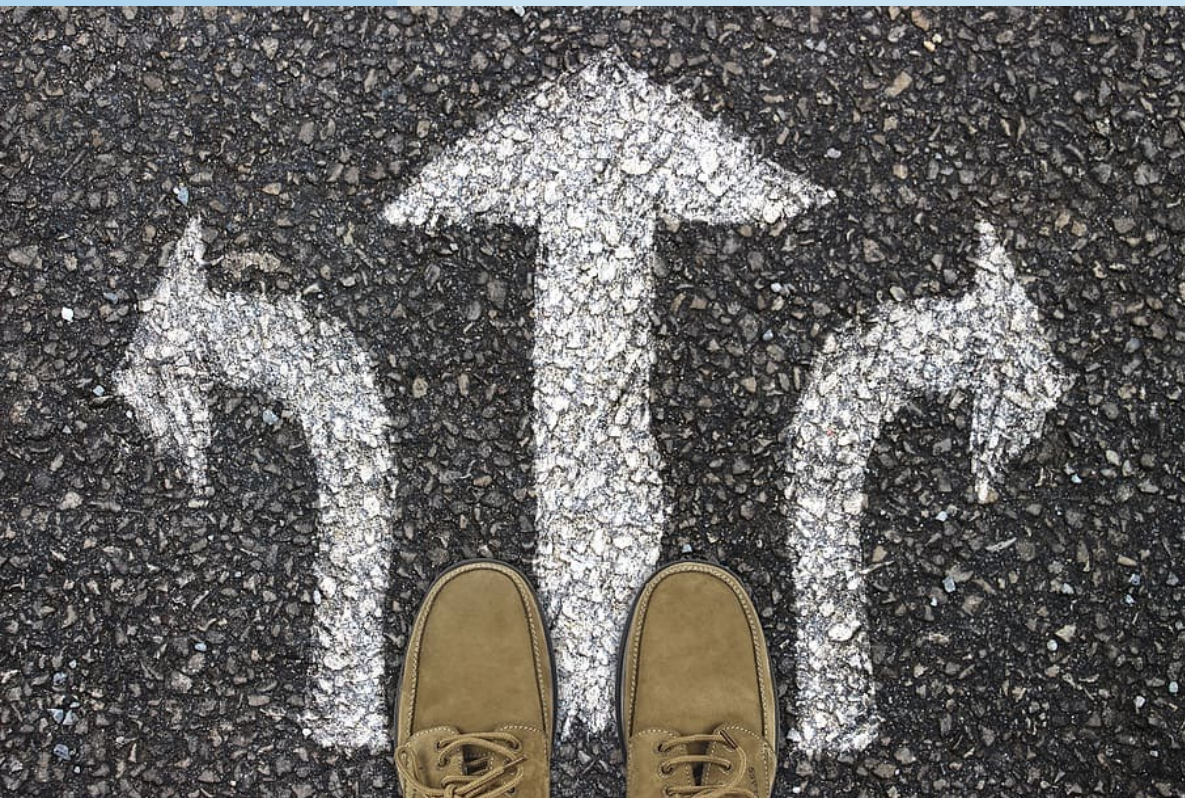




LAND
TIROL

Psychosoziale und sozialpsychiatrische Versorgung in Tirol – wohin?

Eine Stellungnahme des Tiroler
Monitoringausschusses zur Förderung,
zum Schutz und zur Überwachung der
Durchführung des Übereinkommens über die
Rechte von Menschen mit Behinderungen



2021

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	5
Einleitung/Vorwort	7
Internationale Stellungnahmen	9
Bericht des UN-Sonderberichterstatters über das Recht aller Menschen auf bestmögliche körperliche und seelische Gesundheit	9
Deutsche Übersetzung	9
Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa	9
Zusammenfassung in LL:	9
Teil 1: Einige sehr persönliche Erfahrungsberichte von betroffenen Personen.....	11
Elijah Lüthi	11
Zusammenfassung in LL:	15
Gerda Mattersberger	16
Zusammenfassung in LL:	18
Michaela Lödler	19
Zusammenfassung in LL:	22
Kurze Einblicke in den Alltag Betroffener	24
Zusammenfassung in LL:	26
Teil 2: 12 dringende Empfehlungen des Tiroler Monitoringausschusses	27
Zusammenfassung in Leichter Lesen	28
Umsetzung der Empfehlungen in der Praxis:	29
Zu 1: Barrieren abschaffen – Bewusstsein schaffen:	29
Unser Ausblick:	31
Links zur Barrierefreiheit:	31
Zusammenfassung in LL:	31
Zu 2: Gesundheitsfördernde Wohnsituationen schaffen:	32
Unser Ausblick:	33
Zusammenfassung in LL:	34
Zu 3: Ausbau von gemeindenahen Hilfs- und Unterstützungsangeboten:.....	35
Unser Ausblick:	35
Zusammenfassung in LL:	36
Zu 4: Information und Zusammenarbeit aller Akteurinnen:	37
Zusammenfassung in LL:	37
Zu 5: Förderung von Unterstützungsstrukturen im Sinne der UN-BRK – Deinstitutionalisierungsstrategien	38

Unser Ausblick:	40
Zusammenfassung in LL:	40
Zu 6: Die medizinische Behandlung muss neue Wege gehen – soziales Modell, Recovery Konzept, Selbstermächtigung/Selbstbestimmung,	41
Unser Ausblick:	43
Zusammenfassung in LL:	44
Zu 7: Ausbau, gesetzliche und faktische Verankerung sowie Anerkennung von Peerarbeit:	45
Unser Ausblick:	45
Zusammenfassung in LL:	45
Zu 8: Ausbau von Mitspracherechten für und Respekt gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen:	46
Unser Ausblick:	46
Zusammenfassung in LL:	47
Zu 9: Einführung eines professionellen Entlassungsmanagements mit gesicherter Nachsorge:	47
Unser Ausblick:	48
Zusammenfassung in LL:	48
Zu 10: Arbeit für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.	48
Unser Ausblick:	49
Zusammenfassung in LL:	49
Zu 11: Angemessene Vorkehrungen bei Mehrfachdiagnosen	50
Zusammenfassung in LL:	51
Zu 12: Beachtung der Situation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen.	51
Unser Ausblick:	52
Zusammenfassung in LL:	53
Teil 3: Vertiefende Betrachtung der „psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgung in Tirol“	54
Einleitung	54
Bundesweite Betrachtung – Studie des Instituts für Rechts-und Kriminalsoziologie (IRKS) ..	54
Was regelt das Gesetz?	55
Hier eine Zusammenfassung des Wesentlichen aus dieser Studie:	55
Die Studie befasst sich mit folgenden Fragen:	56
Wer veranlasst die Unterbringung in Psychiatrien?	56
Wie schaut die Unterbringungspraxis aus?	56
Was hat Psychiatrie heute zu leisten?	57
Aus der Auflistung dieser Aspekte lässt sich folgende Schlussfolgerung ableiten: ...	58
Ausblick:	58
Einige Gedanken	59
Psychische Erkrankung, Stigmatisierung und Zahlen	60
Stellungnahmen verschiedener Expert_innen und Einrichtungen	64
1. Stellungnahme der Klientenvertretung	64

2.	Stellungnahme Interessensgruppen	65
3.	Stellungnahme TIPSI	66
4.	Stellungnahme zur Situation Gehörloser im Zusammenhang mit psychiatrischer und/oder psychosozialer Versorgung.....	67
5.	Stellungnahme der Patientenanwaltschaft Region Salzburg-Tirol	70
6.	Pensionistenverband Tirol	71
	Psychosoziale Wohnstrukturen in Tirol	73
	Politische Maßnahmen.....	74
	Neue Wege - Das Recovery Konzept in der Psychiatrie.....	77
Teil 4: Beiträge der Öffentlichen Sitzung vom 26.11.2019 zum Thema „psychosoziale und sozialpsychiatrische Versorgung in Tirol“		
	Voithofer Caroline.....	79
	Primar Dr. Martin Schmidt	83
	Primar Dr. Martin Kurz.....	90
	Elmar Kennerth	93
	Thomas Thöny.....	96
Teil 5: Der „Zuständigkeitsdschungel“ im Bereich der psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgung		
	Kompetenzen:	100
	Art 10 B-VG	100
	Art 11 B-VG.....	100
	Art 12 B-VG.....	101
	Art 15:	101
	Arbeitsaufteilung auf Basis rechtlicher Instrumente	101
	Umsetzung auf Bundesebene:	101
	Umsetzung auf Landesebene:.....	105
	Sonstige relevante Gesetze und Bereiche:.....	105
	Danksagung	106
	Impressum.....	107

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flagge der Vereinten Nationen.....	10
Abbildung 2: Gemütszustand, islieb.de, cc by-nc-nd 4.0.....	24
Abbildung 3: Psychiatrie, islieb.de, cc by-nc-nd 4.0.....	24
Abbildung 4: Schönes Leben, islieb.de, cc by-nc-nd 4.0.....	24
Abbildung 5: Nachdenken, islieb.de, cc by-nc-nd 4.0	25
Abbildung 6: Platzangst, islieb.de, cc by-nc-nd 4.0.....	25
Abbildung 7: Einziger Mensch, islieb.de, cc by-nc-nd 4.0.....	25
Abbildung 8: Nachbarschaft, islieb.de, cc by-nc-nd 4.0.....	34
Abbildung 9: Viel zu viel, islieb.de, cc by-nc-nd 4.0	36
Abbildung 10: Gesellschaft, islieb.de, cc by-nc-nd 4.0	37
Abbildung 11: Alltag, islieb.de, cc by-nc-nd 4.0.....	43
Abbildung 12: Ausgebrannt, islieb.de, cc by-nc-nd 4.0	50
Abbildung 13: Bildung, islieb.de, cc by-nc-nd 4.0	52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Eine Tabelle über die Selbstmordrate von Männern und Frauen nach dem Alter gestaffelt.	84
Tabelle 2: Bei Bezirksgerichten gemeldete Unterbringungen ohne Verlangen in Österreich.	85
Tabelle 3: Vergleich von Unterbringungen in Tirol, Niederösterreich und Gesamtösterreich.	86
Tabelle 4: Darstellung der Wahrscheinlichkeit von mechanischen Fixierungen in Prozent.	87
Tabelle 5: Ausgaben in der kassenärztlichen Versorgung nach „psychiatrischen“ Fällen und Leistungserbringern.	89

Abkürzungsverzeichnis

AMS	Arbeitsmarktservice
Bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
etc.	et cetera
IKRS	Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie
HPE	Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter
LKH	Landeskrankenhaus
LL	Leichter Lesen
MOHI	Mobiler Hilfsdienst
OPCAT	Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment - Fakultativprotokoll

	zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe
REHA	Rehabilitation
TIPSI	Tiroler Interessenverband für psychosoziale Inklusion
UbG	Unterbringungsgesetz
UN-BRK	UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
UNO	Vereinte Nationen
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
zB	zum Beispiel
ÖKSA	Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit
ÖBIG	Österreichische Bundesanstalt für Gesundheitswesen

Einleitung/Vorwort

Der Tiroler Monitoring-Ausschuss hat in seiner Herbst-Sitzung 2019 eine öffentliche Sitzung zum Thema der psycho-sozialen und sozial-psychiatrischen Versorgung in Tirol gemacht.

Dann kam die Corona-Pandemie und der Tiroler Monitoring-Ausschuss beschäftigte sich sehr intensiv mit den Auswirkungen der Krise auf Menschen mit Behinderungen.

Leider wurden auch zwei unserer Haupt-Mitglieder für den Bereich von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen krank und schieden aus dem Ausschuss aus. Die neuen Mitglieder mussten sich erst in das Thema einarbeiten.

So kam es, dass wir erst 2 Jahre nach dieser öffentlichen Sitzung unsere Stellungnahme dazu fertig-stellen konnten.

Dadurch konnten wir aber auch Erfahrungen aus der Corona-Pandemie berücksichtigen.

Wir haben diese Stellungnahme besonders aufgebaut. Wir beginnen mit Berichten von Betroffenen mit ihrer Beeinträchtigung. Im zweiten Teil schreiben wir über die dringenden Empfehlungen des Tiroler Monitoring-Ausschusses an die Verantwortlichen.

Es gibt so viele Empfehlungen, wir haben die Umsetzung in der Praxis genau beschrieben. Diese Teile sind auch in Leichter Lesen übersetzt.

Wer mehr über das Thema und die Hinter-Gründe wissen möchte, kann dazu in den Teilen 3, 4 und 5 lesen.

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen reden nicht oft über ihre Beeinträchtigungen.

Sie haben Angst vor Stigmatisierung und Ausgrenzung.

Wir haben in dieser Stellungnahme aber ganz viele Betroffene und Expert_innen zu Wort kommen lassen.

Wir hoffen, dass wir mehr Einsicht in psychische Beeinträchtigungen und die Bedürfnisse der Betroffenen geben konnten.

Wir haben erfahren, dass sich in den letzten 2 Jahren, in denen wir an dieser Stellungnahme schrieben, viel getan hat.

Wir hoffen, dass durch diese Stellungnahme eine gute Grundlage besteht, dass diese Veränderungen in die richtige Richtung gehen.

Wir bedanken uns bei allen, die beim Zustandekommen dieser Stellungnahme mitgewirkt haben!

In dieser Stellungnahme schreiben wir oft Hinweise im Zusammenhang mit der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Diese Konvention wird auch so abgekürzt: UN-Behinderten-Rechts-Konvention oder UN-BRK.

Wie immer berücksichtigen wir in unseren Stellungnahmen das 3. Geschlecht durch einen Unter-Strich, wie zum Beispiel Teilnehmer_innen.

Internationale Stellungnahmen

Bericht des UN-Sonderberichterstatters über das Recht aller Menschen auf bestmögliche körperliche und seelische Gesundheit

"To reach parity between physical and mental health, mental health must be integrated in primary and general health care through the participation of all stakeholders in the development of public policies that address the underlying determinants. Effective psychosocial interventions in the community should be scaled up and the culture of coercion, isolation and excessive medicalization abandoned."

Deutsche Übersetzung

"Um eine Gleichstellung körperlicher und seelischer Gesundheit zu erreichen, muss seelische Gesundheit in die Grundversorgung und die allgemeine medizinische Versorgung integriert werden, unter Beteiligung aller Interessenvertreter_innen bei der Entwicklung öffentlicher Richtlinien, die zugrundeliegende Bestimmungsfaktoren betreffen. Effektive psychosoziale Maßnahmen sollten in den Kommunen verstärkt werden, und die herrschende Kultur von Zwang, Isolation und übermäßiger Medikation sollte eingestellt werden." (Dainius Puras, 23. Juni 2017)

Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa

Psychische Gesundheit und seelisches Wohlbefinden müssen als grundlegende Menschenrechte verstanden werden. Von einer Verbesserung der psychischen Gesundheitsversorgung profitieren letztendlich alle (Dr. Hans Henri P. Kluge, WHO-Regionaldirektor für Europa, Athen 22 Juli 2021).

Zusammenfassung in LL:

Es gibt viele internationale Stellungnahmen zu psychischer Gesundheit.

Wir stellen 2 vor:

Der Sonder-Bericht-Erstatter der UNO

Danaius Puras sagt,

dass alle Interessens-Vertreter_innen bei der Grund-Versorgung und bei der medizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung beteiligt werden müssen.

Es muss mehr Unterstützung durch die Gemeinden geben.

Die übliche Praxis von

Isolation, Zwang und übermäßiger Medikamenten-Gabe muss aufhören.

Dr. Hans Henri Kluge ist der Regional-Direktor der Welt-Gesundheits-Organisation in Europa.

Er sagt,
dass seelisches Wohlbefinden und seelische Gesundheit ein Menschen-Recht ist.
Eine bessere Gesundheits-Versorgung für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung ist für alle Menschen gut.



Abbildung 1: Flagge der Vereinten Nationen

Teil 1: Einige sehr persönliche Erfahrungsberichte von betroffenen Personen

Zu Beginn unserer Stellungnahme lassen wir Betroffene zu Wort kommen. Eliah Lüthi und Gerda Mattersberger schilderten ihre Erfahrungen mit ihren psychischen Beeinträchtigungen im Rahmen der öffentlichen Sitzung des Tiroler Monitoringausschusses.

Unsere Vorsitzende, Isolde Kafka, führte mit unserem neuen Ausschussmitglied, Michaela Lödler, zudem ein Interview zum Thema „Psychisch Krank – Was bedeutet das?“.

Eliah Lüthi

(wissenschaftlich arbeitend, Akademie der Unvernunft)

Heute erzähle ich über psychiatrische Diagnosen, über gesellschaftliche Bilder von Psychiatrie- Betroffenen oder von Menschen mit psychischen Krankheiten. Aber auch über Alternativen dazu und welche anderen Bilder und Projekte es überhaupt in dieser Gesellschaft gibt.

Ich beginne mit der Frage, was meine ich mit Sprachlosigkeit oder Unverständnis? Diese Geschichte beginnt mit Fühlen in der Gesellschaft oder Wahrnehmen von Gesellschaft oder Bewegen durch die Welt. Was erscheint in dieser Gesellschaft unverständlich? Und zwar nicht, weil es aus sich heraus unverständlich ist, sondern weil es gesellschaftliche Normen dazu gibt, welches Verhalten, Fühlen und Wahrnehmen das Richtige ist. So wird dann auch gesagt: Sowie du dich jetzt in dieser Situation fühlst, gehörst du nicht in diese Norm. So werden Menschen aus dieser Norm rausgerückt oder verrückt. Ich benutze für mich selbst das Wort „verrückt“ als Bezeichnung für „psychisch krank“. Ich finde mich ganz in Ordnung, aber ich werde von der Norm verrückt. So ähnlich wie Menschen manchmal sagen „wir werden behindert und sind nicht behindert“. Nicht für alle Menschen ist es aber in Ordnung, so benannt zu werden. Einige in der „Psychiatriebewegung“ verwenden diese Bezeichnung.

Die Norm malt einen Kreis und definiert, wer in diesem Kreis ist und dazu gehört und wer nicht. Außerhalb dieses Kreises ist es plötzlich sehr schwierig sich auszudrücken. Es gibt keine Worte oder Bilder um Situationen zu beschreiben, wenn ich zum Beispiel Stimmen höre. Oder diese Worte sind unglaublich schwer zu finden. Damit beginnt die Suche nach einem Verständnis, das oft mit einem Unverständnis beantwortet wird. Daraus kommt das Gefühl, dass das eigene Verhalten nicht verständlich ist. Das kann ein Startpunkt sein, überhaupt mit Diagnosen in Berührung zu kommen. Dort kann es Antworten geben, wo es sonst keine Worte gibt. Aus sozialpsychiatrischer Sicht gibt es viele Antworten.

Ich habe das in einem Bild zusammengebracht. Das Bild zeigt einen Raum. An den Wänden sind viele Zahlen und Buchstaben - der Buchstabe F mit unterschiedlichen Zahlen dahinter. Sie kommen aus dem Bereich der Psychiatrie. Diese Zahlen und Buchstaben kommen aus den Krankheitskatalogen von der Welt-Gesundheits-Organisation. In dicken Katalogen stehen dort alle Zahlen und Diagnosen drinnen. An diesem Ort, in diesem Raum finde ich Worte. Ich werde aber auch betrachtet und beobachtet. Es wird geschaut, wie ich mich

verhalte, wie ich mich fühle und wie ich mein Fühlen ausdrücke. Ich bin unter ständiger Betrachtung von diesen Blicken oder von diesen Augen und es wird geschaut, wie passt jetzt mein Verhalten zu diesen Diagnosen und zu den Buchstaben und Zahlen. In diesem Raum mit den Buchstaben, Zahlen und Blicken kann ich mich einrichten.

Es kann passieren, dass ich plötzlich anstelle der Sprachlosigkeit oder Wortlosigkeit diese andere, medizinische Sprache bekomme. Das kann sich in manchen Momenten sehr erleichternd anfühlen. Diese Sprache ist aber keine neutrale Sprache. Dazu habe ich euch einen kleinen Film mitgebracht, der von einem Einzelfall im ambulanten Bereich der Sozialpsychiatrie handelt.

Der Film heißt „Kartoffelsalat“: Er wird hier erzählt: Ich möchte euch eine Geschichte erzählen, eine Geschichte von Kartoffelsalat, von Einzelfallhilfe und davon, wie schnell es gehen kann, nicht mehr ernst genommen zu werden. Neben dem Kartoffelsalat spielt in dieser Geschichte eine Person mit, mit der ich studiert hatte, und ich. Diese Situation spielte zu einer Zeit, als ich Einzelfallbetreuung bekam. Ich befand mich gerade zwischen Betreuungssituationen. Während ich auf eine neue Betreuung wartete, beendete ich mein Studium ohne betreutes Einzelwohnen oder Einzelhilfe. Am letzten Seminartag in der Uni begleitete ich einen meiner Kommilitonen zur Bushaltstelle. Wir sprachen über Zukunftspläne und auf Nachfrage erzählte ich über meine Abschlussarbeit. Mein Gegenüber erzählte von Visionen und Wünschen und Ideen. Während der Bus einfuhr, lud mich mein Gegenüber zu einem Theaterstück ein, welches während des Praktikums bei einem sozialen Träger für betreutes Wohnen entstand. Ich war interessiert zu sehen, was bei dem Theaterprojekt entstand und ging hin. Es stellte sich heraus, dass es derselbe Träger war, bei dem ich mein Betreuungsverhältnis hatte. Dort angekommen, stand die Person, mit der ich studiert hatte, schon vor der Tür.

Ich ging hin und folgender Dialog entstand:

Elijah: Hallo

Person: Hallo Elijah, wie geht es dir?

Elijah: Gut, ich freue mich auf das Stück. Wie geht es dir, was machst du so?

Person: Nächsten Monat fange ich hier zu arbeiten an. Aber wirklich Elijah, wie geht es dir?

Elijah: Hmmm, mir geht es gut! Fängt nicht das Stück gleich an?

Person: Es beginnt eine halbe Stunde später. Aber oben gibt es Kartoffelsalat.

Elijah: Ok, dann drehe ich noch eine Runde mit dem Rad und komme wieder. Ich habe keinen Hunger.

Person: Bist du sicher, dass du keinen Kartoffelsalat willst? Es wäre doch gut für dich, etwas zu essen und Leute kennenzulernen.

Elijah: (wiederholt in Gedanken) Es wäre doch gut für mich, etwas zu essen und Leute kennenzulernen?

Nachdem ich meinem Gegenüber wiederholt bestätigte, dass ich wirklich keinen Kartoffelsalat wollte, verließ ich den Ort und drehte eine Runde mit dem Rad. Was ist da gerade passiert? Wie wurde ich von einer Person, mit der ich Ideen und Versionen

geteilt hatte, zu einem Menschen, dem nicht einmal zugetraut wird zu entscheiden, ob er Kartoffelsalat haben will oder nicht.

Nach einer Runde mit dem Rad, sah ich mir das Stück an. Nach der Aufführung begegnete ich der Träger-Koordinatorin. Sie bestätigte meine Vermutung, dass mein früherer Kommilitone meine Betreuung übernehmen sollte. Plötzlich verstand ich, wie ich in den Augen von meinem Gegenüber zu einer Person wurde, der nicht einmal zugetraut wird zu entscheiden, ob sie Kartoffelsalat haben will oder nicht. Ich entschied mich gegen diese Zusammenarbeit. Einzelfallhilfe oder Kartoffelsalat!

Gehen wir also zurück zu dem Bild von dem Raum, in dem ich Diagnosen als Antwort auf meine anfängliche Wortlosigkeit fand. Wie der Film zeigt kann es passieren, dass sich dieser Raum, in dem ich zwar Worte gefunden habe für etwas, wofür ich keine Worte hatte, sich für mich zu eng anfühlt. Ich suche diesen Raum auszuweiten oder auszudehnen. Ich versuche also die Wände nach außen zu drücken - und tatsächlich gibt es eine Lücke über mir. Die Decke verschiebt sich. Also die Decke öffnet sich und da sehe ich, da ist irgendetwas dahinter. Etwas mit einem Blumenmuster oder Rosenmuster. Ich versuche, aus diesem Ort hinauszugehen. Wenn ich draußen bin, war es vielleicht kein Raum in dem ich mich befand, sondern eine Schublade. Und ich schaue, wie geht es mir jetzt da, außerhalb von diesem Ort.

Was passiert in einem neuen Ort, in dem ich mich versuche, mit diesen Diagnosen in dieser neu gelernten Sprache auszudrücken. Es ist oft so, dass ich dann in der Gesellschaft mit Reaktionen konfrontiert bin, wie „Das ist ja schrecklich!“ oder „Das ist ganz bestimmt gefährlich!“.

Diese Konfrontation sind Ausdruck von Angst oder Mitleid. Diese Reaktionen gehen darauf zurück, welche Bilder zu VerRücktheit und Psychiatrie existieren.

Und so spaziert diese Figur weiter in den nächsten Raum und in einen Flur mit ganz vielen Bildern auf der Seite. Dieser Flur symbolisiert den Weg, auf dem uns Bilder begegnen, wenn über psychische Krankheit oder über VerRücktheit oder über Menschen, die einmal in der Psychiatrie waren, gesprochen wird. Welche Bilder gibt es in der Gesellschaft? Als Beispiel für gesellschaftliche Bilder habe ich ein paar Plakate und Zitate aus Zeitungen mitgebracht. Sie hängen als Bilder in dem Flur. Das erste Bild ist ein Plakat für Maschinen, die gemietet werden können. Wir sehen einen Menschen mit weit aufgerissenen Augen, weit aufgerissenem Mund und daneben steht Waaahnsinn. Warum muss der Begriff „Wahnsinn“, den ich in diesem diagnostischen Ort kennengelernt habe, plötzlich für Maschinen, die wir online mieten können, verwendet werden? Ein anderes Beispiel ist das folgende Zitat aus der Süddeutschen Zeitung: „Lehrer_innenmangel - Grundschulen vor verheerender Entwicklung. Gerade Kinder mit hohem Förderbedarf seien die Leidtragenden. Die offenen Stellen mit Quereinsteiger_innen zu füllen, sei schizophr.“

Auch wieder ein Diagnose-Begriff, der im Alltagssprachlichen plötzlich für alles steht, was unvernünftig oder widersprüchlich zu sein scheint. Auch PayPal wirbt damit, dass Menschen

verrückt seien, wenn sie nicht mit PayPal bezahlen. VerRückt wird also auch in dieser Werbung gleichgestellt mit Unvernunft. Das ist so schwer nachzuvollziehen, dass es schon fast ein bisschen lustig ist, obwohl diese Verwendungen auch sehr gewaltvoll sind. Es gibt einige Bilder und Beispiele, wo ich in der Vorbereitung gemerkt habe, die gehen mir ganz schön an die Nieren. Und trotzdem sind es Sachen, die uns alle täglich begegnen. Deshalb habe ich entschieden sie mitzubringen. Beispielsweise gibt es oft die Gleichstellung von psychischer Beeinträchtigung und Gefahr und Gewalt. So auch in dem Film von Alfred Hitchcock, „Psycho“. Das Filmplakat zeigt eine Person mit vor Angst weit aufgerissenen Augen und wir sehen eine Hand mit einem Messer darin. Das Plakat soll im Publikum Angst verbreiten.

Zuletzt war in einer Zeitung genau die gleiche Verbindung mit Gewalt. Da stand etwas über die wachsende Angst vor gefährlichen Psychotäten und der Frage, ob es einen Schutz vor solchen Attacken gibt. Das erweckt den Eindruck, dass psychiatriebetroffene Menschen gewalttätig sind.

Statistisch gesehen sind jedoch Menschen mit Psychiatriebetroffenheit viel mehr von Gewalt und Diskriminierung betroffen, als sie selbst ausüben.

Der Film „Joker“, der im Moment in den Kinos läuft, zeigt auch die Gewalt, die von Individuen ausgeübt wird und zum Schutz der Gesellschaft in Psychiatrien eingesperrt werden müssen. Damit bewegen wir uns alle alltäglich durch diese gesellschaftlichen Räume. Wenn ich erkenne, wie die Gesellschaft über psychiatriebetroffene und verRückte Menschen denkt verstehe ich, warum ich oft mit Angst oder Mitleid konfrontiert bin.

Beides sind Gefühle, die wenig hilfreich sind, wenn wir von gesellschaftlicher Teilhabe sprechen.

Angst macht eine Distanz auf einer Ebene "bleib von mir weg", "du bist gefährlich". Mitleid macht auch eine Distanz in der hierarchischen Ebene. Das hat nichts mit Teilhabe oder Inklusion zu tun. Und ich merke: Nein, ich suche mir was Anderes. Ich suche andere Bilder und gehe weiter durch die nächste Tür. Hier bin ich in einem Raum, der für mich sehr wichtig ist, um Worte zu finden. Ein Raum mit unglaublich vielen Büchern, die von Menschen selbst verfasst sind, die selbst psychiatriebetroffen waren oder sich kritisch mit Psychiatrie auseinandersetzen. Auf ein Buch bezieht sich auch die Rosentapete in dem Raum, nämlich auf das Buch von Hannah Green. Das heißt „Wir haben euch keinen Rosengarten versprochen“. Und ich suche nach einem Rosengarten - nämlich nach einem Leben, ohne Gewalt innerhalb oder außerhalb von Psychiatrien. Ich gehe jetzt weiter in den nächsten Raum, über den ich gerne reden möchte.

Dieser Raum ist ein Raum mit all den vielen Projekten, die es schon gibt, die nicht psychiatrisch sind und die aus Betroffenen-Bewegungen kommen. Sie zeigen uns andere Bilder und ermöglichen eine andere Sprache und auch andere Unterstützungsformen.

Zum Beispiel „Mad Studies“. Das sind Studien aus den Betroffenen- Bewegungen und heißt so viel wie verrückte Studien oder Wahnsinnsstudien. In Amsterdam hat Grietje Keller eine Gruppe gegründet, wo sich psychiatriebetroffene Menschen treffen, Texte lesen und sich darüber austauschen. Ein anderes Beispiel sind Weglaufhäuser. Dabei handelt es sich um

Häuser, welche Menschen in Krisensituationen Unterkunft bieten. Diese Menschen müssten sonst wahrscheinlich in eine Psychiatrie gehen. Dieses Projekt wurde auch von Menschen mit Krisen- und Psychiatrieerfahrung gestartet. So ein Haus gibt es in Berlin. Es gibt Trialoge und Psychose-Seminare.

Das Netzwerk „Stimmen hören“ sucht andere Worte dazu, was es bedeutet, Stimmen zu hören und was es in solchen Situationen braucht. Dabei gibt es durchaus eine Zusammenarbeit mit sozialpsychiatrischem Kontext.

Ein wichtiger Punkt sind auch Selbsthilfegruppen, wo Menschen sich gegenseitig unterstützen.

Demokratische Psychiatrieansätze wie z. B. Exit Sozial in Linz was früher Basaglia-Haus geheißen hat und viele andere Ansätze und Kollektive Selbstfürsorgeansätze. All diese Beispiele zeigen, es gibt eine ganze Welt und ganze Räume voll von Alternativen und anderen Ansätzen. Um damit in Berührung zu kommen, hat für mich unendlich lange Zeit gebraucht. Es gibt andere Worte, um uns zu beschreiben und andere Unterstützungsstrukturen. Es ist daher wichtig die sozialpsychiatrische Versorgung zu verbessern und Menschen Therapien und Unterstützung zu ermöglichen. Genauso wichtig ist aber auch, diese alternativen Räume und die Peerberatung unabhängig zu fördern.

Zusammenfassung in LL:

Elijah ist selbst betroffen und arbeitet wissenschaftlich mit dem Thema verrückt-sein.

Elijah sagt, dass die Gesellschaft sagt, welches Fühlen, Verhalten und Wahrnehmen richtig ist.

Wer nicht in diese Bilder passt, der ist ver-rückt.

Wenn man sich außerhalb von diesen Bildern der Gesellschaft befindet, wird man oft nicht verstanden.

Man kann sich als Betroffener auch oft nicht verständlich machen.

Ist man ver-rückt, dann wird man oft beobachtet, wie man sich verhält und welches Verhalten nicht in die Bilder der Gesellschaft passen.

Viele Menschen verbinden mit diesen Bildern Angst, Gefahr und Mitleid.

Viele dieser Bilder gibt es auch in den Zeitungen.

Dort liest man von Wahnsinn und Verrücktheit-
aber immer dann, wenn etwas Negatives passiert ist.

Elijah zeigt den Film „Kartoffelsalat“.
Dort zeigt Elijah, wie schnell man als
betroffener Mensch seine Selbst-Bestimmung
verlieren kann.

Es gibt aber andere Möglichkeiten
von Unterstützung und Sprache.
Es gibt einige Beispiele dafür.
Das möchten und brauchen Betroffene.

Gerda Mattersberger

(Betroffene, Peer-Beraterin)

Ich sehe mich als Betroffene mit Mehrfachdiagnose, einer Suchtabhängigkeit und Depression. Ich bin aber auch aktive Selbstvertreterin, weil ich die Peerausbildung gemacht habe. Ich glaube an die Peerausbildung, denn ich hätte mir auch selbst gewünscht, mit jemandem reden zu können, der eigene Erfahrung hat und die Krankheit nicht nur aus dem Buch kennt. Das war aber leider nicht möglich.

Ich habe diese Ausbildung bei Innovia gemacht und habe gelernt, über meine Beeinträchtigung mit anderen Betroffenen zu reden. Teil der Ausbildung waren auch zwei Praktika, einmal in Hall und einmal bei der Suchtberatung Tirol.

Bei dieser Veranstaltung des Tiroler Monitoringausschusses habe ich mich bereit erklärt zu reden, da ich die Erfahrung im Umgang mit Behörden und dem Helfersystem gemacht habe. Erkrankte mit einer Doppeldiagnose fallen oft durch das Netz. Man passt weder in den Sucht- noch in den Psychiatrietopf. Dadurch fühlt sich niemand zuständig. Ich habe noch in keine Schublade gepasst.

Als Betroffene habe ich auch festgestellt, dass es im Großraum Innsbruck viel zu wenig Psychiater_innen mit Krankenkasse-Verrechnung gibt. Die Wartezeiten sind viel zu lang oder es gibt überhaupt einen Aufnahmestopp von Patient_innen. Viele haben nicht die Mittel, sich einen Privatarzt leisten zu können.

Weiters bestehen massive Schwierigkeiten von Menschen wie ich bin, einen Zugang zum Arbeitsmarkt zu finden. Ich habe festgestellt, dass ich als trockene Alkoholikerin den Stempel bekommen habe, immer alkoholkrank zu sein und bei jeder Kleinigkeit wieder zu trinken. Man traut mir nichts zu und ich stehe dem Arbeitsmarkt nicht wirklich zur Verfügung. So sehe ich das aber überhaupt nicht. Ich bin in die Spirale der Diskriminierung geraten. Ich bemerke, dass ich aufgrund meiner Alkoholkrankheit weder Schulungen noch Umschulungen erhalte, weil ich den Ruf habe, nicht verlässlich zu sein. Gleichzeitig gibt es

am zweiten Arbeitsmarkt viel zu wenig Angebote. Der Umstieg vom zweiten Arbeitsmarkt auf den ersten gelingt nur sehr wenigen Personen.

Die Diagnose „Sucht“ ist für viele Einrichtungen der Sozialpsychiatrie ein Ausschlusskriterium, da man mit uns nicht sozialpsychiatrische Arbeit machen kann. Die Beurteilung ist, wir wären nicht reflektionsfähig und nicht veränderungswillig. Nicht meine Meinung!

Weiters sind Menschen mit einer psychiatrischen Beeinträchtigung auch öfters von vielen körperlichen Einschränkungen betroffen. Bei psychischen Beeinträchtigungen ist es oft Jahre nicht möglich, ein Leben in gesunder Weise zu führen. Dies schränkt wieder im Arbeitsmarkt ein, in dem die Jobs mit weniger Anforderungen meistens mit körperlicher Betätigung verbunden sind. So ist zum Beispiel eine Regalbetreuung im Supermarkt aufgrund meiner Probleme mit Knien und Bandscheiben unmöglich.

Generell ist der Lebensweg mit einer Suchterkrankung ein langer und schwieriger Weg. Es ist erforderlich, sich eine dicke Haut wachsen zu lassen. Das habe ich auch gemacht, um bei einem alkoholfreien Leben zu bleiben und nicht aufzugeben.

Ich bin aufgrund meiner psychiatrischen und Suchterkrankung eine behinderte Person. Ich habe einen Behindertenstatus von 60 %. Ich werde ihn aber erhöhen lassen, weil da keine körperlichen Beschwerden dabei sind. Ich bin begünstigt behindert und das habe ich machen lassen, damit ich einen Arbeitsplatz bekomme. Vorher wäre das unmöglich gewesen.

Da meine Behinderung nicht wirklich sichtbar ist, bekommen Behinderte wie ich zum Beispiel kein Pflegegeld. Es wäre in Notzeiten aber sicherlich notwendig, sich Unterstützungsleistungen mit einem Pflegegeld kaufen zu können. Wenn es mir schlecht geht, kann ich keine körperliche Arbeit machen und es ist mir nicht möglich, aus dem Haus zu gehen. Einkaufen, Kochen, Hausarbeit und Amtswege sind mir zu anstrengend.

Zu meiner Person: ich wurde in eine Familie mit Alkoholproblematik hineingeboren. Meine Eltern waren Alkoholiker, also habe ich als kleines Kind schon Erfahrungen gemacht. Meine Schwester war heroinabhängig und starb mit 47 Jahren an Krebs. Ein Bruder hat jetzt mit 55 Jahren seine erste Alkoholtherapie angefangen. Bei ihm schreit die Leber SOS. Er hat die erste Therapie in Hall angefangen.

Warum habe ich das Trinken gelassen? Ich habe Leberzirrhose gehabt. Dadurch habe ich meine Denkweise Gott sei Dank sehr geändert. So hätte ich nicht weiterleben wollen. Wenn ich nicht bei meiner Schwester die Nadelabhängigkeit miterlebt hätte, wäre ich wahrscheinlich so dämlich gewesen, und hätte diese Sucht selber ausprobiert. Mit 36 Jahren habe ich meine erste Therapie gestartet, und den langen Weg auf dem Kampf gegen die Sucht begonnen. Der Grund war eine bedingte Haftstrafe durch Straftaten unter Einfluss von Kokain, aber so wollte ich nicht weiterleben. Ich habe einen schwierigen Weg

hinter mir, ich habe Therapien hinter mir aber ich habe dann Glück gehabt. Seit ich 43 Jahre alt bin, bin ich trockene Alkoholikerin.

Ich habe festgestellt, dass man sein Leben lang Alkoholiker_in bleibt. Ich habe festgestellt, dass ich Betreuung brauche, dass ich aber erst lernen musste, diese auch anzunehmen. Ich habe in Mutters Dr. Kurz kennengelernt, der mir ein positives Denken beigebracht hat. Beim ASP habe ich Glück gehabt, bei Dr. Köppl, weil er hat zu mir gesagt „in unserem Alter werden wir zu mehr Beerdigungen eingeladen als zu Hochzeiten“. Er hat für mich gute Nerven gehabt und hat gewusst, wie man mich nimmt. Er hat für mich sehr viel Geduld gehabt. Ich bedanke mich bei Herrn Mag. Otto Westreicher, weil er mir seit Jahren immer unter die Arme gegriffen und mich beraten hat. Bei der Suchtberatung Tirol bedanke ich mich bei Frau Stricker, die mir mit sozialarbeiterischen und beratenden Kompetenzen zur Seite steht.

1998 hatte ich das Glück, dass ich Frau Andrea Carter-Sax kennengelernt habe. Sie hat als Sozialarbeiterin gearbeitet und ich bin ihr immer wieder über dem Weg gelaufen. Sie hat mich immer gelobt für meine Fortschritte und hat es mir jetzt, nach 3 Jahren ermöglicht, dass ich seit einem Monat bei den Tiroler Sozialen Diensten als Peerberaterin arbeiten kann.

Ein kleiner aber wichtiger Nachsatz: ich besuche seit Jahren regelmäßig die öffentlichen Sitzungen des Tiroler Monitoringausschusses. Mir ist aufgefallen, dass es keine Sprecherin für Suchterkrankungen also Alkohol-, Drogen- und Verhaltenssuchte gibt. Ich würde mich für eine Vertretung im Ausschuss bewerben. Ich bin eine sehr willensstarke, hartnäckige und meinungsstabile Frau. Aber auch für mich ist es sehr oft schwierig, teilhaben zu dürfen und zu können. Meine Vergangenheit kann ich nicht ändern, ich habe sie Großteils aufgearbeitet, aber bei meiner Zukunft will und kann ich mitsprechen.

Zusammenfassung in LL:

Gerda hat eine Mehrfach-Diagnose.
Sie ist sucht-abhängig und hat eine Depression.
Sie hat eine Peer-Berater-Ausbildung gemacht.
Sie wünscht sich,
dass für sie früher auch jemand
zum Sprechen da gewesen wäre.

Mit einer Mehrfach-Diagnose hat man viele Probleme.
Niemand fühlt sich zuständig.
Niemandem ist klar,
ob man zu den Süchtigen oder zu den psychisch Erkrankten gehört.

Es gibt viel zu wenig Psychiater_innen mit
einem Kassen-Vertrag.
Einen Privat-Arzt können sich viele nicht leisten.
Als ehemalige Alkoholiker_in hat man auch fast
keine Chancen am Arbeits-Markt.

Man gilt als unzuverlässig und bekommt auch viel weniger Schulungen.
Durch die Beeinträchtigungen gibt es auch Einschränkungen in der Mobilität.
Dadurch können einige Arbeiten nicht gemacht werden.

Auch in der Sozial-Psychiatrie gilt man als Sucht-Kranker als unfähig über sich nachzudenken und unwillig sich zu verändern.

Trotzdem erhält man kein Pflege-Geld,
Weil die Beeinträchtigungen nicht sichtbar sind.
Wenn es einem aber schlecht geht,
kann man vieles, auch im Haushalt,
nicht mehr selbst machen.

Michaela Lödler

(Mitglied im Monitoringausschuss für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen)

Frage 1: Warum haben Menschen so große Probleme mit dem Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen?

Michaela: Das, was ich so mitnehme oder fühle ist diese Außenwirkung, die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben. Es besteht das Bild, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind unberechenbar, Menschen mit psychischer Beeinträchtigung machen Angst, lösen Wut aus, machen einen verzweifelt.

Ein ganz großer Punkt ist finde ich, dass Menschen mit psychischer Beeinträchtigung das Gegenüber an die eigenen Grenzen bringen können. Man weiß nicht, wie mit der Situation umgehen. Zum Beispiel wenn jemand im Bus mit sich selbst spricht oder auch wenn jemand meine Narben an den Armen sieht. Das macht Angst und dadurch kommt es zu Abwehrhaltungen. Das ist ein schwieriges Thema welches man bewusst machen muss und auch ebenso angehen muss.

Viele Betroffene sind tatsächlich mit ihrem Erleben aber überhaupt nicht sichtbar, sie machen ihren Job, versorgen ihre Kinder,... und leben unter den sogenannten „ganz Normalen“. Normal – das ist immer so ein Ausdruck. Wer bestimmt, was normal ist? Die Mehrheit in einer Gesellschaft. Dabei wird es zum Beispiel als „Normal“ angesehen, wenn Menschen aus der Not heraus lügen.

Isolde: Also du hast das Gefühl, dass die Menschen nicht gut damit umgehen können, weil es etwas ist, was ihnen ein Stück weit Angst macht und sie mit ihren eigenen Grenzen konfrontiert.

Michaela: Ja, auf jeden Fall. Es ist immer ein etwas hinkender Vergleich, aber wenn ich eine alte orientierungslose Frau sehe, die über die Straße gehen möchte, dann kann ich sie fragen, ob ich ihr über die Straße helfen soll. Bei einem Menschen, der vor lauter Angst auf

der offenen Straße zusammenbricht, sind alle schockiert und wissen nicht was zu tun ist. Dabei gibt es über pro mente Austria sogar die Möglichkeit den Kurs „Erste Hilfe für die Seele“ zu machen, sogar hier in Innsbruck. Denn so wie es Erste Hilfe für einen Herzinfarkt gibt, ist es wichtig Menschen zu Schulen, was sie in solch einem Moment machen sollen.

Isolde: Also auch um Ängste zu nehmen und Erste Hilfe um den Aspekt für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu erweitern.

Michaela: Ja, um diese Angst zu nehmen und dass man dort hingehen und helfen kann. Das einzig Falsche ist nichts zu tun, gleich wie bei einem Herzinfarkt.

Frage 2: Was bedeutet psychische Beeinträchtigung für dich?

Michaela: Ich hatte immer das Gefühl, ich passe nicht in diese Welt hinein, gehöre nicht dazu, bin komisch – aber nicht im Sinne von lustig, sondern im Sinne von anders. Das ist bei mir schon seit meiner Kindheit so. Ich bin so anders, dass ich es halt selbst spüre und merke und es auch von Außen gezeigt bekomme, egal ob durch Schulkollegen oder schon von Kindern im Kindergarten. Ich wurde gemieden und gemobbt. Das ging in der Schule weiter und im Berufsleben. Das macht das Leben nicht leichter. Teilweise musste ich eine Rolle spielen, damit ich zu den anderen irgendwie dazugehöre. Ich konnte nicht sein, wie ich bin.

Isolde: Also dass du in ein Schema passt.

Michaela: Ja ich muss in dieser Gesellschaft irgendwo in ein Schema passen. Es ist jeden Tag ein bisschen Theater spielen, um ja nicht aufzufallen. Im Lauf der Zeit ist es irgendwann so geworden, dass ich nicht mehr ich gewesen bin, ich habe mich komplett selbst verloren.

Isolde: Du hast nicht mehr gewusst, was ist Rolle und wo ist die Michaela.

Michaela: Was ich ganz stark verloren hatte, war mein Inneres. Ursprünglich war ich ein sehr fröhliches Kind, ein bisschen eigen und seltsam. Ich habe unlängst den Film von Harpe Kerkeling gesehen - der Junge muss an die frische Luft – ich war irgendwie in diese Richtung, verträumt. Das habe ich komplett verloren. Ich habe es in mir eingeschlossen und irgendwie weggesperrt und ich konnte das so auch nicht mehr spüren. Schlussendlich war es so als wäre man in einem schrecklichen Film gelandet, wo man eine andere Version von sich selbst spielt.

Isolde: Ganz viel hat es mit Rollen zu tun, was ich von dir höre, und mit Erwartungen.

Michaela: Ja mit Erwartungen erfüllen, immer Angst zu haben, dass ich nicht gut genug, nicht intelligent genug, nicht fleißig genug bin. Wir sind in einer Leistungsgesellschaft und wenn du dort nicht hineinpasst, dann ist das furchtbar. Ich spüre das ständig in irgendeiner Weise. Ich kann meinen Job nicht mehr ausüben. Wenn man dann mit 29 um Berufsunfähigkeit ansuchen muss und dann Reha-Geld bekommt, dann denkt man: „Okay und das wars jetzt?!?“

Isolde: Welche Möglichkeiten und Räume bleiben jetzt noch?

Michaela: Es lastet ständig der Blick der Gesellschaft auf einen. Ich hatte zum Glück um mich herum Freunde, die mich angenommen haben. Aber es lastet immer dieser Druck und die Verantwortung auf einem, dass du dich in dem Rehaprozess wieder erholen sollst um wieder zu funktionieren.

Isolde: Also auch das ist Druck, dass man „Richtig“ unter Anführungszeichen werden muss?

Michaela: Also dieses „Richtigwerden“, um in die Gesellschaft wieder hineinzupassen, ist etwas, das mich bis heute belastet.

Frage 3: Was wünschst du dir für die Zukunft?

Michaela: Im Endeffekt das, was sich jeder wünscht, einen offenen Umgang.

Und das soll nicht erst in der Jugend beginnen. Das muss schon in der Schule, sogar im Kindergarten beginnen. Kinder sollen über stigmafrees Zusammenleben und Suizidprävention lernen. Meine Vorstellung von Zukunft ist, dass schon Kinder lernen, was es bedeutet individuell zu sein, viel zu körperlicher und psychischer Gesundheit erfahren, wissen was Emotionen sind, dass anders zu sein im Leben und der Gesellschaft Platz haben darf. Es gibt mehrere Wege, wie man in dieser Gesellschaft zurechtkommen kann und nicht nur einen, wie andere meinen, dass es nur so funktioniert. Man soll das Recht haben, sich für seinen Weg entscheiden zu können.

Isolde: Wenn du sagst, es gibt andere Wege, dann geht es schon tiefgreifender hinein, wie Gesellschaft funktioniert?

Michaela: Ja natürlich es ist ein langer Prozess, es reicht nicht mit ein paar Leuten zu sprechen. Es geht viel tiefer, es geht um Änderungen in Gesetzen und ein großes Umdenken. Ich bin eine Verfechterin des bedingungslosen Grundeinkommens, nicht weil ich denke, dass niemand mehr etwas tun soll und nur zuhause sitzen soll, sondern genau umgekehrt. In Deutschland gibt es hier bereits Projekte. Für Menschen können sich Türen öffnen und man kann schauen, wie man sich dann anders an der Gesellschaft beteiligen kann. Dadurch ergeben sich viel mehr Möglichkeiten.

Natürlich ist es nie leicht, solche Dinge umzusetzen. Ich wünsche mir aber, dass jeder Mensch sein darf und nicht von der Familie oder Systemen abhängig sein muss. Das sind Wege die kaputt machen können.

Isolde: Also einfach eine Basis, ich habe mein Auskommen unabhängig davon, wer ich bin und was ich tue und kann daraus mit weniger Zwang, das entwickeln, wie das entsprechende Leben ist.

Michaela: Ja, es geht aber auch um die entsprechenden Zugänge, das fängt eben schon mit der entsprechenden Bildung an zB in Form von „Glücksunterricht“ wie es ihn in Modulen in der Steiermark schon gibt. Dann natürlich auch wie komme ich hin zu einer entsprechenden Unterstützung und Versorgung, die ich brauche um einen guten Weg einzuschlagen zu

können. In den Städten funktioniert das mehr oder weniger gut, aber am Land sind wir noch weit davon entfernt, von dem wo wir hinmöchten.

Isolde: Was ist dir sonst noch wichtig?

Michaela: Es geht mir nicht nur um die Barrieren von Außen, sondern auch um die Barrieren in den Köpfen. Hier ist es wichtig, dass auch in der Ausbildung von Menschen die Unterstützungsberufe ausüben (zB Ärzt_innen, Therapeut_innen, ...) mit Betroffenen als Expert_innen zusammen gearbeitet wird. Ebenso sollen auch Angehörige miteinbezogen werden. Dieses trialogische Arbeiten ist sehr wichtig.

Zusammenfassung in LL:

Die Vorsitzende vom Tiroler Monitoring-Ausschuss Isolde Kafka, hat mit dem Ausschuss-Mitglied Michaela Lödler ein Gespräch geführt.

Michaela Lödler ist die Haupt-Vertreterin für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung.

Michaela erklärt, warum so viele Menschen Probleme beim Umgang mit Menschen mit einer psychischer Beeinträchtigung haben.

Von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen denkt man oft, dass sie unberechenbar sind.

Manche sprechen einfach laut vor sich hin. Das kann Angst machen.

Aufgrund vom Verhalten von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen weiß man oft nicht, wie man sich verhalten soll.

Viele Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung leben aber ganz normal unter allen Menschen. Man erkennt sie nicht.

Und was heißt eigentlich normal?

Bei einer Beeinträchtigung oder einer anderen Behinderung weiß man oft, wie man helfen kann.

Aber bei Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung weiß man das oft nicht.

Es gibt schon einen Erste-Hilfe-Kurs für die Seele, aber es müssen viel mehr Menschen darüber Bescheid wissen.

Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung spüren oft, dass sie nicht dazu passen.

Sie müssen oft eine Rolle spielen, damit sie dazu passen.

Das ist sehr schwierig und man verliert den Blick auf sich selbst.

Von diesen Menschen erwartet man aber, dass sie in ein bestimmtes System passen.

Die Betroffenen spüren ständig den Druck von der Gesellschaft, dass sie wieder Richtig werden müssen, um dazu zu passen.

Dieser Druck verhindert aber oft, dass sich die Betroffenen wieder erholen können.

Deshalb müssen Menschen einfach wissen, was eine psychische Beeinträchtigung bedeutet. Damit muss man schon ganz früh beginnen.

Menschen, die anders sind, müssen in der Gesellschaft Platz haben.

Das braucht ein großes Umdenken.

Das dauert lange, aber es geht.

In anderen Ländern lernt man in der Schule zum Beispiel vom Glück.

Auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen stehen vor Barrieren und die größte ist die Barriere in den Köpfen der Menschen.

Kurze Einblicke in den Alltag Betroffener

„Besonders in Krisenzeiten können starke und ruckartige Veränderungen sehr heftige negative Auswirkung haben. Deshalb ist es gerade in dieser Zeit wichtig, dass Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in ihrer gewohnten Umgebung Hilfs- und Unterstützungsangebote nutzen können.“

„Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erfahren oft einen Mangel an Respekt. In der Gesellschaft fehlt es an Akzeptanz, da zu wenig über psychische Beeinträchtigungen und deren Folgen gewusst wird.“

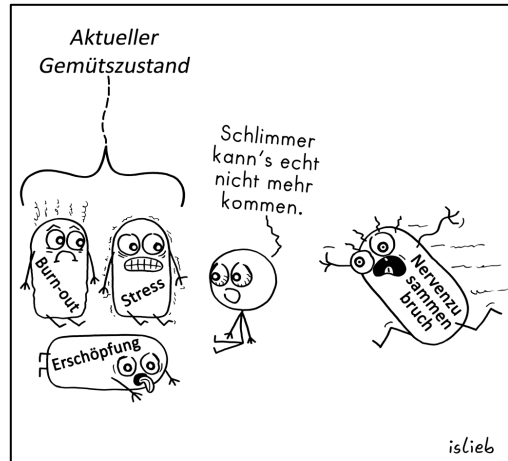


Abbildung 2: Gemütszustand, islieb.de, cc by-nc-nd 4.0

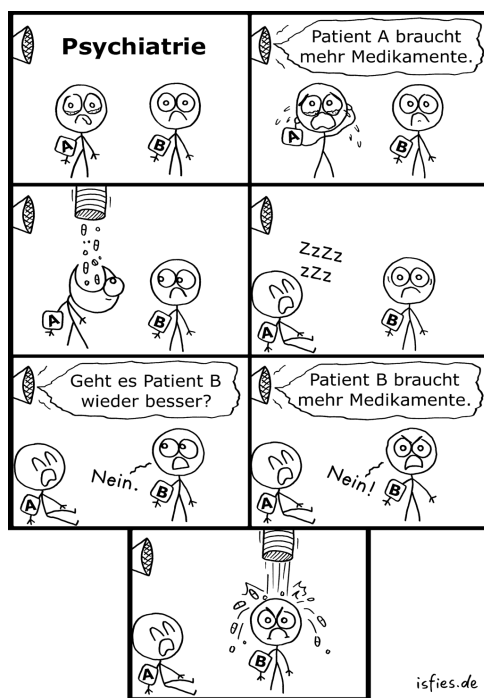


Abbildung 3: Psychiatrie, islieb.de, [cc by-nc-nd 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

„Leider haben viele Menschen mit psychischer Beeinträchtigung schlechte Erfahrungen mit der Psychiatrie gemacht. Immer noch haben viele große Angst sich im Fall von Beschwerden oder einer Krise an einen Facharzt oder sogar an die Klinik zu wenden.“

„Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist die Wohnsituation sehr wichtig. Wohnungen sind ein Rückzugsort, von der oft sehr lauten „außen Welt“. Wichtig sind helle, geräuscharme und leistbare Wohnungen.“

„Einfach mal unter Leute zu gehen“, ist gerade für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung oft eine große Herausforderung. Gerade in der Unterstützung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung hat also das gemeinsame „raus gehen“ (Unterstützung der Entwicklung von sozialer und emotionaler Kompetenz, usw.) eine große Bedeutung.“

„Vielen ist nicht bewusst wie sehr eine psychische Beeinträchtigung das Leben einschränken kann und wie viel an Kraft und Energie es kostet um teilweise einfach nur durch den Tag zu kommen.“

„Leider leiden viele Menschen mit psychischer Beeinträchtigung an Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, und Wortfindungsstörungen. Dies wird oft durch die Einnahme von Medikamenten noch verstärkt. Lesen kann da schon zur Herausforderung werden.“



Abbildung 4: Schönes Leben, islieb.de, cc by-nc-nd 4.0



Abbildung 5: Nachdenken, islieb.de, cc by-nc-nd 4.0

„Oft machen sich Menschen mit psychischer Beeinträchtigung sehr viele Gedanken die dann in ihrem Kopf kreisen. Wie soll mein Leben weiter gehen, wie schaffe ich den nächsten Tag, wie gelingt es mir den Einkauf/die Wäsche zu machen, wie soll das mit der Arbeit den je wieder funktionieren, etc.?“

„Das Leben als solches kann für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung eine große Herausforderung darstellen. Da können schon kleine Alltagsaktivitäten oder das Verlassen der Wohnung überfordern. Freizeitaktivitäten können zu unerreichbaren Wunschträumen werden, weil die Energie für das alltägliche (Über-)Leben gebraucht wird.“

„Das Fahren mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder das Bewegen im öffentlichen Raum ist für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung teilweise eine große Herausforderung. Verschiedene Arten von Ängsten können dazu führen, dass dies sogar überhaupt unmöglich ist.“

„Für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung kann permanente Überforderung in der Arbeit zu einem „Ausgebrannt sein“ führen. Hier braucht es ein akzeptiert werden als Person und entsprechende bedarfsorientierte Unterstützungsangebote am Arbeitsplatz auch für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung.“



Abbildung 6: Platzangst, islieb.de, [cc by-nc-nd 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



Abbildung 7: Einziger Mensch, islieb.de, [cc by-nc-nd 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

„Durch Peerberatung kann Betroffenen dieses Gefühl genommen werden, da selbst Betroffene nur zu gut wissen wie es ist, wenn an einem vorbeigeredet wird. Durch den gemeinsamen Austausch in der Peerberatung werden Gefühle, Soziale Situationen und Bewältigungsstrategien besprochen.“ Im Zentrum steht die Stärkung des Selbstbewusstseins und nicht die Beeinträchtigung.“

Zusammenfassung in LL:

Menschen mit Psychischen Beeinträchtigungen haben in ihrem Alltag viele Erfahrungen gemacht.

Viele davon sind schlecht.

Einige davon sind:

Plötzliche Veränderungen können sehr negative Folgen haben.

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werden oft nicht respektiert und akzeptiert.

Viele haben schlechte Erfahrungen beim Arzt oder im Kranken-Haus gemacht.

Deswegen möchten sie in einer Krise auch nicht dort hingehen.

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bleiben öfter in ihrer Wohnung, weil sie sich dort zurückziehen können.

Deshalb ist wichtig, wo sie wohnen.

Sie brauchen helle, leise und leistbare Wohnungen.

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen brauchen öfters Unterstützung beim Hinausgehen.

Sie schaffen es alleine nicht.

Psychisch krank zu sein kostet oft sehr viel Kraft und Energie.

Alles ist so viel schwieriger.

Oft fehlt die Kraft und Energie für den Alltag.

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung können sich oft nicht gut konzentrieren oder finden oft nicht die richtigen Worte.

Die Medikamente schwächen noch zusätzlich.

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen denken sehr oft über ihr Leben und ihre Probleme nach.

Sie finden keine Lösungen.

Manchmal haben Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen viele Ängste. Sie trauen sich nicht auf die Straße, oder irgendwo anzurufen oder mit anderen zu sprechen.

Peers sind für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oft eine große Hilfe.

Sie helfen bei der Stärkung des Selbst-Bewusstseins.

Teil 2:

12 dringende Empfehlungen des Tiroler Monitoringausschusses

1. **Barrieren abschaffen** – Bewusstsein schaffen.
2. Gesundheitsfördernde **Wohnsituationen** schaffen.
3. Ausbau von **gemeindenahmen Hilfs- und Unterstützungsangeboten**.
4. Information und **Zusammenarbeit** aller Akteurinnen.
5. Förderung von **Unterstützungsstrukturen** in Sinne der UN-BRK - **Deinstitutionalisierungsstrategien**.
6. Die medizinische Behandlung muss **neue Wege** gehen – soziales Modell, Recovery Konzept, Selbstermächtigung/Selbstbestimmung, ...
7. Ausbau, gesetzliche und faktische Verankerung sowie Anerkennung von **Peerarbeit**.
8. Ausbau von **Mitspracherechten** für und Respekt gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.
9. Einführung eines **professionellen Entlassungsmanagements** mit gesicherter Nachsorge.
10. **Arbeit** für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.
11. Angemessene Vorkehrungen bei **Mehrfachdiagnosen**.
12. Beachtung der Situation von **Kindern und Jugendlichen** mit psychischen Beeinträchtigungen.

Zusammenfassung in Leichter Lesen

Der Tiroler Monitoring-Ausschuss hat
12 dringende Empfehlungen erstellt:

1. Barrieren müssen abgeschafft werden.
Die Menschen müssen mehr Bewusst-sein bekommen.
2. Es muss für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gute Wohn-Situationen geben.
3. Es muss in den Gemeinden Hilfs- und Unterstützungs-Angebote geben.
4. Alle Personen, die in der Behandlung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eingebunden sind, müssen informiert sein und zusammen-arbeiten.
5. Auch in der Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen muss die UN-BRK eingehalten werden.
Auch hier ist die De-Institutionalisierung wichtig.
6. Es gibt viele neue Wege in der Psychiatrie.
Man muss Mut haben, diese neuen Wege zu gehen.
7. Peer-Arbeit muss anerkannt, eingesetzt und im Gesetz festgeschrieben werden.
8. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben Menschen-Rechte.
Diese müssen beachtet werden.
9. Die Entlassung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen von stationären Einrichtungen in die Nach-Sorge muss gut gestaltet werden.
10. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen brauchen Arbeit.
11. Beachtung von Menschen mit mehreren Diagnosen
12. Beachtung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Umsetzung der Empfehlungen in der Praxis:

Zu 1: Barrieren abschaffen – Bewusstsein schaffen:

- Angebote zur „psychischen Gesundheit“ und Anti-Stigma-Arbeit müssen niederschwellig, präventiv und gemeindenah durch Workshops oder gemeinsame Aktivitäten geschaffen werden. (Lüthi)
- Finanzielle Barrieren müssen abgeschafft werden. (HPE)
- Geographische Barrieren müssen abgeschafft werden – z.B. große Distanzen, keine gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel (HPE)
- Rücksichtnahme auf psychische Beeinträchtigungen bei Behörden. Die Betroffene stehen unter ständigem Rechtfertigungs- und Erklärungsdruck (pro mente)
- Bewusstseinsbildung über psychische Beeinträchtigungen. Die Stigmatisierung ist gerade hier sehr groß, was den Kontakt zu Behörden, Vermietern, Nachbarn usw. erschwert.
(pro mente)
- Körperliche Symptome werden bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oft nicht ernst genommen, weil man diese als psychisch bedingt abtut. (pro mente)
- Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen fällt es – je nach Phase der Beeinträchtigung – schwer Termine einzuhalten. Hier braucht es Verständnis, Flexibilität und Nachsicht. (pro mente)
- Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen reagieren oft sehr sensibel auf Situationen mit Zwang und Druck. Mangelnde Offenheit, starre Hierarchien und enge Vorschriften stellen oft Barrieren dar. Darauf soll Rücksicht genommen werden. (pro mente)
- Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erfahren oft einen Mangel an Respekt. In der Gesellschaft fehlt es an Akzeptanz, da zu wenig über psychische Beeinträchtigungen und deren Folgen gewusst wird. Bewusstseinsbildende Maßnahmen müssen erfolgen. (pro mente)
- In bestimmten Fällen bedarf es einer Abstimmung mit der Polizei, um Irritationen zu vermeiden (IRKS)
- Betroffene müssen gefragt werden, wo ihre Barrieren sind. (Voithofer)
- Betroffene gelten oft als dauerhaft psychisch krank oder suchtkrank und haben daher fast keine Chance am Arbeitsmarkt. Schulungs- und Umschulungsmaßnahmen werden oft verweigert. Hier braucht es Aufklärung und Assistenz. (Mattersberger)
- Es braucht den Kampf gegen Stigmatisierung in allen Bereichen, sowohl im öffentlichen Bereich als auch hinsichtlich der Stigmatisierung von Betroffenen. (Lödler)
- Es braucht viel mehr Öffentlichkeitsarbeit und einen offenen Diskurs über psychische Gesundheit, psychische Krisen/Krankheiten und deren Bewältigung unter Einbeziehung von Erfahrungsexpert_innen (ÖKSA-Jahrestagung 2020, Seite 35)
- Es braucht eine bedarfsorientierte Mindestsicherung.
- Einfach mal unter Leute zu gehen“, ist gerade für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung oft eine große Herausforderung. Gerade in der Unterstützung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung hat also das gemeinsame „raus gehen“

(Unterstützung der Entwicklung von sozialer und emotionaler Kompetenz, usw.) eine große Bedeutung.“ (Lödler)

- Eine qualitative Gestaltung der Tagesstruktur ist wichtig, um eine – allenfalls auch berufliche – Wiedereingliederung zu erreichen. Dieses Angebot ist besonders dann erfolgreich, wenn es wohnortnah ist. Ziel ist ein inklusiver Arbeitsmarkt, der auf die speziellen Bedarfe und Bedürfnisse der Betroffenen eingeht. (sozialpsychiatrische Interessensgruppen)
- Die Arbeit von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen muss anerkannt und gefördert werden. Gerade die künstlerische, kulturelle und wissenschaftliche Arbeit dieser Menschen wird oft nicht relevant wahrgenommen. (Lüthi)
- Es bedarf eine Lösung mit den Kostenbeiträgen und Selbstbehalten für Leistungen. Bei steigendem Bedarf stellen sie eine finanzielle Belastung dar, weshalb Leistungen oft nicht nach Bedarf in Anspruch genommen werden können. (sozialpsychiatrische Interessensgruppen)
- Die Arbeitsassistenz muss für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen besser funktionieren. (Schmidt)
- Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erhalten kein Pflegegeld. Es wäre in Notzeiten aber sicherlich notwendig, sich Unterstützungsleistungen mit einem Pflegegeld kaufen zu können. (Mattersberger)
- Bestehende Anlauf- und Beratungsstellen sind zu hochschwellig verfügbar. (IRKS)
- Klientinnen sollen wissen, an wen sie sich im Beschwerdefall wenden können. (pro mente)
- Menschen mit psychischer Beeinträchtigung MÜSSEN ernst genommen werden. (Lödler, Modersbacher)
- Unterstützung direkt vor Ort, genügend Zeit, achtsame Sprache (zB bei Ämtern, Ärzten, in Apotheken)
- Es braucht entsprechende Erste-Hilfe Trainings bzw. Sensibilisierungs-Trainings im Umgang mit Menschen mit psychischer Beeinträchtigung für das Personal.
- Außerdem müssen Menschen mit psychischer Beeinträchtigung sowie deren Umfeld auf Hilfs- und Beratungsangebote ausreichend hingewiesen werden (medial, in öffentlichen Verkehrsmittel, Gemeinden, Schulen, ...), wie zum Beispiel: den Psychosozialen-Krisendienst (<https://www.tirol.gv.at/gesellschaft-soziales/psychosozialer-krisendienst/>), Verein TIPSI (<https://www.tipsi.at/>), HPE Tirol (<https://www.hpe.at/bundeslaender/tirol/startseite.html>), Gesundheitspsychologische Beratungsstelle Land Tirol (<https://www.tirol.gv.at/gesundheit-vorsorge/lds-sanitaetsdirektion/gesundheitspsychologie/gesundheitspsychologische-beratungsstellen-des-landes-tirols/>), Mei InfoEck mit einer großen Übersicht an Unterstützungsangeboten für Jugendliche (<https://www.mei-infoeck.at/leben/gesundheits/>), usw.
- Das Wissen und die Errungenschaften von Betroffenen-Bewegungen müssen als solches anerkannt werden – in der Wissenschaft (Mad Studies; Psychiatriekritik) in

alternativen Unterstützungsstrukturen (Weglaufhäuser, Demokratische Psychiatrie, Peer-Beratung) und in Selbstverständnissen. (Lüthi)

- Erwachsene Menschen mit psychischer Beeinträchtigung müssen durch Unterstützungsangebote in Form von Persönlicher Assistenz oder Peer-Begleitung auch an verschiedenen selbstgewählten (Weiter)Bildungsangeboten teilnehmen können.
- Menschen mit psychischer Beeinträchtigung müssen bei der Teilhabe an gesellschaftspolitischen Prozessen unterstützt und gefördert werden. Dafür ist es notwendig, genügend finanzielle Ressourcen für Interessenvertretungen zur Verfügung zu stellen und den Zugang zu persönlicher Assistenz auch für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zu gewährleisten.
- Es braucht dringend eine gesetzliche Neuregelung des Maßnahmenvollzugs und darin die Verankerung eines entsprechenden Rechtsschutzes und von Patientenrechten analog dem UbG.

Unser Ausblick:

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung werden in ihrer Individualität in der Gesellschaft akzeptiert. Es geht in Zukunft um Vielfalt, um das Vorhandensein von Unterschieden und nicht darum, eine einzelne Person dazu zu zwingen, nicht erreichbare Normen zu erfüllen. Vielmehr werden Möglichkeiten geschaffen die durch entsprechende Bundes- und Landesgesetze eine klare Grundlage erhalten. Ein bedingungsloses Grundeinkommen macht es möglich, dass Menschen mit psychischer Beeinträchtigung sich in dem Ausmaß und dort am Arbeitsmarkt einbringen können wo sie es auch möchten. Durch die neuen Rahmenbedingungen gibt es mehr Raum auf die eigene Gesundheit zu achten und in Zeiten von Krisen sich mit Ruhe der eigenen Genesung zu widmen.

Links zur Barrierefreiheit:

- https://publizistik.univie.ac.at/aktuelles/aktuelle-meldungen/news-einzelansicht/news/angstfrei-mobil-neues-forschungsprojekt-gestartet/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=18783e984cc09eadea984d3c9073c441
- <https://www.angstfreimobil.at/das-projekt/>

<https://makam.at/phobility-ergebnisse-der-sondierungsstudie-ueber-die-verkehrsteilnahme-von-menschen-mit-phobien-angst-und-zwangsstoerungen/>

Zusammenfassung in LL:

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen stehen sehr oft vor Barrieren.

Viele Menschen verstehen psychische Beeinträchtigungen nicht und haben Angst davor.

Man muss über diese Beeinträchtigungen aufklären.

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen dürfen nicht ständig unter Druck gesetzt werden.

Man muss sie mit Respekt und Menschen-Würde behandeln.

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen brauchen finanzielle Absicherung
Strukturen
niederschwellige Beratung
Arbeit
Verständnis bei Behörden und Einrichtungen.

Es muss Maßnahmen gegen Stigmatisierung geben.

Für alle Menschen soll es vorbeugende Maßnahmen geben, damit sie psychisch gesund bleiben.

Unser Ausblick für die Zukunft:
In Zukunft sollen die Barrieren für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen abgeschafft sein.

Sie sind finanziell abgesichert und können deshalb ohne Druck an ihrer Stabilisierung arbeiten.

Zu 2: Gesundheitsfördernde Wohnsituationen schaffen:

- Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist die Wohnsituation sehr wichtig. Wohnungen sind ein Rückzugsort, von der oft sehr lauten „Außenwelt“. Wichtig sind helle, geräuscharme und leistbare Wohnungen. (Lödler)
- Sich den Wohnraum selbst so aussuchen und ausgestalten können wie man möchte.
- Manche Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen leiden unter Ängsten und brauchen besondere Bedingungen beim Wohnen (zB helle Räume, Höhenangst, Haustiere, geräuscharme Umgebung, usw.) Bei Wohnungsvergaben muss dies individuell berücksichtigt werden. (pro mente)
- Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind überdurchschnittlich von Wohnungslosigkeit bedroht. Es benötigt einen niederschweligen Zugang zu Wohnmöglichkeiten mit professioneller Begleitung. Die leider realistische Alternative sind derzeit Notschlafstellen, Alters- und Pflegeheime. (sozialpsychiatrische Interessensgruppen, IRKS, Thöny)
- Für Menschen mit Behinderungen ist es wichtig, wenn sie ihre Wohnung selbst mieten können und nicht über einen Dienstleister erhalten. (Thöny)
- Für ältere Menschen, vor allem auch mit Demenz, braucht es mobile Dienste und andere Wohnformen als alternatives Angebot zu den institutionalisierten Altenheimen. (sozialpsychiatrische Interessensgruppen)
- Verbesserung in der Zusammenarbeit mit Heimen und Wohneinrichtungen für psychisch kranke Menschen. Es gibt zu wenige geeignete Wohnplätze, mangelndes Personal und Überforderung in den Wohneinrichtungen. (IRKS)
- Ausbau von betreuten Wohnplätzen, vor allem bei intensiver und umfassender Betreuung. Psychiatrische Krankenhäuser werden zu „Versorgungspsychiatrien“, die die

Aufgaben nicht vorhandener Strukturen übernehmen. Die sozialrehabilitative Versorgung von Betroffenen in der Forensik weist gleichfalls große Defizite auf, die gute Entlassungen nicht ermöglichen. (IRKS, sozialpsychiatrische Interessensvertretung)

- Patient_innen mit Mehrfachdiagnosen finden sehr schwer Wohnplätze. Oft werden diese Personen in Heimplätzen im benachbarten Ausland untergebracht. (IRKS)
- Es braucht eine Einbeziehung von Erfahrungsexpert_innen in Baumaßnahmen genauso wie Förderungen für Barrierefreies Bauen bzw. Sanierungen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung. Zum Beispiel braucht es eine entsprechende Schalldämmung (zB Fenster, Wände und auch Böden). Den Umgebungslärm in jeglicher Form löst oft zusätzlichen psychischen Stress, Ängste, Gedankenkreisen, Wutausbrüche, usw. aus. (Lödler)
- In Tirol braucht es kleine Wohneinrichtungen in denen auch die Aufnahme von Betroffenen mit Kindern möglich ist (ÖKSA-Jahreskonferenz 2020, Seite 80)
- Es muss sozialpsychiatrische Wohneinrichtung mit einem Angebot einer 24-Stunden-Begleitung für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in Ausnahmesituationen geben (ÖKSA Jahreskonferenz 2020, Seite 80)
- Das eigenständige Leben der Betroffenen darf in WG- und Wohnprojekten nicht beschnitten werden, im Gegenteil muss die Selbstbestimmung zu jederzeit gefördert werden.
- Wartelisten und lange Wartezeiten für WG- und Wohnprojekte darf es nicht geben. (ÖKSA-Jahreskonferenz, Seite 80)
- Es braucht eine entsprechende Sensibilisierung von gemeinnützigen Bauträgern (Lödler)
- Bei der Tagesstruktur, ambulanten Therapien, Wohnen, erforderliche Betreuung und Pflege und Finanzfragen braucht es Hilfestellung und Unterstützung. (IRKS)

Unser Ausblick:

Gemeinnützige Bauträger integrieren in Neubauten vier bis fünf Kleinwohnungen plus Sozialräume, welche Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ohne die Barriere der Wohnungswarteliste unkompliziert und kostengünstig zur Verfügung gestellt werden. Begleitetes Wohnen findet dort statt wo der Mensch mit psychischer Beeinträchtigung wohnen möchte, kleine Wohngemeinschaften sind in neue oder vorhandene Wohnstrukturen eingebettet. Darüber hinaus ist es gesetzlich verankert, dass Erfahrungsexpert_innen bei Bauprojekten miteinbezogen werden müssen.

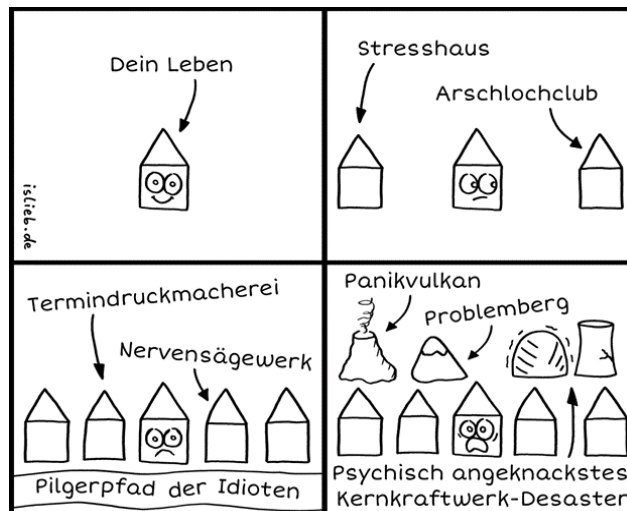


Abbildung 8: Nachbarschaft, islieb.de, [cc by-nc-nd 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Zusammenfassung in LL:

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ziehen sich oft in ihre Wohnung zurück.

Dort finden sie Ruhe und Sicherheit.

Deshalb ist die Wohn-Situation für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sehr wichtig. Sie brauchen helle und geräusch-arme Wohnungen, die sie selbst gestalten können.

Die Wohnungen müssen leistbar sein, damit die Menschen keine finanzielle Sorgen haben. Das muss bei Wohnungs-Vergaben berücksichtigt werden.

Einige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen brauchen persönliche Unterstützung. Betreute Wohn-Plätze müssen ausgebaut werden.

Unser Ausblick für die Zukunft:

In Zukunft sollen gemein-nützige Bau-Träger bei Wohn-Projekten immer einige kleine Wohnungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen einplanen und behinderten-gerecht ausstatten. Dazu werden Betroffene als Expert_innen beigezogen. Die Wohnungen sind leistbar.

Zu 3: Ausbau von gemeindenahen Hilfs- und Unterstützungsangeboten:

- Bessere niederschwellige Freizeitangebote, vor allem im ländlichen Bereich. (IRKS)
- Zwangsunterbringungen reduzieren sich, wenn es regional vielfältige und professionelle Versorgungs- und Unterstützungsangebote gibt. (IRKS)
- Zuteilung von Geldern in die regionale Versorgung zur Förderung der dortigen Selbstverwaltung. (Schmidt)
- Stadtteilzentren/Gemeinden: Schaffung von sozialraumorientierten Angeboten und Einbindung von Externen psychosozialen Gruppen.
- Neue Möglichkeiten schaffen für Freizeitgestaltung am Wochenende (Freizeitassistenz, Peer-Begleitung, ...)
- Es braucht eine gut ausgeleuchtete Umgebung von Bus- und Tramstationen.
- Es braucht kurze Zeitintervalle für das Umsteigen in und aus öffentlichen Verkehrsmitteln.
- Schaffung von entsprechend sauberen Bereichen (also wo befinden sie sich) und Zustand (Geruch, Dreck, ...) von Toiletten in öffentlichen Gebäuden und Bahnhöfen.
- Schaffung von Ruhezonen in öffentlichen Fahrzeugen (spezielle Sitzreihen, Abteils)
- Bessere Beschriftung von Ausgängen in Bahnhöfen, Orientierungshilfen
- Einsatz von Buddy's zur Orientierung am Bahnhof und zum Kontakt zB bei Panikattacken.
- Schaffung von Ruhezonen in Einkaufsstrassen um sich zurückziehen zu können (zB genügend Bänke mit entsprechender Begrünung)
- Schaffung von ausreichend ruhigen Sitzmöglichkeiten (Bänke ohne in ein Kaffeehaus gehen zu müssen) in Einkaufszentren um einfach kurz ausruhen zu können.
- Vermeiden von zu lauter Musik in Einkaufszentren oder einfach grundsätzlich zu laute Umgebungsgeräusche in öffentlichen Verkehrsmitteln, Ämtern, ... (Reizüberflutung)
- Es braucht die Bereitstellung von kostenlosem Trinkwasser (zB Brunnen).
- Vor allem in Tiefgaragen braucht es gut gekennzeichnete Notrufstellen.
- Notausgänge müssen immer und überall offen und frei zugänglich sein.

Unser Ausblick:

Es bestehen ambulante gemeindenaher Angebote, die nicht nur die psychosoziale Versorgung (zB Krisenintervention, Triadische Beratungszentren, Home Treatment, Psychotherapie, Persönliche Assistenz, tagesstrukturierende Angebote ...) abdecken, sondern auch Treffpunkte zum Austausch sowie Alltags-, Bildungs-, Arbeits- und Freizeitangebote anbieten. Es werden sozialraumorientierte, ganzheitliche Lebens- und Gemeinschaftskonzepte geschaffen.

Diese gemeindenaher Strukturen und Angebote sollen einerseits unterstützen und Hilfe zur Selbsthilfe aufzeigen, andererseits soll durch Persönliche Assistenz die Möglichkeit gegeben werden individuelle Alltagsunterstützung zu erhalten. Im Mittelpunkt steht stets der Mensch und seine Bedürfnisse sowie die Erlangung bzw. Erhaltung von Selbsterkenntnis, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen, Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit. Durch die Schaffung von sogenannte Mental Health Cafés

(<https://www.mentalhealthcrowd.de/berg-mental/>) ergibt sich die Möglichkeit sich zu treffen, auszutauschen, Kontakte zu knüpfen, Seminare zu besuchen und gemeinsam Projekte zu machen. Durch Sozialpsychiatrische Einzelbegleitung und/oder

Freizeitassistenz können Menschen mit psychischer Beeinträchtigung ihren individuellen Umkreis erweitern.



Abbildung 9: Viel zu viel, islieb.de, [cc by-nc-nd 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Zusammenfassung in LL:

Eine gemeinde-nahe Versorgung für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung ist sehr wichtig. Das hilft, dass Betroffene in ihren Wohn-Orten bleiben können. Das verhindert, dass Betroffene oft in Einrichtungen gehen müssen.

Durch gute Angebote und gemeinde-nahe Unterstützung können Krisen oft verhindert werden. Das verhindert, dass Betroffene vereinsamen.

Dazu müssen in den Gemeinden Barrieren abgebaut und behinderten-gerechte Maßnahmen umgesetzt werden.

Unser Ausblick für die Zukunft:

In Zukunft sollen die Gemeinden eine sehr wichtige Rolle für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen spielen. Betroffene sollen sich in ihrer Gemeinde wohl fühlen und dort die notwendige Unterstützung erhalten. Es soll zu einem wichtigen Austausch von Betroffenen und Nicht-Betroffenen kommen. Es gibt keine Stigmatisierung mehr.

Zu 4: Information und Zusammenarbeit aller Akteurinnen:

- Der Schnittstellengestaltung zwischen den unterschiedlichen Akteur_innen hinsichtlich Informationsfluss, Übergabe der Patien_innen und laufendem Austausch kommt eine zentrale Bedeutung zu. Die Zusammenarbeit muss ausgebaut und verbessert werden. (IRKS)
- Regelmäßige Helferkonferenzen zeigen gute Erfolge und müssen durchgeführt werden (IRKS)
- Behandlungsvereinbarungen zwischen psychiatrischen Krankenhäusern und Patien_innen stärken oft den Behandlungserfolg. (IRKS)
- Angehörige bzw. das Umfeld der Patient_innen sind wichtige Informations- und Kooperationspartner und müssen stärker eingebunden werden. (IRKS, Lödler)
- Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen brauchen oft eine Stufung der Anforderungen und gut gestaltete und begleitete Übergänge von einer Lebenssituation in eine andere. (pro mente)
- Eine regionale Versorgung gelingt meist in den Gebieten besser, wo eine Vertretung der Akteur_innen in Weiterentwicklungs-, Beratungs- und Planungsgremien über die psychosoziale Versorgung in der Region eingebunden wird. (IRKS)

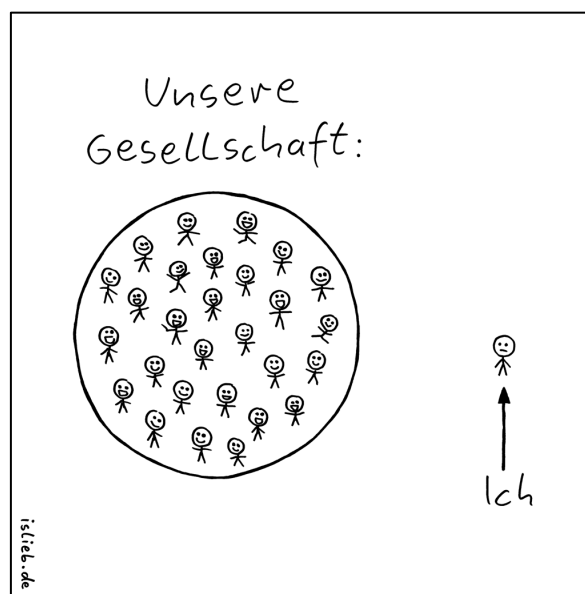


Abbildung 10: Gesellschaft, islieb.de, [cc by-nc-nd](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Zusammenfassung in LL:

Alle Menschen, die Menschen mit psychischer Beeinträchtigung unterstützen und behandeln müssen zusammen arbeiten.

Sie müssen sich gegenseitig informieren.

Angehörige und das Umfeld der Betroffenen müssen eingebunden werden.

Es braucht Helfer-Konferenzen.

Zu 5: Förderung von Unterstützungsstrukturen im Sinne der UN-BRK – Deinstitutionalisierungsstrategien

- Die Angebote müssen ausgebaut werden. Die Wartezeit für Psychotherapeut_innen beträgt 2-3 Monate, die Wartezeit für niedergelassene, kassenärztliche Psychiater_innen 4-5 Monate (Mindestwert 1 Fachärzt_in pro 30.000 Einwohner_innen) und auf einen geeigneten Wohnplatz bis zu eineinhalb Jahre. Psychotherapie auf Krankenschein muss ausgebaut werden. (IRKS, sozialpsychiatrische Interessensgruppen, Kurz, Mattersberger, Kennerth)
- Tageskliniken müssen ausgebaut werden, da sie eine Verbindung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung darstellen. (IRKS)
- Auf die besonderen Erfordernisse für die spezifischen Bereiche in Bezug auf Kinder und Jugendliche, Menschen mit Suchterkrankungen oder gerontopsychiatrischen und forensischen Patient_innen muss Rücksicht genommen werden. (IRKS)
- Es braucht akutpsychiatrische Tageskliniken. (Kurz)
- Ein psychosozialer Dienst muss für die Betroffenen die langen Wartezeiten überbrücken. (Kennerth)
- Schaffung von ausreichend Angeboten von psychologischen/psychotherapeutischen Gesprächen während der Unterbringung nach UbG (IRKS)
- Therapiemöglichkeiten wie Tanz-, Körper-, Musiktherapie sowie tiergestützte Therapien müssen von der Krankenkasse anerkannt und übernommen werden. (Lödler)
- Neue wissenschaftlich anerkannte Therapiemethoden z.B. aus der Psychoneuroimmunologie (siehe <http://www.christian-schubert.at/>) sind für alle Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zugänglich zu machen und von der Krankenkasse zu übernehmen. (Lödler)
- (Sozial)Psychiatrie ist nicht die einzige Antwort. Das haben seit Jahrzehnten selbstbestimmte, nichtpsychiatrische Wege wie Selbsthilfegruppen, demokratische Psychiatrie, Recovery- und Soteria-Ansätze gezeigt. Diese Unterstützungsstrukturen müssen ernst genommen, etabliert und finanziell unterstützt werden. (Lüthi)
- Peer Beratung und alternative Unterstützungsstrukturen müssen im Übergang von stationär zu ambulant einbezogen und als gleichwertig beachtet werden. (Lüthi)
- Alternative betroffenenzentrierte Unterstützungsstrukturen müssen unabhängig bleiben und dürfen nicht über psychiatrische Träger laufen. (Lüthi)
- Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind oft in ihrem Kontakt- und Kommunikationsverhalten beeinträchtigt, wodurch sich Krisen schnell zuspitzen können. Es braucht daher niederschwellige, rasch verfügbare, mobile und ambulante lebensnahe Einzelbegleitungen. (sozialpsychiatrische Interessensgruppen)
- Aufstockung der finanziellen Mittel und Plätze im Rahmen des Tiroler Modells für einen verbesserten Zugang zu Psychotherapie. (sozialpsychiatrische Interessensgruppen, Lödler)

- Einführung des „Home Treatment“¹ als Alternative zur stationären Akutversorgung. (sozialpsychiatrische Interessensgruppen)
- Das Instrument der Unterstützten Entscheidungsfindung nach dem Erwachsenenschutzgesetz hat eine große Bedeutung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. (sozialpsychiatrische Interessensgruppen)
- Persönliches Budget und Assistenz muss für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen möglich sein. Dabei gibt es im Verhältnis zu Menschen mit anderen Behinderungen spezifische Bedürfnisse, auf die besonders bei einer guten Vernetzung eingegangen werden kann. (sozialpsychiatrische Interessensgruppen, Thöny)
- Es braucht deutlich mehr psychosoziale Versorgungsangebote, um rehabilitative Maßnahmen umsetzen zu können. Eine gute Nachversorgung verringert die Gefahr eines Rückfalls. (IRKS)
- Eine „psychiatrische Hauskrankenpflege“ reicht oft bei leichteren Krankheitsverläufen und kann Unterbringungen verhindern. (IRKS)
- Es darf keine Kürzungen in der extramuralen Versorgung geben. (IRKS)
- Stationäre Unterbringung ist kostenintensiv, während extramurale Angebote verhältnismäßig kostengünstig sind und oft bessere Ergebnisse erzielen. (IRKS)
- Betroffene wünschen sich eine zukunftsorientierte Ausrichtung der extramuralen Angebote und eine Rückführung zur Arbeit. (IRKS)
- Für viele sozialpsychiatrische Einrichtungen ist Sucht ein Ausschlusskriterium. Diese betroffenen Menschen sind alleingelassen. Entsprechende Angebote müssen geschaffen werden. (Mattersberger)
- Es gibt schon viele Beispiele alternativer Leistungen. Man muss sich mit diesen Möglichkeiten aktiv auseinandersetzen. (Lüthi)
- Selbsthilfegruppen müssen gestärkt werden. (Lüthi)
- Es braucht mehr Kassenpsychiater_innen. (Lödler, Modersbacher)
- Es muss genügend Unterstützung/Krisenplätze für alle, die es brauchen, geben. (Lödler, Modersbacher)
- Schaffung von ausreichend kostenlosen oder kostengünstigen Kleingruppenangeboten.
- Es braucht für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in herausfordernden Zeiten/Situationen entsprechende Strukturen, die temporär abfangen, genügend Zeit geben und gemeinsam mit dem Menschen an Wegen der Genesung arbeiten.

¹ Home Treatment = Menschen mit psychischen Krisen, für deren Bewältigung normalerweise ein Krankenhausaufenthalt in einer psychiatrischen Klinik notwendig ist oder die häufig kurz nach einem Psychiatrieaufenthalt erneut stationär aufgenommen werden müssen (Drehtüreffekt), können durch ein multiprofessionelles Team (Ärzt_innen, Psycholog_innen, Gesundheits- und Krankenpfleger_innen, Ergotherapeut_innen, Sozialarbeiter_innen, Peers...) intensiv zuhause begleitet und stabilisiert werden. Ein seit 2 Jahren laufendes Modellprojekt in Salzburg hat gezeigt, dass durch diese Art der Begleitung, der Aufenthalt auf psychiatrischen Stationen um 80% zum Vergleich zu vorher sank. Die Unterbringung gegen den eigenen Willen (Einweisung unter Zwang) ist im gleichen Zeitraum um 70 % zurückgegangen. (Quelle: <https://www.bizeps.or.at/integrierte-versorgung-als-erfolgsmodell/>, 06.11.2020) (Lödler)

- Förderung von Gemeinschaftsprojekten und die Schaffung von einrichtungsübergreifenden Angeboten, stellen eine Möglichkeit dar, erste Kontakte außerhalb der eigenen „Gruppe“ zu machen, da dadurch der oft doch noch gebrauchte „geschützte Rahmen“ noch nicht verlassen werden muss und dennoch erste Kontakte geknüpft werden können. Wichtig hierbei ist ein unterstütztes, niederschwelliges und kostenloses/kostengünstiges Angebot (wie zB Kaffeetreffe, Kochnachmittage, Kreativworkshops, ...) der durch einen entsprechenden Peer-Support ergänzt wird.

Unser Ausblick:

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung ist es möglich sich ihre Unterstützungsnetze aus unterschiedlichen Angeboten (Psychotherapie, Home Treatment, Mobile Begleitung, Persönliche Assistenz, Selbsthilfeangebote, Freizeitgruppen, ...) aufzubauen, dafür gibt es ausreichend Information und ein landesweites Netz an kostenlosen trialogischen Beratungsstellen. Es gibt unterschiedliche Anbieter von Persönliche Assistenz und diese kann frei gewählt werden. Ein Persönliches Budget für ALLE kann für den individuellen Unterstützungs- und Genesungsbedarf eingesetzt werden. Deinstitutionalisierung wird umgesetzt. Es gibt keine psychiatrischen Anstalten und große psychiatrischen Kliniken mehr. Die Dezentralisierung in regionale Gesundheits- und Unterstützungssysteme ist vollzogen.

Zusammenfassung in LL:

Die UN-BRK muss bei den Unterstützung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen umgesetzt werden.

Gerade im psychiatrischen Bereich gibt es viele große Einrichtungen.

Hier muss de-institutionalisiert werden.

Es muss kleine Wohn- und Unterstützungs-Strukturen geben.

Dort muss selbst-bestimmtes Leben ermöglicht und gefördert werden.

Die psychiatrischen und psychosozialen Angebote auf Kranken-Schein müssen ausgebaut werden.

Dadurch werden die Warte-Zeiten gekürzt und die Leistungen für die Betroffenen leistbar.

Tages-Kliniken müssen ausgebaut werden, dann können Warte-Zeiten zwischen stationär und ambulant überbrückt werden.

Alternative Therapie-Möglichkeiten müssen anerkannt und umgesetzt werden.

Die Haus-Kranken-Pflege muss eingesetzt werden.

Es gibt gute Erfahrungen mit „Home-Treatment“.

Mit dieser Methode kann man viele
Kranken-Haus-Aufenthalte vermeiden.

Mit dieser Methode werden Betroffene von einer
umfassenden Unterstützungs-Gruppe zu Hause betreut.
Gemeinde-nahe Angebote sind dabei besonders wichtig.

Gerade für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen
sind Klein-Gruppen sehr wichtig.

Deshalb muss auch hier auf eine
De-Institutionalisierung geachtet werden.

Unser Ausblick für die Zukunft:

In Zukunft sollen Betroffene aus unterschiedlichen
Unterstützungs-Angeboten auswählen können.

Darüber soll es gute Informationen geben.

Es soll Persönliche Assistenz geben.

Es soll kostenlose triadische Beratungs-Stellen geben.

Es soll keine psychiatrische Groß-Kliniken mehr geben.

Es soll regionale Unterstützungs-Angebote geben.

Zu 6: Die medizinische Behandlung muss neue Wege gehen – soziales Modell, Recovery Konzept, Selbstermächtigung/Selbstbestimmung, ...

- Menschenwürdige medizinische Behandlungen müssen gemäß Artikel 3 der UN-BRK Grundlage jeder medizinischen und therapeutischen Interaktion mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sein.
- In den Psychiatrien darf es keinen Zwang und keine Gewalt geben. (Lüthi)
- In der Ausbildung von Ärzt_innen (insbesondere von Psychiater_innen, Psychotherapeut_innen und (klinischen) Psycholog_innen) müssen die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen, wie zum Beispiel Leichte Sprache für Menschen mit Lernschwierigkeiten oder Gebärdensprache für Menschen mit Hörbeeinträchtigung, vermittelt werden.
- Personen zur Ausnüchterung bedürfen gegebenenfalls eine medizinische Versorgung, nicht jedoch eine Versorgung in der der Psychiatrie. (IRKS)
- Zwangsbefugnisse der Psychiatrie müssen grundsätzlich als Grundrechtseingriff in Freiheitsrechte gesehen und so weit wie möglich vermieden werden. Es braucht eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit dem Thema Unterbringung. (IRKS)
- Betroffene berichten, dass im Falle einer Zwangsunterbringung kaum Alternativen von den Akteur_innen geprüft werden. Eine medikamentöse Ruhigstellung schien den betroffenen Personen jedenfalls vor einer Gesprächsführung zu stehen. Informationen zur Unterbringung und deren Ablauf werden nur unzureichend kommuniziert. Unwissenheit erhöhe bei den Betroffenen jedoch Angst und Machtlosigkeit. Es mangelt durchwegs an einer Aufklärung in verständlicher Sprache. (IRKS)

- Es braucht eine Sicherung von ausreichenden Zeitressourcen für die Zuweisung laut UbG durch zB Ärzt_innen, Polizei, ... außerdem muss Betroffenen trotz der Situation entsprechend Respekt entgegengebracht und zugehört werden.
- Leistungen müssen nach dem Prinzip „ambulant vor stationär“ finanziert werden. (Schmidt)
- Betrachtung der unterschiedlichen Fallzahlen bei Unterbringungen innerhalb Österreichs bei gleicher medizinischer Versorgung. (Schmidt)
- Die Zahl der mechanischen Fixierungen muss reduziert werden und Alternativmethoden eingehend betrachtet und angewendet werden. (Schmidt)
- Offene Diskussion unter Psychiater_innen über Gewaltanwendung an Menschen mit psychischen Erkrankungen. (Schmidt)
- Bessere Transparenz und Zahlen zu medizinischen Maßnahmen zur besseren Vergleichbarkeit. (Schmidt)
- Eine psychische Erkrankung ist nicht dauerhaft. (Kurz)
- Abteilungspsychiatrien haben mehr Möglichkeiten als abgesonderte Psychiatrien. (Kurz)
- Psychisch erkrankte Menschen benötigen eine Erklärung ihrer Diagnosen. In der medizinischen Behandlung müssen die erkrankten Personen als Partner betrachtet und behandelt werden. (Kurz) Darüber hinausgehende Aspekte müssen erarbeitet und erklärt werden. (Lüthi)
- Im Sinne des Recovery-Konzeptes, muss den Menschen die Möglichkeit, auch mit Einschränkungen ein befriedigendes und hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen, gegeben werden. Das Recovery-Konzept muss gesetzlich umgesetzt werden. (Kurz)
- In der Behandlung muss Trialog umgesetzt werden. (Kurz)
- Elemente der Peerausbildung sollen in die Behandlung psychisch erkrankter Menschen einfließen.
- Es braucht sogenannte Behandlungsvereinbarungen zwischen PatientInnen und psychiatrische Kliniken wie der/die PatientIn bei einem eventuellen nächsten Klinikaufenthalt behandelt werden soll, welche Vertrauenspersonen benachrichtigt werden sollen, etc. (IRKS)
- Bessere Aufklärung über den Einsatz von Psychopharmaka und die Behandlungsdauer unter Anwendung des Prinzipes, „So viel wie nötig, so wenig wie möglich und so lange wie man sie benötigt!“
(<https://www.yumpu.com/fr/document/read/65640419/selbsthilfe-03-2020>) (Lödler)
- Auf Wunsch hin, muss das Absetzen von Medikamenten ermöglicht und fachlich begleitet werden. (Lüthi)
- Ein offener Diskurs und eine Auseinandersetzung mit begleitetem, risikoarmen reduzieren/absetzen von Psychopharmaka ist anzustoßen (selbstbestimmt mit Medikamenten umgehen) - <https://www.freiraeume.at/aktivit%C3%A4ten-projekte/forum-psychopharmaka/> (Lödler)
- Es besteht ein großer Bedarf an basaler, mobiler und nachgehender Begleitung und Betreuung, da hier eine Verschlechterung der Krankheit und der Probleme frühzeitig erkannt werden können. Es besteht ein großer stabilisierender Faktor. (IRKS)
- Tiere sollten therapieunterstützend zugelassen werden. (pro mente)

- Für die Behandlung und Genesung muss es genügend Zeit geben. (Lödler, Modersbacher)
- Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sollen in die Ausbildung von Fachkräften eingebunden werden. (Lödler, Modersbacher)
- Es gibt gute Medikamente. Wichtig ist, dass die Ärzt_innen mit dem Patienten gemeinsam die Medikation besprechen und der Patient auch mitentscheiden kann (zB Aufklärung von Nebenwirkungen). (Lödler, Modersberger)

Unser Ausblick:

*Menschen mit psychischer Beeinträchtigung werden in der medizinischen Begleitung als Partner und Expert*innen in eigener Sache betrachtet und unterstützt. Das Recovery-Konzept ist gesetzlich verankert und rückt somit den individuellen Menschen in den Mittelpunkt der Begleitung. Darüber hinaus sind wissenschaftlich neue Therapiemethoden wie z.B. die Psychoneuroimmunologie auch in der allgemeinen Praxis anerkannt und für alle Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zugänglich. Außerdem sind die für die Genesung so wichtigen individuellen Therapiemöglichkeiten nicht mehr kontingiert und werden von der Krankenkasse übernommen.*

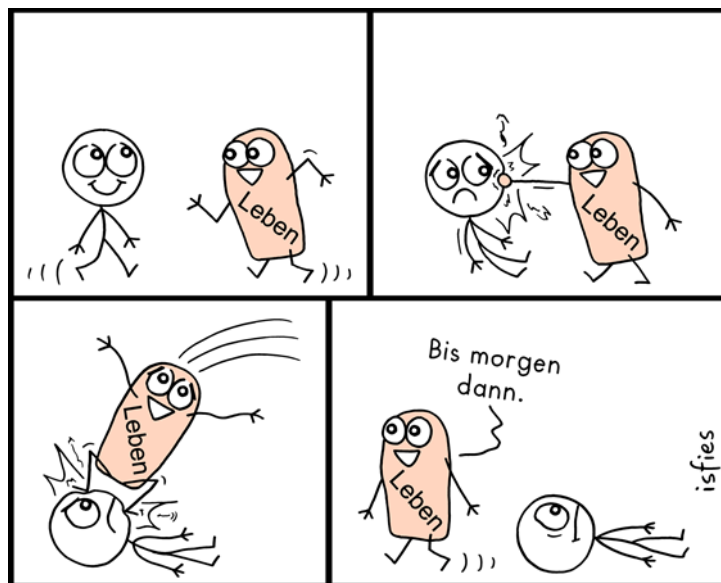


Abbildung 11: Alltag, islieb.de, [cc by-nc-nd 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Zusammenfassung in LL:

In der medizinischen Behandlung muss es neue Wege geben.

Eine Grund-Voraussetzung muss sein, dass Menschen-Rechte eingehalten werden.

Es darf keinen Zwang und keine Gewalt in der Psychiatrie geben.

Bedürfnisse wie Leichte Sprache, Geduld, Gebärden-Sprache müssen berücksichtigt werden.

Freiheits-Eingriffe dürfen nur bei unbedingter Notwendigkeit erfolgen.

Medikamente müssen auf das absolut Notwendige reduziert werden. Ein Absetzen von Medikamenten muss medizinisch ermöglicht und begleitet werden.

Psychisch krank bedeutet nicht ein Leben lang psychisch krank.

Bei den Leistungen sollen zuerst ambulante Leistungen und dann erst stationäre Leistungen erfolgen.

Betroffene müssen einbezogen werden.

Man muss mit ihnen sprechen, ihnen erklären, sie ernst nehmen und respektieren.

Es gibt viele andere und neue Therapie-Methoden.

Diese müssen zugelassen werden.

Die Betroffenen brauchen dazu Informationen.

Die Psychiatrie muss viel über ihr eigenes Verhalten und Ihre Methoden nachdenken.

Nur so kann eine Veränderung statt-finden.

Unser Ausblick für die Zukunft:

Betroffene werden in ihrer medizinischen Behandlung als Partner und Expert_innen in eigener Sache einbezogen.

Es gibt neue Therapie-Methoden, die von der Kasse bezahlt werden.

Das Recovery-Konzept steht im Gesetz.

In diesem Konzept steht der betroffene Mensch im Mittel-Punkt.

Zu 7: Ausbau, gesetzliche und faktische Verankerung sowie Anerkennung von Peerarbeit:

- Professionelle Peer-Arbeit (Peer-Beratung, Genesungsbegleitung und Peer-Lehre) soll im Tiroler Teilhabegesetz klar definiert und beschrieben sowie als vollwertige Tätigkeitsform (100%) in der Berufs Matrix anerkannt werden. (Lödler)
- Peers müssen in allen Krankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen/psychiatrischen Krankenhäusern eingesetzt werden. (Kennerth)
- Sicherung von finanziellen und rechtlichen Grundlagen zur Anstellung von Peer-Berater_innen in sozialpsychiatrischen und stationären Einrichtungen. (sozialpsychiatrische Interessensgruppen, Kurz)
- Es muss eine unabhängige, weisungsfreie und niederschwellige Beratungsstruktur durch Peers aufgebaut werden. (sozialpsychiatrische Interessensgruppen, Voithofer)
- Es braucht eine niederschwellige Beratung für Patient_innen und Angehörige. (IRKS, Voithofer, Kennerth)
- Peers und Angehörige müssen eine stärkere Stimme im Beirat für psychosoziale Versorgung des Landes erhalten. (Kennerth)
- Einbindung von Peers in die Aus- und Fortbildung von Fachkräften (Peer-Lehre) in Gesundheits-, Sozial- und pädagogischen Berufen sowie von relevanten Gatekeepern (Polizei, Mitarbeiter_innen des AMS, Mitarbeiter_innen im Antragswesen, ...) (Lödler)

Unser Ausblick:

Peers und Angehörigen sind auf allen Ebenen (Politik, Angebote, Qualitätssicherung, Forschung, Lehre) sowie sämtlichen neuen Formen der Zusammenarbeit (z. B. Krankheits-Selbstmanagement, partizipative Entscheidungsfindung, individuelle Krisenpläne) einbezogen.

Zusammenfassung in LL:

Peers sind für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sehr wichtig.

Ihre Ausbildung und Bezahlung muss anerkannt und im Gesetz geregelt werden.

Sie müssen in der medizinischen und therapeutischen Behandlung von Betroffenen einbezogen werden.

Sie müssen in der Ausbildung von Menschen einbezogen werden, die in ihrem Beruf mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu tun haben.

Unser Ausblick für die Zukunft:

In der Zukunft sollen Peers überall einbezogen werden.

In der Politik, in der Forschung und in der Lehre.

Es soll neue Formen der Zusammen-Arbeit geben.

Zu 8: Ausbau von Mitspracherechten für und Respekt gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen:

- Institutionen müssen aufhören, autoritär strukturiert zu sein und auf ein Menschenbild zu schauen, das defizitorientiert ist. (Kurz)
- Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen möchten eine Mitsprache bei der Zuteilung von Bezugstrainer_innen und die Möglichkeit eines Bezugstrainerwechsels haben.
(pro mente)
- Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen möchten mehr Mitbestimmungen in den Einrichtungen. (Kennerth)
- Auf die Individualität der Betroffenen muss in den Leistungen mehr Rücksicht genommen werden. (Kennerth)
- Bei vorzeitiger Beendigung einer Dienstleistung muss diese rechtzeitig angekündigt werden. Eine Androhung löst Existenzängste aus! (pro mente)
- „Barrierefrei“ heißt auch für Menschen mit zusätzlichen Diagnosen (zB chronische Schmerzen) in Einrichtungen entsprechende Unterstützung zu erhalten. (pro mente)
- Bei der Auswahl der Mitarbeiter_innen von sozialpsychiatrischen Einrichtungen sollte besonders auf deren Haltung geachtet werden (Respekt, Begegnung auf Augenhöhe, Achten auf Eigenverantwortung der Klient_innen, keine Machtdemonstrationen, ...) (pro mente)
- Es sollte ein Einblick in Dokumentationen und Teamsitzungsprotokolle möglich sein, wenn Äußerungen von Klient_innen wiedergegeben werden. (pro mente)
- Klient_innen sollen möglichst früh in entscheidende Veränderungen einbezogen werden. (pro mente)
- Klient_innen haben ein Recht zu erfahren, was der Hintergrund von Regeln, Vorschriften, Anordnungen ist, um die Sinnhaftigkeit nachvollziehen zu können. (pro mente)

Unser Ausblick:

Es sind Kombinationen von Dienstleistungen sowie Angebote von ganzheitlichen Dienstleistungen und eine Wahl der Personen für die Zusammenarbeit möglich. Eine individuelle Begleitung und Unterstützung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung steht im Vordergrund. Betroffene können sich ihre Dienstleistungen von unterschiedlichen Anbietern wählen und zusammenstellen und werden dabei bei Bedarf unterstützt. Es gibt ein „Modell der Gesamtleistung“ und eine Öffnung hin zu einem bedarfsgerechten Leistungsangebot.

Zusammenfassung in LL:

Bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen darf man nicht immer schauen, was sie allein nicht können.

Sie brauchen ein Mitbestimmungs-Recht.

Zum Beispiel bei der Auswahl ihrer Unterstützungs-Personen.

Sie wollen in den Einrichtungen mitbestimmen.

Sie wollen bei wichtigen Veränderungen mitbestimmen.

Sie wollen in ihre Dokumentationen sehen können.

Sie wollen den Sinn von Regeln und Vorschriften erkennen.

In Einrichtungen darf es keine Macht-Demonstrationen geben.

Unser Ausblick für die Zukunft:

Betroffene haben Wahl-Möglichkeiten bei

Angeboten und Dienst-Leistungen und

Unterstützungs-Personen.

Im Vordergrund steht eine Individuelle Unterstützung und Begleitung.

Zu 9: Einführung eines professionellen Entlassungsmanagements mit gesicherter Nachsorge:

- Ein Entlassungsmanagement – gute Planung und Vorbereitung der Entlassung - und die Nachsorge der Patient_innen sind maßgebliche Faktoren für eine möglichst gute und langfristige Stabilisierung des Gesundheitszustandes. Kurzfristige Entlassungen sollen vermieden werden. (IRKS)
- Bei der Entlassung benötigt es eine hochprofessionelle Unterstützung durch das Krankenhaus, interdisziplinäre Teams, eine gute Vernetzung, Einbeziehung der Angehörigen und geeignete extramurale Angebote. Vernetzungsleistungen müssen als wichtiger Bestandteil der Patientenbetreuung verankert und finanziell abgegolten werden. In den Bereichen muss ein übergreifendes Tätigwerden möglich sein. (IRKS, sozialpsychiatrische Interessensgruppen)
- Patient_innen müssen bei der Entlassung motiviert werden, ihr Behandlungskonzept weiterzuführen. (IRKS)
- Es braucht eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit extramuralen Einrichtungen. Eine frühzeitige Einbindung dieser Dienstleister in eine Entlassungsvorbereitung und ein laufender Austausch muss gewährleistet werden. Das Wissen der Akteure über den Handlungsrahmen anderer Akteure ist wichtig. Hürden durch fachlich-finanzielle Abgrenzung müssen beendet werden. Ressourcenschwellen müssen abgebaut werden. (IRKS, sozialpsychiatrische Interessensgruppen, Kurz)
- Der Übergang von Klinik in den Alltag muss gut strukturiert werden. Dies betrifft Themen wie Wohngemeinschaften, Einzelbegleitung, Tagesstruktur, Therapie, ärztliche Versorgung, Home Treatment, Krisendienst und Krisentelefon. (Lödler, Modersbacher)

Unser Ausblick:

Es besteht eine flächendeckende gemeindenaher ambulante psychosoziale Versorgung (Krisenintervention und Home Treatment, Fachärzte, Psychotherapie, Peerarbeit, tagesstrukturierende Angebote, Persönliche Assistenz, Selbsthilfeangebote, ...) damit ein zeitlich streng begrenzter stationärer Aufenthalt nur mehr im Einzelfall notwendig ist. Außerdem ist eine Dezentralisierung der psychiatrischen Abteilungen hin zu kleineren gemeindenahen Strukturen umgesetzt. Im Fall einer stationären Aufnahme ist die Vernetzung mit dem gesamten Unterstützungssystem ebenso ein zentraler Punkt, wie die entsprechende sorgsame Planung und Vorbereitung der Entlassung – wie auch die häusliche Nachsorge.

Zusammenfassung in LL:

Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist es wichtig, dass sie von einer Struktur in die andere gut begleitet werden.

Entscheidungen dürfen nicht schnell erfolgen, sondern müssen gut vorbereitet werden.

Es braucht eine gute Vernetzung von Dienst-Leistern.

Helfer-Gruppen müssen zusammen-arbeiten.

Betroffene, Angehörige und das Umfeld müssen einbezogen werden.

Unser Ausblick für die Zukunft:

Es soll nur mehr sehr selten stationäre Aufenthalte geben, weil es in der Gemeinde gute Angebote gibt.

Die gesamte Unterstützungs-Gruppe arbeitet zusammen und plant die Entlassung und Nach-Sorge.

Zu 10: Arbeit für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

- Die Unterstützungsmaßnahmen aus den unterschiedlichen Landesgesetzen sind individuell darauf auszurichten, dass Teilhabe an einem inklusiven Arbeitsmarkt von Menschen mit Behinderungen gelingen kann. (Ö. Behindertenbeirat, Strategische Vorschläge für einen inklusiven Arbeitsmarkt 2019)
- Ergreifung von bewusstseinsbildenden Maßnahmen, um in der Gesellschaft den Fokus auf die Fähigkeiten und Potenziale von Menschen mit Behinderungen zu legen. (Ö. Behindertenbeirat, Strategische Vorschläge für einen inklusiven Arbeitsmarkt 2019)
- Schaffung von neuen Wahlmöglichkeiten und Sinnstiftende Tätigkeiten
- Abbau von Wettbewerbsdruck (es geht um Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit!)
- Abbau von Zeitdruck (durch Projekte und Aufgaben, aber auch durch Kollegen bzw. Vorgesetzte).
- Es braucht von Mentor_innen Systemen bzw. fehlen von entsprechenden Support in Betrieben.

- Reduzierung von Stress der durch die Anpassung der Art von Räumlichkeiten oder der Zusammenarbeit (z.B. Großraumbüros, dunkle Räume mit wenig Tageslicht, viel Lärm, viele Menschen mit denen man zusammenarbeiten muss, ...).
- Schaffung von individuellen Arbeitszeitmodellen oder Flexibilisierung der Arbeitszeit
- Es braucht eine firmeninterne Auseinandersetzung mit dem Thema Psychische Gesundheit (zum Beispiel in Form von Workshops <https://www.lichterkette.at/aufeinanderachten>)
- Abbau von Ängsten bei den Betroffenen (Angst vor Rückfällen, Angst vor Überforderung, Angst vor sozialer Distanz und Aggression – kritisiert werden, nicht verstanden/akzeptiert werden, abgelehnt werden)
- Konzepte für Inklusive Arbeit (siehe Chance B in der Steiermark <https://www.chanceb-gruppe.at/de>)
- Arbeitsassistenten für geringfügig Beschäftigte.

Unser Ausblick:

Es besteht eine inklusive Wirtschaft mit einer Ausrichtung der Arbeitsförderung und Vermittlung auf alle Stufen von Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Jeder und Jede hat nach den persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten die Möglichkeit einer erfüllenden Beschäftigung nachzugehen. Darüber hinaus wird durch entsprechende Konzepte wie z.B. ein bedingungsloses Grundeinkommen gewährleistet, damit alle Menschen am Arbeitsprozess teilhaben können ohne in finanzielle Abhängigkeiten zu gelangen. Entsprechende Leistungsangebote in Bezug auf inklusive Arbeit sind so formuliert, dass diese auch Menschen mit psychischer Beeinträchtigung einschließen. Besonders bei Jugendlichen wird durch frühzeitige Unterstützungsangebote ein Abdriften in Beschäftigungsinitiativen oder in die Berufsunfähigkeit verhindert.

Zusammenfassung in LL:

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wollen eine sinn-volle Arbeit machen.

Sie wollen dafür auch gerecht bezahlt werden.

Es braucht persönliche Arbeits-Modelle.

Es soll keinen Leistungs-Druck geben.

Es braucht eine gute Arbeits-Assistenz.

Arbeit-geber müssen sich mit dem Thema psychische Beeinträchtigungen beschäftigen.

Unser Ausblick für die Zukunft:

Jeder soll in seiner Arbeit seine Fähigkeiten und Möglichkeiten einbringen.

Inklusive Arbeit muss auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen einschließen.

Ein Grund-Einkommen sichert eine finanzielle Unabhängigkeit.



Abbildung 12: Ausgebrannt, islieb.de, [cc by-nc-nd 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Zu 11: Angemessene Vorkehrungen bei Mehrfachdiagnosen

- Menschen mit Mehrfachdiagnosen müssen ernst genommen werden. Es darf nicht sein, dass sich niemand für zuständig hält und die Betroffenen so durchs Netz fallen. (Mattersberger)
- Menschen mit Mehrfachdiagnosen brauchen mehr Chancen am Arbeitsmarkt. (Mattersberger)
- Betroffene müssen mit Betroffenen reden und nicht nur mit Menschen, die die Beeinträchtigungen aus dem Buch kennen. (Mattersberger)
- Eine psychiatrische Intervention mit gehörlosen Personen ist immer schwierig, da sich die Menschen oft schämen oder auch eine Gebärdensprachdolmetschung nicht vor Ort ist. Deshalb wäre es wichtig, wenn das medizinische Personal Grundkenntnisse der Kommunikation und von technischen Hilfsmitteln kennen würde. (Mück-Egg)
- Fernsehgeräte auf den Stationen müssen die Möglichkeit für Untertitel haben. (Mück-Egg)
- Gegensprechanlagen bei Stationen müssen für gehörlose Menschen ausgestattet sein. (Mück-Egg)
- Es müssen Möglichkeiten für eine direkte Kommunikation geschaffen werden. Es muss Alternativen zu akustischen Entspannungstechniken geben. (Mück-Egg)
- Es muss auch in Österreich eine Möglichkeit zur psychiatrischen REHA für Gehörlose geben. Alle Betroffene müssen nach Deutschland fahren. (Mück-Egg)
- Das Angebot der psychosozialen Betreuung von Gehörlosen durch Gehörlose (Projekt IGLU), soll ausgebaut werden. (Mück-Egg)

- Vor allem im psychiatrischen Bereich muss eine Dolmetschung von geprüften Dolmetscher_innen, die sich die Betroffenen selbst aussuchen können durchgeführt werden. Eine Dolmetschung aus dem Familienbereich ist zu belastend. (Mück-Egg)
- Es muss darauf geachtet werden, dass Gehörlose in Alters- und Pflegeheimen nicht vereinsamen, da kaum mehr Kommunikation stattfindet. (Mück-Egg)
- Psychosoziale Unterstützung – egal ob psychiatrisch, sozialpsychiatrisch oder nicht-psychiatrisch – muss für alle Menschen zugänglich sein. Dies schließt auch Menschen auf der Flucht, obdachlose Menschen, gehörlose Menschen und Menschen außerhalb der zweigeschlechtlichen Vorstellung, ein. (Lüthi)

Zusammenfassung in LL:

Menschen mit Mehrfach-Diagnosen müssen ernst genommen werden.

Es braucht klare Zuständigkeiten.

Gehörlose Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen brauchen Gebärden-Sprach-Dolmetschung.

Das muss eine ausgebildete Person sein, denen sie vertrauen können.

Medizinisches Personal soll Grund-Techniken der Kommunikation mit Gehörlosen kennen.

Es braucht auch in Österreich ein REHA-Angebot für Gehörlose.

Gehörlose Menschen in Alters- und Pflege-Heimen haben zu wenig Kommunikation und vereinsamen.

Alle Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen brauchen eine gute Versorgung.

Das betrifft auch Menschen auf der Flucht,

Obdachlose oder Menschen mit einem anderen Geschlecht.

Zu 12: Beachtung der Situation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen.

- Schaffung von qualitätsvollen Rückzugs- und Entspannungsmöglichkeiten.
- Schulassistent_innen sollen zumindest eine Grundausbildung erhalten und dann jährlich an Fortbildungen teilnehmen um eine Inklusive Schule für alle Kinder möglich zu machen.
- Es braucht Angebote um Stress zu reduzieren (Achtsamkeitsübungen, Yoga, ...).
- Es braucht Supervision für das Lehrpersonal und allen am Bildungsprozess beteiligten Personen (auch für Eltern).

- Schaffung eines Angebotes an Interdisziplinären Support-/Kompetenzteams für Schulen (zB Psycholog_innen, Sozialarbeiter_innen, medizinische Unterstützung).
- Wir brauchen Lern- und Begegnungsräume die durch das Unterrichtsprinzip „Soziales Lernen“ eine Sensibilisierung für alle Facetten von Behinderung und Begabung einschließlich psychischer Gesundheit ab dem Kindergarten möglich machen.
- Anwendung des pädagogischen Konzepts der Lerngemeinschaft.
- Arbeiten mit Emotionen um Lern- und Merkprozesse zu fördern.
- Anwenden von fächerübergreifenden Lernnetzen.
- Es braucht ein Verständnis für die körperlichen Symptome bei einer psychischen Beeinträchtigung (Konzentrations-, Aufmerksamkeitsstörungen, schwere Erschöpfungssymptome, Schmerzzustände, ...)
- Praktisches Lernen an spielerischen Beispielen.
- Barrierefreiheit durch zur Verfügungsstellung von Hörbüchern im Bereich der Bildung und allgemein.
- Ausweitung von Kursangeboten mit Kleingruppen.
- Insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie braucht es mehr niedergelassene Fachärzt_innen und wohnortnahe ambulante Behandlungsmöglichkeiten als Alternative zur stationären Versorgung.

Unser Ausblick:

Kinder sollen in ihrer Vielfalt und Individualität gefördert und geschätzt werden. Sie sollen die Unterstützung bekommen, die sie brauchen um positive Erfahrungen zu machen. Dafür gibt es Rahmenbedingungen, die Kindern und Jugendlichen, sowie auch ihrem Umfeld eine befriedigende Lebensweise ermöglichen. Darüber hinaus gibt es Ressourcen (Sozialarbeiter_innen, Psycholog_innen, ...) die mittels Empowerment zur präventiven bzw. abmildernden Bewältigung von sozialen und persönlichen Problemen beitragen. Dies soll dazu beitragen, dass sich Kinder zu resilienten und selbstbestimmten Erwachsenen entwickeln.



Abbildung 13: Bildung, islieb.de, [cc by-nc-nd 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Zusammenfassung in LL:

Es braucht ein Verständnis,
dass auch Kinder und Jugendliche
psychische Beeinträchtigungen haben können.

In der Schule braucht es dafür besondere Maßnahmen.

Zum Beispiel Ruhe-Räume.

Ausbildung von Schul-Assistenten.

Bewusstseins-Bildung bei Lehr-Personen.

Angebote zum Abbau von Stress.

Spielerische Lern-Angebote.

Unser Ausblick in die Zukunft:

Die Persönlichkeit und Vielfalt von Kindern
und Jugendlichen soll gefördert werden.

Sie sollen unterstützt werden,
damit sie viele positive Erfahrungen machen.

Sie sollen gestärkt werden,
damit sie soziale und persönliche Probleme bewältigen können.

So sollen aus den Kindern und Jugendlichen
selbst-bestimmte Erwachsene werden.

Teil 3: Vertiefende Betrachtung der „psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgung in Tirol“

„Die reinste Form des Wahnsinns ist es, alles beim Alten zu belassen und zu hoffen, dass sich etwas ändert“

- Albert Einstein

Einleitung

Der Tiroler Monitoringausschuss beschäftigt sich schon seit längerer Zeit mit der Frage der Umsetzung der UN-Behindertenkonvention (UN-BRK) im Bereich der Maßnahmen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen/Erkrankungen.

Zu Beginn sah sich der Tiroler Monitoringausschuss dabei mit einem Zuständigkeitsdschungel konfrontiert. Sowohl Bund als auch Länder üben Maßnahmen aus, wie auch verschiedenste Einrichtungen. Einrichtungen des Straf-Maßnahmenvollzugs, der Kranken- und Gesundheitsversorgung, der Behindertenhilfe und der Alten- und Pflegeversorgung.

Am Beginn unserer Recherche setzten wir uns mit der Forensik auseinander. Dort werden straffällig gewordene Menschen aufgrund einer festgestellten psychischen Beeinträchtigung in geschlossenen psychiatrischen Einrichtungen festgehalten. Aufgrund von Schilderungen wuchs in uns die Vermutung, dass hier ein massiver Handlungsbedarf besteht. Allerdings liegt die Forensik ausschließlich im Zuständigkeitsbereich des Bundes, die Länder haben deshalb keine Überprüfungsmöglichkeit. Hier werden die OPCAT-Kommissionen aktiv und auch der Bundes-Monitoringausschuss hat sich schon mit diesem Thema beschäftigt. (Link: https://www.monitoringausschuss.at/download/documents-in-english/MA_SN_forensic_commitment_2015_01_19.pdf)

Um unserem Überwachungsauftrag bestmöglich nachzukommen, kamen wir zu dem Entschluss, dass sich der Tiroler Monitoringausschuss mit dem Thema der psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgung in Tirol näher befassen wird.

Zunächst gestaltete sich die Suche nach Daten, Berichten und Betroffenen nicht einfach. Zu sehr ist das Thema stigmatisiert und bleiben Betroffene im Hintergrund. Die Vorbereitung der öffentlichen Sitzung und die Durchführung dieser Sitzung zeigten dann aber doch, wie groß das Interesse ist und wie wichtig es für die Betroffenen ist, ihre Bedürfnisse und Wahrnehmungen ernst zu nehmen und an die Öffentlichkeit zu bringen.

Bundesweite Betrachtung – Studie des Instituts für Rechts-und Kriminalsoziologie (IRKS)

Bevor wir uns aber in dieser Stellungnahme mit der Situation in Tirol beschäftigen, machen wir einen Blick auf das Unterbringungsgesetz (UbG). Dieses Gesetz liegt zwar im Zuständigkeitsbereich des Bundes, hat aber große Bedeutung für die weitere Versorgung Betroffener durch die Maßnahmen im Zuständigkeitsbereich der Länder.

Was regelt das Gesetz?

Das **Unterbringungsgesetz** (UbG) regelt in Österreich die Unterbringung, das heißt die (in der Regel unfreiwillige) Aufnahme und Behandlung psychisch Kranker in einer Abteilung für Psychiatrie eines Krankenhauses oder einer Krankenanstalt für Psychiatrie, wo sie in einem geschlossenen Bereich angehalten oder sonst Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden.

Patienten dürfen nur dann in einer psychiatrischen Anstalt oder Abteilung untergebracht werden, wenn sie:

- psychisch krank sind,
- auf Grund dessen eine ernstliche und erhebliche Gefahr für Leben oder Gesundheit des Patienten selbst oder anderer besteht und
- außerhalb einer Abteilung für Psychiatrie keine ausreichende Behandlung möglich ist.

Nur wenn diese drei Voraussetzungen (gleichzeitig) vorliegen, ist eine Unterbringung erlaubt (§ 3 UbG).

Zwischen Sommer 2018 und Frühjahr 2019 wurde im Auftrag der drei Bundesministerien für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz, dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und dem Bundesministerium für Inneres eine Studie durchgeführt. Diese befasste sich mit der Anwendungspraxis des Unterbringungsgesetzes.

(IRKS-Studie: <https://www.orks.at/forschung/social-incusion/ubg.html>)

Die nächsten Abschnitte befassen sich eingehend mit dieser Studie. Denn Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oder Erkrankungen haben meist eine medizinische Vorgeschichte, bevor sie eine psychosoziale Versorgungsleistung erhalten. Deswegen ist eine Gesamtschau über das Thema Psychiatrie wichtig, um die erforderlichen Schritte zu verstehen und zu erkennen.

Hier eine Zusammenfassung des Wesentlichen aus dieser Studie:

Mit Inkrafttreten des Unterbringungsgesetzes (UbG) im Jahre 1991 wurde eine Verbesserung der Situation vieler psychisch kranker Menschen geschaffen. Es gab nun ein Kontrollinstrument für Zwangsmaßnahmen im Bereich der stationären Psychiatrie. Betroffene gewannen einen deutlichen Rechtsschutz.

Grundsätzlich müssen 3 Voraussetzungen erfüllt sein, damit eine Unterbringung zulässig ist: Das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, eine ernstliche und erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung und das Fehlen alternativer Unterbringungsmöglichkeiten.

Das Ziel des UbG, die zwangsweisen Anhaltungen zurückzudrängen, wurde aber nicht erreicht, im Gegenteil. Von 93 Unterbringungen im Jahr 1993 pro 100.000 Einwohner_innen stieg die Zahl bis zum Jahr 2015 auf 282 Unterbringungen. Das ist mehr als dreimal so viel. Über 26 % davon sind Unterbringungen ohne Verlangen, das bedeutet eine Verdoppelung der Zahl gegenüber dem Jahr 1993. Die Möglichkeit der Unterbringung auf eigenes Verlangen spielt mit 1,3 % in der Praxis nur eine geringe Rolle. Zur gleichen Zeit wurden aber die Bettenzahlen in der Psychiatrie kontinuierlich abgebaut und die durchschnittliche

Aufenthaltsdauer von 1980 bis 2003 von 95 Tage auf 18 Tage gesenkt. Diese Entwicklungen haben einen wesentlichen Einfluss auf die regionale und extramurale Versorgung. (Die Zahlen stammen überwiegend aus den regelmäßigen Berichten des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen – ÖBIG.)

Um das UbG näher zu verstehen, muss die Frage geklärt werden: Welche (Grenz)-Bereiche von „psychischer Krankheit“ sind vom UbG umfasst?

- Somatisch bedingtes Delir. Das bedeutet einen Zustand geistiger Verwirrung oder Bewusstseinsstörung oder Störung des Denkvermögens, ausgehend von einer körperlichen Erkrankung (zB Verwirrung nach einem Herzinfarkt).
- Alkoholisierte bzw. drogenkranke Personen mit fehlender Einsichtsfähigkeit und gleichzeitiger Selbst- oder Fremdgefährdung. Hier kommt es oft zu Kurzunterbringungen, was die Frage aufkommen lässt, ob die Psychiatrie der richtige Ort ist und die richtige Unterstützung bietet.
- Personen mit Demenzerkrankung. Hier wird ebenfalls die Sinnhaftigkeit der Psychiatrie zur Versorgung angezweifelt, da vorwiegend neurologische Probleme vorliegen.
- Personen mit Persönlichkeitsstörungen.
- Einsichtsfähige Personen, die Suizid begehen wollen. Hier handelt es sich um einen eher eingeschränkten Personenkreis.
- Fehlende Einsichtsfähigkeit.

Die Studie befasst sich mit folgenden Fragen:

Wer veranlasst die Unterbringung in Psychiatrien?

An erster Stelle stehen Angehörige und Heime bzw. betreute Wohnformen. Diese haben besonders umfassende Einblicke in die Lebenssituation und die Veränderungen der Betroffenen. Auch Ärzt_innen und die Polizei, gelegentlich auch (psycho-)soziale Dienste und andere Betreuungseinrichtungen veranlassen Unterbringungen.

Zwischen Gesetz und Realität besteht bekanntermaßen oft ein Unterschied. Deswegen ist die Beschäftigung mit folgender Frage besonders wichtig:

Wie schaut die Unterbringungspraxis aus?

- Unterbringung als „Selbstfürsorgedefizit“ wird häufig angewandt, da sie eng mit fehlenden Alternativen verbunden ist.
- Der Grundsatz der Subsidiarität einer Unterbringung gegenüber gelinderen Mitteln wird einerseits durch fehlendes Wissen und andererseits durch fehlende Alternativen zu wenig angewandt.
- Wenn private oder professionelle Unterstützungssysteme an ihre Grenzen stoßen, wird die Psychiatrie oft als Lösung angesehen. Auch hier wird oft aufgrund mangelnder Alternativen bzw. mangelndem Wissen über Unterstützungsangebote vorschnell gehandelt.

- Die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen auf „Erwachsenenstationen“ erfolgt oft aufgrund fehlender Plätze. Diese Praxis ist äußerst problematisch, mitunter sogar gefährlich.

Diese Praxis lässt unter Expert_innen kritische Diskussionen zum Thema Psychiatrie entstehen. Die Frage dazu lautet:

Was hat Psychiatrie heute zu leisten?

- Bei der Beurteilung der Eigen- und Fremdgefährdung sind Gefährdungsprognosen zu stellen. Sie lassen einen großen Ermessensspielraum über eine ungewisse Zukunft. Die Entscheidung hängt oft von einer Werthaltung ab, und kann sich an einer Selbstbestimmung, an persönlichen Freiheitsrechten, oder eher einer Absicherung oder einem Fürsorgeprinzip orientieren.
- Die unmittelbare Gefahrenabwehr kann bei einem medizinisch-therapeutischen Ansatz nicht als Unterbringungsgrund geltend gemacht werden. Dabei stellen sich 2 Fragen:
 - Inwieweit ist bei Anbahnung einer akuten Phase die stationäre Psychiatrie tatsächlich die beste Alternative oder nur die einzig verfügbare?
 - Gibt es bei einer Zwangsunterbringung kurative Effekte oder geht es hauptsächlich um eine Sicherungsverwahrung?
- Inwieweit bräuchte es niederschwellige aufsuchende psychiatrische Krisendienste, die weniger umfassend in die Freiheitsrechte eingreifen sowie eine weiterführende wohnortnahe Versorgung (stationsäquivalente Behandlung, Home Treatment) um Menschen zuhause zu stabilisieren und zu begleiten?
- Was kann mit einer Zwangseinweisung in die Psychiatrie erreicht werden, wenn die Betroffenen die Behandlungen ablehnen?
- Das „Selbstfürsorgedefizit“ ist nicht eindeutig definiert und führt oft mangels Alternativen zu teilweise langen Psychiatrieunterbringungen. Grundlage ist aber oft eine soziale Indikation.
- Personen mit hoher Aggressivität und Gewaltbereitschaft landen oft in der nicht-forensischen Psychiatrie. Ein fortlaufend strafrechtlich relevantes Gewaltverhalten wird hier als „Fremdgefährdung“ dargestellt. Eine möglicherweise vorhandene psychische Erkrankung steht aber nicht vorrangig für das straffällige Verhalten, weshalb es auch nicht behandelbar ist. Diese rückfällig Straffälligen sind nach Expertenmeinung in der Psychiatrie nicht am richtigen Ort untergebracht.
- Die Anwendung des UbG liegt oft im Ermessen der Polizei. So wird bei einfachen Drohungen das Strafrecht herangezogen, während bei gefährlichen Drohungen - zu dem auch Widerstand gegen die Staatsgewalt zählt - das UbG zum Einsatz kommt. Bei dementen Patienten wird von Angehörigen immer wieder die Polizei gerufen. Mangels verfügbarer Alternativen bzw. des Mangels an Erschließungsmöglichkeiten erfolgt auch in diesen Fällen zusehends die Einweisung in die Psychiatrie.
- Mangels bereitstehender Alternativen und Ressourcen wird die stationäre Psychiatrie (manchmal auch vorschnell) als primäre Lösung gesehen. Die Psychiatrie sollte aber als letztes Mittel zum Einsatz kommen.

Aus der Auflistung dieser Aspekte lässt sich folgende Schlussfolgerung ableiten:

Folgender Aspekt ist als entscheidungsrelevant erkennbar:

Wenn keine alternative Betreuung und Unterbringung verfügbar ist bzw. erschlossen werden kann, wird nicht selten die Unterbringung in Betracht gezogen oder aufrechterhalten, auch wenn der Gefährdungsaspekt schon deutlich in den Hintergrund gerückt ist. Damit stellt sich in einem nicht unbeträchtlichen Teil der Unterbringungen ohne Verlangen die Frage, inwieweit die Gefährdung tatsächlich ursprünglich der psychischen Erkrankung zuzurechnen ist oder nicht eher Folge der fehlenden alternativen Unterstützung ist. Die Psychiatrie übernimmt oft eine Lückenfüllerfunktion, bis geeignete Maßnahmen gefunden werden.

Dies gilt auch für Kinder und Jugendliche, nachdem Heim- und Betreuungseinrichtungen mit ihnen überfordert waren.

Es stellt sich die grundsätzliche Frage, wieviel Verwahrungsaufgaben die Psychiatrie zu leisten hat?

Nach einer stationären Behandlung muss in vielen Fällen eine Nachsorge erfolgen. Damit diese erfolgreich verläuft, müssen viele Punkte eingehalten werden, die sich aus neueren Erkenntnissen ergeben.

Dieser Blick auf eine Studie im Auftrag von 3 Bundesministerien auf das in Bundeszuständigkeit liegende Thema des Unterbringungsgesetzes bringt sehr deutlich zum Ausdruck, dass Auswirkungen und Vernetzungen mit in der Landeszuständigkeit bestehenden Maßnahmen vorliegen. Eine isolierte Betrachtung des Themas der psychiatrischen Versorgung nach Zuständigkeiten wäre daher unseriös und nicht zielführend.

Ausblick:

Aktuell liegt eine Novelle zum Unterbringungsgesetz zur Begutachtung auf. Gleich positiv hervorzuheben ist, dass von Anfang an Betroffene in die Expert_innengruppe zur Erarbeitung der Novelle einbezogen wurden. Ziele der Novelle sollen sein, die Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung der Patient_innen zu stärken, die stärkere Einbindung von entscheidungsfähigen Patient_innen in die medizinische Behandlung und die stärkere Berücksichtigung der Bedürfnisse von Minderjährigen. Die Novelle würde eine deutliche Verbesserung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigungen in der Forensik bedeuten.

Eine entsprechende Anpassung und Änderung in der Nachsorge wäre im Anschluss unbedingt erforderlich.

Einige Gedanken

Bevor wir uns der Versorgung in Tirol zuwenden, schauen wir uns doch einmal die Begriffe „Normalität“ und „psychische Krankheit“ an.

Wer bestimmt, was „normal“ und was „krankhaft“ ist?

Die Gesellschaft, die Ärzte, jeder Einzelne?

Gibt es klare Grenzziehungen, welche Verhaltensweisen „normgerecht“ sind oder sind diese nicht auch immer wieder im Zusammenhang mit der jeweiligen Situation und dem beteiligten Personenkreis zu beurteilen?

Das Testmagazin Konsument schreibt dazu in seiner Ausgabe 3/20 (zusammengefasst):

„Ein zurückhaltender Mensch würde in Japan als höflich bezeichnet, wo anders als schüchtern und anderorts würde man von sozialer Phobie sprechen. Die Grenze zwischen gesund und krank wird oft nicht von Natur gegeben, sondern von der jeweiligen Gesellschaft festgelegt.“

Es gibt aber Bestrebungen, einheitliche, verbindliche Klassifikationen zu erstellen, die weltweit Gültigkeit haben. Führend ist dabei die ICD-Klassifikation (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (DSM). Beide Systeme werden regelmäßig überarbeitet, ähneln sich sehr, stimmen aber nicht überein. Das DSM-System wird meist im Bereich der Wissenschaft verwendet, während das ICD-System in der täglichen Praxis und bei Abrechnungen mit Krankenkassen in Anwendung ist.

In diesen Systemen können Namen von Krankheiten verändert werden, wie zum Beispiel von „Angstneurose“ zu „Angststörung“. Dadurch wurde auch die Therapieform geändert. Anstatt einer Therapie beim Psychotherapeuten, wird nun eine medikamentöse Behandlung beim Allgemeinmediziner vorgenommen.

Die Qualifikation einer Krankheit ist auch zeitabhängig und willkürlich. Die Aufnahme oder die Herausnahme von Krankheiten in diesen Katalogen erfolgt oft unter dem Gesichtspunkt von Machtkämpfen zwischen Psychiatrievereinigungen, Psychologen und Pharmakologen. Schließlich steht viel Geld auf dem Spiel. Mit jeder neu eingeführten Krankheit vergrößert sich der Markt für die Therapeuten, allerdings nicht für alle. Die Kriterien für die Aufnahmen einer „Krankheit“ in diesen Katalog scheinen oft willkürlich und absolut nicht klar und nachvollziehbar.“

Psychische Erkrankung, Stigmatisierung und Zahlen

(mit Auszügen aus der ÖKSA-Jahrestagung, Vortrag von MONIKA NOWOTNY, DOROTHEA GASSER | Stigma psychischer Erkrankung: Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich, https://oeksa.at/wp-content/uploads/2021/03/OEKSA_Doku_Kern_2020.pdf)

Die Darstellungen der Erfahrungen der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen zeigen auf, mit welchen Hürden und Vorurteilen sie im täglichen Leben zu kämpfen haben. Diese erzeugen einerseits Kopfschütteln, da viele Punkte, die gefordert werden, eigentlich selbstverständlich sein sollten und nicht als Forderung erkämpft werden müssen. Hier ist wieder einmal klar ersichtlich, dass die wirklich großen Barrieren in den Köpfen der Menschen bestehen.

Andererseits weisen sie aber auch auf ein Problem hin, denn bis heute gelten psychische Erkrankungen als ein Tabuthema auch wenn diese weit verbreitet sind. Durch das mangelnde Wissen in der Bevölkerung kommt es für Menschen mit psychischen Beeinträchtigung und Erkrankungen zu massiven Barrieren in ihrem täglichen Leben. Wegen schlechter Erfahrungen mit ihrer Umwelt oder aus Furcht vor Abwertung und Ausgrenzung, halten viele betroffene Menschen ihre Erkrankung deshalb geheim.

Von einer psychischen Erkrankung spricht man, wenn die Wahrnehmung, das Denken, Fühlen und/oder Verhalten eines Menschen über einen längeren Zeitraum so verändert ist, dass der Mensch darunter leidet. Es gibt viele verschiedene Arten von psychischen Erkrankungen mit unterschiedlichsten Symptomen und vielfach besteht eine in Phasen verlaufende Erkrankung, welche sich nicht nur auf die Beziehung der Betroffenen zu sich selbst, sondern natürlich auch auf das soziale Umfeld auswirkt.

Psychische Erkrankungen sind „unsichtbar“, d.h. nach außen erkennen Ungeschulte nicht (gleich) ob jemand betroffen ist oder nicht. Es sieht also niemand wie es ist, mit einer Erkrankung zu leben, die das eigene Leben auf verschiedenen Ebenen immens belasten und einschränken kann. Dadurch kommt es zu Überforderungen in vielfältigen Bereichen, was zu schweren Krisen führen kann. Darüber hinaus machen es Aussagen wie „Das ist doch nur eine Ausrede!“, „Du bist doch nur zu faul!“ oder „Reiß dich doch mal zusammen!“ Menschen mit psychischer Erkrankung schwer, offen und ehrlich über ihre Probleme und Schwierigkeiten zu sprechen. Oft finden sie sich in einem endlosen Rechtfertigungsdschungel wieder, der zur Überzeugung führen kann, es ist besser sich zu verstellen und keine Schwäche zu zeigen. Teils besteht aber auch bei den Betroffenen je nach Phase der Erkrankung einfach nicht die Möglichkeit, über ihr Befinden zu sprechen.

Psychische Erkrankung kann Angst, Verständnislosigkeit und sogar Ärger bei Menschen ohne psychischer Erkrankung hervorrufen. Beispiele hierfür sind:

Ein Gespräch unter
Nachbarn:
„Ma die Tochter von der
Nachbarin
hat auch einen
Dachschaden...“

„Da komm ich dich nicht
besuchen!“
Nachdem sich ein Mensch mit
psychischer Erkrankung
nach 3 Wochen getraut hat
seiner Mutter über seine
Erkrankung zu erzählen.

„Wann willst du denn mal wieder arbeiten
gehen?
Du kannst doch nicht nur zu Hause
herum sitzen!“

Dahinter steht keine böse Absicht, sondern das Stigma psychischer Erkrankungen. Das heißt Stereotype (zB Menschen in Zwangsjacken die in Gummizellen weggesperrt sind) und Vorurteile bestimmen noch immer, was Menschen über psychische Erkrankungen denken.

Stigmatisierung ist ein gesellschaftliches Phänomen, das überall dort auftritt, wo Menschen aufgrund von bestimmten Merkmalen als minderwertig betrachtet, unter Druck gesetzt, in ihrer Identität beschädigt, diskriminiert oder gar aus einer Gesellschaft ausgeschlossen werden (ÖKSA, Seite 34).

WIR KÄMPFEN DARUM ERST EINMAL GESEHEN ZU WERDEN! WAS WIR BRAUCHEN IST, DASS UNSERE ERKRANKUNG IN DER GESELLSCHAFT ERST EINMAL ANERKANNT WIRD! (Brigitte Heller, Vorsitzende Verein Lichterkette)

Gerade die Berichterstattung, die einen großen Wert für die Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit haben sollte, wirkt sich oft negativ auf Menschen mit psychischer Erkrankung aus. Gerne werden Begriffe und Überschriften wie zum Beispiel „Wahnsinnstaten“, „geistig abnorme Rechtsbrecher_innen“, „Psychotäter_innen“, „Kontrollverlust“ verwendet – welche Menschen mit psychischer Erkrankung in Verbindung mit Gewalt bringen. Dadurch wird anderen Menschen ein komplett falsches Bild von

psychischer Erkrankung vermittelt. Diese oft gedankenlose Verwendung von Begriffen unterstützt im hohen Maße die Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung.

Man erlebt also nicht nur im Alltag, sondern sehr oft auch medial, dass die Sichtweise auf Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und die Anwendung von Sprache (Arbeitsverweiger_innen, Simulanten, G'störte, Deppate, ...) immer noch sehr defizit- und problemorientiert ausgerichtet ist. Nur ganz selten wird von Chancen, Kompetenzen, Vielfalt oder sogar Erfolgen gesprochen.

Die Folgen sind:

- geringeres soziales Ansehen
- schlechtere Chancen am Arbeits- und Wohnungsmarkt
- geringere Qualität der Gesundheitsversorgung
- Verlust intimer Beziehungen
- Reduktion des sozialen Netzwerkes
- Schwächung des Selbstwertgefühls
- unzureichende Bestimmung über das eigene Leben
- Abgleiten in Armutsverhältnisse
- soziale Isolation

Dies alles wirkt sich wiederum negativ auf den Krankheitsverlauf aus. Expert_innen sprechen daher von Stigma als zweiter Erkrankung, die es zu bekämpfen gilt, bevor man die Krankheit selbst erfolgreich bekämpfen kann.²

Die Folgen für die Gesellschaft sind wiederum mannigfaltig und münden nicht zuletzt in einem geringeren Stellenwert der psychischen im Vergleich zur körperlichen Gesundheit. Insgesamt fehlt ein offener Diskurs über psychische Gesundheit wie auch über psychische Krisen und deren Bewältigung. Das Resultat sind hohe Gesundheitskosten die schlussendlich uns alle betreffen. (ÖKSA, Seite 35)

Es braucht also Aufklärung und Wissen über psychische Erkrankungen. Hier geht es darum, die Gesellschaft zum Abbau von Klischees und Vorurteilen durch entsprechende Maßnahmen zu sensibilisieren. Es braucht aber auch eine offene Gesellschaft, die diese Information hören und sich damit auseinandersetzen will.

Dazu ein Brief an die Gesellschaft <https://darueberredenwir.at/2021/06/10/ein-brief-an-die-gesellschaft/>

Als Forderung brauchen wir die Förderung von Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärungsarbeit und Anti-Stigma-Kampagnen sowie umfangreiche Bewusstseinsbildung/Sensibilisierung bereits im Kindesalter.

² Finzen, Asmus (2000): Psychose und Stigma. Stigmabewältigung zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen. Psychiatrie Verlag gem. GmbH, Bonn

- wie von Pro mente Austria und www.ganznormal.at – <https://www.youtube.com/watch?v=Hpca1K63ek8>
- vom Verein Lichterkette “Aufeinander Achten“- Online Workshop (<https://www.lichterkette.at/aufeinanderachten>)
- Mama geht’s heut nicht gut (https://www.kija-sbg.at/fileadmin/migrated/content_uploads/Mama-gehts-heut-nicht-so-gut_02.pdf)
- Promente Tirol – Schulprojekt „Psychisch krank, ist das normal?“ (<https://promente-tirol.at/de/schulprojekt-327.html>)
- Village Projekt – „Es braucht ein Dorf um ein Kind großzuziehen“ (<https://www.village.lbg.ac.at/news>)

Außerdem müssen Menschen mit psychischer Erkrankung sowie deren Umfeld auf Hilfs- und Beratungsangebote ausreichend hingewiesen werden (medial, öffentliche Verkehrsmittel, Gemeinden, Schulen, ...).

Wie zum Beispiel:

- den Psychosozialen-Krisendienst (<https://www.tirol.gv.at/gesellschaft-soziales/psychosozialer-krisendienst/>)
- Verein TIPSI (<https://www.tipsi.at/>)
- HPE Tirol (<https://www.hpe.at/bundeslaender/tirol/startseite.html>)
- Gesundheitspsychologische Beratungsstelle Land Tirol (<https://www.tirol.gv.at/gesundheit-vorsorge/lds-sanitaetsdirektion/gesundheitspsychologie/gesundheitspsychologische-beratungsstellen-des-landes-tirols/>)
- „Mei InfoEck“ mit einer großen Übersicht an Unterstützungsangeboten für Jugendliche (<https://www.mei-infoeck.at/leben/gesundheits/>) usw.

Darüber hinaus braucht es Unterstützung und Förderung von Menschen mit psychischer Erkrankung bei der Teilhabe an gesellschaftspolitischen Prozessen. Dafür ist es notwendig, genügend finanzielle Ressourcen für Interessenvertretungen zur Verfügung zu stellen und den Zugang zu persönlicher Assistenz auch für Menschen mit psychischer Erkrankung zu gewährleisten.

Schließlich kann eine psychische Erkrankung jeden treffen. Die Zahlen beweisen es. Die beiden Schriftstellerinnen Mag.^a Elisabeth Wallner und Mag.^a Karin Hofer ermittelten aus Daten von Medikamentenverbrauch und Krankenstandmeldungen, stationären Aufenthalten und ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen, dass innerhalb eines Jahres 900.000 Österreicher_innen das Gesundheitssystem aufgrund einer psychischen Erkrankung in Anspruch genommen haben. Das sind über 10 % der österreichischen Bevölkerung. Innerhalb von nur 3 Jahren stieg diese Zahl um 12 %. (www.sozialversicherung.at/cdscondent).

In der Statistik Austria ist ein vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erstellter Bericht vom 10.9.2019 veröffentlicht. In diesem werden

die Krankenstandfälle von 1990 bis 2018 aufgrund einer psychischen Erkrankung oder Verhaltensstörung aufgelistet und verglichen. Während es im Jahr 1990 noch 11,4 Krankenstandfälle pro 1000 Erwerbstätige gab, stieg diese Zahl im Jahr 2018 auf 33,5 Krankenstandfälle.

Diese Zahlen zeigen, psychische Erkrankung betrifft eine relativ große Bevölkerungsgruppe. Das heißt, dass viele Menschen in ihrem Leben in irgendeiner Form mit psychischer Erkrankung in Berührung kommen. Dies kann bei der Arbeit, im Freundeskreis, im familiären Umfeld oder auch eigene Betroffenheit sein. Das Wissen über sowie das Akzeptieren von psychischer Erkrankung hilft einerseits für einen sensiblen Umgang mit Betroffenen, andererseits braucht es aber auch niederschwellige, bedarfsorientierte Angebote, die Betroffene dort abholen, wo sie gerade sind und sie weiters in ihrer Selbstwirksamkeit und Genesung unterstützen.

Stellungnahmen verschiedener Expert_innen und Einrichtungen

Um ein umfassendes Bild der Situation in Tirol zu erhalten, haben wir verschiedene Expert_innen und Einrichtungen um deren Stellungnahme gebeten.

1. Stellungnahme der Klientenvertretung

Um ihren Erfahrungen mit Barrieren und Barrierefreiheit als Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Ausdruck zu verleihen, verfassten die Klientenvertreter_innen der pro mente Tirol am 9. Juli 2019 folgendes Papier:

- Psychische Erkrankungen sind nicht offensichtlich, das bedeutet, dass Menschen mit psychischen Problemen gerade im Kontakt mit Behörden immer wieder unter Rechtfertigungs- und Erklärungsdruck stehen und sich genötigt sehen, sehr ausführlich über ihre Probleme zu sprechen, wenn sie ernst genommen werden möchten. „Was fehlt Ihnen denn eigentlich?“
- Menschen mit psychischen Erkrankungen werden häufig stigmatisiert, man begegnet ihnen mit Vorurteilen, „steckt sie in Schubladen“, hält Abstand, meidet den Kontakt, usw. Auch dies erschwert den Kontakt zu Behörden, aber auch den Kontakt zu Vermietern, Nachbarn usw.
- Manchmal werden Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht ernst genommen, wenn sie über körperliche Symptome klagen, weil man diese als psychisch bedingt abtut.
- Psychische Erkrankungen verlaufen oft phasenhaft. Das bedeutet, dass Termine nicht immer verlässlich eingehalten werden können. Von diesen Terminen hängt manchmal vieles ab, zB Geldbezug, Wohnungszuteilung,... Hier würde es mehr Flexibilität und Nachsicht brauchen.
- Je nach Störungsbild leiden psychisch beeinträchtigte Menschen unter vielen Ängsten (zB Platzangst, Höhenangst, Angst vor größeren Menschenansammlungen, ...) und Unsicherheiten oder sie brauchen besondere Bedingungen, dass sie sich in Wohnungen wohlfühlen (zB helle Räume, Haustiere,...). Dies sollte bei der Wohnungsvergabe individuell berücksichtigt werden können.

- Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben vielfach Erfahrungen mit Zwang und großem Druck, die auf sie ausgeübt wurden und reagieren sehr sensibel auf Situationen, die sie an solche Erfahrungen erinnern.
- Die Tabuisierung von psychischen Erkrankungen stellt ebenfalls eine große Hürde dar. Dadurch dauert es oft sehr lange, bis Menschen mit psychischen Problemen wirksam geholfen wird. Sie begegnen häufig einem Mangel an Respekt und einem Mangel an Wissen über psychische Erkrankungen und deren Folgen. In der Gesellschaft fehlt es weitgehend an Akzeptanz.
- Starrheit, Verständnislosigkeit, enge Auslegung von Vorschriften, mangelnde Offenheit, starre und steile Hierarchien können Barrieren für Menschen mit psychischen Erkrankungen darstellen.
- Menschen mit psychischen Erkrankungen brauchen oft eine Stufung der Anforderungen und gut gestaltete und begleitete Übergänge von einer Lebenssituation in eine andere.

2. Stellungnahme Interessensgruppen

Im Zuge der Überarbeitung des Tiroler Rehabilitationsgesetzes – nunmehr Tiroler Teilhabegesetz – befassten sich sozialpsychiatrische Interessensgruppen mit dem speziellen Unterstützungsbedarf von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und verfassten dazu ein gemeinsames Papier vom 31.3.2017. Zusammengefasst wird daraus im Folgenden wiedergegeben: Derzeitige Situation:

- Die Versorgung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine Querschnittsmaterie zwischen Gesundheits- und Sozialbereich. Mangelnde Koordination beider Bereiche führt zu Unter- und Fehlversorgung.
- Betroffene, die über hohe soziale Kompetenz und Bildung verfügen, erhalten angemessene sozialpsychiatrische Versorgung. Diese Chancen sind umso geringer, je schwerer die psychische Erkrankung ist und je komplexer die psychosozialen Folgeprobleme sind.
- Es fehlen flexible ambulante und mobile Hilfsangebote insbesondere in Krisen.
- Vernetzungsarbeit ist unzureichend finanziert.
- Es bestehen in den Bereichen stationär/sozialpsychiatrisch/niedergelassen eine große Abgrenzung.
- Leistungen haben einen hochschwelligem Zugang und sind nicht bedarfsgerecht ausgestattet.
- Angebote für spezifische Gruppen, wie zum Beispiel bei hohen Wiederaufnahmen, Demenz, forensischer Hintergrund, Obdachlose, fehlen.
- Es besteht eine unzureichende Arbeit mit Angehörigen.
- Es gibt kaum Angebote zur Erprobung oder Flexibilisierung von beruflichen (Wieder-)Einstiegen.
- In den Regionen bestehen weitgehend bedarfsgerechte Angebote.
- Es besteht ein eklatanter Mangel an kassenärztlichen Psychiatern, wodurch lange Wartetermine zu einer höheren Chronifizierungsrate führen.
- Es besteht ein erschwerter Zugang zu Psychotherapie.

- Betroffene werden in Entscheidungen nicht nachhaltig einbezogen und Selbsthilfegruppen zu wenig gefördert.
- Aus dieser Mängelliste wurde eine Reihe von Forderungen erstellt, die vom Tiroler Monitoringausschuss in seinen Empfehlungen und Forderungen eingearbeitet wurden.

3. Stellungnahme TIPSI

Elmar Kennerth, der Vorsitzende von TIPSI, erklärt in seiner Stellungnahme vom 04.05.2021, dass das Land Tirol zurzeit auf vielen Ebenen an neuen und ergänzenden Versorgungskonzepten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen arbeitet. Es gibt seit ca. einem halben Jahr den von uns lange ersehnten psychosozialen Krisendienst. Zudem hat das Land Tirol unseren Wunsch nach einer „Trialogischen Beratungsstelle“ von und für psychisch Beeinträchtigte, Angehörige und Professionist_innen erfüllt. Wir haben somit als Interessenverband ein Standbein, von dem aus wir arbeiten und wirken können (gemeinsam mit der HPE Tirol und dem TLP). Freilich bezieht sich die Förderung, die den Betrag von über EUR 50.000,00 für das Kalenderjahr 2021 umfasst, „nur“ auf das trialogische Beraten, die reine Interessenvertretung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bleibt davon eher unberührt, also können Personalressourcen vorwiegend für Beratungen, nicht jedoch für Aktivitäten der Interessensvertretung eingesetzt werden - diesbezüglich hoffen wir auf eine Adaption der finanziellen Mittel und Widmung ab 2022. Wichtig ist uns auch die Unabhängigkeit von TIPSI und der Beratungsstelle. Geplante Projekte, wie psychosoziale Zentren, Homepage-Hilfelandchaft, Home-Treatment, etc. erfordern freilich auch die Einbeziehung von Peers (Betroffene und Angehörige), diesbezüglich gibt es auch die Zusicherung seitens Land Tirol uns in die Konzeption einzubinden, was auch den Erfordernissen der UN-BRK entspricht („nicht ohne uns über uns“). Darüber hinaus ist es uns ein Anliegen, dass Peer-Support (zB Genesungsbegleitung) in allen Leistungen der Sozialpsychiatrie (Behindertenhilfe) Einzug findet, also in den Bereichen Wohnen, Tagesstruktur, Einzelbegleitung, u.a. Unserer Kenntnis nach ist auf diesem Gebiet schon einiges passiert. Weitere Leistungen der Behindertenhilfe - vor allem Bereiche der inklusiven Arbeit sowie persönlichen Assistenz, aber auch Leistungen, die sich auf Bildung beziehen, fänden wir äußerst wichtig und sollten rasch umgesetzt werden. Auch das AMS sollte grundsätzlich Bereitschaft zeigen mit Peers zu arbeiten - in Hinblick auf die sozialen Folgen der Covid-19-Pandemie. Die Covid-19-Pandemie stellt uns zudem vor Herausforderungen, die Menschen mit Beeinträchtigungen wohl auch sehr hart treffen können/werden. Dazu sind in Hinblick auf Teilhabe und Gesundheitsförderung, finanzielle Absicherung, etc. geeignete Maßnahmen zu treffen, welche dazu führen, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen keine Nachteile in der selbstbestimmten und einer von Inklusion geprägten Lebensführung erwachsen. Zuletzt finden wir es auch sehr wichtig, dass Peer-Support auch im klinischen Bereich state of the art werden soll, weshalb es auch eine Steuerungsgruppe gibt, die die Entwicklung, Ausbildung und den Einsatz von Genesungsbegleiter_innen koordiniert. Wichtig erscheint uns jedenfalls auch im ärztlichen und pflegerischen Bereich der intramuralen Versorgung die UN-BRK breit zu diskutieren und mit der entsprechenden Achtung in der Behandlung von Menschen nach UbG aber auch generell im stationären Bereich zu berücksichtigen (Zwangsbehandlung, informed consent).

Eine obligatorische Fortbildung für Fachärzt_innen und Pflege und andere Gesundheitsberufe sehen wir als qualitätssichernde Erfordernis aus der Konvention (vgl. dazu Artikel Artikel 25, Abs. d.³) Bezüglich Fortbildung empfehlen wir eine Schulung durch Jurist_innen gemeinsam mit einer betroffenen Person in regelmäßigen Abständen bzw. auch in den Lehrplänen/Studienplänen der jeweiligen Ausbildung oder im Rahmen der Tirol Kliniken.

4. Stellungnahme zur Situation Gehörloser im Zusammenhang mit psychiatrischer und/oder psychosozialer Versorgung

Monika Mück-Egg, Obfrau des Gehörlosenverbandes in Tirol, schreibt dazu in ihrer Stellungnahme vom 31.03.2021:

In Tirol leben ca. 700 Gehörlose, wobei es immer wieder Situationen gibt, in denen auch gehörlose Menschen entweder einen Psychiater aufsuchen wollen oder auch eine stationäre Aufnahme notwendig ist. Der Termin bei einem/r Psychiater_in kann mit einer Gebärdensprachdolmetscher_in organisiert werden und so auch relativ reibungslos ablaufen, allerdings sind bis heute Besuche bei einem Psychiater oder einer Psychiaterin schambesetzt und das Gespräch zu dritt stellt womöglich auch eine Hürde dar, dieses Angebot nicht gerne zu nutzen. Der Personenkreis der Gehörlosen ist auch nicht sehr groß, also jeder kennt fast jeden und auch die Dolmetscher_innen sind sehr involviert in die Community. Dies kann zusätzlich eine Erschwernis für den Besuch bei Psychiater_innen darstellen.

Stationäre Aufnahme bzw. Aufenthalt: Noch schwieriger gestaltet sich die Situation in Bezug auf eine stationäre Aufnahme. Bei einer Einweisung in die Psychiatrie steht nicht immer gleich ein/e Dolmetscher_in zur Verfügung. Gehörlose Patient_innen müssen sich im Ausnahmezustand der Aufnahme die Gebärdensprachdolmetscher_in selbst organisieren! Meistens finden die Aufnahmegespräche in schriftlicher Form statt OHNE Gebärdensprachdolmetscher_in. Zwangseinweisungen stellen eine sehr belastende Situation dar und gerade in einer Psychose oder einem anderen psychischen Ausnahmezustand stellt die Kommunikation eine große Herausforderung dar. Wie soll in dieser Situation von den „Lippen abgelesen“ werden – wobei dies sowieso sehr schwierig ist und in einem gesunden Zustand maximal 30 % verstanden werden können. Die gehörlose Person muss auf der Station warten bis eine Dolmetscher_in da ist um ein Gespräch zu führen, fühlt sich isoliert und kann kaum mit anderen in Kommunikation treten. Bei einer Selbst- bzw. Fremdgefährdung ist eventuell eine 4 Punktfixierung notwendig. Wie wird in diesem Fall eine Kommunikationsmöglichkeit sichergestellt? Wird hier Rücksicht

3 „erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Erfordernisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;“

genommen, dass gehörlose Patienten ihre Hände benötigen um ihre Bedürfnisse äußern zu können?

Wenn gehörlose Patient_innen im Bett liegen, wäre es gut, ein paar Grundlagen der Kommunikation mit diesen Patient_innen zu kennen. Zum Beispiel bei Eintritt in das Zimmer kurz den Lichtschalter zu betätigen, damit gehörlose Patient_innen nicht erschrecken, wenn plötzlich eine Person vor ihnen steht. Auch beim Aufwecken wäre es gut, sich sanft bemerkbar zu machen. Es gäbe auch technische Hilfsmittel für gehörlose Patient_innen, sodass ein Klopfen dann über ein Lichtsignal für den Patienten sichtbar gemacht wird. Leider gibt es keine Hilfsmittel für Gehörlose in der Klinik, im Krankenhaus oder in Reha-Zentren.

Die Fernsehgeräte auf der Station haben bis jetzt keine Möglichkeit Untertitel anzuzeigen. Dies wäre sowohl für Gehörlose als auch für Schwerhörende wichtig.

Besucher_innen müssen auf den Stationen für den Einlass oftmals Gegensprechanlagen betätigen. Diese Art des Zugangs ist für Gehörlose Menschen nicht barrierefrei. Es bräuchte zumindest ein Lichtsignal für den Zugang um zu erkennen, dass sich die Türe öffnet, allerdings können gehörlose Besucher_innen bei der Gegensprechanlage nicht sagen wen sie besuchen.

Diagnostik bzw. Gutachten: Auch die Diagnostik bei gehörlosen Menschen benötigt eine Auseinandersetzung des Fachpersonals mit dieser Gruppe. Feinheiten im Ausdruck, Blickkontakt usw. gehen oftmals auch im Dolmetschprozess verloren. Im Gespräch werden häufig medizinische Fachausdrücke, Metaphern und eine Diagnostiksprache verwendet, die für die Patientin oder den Patienten nicht verständlich ist. Oftmaliges Nachfragen der Dolmetscher_in, da die Patient_innen in diesen Situationen oft schwer verständlich sind, unterbricht den Fluss eines therapeutischen Gesprächs.

Erstellung von Gutachten können nur in diesem 3er Setting mit einer Dolmetscherin oder einem Dolmetscher stattfinden. Hier sind Gutachter_innen häufig auf die Expertise (sprachliche und kulturelle) der Gebärdensprachdolmetscher_innen angewiesen. Eine direkte Kommunikation wäre hier wünschenswert. Dies ist allerdings nur in Linz bei den Barmherzigen Brüdern gewährleistet. Auch die einzelnen Therapien auf der Station sind geprägt von Kommunikation. Bei allen diesen Angeboten ist es den Gehörlosen nicht möglich direkt zu kommunizieren. Außerdem sind auch die Entspannungstechniken usw. auf die Entspannung Hörender ausgerichtet. Entspannung über Musik, Phantasie Reisen, angeleitete Muskelentspannung - dieses gesamte Angebot kann von Gehörlosen nicht genutzt werden.

Rehazentren: Beim Bedarf einer psychiatrischen REHA müssen die Patient_innen nach Deutschland in ein Reha-Zentrum fahren, da es hier in Österreich keinerlei barrierefreies Angebot für diese Zielgruppe gibt. Die Beantragung dieser Reha wird in Tirol auch von der Beratungsstelle für Gehörlose begleitet und organisiert.

Deaf+: Eine spezielle Untergruppe der Gehörlosen, die DEAF+ Gruppe, ist auch hier wieder am stärksten von Diskriminierung betroffen. Diese Gruppe beinhaltet gehörlose Menschen mit einer zusätzlichen kognitiven Einschränkung. Daher ist für diese Menschen, aber auch

für gehörlose Flüchtlinge und Migrant_innen, nochmals eine spezielle Kommunikation notwendig um die Inhalte des Gesprächs wirklich zu verstehen.

Psychosoziale Betreuung: Für eine psychosoziale Betreuung konnte in Tirol das Projekt IGLU gemeinsam mit dem MOHI gegründet werden. Im Rahmen dieses Projektes ist es möglich, gehörlose Menschen von gehörlosen Betreuern begleiten zu können. Das Angebot der psychosozialen Betreuung usw. wäre in Tirol allerdings viel größer und steht den Menschen nicht zur Verfügung.

Zentral für die oben angeführten Dolmetschsituationen ist ein unbedingter Einsatz von geprüften Gebärdensprachdolmetscher_innen und NICHT von hörenden Bekannten, Verwandten oder Kindern. Dies stellt eine Überforderung dar. Das Dolmetschsetting im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie stellt ohnehin ein Spezialsetting mit besonderen Herausforderungen dar. Die Beauftragung der Gebärdensprachdolmetscher_innen bei einer stationären Aufnahme sollte in jedem Fall, in Absprache mit der/dem Gehörlosen, von der Institution übernommen werden. Diese Absprache könnte folgendermaßen aussehen: Zeigen sie dem/der Gehörlosen die Fotos der Dolmetscher_innen und lassen sie sich zeigen, welche Dolmetscher_in gewünscht wird. Besonders im psychiatrischen Bereich ist eine Passung der Dolmetscher_in wichtig.

Psychischen bzw. psychosoziale Situation gehörloser Personen während Corona:

Seit einem Jahr befinden wir uns in einer Ausnahmesituation. Die Corona-Pandemie hat die Welt fest im Griff. Diese Zeit, die von Beschränkungen des sozialen Lebens geprägt ist, stellt für uns alle eine schwierige Zeit dar. Alle Personen sind in ihrer psychischen Belastbarkeit gefordert. Wie mit dieser Situation umgegangen werden soll, ist vielen Menschen schon zu Beginn der Pandemie nicht ganz klar. Die Versorgung mit Informationen und Updates über die aktuellen Regelungen und Maßnahmen hilft dabei, die Situation einschätzen und verstehen zu können. Auf Landesebene wurde schnell realisiert, dass eine Bereitstellung der Informationen in Österreichischer Gebärdensprache unverzichtbar ist, um die Kommunikation barrierefrei zu gestalten.

Doch auch in der alltäglichen Kommunikation stehen Gehörlose vor einer erschwerten Herausforderung: bei alltäglichen Handlungen, wie zB beim Einkaufen ist die Kommunikation zunehmend behindert. Durch die bestehende Maskenpflicht können Gehörlose schlechter die Mimik ihrer hörenden Gesprächspartner_innen erkennen und nicht von den Lippen ablesen. Dadurch kommt es oft zu Missverständnissen und die Kommunikation ist sehr mühsam. Diese Erschwernisse und die mangelnde Kommunikation wirken sich auf den psychischen Gesundheitszustand von Gehörlosen aus. Oft werden Situationen, in denen Kommunikation mit Hörenden stattfindet, vermieden, da diese aufgrund der Einschränkungen durch die Maske schon von Beginn an zum Scheitern verurteilt sind.

Die bestehende Unsicherheit in der Gesellschaft macht sich auch bei Gehörlosen bemerkbar, es besteht eine große Ungewissheit, wenig Informationsfluss und viele Fragen. Auch der Austausch der Gehörlosen untereinander ist gering, denn viele Möglichkeiten, um sich untereinander auszutauschen, können aufgrund der derzeitigen Situation nicht angeboten werden.

Eine besonders hervorzuhebende Gruppe sind die gehörlosen Senior_innen. Gerade wenn Senior_innen in Altersheimen oder in ländlicheren Regionen wohnen, haben sie es in Zeiten der Pandemie besonders schwer. Oft besitzen gehörlose Senior_innen keine technischen Geräte, um auf die Kommunikation über Videotelefonie auszuweichen oder es fehlt ihnen das technische Know-How. Es besteht die Gefahr, dass die Gehörlosen vereinsamen. Selbst in Alten- und Pflegeheimen kann diese Gefahr weiterbestehen, denn die Besuchsregeln sind strikt und in vielen Fällen wird auf die Maskenpflicht bestanden. So wird es fast unmöglich ein normales Gespräch zu führen. Da es auch fast keine gebärdensprachkompetenten Pfleger_innen gibt, kann es zu einer Vereinsamung in der Mitte von Leuten kommen. Auch im Bereich der Krankenhäuser und der Psychiatrie bestehen strikte Besuchsregeln. Oft ist auch die Inanspruchnahme von Gebärdensprachdolmetscher_innen schwierig, da in vielen Fällen kein Unterschied zwischen den Dolmetscher_innen und Besucher_innen gemacht wird.

Ohne die Corona-Maßnahmen der Regierung zu kritisieren, schaffen sie doch Rahmenbedingungen in denen das Recht auf Kommunikation für Gehörlose nicht uneingeschränkt gelten kann. Selbst wenn es Ausnahmen für die Kommunikation mit Hörgeschädigten gibt, so können diese nicht immer eingefordert werden. Dies führt zu Polemiken und unangenehmen Situationen. Mögliche Folgen davon sind Resignation und Zurückhaltung auf Seiten der Gehörlosen. Somit kommt keine Kommunikation zustande. Das kann sich wiederum auf die Psyche der betroffenen Personen auswirken.

Wie bereits angesprochen, gibt es kaum Situationen und Veranstaltungen, in denen sich Gehörlose untereinander austauschen können. Gehörlose Personen haben eine sehr kollektiv geprägte Kultur. Das Vereinsleben ist ein zentraler und wichtiger Bestandteil im Leben vieler Gehörloser. Diese Gelegenheiten, in denen eine barrierefreie Kommunikation miteinander möglich ist, fallen seit knapp einem Jahr komplett weg. Auch das ist für die psychosoziale Gesundheit vieler nicht förderlich.

5. Stellungnahme der Patientenanwaltschaft Region Salzburg-Tirol

Frau Mag.^a Christine Müller-Lacher MSc erklärt in ihrer Stellungnahme vom 16.04.2021 die Situation von psychisch kranken Menschen im Zusammenhang mit Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz in Tirol.

Grundsätzlich spricht sich die Patientenanwaltschaft Tirol für qualitätsvolle, bedürfnisgerechte Behandlung von Menschen mit psychischer Erkrankung aller Altersgruppen unter Vermeidung von Zwang aus. Um dies zu gewährleisten, sind entsprechende personelle Ressourcen und Hilfsmittel sowohl im stationären Bereich, aber auch im außerstationären Bereich sicher zu stellen. Die Versorgung von Menschen mit (chronischen) psychischen Erkrankungen soll dabei nach inklusiven Konzepten erfolgen, in denen die Selbstbestimmung und Wünsche der Betroffenen entsprechend berücksichtigt werden können und Entstigmatisierung geleistet werden kann.

Grundsätzlich begrüßt die Patientenanwaltschaft die Inbetriebnahme der stationären Versorgung in Zams, die mit 15. März 2021 mit 10 Betten begonnen wurde. Damit ist ein

weiterer Meilenstein einer dezentralen wohnortnahen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung grundgelegt.

Allerdings gestaltet sich die Umsetzung aufgrund der Personalsituation schleppend, sodass nicht konkret absehbar ist, wann die tatsächliche Vollversorgung mit 20 Betten inklusive Unterbringungen nach dem UbG gegeben ist. Einstweilen ist die stationäre Aufnahme nur an Wochentagen gewährleistet und Menschen, bei denen eine ernstliche und erhebliche Gefährdung nach dem UbG besteht, müssen nach wie vor an der psychiatrischen Abteilung B in Hall untergebracht werden. Auch Menschen, deren Erkrankung noch eine durchgängige stationäre Behandlung am Wochenende erfordert, müssen ebenso nach wie vor nach Hall transferiert und in Hall behandelt werden.

Eine entsprechende rasche Personalaufstockung, damit die geplante Vollversorgung mit Jahresende umgesetzt werden kann, ist dringend geboten. Die Patientenanwaltschaft kritisiert die Enge des geschlossenen Bereichs der psychiatrischen Abteilung am Bezirkskrankenhaus in Kufstein seit Jahren. Trotz Zusage eines Neubaus, bei dem dieser Bereich räumlich großzügiger und mit Gartenzugang für die Patient_innen umgesetzt werden soll, wird dieser immer wieder verschoben.

Zur Verbesserung der Behandlungs- und Betreuungssituation ist ein Neubau unabdingbar und rasch in die Wege zu leiten! Die gemischt-geschlechtliche Unterbringung von Patient_innen auf der Station A1 an der psychiatrischen Abteilung des LKH in Hall darf nach wie vor als suboptimal bezeichnet werden. Die Station ist baulich nicht darauf ausgerichtet übliche Krankenhaus-Standards zB in Hinblick auf Nasszellen für Männer und Frauen zu gewährleisten. Es bedarf diesbezüglich dringend baulicher Veränderungen und/oder einer konzeptionellen gendersensiblen Ausrichtung. Zur Vermeidung von negativen Effekten und Nebenwirkung durch Polypharmazie insbesondere bei multimorbiden Patient_innen halten wir die regelmäßige Beiziehung eines pharmakologischen Experten, der in der Klinikstruktur auch fix verankert ist, für zeitgemäß und geboten.

Das Regionalbüro der Patientenanwaltschaft hat eine Reihe von Forderungen erstellt, welche vom Tiroler Monitoringausschuss in seinen Empfehlungen und Forderungen eingearbeitet wurden.

6. Pensionistenverband Tirol

Der Pensionistenverband Tirol schreibt in seiner Stellungnahme vom 15.05.2021 zur Situation von älteren Menschen in Tirol:

Bei den Erfahrungen von älteren Menschen mit psychiatrischen/dementiellen Erkrankungen ist vorweg zu sagen, dass die Gruppe der „älteren Menschen“ sehr inhomogen ist, was auch nicht weiter verwundert, da darunter üblicherweise die 65-plus-jährigen verstanden werden und damit reicht das Spektrum von über 65- bis zu über 100-jährigen!

Zumeist wird hier die Altersgruppe 65 bis 80 Jahre und 80 plus unterschieden. Die Probleme der unterschiedlichen Gruppen im Bereich psychischer Erkrankungen sind ebenso unterschiedlich wie die soziale Situation. Vor allem bei Demenzerkrankungen gibt es die bei unter 75-jährigen eher seltene Alzheimer-Erkrankung, die wiederum bei 80-plus-jährigen sehr häufig wird alle Demenzerkrankungen zusammen zumindest 20 %, eher sogar 25 %.

Während man unter der sozialpsychiatrischen Versorgung der Älteren vor allem die niederschwellige und wohnortnahe fachgerechte (psychiatrische) Diagnose Behandlung von Demenzerkrankungen, Depressionen, Angsterkrankungen, altgewordenen Menschen mit Suchterkrankungen (über 80 eher selten in schwerer Ausprägung) und psychotischen Erkrankungen versteht, ist mit „psychosozial“ vor allem der Bereich der Wohnbetreuung und der Tagesstrukturbetreuung gemeint.

In Summe geht es bei der psychosozialen Versorgung um 6 Ebenen:

1. Medizinisches (Diagnose, Therapie, sowohl somatisch wie psychiatrisch)
2. Wohnen
3. Tagesstruktur
4. Angehörige (= familiäre care giver)
5. Diverse professionelle Helfer_innen (= prof. care giver)
6. Ethische und rechtliche Aspekte (zB Pflegegeld, Vorsorgevollmacht etc.)

Zur psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgung in stationären Wohnformen sieht die Situation so aus, dass Alten- und Pflegeheime vor allem im Pflegeheimbereich bis zu 70 % demenzkranke Bewohner_innen haben und oft nur wenig psychologische und noch weniger psychiatrische Mitarbeit.

Während es viele Psycholog_innen gibt, die in diesen Bereichen zur Verfügung stünden, ist die (alters-) psychiatrische Ressource sehr begrenzt, da es einfach viel zu wenig Psychiater_innen gibt und das hat auch entsprechende Auswirkungen auf die Versorgung.

Folgende Verbesserungsmöglichkeiten werden aufgezeigt:

- Der problematische Teil der Demenzerkrankungen (ca. 60 % davon Alzheimer) ist nicht so sehr die Vergesslichkeit, sondern die verschiedenen psychiatrischen Symptome im Verhalten, in der Stimmung, in der Wahrnehmung usw.
- Die Pflege hat in den letzten Jahrzehnten an vielen Orten (nicht überall!) viele Fortbildungen gemacht und teils hohe Kompetenzen entwickelt.
- Dennoch wäre ein Ausbau sowohl der psychologischen als auch der psychiatrischen Ressource wichtig, wobei letzteres eine grundsätzliche Planung (zB durch vermehrte fachärztlich psychiatrische Ausbildung) braucht und auch nicht von heute auf morgen zu bewerkstelligen ist.
- Eine viel zu wenig bekannte Methode um ältere, gerade auch demenzkranke, Menschen in Bewegung und gute Stimmung zu bringen ist die sogenannte „Motogeragogik“. Im Internet findet man Kurzvideos von Frau Thesi Zak, die Ausbilderin und Expertin dazu in Österreich ist.

Psychosoziale Wohnstrukturen in Tirol

In Tirol gibt es für erwachsene Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Wohnangebote der Behindertenhilfe. Sie werden im Rahmen der sozialpsychiatrischen Leistungen, teilzeitbetreutes Wohnen exklusive Tagesstruktur, teilzeitbetreutes Wohnen inklusive Tagesstruktur und sozialpsychiatrische Einzelbegleitung in Wohngemeinschaften und/oder mobil begleitet.

In Tirol war man im Zuge einer umfassenden Neugestaltung des Tiroler Teilhabegesetzes - unter Einbeziehung von Betroffenen und Dienstleistern - bemüht, Qualitätsstandards für Leistungsangebote auszuarbeiten. Wie sind die Qualitätsstandards für das Wohnen in der Sozialpsychiatrie in Tirol geregelt. Die dafür zuständige Abteilung Soziales teilt dazu Folgendes mit:

- Ist der Standort in einer Wohnanlage situiert, so hat dieser grundsätzlich barrierefrei zu sein. Wurde die Wohnanlage entsprechend den Kriterien des anpassbaren Wohnraumes (im Sinne der Verordnung über die technischen Bauvorschriften) errichtet, so ist der Qualitätsstandard diesbezüglich als erfüllt anzusehen.
- Sofern der Bedarf an Barrierefreiheit eintritt, ist diese umgehend sicherzustellen und darf die bis dato fehlende Barrierefreiheit nicht als Ablehnungsgrund für die weitere Betreuung bzw. eine Aufnahme angeführt werden.
- Jedes Nutzerinnenzimmer verfügt über eine Nasszelle, sofern die bautechnischen Möglichkeiten bestehen. (Wenn das vorhergehende Kriterium bei neuen Wohneinrichtungen nicht umgesetzt werden kann, teilen sich maximal 2 Nutzerinnen eine Nasszelle.)
- Die tatsächliche Festlegung der Anzahl und Dimension der notwendigen Räumlichkeiten orientiert sich an den Plätzen und Bedürfnissen der Zielgruppe. Bei neuen Einrichtungen wird von einem durchschnittlichen Richtwert von 40 m² - 45 m² Nutzfläche pro genehmigtem Platz ausgegangen. Die Zimmergröße darf jedoch 10 m² jedenfalls nicht unterschreiten.
- Die Größe für Dauerwohngruppen sollte 5 Plätze nicht überschreiten und an einem Standort können maximal 2 Gruppen begleitet werden. Die Größe für Übergangswohngruppen sollte 7 Plätze nicht überschreiten.
- Diese Leistung kann auch in Wohnanlagen angeboten werden, in denen sowohl Menschen mit Behinderungen als auch Menschen ohne Behinderungen leben. Dabei sollte das Verhältnis zwischen Menschen mit Behinderungen und Menschen ohne Behinderungen maximal 40 % zu 60 % sein.
- Für alle Nutzerinnen stehen Einzelzimmer zur Verfügung.
- Es stehen Gruppenraum, Gemeinschaftsraum und/mit Küche zur Verfügung.
- Die Grundausstattung der Wohnung und der Zimmer wird von der Einrichtung zur Verfügung gestellt.
- Die Nutzerinnen verfügen über eigene Zimmer- und Haustürschlüssel.
- Mitarbeiterinnenzimmer sind vom Gemeinschaftsbereich getrennt.

Für bestehende Wohneinrichtungen gilt:

- Standorte mit mehr als 10 Plätzen Dauerwohnen sind auf eine Größe von maximal 10 Plätzen (getrennt in 2 Wohngruppen) zu reduzieren bzw. sind die oben genannten Punkte zu erfüllen, sofern die bautechnischen Möglichkeiten bestehen.

Wenn zusätzliche Plätze vorhanden sind, die ausschließlich für Übergangswohnen bzw. für Krisensituationen genutzt werden, dann dürfen maximal 14 Plätze nicht überschritten werden.

Politische Maßnahmen

Da es psychisch erkrankten Personen in verschiedenen Phasen ihres Krankheitsverlaufs oft nicht möglich ist, für ihre Rechte und die Einhaltung von Mindeststandards im täglichen Leben zu kämpfen, ist es umso wichtiger, dass Systeme auch von außen her bedarfskonform gestaltet und überprüft werden.

Der Tiroler Monitoringausschuss hat sich daher im Jänner 2019 an den für diesen Bereich in Tirol zuständigen Landesrat DI Dr. Bernhard Tilg gewandt. Aktuell wurde eine neuerliche Anfrage 2021 gestellt, da es – vor allem auch coronabedingt – zu einigen Umsetzungsschritten gekommen ist. Wichtig erschien auch die Frage, ob es für Tirol einen ganzheitlichen, umfassenden Psychiatrieplan gibt, bei dessen Erstellung Betroffene und die Vorgaben der UN-BRK einbezogen wurden.

Dazu folgende Antwortschreiben:

„Die psychiatrische Versorgung in Tirol wurde im Zuge des stationären und ambulanten Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) erarbeitet. Ein ganzheitlicher umfassender separater Psychiatrieplan für Tirol liegt dementsprechend nicht vor, sondern ist aus beiden Regionalen Strukturplänen abzuleiten.

Die Tiroler Landesregierung hat 2018 den Beirat für psychosoziale Versorgung und die Stabstellen Psychiatrie und Suchtkoordination installiert. Zur Unterstützung des Beirates gibt es 4 Arbeitsgruppen (Sucht; Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen; Gesellschaftliche Teilhabe psychisch Erkrankter mobile Begleitung/Wohnen/Arbeit/Beschäftigung; Integrierte Versorgung/Case- und Caremanagement), die fachliche Expertisen erstellen und an der Umsetzung von Entwicklungsprojekten mitwirken. Die Arbeitsgruppen sind trialogisch besetzt.

Bei der Installierung des psychosozialen Krisendienstes soll auf die technischen Möglichkeiten einer Videotelefonie für Menschen mit einer Hörbehinderung eingegangen werden.

Psychosoziale und sozialpsychiatrische Unterstützung von allen in Tirol lebender Bürgerinnen liegt in der Zuständigkeit von Frau LR Gabriele Fischer und mir als Gesundheitslandesrat. Es gibt in meinem Zuständigkeitsbereich für Gesundheit, Pflege- und Betreuungseinrichtungen psychosoziale und sozialpsychiatrische Herausforderungen, die es gerade auch in Zeiten der Pandemie zu optimieren gilt, was mir persönlich ein sehr großes Anliegen ist.

Viele dieser Herausforderungen sind Schnittstellenthemen mit den Krankenversicherungsträgern, die wir im Rahmen der Landes-Zielsteuerung Gesundheit gemeinsam mit den Vertretern der Krankenversicherungsträger umsetzen. So wurde beispielsweise in der Landes-Zielsteuerung im Oktober 2017 die Koordinationsstelle Demenz am Landesinstitut für Integrierte Versorgung geschaffen. Die Koordinatorin agiert vernetzend zwischen den einzelnen Systempartner_innen. Die Begleitung und Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen wird seither stetig optimiert. Auch ist es gelungen für das Demenzforum, das etwa alle drei bis vier Monate stattfindet, alle relevanten Vertreterinnen zu gewinnen und gemeinsam an Lösungsstrategien zu arbeiten. An der Optimierung von psychosozialer und sozialpsychiatrischer Unterstützung für Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen wird unter dem Aspekt einer ganzheitlichen Behandlung beziehungsweise Begleitung gearbeitet.

So ist auch der im Oktober 2020 implementierte Psychosoziale Krisendienst, der am Wochenende rund um die Uhr zur Verfügung steht, für Zu- und Angehörige von Menschen mit Demenz eine mögliche Unterstützung. Ein_e Psychotherapeut_in und eine Krankenpflegeperson des gehobenen Dienstes mit Psychiatriediplom stehen telefonisch und bei Bedarf auch zum Einsatz vor Ort zur Krisenintervention bereit. Ein schon länger in Planung befindlicher psychosozialer Krisendienst für das Wochenende wurde dabei über den Sommer 2020 mit der Corona -Sorgenhotline zu einem Projekt zusammengeführt und leistet nun für Menschen in akuten psychischen Krisen niederschwellige Unterstützung.

Bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, sowie Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr stehen in Tirol für altersspezifische Diagnostik und Behandlung ein Kompetenzzentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Tirol Kliniken mit 2 Stationen und 6 Spezialbereichen (Unterbringungsbereich, Abhängigkeitsbereich, Eltern-Kind-Bereich, Kinderbereich, Jugendbereich und Essstörungen) sowie ambulanten Betreuungsplätzen und einer Ambulanz in Hall und einem Konsiliar- und Liaison Dienst in Innsbruck zur Verfügung.

Die Abteilung ist wie folgt aufgebaut:

Am Landeskrankenhaus Innsbruck wurden 5 ambulante Betreuungsplätze für Kinder- und Jugendpsychiatrie umgesetzt. Der Fokus für diese Betreuungsplätze liegt bei der Adoleszentenpsychiatrie. Am Landeskrankenhaus Hall: insgesamt 43 Betten - aufgeteilt auf: Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 31 Betten, davon 6 ambulante Betreuungsplätze und ein Department für Kinder- und Jugendpsychosomatik mit 12 Betten.

In Akutsituationen bieten die Pädiatrischen Abteilungen im Landeskrankenhaus Innsbruck, in den Bezirkskrankenhäusern Reutte, St. Johann, Kufstein und Lienz und im Krankenhaus Zams eine entsprechende medizinische Versorgung an.

Im Maßnahmenplan Psychische Gesundheit wurden folgende Ziele und Maßnahmen festgelegt: Es ist anzustreben, dass in Tirol ausgebildete Kinder- und Jugendpsychiater_innen durch geeignete Angebote in der Versorgungslandschaft gehalten werden können.

Die Besetzung von Stellen für Kinder- und Jugendpsychiater gestaltet sich schwierig, alternative Versorgungsformen müssen angedacht werden.

Die Vernetzung der Kompetenzzentren mit dem niedergelassenen Bereich ist voranzutreiben.

Bezugnehmend dazu hat die Landes-Zielsteuerungskommission „Home treatment“ im „Maßnahmenplan für psychische Gesundheit“ vom November 2019 verankert und wird mit 6.5.2021 voraussichtlich die Einrichtung einer Steuerungsgruppe beschließen. Diese Steuerungsgruppe wird bestehen aus Vertreterinnen des Landes /TGF der SV und des Beirates für psychosoziale Versorgung mit dem Auftrag das bestehende Konzept zu „Home treatment“ für Kinder- und Jugendliche zu entwickeln. Die Empfehlungen der AG Unterstützung für suchtgefährdete Kinder und Jugendliche sind dabei nach Möglichkeit zu berücksichtigen. Die Umsetzung des Projektes „Home treatment“ für Kinder- und Jugendliche soll ab 2022 erfolgen. Die Zustimmung der Sozialversicherungsträger ist in jedem Fall erforderlich.

Bezüglich der Psychosozialen Zentren wurde zwischenzeitlich eine Steuerungsgruppe eingerichtet, die nun die Umsetzung der Psychosozialen Zentren ebenfalls unter Federführung der Abteilung Soziales des Landes Tirol mit Vertreterinnen der Sozialversicherung und der Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten vorantreibt. Die Ausbildung von Genesungsbegleiter_innen wird am Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe durchgeführt und vom Tiroler Gesundheitsfonds mitfinanziert, die Entscheidung für eine Anstellung von Genesungsbegleitern in den Psychiatrischen Abteilungen obliegt den Krankenanstalten und ist seitens des Landes jedenfalls zu begrüßen.“

Neue Wege - Das Recovery Konzept in der Psychiatrie

Das Recovery Konzept eröffnet neue Wege in der Psychiatrie. Dazu gibt es schon viel zu lesen (Zum Beispiel:

https://www.spitalfmi.ch/fileadmin/media/psychiatrische_dienste/pdf/Artikel_Recovery_SAEZ_2013.pdf)

Andreas Knuf, Recovery und Empowerment (Neuausgabe 2020)

<https://www.thalia.at/shop/home/artikeldetails/ID148680119.html>

Das Recovery-Konzept geht von 4 wichtigen Schlüsselwerten in der Behandlung aus:

- Personenorientierung
- Einbeziehung der Betroffenen
- Selbstbestimmung und Wahlfreiheit
- Anerkennung eines Wachstumspotentials

Recovery könnte mit „Genesung“ oder „Wiedererlangung von Gesundheit“ übersetzt werden (vgl. Knuf Andreas, Empowerment und Recovery - 2016, Seite 12) und umfasst eine ganzheitliche Betrachtung von Erkrankung und Lebenskrisen. Der Recovery-Ansatz will den individuellen, betroffenen Menschen in den Mittelpunkt einer Behandlung rücken. Es geht um eine positive Auseinandersetzung der Betroffenen mit sich und ihrer Erkrankung. Ebenso ist Recovery ein Prozess, in dem die Betroffenen einen Sinn und eine Zielsetzung im Leben zurückgewinnen. Genesung wird dabei nicht als Symptomfreiheit verstanden, sondern als ein Weg hin zu einem freudvollen und zufriedenen Leben, in dem Betroffene ihre eigenen Grenzen akzeptieren lernen und neue Möglichkeiten in ihrem Leben erkennen. Recovery ist also mehr als „nur“ die Bewältigung von Symptomen“, auch bedeutet es nicht unbedingt vollständige „Heilung“ (vgl. Knuf Andreas, Empowerment und Recovery - 2016, Seite 12). Es versteht sich als ein individueller, tiefgreifender, lebenslanger Prozess.

Ziele der Recoveryarbeit (Knuf - 2016, Seite 14)

- Perspektive (Möglichkeit eines zufriedenen Lebens und der Gesundheit)
- Hilfen (zB Peer-Support, Therapie, ...)
- Hoffnung (wird durch professionelle Arbeit, Freunde, Angehörige, ..., vermittelt)
- Selbsthilfe (jedes Element, das man aus dem Prozess für sich nutzt)
- Selbstbestimmung (sämtliche Wahlmöglichkeiten, sowie Einbeziehung in Prozesse bzw. Entscheidung treffen zu können)
- Selbstverantwortung (Ich bin für mein Leben verantwortlich, niemand anderer sonst!
Das heißt, nur ich kann etwas an meiner Situation ändern!)

Das erzeugt auch eine vollkommen andere Haltung zum Gesundheitsbegriff. Gesundheit gilt nun nicht mehr als „Abwesenheit von Krankheit“ wie es im medizinischen Sinne oft notwendig ist (zB für eine „Krankschreibung“ zur Legitimierung von Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsminderung). Vielmehr geht es um die Überwindung der Unterscheidung von „gesund“ und „krank“ als zentralem Schritt zum Verständnis von Recovery.

Recovery-Orientierung der Hilfeangebote bedeutet (ÖKSA-Jahrestagung 2020, Seite 27):

- Personenzentrierung anstatt Institutionszentrierung: Lebensfeldorientierung, Kontinuität, Multidisziplinarität, Mobilität
- integrative Behandlung, bei der ein Team verschiedene Behandlungen in unterschiedlicher Zusammenstellung über verschiedene Zeiten anbieten kann
- im Rahmen eines menschenrechtsbasierten Ansatzes
- wo eine Zusammenarbeit FÜR Veränderung stattfindet
- Selbsthilfe und Interessensvertretung
- Peer Support

Betroffene können auf ihrem „Genesungsweg“ wesentliche Schritte und unterschiedliche Stadien ihrer Erkrankung erfahren und aus ihren eigenen Erfahrungen sinnstiftende Werte schöpfen und umsetzen. Die Anforderungen und Aufgaben an Gesundheit werden vom Betroffenen selbst mitentwickelt. Demoralisierende Resignation und Stigmatisierung können so reduziert werden. Dieser Behandlungsprozess verlangt in der Medizin und Psychotherapie ein großes Umdenken.

In der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde sind als zentrale Punkte einer Recovery-Behandlung folgende Punkte festgehalten:

- Trialogische Zusammenarbeit
- Förderung von Selbstmanagement
- Peerberatung
- partizipative Entscheidungsfindung
- Angemessene Informationsvermittlung
- Empfehlung zu Selbsthilfegruppen und
- Einbeziehung von Angehörigen.

Dieser Behandlungsansatz hat über die Psychiatrie hinaus weitreichende Chancen für die gesamte Medizin.

Teil 4: Beiträge der Öffentlichen Sitzung vom 26.11.2019 zum Thema „psychosoziale und sozialpsychiatrische Versorgung in Tirol“

Der Tiroler Monitoringausschuss präsentierte bei seiner öffentlichen Sitzung am 26.11.2019 eine Reihe von Gastrednern. Diese gaben einen Einblick auf die sozialpsychiatrische Versorgung in Tirol. Dies sind Einblicke aus Sicht von Expert_innen als Betroffene und aus der Sicht von Expert_innen als Behandler und Unterstützer bei der Bewältigung bei psychischen Krankheiten.

Die Vorträge gaben einen umfassenden und sehr eindrucksvollen Einblick zum Thema aus verschiedenen Betrachtungsweisen, weshalb wir diese Beiträge in der Reihenfolge der Präsentation, wiedergeben:

Voithofer Caroline

(Univ. Assistentin Universität Innsbruck, Mitglied des Tiroler Monitoringausschusses)

Psychische Erkrankungen und die UN-Behindertenrechtskonvention sind ein Thema, das viel mehr in der Öffentlichkeit diskutiert werden müsste und auch mehr Beachtung braucht.

Der Vortrag betrachtet kurz rechtliche Grundlagen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) sowie speziell die Frage, ob sich Personen mit psychischen auf die Konvention stützen können. Die Antwort auf diese Frage ist sehr wichtig, damit der Tiroler Monitoringausschuss und andere Einrichtungen wissen, was sie für die betroffenen Menschen tun können. Im Vortrag geht es nach dem rechtlichen Überblick weiter mit konkreten Rechten aus der UN-BRK, die für Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders wichtig sein könnten. Um zu wissen, welche Rechte aus der UN-BRK am wichtigsten sind, müssten wir aber Betroffene selbst fragen! Der Vortrag schließt am Ende mit wenigen praktischen Überlegungen, was konkret wichtig wäre, um die Situation in Tirol zu verbessern.

Die UN-BRK und das zugehörige Fakultativ-Protokoll, sind von Österreich ratifiziert worden. Eine kurze Erklärung zum Fakultativ-Protokoll. Es handelt sich um ein Zusatzprotokoll, welches mindestens gleich wichtig wie die UN-BRK ist. In diesem Fakultativ-Protokoll wird der Beschwerdemechanismus beschrieben.

Der Beschwerdemechanismus bedeutet, dass sich Menschen mit Behinderungen auf die Rechte aus der UN-BRK stützen und dann ein Beschwerdeverfahren vor der UNO in Genf führen können. Dieses Beschwerdeverfahren ist wie ein überstaatliches Rechtsmittel.

Die UN-BRK wurde von Österreich auch ins nationale Recht übergeführt, nämlich am 26. Oktober 2008. Es ist also schon über 10 Jahre her, dass Österreich die UN-BRK als rechtsverbindlichen Bestandteil in seiner Rechtsordnung hat.

Interessant ist auch, dass die Europäische Union der Konvention beigetreten ist. Das ist immer dann der Fall, wenn es um staatenübergreifende Aspekte geht oder um Kompetenzen, wo die Europäische Union Gesetzgebungs- oder Umsetzungsaufgaben hat.

Die deutschen Übersetzungen sind keine authentischen Sprachfassungen, das heißt, wenn wir eigentlich wirklich wissen wollen, was im Konventionstext steht, müssen wir in einer authentischen Sprachfassung nachschauen. Authentische Sprachfassungen sind zum Beispiel Englisch oder Französisch. Österreich, Deutschland und die Schweiz haben sich trotzdem auf eine einheitliche Übersetzung in deutscher Sprache geeinigt. Da gab es einiges an Kritik. So war zum Beispiel der Begriff der Inklusion nicht im deutschen Text vorhanden, sondern von Integration die Rede. Österreich hat das im Jahr 2016 korrigiert.

Nun jedoch zur näheren Betrachtung, ob psychische Erkrankungen als Behinderung im Sinn der UN-BRK gelten. Wenn man die Frage mit Nein beantworten würde, dann hätten die Menschen, die psychisch erkrankt sind, keine Möglichkeit sich auf Rechte aus der Konvention zu berufen. Also um sich auf die Konvention berufen zu können, muss man im Sinn der Konvention behindert sein. Die UN-BRK hat eine Definition von Menschen mit Behinderungen ziemlich an den Anfang gestellt. Im zweiten Satz von Artikel 1 lautet es **„zu den Menschen mit Behinderungen zählen, Menschen die langfristige körperliche psychische intellektuelle Beeinträchtigungen oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie im Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an und wirksamen Teilhabe gleich berechtigt mit anderen an der Gesellschaft hindern können“**.

Worauf kommt es also an? Es kommt dabei darauf an, dass nicht nur eine vorübergehende Erkrankung vorliegen darf, sondern eine langfristige Beeinträchtigung, gemeinsam mit Barrieren in der Gesellschaft. Das können rechtliche Barrieren sein oder mangelnde Unterstützungsmaßnahmen als Barrieren.

Diese Barrieren kommen zu einer Beeinträchtigung also hinzu und schließen Menschen, die eine Beeinträchtigung haben, von der Teilhabe an der Gesellschaft aus. Das ist ein sehr weiter Begriff von Behinderung und führt vom medizinischen Verständnis von Behinderung mehr zum sozialen Begriffsbild. Warum? Es steht in der UN-BRK die Pflicht, dass man auf die Barrieren schauen muss, die in Gesellschaften bestehen. Rechtliche Barrieren, soziale Barrieren, bauliche und gestalterische Barrieren - alles kann durchaus darunterfallen. Da müssen Betroffene gefragt werden, welche Barrieren sie wahrnehmen.

Diese weite Definition schließt eigentlich fast nichts aus. Diverse Krankheitskataloge, wie zB ICD bilden daher keine Grundlage für diese Definition. Sie würden sich wieder nur an die medizinische Definition knüpfen. Das wäre nicht im Sinn der UN-BRK. Es geht darum, zu schauen, wo sind Barrieren.

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist der Artikel 26 der UN-BRK wesentlich. In Artikel 26 steht unter der Überschrift „Befähigung und Rehabilitation“, dass man die Menschen mit ihren Eigenschaften und Beeinträchtigungen im Sinn von Artikel 1 Satz 2, so

befähigen und unterstützen soll, dass sie tatsächlich gleichberechtigt wie alle anderen an der Gesellschaft teilhaben können. Also auch bei Vereinen dabei sein, ins Theater gehen, die Universität besuchen können – eine ganz umfassende Betrachtung. Wir müssen Betroffene fragen, um zu wissen, wo ihre tatsächlichen Barrieren sind.

Im Artikel 26 steht auch, dass, je nach Barriere, so früh wie möglich mit Unterstützungsmaßnahmen angefangen werden soll. In Artikel 26 wird auch der Begriff „Peer Support“ erwähnt. Artikel 26 erwähnt auch technische Unterstützung und Hilfsmaßnahmen. Menschen mit Behinderungen sollen mit ihrem spezifischen Unterstützungsbedarf befähigt werden, selbstbestimmt zu leben.

Artikel 26 der UN-BRK ist für Menschen mit psychischen Erkrankungen sehr zentral, weil Artikel 26 sich nicht damit beschäftigt, ab wann jemand „nur psychisch krank“ ist, oder schon das „Ausmaß einer Behinderung“ vorliegt. Diese Unterscheidung ist eine, die die Konvention so nicht vorgesehen hat. Damit in Verbindung ist auch der Artikel 8 der UN-BRK. Auch Artikel 8 ist für Menschen mit psychischen Erkrankungen wichtig. In Artikel 8 geht es um die Bewusstseinsbildung. Es geht also darum, Klischees und Vorurteile zu bekämpfen, das Bewusstsein für die Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen zu fördern und das Bewusstsein für die Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde zu fördern. Aus dieser kurzen Auflistung ist zu schließen, dass alle Rechte in der UN-BRK grundsätzlich auch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigten relevant sind.

Österreich als Bund, wie auch die Länder in ihrer Kompetenz, haben die UN-BRK umzusetzen. Der Aufbau Österreichs in Zuständigkeiten von Bund und Ländern ist aus Sicht der UN-BRK nicht relevant. Wenn Österreich die UN-BRK verletzt, dann wird das durch die UNO festgestellt. Durch das Fakultativ-Protokoll können sich einzelne Betroffene auch in Genf beschweren. Dort kann dann festgestellt werden, dass die Pflichten Österreichs nach der UN-BRK nicht erfüllt wurden. Eine negative Feststellung ist für Österreich peinlich.

Zu Artikel 26 gibt es jedoch eine Einschränkung, denn dieser Artikel zählt nicht zu den politischen Rechten, sondern zu den sozialen Rechten. Das bedeutet, dass Österreich nur in so weit verpflichtet ist sofort Umsetzungsmaßnahmen zu setzen, als genügend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Das steht in Artikel 4 Absatz 2 der UN-BRK.

Die finanziellen Mittel rechtfertigen keine Untätigkeit Österreichs. Österreich ist im internationalen Vergleich sehr reich und deswegen ist es verpflichtet, zu handeln und die Situation ständig zu verbessern. Deswegen ist es seine Pflicht zu schauen, wo die Barrieren für Menschen mit psychischen Erkrankungen liegen und wo die Rechte aus der UN-BRK in der Realität verletzt werden.

Die Aufteilung von Zuständigkeiten in der Gesetzgebung und Umsetzung zwischen Bund und Ländern aber auch zwischen unterschiedlichen Ressorts oder auch Parteien, macht die Umsetzung der Rechte aus der Konvention oft nicht leicht. Was brauchen aber Betroffene, um unkomplizierte Lösungen zu finden. Die UN-BRK selbst hat schon gewusst und erkannt, dass es schön ist, Rechte zu verankern. Es kommt aber auch darauf an, dass sich auch etwas

verbessert. Daher setzt die Konvention auf die Überwachung der Durchführung und die Umsetzung der Konvention. Beim Bund übernimmt diese Aufgabe der Bundes-Monitoringausschuss, in den Ländern die dortigen Monitoringausschüsse. Diese Veranstaltung hier findet im Sinne seiner Überwachungsaufgabe vom Tiroler Monitoringausschuss statt.

Wie muss diese Überwachung passieren? Was sind die Vorgaben der UN-BRK? Die Überwachung muss staatlich unabhängig sein. Niemand darf den Mitgliedern der Monitoringausschüsse eine Weisung erteilen. Und noch wichtiger, in den Monitoringausschüssen müssen Menschen mit Behinderungen vertreten sein.

Die Volksanwaltschaft ist eine zentrale Einrichtung, die die Einhaltung von Menschenrechten überwacht. Sie hat ganz zentral mit dem Thema der psychischen Erkrankung zu tun, da sie OPCAT-Kommissionen hat, die alle Einrichtungen überprüft, die mit Freiheitsbeschränkungen verbunden sind. Dies trifft oft für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu. Das umfasst auch alle Heime und psychiatrische Abteilungen in Krankenhäusern. Dort kann die regionale OPCAT-Kommission unangekündigt vor Ort Überprüfungen durchführen ob die Menschenrechte eingehalten werden.

Weil es unterschiedliche Überwachungs-Stellen gibt, ist es wichtig, dass die unterschiedlichen Stellen, die sich um die gleichen Rechte kümmern, auch zusammenarbeiten. Deshalb ist zum Beispiel bei dieser Veranstaltung auch ein Vertreter der OPCAT-Kommission eingeladen.

Ein Recht zu haben ist nicht viel wert, wenn man es nicht durchsetzen kann. Es ist daher wichtig, dass aus der UN-BRK tatsächlich eine Verbesserung für die Betroffenen folgt. Recht soll eigentlich den Sinn haben, die Gesellschaft zu verbessern.

Elisabeth Holzleitner ist Rechtsphilosophin in Wien. Sie schreibt, dass es viel braucht, um ein Recht zu verwirklichen. Es braucht:

1. Das Wissen, das man ein Recht hat.
2. Rechtliche Unterstützung und Beratung für die Durchsetzung des rechtlichen Anspruchs.
3. Leider oft aber auch Zeit und Geld für die Durchsetzung des rechtlichen Anspruchs.
4. Gute Nerven und eine hohe Frustrationstoleranz.

Das ist glaube ich etwas, was alle, die Rechte durchsetzen wollten, unterstreichen können und, wenn wir uns jetzt überlegen, es geht heute bei dem Thema darum, dass Menschen schon an psychischen Erkrankungen erkrankt sind oder, dass sie sonst aufgrund ihrer psychischen Situation eben nicht in der besten möglichen Verfassung sind, dann sind die Nerven und die hohe Frustrationstoleranz noch einmal stärker strapaziert und es wird sehr schnell deutlich, dass wir hier auch in Tirol - unabhängig von den Kompetenzen - Unterstützungsangebote bieten müssen. Wichtig ist dabei eine niederschwellige, immer auf verschiedene Weisen zugängliche und barrierefreie Beratungseinrichtung, die sowohl Betroffene als auch Angehörige dabei unterstützt. Die zum Beispiel dabei unterstützt,

weitere Infos zu kriegen. Die auch hilft Anträge zu verfassen. Die Beratungsstelle muss wirklich einen Überblick haben, welches Beratungs- und Unterstützungsangebot in der jeweiligen Region vorhanden ist.

Wir können uns das alle gut vorstellen, wenn wir uns überlegen, dass wir Verwandte oder Angehörige in einer psychischen Ausnahmesituation haben oder selbst betroffen sind. Da braucht man schnell und unkompliziert Auskunft, Rat und Hilfe. Was man nicht braucht, ist erst recht wieder suchen zu müssen, wer ist zuständig, gibt es da jemanden oder niemanden. Die Länder müssen daher das nötige Geld für solche Stellen in die Hand nehmen. Damit unkompliziert tatsächlich gewährleistet ist, dass Auskunft, Rat und Hilfe zugänglich dort zur Verfügung stehen, wo es gebraucht wird. Es hilft dann nichts, wenn in Innsbruck eine super tolle Beratungsstelle ist, aber am Land kein Zugriff auf dieses Beratungsangebot möglich ist. Es hilft wenig, wenn sich die Beratung nur auf die in Innsbruck verfügbare Unterstützungsstruktur bezieht. Man braucht einen Gesamt-Überblick über Österreich.

Primar Dr. Martin Schmidt

(Primar Psychiatrie Lienz)

Prim. Dr. Martin Schmidt ist Abteilungsleiter der psychiatrischen Station im Bezirkskrankenhaus Lienz. Es ist ihm eine Ehre, bei dieser Veranstaltung zu sprechen, da man gewöhnlich auf die großen Kliniken schaut, und nicht auf die kleinen. Lienz ist nur ein kleiner Betrachtungswinkel des Tiroler Versorgungsgebietes.

Geschichtlich betrachtet ist die Psychiatrie ein Katastrophenfach. Es gab in den 70-er und 80-er Jahren in Deutschland – und in Österreich etwas später und in England etwas früher – große Anstrengungen, die psychiatrische Versorgung zu reformieren. Die Engländer haben sich dabei sehr stark auf die Verbesserung der unmittelbaren Behandlung konzentriert.

Die Deutschen – und später dann auch die Österreicher und Franzosen – haben eine andere Betrachtung durchgeführt. Sie wollten Strukturen verändern, damit sich auch etwas in den Kliniken verändert. So gab es im Grunde zwei konkurrierende Ansätze, die beide Vor- und Nachteile haben. Es wird zwischen „Inhaltlich/Behandlung“ und „Formal/Strukturen“ unterschieden.

Ein wesentlicher Punkt bei dieser Psychiatriereform war die Dezentralisierung. In Tirol ist in dieser Hinsicht schon einiges passiert. Wenn das Krankenhaus Zams auch im Versorgungsnetz ist, ist eine dezentrale Versorgung in Tirol größtenteils abgeschlossen.

Innerhalb der Psychiatrie sind sogenannte Abteilungspsychiatrien immer wieder in Frage gestellt worden. Geschichtlich sind die Psychiatrien eigentlich in riesigen Anstalten mit hunderten Patienten gewachsen. Er selbst hat noch in einer Klinik in Bayern mit 1400 Patienten zu arbeiten angefangen. Als er von dort ging, waren es noch ca. 310 Patienten. Man wollte damals diese großen Anstalten zersplittern und die psychiatrischen Versorgungen in allgemeinen Krankenhäuser angliedern – also abteilungspsychiatrische

Einheiten schaffen. Dieses Thema ist nach wie vor umstritten. Die Frage ist nämlich, ob das wirklich das bessere Konzept ist, als die spezialisierte psychiatrische Großklinik. Er ist ein entschiedener Vertreter der Auffassung, dass Abteilungspsychiatrien große Vorteile haben.

In der letzten Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki wurde bereits 1964 festgelegt, dass jeder Arzt verpflichtet ist, einen Menschen zunächst ambulant zu behandeln. Erst wenn das nicht geht, muss eine teilstationäre, und erst dann eine stationäre Behandlung erfolgen. Dies ist die Festlegung des Prinzips „ambulant vor stationär“. Solange die Krankenhäuser aber umgekehrt finanziert werden, wird dieser Satz immer noch nicht wirklich umgesetzt. Heute bekommt ein Krankenhaus Geld für eine stationäre Aufnahme. Und zwar dramatisch mehr als bei einer ambulanten Behandlung. Im Grunde wird das Prinzip ambulant vor stationär nicht wirklich ernst genommen. Dies ist wie eine Bestrafung des Krankenhauses, denn je mehr ambulant behandelt wird, desto weniger Geld bekommt es.

Diese einzelnen Punkte sind sehr kritisch zu betrachten, werden aber im Rahmen dieser Veranstaltung nur gestreift. Die Psychiatriereformen gingen an einer ganzen Reihe von Menschen vorbei. Ein Beispiel, über das in der Öffentlichkeit nie diskutiert wird, sind etwa die Suizide, also die Selbsttötungen von Menschen. In der Grafik sieht man, dass Alter und das Geschlecht von Frauen und Männern eine Rolle spielen.

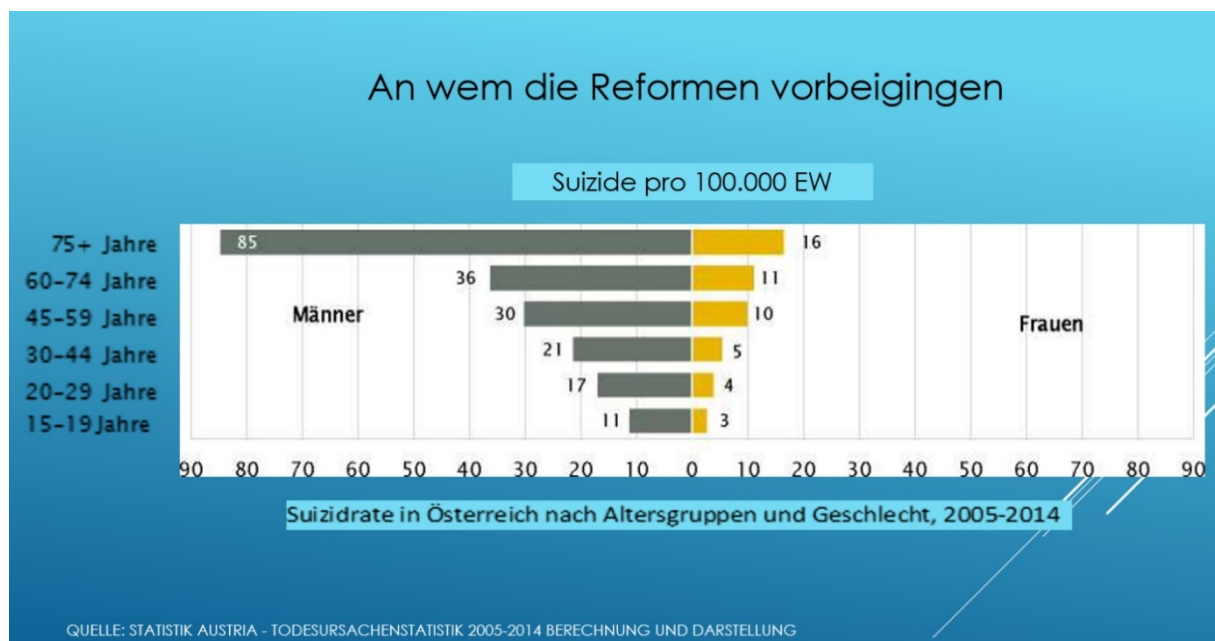


Tabelle 1: Eine Tabelle über die Selbstmordrate von Männern und Frauen nach dem Alter gestaffelt.

Je älter ein Mensch wird, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass er sich umbringt. Bei den 75-jährigen Männern töten sich in Österreich im Schnitt 85 von 100.000 Menschen (vgl. Folie 4). Die Gründe hierfür müssten erforscht werden. Dafür gibt es sicher verschiedene Ursachen aber zunächst einmal muss man diese Tatsache feststellen.

Betrachten wir uns beispielsweise die Zahlen der Unterbringungen näher:

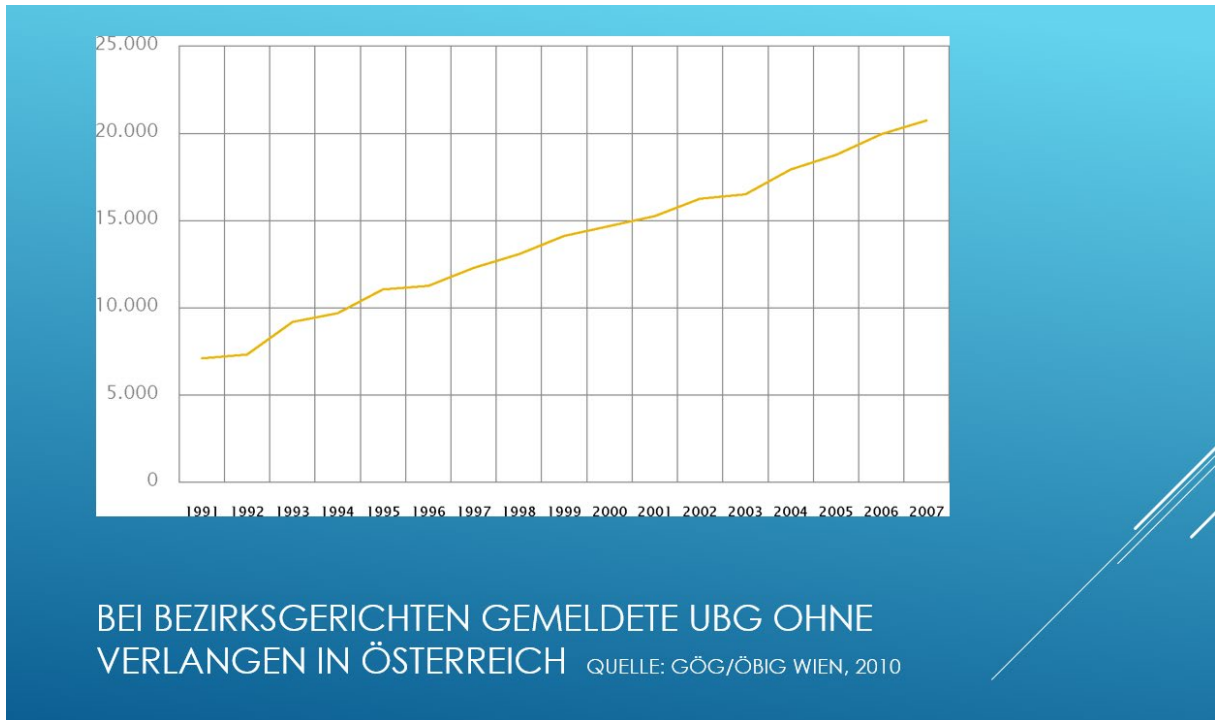


Tabelle 2: Bei Bezirksgerichten gemeldete Unterbringungen ohne Verlangen in Österreich.

Die Tabelle zeigt, dass zwischen 1991 und 2007 diese Zahl von 7.000 auf die 20.000 österreichweit steigt. Warum ist das so? Der Trend setzt sich fort. In der Zwischenzeit nähern wir uns den 25.000 Unterbringungen jährlich. Wann diese Zuwachsraten einmal aufhören werden zu steigen, wissen wir im Augenblick noch gar nicht. Es gibt aber keine wesentliche Forschung zu der Frage, „Was sind die Bedingungen unter denen eine Gesellschaft sich so etwas leistet“.

Es stellt sich durchaus als weitere Frage, warum bei einem Herzinfarkt der Notarzt zur Hilfe gerufen wird, und beim psychisch Kranken meistens die Polizei. Häufig münden diese Kontakte mit der Polizei in sogenannten Unterbringungen. Da werden Menschen unfreiwillig in die Psychiatrie gebracht und dann auch unfreiwillig in der Psychiatrie eingesperrt. Wenn man nun im Einzelnen die Unterbringungsraten pro Bundesland in Österreich betrachtet, kommt man zu einem ähnlichen fragwürdigen Ergebnis.

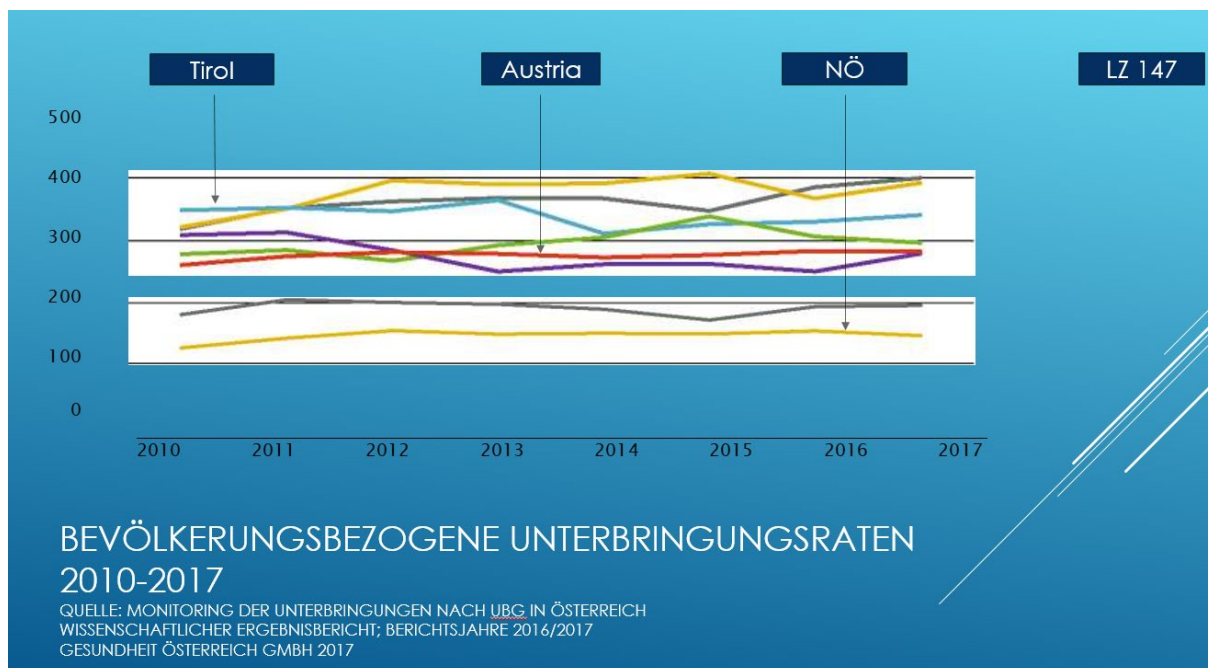


Tabelle 3: Vergleich von Unterbringungen in Tirol, Niederösterreich und Gesamtösterreich.

In der Grafik sieht man die Unterbringungsrate in Tirol. Tirol liegt mit 300 bis 370 Unterbringung pro Jahr und pro 100.000 Einwohnern relativ hoch. Niederösterreich zeigt deutlich niedrigere Zahlen. Der Bezirk Lienz liegt ungefähr bei den Zahlen von Niederösterreich. Auch hier erhebt sich die Frage, wie kann es sein, wenn die Ausbildung der Ärzte gleich ist, wenn die Medikamente gleich sind, wenn die Strukturen, wenn die Gesetze gleich sind, dass bis zu drei Mal mehr Menschen in einem Bundesland untergebracht werden als in einem anderen. Ich glaube das sind wesentliche Fragen, die diese Ausschüsse beschäftigen müssen.

Ein anderes Beispiel: Die Unterbringungshäufigkeiten zwischen einzelnen Krankenhäusern. Es gibt psychiatrische Krankenhäuser, die nehmen fast keine Menschen untergebracht auf und es gibt welche, die nehmen sehr viele auf. Das wurde bislang ebenfalls nicht wirklich untersucht. In Lienz gibt es eine kleine Untersuchung, die von der Patientenanwaltschaft gemacht wurde. Folie 6 zeigt die bevölkerungsbezogene Unterbringungszahl in Lienz mit 147. Das scheint erstaunlich wenig und man kann sie mit den Zahlen in anderen Bundesländern vergleichen.

Spannende Zahlen gibt es aber auch bei der Betrachtung, wie viele der untergebrachten Menschen werden auch noch zwangsbehandelt? Zur Zwangsbehandlung gehört zum Beispiel auch eine mechanische Fixierung.

Wien durchschnittlich	46%
Austria durchschnittlich	35%
Lienz durchschnittlich	32%

WAHRSCHEINLICHKEIT UBG + MECHANISCHE FIXIERUNG 2011 - 2017

Tabelle 4: Darstellung der Wahrscheinlichkeit von mechanischen Fixierungen in Prozent.

Als psychiatrischer Patient untergebracht in Wien, haben Sie eine 46 %-ige Wahrscheinlichkeit, mechanisch fixiert zu werden (vgl. Folie 12). Diese Zahl ist zwar in Lienz deutlich niedriger, aber immer noch zu hoch. Die Fixierung ist eine Freiheitsberaubung und das österreichische Unterbringungsgesetz regelt, unter welchen Bedingungen jemand gegen seinen Willen in einer psychiatrischen Klinik eingesperrt werden darf. Innerhalb dieses Gesetzes gibt es einen gewissen Spielraum, wo man Patienten gegen ihren Willen zum Beispiel, Medikamente geben oder sie fixieren darf. In Österreich werden diese Maßnahmen von einem Patientenanwalt und den Gerichten überprüft.

Wir wissen, was man tun müsste, um diese Zahlen zu verringern. Es ist also nicht so, dass wir da völlig im Blinden tasten, aber das erfordert sehr viele Anstrengungen.

Zu diesem Thema gehört auch die Geschichte der Netzbetten. Es handelt sich dabei um Betten, über die man ein Netz spannen kann, damit erregte Patienten sich nicht mehr frei bewegen können. Netzbetten sind seit 2015 in Österreich verboten. Die letzten, die die Netzbetten abgeschafft haben, waren die Wiener. Die Bayern kannten Netzbetten gar nicht – so groß waren die Unterschiede in den Psychiatrien.

Die österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie hat an die Landeshauptleute im Januar 2015 Empfehlungen geschickt, was könnte man/muss man empfehlen, damit die Zwangsmaßnahmen weniger werden und dieser Katalog schlägt unter anderem bessere Räumlichkeiten und mehr Personal vor.

Ich weiß nicht, ob die Krankenhäuser in Tirol tatsächlich Anstrengungen unternommen haben, um beispielsweise ihre Unterbringungsbereiche besser auszubauen und ob die vorhanden Räumlichkeiten einer modernen, architektonisch fachgerechten Prüfung unterzogen wurden? Meines Wissens ist da nichts passiert.

Die Qualifizierung des Personals ist das geringere Problem, da hat sich viel getan. Die breite Diskussion über Zwangsmaßnahmen findet dagegen kaum statt, weder in den Fachkongressen noch in einer anderen Form von Öffentlichkeit. Mit dieser Diskussion befindet man sich außerhalb der Norm. Es ist unter Psychiatern nicht gern gesehen darüber zu sprechen, dass wir Menschen Gewalt antun. Dieses Thema wird großartig gemieden.

Ein weiterer wichtiger Bereich ist die differenzierte Datenerfassung. Ab Jänner 2020 schreibt der § 51 des Krankenanstalten und Kuranstalten-Gesetzes in Tirol vor, welche Daten zu erfassen sind. Diese Bestimmung ist noch nicht ausreichend, aber immerhin geht das schon in die richtige Richtung eines Datenabgleichs zwischen den Kliniken. Wir brauchen eine bessere Zahlengrundlage, um die einzelnen Kliniken zu vergleichen. Man bekommt auch Einblick in die Verwendung von Zwangsmaßnahmen, wie lange sie dauern, welche an wie vielen Menschen werden verwendet und wie oft sie angewendet werden. Das bedeutet Transparenz.

Wo sind noch die großen offenen Baustellen in der psychiatrischen Versorgung? Die Dezentralisierung geht relativ gut voran. Zur Frage der gemeindenahen Versorgung gibt es zwei Meinungen. Entweder man geht mit den Betten in die Gemeinden oder man sagt, wir wollen gar keine Betten mehr und wir gehen als Teams in die Gemeinden. Im Rahmen des psychisch sozialen Beratungsgremiums gibt es nun eine starke Initiative. Es wird zumindest drei Testregionen in Tirol geben, in denen multidisziplinäre Teams vor Ort zu den Menschen gehen, die in irgendeiner Form Hilfe benötigen. Hilfe soll dort nicht über Betten oder Institutionen, mit langen Wartezeiten und Terminvergaben gebracht werden. Man geht dorthin, wo die Menschen leben und fragt, was sie brauchen.

Das Gleiche gilt für das Thema Rehabilitation: Wer sagt, dass Rehabilitation immer in einer Einrichtung zu passieren hat und nicht vor Ort? Das ist eine These, die in den neuen Leitlinien der deutschen psychotherapeutischen Medizin gefordert ist. Es geht also um Krankenhaus-ersetzende Modelle sowohl der Behandlung als auch in der Rehabilitation. Die Idee aufsuchender Dienste bedeutet, man geht mit Teams zur Behandlung zu jemandem nach Hause. Das ist sehr wirksam. Dazu gibt zahlreiche Untersuchungen und das gleiche gilt für rehabilitative Trainings.

Die Arbeitsassistenz funktioniert in Österreich gar nicht so schlecht, aber nicht für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen. Eine Hürde ist, dass der Grad der Behinderung festgestellt werden muss. Wer kann aber sagen „dieser Mensch mit der und der Depressionsform hat zB 70 % oder gar keine Behinderung“? Das ist aber eine notwendige Voraussetzung, um in den Genuss dieser Maßnahme zu kommen.

Würde man eine wirklich regionalisierte Psychiatrie mit Gehstrukturen umsetzen, könnte man aus meiner Sicht problemlos 50 % aller Tiroler Betten morgen schließen. Man bräuchte Teams, die in die Gemeinden, in die Familien, zu den Menschen hingehen und Behandlungsangebote aber Rehabilitation vor Ort hinbringen.

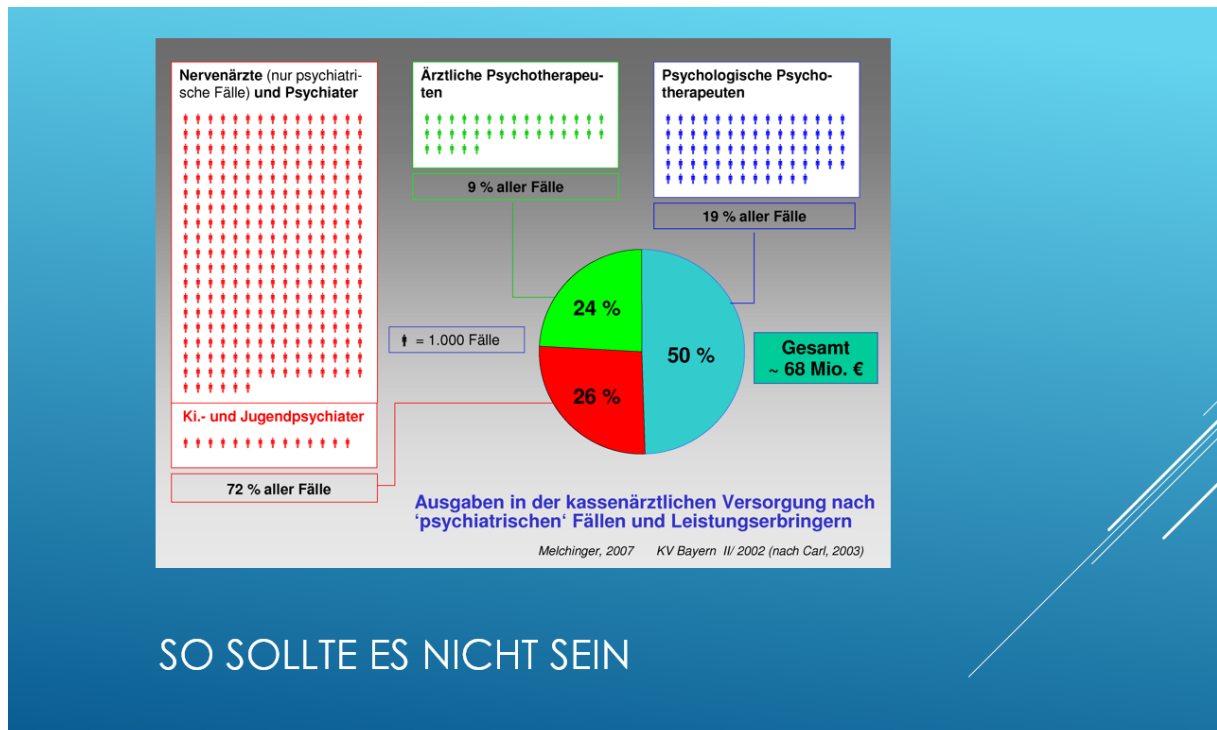


Tabelle 5: Ausgaben in der kassenärztlichen Versorgung nach „psychiatrischen“ Fällen und Leistungserbringern.

Eine sehr wichtige Frage für die Zukunft ist die Verteilung der Gelder. In Bayern ist beispielsweise Folgendes passiert: 74 % der Gelder werden für 27 % aller Fälle verwendet und zwar für Psychotherapie. In Bayern bekommt jeder Psychotherapie von der Krankenkasse bezahlt. Psychotherapie wird über die Kasse anstandslos finanziert. Dagegen geht nur ein geringer Teil, nämlich 26 % der Gelder in die Versorgung psychiatrischer Patient_innen, also für 72 % der Behandlungsfälle (vgl. Folie 25). Das ist im Grunde eine ungute Entwicklung, das sollte so nicht sein.

Ein wirklich mutiger, aber sehr wichtiger Schritt wäre die Zuteilung von regionalen Budgets. Dieses würde von den Menschen verwaltet, die dort arbeiten. Das wäre ein revolutionäres Umdenken und Handeln. Es gibt in Ostdeutschland, Berlin und einigen Bezirken Gebiete, wo dieses Modell umgesetzt wurde und es funktioniert. Die deutschen Krankenkassen studieren dieses Modell. Dies wäre gewissermaßen der höchste Grad von Selbstverwaltung und Versorgung.

Primar Dr. Martin Kurz

(Primar Psychiatrie Zams)

Primar Dr. Martin Kurz ist Primar der psychiatrischen Abteilung in Zams. Die psychiatrische Ambulanz gibt es nun seit 2 Jahren. Sie ist sehr gut ausgestattet und es ist eine Tagesklinik angegliedert. Was dort gelungen ist, ist für österreichische Verhältnisse sehr einzigartig. Die Ambulanz besteht nicht klassisch aus dem ärztlichen und dem Pflegepersonal, sondern man ist dort zu zehnt mit allem Berufsgruppen inklusive Genesungsbegleiter. Es gibt auch noch den Akutbehandlungsbereich.

Zahlen sind wesentlich für die rechtlichen und planerischen Aufgaben. Die andere Seite ist aber, was sich zwischen den Behandelnden und den Patienten täglich abspielt. Wenn man über Diskriminierung spricht, über Stigma und die Durchsetzung von persönlichen Rechten für bestimmte Personengruppen, dann muss man sich auch die Frage stellen, wie man Menschen, die sich in Krisen befinden, entgegentritt.

Dieser Vortrag möchte sich daher mit drei Punkten beschäftigen. Zuerst mit dem Begriff „Krise“, der in der Psychiatrie recht verpönt ist. Dann mit dem Begriff der „Partizipation“ innerhalb der Psychiatrie. Zuletzt soll das „Recovery-Konzept“ vorgestellt werden, wo innerhalb der Psychiatrie Psychiatrieerfahrene als Genesungsbegleiter eingesetzt werden. Zams arbeitet seit zweieinhalb Jahren mit diesem Konzept.

In der Psychiatrie gibt es das Phänomen der zweiten Erkrankung. Das heißt, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine Selbststigmatisierung entwickeln, obwohl sie eigentlich fast keine Symptome haben. Entscheidend ist die eigene Überzeugung, als gesamte Person durch die Krankheit verändert worden zu sein. Es entsteht dadurch eine Form der Behinderung und Ausgrenzung, die nach dem Diagnosesystem ICDC als andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung bezeichnet wird. Das hat nicht nur was mit dem Individuum zu tun und seinen Erschütterungen durch seine massive Erkrankung, sondern auch damit, wie das Behandlungssystem Menschen sieht und wie sie es ihnen begegnet.

Die Landesnervenklinik Sigmund Freud in Graz, mit damals 700 Betten, war das vorletzte Krankenhaus in Österreich, das die Netzbetten abgeschafft hat. In dieser Zeit hat Primar Kurz dort gearbeitet. Die Netzbetten galten damals als gelinderes Mittel, gegenüber Fixierung und Ruhigstellung durch Medikamente. Niemand im Behandlungsteam hat sich etwas Anderes vorstellen können. Niemand in diesem Team war böse oder sadistisch. Große Psychiatrien waren damals wie geschlossene Systeme, sogenannte totale Institutionen, in denen eigene Gesetze galten und kein Bezug zur Außenwelt und dem „normalen“ Rechtssystem vorhanden war. Niemand hat sich etwas dabei gedacht, wenn Menschen im Alkoholdelirium nackt in Netzbetten herumgekrochen sind. Das hat auch dazu geführt, dass verletzte Mitarbeiter sich nicht als Arbeitsunfall gemeldet haben, weil sie davon ausgegangen sind, dass dies zum Job dazugehört. Das bedeutet, die Menschen in solchen Einrichtungen und

Systemen waren einander auf Gedeih und Verderb ausgeliefert. Solche Systeme tragen nicht gerade zur Förderung der Menschenrechte bei.

Die Umstellung in Graz erfolgte allerdings erst nach dem zweiten Besuch der Antifolterkommission 2011. Dann erst bestand die Bereitschaft der Primare, die Netzbetten abzuschaffen.

Nun zum Begriff „Krise“. In der Psychiatrie ist der Begriff Krise etwas schwierig, weil in der „antipsychiatrischen Bewegung“ alle Diagnosen abgelehnt wurden und stattdessen alles als Krise bezeichnet wurde. Zu Beginn einer akuten psychischen Erkrankung können Menschen aufgrund verschiedener Umstände wie zum Beispiel innerer Stress oder veränderte Selbst- oder Fremdwahrnehmung ihre Umwelt in Ihrer Gesamtheit erleben. Sie haben oft nicht mehr die Möglichkeit, sich gegen bestimmte Dinge zu wehren oder frei zu wählen. Man kann das auch als eine Krise definieren. In der Medizin ist das aber nicht so einfach, da es ja wissenschaftlich-klinische Diagnosen gibt. Menschen, die so in der Psychiatrie ankommen, sind oft sehr verwundbar für jede Form von Überwältigung durch Kommentare oder Handlungen, die für nicht Betroffene keine Auswirkungen haben, bei den Erkrankten aber sehr starke Spuren hinterlassen können.

Ein wichtiger Punkt ist, eine psychische Erkrankung ist nicht dauerhaft. Eine Krise ist zeitlich begrenzt. Psychische Erkrankungen über die Lebenszeit können verschiedenste Entwicklungen nehmen und können nicht im Vorhinein an ein Urteil geknüpft werden. Das ist auch ein Teil des Krise-Begriffes.

Zur Frage, welche Problembereiche es jetzt in der psychiatrischen Akutversorgung gibt, ist vor allem auf zwei Punkte hinzuweisen. In der psychiatrischen Akutversorgung gibt es außerhalb von Akutambulanzen in Krankenhäusern zu lange Wartezeiten. Das zweite Problem ist, dass es keine ausreichenden ambulanten, multiprofessionellen und integrativ vernetzten Versorgungsstrukturen gibt. Häufig ist vor allem bei komplexen Sachverhalten keine ambulante Akutbehandlung möglich, sondern zuerst einmal Interventionen mit der Verweisung „wo anders hin“. Eine Krisenintervention für fünf oder sechs Tage stationär im Krankenhaus ist sehr hochschwellig und begrenzt. Oft muss man aber warten, bis ein Bett frei ist, manchmal dauert das auch Wochen. Das wird im System nicht angestrebt. Leider gibt es sehr wenige positive Vergleichsmöglichkeiten, ab wann Betroffene wieder in der Lage sind, nach der stationären Versorgung nach Hause zu gehen. Das hängt auch damit zusammen, dass die ambulante Weiterversorgung anderswo stattfindet, als die stationäre Behandlung. Deswegen hat, wie aus der Erfahrung in Zams, eine Abteilungs-Psychiatrie viel mehr Möglichkeiten.

Die Gruppe der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen ist nach wie vor unterversorgt. Es gibt zwar die zentrale stationäre Versorgung in der Psychiatrie Hall, aber Kinderpsychotherapeuten – vor allem auch in den Bezirken – gibt zu wenige Möglichkeiten. Auch für suchtkranke Menschen oder Menschen mit Mehrfachdiagnosen gibt es relativ wenige Strukturen. Menschen mit schmerz- und psychosomatischen Störungen haben

Bedarf an Psychotherapie. Die Klinik Zams ist voll mit alten, alleinstehenden Menschen mit verschiedensten Erkrankungen. Hauptgrund dafür ist die Einsamkeit.

Die Frage ist, kann sich das die Psychiatrie leisten, wenn man sich die krisenhafte Befindlichkeiten von Menschen betrachtet? Am besten begreift man die Situation wahrscheinlich, wenn man sich vorstellt, der/die eigene Partner_in, das eigene Kind, die eigenen Eltern oder beste Freunde wären davon betroffen. Wir würden dann von Bedrohung, von Einengung, von Verlust von Kontrolle, Unterlegenheit und natürlich auch von der Angst, verrückt zu sein, reden. Und Angst in dem Sinn, nicht mehr ganz zu sein und nicht mehr ganz werden zu können. Aus therapeutischer Sicht bräuchte es hier Sicherheit, Situationskontrolle, Entscheidungsmöglichkeit, Partnerschaftlichkeit und Entpathologisierung. Das heißt, dass man als Psychiater_in schon Diagnosen stellen darf, diese aber dann auch erklären muss, dass sie Teil der Identität des Erkrankten ist. Das ist eigentlich Partizipation innerhalb der Psychiatrie, wenn mir jemand in der Krise begegnet, mich so sein lässt, wie ich bin, der mir klar sagt, wer er ist und was er zu tun hat und was man jetzt gemeinsam macht. Das wirkt entstigmatisierend und führt zu keiner weiteren Demütigung. Dazu gehört auch eine Verbundenheit mit der Herkunftsumgebung und eine multiprofessionell geteilte Verantwortung.

In diesem Zusammenhang wichtig ist das „Recovery-Konzept“. Das Konzept ist fachübergreifend und hat nichts mit klinischer Genesung zu tun. „Recovery“ bedeutet übersetzt „Genesung“. Es bedeutet nicht nur Symptomreduktion, Wiederherstellung der Funktion und Rückkehr zur Normalität. Vielmehr geht es um die Möglichkeit, auch mit Einschränkungen ein befriedigendes und hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen. Das Urteil über Heilung oder Nichtheilung ist dabei nicht mehr wesentlich. Der schöne Satz dabei ist „eine neue Bedeutung und neuer Sinn im Leben, während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst“.

Im Internet gibt es Empfehlungen von Institutionen zu „Recovery“. Die „Recovery-Arbeit“ kann aber nur gelingen, wenn vorher die Institutionen genesen. Institutionen müssen aufhören, autoritär strukturiert zu sein und auf ein Menschenbild zu schauen, das defizitorientiert ist und die Verwaltung von Krankheit oder Behinderung als ihren Auftrag zu sehen.

In der Arbeit im Krankenhaus Zams wird in einem Team mit EX-IN Genesungsbegleiter_innen gearbeitet. Diese Arbeit im Team mit den EX-IN Genesungsbegleiter_innen ist etwas, was eine ganz andere Perspektive in einem prinzipiell autoritären System hineinbringt und letztendlich Erleichterung in der Arbeit bringt.

Was ist das „Recovery Konzept“? Inhalt des „Recovery-Konzeptes“ ist, dass jeder Mensch ein enormes Genesungspotential hat. Man braucht jemanden an seiner Seite, der begleitet und Inputs gibt. Mit der Diagnose Depression beispielsweise, braucht man nicht lebenslang Medikamente nehmen. Tatsächlich gibt es Diagnosen, wo man viele Jahre Medikamente nehmen muss, was aber durch die geringeren Nebenwirkungen bei den neuen Medikamenten nicht mehr so tragisch ist. Die Medikamenteneinnahme soll nicht jedes Mal

ein Zeichen dafür sein, dass man „im Kopf nicht mehr richtig ist“, sondern einfach eine Unterstützung wie andere Medikamente auch.

Das ist ein wichtiger Punkt. Trialog funktioniert in Tirol zunehmend. Wir haben jetzt auch in Zams einen Trialog einmal im Monat eröffnet. Die Dichte und die Zugänglichkeit der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ist in Tirol sehr unterschiedlich. Es gibt eine hohe Konzentration in Innsbruck und eine schlechte Versorgung in den Bezirken. Ein Hauptproblem ist die Eingangspforte für Menschen mit akuten Krisen und zwar auf allen strukturellen Ebenen - ambulant, stationär und im Bereich Tagesklinik. Es gibt praktisch kaum eine akutpsychiatrische Tagesklinik. In Zams wurde dieses Konzept durchgeführt, aber es gibt keinen allgemeinen Strukturplan für Tirol.

Ein weiteres Problem ist, dass die Psychotherapie auf Krankenschein oft nur für eine ganz kleine Gruppe von Menschen verfügbar ist. Dieses Angebot ist einfach viel zu wenig. Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche sind in Tirol unterversorgt. Die Einführung eines von „Recovery“ geleiteten Konzeptes steht erst am Anfang. Dies muss gesetzlich umgesetzt werden. Die Tiroler Kliniken warten auf ein entsprechendes Gesetz, damit dieses Konzept in die Behandlung eingeführt werden kann. Weiters müssen die EX-IN Genesungsbegleiter_innen als eigene Berufsgruppe definiert werden, um damit bezahlbar und für die Einrichtungen kalkulierbar zu werden. Antidiskriminierung funktioniert sicher nur über die Senkung von ressourcen- und organisationsbedingten Schwellen und das betrifft alle Kräfte innerhalb der Gesellschaft.

Elmar Kennerth

(Betroffener, Tiroler Psychiatriebeirat, Trialogische Beratungsstelle)
Herr Kennerth ist Betroffener und Mitglied im Tiroler Psychiatriebeirat.

Es gibt aus Deutschland einen aktuellen Anlass, der Sorge bereitet. Bei einem Symposium im letzten Jahr wurde berichtet, dass bei psychischen Erkrankungen Elektroschocks, auch die Elektrokonvulsionstherapie, wieder vermehrt eingesetzt werden sollen. In der Geschichte war diese Elektrokonvulsionstherapie eine Behandlung zur Disziplinierung von Patienten und Patientinnen. Heutzutage wird dieses sehr schonend in Narkose eingesetzt. Man erhält ein muskelentspannendes Medikament, ansonsten könnten bei der Behandlung Wirbel brechen. Man greift wieder auf alte Behandlungsmethoden zurück, weil man offenbar nicht fähig oder gewillt ist etwas Neues zu entwickeln.

Vorstellung der Peer-Arbeit in Tirol:

Was sind Peers? Der Begriff wurde schon öfter verwendet, aber er ist nicht allen klar. Peer ist ein englisches Wort und bezeichnet Menschen, die selbst betroffen sind und andere betroffene Menschen beraten.

Und warum werden Peers gebraucht? Die UN-Behindertenrechtskonvention sieht vor, dass die Unterstützung von behinderten Menschen durch andere Menschen mit Behinderungen stattfinden soll.

Er selbst hat eine Behinderung, aber diese ist nicht sichtbar. Man kann sie vielleicht bei näherem Kontakt feststellen. Dort wird man seine Schwankungen miterleben und mitfühlen. Dann wird man sagen, dieser Mensch hat eine Behinderung. Doch dies nicht nur aufgrund der Schwankungen, sondern auch, weil man mit sozialen Problemstellungen daraus konfrontiert ist. Diese gestalten sich häufig in Arbeitsplatzverlust, Verlust von sozialen Beziehungen und Verlust von Freundschaften.

Peers machen Behinderungen sichtbar. In Tirol und auch im Bereich der psychosozialen Versorgung werden die Peers, die in den Einrichtungen mitarbeiten, auch Genesungsbegleiter_innen genannt.

In Tirol gibt es 6 angestellte Peers als Genesungsbegleiter_innen. 2 sind im Krankenhaus Zams beschäftigt, dann bei der Pro Mente Tirol beim psychosozialen Pflegedienst und bei Start Pro Mente. Die Zahl der Peers wächst. Es wäre wichtig, dass die Peers nicht nur im Bereich der stationären Versorgung in Zams, sondern auch in den anderen Krankenhäusern eingesetzt werden.

In ihrer Arbeit erreichen die Peers sehr viele Menschen, nämlich nicht nur die betroffenen Menschen, sondern auch die Professionisten, das gesamte Behandlungsteam im Hintergrund. Es geht darum, auch die Einrichtung zu verändern, indem man die Menschen dort begleitet und auch diese Teams mitberätet. Peers sind Teil des multiprofessionellen Teams, welches durch die Peerarbeit bereichert werden soll.

Was sagen eigentlich Betroffene über die Peers? Macht das Sinn, dass es diese Peers gibt? Oft kommt die Antwort, Peers geben Hoffnung, dass es besser wird und dass man mit einer psychischen Erkrankung gut leben kann. Peers leben das auch ein Stück weit vor.

Die Peers können auch die Wünsche der Nutzer_innen oder auch Patient_innen in den Einrichtungen übersetzen. Die Bedürfnisse können durch Peers nochmal verstärkt und nochmal intensiver kommuniziert werden. Die Peers arbeiten auf Augenhöhe. Die Betroffenen und der Peer sitzen im gleichen Boot. Beide sind von einer psychischen Erkrankung betroffen. Peers arbeiten mit ihren Erfahrungen als Menschen mit Behinderungen, das heißt, sie geben ihren Erfahrungsschatz, wie man zum Beispiel mit Krisen umgehen kann, weiter. Sie zeigen, wie man „Recovery“ leben kann und geben dazu Impulse. Jeder ist natürlich sehr individuell und nicht jeder hat die gleichen Ressourcen. Aber jeder kann sich ein Stück weit etwas vom Gegenüber abholen - es ist immer ein Ich, Du, Wir.

Peers verstehen Krisen oft besser, dadurch, dass sie die eigenen Erfahrungen mit Krisen gemacht haben. Sie geben Impulse für Förderung der Gesundheit.

Peers lernen auch selbst durch ihre Arbeit weiter. Er selbst hat oft sehr wenig Geduld. Bei seiner Arbeit mit belasteten Menschen braucht es aber viel Geduld. Er hat sich weiterentwickelt und Geduld gelernt. Vom Team hat er öfters die Rückmeldung über seine große Geduld erhalten.

Es gibt natürlich viele Betroffene, die mehr Unterstützung brauchen als es gibt. Die Unterstützung braucht es auch von Seiten der Politik. Der Wille muss da sein, Unterstützungsmodelle weiterzuentwickeln und nicht stehen zu bleiben. Viele Betroffene möchten gerne arbeiten oder einer sinnvollen Beschäftigung nachgehen, was oft aufgrund von sozialem Rückzug oder langer medizinischer Rehabilitation nicht möglich ist.

Die häufige Haltung seitens der Medizin ist, „Du muss zuerst gesund werden, dann darfst du wieder etwas tun“. Aber es soll eine freie Entscheidung sein, will ich arbeiten oder nicht, wenn ich eine Behinderung habe. Für Menschen, die arbeiten wollen, sollte auch die Möglichkeiten bestehen, einer Arbeit nachgehen zu können.

Was wollen Menschen mit psychischen Erkrankungen? Ihre Wünsche können nicht erschöpfend aufgezählt werden, aber es gibt einige wesentliche Punkte. Psychotherapie auf Krankenschein. Es gibt viel zu wenig bezahlte Therapieplätze in Tirol. Kürzere Wartezeiten auf Termine bei Kassenärzten aber auch bei den therapeutischen Einrichtungen. Wartezeiten bis zu einem halben Jahr sind möglich. Menschen mit psychischen Erkrankungen möchten mehr Mitbestimmungen in den Einrichtungen. Das wird im Teilhabegesetz und mit den Nutzer_innenvertretungen ermöglicht.

Die Menschen wollen ein individuelles Versorgungskonzept zum Beispiel in der Krisenversorgung. Alle Menschen sind ein Individuum und man kann nicht davon ausgehen, dass der „Einheitsbrei“ in den geschützten Werkstätten oder Betrieben zukunftsweisend ist. Jeder hat individuelle Fertigkeiten und Fähigkeiten und diese gehören gefördert. Es geht um mehr Individualität. Jeder Mensch hat besondere Stärken, natürlich auch Schwächen, aber wir schauen lieber zu den Stärken.

Wo und wie arbeiten die Peers? Peers arbeiten in den sozialpsychiatrischen Vereinen und Krankenhäusern, also in den Einrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Peers haben eine Ausbildung absolviert. Eine Ausbildung ist keine Voraussetzung, um als Peer arbeiten zu können, aber eine gute Ausbildung ist eine Hilfe für einen guten Arbeitsplatz.

Das Land Tirol ist auch gewillt die Arbeitsplätze von den Peers zu finanzieren.

Das zweite Arbeitsfeld der Peers ist aber auch der Beirat für psychosoziale Versorgung des Landes. Der Beirat wurde von der Landesregierung eingerichtet, in dem neben Peers auch Angehörige, die oft sehr wenig wahrgenommen werden aber sehr wichtig sind, mitarbeiten können.

Leider sind die Peers und die Angehörigen aber in diesem Beirat noch zu wenig vertreten. Auf 95 % Beamte und Ärzte fallen ein Peer und ein Angehöriger. Es müsste mehr Gleichheit hergestellt werden.

Ein zentrales Thema in diesem Beirat ist die Wichtigkeit eines psychosozialen Dienstes in Tirol. Dieser muss für Menschen in dem Augenblick, in dem sie sich befinden da sein und

eine rasche Versorgung sicherstellen. Der Dienst soll die Versorgungslücke schließen, wenn man bei einer Erkrankung lange auf einen Arzttermin oder nach der Entlassung aus dem Krankenhaus lange auf einen Reha-Platz warten muss. Der Dienst soll Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Weiterversorgung vermitteln und als Drehscheibe fungieren und gemeinsam und individuell mit den Patienten die bestmögliche Versorgung und eine geeignete Einrichtung oder Maßnahme finden.

Was brauchen und wollen die Peers? Sie möchten gerne eine eigene Beratungsstelle haben. Dazu wurde schon ein Antrag an die Landesregierung gestellt. Diese soll gemeinsam mit Angehörigen und Fachleuten betrieben werden. Diese Form der Zusammenarbeit nennt man Trialog. Es soll darum gehen, dass die Betroffenen, deren Angehörige, aber auch professionelle Mitarbeiterinnen aus verschiedensten psychosozialen Berufen gemeinsam arbeiten. Es geht um eine Vielzahl von Personen, auch mit persönlichen Erfahrungen und einen Perspektivenwechsel. Es geht aber auch um Vernetzung und einem Voneinander-Lernen.

Die Peers wollen die Interessen von Menschen mit psychischen Erkrankungen vertreten. Sie machen sich selbst sichtbar mit den Problemstellungen. Vielen Betroffenen fällt es sehr schwer, offen darüber in der Öffentlichkeit zu reden. Für viele andere Bereiche gibt es bereits solche Beratungsstellen wie zum Beispiel der Blinden- und Sehbehinderten Verband oder der Gehörlosen Verband. Es sollte daher ein Selbstverständnis sein, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen auch ihren eigenen, finanzierten Verband bekommen.

Wie kann man die Peers unterstützen? Die Peers leisten wertvolle und nachhaltige Arbeit mit den betroffenen Menschen. Sie verändern auch die Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen. Sie benötigen für ihre Arbeit eine angemessene Entlohnung. Eine sehr wertvolle Arbeit, soll auch etwas wert sein dürfen. Es darf nicht immer jede soziale, sinnstiftende Arbeit ehrenamtlich sein müssen. Die Peers als Betroffene müssen auch das Gefühl haben, dass ihre Arbeit wertvoll ist. Das trägt auch zur eigenen psychischen Stabilität der Peers bei. Damit kann selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden.

Thomas Thöny

(Mitglied OPCAT-Kommission, Mitglied Salzburger Monitoringausschuss)

Die OPCAT-Kommission überprüft unter anderem die Einhaltung der UN-BRK. Es sollen daher die Arbeit und Aufgaben der Kommission vorgestellt werden. Außerdem ist der Ablauf eines Besuches in einer Einrichtung und einige Beispiele aus der Praxis sicher interessant.

Was ist das Wichtige in der Arbeit der OPCAT-Kommission?

An erster Stelle steht die präventive Menschenrechtskontrolle.

Einige Jahre nach der Unterschrift der UN-BRK prüfen die OPCAT-Kommissionen auch die Einhaltung dieser Bestimmungen.

Die OPCAT-Kommissionen sind bei der Volksanwaltschaft eingerichtet.

Die Kommissionen gehen in Einrichtungen, wo es potentiell zu Freiheitseinschränkungen

kommen kann, also in Psychiatrien, Senioren- und Pflegeheime, Behinderteneinrichtungen oder auch in Justizanstalten oder Polizeianhaltezentren und Polizeiinspektionen um zu schauen, ob Menschenrechte verletzt werden und was dagegen gemacht werden kann.

Die Kommissionen beobachten aber auch Abschiebungen, begleiten Demonstrationen oder auch Polizeiansätze. Das ist ein vorbeugender Ansatz, da die Kommissionen schauen, dass es nicht zu Menschenrechtsverletzungen kommt.

Wie ist die Arbeit der Kommissionen aufgebaut?

Es gibt in Österreich insgesamt 6 Kommissionen, die für ein bis zwei Bundesländer zuständig sind. Die Kommission 1 hat im Westen begonnen und ist für Tirol und Vorarlberg zuständig. In Vorarlberg gibt es eine Sonderregelung. Dort hat die Kommission nicht den vollen Auftrag, da der Landesvolksanwalt einige Zuständigkeiten hat.

Die Leitung der Kommission 1 hat Frau Univ.-Prof. Dr. Verena Murschetz. Die Kommission besteht aus einem multiprofessionellen Team mit insgesamt 9 Personen. Im Team sind ein Arzt, ein Psychiater, Jurist_innen, Sozialarbeiter_innen, eine Psychologin, Pflegefachkräfte und Herrn Thöny als Sonderpädagogen und Erziehungswissenschaftler. Er beschäftigt sich schon seit längerer Zeit mit der UN-BRK und mit Menschen mit Behinderungen und ist Mitglied im Salzburger Monitoringausschuss.

Wichtig ist, dass die Kommission ein beratendes Organ ist, das oft aufzeigt, wo es Probleme oder Verbesserungsmöglichkeiten in den Einrichtungen gibt. In den Besuchen versuchen wir immer mit den Mitarbeiter_innen der Einrichtung aber auch mit den Bewohner_innen daran zu arbeiten, diese Situation für alle zu verbessern. Es besteht nicht die Möglichkeit wie das eine potenziell eine Fachaufsicht der jeweiligen Landesregierung hat. Die Kommission kann im Rahmen ihrer Protokolle Empfehlungen aussprechen, die sie dann an die Volksanwaltschaft und an den Einrichtungsträger weitergibt.

Wie schaut ein Besuch aus?

Die Kommission ist meistens unangekündigt unterwegs. Das heißt, man besucht die Einrichtung überraschend. Das freut die wenigsten. Nach der Vorstellung werden die Aufgaben und Tätigkeiten der Kommission erklärt. Wenn die Leitung vor Ort ist oder aber mit den diensthabenden Mitarbeitern, wird ein Einstiegsgespräch geführt. Es geht darum, recht schnell viele Eindrücke und Wahrnehmungen zu sammeln und aufzuschreiben. Man geht dann durch die Einrichtung und spricht mit den Menschen, die dort Dienstleistungen erfahren.

Es geht immer auch darum, Fakten zu checken, Aussagen zu prüfen, Vorwürfen von Gewalt oder Freiheitsbeschränkung nachzugehen. Die Kommissionsmitglieder müssen möglichst viele Beweise sammeln um dem Fall nachzugehen. Dazu werden neben Gesprächen auch Unterlagen und Dokumentationen angeschaut, Fotos gemacht. Für dieses Vorgehen gibt es eine gesetzliche Grundlage. Trotzdem erfolgt alles vertraulich und die Berichte werden anonymisiert. Dadurch können alle Personen einer Einrichtung offen über ihre Probleme und Anliegen sprechen.

Danach gibt es ein Abschlussgespräch mit der Leitung. Erst danach beginnt der sehr intensive Teil der Arbeit. Gemeinsam wird das Wahrgenommene aufgearbeitet und ein Protokoll verfasst. Dem folgt eine menschenrechtliche Beurteilung. Das fertige Protokoll wird der Volksanwaltschaft übergeben.

Nun noch einige Gedanken zur Begleitung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und den vorhandenen Möglichkeiten. Da ich die Tätigkeit bei der Volksanwaltschaft nebenberuflich ausführe und auch noch als Projektentwickler für eine Soziale Organisation arbeite, die eben auch entsprechende Angebote hat, sondern die Beispiele nennen, die ich bei meinen Besuchen gesehen habe bzw. gut finde. Ein Projekt habe ich selbst begleitet.

Eine wichtige Frage ist, wie können Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen stationär, ambulant oder in Tageszentren unterstützt werden? Sehr oft geht es darum, dass die Betroffenen wieder eine Struktur in ihren Tagesablauf bekommen. Wenn die Betroffenen aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr so stabil sind, brauchen sie Unterstützung nach den Aufhalten im Krankenhaus, kombiniert mit mobilen Diensten. Es braucht dazu auch unterstützte Wohnformen. Hauptziel ist, den Betroffenen einen Wiedereinstieg zu ermöglichen.

Bei stationären Angeboten gibt es therapeutische Wohngemeinschaften. Dort wird Langzeitwohnen angeboten. In Salzburg gibt es sogar eine Wohngemeinschaft, die Suchtkranke und den Konsum von Suchtmitteln, vor allem Alkohol und Nikotin, akzeptiert. Es gibt dort auch Übergangswohnen für Menschen, die nach Klinikaufenthalt einen vorübergehenden Unterstützungsbedarf haben, um sich wieder zu stabilisieren.

Ein Projekt hat mir besonders gefallen, da ich das Gefühl habe, hier ist schrittweise UN-Behindertenrechtskonvention umgesetzt. Es wird in einem Wohnprojekt mit ca. 100 Wohnungen inklusiv ein Betreuungs- und Beratungsangebot eingebettet. Das Projekt ist vom Land und pauschal finanziert, das heißt, dass keine Extrakosten anfallen. Das wirkt sich auch sehr positiv auf die Betroffenen aus, da nicht auffällt, wer im Speziellen Unterstützungsbedarf hat. Eine niederschwellige Unterstützung ist sehr wichtig. Die Unterstützung kann mannigfaltig sein, zum Beispiel ein Gesprächsangebot, oder die Hilfe bei einem Antrag, einen Einkauf organisieren oder dergleichen.

Wichtig ist auch, dass Menschen mit Behinderungen oder mit psychischen Erkrankungen ihre Wohnung selbst mieten können. Das bedeutet, sie sind Mieter und nicht über einen Träger gesteuert.

Herr Thöny hat am Aufbau der Persönlichen Assistenz in Salzburg mitgearbeitet. Das Besondere an der Persönlichen Assistenz in Salzburg ist, dass keine Behinderungsart ausgeschlossen wurde. Auch Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung können so Unterstützung bei sich zu Hause bekommen und selbstorganisiert leben. Leider ist dies immer noch ein Projekt und daher die Personenanzahl sehr beschränkt. Es ist

zu wünschen, dass die Politik in Salzburg bald erkennt, wie wichtig diese Unterstützungsform ist.

Besonders ist auch die Aufnahmebegleitung. Hier ist es so, dass Menschen mit einer Psychiatrieerfahrung, die von einer Obdachlosigkeit bedroht sind, ein niederschwelliges Angebot erhalten. Sie können ihre Wäsche waschen und ihr Mittagessen gemeinsam mit anderen zubereiten. Sie können aber auch Beratung in Anspruch nehmen. Je niederschwelliger und je stigmatisierungsfreier ein Angebot ist, desto besser wird es angenommen.

Die ambulante Unterstützung ist insofern besser, da es weniger Möglichkeiten einer Freiheitsbeschränkung gibt.

Tageszentren wurden von der Kommission auch schon besucht. In Tirol gibt es diese Angebote auch. Das Positive daran ist, dass die Betroffenen trotzdem selbstständig leben können. Die Angebote in den Tageszentren sollen einfach einen positiven Effekt auf das weitere Leben der Betroffenen haben.

Teil 5: Der „Zuständigkeitsdschungel“ im Bereich der psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgung

Veränderungen werden oft als nützlich und notwendig erkannt, scheitern aber immer wieder an dem Dschungel an Zuständigkeiten, die unterschiedliche Verantwortliche zu einem gemeinsamen oder zumindest aufeinander abgestimmten Handeln fordern.

Unterschiedliche Interessen, Kostenträgungen oder Kostenverschiebungen, unterschiedliche gesetzliche Mechanismen sind nur einige Gründe, warum gute Lösungen oft an ihrer Umsetzung scheitern.

Im Folgenden werden die Kompetenzen im Bereich der psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgung näher dargestellt und erläutert.

Kompetenzen:

Der Bereich der Kompetenzen ist stark aufgesplittert. Es handelt sich zum einen um Abgrenzung nachfolgender Bereiche:

Art 10 B-VG: Gesundheitswesen in weitreichender Weise im Zuständigkeitsbereich des Bundes in Gesetzgebung und Vollziehung:

- Gesundheitswesen (gemäß VfGH VfSlg 13.237/1992: staatliche Maßnahmen, die der Abwehr von Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung dienen, ausgenommen der für eine bestimmte andere Kompetenzmaterie typischen Gefahren.)
- Gesundheitsberufe (ÄrzteG 2008, ZÄG, GuKG, HebG)
- Sanitätspolizei (Bekämpfung, Überwachung, Vorbeugung übertragbarer Krankheiten)
- Angelegenheiten der Volksgesundheit und damit der Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung (VfSlg 3650/1959, 4609/1963)
- Sicherstellung einer künftigen medizinischen Versorgung
- Sicherung des Bedarfs der Bevölkerung an medizinischen Versorgungseinrichtungen
- die ausreichende Bereitstellung und Qualitätssicherung von Heilmitteln
- Sozialversicherungswesen
- Einrichtung beruflicher Vertretungen
- Haftungsrechtliche Regelungen medizinrechtlicher Sachverhalte

Art 11 B-VG: Gesetzgebung des Bundes und Vollziehung der Länder:

- Berufliche Vertretungen für jene Berufe, die sich nicht auf das gesamte Bundesgebiet erstrecken
- UVP (Auswirkungen auf die Umwelt und damit Einwirkungen auf den Menschen)
- Bedürfnis nach Erlassung einheitlicher Vorschriften

Art 12 B-VG: Grundsatzgesetzgebung Bund und Ausführungsgesetzgebung Länder:

- Heil- und Pflegeanstalten (KAG als sehr detailliertes Grundsatzgesetz)
- Regelungen über die Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen der Anstalt und den Patienten (nicht Zivilrechtswesen!)
- NICHT Heil- und Pflegeanstalten: Bestimmungen über die Berechtigung oder Eignung zur Berufsausübung oder über die Berufstätigkeit selbst.

Art 15: Gesetzgebung und Vollziehung der Länder:

- Alle Angelegenheiten, die nicht ausdrücklich dem Bund zugewiesen sind.
- Landeskompetenz (von Art 10 B-VG ausdrücklich ausgenommen): Leichen- und Bestattungswesen, Gemeindesanitätsdienst, Rettungswesen, sanitäre Aufsicht Heil- und Pflegeanstalten, Kurortwesen, natürliche Heilvorkommen, Maßnahmen zur Abwehr von gefährlichen Belastungen der Umwelt (Überschreitung von Immissionsgrenzwerten), Luftreinhaltung, Ernährungswesen, Nahrungsmittelkontrolle.
- Vom gesundheitlichen Standpunkt aus an Kurorte sowie Kuranstalten und Kureinrichtungen zu stellende Anforderungen (seit 1.1.2020 – vormals Art 12 B-VG).

Arbeitsaufteilung auf Basis rechtlicher Instrumente

Art 15a B-VG-Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte im Rahmen der jeweiligen Kompetenzen (Bund und Länder).

Gliedstaatsverträge nach Art 15a B-VG als Regelungsinstrumente im Gesundheitsrecht:

Ziel: Abstimmung von Maßnahmen der Gesetzgebung und Vollziehung; Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta) ua.
Beinhaltet keine subjektiven Rechte und ist lediglich ein politisches Bekenntnis.
Große praktische Bedeutung im Zusammenhang mit der Finanzierung des Gesundheitswesens.

Umsetzung auf Bundesebene:

Mit dem **ÖSG** (Österreichischer Strukturplan Gesundheit) wird die vormalige Bettenplanung von der Leistungsangebotsplanung abgelöst.

Zudem wird sektorenübergreifend geplant (stationär, ambulant, Nahtstellen).

Der ÖSG ist grundsätzlich nicht verbindlich und wird durch die Gesundheitsplanungs-GmbH durchgeführt (Verordnungen).

Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG):

Auf Basis der Art 15a-Vereinbarung wollen mit diesem Gesetz der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen ihrer kompetenzrechtlichen Zuständigkeiten die integrative partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit für die Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung fortführen und weiterentwickeln.

In struktureller und organisatorischer Hinsicht sollen alle intra- und extramuralen Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens und etwaige Nahtstellen umfasst sein.

Die Zuständigkeiten zur Gesetzgebung und Vollziehung der Länder wird dadurch nicht berührt.

Wichtige Punkte:

- Gemeinsame Governance
- Forcierung der Prävention
- Ausbau der ambulanten Versorgung
- Sicherstellung einer hohen Behandlungsqualität sowie Transparenz
- **Handlungsfelder:**
 - Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. ambulanten Bereich
 - Leistungserbringung im ambulanten Bereich bedarfsgerecht weiter zu entwickeln
 - Abstimmung und Festlegung von Leistungsangeboten Spitalsambulanz, selbständige Ambulatorien, niedergelassener Bereich)
 - Es sollen Primärversorgungseinheiten geschaffen werden auf bundesgesetzlicher Grundlage (Primary Health Care)
 - Verbesserung der integrierten Versorgung: insbesondere bei chronischen Erkrankungen (interdisziplinäre und multi-professionelle sowie intersektorale Zusammenarbeitsformen, Definierung von Behandlungsprozessen und Versorgungsstandards)
 - Sicherstellung des erforderlichen Gesundheitspersonals
 - Qualitätsmanagement
 - Neuausrichtung der Finanzierungs- und Honorierungssysteme

Die Ausarbeitung der Handlungsfelder erfolgt mittels: Wissenschaftlicher Evidenz, gesetzlichen Interessensvertretungen, Patientenorganisationen und –anwaltschaften, medizinischen Fachgesellschaften.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat sicherzustellen, dass die zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in allen Landesgesundheitsfonds eingerichteten **Gesundheitsförderungsfonds** fortgeführt werden.

Auf Landesebene hat die gesetzliche Krankenversicherung mit dem jeweiligen Land vierjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen (aufbauend auf den Festlegungen im Zielsteuerungsvertrag).

Im Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen sind inhaltlich geregelt:

1. Entlastung des vollstationären Bereichs in der Akut-Krankenanstalt
2. Umsetzung neuer multiprofessioneller und interdisziplinärer Primärversorgungseinrichtungen

Die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung sind der **Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG)** und die **Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG)**.

Der ÖSG hat verbindliche Vorgaben für den RSG zu umfassen. Damit soll unter anderem die bundesweit einheitliche Versorgungsqualität festgelegt werden.

Inhalte ÖSG gemäß § 20 G-ZG:

§ 20. (1) Der ÖSG hat insbesondere folgende Inhalte zu umfassen:

1. Informationen zur aktuellen regionalen Versorgungssituation;
2. Grundsätze und Ziele der integrativen Versorgungsplanung;
3. Quantitative und qualitative Planungsvorgaben und -grundlagen für die bedarfsgerechte Dimensionierung der Versorgungskapazitäten bzw. der Leistungsvolumina;
4. Versorgungsmodelle für die abgestufte bzw. modulare Versorgung in ausgewählten Versorgungsbereichen sowie inhaltliche Vorgaben für Organisationsformen und Betriebsformen;
5. Vorgaben von verbindlichen Mindestfallzahlen für ausgewählte medizinische Leistungen zur Sicherung der Behandlungsqualität sowie Mindestfallzahlen als Orientierungswerte für die Leistungsangebotsplanung;
6. Kriterien zur Strukturqualität und Prozessqualität sowie zum sektorenübergreifenden Prozessmanagement als integrale Bestandteile der Planungsaussagen;
7. Grundlagen für die Festlegung von Versorgungsaufträgen für die ambulante und stationäre Akutversorgung unabhängig von einer Zuordnung auf konkrete Anbieterstrukturen: Leistungsmatrizen, Aufgabenprofile und Qualitätskriterien;
8. Kriterien für die Bedarfsfeststellung und die Planung von Angeboten für multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung sowie für die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre ambulante Fachversorgung gemäß Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens;
9. Verbindliche überregionale Versorgungsplanung für hochspezialisierte komplexe Leistungen von überregionaler Bedeutung in Form von Bedarfszahlen zu Kapazitäten sowie der Festlegung von Leistungsstandorten und deren jeweiliger Zuständigkeit für zugeordnete Versorgungsregionen;
10. Festlegung der von der Planung zu erfassenden, der öffentlichen Versorgung dienenden medizinisch-technischen Großgeräte inklusive österreichweiter Planungsgrundlagen, Planungsrichtwerte (insbesondere auch hinsichtlich der von diesen Großgeräten zu erbringenden Leistungen bzw. deren Leistungsspektrum sowie deren Verfügbarkeit) und Qualitätskriterien; Festlegung der bundesweit sowie je Bundesland jeweils erforderlichen Anzahl der Großgeräte (Bandbreiten);
11. Standort- und Kapazitätsplanung von Großgeräten mit überregionaler Bedeutung (insbesondere Strahlentherapiegeräte, Coronarangiographie-Anlagen und Positronen-Emissions-Tomographiegeräte) ist auf Bundesebene zu vereinbaren; weiters die standortbezogene und mit den Versorgungsaufträgen auf regionaler Ebene abgestimmte Planung der übrigen medizinisch-technischen Großgeräte;
12. Vorgaben für Aufbau, Inhalte, Struktur, Planungsmethoden, Darstellungsform und Planungshorizont der RSG in bundesweit einheitlicher Form.

(2) Die Qualitätskriterien des ÖSG gelten gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bundesweit einheitlich.

(3) Der ÖSG ist auf Bundesebene zwischen dem Bund, den Länder und der Sozialversicherung einvernehmlich abzustimmen.

(4) In der Bundes-Zielsteuerungskommission ist sicherzustellen, dass der Österreichischen Ärztekammer und den betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen frühzeitig und strukturiert, mindestens aber vier Wochen vor Beschlussfassung des ÖSG in der Bundes-Zielsteuerungskommission die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt wird. Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln.

Inhalte des RSG gemäß § 21 G-ZG:

§ 21. (1) Die Sozialversicherungsträger haben sicherzustellen, dass die RSG gemeinsam mit den Ländern entsprechend den Vorgaben des ÖSG bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiterentwickelt und regelmäßig revidiert werden.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Landesgesetzgebung hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass die RSG in der Landes-Zielsteuerungskommission entsprechend den Vorgaben des ÖSG

bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiterentwickelt und regelmäßig revidiert werden.

- (3) Die Sozialversicherungsträger haben sicherzustellen, dass der RSG jedenfalls Folgendes beinhaltet:
1. Festlegung der Kapazitätsplanungen standortbezogen für den akutstationären Bereich mit Angabe der Kapazitäten, Organisationsformen, Versorgungsstufen, Referenz-, Spezial- und Expertisezentren je Fachbereich (im Sinne des ÖSG);
 2. Festlegung der Kapazitätsplanungen für die ambulante Versorgung für die Leistungserbringer im Sinne des § 18 Abs. 1 Z 1 – soweit noch nicht vorliegend – gesamthaft mit Angabe der Kapazitäten und Betriebsformen von Spitalsambulanzen sowie Versorgungstypen im ambulanten Bereich sowie Versorgungsaufträgen nach Fachbereichen auf Ebene der Versorgungsregionen (im Sinne des ÖSG);
 3. Stärkung der Primärversorgung durch Ausbau von wohnortnahen, multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten entsprechend Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie § 18 Abs. 7 Z 2 und Bereinigung von Parallelstrukturen; beim Ausbau der Primärversorgung nach dem Primärversorgungsgesetz, BGBl. I Nr. 131/2017 (PrimVG) ist, um den unterschiedlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung nachkommen zu können, im Hinblick auf das im Art. 31 Abs. 1 letzter Satz der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens genannte Planungsziel im jeweiligen Bundesland ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Versorgungsangeboten als Netzwerk oder Zentrum sicherzustellen;
 4. Abbildung der überregionalen Versorgungsplanung gemäß § 20 Abs. 1 Z 9 inklusive Definition von Versorgungsgebieten je Standort;
 5. Transparente Berücksichtigung der Versorgung inländischer und ausländischer Gastpatientinnen und -patienten.

Dabei ist auf die Bestimmungen in Abs. 3 und 5 des Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie in § 3 Abs. 2, 2b und 2c und § 3a Abs. 2 und 3 KAKuG Bedacht zu nehmen.

(4) (**Grundsatzbestimmung**) Die Landesgesetzgebung hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass der RSG jedenfalls die in Abs. 3 genannten Inhalte umfasst.

(5) Die Sozialversicherungsträger haben darauf zu achten, dass im Umsetzung des Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die Kapazitätsplanung für den gesamten ambulanten Bereich in den RSG insbesondere auf die Stärkung der ambulanten Versorgung durch Ausbau von wohnortnahen multiprofessionellen und/oder interdisziplinären Versorgungsangeboten und die Bereinigung von Parallelstrukturen abzielt.

(6) (**Grundsatzbestimmung**) Die Landesgesetzgebung hat in Angelegenheiten des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG sicherzustellen, dass bei der Kapazitätsplanung für den gesamten ambulanten Bereich die Vorgaben des Abs. 5 eingehalten werden.

(7) Die RSG sind gemäß der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens auf Landesebene zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung festzulegen. Der Bund ist bereits im Entwurfsstadium eines RSG entsprechend zu informieren und es ist mit dem Bund vor Einbringung zur Beschlussfassung insbesondere das Vorliegen der Rechts- und ÖSG-Konformität abzustimmen.

(8) Eine Primärversorgungseinheit im Sinne des § 2 Abs. 4 des Primärversorgungsgesetzes gilt auch dann als im RSG abgebildet, wenn der Bedarf nach § 20 Abs. 1 Z 8 für die Errichtung einer solchen durch Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission festgestellt wurde.

(9) Ergänzend zu Abs. 3 und 4 obliegt es bei Bedarf auch den gesetzlichen Berufsvertretungen der Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter einen Vorschlag an das Land oder die Sozialversicherung auf Planung der Primärversorgung in einem bestimmten Einzugsgebiet und auf Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission zu richten. Sofern nicht das jeweilige Land die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission zeitnah mit einem solchen Vorschlag befasst, hat dies durch die jeweilige Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse zu erfolgen.

(10) Die Vertreterinnen und Vertreter des Bundes und der Sozialversicherung haben in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission sicherzustellen, dass der jeweiligen Landesärztekammer und den betroffenen gesetzlichen Interessenvertretungen frühzeitig und strukturiert – mindestens aber vier Wochen vor Beschlussfassung einer den RSG betreffenden Angelegenheit in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission – die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt wird, der Ärztekammer insbesondere hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Stellenplan (§ 342 Abs. 1 Z 1 ASVG). Dazu sind die für die Beschlussfassung vorgesehenen Planungsunterlagen zu übermitteln.

Zur Sicherung beinhaltet das G-ZG auch Grundsatzbestimmungen.

Der ÖSG wird durch den Bundesminister kundgemacht, die Regionalen Strukturpläne durch die Landeshauptmänner/-frauen.

Die Verbindlichkeit wird durch eine Verordnung der **Gesundheitsplanungs GmbH** hergestellt (§ 23 Abs 3 G-ZG).

Umsetzung auf Landesebene:

Verordnung Tiroler Krankenanstaltenplan 2019 (TirKAP 2029)

Die Verordnung gilt auf Basis des RSG Gesundheit Tirol stationär (RSG) 2025 für Fondskrankenanstalten.

Für die Fondskrankenanstalten wird im Zuge der Umsetzung des ÖSG 2017 der RSG 2025 als Detailplan erarbeitet und auf dessen Basis der Tiroler Krankenanstaltenplan 2019 erlassen. Der RSG Tirol regelt das ambulante Modul (Themen zB notärztliche Versorgung, psychische Gesundheit, ambulante Rehabilitation, Bedarfsanalysen etc).

Derzeit wird ein regionales Konzept erarbeitet mit welchem psychosoziale Zentren gebildet werden sollen.

Dabei geht es um den Schwerpunkt:

- Akutfälle
- Ambulante Nachversorgung
- Case-Management

Federführend ist die Abt. Soziales zuständig, gemeinsam mit den Krankenanstalten und der ÖGK als „Arbeitsgemeinschaft“.

Sonstige relevante Gesetze und Bereiche:

Bund:

- Unterbringungsgesetz (UbG)

Land:

- Krankenanstalten
- Tiroler Teilhabegesetz
- Tiroler Mindestsicherungsgesetz
- Behindertenhilfe
- Alten- und Pflegeversorgung
- Kinder- und Jugendhilfe

Danksagung

Es gab in den letzten 2 Jahren viele Personen, die uns geschrieben haben, an der Vorbereitung zur öffentlichen Sitzung geholfen, Vorträge bei der öffentlichen Sitzung gehalten und bei dieser Stellungnahme mitgewirkt haben.

Wir bedanken uns bei folgenden Mitwirkenden:

Mag.^a Karin Flatz,
Michaela Lödler,
Elmar Kennerth,
Klientenvertreter_innen der pro mente Tirol,
Prim. Dr. Martin Kurz
Elijah Lüthi,
Gerda Mattersberger,
Kaspar Modersbacher,
Monika Mück-Egg,
Mag.^a Christine Müller-Lacher MSc.
Pensionistenverband Tirol
Prim. Dr. Martin Schmidt
Univ. Prof. Dr. Volker Schönwiese
Mag. Thomas Thöny BEd
Univ.-Ass.ⁱⁿ MMag.^a Dr.ⁱⁿ Caroline Voithofer
Mag. Otto Westreicher

... den politischen Büros von LRin DI Gabriele Fischer und LR Ing. Dr. Bernhard Tilg

... der Abteilung Soziales

... den Mitgliedern des Tiroler Monitoringausschusses,

... dem Team der Servicestelle Gleichbehandlung und Antidiskriminierung:

Daniela Friedle MA, Mag. Wolfgang Berndorfer, Dr.ⁱⁿ Janine Messner, Sarah Profunser LL.B., Susanne Reinisch, Sonja Spiss, Rokaia Khalil

... und allen, die uns ihre Erfahrungsberichte geschickt haben.

Mag. ^a Isolde Kafka

Mag.^a Cornelia Atalar

Impressum

Amt der Tiroler Landesregierung
Tiroler Monitoringausschuss
Meinhardstraße 16/3
6020 Innsbruck

+43 512 508 3292
www.tirol.gv.at/tiroler-monitoringausschuss

Erstellt: 2021
Herausgegeben: Tiroler
Monitoringausschuss