



# Basiswissen über psychische Erkrankungen

Psychiatrie im  
(halb-)öffentlichen Raum

# Inhalte

Einleitung.....	4	2.6 Schizophrenie.....	17	6 Klimawandel	
1 Psychische Erkrankungen.....	5	2.6.1 Schizophrenie – was ist das?.....	18	Hitzewellen und deren Auswirkungen auf Menschen mit psychischen und anderen chronischen Erkrankungen	41
2 Die häufigsten psychischen Erkrankungen.....	8	2.6.2 Symptome von Schizophrenie.....	18	7 Rechtliche Aspekte.....	44
2.1 Angststörungen.....	8	2.6.3 Behandlungsmöglichkeiten.....	19	7.1 Alles rund um die Verbringung.....	44
2.1.1 Panikstörung.....	8	2.6.4 Unterstützung von Menschen in einer akuten Krankheitsphase.....	20	7.2 § 9 Unterbringungsgesetz.....	46
2.1.2 Erste Hilfe bei einer Panikattacke.....	8	2.7 Suizidales Verhalten.....	20	7.3 Absprachen und Vorgehensweisen rund um das UbG.....	47
2.1.3 Agoraphobie.....	9	2.7.1 Nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten.....	20	7.4 Polizeiärzt*innen und Amtsärzt*innen.....	47
2.1.4 Generalisierte Angststörung.....	9	2.7.2 Suizidales selbstverletzendes Verhalten.....	21	8 Angebote in Wien.....	49
2.1.5 Soziale Phobie.....	9	2.7.3 Warnsignale.....	22	8.1 Psychosoziale Dienste Wien.....	49
2.1.6 Spezifische Phobien.....	10	2.7.4 Gespräche können Leben retten.....	22	8.2 PSD Spezialeinrichtungen (überregional).....	50
2.1.7 Behandlungsmöglichkeiten.....	10	2.8 Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS).....	24	8.3 Hilfe für Folter- und Kriegsüberlebende und Menschen mit Fluchthintergrund und trans-kulturelle Beratung und Behandlung.....	51
2.2 Depression.....	10	2.8.1 Symptomatik.....	24	8.4 Angebote für Frauen.....	52
2.2.1 Anzeichen und Symptome.....	10	2.9 Autismusspektrumstörung.....	26	8.5 Angebote für LGBTIQ+.....	53
2.2.2 Wer ist davon betroffen?.....	12	2.9.1 Schwierigkeiten und Stärken von Menschen im Autismusspektrum.....	27	8.6 Angebote für nicht versicherte Menschen.....	53
2.2.3 Behandlungsmöglichkeiten.....	12	2.10 Trauma.....	28	8.7 Angebote des WIGEV (Wiener Gesundheitsverbund).....	53
2.3 Bipolare Erkrankung.....	13	2.10.1 Traumata und Traumafolgestörung.....	28	8.8 Angebote bei Krisen.....	54
2.3.1 Behandlung.....	13	2.10.2 Posttraumatische Belastungsstörung.....	28	8.9 Tageszentren.....	55
2.4 Abhängigkeitserkrankung.....	13	2.10.3 Traumasensible Haltung.....	30	8.10 Angebote für Angehörige psychisch erkrankter Menschen.....	56
2.4.1 Charakteristische Anzeichen.....	14	3 Unterstützung von Menschen in einer akuten Krankheitsphase.....	31	9 Quellen.....	57
2.4.2 Formen der Abhängigkeit.....	14	4 Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung		9.1 Literatur.....	57
2.4.3 Suchtursachen.....	14	Die zweite Krankheit.....	35	9.2 Internet.....	58
2.4.4 Demenz.....	15	5 Wohnungs- und Obdachlosigkeit.....	37	9.3 Sonstige.....	62
2.4.5 Wie erkennt man Demenzen?.....	15	5.1 Obdachlosigkeit.....	37	10 Wissenswertes zum Nachschlagen und zur Vertiefung.....	63
2.4.6 Was hilft bei Demenzen?.....	16	5.2 Wohnungslosigkeit.....	39		

# Einleitung

Die multiplen Krisen (Covid 19 Pandemie, Kriege im Nahen Osten und in der Ukraine, Teuerung, Folgen des Klimawandels) wirken sich negativ auf die psychische Gesundheit der Wiener\*innen aus. Die Anzahl der Betroffenen, die unter Angst(-störungen), Depression und Erschöpfung leiden, ist seit der Pandemie deutlich gestiegen, Suizidgedanken haben sich sogar verdoppelt. Dazu kommt, dass geringere sozioökonomische Ressourcen ein zentraler Risikofaktor sind, der die psychische Gesundheit stark beeinträchtigen und Krankheiten verfestigen kann.

So besteht beispielsweise ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren wie Bildung, Einkommen oder Beschäftigungsstatus und dem Risiko, an einer Depression zu erkranken. Menschen, die maximal einen Pflichtschulabschluss haben und 30 Jahre oder älter sind, leiden öfter an Depressionen als Menschen mit Matura. Gleiches gilt für Personen mit einem geringen Einkommen. Sie weisen gegenüber Besserverdienenden eine erhöhte Erkrankungshäufigkeit auf. Damit wurde die soziale Ungleichheit zum zentralen Faktor für die Verschlechterung der psychischen Gesundheit im Zuge der Pandemie (vgl. Zandonella 2021, S. 8).

Es ist davon auszugehen, dass mit steigender Armut nicht nur die Wohnungslosigkeit, sondern auch die psychischen Erkrankungen zunehmen werden. Viele Betroffene haben aus Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung, aber auch aus Unkenntnis noch keinen Zugang zu psychosozialen Hilfsangeboten gefunden (vgl. Zandonella et al. 2020, S. 4).

Auch die niederschwellige, aufsuchende Straßensozialarbeit beobachtet bei Menschen, die sich im öffentlichen Raum aufhalten, eine Zunahme von psychische Auffälligkeiten. Häufig sind diese Menschen schwer zu erreichen und lehnen Hilfsangebote ab. Misstrauen, Angst vor Stigmatisierung, fehlende Krankheitseinsicht, geringe Eigenmotivation, Überforderung im Beziehungsaufbau und vermehrte Abbrüche von Hilfsangeboten stellen Herausforderungen für die Sozialarbeiter\*innen, die diese Personengruppe betreuen, dar (vgl. Niebauer & Reifferscheid 2017, S. 326 f.). Es ist nicht immer einfach, mit Ablehnungen umzugehen. Gleichzeitig gibt es den eigenen Erwartungsdruck, die Situation von Personen verbessern zu wollen. Eigene Ängste sowie Unsicherheiten im Umgang mit psychisch kranken Menschen können die Handlungsfähigkeit hemmen.

Die psychische Gesundheit und Krankheit bilden – wie auch die körperliche – ein Spektrum. Alle Menschen zeigen Belastungen, die manchmal auch eine Behandlung erfordern, damit sich diese nicht chronifizieren. Jeder Mensch hat ihre\*seine genetischen und biologischen Prädispositionen, weshalb sich Beschwerden immer unterschiedlich auswirken können (vgl. Frasl 2022, S. 15).

Psychische Erkrankungen und Krisen werden leider nach wie vor stigmatisiert. Viele Menschen meinen, nichts mit psychischen Erkrankungen zu tun zu haben. Ebenso kommt es nicht selten vor, dass die psychische Gesundheit implizit als „unwichtige Nebensache“ verstanden wird. Psychische Erkrankungen werden als Einbildung oder gar als Problem, das mit „Zusammenreißen“ lösbar ist, betrachtet (vgl. Frasl 2022, S. 63).

Ziel des Videohandbuchs und des Skriptums ist es, einen Einblick und Überblick über psychische Erkrankungen zu erlangen, um den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen zu verbessern. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind oft mit Stigma, Scham und Beschämung konfrontiert. Wenn Menschen in Krisen geraten, sollten wir als Gesellschaft für sie da sein und sie zur Hilfesuche ermutigen oder selbst die erste Ansprechperson werden, die mit ihnen den ersten Schritt geht.

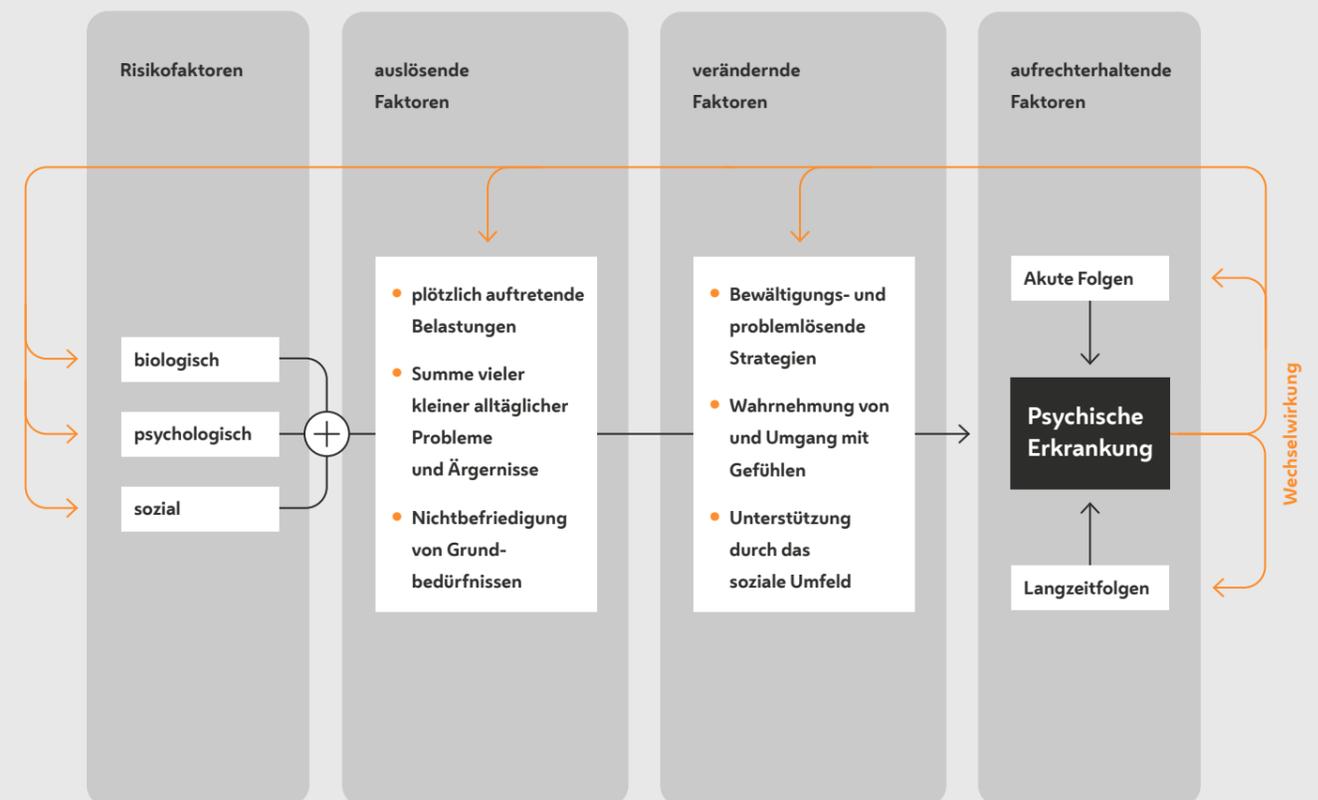
Das vorliegende Skriptum ist eine Ergänzung und Vertiefung zum Videohandbuch. Es beinhaltet die häufigsten psychischen Erkrankungen, die in Wien vorliegen, bietet Handlungsweisen für den Arbeitsalltag an und listet wichtige Adressen und Kontaktdaten von Professionist\*innen auf, die man kontaktieren kann, wenn man nicht mehr weiterweiß.

# 1 Psychische Erkrankungen

Gesundheit ist ein dynamisches Phänomen. Alle Menschen sind mehr oder weniger gesund. Damit man gesund leben kann, sind bestimmte materielle, soziale und kulturelle Voraussetzungen nötig. Für die Entstehung und vor allem das Anhalten von psychischen Erkrankungen sind neben komplexen Faktoren, auslösenden Situationen auch aufrechterhaltende Bedingungen verantwortlich. Vorurteile und Stigmata gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen helfen niemanden, vor allem nicht den betroffenen Personen. Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zur Gemeinschaft leisten kann. Psychische Krisen können als Ausnahmezustände im Denken, Fühlen und Handeln eines Menschen gesehen werden. Psychische Störungen/Erkrankungen sind oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet.

Sicheres Wohnen, eine erfüllende Lebensgestaltung und finanzielle Sicherheit sind für jeden Menschen essenziell. Wenn diese Grundbedürfnisse nicht ausreichend abgedeckt werden und vielleicht auch eine psychische Erkrankung/Störung vorliegt, kommt es schnell zu Konflikten. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen schaffen es oft nicht ohne Hilfe, ihren Alltag nach ihren Bedürfnissen und Wünschen zu gestalten.

Integratives Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodell bei psychischen Erkrankungen (vgl. TOPSY – Toolbox Psychische Gesundheit)



Risikofaktoren wie Armut, schlimme Erfahrungen in der Kindheit oder große Veränderungen im Leben können der Psyche viel abverlangen. Allerdings verfügt jeder Mensch auch über individuelle Kraftquellen und Fähigkeiten, die Hochs und Tiefs des Lebens gut durchzustehen. Diese „Hilfen“ sind auch als Ressourcen bekannt. Zu ihnen zählen etwa Humor, Selbstbestimmung oder Fähigkeiten im Umgang mit Gefühlen sowie anderen Menschen.

Risikofaktoren, die mit einer psychischen Erkrankung einhergehen, können die aktuelle psychische Gesundheit zwischen gesund und krank schwanken lassen. Bei fehlender Unterstützung und mangelhaften Ressourcen wird von einem chronischen Verlauf gesprochen.

(Modell nach Antonovsky 1997)



Mit den sozialen Determinanten der Gesundheit (Social Determinants of Health, SDH) werden die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie die Lebensweisen von Menschen bezeichnet, die die Gesundheit in bestimmten (Sub-)Populationen maßgeblich beeinflussen. Jede einzelne soziale Determinante (siehe dazu die folgende Abbildung) kann auch zu einem Risikofaktor für die psychische Gesundheit werden, wenn sie nicht ausreichend vorhanden ist oder die Person zunehmend belastet.

**Beispiele für soziale Determinanten:**

- Arbeits-, Umwelt- und Wohnbedingungen
- Zugang zu medizinischer Versorgung
- Gesundheitsförderliche Angebote
- Finanzielle Ressourcen
- Soziale Unterstützung
- Stressbelastungen
- Bildung

Darstellung der sozialen Determinanten der Gesundheit (nach Dahlgren und Whitehead 1991)

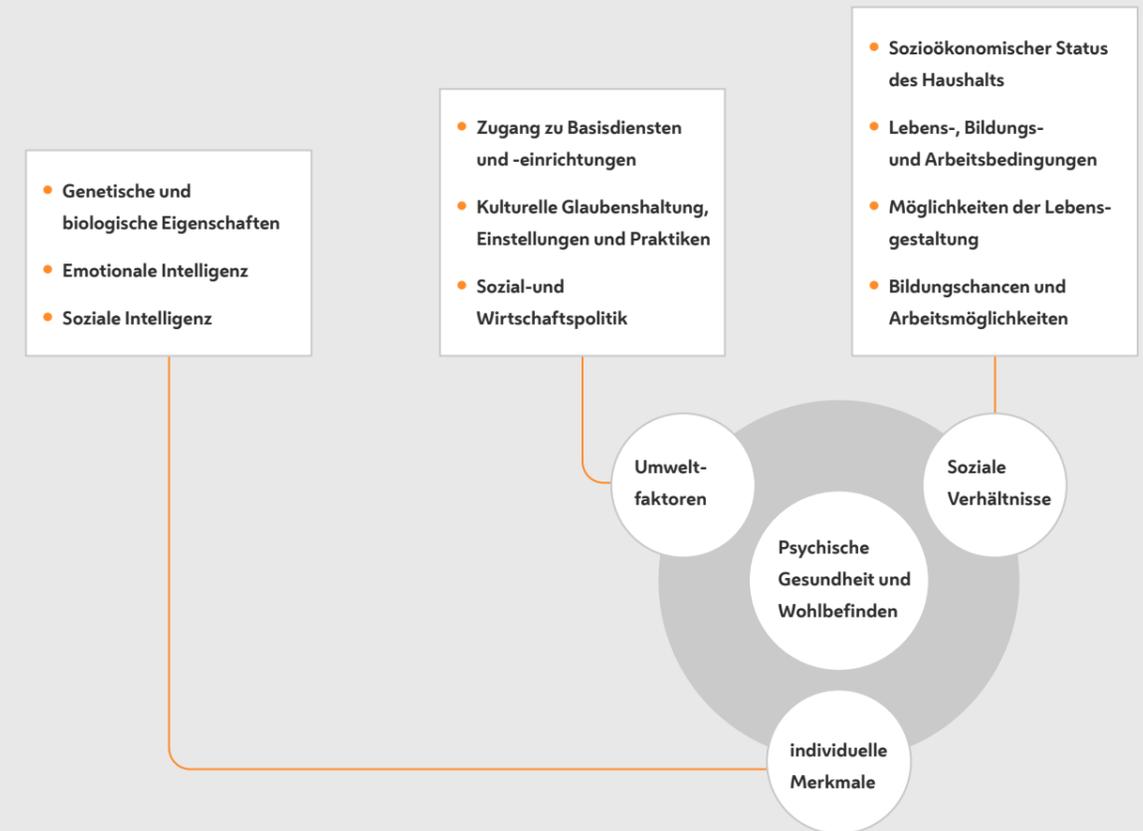


**Weitere Risikofaktoren für die Entstehung von psychischen Erkrankungen können sein:**

- Ergebnisse von Störungen der psychosozialen Entwicklung (Entwicklungsstörungen)
- Vulnerabilität (Verletzlichkeit) durch verschiedene körperliche Belastungen aufgrund der genetischen Disposition
- Äußere soziale Bedingungen, die das Risiko, psychisch zu erkranken, erhöhen
- Auslösende Faktoren: lebensgeschichtliche Umbruchzeiten, Life Events, Lebenslagen mit dauerhaften Konflikten, chronische Erkrankung, Pflegebedürftigkeit, Verlust von wichtigen Menschen

Emotionale Instabilität spielt bei der Festigung von psychischen Erkrankungen und Krisen häufig eine Rolle und kann durch den wiederholten (begleiteten) Umgang mit den Emotionen und das Erlangen emotionaler Stabilität durch Skills und Unterstützung ausgeglichen werden.

Entwertende und zum Teil negative Einstellungen gegenüber Menschen in psychischen Krisen bzw. mit psychischen Erkrankungen sollten auch im Helfer\*innensystem aufgearbeitet und Handlungsalternativen aufgezeigt werden, wie etwa „Handeln statt sich ärgern“.



(vgl. WHO 2012, Risks to Mental Health)

## 2 Die häufigsten psychischen Erkrankungen

### 2.1 Angststörungen

Angst ist, wenn auch kein angenehmes, so doch ein normales Gefühl und dabei auch sehr nützlich, sogar überlebensnotwendig. Unsere Angst ist ein biologisch angelegtes Verhaltensmuster der Wahrnehmung von Gefahren, der Reaktion darauf sowie auch der Vermeidung von gefährlichen Situationen. Wer sich rechtzeitig fürchtet, hat dadurch erhebliche Vorteile. Allerdings kann dieses Verhaltensmuster auch außer Kontrolle geraten. Ängste können übermäßig stark werden und uns im Alltag einschränken. Angst kann krank machen – besonders dann, wenn sie unbegründet oder übertrieben groß ist (vgl. Voos 2015, S. 13; AWMF 2021, S. 2).

Bei Angststörungen treten Ängste sehr häufig auf oder es kommt zu intensiven, langanhaltenden Angstzuständen. Die Angst kann dabei so groß und unbegründet sein, dass sie für die meisten außenstehenden Personen nicht nachvollziehbar erscheint. Die Angststörung schränkt dabei nach und nach die psychische und soziale Funktionsfähigkeit ein. Hinzu kann Vermeidungsverhalten kommen, sodass die Betroffenen Situationen meiden, die auf sie angstausslösend wirken, wie zum Beispiel das Fahrstuhlfahren oder das Benutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln. Das kann so weit gehen, dass etwa der Arbeitsweg kaum noch bewältigbar ist (vgl. BMSGPK).

Angststörungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und äußern sich in vielen verschiedenen Arten von Angststörungen, die auch gemeinsam auftreten können. Die Beschwerden können von Unbehagen bis hin zu Panik reichen. Allgemein bekannt sind die spezifischen Ängste, die sogenannten Phobien, zum Beispiel die Arachnophobie (Angst vor Spinnen), die so vehement werden kann, dass Räume, in denen nur eine winzige Spinne gesichtet wurde, nicht mehr betreten werden können. Angststörungen erhöhen zudem das Risiko für eine Depression sowie Abhängigkeitserkrankungen (zum Beispiel Alkoholabhängigkeit) (vgl. AWMF 2021, S. 6; BMSGPK).

Trotz ihrer Häufigkeit werden Angststörungen oft nicht erkannt, da die Betroffenen über Schlafstörungen, Schmerzen oder andere körperliche Beschwerden klagen und die Angst selten als Symptom angeben (vgl. Sartorius et al. 1996; Wittchen et al., 2002).

#### Zu den häufigsten Angststörungen nach der ICD-10 (WHO 1991) zählen:

- Panikstörung
- Agoraphobie (Platzangst)
- Generalisierte Angststörung
- Soziale Phobie
- Spezifische Phobie

### 2.1.1 Panikstörung

Betroffene leiden unter plötzlich auftretenden Angstanfällen, sogenannten Panikattacken, mit massiven körperlichen Ausdrucksformen der Angst: Herzrasen, unregelmäßiger Herzschlag, Schwitzen, Zittern, Beben, Mundtrockenheit, Kurzatmigkeit, Atemnot, Erstickungsgefühl, Enge im Hals, Schmerzen, Druck oder Engegefühle in der Brust, Übelkeit, Bauchbeschwerden, Schwindel, Unsicherheits-, Ohnmachts- oder Benommenheitsgefühle, Gefühl, dass Dinge unwirklich sind (wie im Traum) oder dass man selbst „nicht richtig da“ ist, Hitzewallungen oder Kälteschauer, Taubheits- oder Kribbelgefühle. Es besteht die Angst, die Kontrolle zu verlieren, „wahnsinnig“ oder ohnmächtig zu werden oder gar zu sterben.

Panikattacken treten aus heiterem Himmel auf und nehmen etwa zehn Minuten lang an Stärke zu, dauern aber in der Regel nicht länger als 30 Minuten. Unter normalen Umständen erfahren Menschen Gefühlszustände dieser Art nur, wenn sie in Lebensgefahr schweben. Personen mit einer Panikstörung müssen solche Empfindungen mitunter täglich ertragen, ohne einer echten Gefahr ausgesetzt zu sein (vgl. AWMF 2021, S. 10; Heinrichs 2007, S. 10).

### 2.1.2 Erste Hilfe bei einer Panikattacke

Um dem Druck oder Engegefühl in der Brust entgegenzuwirken, hilft es, beengende Kleidungsstücke abzulegen. Ein Fenster zu öffnen und so für mehr Weite zu sorgen oder einen Schluck Wasser zu nehmen, kann Linderung verschaffen. Besonders Augenmerk muss auf die richtige Atmung gelegt werden: kurzes Einatmen und langsames, tiefes Ausatmen. Das Ausatmen sollte mindestens doppelt so lange dauern wie das Einatmen. Auch das gemeinsame Atmen mit einer\*inem Helfer\*in kann zuträglich sein.

Eine einfache Übung, die gemeinsam mit der\*dem Betroffenen durchgeführt werden kann, ist die „5-4-3-2-1-Übung“ (vgl. www.uni-regensburg.de).

#### Die 5-4-3-2-1-Übung für Entspannung und Fokussierung auf das Hier und Jetzt:

- Nehmen Sie eine angenehme Position ein und suchen Sie sich einen Punkt im Raum, auf dem Sie Ihren Blick ruhen lassen. Atmen Sie einige Male tief ein und aus.
- Zählen Sie nun – laut oder in Gedanken – fünf Dinge auf, die Sie in diesem Augenblick sehen können. Zum Beispiel:
  - „Ich sehe den Tisch.“
  - „Ich sehe die Lampe.“
- Wenn Sie fünf Dinge aufgezählt haben, die Sie sehen können, lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit auf das, was Sie hören können, und zählen Sie auch hier fünf Dinge auf. Zum Beispiel:
  - „Ich höre die Vögel zwitschern.“
  - „Ich höre ein Auto vorbeifahren.“
- Danach lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit auf das, was Sie spüren können, und nennen fünf Dinge, die Sie gerade spüren. Zum Beispiel:
  - „Ich spüre meine Füße auf dem Boden.“
  - „Ich spüre meine Hose auf der Haut.“
- Wiederholen Sie die Schritte zwei bis vier, diesmal mit jeweils vier Dingen, die Sie sehen, hören und spüren. Dann geht es weiter mit drei Dingen, zwei Dingen und schließlich mit einer Wahrnehmung je Kategorie.

Anleitung des Frauengesundheitszentrums „FEM“ zum Nachsehen:  
[www.youtube.com/watch?v=mcjNCckbcSo](https://www.youtube.com/watch?v=mcjNCckbcSo)

Panikattacken sind keine lebensbedrohlichen Szenarien, auch wenn die Betroffenen das in der Situation anders empfinden. Wesentlich ist, Menschen in dieser Situation nicht allein zu lassen und mit ruhiger und gelassener Stimme auf Augenhöhe in Kontakt zu treten. Nach Möglichkeit sucht man einen ruhigen Ort auf und wartet gemeinsam das Ende der Panikattacke ab.

### 2.1.3 Agoraphobie

Bei der Agoraphobie können neben der Angst vor Orten/Situationen zusätzlich Panikattacken auftreten. Häufig treten Angstattacken in Menschenmengen, öffentlichen Verkehrsmitteln oder in engen Räumen (zum Beispiel Fahrstühlen) auf. Die Angst vor dem Alleinsein in diesen Situationen ist ebenfalls typisch. Die Anwesenheit von Begleitpersonen kann dabei helfen, die Angst zu vermindern. Manchmal werden die Ängste so stark, dass die Betroffenen nicht mehr dazu fähig sind, ihre Wohnung zu verlassen (vgl. Heinrichs 2007; AWMF 2021, S. 10).

### 2.1.4 Generalisierte Angststörung

Die Betroffenen leiden unter verschiedenen körperlichen Symptomen in unterschiedlicher Stärke (Zittern, Herzrasen, Schwindel, Übelkeit, Muskelverspannungen usw.), Konzentrations- und Schlafstörungen sowie psychischen Symptomen (Irritierbarkeit/Reizbarkeit, ausgeprägte Ruhelosigkeit). Diese Symptome begleiten die Betroffenen als mehr oder weniger starker Dauerzustand.

Es fällt den Betroffenen schwer, zu beschreiben, wovon sie eigentlich Angst haben. Ständige, sich wiederholende Sorgen, dass zum Beispiel ihnen oder ihnen nahestehenden Personen Unfälle zustoßen oder sie erkranken könnten, gehören ebenfalls zu den charakteristischen Symptomen. Diese Sorgen sind sozusagen chronisch und bestehen über einen längeren Zeitraum an der Mehrzahl der Tage. Auch wenn diese Sorgen für Freund\*innen, Angehörige und Helfer\*innen schwer nachvollziehbar sind, ist es wichtig, diese Gefühle ernst zu nehmen, auch wenn sie unbegründet scheinen/sind. Ein ehrliches „Du darfst mir diese Sorgen mitteilen, auch wenn sie wahrscheinlich unbegründet sind“ kann der erste Schritt zur Milderung der Symptome sein (vgl. AWMF 2021, S. 11; Hoyer et al. 2015).

### 2.1.5 Soziale Phobie

Die Betroffenen haben vor Situationen Angst, in denen sie im Mittelpunkt stehen, zum Beispiel Sprechen in der Öffentlichkeit, Kontakte mit Vorgesetzten, Behördengänge, Kennenlernsituationen (Dating, berufliche Vorstellungsgespräche) und dergleichen. Befürchtet wird, sich peinlich oder ungeschickt zu verhalten oder negativ bewertet zu werden. Notwendige Termine, wie z. B. der Zahnarztbesuch bei drohendem Zahnverlust bei Nichtbehandlung, können oftmals nur mit Unterstützung wahrgenommen werden.

## 2.1.6 Spezifische Phobien

Hierbei beschränkt sich die Angst auf einzelne Situationen, die sich meistens auf Bedingungen in der Umwelt beziehen, wie zum Beispiel Spinnenphobie oder Höhenangst.

„Belastende Lebensereignisse, negative Sozialisations- und Bindungserfahrungen, bestimmte genetische und neurobiologische Faktoren sowie ungünstige Wahrnehmungs- und Denkmuster können mögliche Risikofaktoren für die Entwicklung einer Angststörung darstellen“ (Institut für Suchtprävention).

## 2.1.7 Behandlungsmöglichkeiten

Die Betroffenen berichten meist über eine Vielzahl körperlicher Symptome. Eine medizinische Abklärung ist notwendig, um organische Erkrankungen als Ursache auszuschließen. Denkbar wären unter anderem Herz- und Schilddrüsenerkrankungen, die ebenfalls zu Herzrasen, Herzstolpern, Ohnmachten oder anderen Symptomen führen können. Eine medizinische Abklärung kann darüber hinaus aber auch zur (vorübergehenden) Milderung der Angstsymptomatik beitragen. Für eine erfolgreiche Abklärung kann soziale Begleitung notwendig sein, da Betroffene oft große Schwierigkeiten haben, ihren Ängsten konstruktiv zu begegnen, oder Angst vor dem Behandlungssetting haben.

Angststörungen sind in der Regel sehr gut behandelbar. Ein ganzheitliches Behandlungskonzept sollte die Grundlage jeder Behandlung bilden. Zentral sind die Entwicklung eines grundsätzlichen Verständnisses für die eigene Erkrankung und die Schulung der Wahrnehmung, um körperliche Reaktionen angemessen zu interpretieren und Vermeidungsverhalten zu erkennen und zu unterbrechen. Das kann zum Beispiel mithilfe einer Psychotherapie gelingen. Eine medikamentöse Behandlung kann gute Unterstützung leisten, um vor allem den akuten Leidensdruck zu mildern. Zusätzliche Maßnahmen (Sport, Erlernen von Entspannungstechniken, zum Beispiel progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe) können ebenfalls hilfreich sein (vgl. BMSGPK; AWMF 2021, S. 13).

## 2.2 Depression

Die Depression (vom lateinischen deprimere = niederdrücken) ist eine psychische Erkrankung, die unter anderem durch eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit (Anhedonie), fehlenden Willensantrieb und Hoffnungslosigkeit gekennzeichnet ist.

Die Depression gehört zu den affektiven Störungen (vom lateinischen affectivus = gefühlsbetont). Zu den affektiven Störungen werden jene psychischen Erkrankungen gezählt, bei denen es über einen längeren Zeitraum hinweg zu Abweichungen von Stimmung und Antrieb gegenüber einem nicht klar abgrenzbaren Normalbereich kommt. Die Depression ist somit von der normalen Gemütsreaktion auf ein emotional belastendes Ereignis zu unterscheiden. Wir alle kennen Zustände von vorübergehender Niedergeschlagenheit, Traurigkeit oder Hoffnungslosigkeit. Sie gehören zu den grundlegenden menschlichen Reaktionen auf Belastungen oder Verluste und stellen zugleich häufige Symptome einer depressiven Erkrankung dar. Bei der Depression sind diese Symptome, neben vielen anderen, jedoch intensiver, halten länger an und treten oft ohne erkennbaren Grund auf. Auch körperliche Beschwerden, wie zum Beispiel Kopf- und Rückenschmerzen, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen, sind charakteristisch für eine Depression (vgl. Depression – Hilfe und Behandlung).

Die Grundlagen für das heutige Verständnis der Depression wurden Ende des 19. Jahrhunderts von dem Psychiater Emil Kraepelin geschaffen (vgl. Ärzteblatt).

### 2.2.1 Anzeichen und Symptome

Depressionen können die unterschiedlichsten Formen annehmen. Typisch ist ein episodischer Verlauf, der sehr individuell sein kann. Depressive Episoden können einmalig oder wiederholt auftreten, es kann allerdings auch zu einem chronischen Verlauf kommen (vgl. Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien).

Je nach Schweregrad der Erkrankung kann zwischen einer leichten, mittelgradigen und schweren Depression differenziert werden. Depressive Verstimmungen, die über mehrere Jahre andauern und in ihrer akuten Ausprägung weniger schwer als eine depressive Episode sind, werden als dysthyme Störung bezeichnet (vgl. Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien).

Für die Betroffenen ist die Erkrankung äußerst belastend und bringt wesentliche Einschränkungen in der Lebensführung mit sich. Wie es sich anfühlt, an einer Depression zu leiden, ist für Außenstehende meist schwer nachvollziehbar. Persönliche Aussagen von Betroffenen können am besten vermitteln, wie sie sich fühlen.

### Anzeichen und Symptome:

- Traurige Stimmung
  - Antriebslosigkeit
  - rasche Ermüdung
  - verminderte Aktivität
  - Interessenverlust
  - Freudlosigkeit
  - Konzentrationsprobleme
  - verminderte Lern- und Merkfähigkeit
  - Schuldgefühle
  - Selbstzweifel
  - große Zukunftsängste
  - Appetitlosigkeit
  - Schlafstörungen
  - Suizidgedanken
  - Schwindel
  - Kopfschmerzen
  - allgemeine Kraftlosigkeit
  - psychomotorische Verlangsamung
  - Müdigkeit
  - Reizbarkeit
  - Gewichtsverlust oder -zunahme
  - Hoffnungslosigkeit
  - Affektverflachung
  - Libidoverlust
- ... und vieles mehr.

Verläufe unipolarer depressiver Störungen  
(nach DGPPN et al. 2017, S. 12)

depressive Episode mit vollständiger Remission

depressive Episode mit unvollständiger Remission

rezidivierende Depression

Dysthymie

depressive Episode mit vorangegangener Dysthymie

chronifizierte depressive Episode (bei über zwei Jahren Dauer)

Ich kam mir manchmal vor wie ein wandelnder Toter, ohne jedes Gefühl. Ich habe mich gefühlt wie ein Zombie, der morgens kaum aus dem Bett kommt und den Tag in einem Dämmerzustand verbringt. **Jens, 57 Jahre**

Jede Bewegung war unendlich anstrengend und hat sich angefühlt, als wenn ich durch eine zähe Suppe laufe. **Petra, 46 Jahre**

Als klar war, dass ich Depressionen habe, war ich erst mal platt. Damit hatte ich nicht gerechnet. Ich hatte mein schlechtes Befinden ja immer auf meinen Körper und mein Übergewicht geschoben. **Renate, 62 Jahre**

**Persönliche Aussagen von Betroffenen**  
(Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)

**Weitere Erfahrungsberichte finden Sie unter:**  
[www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/erfahrungsberichte](http://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/erfahrungsberichte)

## 2.2.2 Wer ist davon betroffen?

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und können in jedem Alter auftreten. In Österreich sind laut „Österreichischem Gesundheitsbericht 2022“ über sechs Prozent der Bevölkerung (rund 435.000 Personen) an einer Depression erkrankt (diagnostiziert). Ebenso viele Menschen leiden etwa an Diabetes (vgl. Griebler et al. 2023, S. 53). Studien legen nahe, dass die Anzahl der an einer Depression erkrankten Personen in Österreich mit neun Prozent (ca. 652.000 Personen) wesentlich höher ist als die Anzahl jener, die sich in Behandlung befinden (vgl. Laszewska et al. 2018, S. 146). Nach der „Global Burden of Disease“-Studie rangieren unipolare Depressionen weltweit an dritter Stelle der das Leben durch eine Behinderung beeinträchtigenden Volkskrankheiten (vgl. Vos et al. 2016).

## Sind Frauen häufiger betroffen als Männer?

Vergleicht man die Diagnosehäufigkeit, fällt auf, dass Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer an Depressionen zu erkranken scheinen (vgl. Depressionsbericht Österreich, S. 13). Allerdings kann es sich hierbei um ein Artefakt handeln, denn je schwerer die Depression ist, desto mehr gleichen sich Frauen und Männer in ihren Häufigkeitszahlen an. Die Tatsache, dass bei Frauen öfter die Diagnose Depression gestellt wird, könnte durch die leichteren Ausprägungsformen erklärt werden, während Männer bei der Preisgabe depressiver Symptome und bei der Konsultation von Ärzt\*innen zurückhaltender sind.

In den vergangenen Jahren wurde auch das Konzept der „Male Depression“ entwickelt, nach dem bei Männern bestimmte Anzeichen häufig die üblichen, bekannten Symptome einer Depression überlagern. Dazu gehören Aggressivität und Risiko- bzw. Suchtverhalten (vgl. Chromy 2024).

Eine Besonderheit, die Frauen für depressive Erkrankungen anfälliger macht, ist das erhöhte Risiko, zum Zeitpunkt der monatlichen Regelblutung zu erkranken sowie bei anderen hormonellen Umstellungen. Vor allem die starken Stimmungsschwankungen nach einer Geburt durch die massive Abnahme von Hormonen sind charakteristische Symptome im Wochenbett. Selten kommt es dabei zu einer schweren, wahnhaften Depression.

## 2.2.3 Behandlungsmöglichkeiten

Depressionen sind durch eine psychotherapeutische/klinisch psychologische und medikamentöse Behandlung (Antidepressiva), deren Kombination empfohlen wird, sehr wirksam behandelbar. Die Wahl der konkreten Therapieform sollte dabei nicht nur vom Schweregrad und Verlauf, sondern auch von den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen abhängen. Eine ambulante Behandlung ist oft ausreichend. Die Einnahme von Antidepressiva ist insbesondere bei schweren Depressionen unverzichtbar (vgl. Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien).

Über die Psychopharmakotherapie und Psychotherapie hinaus kommen bei entsprechender Notwendigkeit weitere Therapieverfahren, wie zum Beispiel Lichttherapie oder transkranielle Magnetstimulation zum Einsatz.

Hinsichtlich ihrer individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung zählen Depressionen zu den meist unterschätzten Erkrankungen. Als ernste, oft folgenreiche Erkrankung entzieht sich die Depression der Beeinflussung durch die Willenskraft oder Selbstdisziplin der Betroffenen. Menschen mit einer Depression

brauchen medizinische und therapeutische Unterstützung, um die Krankheit effektiv bewältigen zu können.

Sowohl die wirtschaftlichen und sozialen Aspekte der Depression als auch die große Zahl der tragischen Einzelschicksale weisen sie als eine Erkrankung aus, die enorme Auswirkungen auf die Bevölkerung hat. Auch die Liste erfolgreicher betroffener Persönlichkeiten aus Kunst, Politik, Wirtschaft und Wissenschaft ist lang: Abraham Lincoln und Winston Churchill gehören ebenso dazu wie Buzz Aldrin (zweiter Mensch auf dem Mond), Joanne K. Rowling (Autorin der „Harry Potter“-Reihe) und Nora Tschirner (deutsche Schauspielerin) (vgl. Süddeutsche Zeitung 2018).

## 2.3 Bipolare Erkrankung

„Alle vier bis sechs Wochen ändert sich mein Zustand. Das ist total zack, weil kaum hat man sich auf einen Zustand eingestellt, kommt der nächste“, erzählt Nicole in einem Interview mit einer österreichischen Tageszeitung. Sie spricht in Interviews regelmäßig über ihre Erkrankung und hat sogar einen eigenen Podcast. In „Crazy Turn – Ich bin bipolar“ berichtet sie offen über ihr Leben mit einer bipolaren Erkrankung und setzt sich für die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen ein.

Nicole ist eine von rund drei bis fünf Prozent der Österreicher\*innen (vgl. DGBS & DGPPN 2019), die an einer bipolaren Störung erkrankt sind. Diese Störung ist eine psychische Erkrankung, die wie die Depression den affektiven Störungen angehört, bei der die Stimmung aber nicht in einem Bereich überhandnimmt, sondern zwischen zwei Extremen schwankt. Menschen mit einer bipolaren Erkrankung erleben extreme Hochphasen (Manie) und Tiefphasen (Depression) (vgl. BMSGPK).

Während einer manischen Episode sind die Betroffenen häufig gesellig, fühlen sich energiegeladener, haben ein geringes Schlafbedürfnis, sind selbstbewusst (bis hin zu Größenideen), aber auch sprunghaft, unruhig und leicht reiz- und ablenkbar. Das Sprechtempo ist erhöht und man kann ihren Gedanken mitunter kaum folgen. Soziale Enthemmung und eine gesteigerte Libido sind ebenfalls häufig Teil der Symptomatik (vgl. Meyer & Hautzinger 2013, S. 14 f.). Nach der Manie kommt unweigerlich die Depression. Die Betroffenen fühlen sich dann zumeist sehr niedergeschlagen, antriebslos und ihr Selbstwertgefühl nimmt stark ab. Die depressiven Phasen überwiegen gewöhnlich.

Die bipolare Störung wurde früher aufgrund dieser Phasen als manisch-depressive Erkrankung bezeichnet (vgl. Meyer & Hautzinger 2013).

## 2.3.1 Behandlung

Bei der Akutbehandlung steht die Reduktion der depressiven bzw. (hypo-)manischen Symptome im Vordergrund. Langfristig wird die Verringerung bzw. Vermeidung weiterer Krankheitsepisoden angestrebt. Die medikamentöse Therapie sowie psychologische Interventionen und Psychotherapie bilden die Säulen der Behandlung (vgl. Meyer & Hautzinger 2013, S. 29; DGBS & DGPPN 2019, S. 79 ff.).

### Hörfempfehlung:

[crazy-turn-ich-bin-bipolar.stationista.com](http://crazy-turn-ich-bin-bipolar.stationista.com)

## 2.4 Abhängigkeitserkrankung

„Sucht“ ist der umgangssprachliche Begriff für eine chronische, wiederkehrende Erkrankung, die viele Ursachen und unterschiedliche Verläufe haben kann. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet sie fachsprachlich als Abhängigkeitssyndrom, das spezifische körperliche, verhaltensbezogene und kognitive Symptome umfasst, die sich nach wiederholtem Konsum von psychotropen Substanzen (inklusive Medikamenten), Alkohol oder Nikotin ausbilden. Eine Abhängigkeitserkrankung entsteht nicht von heute auf morgen, sondern über einen längeren Zeitraum hinweg.

Suchte zählen in unserer Gesellschaft zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Die meisten Menschen, die Suchtmittel konsumieren, entwickeln keine Abhängigkeitserkrankung, sondern konsumieren in bestimmten Phasen oder zu gewissen Zeiten oder hören mit dem Konsum wieder auf (siehe „Grundlagen Sucht“, Institut für Suchtprävention).

Charakteristisch für das Abhängigkeitssyndrom sind der starke Wunsch nach der Einnahme einer psychoaktiven Substanz – trotz der schädlichen Folgen – und die erheblichen Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren oder gar zu beenden. Es entsteht eine Gewöhnung an diese Substanz (Toleranzbildung). Die Dosis muss daher laufend erhöht werden, um dasselbe gewünschte Wohlbefinden zu erreichen. Bei Nichtkonsum kann es zu Entzugserscheinungen kommen (vgl. oesterreich.gv.at).

### 2.4.1 Charakteristische Anzeichen

Betroffene Personen – egal ob die Suchterkrankten selbst oder Menschen aus deren Umfeld – sollten die typischen Anzeichen für eine Abhängigkeitserkrankung kennen.

#### Am Beispiel der Substanzabhängigkeit sind das:

- Starker Wunsch nach einer psychoaktiven Substanz
- Kontrollverlust über die Menge und das Ende des Konsums
- Fortführung des Konsums trotz eindeutig eingetretener körperlicher, psychischer und sozialer Folgeschäden
- Vernachlässigung anderer Vergnügungen und Interessen zugunsten des Konsums der psychoaktiven Substanz
- Gewöhnung an die Substanz und Dosiserhöhung (Toleranzbildung)
- Körperliche und/oder psychische Entzugserscheinungen bei Beendigung oder Reduktion der Einnahme der psychoaktiven Substanz (nicht bei allen Substanzen)

### 2.4.2 Formen der Abhängigkeit

Die psychische Abhängigkeit äußert sich in dem ständigen Verlangen nach einer psychoaktiven Substanz, um Wohlbefinden zu erlangen. Die Betroffenen haben das Gefühl, ihren Alltag ohne diese Substanz nicht mehr bewältigen zu können, und rücken alle anderen Bedürfnisse und Interessen in den Hintergrund.

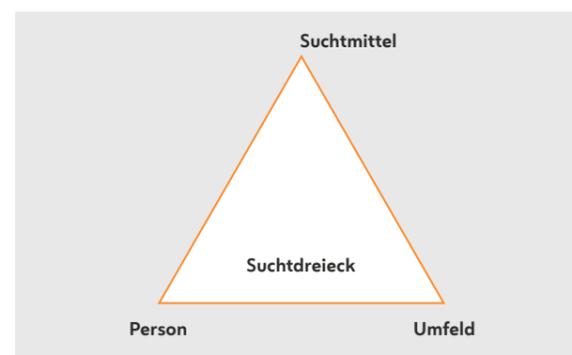
Die körperliche (physische) Abhängigkeit bedeutet, dass sich der Körper durch die wiederholte Einnahme an die psychoaktive Substanz gewöhnt, deren Wirkung nur vorübergehend ist (Toleranzentwicklung). Um weiterhin denselben gewünschten Bewusstseinszustand herstellen zu können, muss die Menge der eingenommenen Substanz meist laufend erhöht werden. Bei einigen psychoaktiven Stoffen können Entzugserscheinungen auftreten, wenn sie nicht eingenommen werden. Dazu gehören Unruhe, Gereiztheit, Schwitzen, Übelkeit, Zittern, Schlafstörungen, Schmerzen etc.

Die soziale Abhängigkeit entsteht über die soziale Umfeld und die damit verbundene Aus- und Abgrenzung, die mit dem Konsum der Substanz oder dem abhängig machenden Verhalten einhergeht. Dies spielt sowohl für den Konsum von legalen psychoaktiven Substanzen (zum Beispiel: Alkohol durch Trinkrituale)

als auch bei illegalen psychoaktiven Substanzen (zum Beispiel Status innerhalb der „Szene“) eine maßgebliche Rolle (vgl. [oesterreich.gv.at](http://oesterreich.gv.at)).

### 2.4.3 Suchtursachen

Eine Sucht ist das Ergebnis eines dynamischen Prozesses, dessen Verlauf unterschiedlich lange dauern kann und oft von der betroffenen Person wie auch deren Umfeld nicht wahrgenommen wird. An der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung sind verschiedene Ursachen beteiligt, die nicht in einem direkten Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, sondern in einer ständigen Wechselbeziehung stehen.



#### Im Suchtdreieck werden sie zu drei Faktoren zusammengefasst:

- Die suchtkranke Person selbst: genetische Faktoren, körperliche Konstitution, psychische und persönliche Entwicklung
- Gesellschaft und Umwelt: Akzeptanz der Substanz, Freund\*innenkreis, Gruppendruck, strukturelle Bedingungen in der Gesellschaft
- Art des Suchtmittels: Wirkung, Verfügbarkeit, Abhängigkeitspotenzial

Eine Abhängigkeitserkrankung wird oft von einer anderen psychischen Erkrankung begleitet, die mit ihr zusammenhängt, sie begünstigt oder sogar aufrechterhält. Eine solche Begleiterkrankung wird auch als komorbide Erkrankung oder Komorbidität bezeichnet. Depressionen, bipolare Störungen, Angsterkrankungen, Belastungsstörungen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind Beispiele für diese Komorbiditäten (vgl. [www.api.or.at](http://www.api.or.at)). Suchtmittel lindern oder unterdrücken zunächst die Symptome einer psychischen Erkrankung. Dämpfende Substanzen wie Alkohol, Benzodiazepine oder Opiate können Angstsymptome lindern und die Interesselosigkeit bei einer depressiven Erkrankung oder traumatische Erlebnisse verdrängen.

Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ist ein komplexer Prozess. Es gibt keinen universell gültigen Ansatz, der diese Erkrankung vollständig erklärt. Deshalb werden die einzelnen Ansätze aus unterschiedlichen Fachrichtungen meist verknüpft, mehrere Faktoren in Zusammenhang gebracht und die Dynamiken im Zusammenspiel der multifaktoriellen Ursachen betrachtet.

In der Sucht- und Drogenstrategie der Stadt Wien lautet das Gesamtziel: „(...) ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden aller Menschen in Wien.“ Demzufolge ist der chronischen Abhängigkeitserkrankung mit individuellen Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungszielen, die physische, psychische und soziale Faktoren berücksichtigen, zu begegnen. Eine ausschließliche Orientierung an Heilung, die meist als dauerhafte Abstinenz verstanden wird, entspricht nicht der Realität von Suchtkranken (siehe „Grundlagen Sucht“, Institut für Suchtprävention).

Wenn Sie mehr erfahren möchten, bietet das Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien ein kostenloses E-Learning an. Dort erhalten Sie einen Überblick über das Thema Sucht, die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen und die Ursachen, die dafür ausschlaggebend sind.

Lernen Sie die unterschiedlichen Konsumformen und Konsummotive kennen: [bildung.sdw.wien/elearning/grundlagen-sucht](http://bildung.sdw.wien/elearning/grundlagen-sucht)

Zusätzlich können Sie sich das Skriptum zur Schulung herunterladen: [bildung.sdw.wien/system/files/assets/seminar/Skriptum%20Grundlagen%20Sucht.pdf](http://bildung.sdw.wien/system/files/assets/seminar/Skriptum%20Grundlagen%20Sucht.pdf)

### 2.4.4 Demenz

Die Demenzen gehören – gemeinsam mit den Depressionen – zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Die meisten Demenzen entstehen durch Erkrankungen des Gehirns.

Bei primären Demenzen findet sich die Krankheitsursache im Hirn selbst. Es handelt sich bei ihnen um eine degenerative oder vaskuläre (gefäßbedingten) Erkrankung. Primäre Demenzen sind irreversibel. Das heißt, sie lassen sich nicht aufhalten, rückgängig machen oder umkehren und sind unheilbar. Zu den primären Demenzen zählen die Alzheimer-Krankheit (die häufigste Form, ungefähr 80 Prozent aller Demenzen) und die vaskulären Demenzen.

Bei sekundären Demenzen liegt die Krankheitsursache nicht im Gehirn, sondern in einem anderen Körperorgan oder -bereich. Wie bei primären Demenzen kommt es auch hier zu Verwirrheitszuständen und Gedächtnisstörungen, die jedoch Ausdruck einer Fehl- oder Mangelversorgung des Gehirns sind. Sekundäre Demenzen können durch Medikamente, langjährigen Alkoholmissbrauch, Tumorerkrankungen, Kopfverletzungen, Stoffwechselerkrankungen und Mangelernährung ausgelöst werden.

Die Frontotemporale Demenz (auch Pick-Krankheit genannt) kann auch im jüngeren Lebensalter auftreten, ebenso die Demenz bei Morbus Parkinson und die Lewy-Körperchen-Demenz. Mit Ausnahme der vaskulären Demenz, die plötzlich beginnen kann, sind für die meisten Demenzformen ein schleichender Beginn und eine langsame Entwicklung typisch. Sie verlaufen in mehreren Stadien und erstrecken sich über viele Jahre, in denen sich die Krankheitsmerkmale immer mehr verstärken.

### 2.4.5 Wie erkennt man Demenzen?

Aufgrund der vielen unterschiedlichen Ursachen sind auch die Symptome der Demenzen sehr unterschiedlich. Das macht eine einfache Zuordnung der Symptome schwierig. Dennoch gibt es einige Anzeichen, die deutlich auf eine Demenz hinweisen.

Das erste und häufigste Symptom ist die fortschreitende Verschlechterung der Gedächtnisleistungen. Grundsätzlich betreffen die Hauptsymptome der Demenz aber nicht nur den kognitiven Bereich (Verschlechterung von Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Orientierung, Sprache, Denkvermögen). Auch psychische Symptome (Stimmungsveränderungen, Schlaflosigkeit, Wahnvorstellungen, Misstrauen, Halluzinationen) und Verhaltensauffälligkeiten (Unruhe,

Aggression, Streitsucht, Verdächtigungen anderer, rastloses Herumlaufen, Misstrauen, Apathie) sind beobachtbar.

**Demenzsymptome können auch so aussehen:**

- Verwirrtheit
- Vergesslichkeit
- sozialer Rückzug
- paranoide Verarbeitung
- Beschuldigungen
- Halluzinationen
- Persönlichkeitsveränderungen
- Unselbstständigkeit im Alltag
- Verweigerung von Hilfe
- Essen und Körperpflege
- Aggressivität
- Tag-Nacht-Umkehr
- depressive Stimmung

Da sich diese Krankheitsmerkmale immer mehr verstärken, finden sich die Betroffenen im Alltag nicht mehr zurecht, sie werden unselbstständig und von fremder Hilfe abhängig, bis hin zu schwerster Pflegebedürftigkeit.

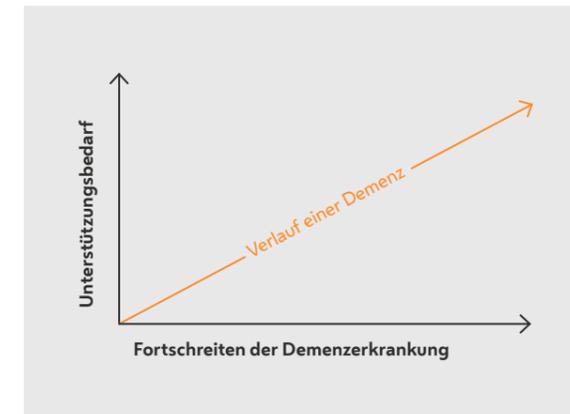
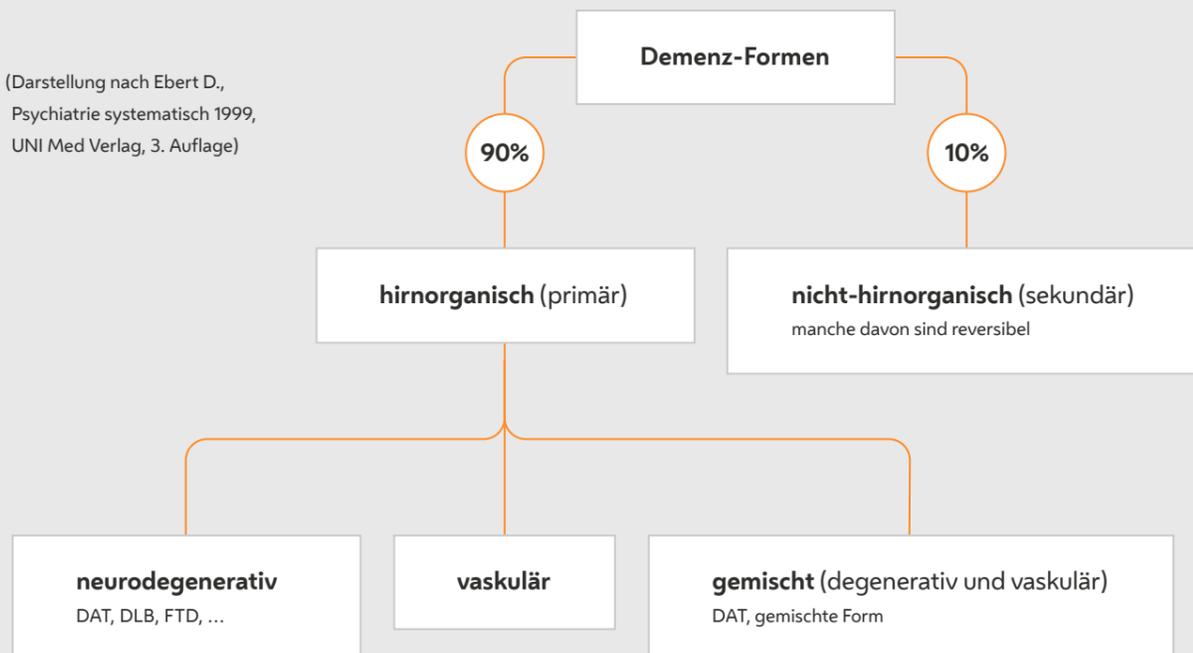
**Eine professionelle Abklärung und Behandlung sowie Betreuung sind hier besonders wichtig, denn oft dauert es bis der Behandlungsplan greift und wirkt.**

Angehörige sind wichtige Ansprechpersonen und sollten ermutigt werden, sich Hilfe zu holen.

**2.4.6 Was hilft bei Demenzen?**

Eine Heilung ist bei primären Demenzen nicht möglich, jedoch helfen ein frühzeitiges Erkennen sowie medikamentöse und nicht medikamentöse Therapieverfahren, das Voranschreiten der Symptome und Belastungen zu hemmen und die Lebensqualität möglichst lange zu erhalten. Zu den nicht medikamentösen Therapieverfahren zählen unter anderem Alltagstraining, Bewegungs- und Musiktherapie sowie Hilfe bei der persönlichen Pflege und Hygiene. Die sekundären Demenzen können mitunter geheilt werden, wenn die Grunderkrankung früh genug behandelt wird.

(Darstellung nach Ebert D., Psychiatrie systematisch 1999, UNI Med Verlag, 3. Auflage)



**Was Betroffene länger gut zu Hause leben lässt bzw. den Heimeintritt verzögert:**

- Gute medizinische und psychosoziale Versorgung der Betroffenen
  - gerontopsychiatrische Einrichtungen
  - Fachärzt\*innen aus der Neurologie und Psychiatrie mit einer Spezialisierung auf Demenz
  - klinische Psychologie
  - Ergotherapie
  - Musiktherapie
  - Psychotherapie
  - Biografiearbeit
- Unterstützung pflegender Angehöriger
- Angebot gemeindenaher Dienste
  - Heimhilfe
  - Pflegedienste
  - Essen auf Rädern

**2.5 Demenz und öffentlicher Raum**

Menschen mit Demenz sind nicht mit „freiem Auge“ zu erkennen, da die Demenz nicht alleine auftreten kann und gerade bei älteren Menschen (ab 75) zunächst oft andere Ursachen für ein auffälliges Verhalten vermutet werden (zum Beispiel Alkohol, körperliche Beschwerden). Daher ist es besonders wichtig, der Person ruhig und vorsichtig zu begegnen und nachzufragen, ob diese Hilfe benötigt. Im Straßenverkehr fallen Menschen mit Demenz durch langsame Reaktionsfähigkeit und Orientierungslosigkeit auf. Falls dies zu einer Gefährdung für

die betroffene Person und auch für andere Menschen führt, ist es unbedingt notwendig, die Polizei zu rufen und um Unterstützung zu bitten.

Da bei Menschen mit Demenzerkrankungen (pflegende) Angehörige und andere Betreuungspersonen unerlässlich sind, ist es wahrscheinlich, dass Demenzerkrankte meist die wichtigsten Telefonnummern im Handy eingespeichert haben und diese auch in Not-situationen angerufen werden können. Man sollte die Betroffenen fragen, ob sie jemanden anrufen möchten oder dabei Unterstützung benötigen. Dies gilt auch für Menschen, die wohnungslos sind. Vielleicht gibt es eine Einrichtung, in der die Personen immer wieder übernachten oder Versorgung erhalten.

Viele Demenzerkrankte haben einen hohen Bewegungsdrang. Einschränkungen der Bewegung können von den Betroffenen als belastend erlebt werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich aus betreuten Einrichtungen oder dem eigenen Wohnraum entfernen, ist daher sehr hoch. Wichtig ist auch hier, je nach Wahrnehmung der Hilfsbedürftigkeit des Menschen mit Demenz (leicht bekleidet im Winter, orientierungslos, aggressiv etc.) und Ausprägung der Gefährdungssituation (für die Person und andere Menschen im öffentlichen Raum) unmittelbar Hilfe über die Rettung anzufordern oder andere psychosoziale Dienste (Sozialpsychiatrischer Notdienst) um Unterstützung zu bitten.

**2.6 Schizophrenie**

Die Krankheitsbezeichnung „Schizophrenie“ oder der Ausdruck „Psychose“ sind weitreichend bekannt, aber nur wenige wissen, was diese Begriffe tatsächlich bedeuten (vgl. Hahlweg & Dose 2005, S. 7). Das rührt vor allem daher, dass diese Bezeichnungen häufig fälschlich benutzt und Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind oder unter einer Psychose leiden, in den Medien sehr einseitig und meist negativ dargestellt werden (vgl. Scherr 2019, S. 582 f.).

Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung leiden nicht an einer „gespaltenen Persönlichkeit“, auch wenn dies der bereits 1911 von dem Schweizer Psychiater Eugen Bleuler eingeführte Begriff vermuten lässt. Der Begriff „Schizophrenie“ setzt sich aus den beiden griechischen Wörtern „schizo“ (gespalten) und „phren“ (Seele) zusammen, zu Deutsch „Spaltungssirresein“. Bleuler verwendete diese neue Begrifflichkeit, weil er seinem Kollegen Emil Kraepelin, der Menschen mit einer bestimmten schweren Symptomatik unter dem Krankheitsbegriff „Dementia praecox“ zusammenfasste und diese Störungen für unheilbar hielt, etwas Positives entgegensetzen wollte. Bleuler wollte damit gezielt darauf hinweisen, dass es nicht nur die eine Schizophrenie gibt, sondern sehr unterschiedliche

„schizophrene Psychosen“, die auch einen günstigen Verlauf nehmen können und gut behandelbar sind. Der heutige Stand der Wissenschaft bestätigt Bleuler in seiner Annahme.

Über 70 Prozent der von einer Schizophrenie Betroffenen können – bei entsprechender Behandlung und Unterstützung – ein weitgehend selbstständiges und erfülltes Leben führen (vgl. Hahlweg & Dose 2005, S. 9 f.). Bleulers Bemühungen, die Vorurteile gegenüber Schizophrenie abzubauen, waren aber leider nicht nachhaltig erfolgreich. Die Stigmatisierung von Menschen mit Schizophrenie hat in den letzten 30 Jahren nicht ab-, sondern sogar zugenommen (vgl. Schomerus et al. 2023, S. 418). Die Überzeugung, an Schizophrenie Erkrankte seien unheilbar krank und dazu gefährlich, hält sich hartnäckig. Diese Stigmatisierung verursacht viel Leid bei den Betroffenen und Angehörigen, und das, obwohl nur eine absolute Minderheit der an Schizophrenie Erkrankten tatsächlich gewalttätig wird (vgl. Hahlweg & Dose 2005, S. 10).

Dabei ist die Schizophrenie keine überaus seltene Krankheit. Ungefähr einer von 100 Menschen erkrankt im Laufe des Lebens an einer Schizophrenie (vgl. Rittmannsberger & Wancata 2009, S. 25), Männer etwas häufiger als Frauen. Meist tritt die Schizophrenie bereits im jungen Erwachsenenalter erstmals auf (vgl. Elia 2023; Gabel & Wölwer, 2010b).

Die genauen Ursachen für die Entwicklung einer schizophrenen Erkrankung sind noch nicht bekannt. Sicher ist, dass es nicht die eine Ursache für eine Schizophrenie gibt. Es handelt sich immer um ein komplexes Zusammenspiel aus genetischer Veranlagung, neurobiologischen und entwicklungsbedingten Faktoren sowie psychosozialen Belastungen (vgl. BMSGPK).

### 2.6.1 Schizophrenie – was ist das?

Schizophrenie ist nicht eine einzige Erkrankung, sondern es gibt viele Krankheitsbilder mit zahlreichen Unterformen. Menschen mit einer Schizophrenie leiden in den Krankheitsphasen an akuten Psychosen, bei denen es oft zu tief greifenden Veränderungen im Wahrnehmen, Erleben, Denken und Fühlen kommt. In schweren Krankheitsphasen können die Betroffenen den Bezug zur Realität vorübergehend auch völlig verlieren.

Psychosen können auch bei anderen Erkrankungen auftreten, wie zum Beispiel bei einer Alzheimer-Demenz. Sie können durch Substanzkonsum ausgelöst werden (Drogenpsychosen) oder auch durch akuten Wassermangel im Körper (Dehydrierung) (vgl. Hahlweg & Dose 2005, S. 7).

### 2.6.2 Symptome von Schizophrenie

Es gibt kein einheitliches Erscheinungsbild der schizophrenen Psychosen. Alle Erkrankten haben aufgrund ihrer Persönlichkeit und der eigenen Lebensgeschichte eine typische Ausprägung der Symptome und auch diese können sich von Psychose zu Psychose verändern. Die vorherrschenden Symptome werden von der Wissenschaft in zwei große Gruppen eingeteilt:

Positive Symptome, auch Plus- oder produktive Symptome genannt, da durch die Erkrankung etwas zum normalen Erleben der Person hinzukommt

Negative Symptome, auch Minus- oder Defizitsymptome genannt, sind durch eine Herabsetzung, Minderung und Verarmung der psychischen Merkmale eines Menschen gekennzeichnet, wie zum Beispiel verminderte Konzentrationsfähigkeit.

#### Nachfolgend werden die häufigsten positiven und negativen Symptome beschrieben:

##### Positive Symptome:

- Denkstörungen
- Wahnvorstellungen
- Halluzinationen

##### Denkstörungen

Im Gegensatz zum gesunden Denken, das meist in sich schlüssig ist, ein klares Ziel verfolgt und gut vermittelt werden kann ist das Denken in der schizophrenen Psychose verworren. Es stürmen die Gedanken regelrecht auf die Betroffenen ein, der Faden geht ständig verloren und die Gedanken können kaum so schnell mitgeteilt werden, wie sie entstehen. Dann kommt es bei den Betroffenen zu einem Redeschwall, der von Außenstehenden als unlogisch wahrgenommen wird und meist kaum oder gar nicht verständlich ist (vgl. Hahlweg & Dose 2005, S. 13).

##### Wahnvorstellungen

Bei einem Wahn handelt es sich um eine Fehlbeurteilung der Wirklichkeit, die zu falschen Überzeugungen führt, die von anderen nicht geteilt werden können. Eine besonders häufig vorkommende Wahnvorstellung ist der sogenannte Verfolgungswahn. Er beinhaltet das Gefühl, von bestimmten Personen verfolgt zu werden, unter ständiger Beobachtung zu stehen und nirgends vor dem Einfluss gefährlicher Personen sicher zu sein. Daneben findet sich auch häufig der Wahn, eine auserwählte Person mit ganz besonderen Fähigkeiten zu sein, zum Beispiel ein\*e König\*in, der nächste Fußballstar von Real Madrid oder gar der

Messias. Während in den akuten Phasen die Wahrnehmung kaum korrigierbar ist, sind die meisten Betroffenen nach dem Abklingen dieser Phase erstaunt und leider auch beschämt darüber, was sie während der akuten Episode geglaubt haben (vgl. BMSGPK).

##### Halluzinationen

Dabei handelt es sich um sinnliche Wahrnehmungen (Sehen, Hören, Schmecken, Riechen, Fühlen), die ohne äußere Reize entstehen – im Gegensatz zu Trugwahrnehmungen, die auf einer Fehlinterpretation äußerer Reize beruhen, wenn etwa ein Baum in der Abenddämmerung als eine (bedrohliche) Person wahrgenommen wird. Ein häufiges Symptom ist das Hören nicht existenter Geräusche oder Stimmen, die nicht immer freundlich sind. Besonders bedrohlich sind für die Betroffenen jene Stimmen, die beschimpfen, konstant abwerten oder Befehle geben, denen man nicht Folge leisten möchte. Aber auch das Schmecken, das Riechen und das Fühlen können beeinflusst sein (vgl. Hahlweg & Dose 2005, S. 15).

##### Negative Symptome

- Sozialer Rückzug
- Affektive Verflachung
- Antriebsarmut
- Interessenverlust
- Sprachliche Verarmung

Nach einer akuten schizophrenen Episode stellt sich in der Regel eine sogenannte Negativsymptomatik ein. Betroffene fühlen sich niedergeschlagen, es fehlt der Antrieb und alltägliche Tätigkeiten werden als übermäßig anstrengend bzw. kaum bewältigbar erlebt. Es kommt zum sozialen Rückzug, da der Kontakt zu Mitmenschen als anstrengend empfunden oder die Scham über das eigene Verhalten in der akuten Krankheitsphase zu groß ist. Betroffene berichten von Gefühlen der Leere und Bedeutungslosigkeit, dem Verlust der Fähigkeit, sich über Erlebnisse zu freuen oder Trauer zu empfinden, sowie des Interesses an bisher gerne ausgeübten Hobbys und Aktivitäten. Als besonders einschränkend wird auch der Verlust der flüssigen Sprache erlebt, bei dem es zu einer Verringerung des lebendigen Wortschatzes kommt (vgl. Hahlweg & Dose 2005, S. 20 f.).

### 2.6.3 Behandlungsmöglichkeiten

In akuten (meist erstmaligen) Krankheitsphasen können längere stationäre Aufenthalte erforderlich sein. Die meisten schizophrenen Erkrankungen sind aber ambulant behandelbar. Wichtig ist vor allem die soziale Unterstützung der Betroffenen, die am besten von professionellen Helfer\*innen, aber auch nahestehenden Bezugspersonen aus der Familie oder dem Freund\*innenkreis geleistet werden kann.

Je früher die Krankheit erkannt und eine Behandlung eingeleitet wird, desto günstiger ist die Prognose. Die Behandlung wird individuell an die Erkrankten und die jeweilige Krankheitsphase angepasst und basiert in der Regel auf einer medikamentösen Therapie (Antipsychotika), die von psycho- und soziotherapeutischen Interventionen und Psychoedukation begleitet wird. Dazu gehören unter anderem die Förderung sozialer und alltagspraktischer Kompetenzen, die Vermittlung stressreduzierender Maßnahmen, die Früherkennung neuer Krankheitsepisoden und der Umgang mit den Symptomen.

Die Darreichungsform der Medikamente spielt bei der Behandlung von Schizophrenie eine besondere Rolle. Vor allem injizierbare Depotantipsychotika<sup>a</sup> stellen eine wichtige Behandlungsoption dar, da diese über einen Zeitraum von mehreren Wochen konstant ihre Wirkung entfalten. Eine tägliche Medikamenteneinnahme ist somit nicht notwendig, um die Medikamententreue leichter zu bewerkstelligen. Allerdings haben viele Menschen Angst vor Injektionen und es bedeutet einen gewissen Verlust der persönlichen Entscheidungsfreiheit, da die Dosis des Medikaments nach der Verabreichung nicht mehr verändert werden kann (vgl. Fleischhacker & Rittmannsberger 2009, S. 113).

Das Ziel jeder Art der Behandlung besteht darin, das Auftreten von Psychosen zu verhindern und die soziale und berufliche Integration sowie die Umsetzung von Lebenszielen zu fördern, damit die Betroffenen ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können und ihre Lebensqualität verbessert wird. Dazu braucht es ausreichende, niederschwellige sozialpsychiatrische Angebote.

<sup>a</sup> Depotarzneiformen sind Arzneiformen, bei denen die Wirkstofffreisetzung nicht sofort, sondern über einen längeren Zeitraum erfolgt.

# So helfen Sie:

## 2.6.4 Unterstützung von Menschen in einer akuten Krankheitsphase

### Was Sie nicht tun sollten:

- Fassen Sie Betroffene nicht an.
- Vermeiden Sie ständigen Blickkontakt.
- Streiten Sie nicht mit Betroffenen.
- Schreien Sie nicht.
- Kritisieren Sie die Betroffenen nicht.
- Streiten Sie nicht mit anderen Leuten darüber, was zu tun ist.
- Versperren Sie nicht die Tür und stellen Sie sich nicht in den Fluchtweg.

### Was Sie tun sollten:

- Beantworten Sie vorab für sich die Frage, ob es Ihnen gut genug geht, um zu helfen. Falls Sie mit der Situation überfordert sind, bitten Sie Kolleg\*innen oder auch Passant\*innen um Unterstützung oder rufen Sie direkt die Rettung.
- Bei einer Eintrübung des Bewusstseins, fehlender Orientierung, Schmerzen oder Selbst- bzw. Fremdgefährdung ist unmittelbar die Rettung zu rufen, ohne die\*den Betroffene\*n allein zu lassen.
- Setzen Sie sich und fordern Sie die\*den Betroffene\*n ebenfalls zum Sitzen auf.
- Suchen Sie nach Möglichkeit einen ruhigen, sicheren Ort auf (nicht am U-Bahn-Steig, nicht neben einer viel befahrenen Straße etc.).
- Sprechen Sie langsam, deutlich und in Ihrer normalen Stimmlage. Verwenden Sie eine klare und einfache Sprache.
- Fragen Sie danach, was für die\*den Betroffene\*n gerade schwierig oder aktuell beunruhigend ist.
- Fassen Sie zusammen, was die\*der Betroffene sagt.
- Fragen Sie die\*den Betroffene\*n, was sie\*ihn beruhigt.
- Geben Sie persönlichen Freiraum. (vgl. gesundheit.gv.at)

## 2.7 Suizidales Verhalten

Selbstverletzende und suizidale Verhaltensweisen lassen niemanden kalt und machen zumeist Angst. Wann geben bestimmte Äußerungen, Signale oder Verhaltensweisen berechtigterweise Anlass zur Sorge? Welche Hinweise müssen ernst genommen werden und wie sieht eine richtige und angemessene Reaktion aus? Wie kann man mit der eigenen Angst, eventuell etwas nicht richtig oder ganz falsch zu machen, umgehen? Sich diese Fragen zu stellen, ist ein Zeichen von Empathie für unsere Mitmenschen und von Sensibilität für wichtige Themen.

### 2.7.1 Nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten

Wenn sich Menschen selbst verletzen, heißt das nicht automatisch, dass sie suizidal sind. Selbstverletzendes Verhalten (SVV) bedeutet, dass sich Menschen ohne eine suizidale Absicht (sprich ohne die Intention, sterben zu wollen) Verletzungen beifügen. Aus diesem Grund wird SVV in der Fachliteratur auch als „nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten“ (NSSV) beschrieben. Der Unterschied zwischen suizidalem Verhalten und NSSV liegt somit in der Intention, sterben bzw. nicht sterben zu wollen. Die Selbstverletzung kann in verschiedenen Formen erfolgen, wie Schneiden, Ritzen, Kratzen, Verbrennen oder Herbeiführen von Unfällen. Für Außenstehende sind diese Handlungen meist unverständlich, sie erfüllen aber für die Betroffenen eine bestimmte Funktion.

Man unterscheidet zwischen einmalig auftretendem NSSV und repetitivem (sich wiederholendem) NSSV. Letzterem liegen oft psychische Erkrankungen oder schwerwiegende Anpassungsschwierigkeiten zugrunde. Manche Menschen verletzen sich häufig oder auf unterschiedliche Art. Viele schaffen es aus eigenem Antrieb, das Verhalten zu beenden. Bei wiederholten oder schweren Selbstverletzungen braucht es professionelle Hilfe – besonders deshalb, da sich in diesen Fällen das Risiko für spätere Suizidversuche erhöht (vgl. bildung.sdw.wien.at). Wenn das NSSV als Stressverarbeitungsstrategie nicht mehr wirksam ist, kann es in Suizidalität übergehen. NSSV kann dazu beitragen, dass die Fähigkeit, sich selbst zu schädigen, gelernt und damit auch die Hemmschwelle zum Suizid herabgesetzt wird.

Der Drang zum Selbstverletzen entwickelt sich oft unter großem Stress oder in Zeiten der Veränderung, wie zum Beispiel in der Pubertät. Hinter leichten Formen von selbstverletzendem Verhalten steht vor allem die Absicht, den eigenen emotionalen Zustand zu verändern und zu stabilisieren.

### Es geht dabei auch um:

- Verbesserung eines negativen Gefühls oder Spannungszustandes
- Lösung einer interpersonellen Schwierigkeit
- Auslösen eines positiven Gefühlszustands

Bei Untersuchungen in Deutschland hat sich gezeigt, dass sich viele Jugendliche zumindest einmal im Laufe ihres Lebens selbst verletzen. Etwa jede\*r dritte Jugendliche tut dies einmal, eine\*r von 25 Heranwachsenden verletzt sich regelmäßig. Während sich weltweit ungefähr 17 Prozent der Jugendlichen mindestens einmal im Leben selbst verletzen, trifft dies in Österreich auf rund 27 Prozent zu (www.meduniwien.ac.at).

### 2.7.2 Suizidales selbstverletzendes Verhalten

Suizidversuche und Suizide sind oft der Ausdruck von einer dramatisch zugespitzten Ausweglosigkeit, für großes psychisches Leid und die Einengung auf einen unumkehrbaren „Lösungsversuch“. Meist befinden sich die Betroffenen in einer vertrackten Lebenssituation, die mit den aktuellen Ressourcen nicht mehr bewältigt werden kann. Probleme, Enttäuschungen, Ängste und Hoffnungslosigkeit machen das Leben scheinbar unerträglich. Menschen, deren „Fass bald überläuft“, die „des Lebens müde sind“, machen typische Phasen durch und senden meist Signale aus oder zeigen bestimmte Verhaltensweisen. Sie sind darauf angewiesen, dass diese von aufmerksamen

Mitmenschen wahr- und ernst genommen werden, damit sie geeignete Unterstützung erfahren. Ein frühzeitiges Gesprächsangebot und ein angemessenes Reagieren können Leben retten (vgl. bildung.sdw.wien.at).

Suizide sind keineswegs selten. Im Jahr 2022 starben in Österreich 1.276 Personen durch Suizid, mehr als dreimal so viele wie im Straßenverkehr. Dies entspricht einer bevölkerungsbezogenen standardisierten Suizidrate von 14,0 pro 100.000 Einwohner\*innen. Mehr als drei Viertel der Suizidtoten sind Männer. Zum ersten Mal sind in den Daten für das Jahr 2022 auch assistierte Suizide (Sterbehilfe) enthalten.

Die anteilmäßig meisten Suizide werden mit rund 35 Prozent im mittleren Lebensalter begangen (Altersgruppe 45–64 Jahre). Die bevölkerungsbezogene Suizidrate steigt jedoch mit dem Alter an. Betrachtet man die relative Häufigkeit, bestehen in den ältesten Altersgruppen die höchsten Suizidraten. Wien und Vorarlberg waren in den letzten fünf Jahren die Bundesländer mit den niedrigsten, Kärnten und die Steiermark jene mit den höchsten Suizidraten. Die häufigste Suizidmethode in Österreich ist das Sich-Erhängen (42 Prozent), gefolgt vom Gebrauch von Schusswaffen (18 Prozent) und Sich-Vergiften (13 Prozent).

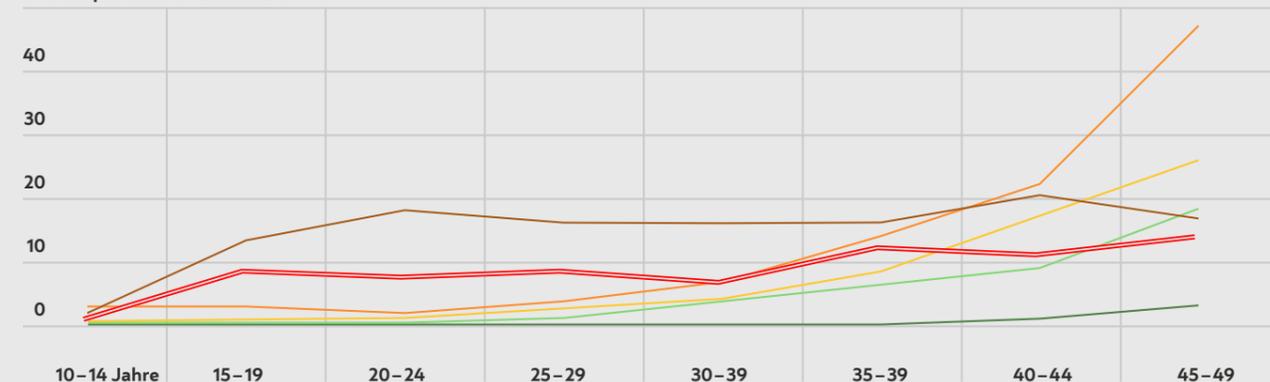
Zu Suizidversuchen liegen keine verlässlichen Zahlen vor, da sie oft nicht als solche erkannt bzw. dokumentiert werden. Internationale Studien gehen davon aus, dass Suizidversuche die Zahl der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das Zehn- bis 30-Fache übersteigen, wobei Frauen häufiger Suizidversuche unternehmen als Männer.

Todesursachen in Österreich im Jahr 2022

(vgl. S. 12, BMSGPK: Suizid und Suizidprävention in Österreich. Wien, 2022)

- Verletzungen, Vergiftungen (ohne Suizide)
- Neubildungen (Tumore)
- Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems
- Krankheiten des Verdauungssystems
- Krankheiten des Atmungssystems
- Suizid

50 Fälle pro 100.000 Einwohner



# So helfen Sie:

## 2.7.3 Warnsignale

Um suizidgefährdeten Menschen helfen zu können, ist es entscheidend, die Warnsignale zu erkennen. Die angeführten Anzeichen können darauf hinweisen, dass jemand daran denkt oder vorhat, sich das Leben zu nehmen.

### Warnsignale und Anzeichen für Suizidgefährdung:

- Die betreffende Person ...
- ... befindet sich in einer akuten psychischen Krise oder wirkt hoffnungslos und verzweifelt.
- ... macht direkte Suizidankündigungen (zum Beispiel „Ich bringe mich um“) oder indirekte Andeutungen (zum Beispiel „Ich will nicht mehr“, „Alles ist sinnlos“) oder großzügige Geschenke.
- ... zieht sich immer mehr zurück und bricht den Kontakt zu Freund\*innen, Familienangehörigen oder anderen nahestehenden Menschen ab.
- ... wirkt sehr bedrückt und äußert sich immer pessimistisch und hoffnungslos.
- ... verliert das Interesse an bisherigen Hobbys.
- ... macht sich plötzlich nichts mehr aus lieb gewonnenen Dingen und verschenkt ihre Habseligkeiten und Haustiere.
- ... leidet unter Schlafstörungen und Appetitverlust.
- ... hat Konzentrationsschwierigkeiten und dadurch zunehmend Probleme in der Schule, bei der Ausbildung oder im Beruf.
- ... spricht sehr oft über den Tod und beschäftigt sich zunehmend mit Themen in Verbindung mit Suizid.
- ... wirkt entspannter, nachdem Suizidgedanken geäußert wurden, obwohl sich an der Lebenssituation nichts geändert hat.
- ... hortet Tabletten, besorgt sich eine Waffe oder schließt plötzlich eine Lebensversicherung ab.
- ... zeigt leichtfertiges bzw. selbstschädigendes Verhalten (zum Beispiel riskantes Autofahren) oder verletzt sich selbst.

„Wenn einzelne der angeführten Warnsignale auftreten, muss das noch kein Hinweis auf eine konkrete Suizidgefährdung sein. Es ist jedoch wichtig, eventuelle Suizidalität ernst zu nehmen, abzuklären und gegebenenfalls unverzüglich Hilfe zu holen. Nur durch ein professionelles Gespräch (Facharzt / Fachärztin für Psychiatrie, klinische\*r Psycholog\*in, Psychotherapeut\*in) kann geklärt werden, ob tatsächlich akute Gefährdung gegeben ist“ (gesundheit.gv.at).

## 2.7.4 Gespräche können Leben retten

Verzweifelte Menschen benötigen jemanden, die\*der bereit ist, ihnen zuzuhören. Es ist fast immer entlastend, über die Umstände, die zu der verzweifelten Situation geführt haben, über die bedrückenden Gefühle, die Hoffnungslosigkeit und die Suizidgedanken zu sprechen. Ein offenes Gespräch ist meist ein bedeutsamer Schritt zur Bewältigung der Krise. Haben Sie keine Scheu, die betreffende Person auf Suizidgedanken anzusprechen. Sie werden sie dadurch nicht auf die Idee bringen, sich das Leben zu nehmen. Zögern Sie nicht, professionelle Hilfe zu holen.

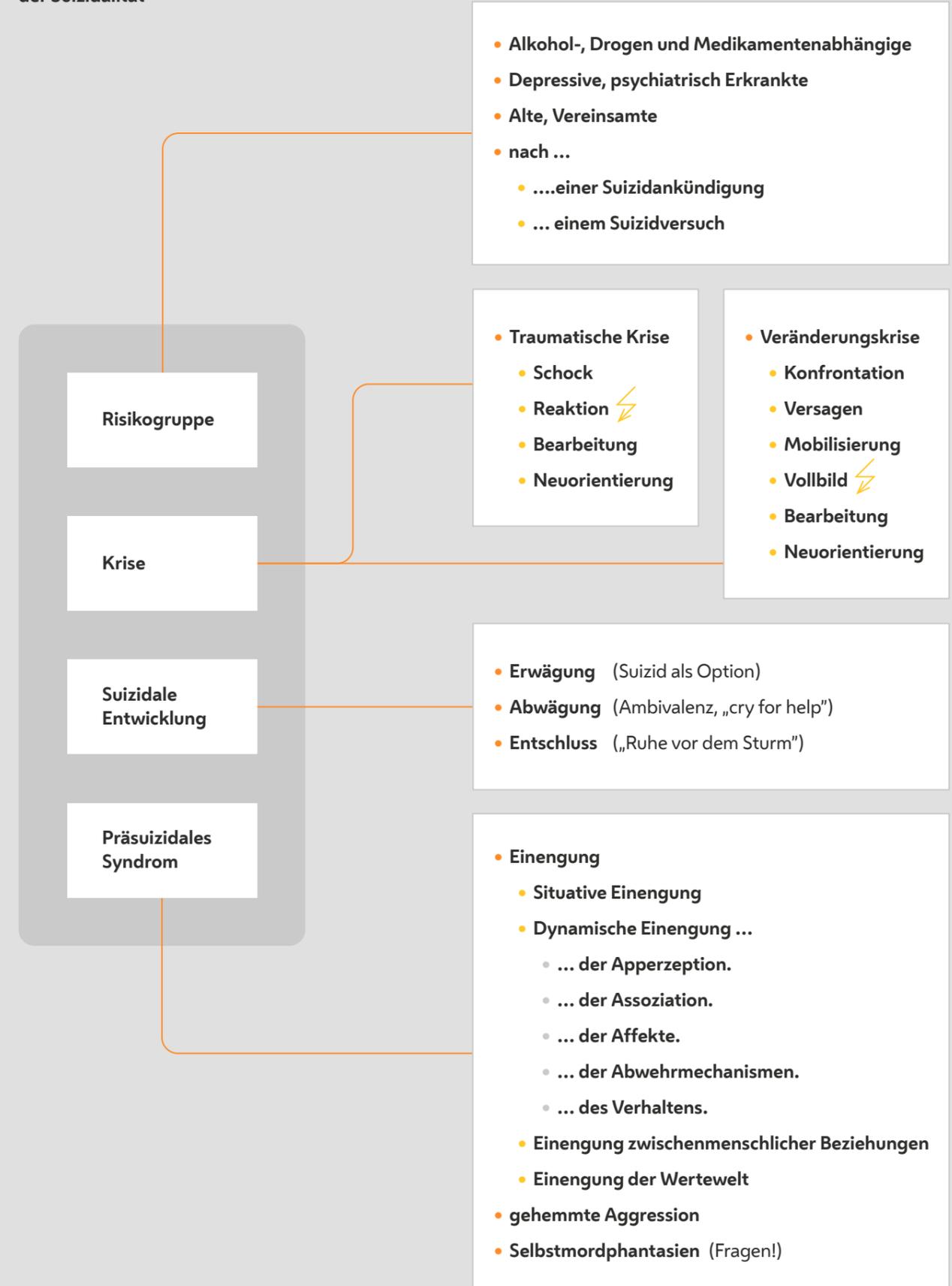
Manchmal ist es erforderlich, dass Sie auf eine Person, von deren Krise Sie wissen, zugehen und nachfragen, da diese von sich aus vielleicht nicht mehr dazu in der Lage ist, ein Gespräch zu suchen.

Ein Gespräch könnte etwa folgendermaßen beginnen: „Ich habe den Eindruck, dass es Ihnen/dir sehr schlecht geht. Möchten Sie/möchtest du mit mir darüber reden?“

Wenn man sich Sorgen macht, kann man dies der\*dem Betroffenen auch mitteilen: „Ich mache mir große Sorgen um Sie/dich und würde Ihnen/dir gerne dabei helfen, Hilfe zu organisieren.“ Dies können bei einer akuten Krise Kriseninterventionszentren oder psychiatrische Ambulanzen sein: „Ich weiß eine Stelle, an der Ihnen/dir geholfen werden kann.“

Wie können Sie mögliche Suizidgedanken thematisieren bzw. besprechen? Wenn Sie das Gefühl haben, jemand denkt daran, sich das Leben zu nehmen, sollten Sie offen nachfragen und nicht darum herumreden. Sie können beispielsweise fragen: „Sind Sie/bist du so verzweifelt, dass Sie/du schon daran gedacht haben/hast, sich/dir das Leben zu nehmen?“ Die Verzweiflung und Nöte müssen unbedingt ernst genommen werden, Suizidabsichten dürfen nicht bagatellisiert werden. Ein verzweifelter Mensch kann sich nicht „zusammenreißen“.

## Einschätzung der Suizidalität



## So helfen Sie:

- Sprechen Sie offen über die Umstände, die Verzweiflung, die bedrückenden Gefühle und die Suizidgedanken.
- Fragen Sie nach, wenn Sie sich Sorgen machen, und teilen Sie Ihre Besorgnis auch mit.
- Suizidabsichten sind immer ernst zu nehmen. Bagatellisieren Sie das Problem nicht.
- Belehren oder beurteilen Sie die\*den Betroffene\*n nicht.
- Unterstützen Sie die\*den Betroffene\*n dabei, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- Achten Sie auf Ihre eigenen Grenzen und scheuen Sie sich nicht, selbst Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Achten Sie als Ansprechperson darauf, nicht in eine Überforderungssituation zu geraten. Das erfordert, die eigenen Grenzen zu kennen und diese auch offen zu kommunizieren. Versprechen Sie nichts Unmögliches. Scheuen Sie nicht, sich selbst professionelle Unterstützung zu holen. Ihnen soll bewusst sein, dass es nicht Aufgabe der Ansprechperson sein kann, die Verantwortung für das Leben der Person, die sich ihr anvertraut, zu übernehmen. Sie können der notleidenden Person aber vermitteln, dass sie mit ihrer Verzweiflung angenommen wird und von professionellen Helfer\*innen das Gleiche erwarten kann. Holen Sie sich zunächst selbst Rat, wenn die\*der Suizidgefährdete nicht bereit ist, ein professionelles Hilfsangebot anzunehmen. Beratungsstellen bieten nicht nur den unmittelbar Betroffenen, sondern allen, die mit dem Thema konfrontiert sind, Unterstützung an. Im äußersten Notfall muss unmittelbare Hilfe organisiert werden: Entweder man begleitet die\*den Betroffene\*n in eine Hilfseinrichtung oder man verständigt die Rettung (vgl. [gesundheits.gv.at](http://gesundheits.gv.at)).

### Sozialpsychiatrischer Notdienst des PSD

Telefon: +43 1/313 30

Täglich von 0.00 bis 24.00 Uhr

[psd-wien.at/einrichtung/sozialpsychiatrischer-notdienst](http://psd-wien.at/einrichtung/sozialpsychiatrischer-notdienst)

### Kriseninterventionszentrum

Telefon: +43 1/406 95 95

Montag bis Freitag von 10.00 bis 17.00 Uhr

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

### Fonds Soziales Wien

Klient\*innentelefon

Telefon: +43 1/245 24

Täglich von 8.00 bis 20.00 Uhr

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

## 2.8 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Diese hyperkinetischen Störungen (HKS) gehören zu den häufigsten Störungsbildern im Kindes- und Jugendalter. Es wird geschätzt, dass drei bis zehn Prozent aller Kinder mit unterschiedlichem Schweregrad Symptome im Sinne einer ADHS zeigen.

Erwachsene Männer sind – wie schon in der Kindheit und Jugend – häufiger betroffen als Frauen. Während im Kindesalter das Geschlechterverhältnis auf drei zu eins bis vier zu eins geschätzt wird, werden im Erwachsenenalter nur noch doppelt so viele Männer als erkrankt diagnostiziert. Die Grundsymptome der ADHS, die bereits im Kindesalter auftreten, sind: Mangel an Aufmerksamkeit, Impulsivität, emotionale Instabilität und Überaktivität. Diese Symptome werden selten von erwachsenen Patient\*innen spontan beschrieben, da sie als „Persönlichkeitseigenschaften eigentlich schon immer“ vorhanden waren.

### 2.8.1 Symptomatik

Die Grundsymptome der ADHS, die bereits im Kindesalter auftreten, sind: Mangel an Aufmerksamkeit, Impulsivität, emotionale Instabilität und Überaktivität. Diese Symptome werden selten von erwachsenen Patient\*innen spontan beschrieben, da sie als „Persönlichkeitseigenschaften eigentlich schon immer“ vorhanden waren.

### Typisch sind die folgenden Erinnerungen an die Grundschulzeit:

- Konzentrationsprobleme, leicht ablenkbar, unaufmerksam oder verträumt
- Nervös, zappelig, geringes Durchhaltevermögen mit vorzeitigem Abbruch von Tätigkeiten (zum Beispiel Hausaufgaben, Spielen)
- Aufbrausend, Wutanfälle (zum Beispiel Streit mit anderen), Gefühlsausbrüche, häufig ärgerlich, starke Stimmungsschwankungen
- Impulsiv, Handeln, ohne nachzudenken, Verlust der Selbstkontrolle, Neigung zu unvernünftigen Handlungen (zum Beispiel Unfälle, riskante Spiele, Schulauffälligkeiten, Schlägereien), Tendenz zu Unreife
- Einerseits oft ungehorsam, rebellisch und aufässig, andererseits oft ängstlich, besorgt, depressiv, unglücklich, geringes Selbstwertgefühl und Schuldgefühle
- Probleme mit anderen Kindern, keine beständigen Freundschaften, Probleme mit Autoritäten (Schule), insgesamt mäßige Schulleistungen mit langsamem Lerntempo, insbesondere Probleme in Mathematik und/oder Rechtschreibung

**Die ADHS, eine der häufigsten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, kann unter einem Symptomwandel bis ins Erwachsenenalter persistieren und gilt als eigenständiges und klinisch relevantes Krankheitsbild. Menschen mit einer unbehandelten ADHS haben ein erhöhtes Risiko, eine Suchterkrankung zu entwickeln.**

Je mehr Symptome man sich in Erinnerung rufen kann, umso wahrscheinlicher bestand bereits in der Kindheit ein hyperkinetisches Syndrom. Im Erwachsenenalter können diese Grundsymptome in altersspezifischer Ausprägung weiterhin vorhanden sein:

### Unaufmerksamkeit, Konzentrationsstörungen

Die Betroffenen sind vergesslich oder „mit ihren Gedanken woanders“, sie wirken geistesabwesend oder verträumt und unaufmerksam. In Gesprächen hören sie schlecht zu und wechseln oft das Thema, haben ständig neue Einfälle, sind ablenkbar oder vermitteln

den Eindruck eines „chaotischen Gesprächsstils“, der manchmal sogar den Verdacht auf eine Denkstörung aufkommen lässt.

### Desorganisiertheit

Sie kann Folge der kognitiven Beeinträchtigungen und/oder der Impulsivität (siehe unten) sein. Die Betroffenen halten Arbeiten und Tätigkeiten, die eine lange Aufmerksamkeitsspanne erfordern (zum Beispiel Vorlesungen, Seminare, Sitzungen), nicht durch. Sie verlieren häufig Gegenstände (zum Beispiel Brieftasche, Schlüssel) oder vergessen Termine. Arbeiten zu organisieren, zu planen und selbstständig Aktivitäten in Angriff zu nehmen, ist in der Regel mit großen Schwierigkeiten verbunden. Begonnene Aktivitäten werden nicht beendet, Anordnungen nicht befolgt. Berufliche und private Probleme resultieren aus der Unfähigkeit, sich unterzuordnen, und aus dem Unvermögen, sich die Zeit einzuteilen. Sie können sich nicht entscheiden oder beginnen mehrere Aktivitäten planlos gleichzeitig. Häufige, oft schwer erklärliche Arbeitsplatzwechsel und -verluste sind typisch. Im anderen Extrem (vor allem beim rein aufmerksamkeitsgestörten Typus ohne Hyperaktivität, siehe unten) wirken sie antriebslos, ohne Eigeninitiative, wortkarg und ziehen sich sozial zurück.

### Impulsivität

Die Betroffenen handeln unüberlegt und ohne Risikoeinschätzung (zum Beispiel im Straßenverkehr oder beim Sport) oder entscheiden ohne differenzierte Überlegung (zum Beispiel häufige Partner\*innenwechsel, Arbeitsplatzwechsel, siehe auch Desorganisiertheit). Einfache Formen sind Dazwischenreden, Unterbrechen der Gesprächspartner\*innen, Ungeduld, Unvermögen, Handlungen im Verlauf zu protrahieren, ohne dabei Unwohlsein zu empfinden.

### Emotionale Instabilität

Auffällig sind rasche Stimmungswechsel, die kurz anhalten und schnell durch gegenteilige Affekte abgelöst werden. Die Palette reicht von Wut und Aggressivität über Depressivität bis zu Euphorie, oft vor dem Hintergrund allgemeiner Unzufriedenheit, Langeweile und Suche nach Stimulation. Typischerweise führen kleine Anlässe zu solchen Stimmungswechseln und die affektiven Reaktionen sind oft durch die beschriebene Impulsivität kompliziert. Die Betroffenen reagieren überschießend auf alltägliche Stressoren, beschreiben sich als gestresst (emotionale Überreagibilität) und/oder sind andauernd gereizt mit verminderter Frustrationstoleranz.

## Hyperaktivität

Die motorische Unruhe des Kindesalters verschwindet oft im Erwachsenenalter oder wird diskreter, während die anderen Symptome persistieren. Ein Teil der Betroffenen bleibt dennoch sichtbar motorisch unruhig. Typisch sind zum Beispiel ständiges Wippen mit den Füßen oder Händetrommeln, Rutschen auf dem Stuhl nach einiger Zeit. Häufiger wird im Erwachsenenalter innere Unruhe berichtet. Die Betroffenen sind chronisch angespannt und unfähig, zu entspannen. Sie sind zu ruhigen Tätigkeiten oft nicht in der Lage, schnell gelangweilt, brauchen ständig Anregung und Aktivität (entsprechend werden Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden, selten beibehalten). Viele „brauchen“ regelmäßig motorische Bewegung.

## 2.9 Autismusspektrumstörung

Autismus wird zu den tief greifenden Entwicklungsstörungen gezählt. Die Grundsymptome des Autismus sind qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation und sozialen Interaktion sowie repetitives, stereotypes Verhalten. Autismus ist eine Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsstörung des Gehirns, eine Störung der Vorstellungs- und Gedankenwelt (vgl. Höwler 2020). Vor allem ist Autismus ein Spektrum mit den unterschiedlichsten Ausprägungen und Erscheinungsweisen des autistischen Seins. Früher wurde zwischen frühkindlichem Autismus und Asperger-Autismus unterschieden. Aktuell wird vom Autismusspektrum gesprochen.

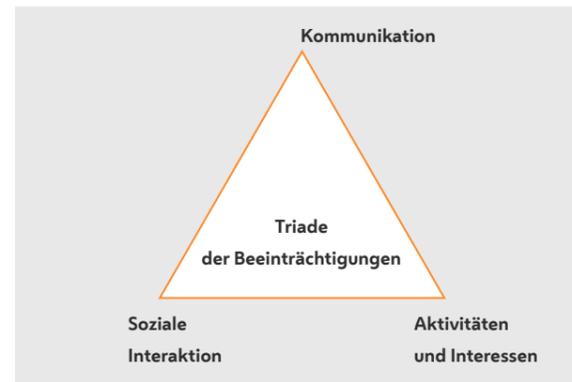
**Autismus und ADHS werden auch als Neurodivergenzen bezeichnet, die als eine andere Wahrnehmungsform und -verarbeitung des Gehirns beschrieben werden können.**

Menschen mit einer Autismusspektrumstörung können Sprachentwicklungsverzögerungen aufweisen oder auch Intelligenzminderungen. Sie können jedoch am anderen Ende des Spektrums überhaupt keine Sprachschwierigkeiten haben und über eine überdurchschnittliche Intelligenz verfügen. Eine weitere Auswirkung ist die erhöhte Detailfokussierung, wodurch Einzelheiten sehr genau wahrgenommen werden und Abweichungen stärker auffallen. Meist sind logisch-analytisches Denken und eine gute Mustererkennung gegeben. Außerdem sind häufig eine hohe Konzentrationsfähigkeit sowie eine große Toleranz für

Routineaufgaben oder Vorgaben vorhanden. Indessen ist die Filterfunktion reduziert, sodass mehr Sinnesreize das Bewusstsein erreichen.

Die Herausforderungen liegen im sozialen Umgang sowie in der Kommunikation, da die Betroffenen nonverbale Signale und soziale Regeln ähnlich einer Fremdsprache erlernen müssen und eher sachlich beziehungsorientiert kommunizieren.

### Triade der Beeinträchtigungen



#### 1. Soziale Interaktion (meist einseitig)

- Mängel im nonverbalen Verhalten (eingeschränkter Blickkontakt und soziales Lächeln, wenig gerichtete Mimik und Gestik, wenig Verständnis für nonverbal vermittelte soziale Signale)
- Mangel an geteilter Aufmerksamkeit, Freude oder Interessen mit anderen Betroffene lenken die Aufmerksamkeit Dritter nicht auf Dinge, wenig gemeinsame Interessen werden gesucht)
- Mangelnde Fähigkeit, Kontakte zu Gleichaltrigen herzustellen und aufrechtzuerhalten
- Mangel an sozioemotionaler Gegenseitigkeit. Keine oder unangemessene Annäherungsversuche, unangemessene Reaktion auf Annäherungen anderer)
- Mangelndes Einfühlungsvermögen (zum Beispiel kein Trösten)
- Mangelhafte Verhaltensmodulation dem sozialen Kontext entsprechend.

#### 2. Kommunikation und Sprache

- Verspätung oder vollständige Störung der Entwicklung der gesprochenen Sprache (ein Drittel der Kinder entwickeln keine oder nur eingeschränkte Sprache)
- Kaum Kompensation durch Gestik oder Mimik
- Stereotype, repetitive oder eigentümliche sprachliche Äußerungen (Neologismen, Vertauschung der Personalpronomina, verzögerte Echolalie)
- Mangelnde Fähigkeit, eine Konversation zu beginnen oder aufrechtzuerhalten
- Mangel an spontanen Als-ob-Spielen oder sozialen Imitationen
- Auffällige Sprachpragmatik (kein sprachlicher Austausch im Sinne einer Konversation, gestörtes Verständnis für sprachlich vermittelte soziale Signale, zum Beispiel Ironie, Witze, Sprichwörter, Metaphorik)
- Auffällige Sprachprosodie (fehlende kommunikative Modulation von Lautstärke, Geschwindigkeit, Rhythmus und Tonfall)
- Bei hochfunktionalem Spektrum:
  - keine Sprachentwicklungsverzögerung
  - Monologisieren
  - „gestelzte, geschraubte, professorale“ Sprache

#### 3. Interessen und Stereotypien

- Ungewöhnliche, stereotype Handlungen und Spezialinteressen (die Interessen sind im Hinblick auf Inhalt und Schwerpunkt abnorm)
- Zwanghaftes Festhalten an nicht funktionalen Handlungen oder Ritualen, ängstliche Reaktion auf Unterbrechungen von Handlungen oder Veränderungen
- Stereotype, repetitive motorische Manierismen (Hand- und Fingerschlagen, komplexe Bewegungen des ganzen Körpers, Drehen der Finger vor den Augen, Schaukeln, Auf-und-ab-Hüpfen)
- Sensorische Interessen/Phänomene (ungewöhnliches Interesse an sensorischen Teilaspekten wie Struktur, Geräusch, Geschmack oder Geruch)
  - Sensorische Abnormalität (Über- oder Unterempfindlichkeit)

## 2.9.1 Schwierigkeiten und Stärken von Menschen im Autismusspektrum

### Schwierigkeiten:

- Unzufriedenheit mit der eigenen Situation  
Niedriger Selbstwert
- Wunsch nach mehr Selbstständigkeit, aber mangelnde Fähigkeit, sich draußen zurechtzufinden (allgemeingültige Gebrauchsanweisungen)
- Deprimierendes Lebensgefühl durch Perspektivlosigkeit (Ausbildung, Arbeit, Wohnen etc.)
- Perfektionismus, Zwangshandlungen, Ordnung und Rituale (panikartige Reaktionen bei Abweichungen von Routinen oder Ritualen)
- Reizüberflutung (nicht funktionierender Filter)
- Selbst- und fremdaggressives Verhalten

### Stärken:

- Ehrlichkeit
- Loyalität
- Zuverlässigkeit
- Unvoreingenommenheit
- Spezialwissen, Enthusiasmus für einzigartige Interessen
- Genauigkeit
- Nicht interessiert an Tratsch oder Small Talk, Konversation frei von versteckten Andeutungen

Diagnostik und sozialpädagogische sowie therapeutische Begleitung helfen vor allem bei früher Erkennung in den ersten Lebensjahren.

## 2.10 Trauma

Der Begriff „Trauma“ bezieht sich auf psychische Ausnahmesituationen („Psychotrauma“) (vgl. www.gesundheit.gv.at).

### Unterschieden werden nach der Häufigkeit ihres Auftretens:

- **Typ I:** einmaliges, unvorhersehbares Monotrauma (Verkehrsunfall, Überfall, Brand, Sturm, Erdbeben) (vgl. Terr 1990).
- **Typ II:** wiederholte/multiple, länger andauernde und von Menschen verursachte Traumata (Folter, Kriegserlebnisse, Gefangenschaft, sexualisierte Gewalt). Sie erschüttern das Vertrauen grundlegend und sind schwieriger zu verarbeiten (vgl. Terr 1990).
- **Kumulative Traumata:** Ereignisse, von denen jedes einzelne keine Traumatisierung ausgelöst hätte. Erst die Addition der Erlebnisse (Beschämungen, Bedrohungen, Mobbing etc.) führt zu einer posttraumatischen Erkrankung (vgl. Khan 1963).

### Außerdem kann eine Unterscheidung nach persönlichen und nicht persönlichen traumatischen Erfahrungen erfolgen (vgl. Wöller 2006):

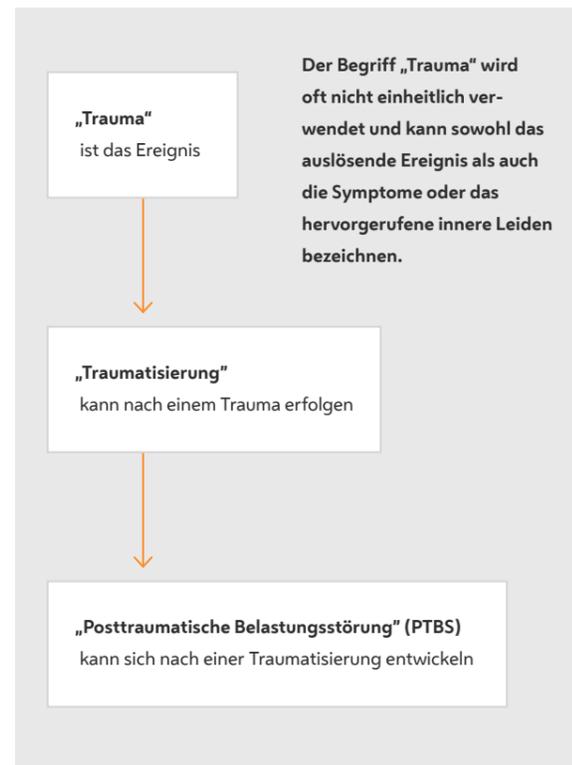
- **Apersonale Traumata:** Nicht durch Menschen herbeigeführt, wie zum Beispiel Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle oder Krieg
- **Personale Traumata:** Überfälle, Vergewaltigungen, Gewalt im persönlichen Nahbereich in Form von familiärer Gewalt, Misshandlungen, Folter, Geiselnhaft und Kriegseinwirkungen
  - Scheinbar weniger katastrophale Ereignisse, die mit Schreck und Angst in Verbindung mit einem hohen Maß an bestürzender Beschämung, Peinlichkeit, tiefer Verunsicherung und vermeintlicher oder realer Schuld einhergehen

### 2.10.1 Traumata und Traumafolgestörung

Traumafolgestörungen sind psychische und physische Reaktionen auf extremen Stress, der die aktuellen Bewältigungsmöglichkeiten der/des Betroffenen überfordert (vgl. Fischer 1999).

Nicht jeder Mensch entwickelt durch belastende Lebensereignisse eine Traumafolgestörung. Zwei Drittel der Menschen können in ihrem Leben mit einem

Trauma rechnen. Ein Drittel von ihnen erleidet eine sogenannte Traumafolgestörung, zwei Drittel bewältigen die traumatische Situation mithilfe ihrer Ressourcen und durch die Unterstützung der sozialen Systeme, vor allem der Familie (vgl. Hanswille & Kissenbeck 2014).



### 2.10.2 Posttraumatische Belastungsstörung

#### Die wichtigsten Symptome sind:

#### 1. Wiedererleben

- Wiederkehrende, aufdrängende belastende Erinnerungen (Intrusionen), auch beim Spielen beobachtbar
- Wiederkehrende belastende Träume/Alpträume, bei Kindern einfach Angstträume
- Flashbacks, bei denen die Person fühlt oder handelt, als ob sich das traumatische Erlebnis wieder ereignet
- Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit Traumahinweisreizen (z. B.: spezifische Geräusche, Musik, Gerüche)
- Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit Traumahinweisreizen (z. B.: Herzrasen, Schwindelgefühl, starkes Schwitzen, Bettnässen)

#### 2. Vermeidung

- Vermeidung von Aktivitäten (zum Beispiel Schwimmen), Orten (zum Beispiel Park, viel Wasser), Menschen (zum Beispiel uniformierte Menschen) und Gesprächen über das Ereignis
- Veränderungen von Kognition und/oder Affekt
- Häufig auftretende negative, emotionale Zustände (Furcht, Schuld, Traurigkeit, Scham, Verwirrung)
- Vermindertes Interesse oder verringerte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten, darunter eingeschränktes Spielen
- Soziales Rückzugsverhalten
- Dauerhaft verminderter Ausdruck positiver Emotionen
- Veränderungen des Erregungsniveaus
- Reizbarkeit und Wutausbrüche (aggressives Verhalten)
- Schlafprobleme (Schlafwandeln, nicht ein- und durchschlafen)
- Übermäßige Wachsamkeit (Umschauen, ob man verfolgt wird, Haustür immer wieder abschließen, Vorhänge/Fenster zumachen)
- Übertriebene Schreckreaktionen (zum Beispiel bei lauten Geräuschen)
- Übermäßige, unbegründete Ängste
- Konzentrationsschwäche und Vergesslichkeit

#### 3. Dissoziative Symptome

- Keine Gefühle an Beinen, Armen oder anderen Körperteilen
- Keine Erinnerung an Einzelheiten des traumatischen Ereignisses
- Starrer Blick oder Blick in die Ferne
- Sich im Spiegel nicht erkennen
- Realität passiert im Zeitraffer oder wie im Film

#### 4. Weitere mögliche körperliche Beschwerden

- Bein-, Arm-, Rückenschmerzen
- Kopfschmerzen
- Bauchschmerzen
- Durchfall
- Appetitlosigkeit
- Übelkeit
- Zittern
- Schwindelgefühle
- Herzrasen
- Krampfanfälle
- Atemnot
- Waschzwang

Helpen können Traumatherapie, Stabilisation, Traumakonfrontation und Integration.

### 2.10.3 Traumasensible Haltung

#### Dos:

- Möglichkeit zum Austausch schaffen
- Sicherheit herstellen
- Professionell handeln, dabei Nähe aufbauen
- Empathie und Akzeptanz zeigen
- Auf Augenhöhe reden
- Offene Fragen
- Einfache, direkte Sprache benutzen
- Zum Vergewissern nachfragen
- Selbstbewusstsein unterstützen
- Positive Rituale/Routine pflegen
- Trigger vermeiden
- Trauer zulassen
- Kulturelle Unterschiede beachten
- Atemübungen/kreative Angebote schaffen
- Vernetzung mit professionellen Beratungsinstitutionen anbieten und praktisch unterstützen

#### Don'ts:

- Alleine lassen
- Über Details des Traumas reden
- Zum Reden zwingen
- Vorwürfe, Drohungen, Verallgemeinerungen, Schwäche, Schuldgefühle, Verharmlosungen
- Von oben herab sprechen
- Kritisieren
- Warum- Fragen stellen
- Ironie, Sarkasmus
- Stress, Überforderung
- Starke Gefühle zeigen
- Belohnung oder Bestrafung
- Nur Positives oder Negatives betonen
- Abhängigkeit entstehen lassen
- Versprechen machen, die man nicht halten kann

In der Tabelle werden einige bekannte Übungen bei Traumasymptomen vorgeschlagen. Die Übungen können von den Betroffenen im Rahmen einer Traumatherapie unter professioneller Anleitung gemacht werden und in Folge alleine durchgeführt werden können.

Funktion	Übung
Entspannung (einzeln/Gruppe)	Atemübungen (Luftballon, Strohhalm etc.) Progressive Muskelentspannung Gähnen
Ablenkung (in der Gegenwart bleiben)	5-4-3-2-1-Übung (beim Spazieren auf Details achten, langsam von vier bis eins zählen, auch mit geschlossenen Augen) ABC-Übung (zu den Buchstaben des Alphabets werden positiv empfundene Wörter gefunden)
Erdung	Trampeln/Marschieren durch einen Raum auf die Brust klopfen bewusstes Fühlen/Streicheln von Körperteilen

## 3 Unterstützung von Menschen in einer akuten Krankheitsphase

### Handlungsempfehlungen für herausfordernde Situationen mit psychisch erkrankten Menschen

Die Zunahme von psychischen Erkrankungen und chronischen Krankheiten führt zu neuen Herausforderungen für das Versorgungs- und Betreuungssystem weltweit. Dennoch gibt es einige hilfreiche Strategien, um in einem so schwierigen Setting wie dem öffentlichen Raum professionell unterstützen zu können. Es werden hier die wichtigsten Erkenntnisse aus der Krisenarbeit und -intervention zusammengefasst und können als Handlungsleitfaden genutzt werden. In der Krise wird durch äußere und/oder innere Belastungen das seelische und psychosoziale Gleichgewicht eines Menschen gefährdet. Ein Großteil der psychischen Energie wird zur Bewältigung der Krise und der inneren Erschütterung benötigt. Daher ist es auch für Helfer\*innen besonders wichtig, auf die eigene Verfassung und die vorhandenen Ressourcen in der Krisenarbeit oder bei einem Notfall zu achten.

Daneben erfordert der Notfalleinsatz die Fähigkeit zur fairen Konfrontation mit Respekt für die Entwicklungskompetenz der Personen, die Hilfe benötigen, zudem Entschlossenheit, Improvisationsfreude, die Bereitschaft, mit Angehörigen und Betroffenen zusammenzuarbeiten, sowie Hartnäckigkeit und Mut, eine dringliche Maßnahme auch in widrigen Umständen umzusetzen. Nicht zuletzt ist – neben einem Grundwissen über die Eigenheiten psychischer Erkrankungen – das Wissen um die eigenen Schwächen und Stärken, Möglichkeiten und Grenzen unabdingbar.

**Der Notfall (sofortiger Handlungsbedarf) wird als Spezialfall einer Krise verstanden.**

Bevor Sie sich der Person widmen, die offensichtlich Hilfe benötigt oder im Verhalten auffällig wirkt, gilt es, sich mit Ihren Kolleg\*innen zu koordinieren.

### Folgende Punkte sollten berücksichtigt werden:

- Wer spricht die Person an?
- Wer behält den Überblick über die Situation?
- Wer sichert neugierige Menschen und bittet darum, keine Bilder oder Aufnahmen zu machen (Eskalationsgefahr!)?
- Wer ruft bei Bedarf die Rettung und fordert eventuell auch gleich die Polizei und eine\*n Amtsarzt\*Amtsärztin an?

### Die Grundlagen der Krisenintervention beruhen auf den folgenden Verhaltensgrundsätzen:

- Abschätzen, ob die Person zu einem Gespräch fähig bzw. bereit ist
- Prüfen, ob ein Risiko für aggressives Verhalten gegeben ist
- Reizabschirmung (ruhigen Ort suchen, wo in Ruhe geredet werden kann)
- Hilfe holen, Mitarbeiter\*innen involvieren
- Bei bewaffneten Personen ist immer die Polizei zu verständigen
- Ruhe bewahren
- Aus einer Position der Sicherheit kommunizieren
- Sicheres und entschlossenes Auftreten und Handeln
- Situation und betreffende Person beruhigen und sprechen lassen („talking down“)
- Wertschätzend zuhören, ernst nehmen
- Besprechen der auslösenden Situation, sofern die Person orientiert und ruhig wirkt
- Erklären des weiteren Vorgehens

**Menschen mit psychischen Erkrankungen machen häufig Stigmatisierungserfahrungen und erwarten diese auch bei Konfrontationen mit Helfer\*innen. Daher ist ruhiges und deeskalierendes Verhalten – mit allen Kommunikationsmitteln (Stimme, Mimik und Körpersprache) – besonders relevant.**

**Zusätzlich sind diese weiteren Grundhaltungen und Hilfschritte zu beachten:**

- Eigene Haltung (Akzeptanz, Echtheit, Empathie) reflektieren
- Vor einem Einsatz nachspüren: Bin ich (emotional) in der Lage, helfen zu können?
- Anlass für die Begegnung, wofür konkret Hilfe gesucht wird
- Bei Erregungszuständen Zeit geben, mit Fragen Gespräch in Gang halten, Verstandenes zusammenfassen
- Hilfsvorstellungen entwickeln: Was wurde bis jetzt unternommen und was soll daran verbessert werden?
- Emotionen, Sorgen, Befürchtungen erfragen
- Nach Hintergründen und Umständen fragen
- Wer und was kann Erleichterung bringen?
- Welche zusätzliche Hilfe kann in Anspruch genommen werden?
- Bekannte Ressourcen und bestehende Betreuung klären und mittels Fragen, Anregungen und Vorschlägen erweitern
- Erkennen der eigenen Grenzen des Machbaren
- Bleiben Sie ruhig und sachlich, lassen Sie sich nicht in die Enge treiben
- Gehen Sie innerlich und äußerlich einen Schritt zurück, verschaffen Sie sich Luft, Distanz und die Möglichkeit zum Nachdenken
- Unterstützen und fördern Sie Eigeninitiative
- Lassen Sie sich nicht alles aufladen
- Nein sagen und auch dabei bleiben
- Ichbotschaften verwenden
- Erklären Sie die Regeln/Rechtslage
- Vermitteln Sie Ihrem Gegenüber, als Mensch angenommen zu werden, aber dass Sie das Verhalten nicht akzeptieren

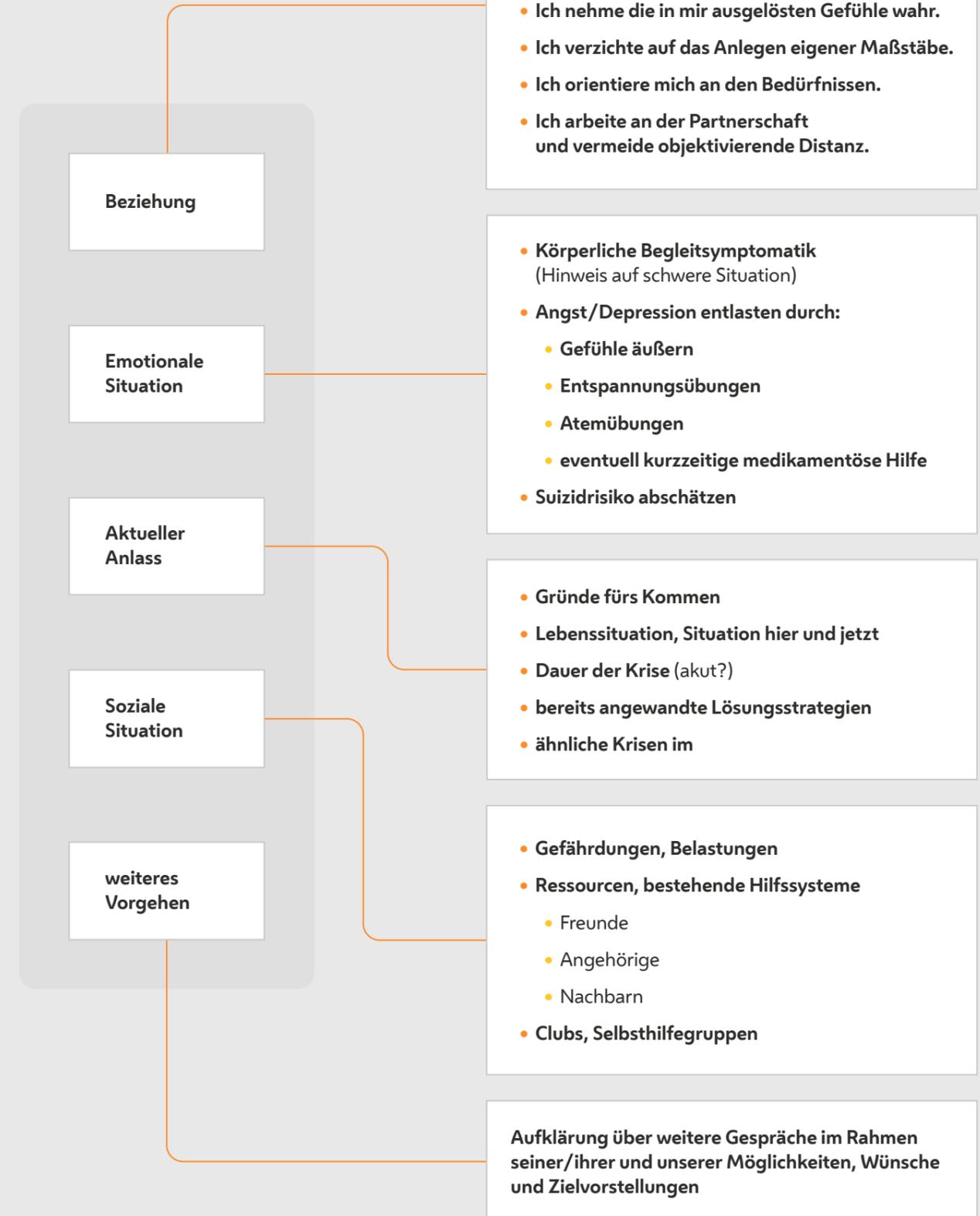
**Hilf- und Ratlosigkeit, Wut und Ängste können zu einer feindseligen/aggressiven Stimmung führen, die wiederum eine Überreaktion oder Bestrafungstendenzen bei der angegriffenen Person auslösen.**

**Die folgenden Tipps zur Hilfe in psychosozialen Krisen sind vor allem für den Erstkontakt gedacht:**

- Sprechen Sie die Person an. Ein ehrliches Gesprächsangebot ist fast immer hilfreich.
- Beginnen Sie beispielsweise mit einem „Wie geht es Ihnen/dir?“ und geben Sie der angesprochenen Person Raum, selbst zu erzählen.
- Wenn Betroffene offen und ehrlich über Probleme und Gefühle sprechen können, ist das meist sehr entlastend.
- Natürlich kann es auch vorkommen, dass Sie selbst angesprochen werden.
- Verweisen Sie auf professionelle Hilfe. Professionelle Helfer\*innen bringen die für die Situation notwendige Distanz und fachliche Kompetenz mit. In dringenden Fällen kann das zum Beispiel die Krisenintervention sein.
- Manchmal kann es auch passieren, dass ein Hilfsangebot zurückgewiesen wird. Das gilt in den wenigsten Fällen Ihnen persönlich. Es kann sein, dass die betroffene Person erst später in der Lage ist, über die Probleme zu reden, und dann auf Ihr Angebot zurückkommt.
- Wenn der Eindruck einer Selbst- oder Fremdgefährdung (akute Suizidgedanken, Gewalt) entsteht, muss die Rettung oder die Polizei gerufen werden.
- Achten Sie auf sich selbst. Nur wenn Sie sich selbst sicher fühlen, können Sie anderen Menschen gut helfen. Was können und wollen Sie sich zumuten?
- Achten Sie auf Ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse. Vielleicht fühlen Sie sich hilflos und wissen nicht, wie Sie der betroffenen Person noch helfen können.

**Jeder seelische Notfall ist auch ein psychosozialer Notfall.**

**Krisenintervention bei akuten Krisen**



## So helfen Sie:

Wenn Sie unsicher sind, wo das auffällige Verhalten der Person herrührt, rufen Sie im Zweifelsfall die 144!

Auftrags- und Zielkonflikte kommen bei der Notfallintervention häufig vor. Es ist das typische Dilemma der professionellen Notfallhelfer\*innen. Schnelle Improvisation steht im Widerspruch zur Gründlichkeit, fachlich Notwendiges im Gegensatz zum menschlich Durchsetzbaren, freie Entscheidung zum Zwang, individuelle Anliegen zum öffentlichen Interesse. Um Auftragskonflikte zu vermeiden, ist eine gute Kommunikation mit anderen Helfer\*innen besonders wichtig.

**Die Notfallintervention bei seelischen Krisen ist eine interdisziplinäre Aufgabenstellung.**

Nicht immer liegt auffälliges Verhalten eine psychische Erkrankung zu Grunde. Es gibt somatische (körperliche) Erkrankungen, die psychische Symptome oder Verhaltensänderungen hervorrufen können. Sie können sich durch eine Vielzahl von Erscheinungen äußern, wie beispielsweise Veränderungen in der Stimmung, im Denken, in der Wahrnehmung oder im Verhalten. Erkrankungen wie Diabetes mellitus können neurologische Komplikationen verursachen, insbesondere wenn der Blutzuckerspiegel stark schwankt. Bei akuter Unter- oder Überzuckerung leiden die Menschen an Schwindel, Schwitzen, Störungen der Feinmotorik, Nervosität, Zittern, Konzentrations- und Sehstörungen etc. Da es sich um eine Notfallsituation handelt ist sofort die Rettung (144) zu verständigen ([www.zuckerkrank.de](http://www.zuckerkrank.de)).

Obwohl das Delir keine eigenständige Krankheit ist, ist es dennoch wichtig, dass es an dieser Stelle Erwähnung findet. Die von einem Delir betroffenen Menschen befinden sich in einem Zustand der Verwirrtheit, der durch eine Beeinträchtigung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit sowie durch kognitive Störungen gekennzeichnet ist. Es tritt häufig plötzlich auf und kann Stunden bis Tage andauern.

Das Delir ist die häufigste psychische Störung bei älteren Menschen, vor allem bei der Gruppe der sehr alten Menschen, etwa weil sie zu wenig getrunken haben (Exikose, Austrocknung eines lebenden Organismus). Wenn ein Delir bei jüngeren Menschen auftritt, ist es in der Regel auf die Verwendung eines Medikaments (aber auch durch Konsum von illegalen Substanzen) oder eine lebensbedrohliche systemische Erkrankung zurückzuführen. Das Delir ist potenziell lebensbedrohlich mit einer Letalität von über 30 Prozent, daher ist auch hier die Rettung sofort zu verständigen (vgl. DGN 2020).

## 4 Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung Die zweite Krankheit

Im Zusammenhang mit psychischer Erkrankung und Stigmatisierung sind folgende Begrifflichkeiten relevant:

- **Stigma, Stigmatisierung:** Kennzeichnung und einseitige Darstellung eines oder mehrerer Merkmale einer Person/Personengruppe und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Betroffenen
- **Stereotyp:** Zuschreibung von – vermeintlich typischen – Merkmalen zu einer Person oder Personengruppe
- **Vorurteil:** Vorurteile sind pauschalisierende Einstellungen gegenüber sozialen Gruppen bzw. Personen, die diesen Gruppen zugeordnet werden. Diese Zuweisung von Individuen erfolgt über Merkmale, die der Gruppe zugeschrieben werden – egal ob Individuen diese Merkmale tatsächlich oder nur vermeintlich besitzen. Das Vorurteil ist die Zustimmung und emotionale Reaktion auf ein Stereotyp.
- **(Strukturelle) Diskriminierung:** Muster von Verhaltensreaktionen auf Vorurteile. Jede Form der ungerechtfertigten Benachteiligung oder Ungleichbehandlung von einzelnen Personen oder Gruppen wird als Diskriminierung bezeichnet.
- **Selbststigmatisierung:** Die Betroffenen akzeptieren und internalisieren die verbreiteten Stereotype und Vorurteile gegenüber der Gruppe, der sie zugeordnet werden oder sich zugehörig fühlen. Sie wenden diese Stigmata gegen sich selbst und verlieren dadurch Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung. Oft wagen es selbststigmatisierende Patient\*innen auch nach ausgeheilter Erkrankung nicht, sich um Arbeit, eine eigenständige Wohnmöglichkeit, gesellschaftliche Kontakte oder Partnerschaften zu bemühen (vgl. Küpper 2022, S. 10).

Personen mit psychischen Erkrankungen werden oftmals bis zu einem gewissen Grad als selbst für ihre Erkrankung verantwortlich angesehen (etwa bei Suchterkrankungen oder Essstörungen), viel eher als Menschen mit somatischen Erkrankungen.

Beispiele dafür nennt der Leiter der Sektion Public Health der Universität Ulm Nicolas Rüschi in dem Interview „Soziale Zurückweisung kann gefährliche Folgen haben“ (Rüschi 2022, S. 17):

- **Stereotyp (negative Meinung):** „Psychisch Kranke sind selbst schuld an ihrer Erkrankung.“
- **Vorurteil (Zustimmung, Emotionalisierung, Pauschalisierung):** „Ich ärgere mich über psychisch Kranke, die müssten sich nur mal zusammenschließen.“
- **Diskriminierung (angepasstes Verhalten):** „Den Job wird dieser Typ keinesfalls bekommen.“
- **Selbststigmatisierung (Internalisierung):** „Den Job habe ich zu Recht nicht bekommen, ich bring ja sowieso nichts auf die Reihe.“

Menschen mit psychischen Erkrankungen erfahren immer noch eine gesellschaftliche Stigmatisierung. Das bedeutet, dass Menschen eine Person nicht als Individuum beurteilen und auf sie reagieren, sondern aufgrund der Eigenschaften, die ihrer Gruppe zugeschrieben werden (vgl. Rüschi 2022). Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, werden oft pauschal als gewalttätig und unberechenbar eingestuft. Personen mit einer Depression oder Abhängigkeitserkrankung wird mangelnde Selbstdisziplin vorgeworfen (vgl. [seelichegesundheit.net](http://seelichegesundheit.net)). Problematisch ist, dass sich die erlernten Stereotype mit negativen Gefühlen wie Angst und Abneigung verbinden und daher nicht so leicht korrigierbar sind.

Vorurteile bezüglich psychischer Erkrankungen übertragen sich auf die betroffenen Menschen, die es folglich umso schwerer haben, offen mit ihrer Erkrankung umzugehen und rechtzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. [www.dgppn.de](http://www.dgppn.de)). Alleine schon die Unterscheidung einer „gesunden“ Mehrheit von einer „psychisch kranken“ Minderheit ist problematisch. Sie suggeriert eine klare Trennlinie, die ein Gefühl von Abgrenzung und Andersartigkeit zwischen „ihnen“, den psychisch Kranken, und „uns Normalen“ erzeugt. Diese Trennung ist allerdings rein fiktiv. In Wirklichkeit sind die Übergänge fließend, zumal psychische Erkrankungen vielgestaltig und weitverbreitet sind.

Diskriminierung und Ausgrenzung psychisch erkrankter Menschen finden in unterschiedlichen Bereichen des Lebens statt: in zwischenmenschlichen Beziehungen, am Arbeitsplatz, in der Nachbarschaft, bei der Wohnungssuche, durch die Politik, der Arbeitssuche oder durch eine diskriminierende Darstellung seelisch erkrankter Menschen in den Medien (vgl. [seelichegesundheit.net](http://seelichegesundheit.net)).

„Häufig kommt es zu Diskriminierung, also zum unfairen Verhalten im sozialen Umfeld. Vielleicht grüßt mich der Nachbar nicht mehr, weil ich in der Psychiatrie war. Oder ein Arbeitgeber benachteiligt mich bei der Jobsuche. Oder ich komme mit Herzrasen in die Notaufnahme und der Arzt sagt mir: ‚Ach, das ist Ihre Psyche‘, obwohl ich vielleicht eine Lungenembolie habe“ (vgl. Rüschi 2022).

Nicht selten übernehmen betroffene Personen die Vorurteile, verinnerlichen sie und richten sie gegen die eigene Person. Da die sogenannte Selbststigmatisierung eine Folge von kulturellen Stigmata ist, ist diese nicht als individuelles, sondern als ein soziales Problem zu betrachten. Weil die Betroffenen nicht nur mit ihrer Erkrankung, sondern auch mit den Folgen der Stigmatisierung kämpfen müssen, spricht man hier von einer „zweiten Krankheit“ (vgl. ebd.). Ein Stigma ist in jedem Fall eine große zusätzliche Belastung. Es bewirkt Stress, der den Genesungsprozess hemmt oder sogar zu einer Verschlechterung der Erkrankung führt, indem es ...

- aus falscher Scham oder Ängsten davon abhält, frühzeitig Hilfe zu suchen,
- durch Kränkungen, Diskriminierung und Ausgrenzung zusätzlichen Stress für Betroffene bewirkt, der die Genesung hemmt, und
- Angehörigen die Kraft nimmt, die sie für eine möglichst genesungsfördernde Begleitung dringend benötigen würden.

Deshalb ist es so wichtig, über psychische Erkrankungen zu sprechen und das Wissen der Bevölkerung darüber zu erweitern. Vorurteile auszuräumen, gelingt nicht von heute auf morgen. Es ist ein langwieriger Prozess, bei dem es besonders wertvoll ist:

- Direkte Arbeit mit Betroffenen und Angehörigen, um ihnen die Selbststigmatisierung und Schuldgefühle zu nehmen und ihr Selbstbewusstsein zu stärken
- Information und Aufklärung junger Menschen
- Schulung von Berufsgruppen, die mit psychisch erkrankten Menschen zu tun haben (Polizist\*innen, Securitys, Sanitäter\*innen, Sozialarbeiter\*innen)
- Sensibilisierung von Medienschaffenden, damit sie bei der Berichterstattung sorgsam mit psychischen Erkrankungen umgehen (vgl. jasmin.goeg.at)

### #darüberredenwir

Um psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen gegen die Stigmatisierung zu unterstützen, sind Kampagnen, die sich auch an die breite Bevölkerung richten, wesentlich. Eine davon ist „Darüber reden wir“. Diese Kampagne wurde von den Psychosozialen Diensten Wien ins Leben gerufen und hat sich das Ziel gesetzt, über psychische Erkrankungen zu reden – ohne Tabus und Vorurteile. Denn jeder Mensch kann einmal betroffen sein oder jemanden mit psychischen Beschwerden in eigenen Umfeld kennen (vgl. gesundheit.gv.at).

Nähere Informationen zu der Kampagne finden Sie auf: [darueberredenwir.at](https://darueberredenwir.at)

## 5 Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit

Durch sich zuspitzende Wohnungskrisen<sup>a</sup> in zahlreichen europäischen Städten sind immer mehr Menschen in der Europäischen Union (EU) von Wohnungsarmut bis hin zur Obdachlosigkeit betroffen. Laut Schätzungen gelten in der EU vier Millionen Menschen als obdachlos (vgl. Eberhardt et al. 2023, S. 4). Obwohl Wien mit seinen 220.000 Gemeindewohnungen auf die dringende Nachfrage nach leistbaren Wohnraumangeboten reagiert, besteht auch hier ein Mangel an adäquaten, sicheren und bezahlbaren Wohnungen, vor allem für jene, die (noch) keinen Anspruch auf eine Gemeindewohnung haben. Auf Bahnhöfen und Plätzen, in Parks und Straßen und Plätzen begegnen uns obdachlose Personen, die keinen Rückzugsort haben, keinen Schutz vor Hitze, Kälte, Lärm, Nässe und mitunter gewaltsamen Übergriffen. Viele leiden unter Einsamkeit, aus Scham brechen sie den Kontakt zu Freund\*innen und der Familie ab. Der Weg zurück aus der Obdachlosigkeit ist kein leichter. Der Zugang zu Gemeindewohnungen ist reglementiert und der Finanzierungsbeitrag bei Genossenschaftswohnungen für viele nicht leistbar. Aufgrund von Befristungen, Lagezuschlägen und regelmäßigen Mieterhöhungen erschwert oder verunmöglicht es der private Wohnungsmarkt Menschen, die auf der Straße leben, zurück zur sozialen Teilhabe zu finden.

Der Meldezettel ist der Dreh- und Angelpunkt des Lebens in der Stadt. Ohne diesen kann man sich etwa nicht beim AMS anmelden oder bei potentiellen Dienstgeber\*innen bewerben, geschweige denn ein Konto eröffnen.

Die Begriffe „Obdachlosigkeit“ und „Wohnungslosigkeit“ werden häufig synonym verwendet, obwohl es Unterschiede gibt. Der Europäische Dachverband der Wohnungslosenhilfe (FEANTSA) veröffentlichte im Jahr 2005 die sogenannte ETHOS-Typologie (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion), um eine europaweit einheitliche Definition zu erwirken, die zwischen vier Kategorien unterscheidet: obdachlos, wohnungslos, ungesichertes Wohnen und ungenügendes Wohnen. Auch die Wiener Wohnungslosenhilfe orientiert sich an ETHOS. Eine EU-weite, einheitliche Definition ist aber auch entscheidend, da es sich die EU zum Ziel gesetzt hat, Obdachlosigkeit bis 2030 zu beenden. Aktuell ist die Zahl der Obdachlosen in Europa jedoch um 70 Prozent gestiegen. Der primäre Grund dafür ist der eklatante Anstieg der Mietpreise (vgl. Eberhardt et al. 2023, S. 7).

<sup>a</sup> Zum Beispiel steigende Mieten, Befristungen, Kurzzeitvermietung an Tourist\*innen und hohe Bodenpreise, die es Städten erschweren, den sozialen Wohnbau voranzutreiben.

Laut einer Erhebung der Statistik Austria waren 2021 knapp 20.000 Personen in Österreich als obdachlos- oder wohnungslos registriert (vgl. statistik.at). Der Großteil von ihnen war wohnungslos und nicht obdachlos. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 60 Prozent aller in Österreich registrierten obdachlosen und wohnungslosen Menschen in Wien<sup>b</sup> leben. Ein Drittel davon ist unter 30 Jahre alt.

Das Leben auf der Straße und in Armut bedeutet eine große psychische Belastung für die Betroffenen. Der Mangel an Rückzugsmöglichkeiten, das Ausgesetzt sein von Hitze, Lärm, Kälte, Nässe, die Einsamkeit, die fehlenden sozialen Kontakte und die Perspektivlosigkeit stellen nur einige der Bürden dar. Der Anteil an psychisch kranken Menschen in der Wohnungslosenhilfe ist stark gestiegen. 49 Prozent der Klient\*innen berichten biografisch von psychischen Beschwerden, 45 Prozent von einer Suchterkrankung (vgl. Eder et al. 2018, S. 7).

Obdachlose Menschen werden häufig aufgrund von Vorurteilen geringgeschätzt und vertrieben. Gewalt gegen Obdachlose kann hier als extremste Form der Ausgrenzung betrachtet werden. Marginalisierte Menschen müssen als Teil unserer Gesellschaft wahrgenommen und respektiert werden. Diese Haltung einzunehmen, ist ein wesentlicher Beitrag, um Ausgrenzung und Stigmatisierung abzubauen (vgl. Gerull 2021, S. 146).

### 5.1 Obdachlosigkeit

Als obdachlos gelten Menschen, die ohne Unterkunft auf der Straße oder öffentlichen Plätzen leben und sich in Verschlägen, Zelten, Parks, leerstehenden Häusern oder unter Brücken aufhalten. Nutzer\*innen von Wärmestuben und Notschlafstellen gelten ebenso als obdachlos (vgl. obdach.wien.at). Die Obdachlosigkeit ist eine der extremsten Formen von Armut. Sie ist mit sozialer Ausgrenzung und mangelnder Abdeckung der grundlegenden Bedürfnisse (Nahrung, Hygiene, medizinische Versorgung, sichere Rückzugsmöglichkeiten) verbunden (vgl. neunerhaus.at). Obdachlosigkeit wirkt sich negativ auf die körperliche und geistige Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebenserwartung der betroffenen Menschen aus (vgl. ec.europa.eu).

Viele Faktoren können Obdachlosigkeit bedingen, wie etwa Arbeitslosigkeit, Schulden, Armut trotz Arbeit, eine Erkrankung, Scheidung oder der

<sup>b</sup> Großstädte bieten den Menschen mehr Überlebenschancen als Dörfer und Kleinstädte. Wien hat zahlreiche Angebote für in Not geratene Menschen, die von der niederschweligen Straßensozialarbeit und Tageszentren bis hin zu hochschwelligeren Angeboten, wie etwa Housing-First-Projekten, reichen.

Todesfall der\*des Partner\*in. Vor allem sind es aber die aktuellen Entwicklungen am Arbeits- und Wohnungsmarkt, die das Risiko verschärfen, obdachlos oder wohnungslos zu werden (vgl. Frauenberger 2021, S. 2). In einer Befragung des Fonds Soziales Wien (FSW) im Jahr 2020 hat der Großteil der Betroffenen Arbeitslosigkeit als Hauptgrund angegeben. Seit der Finanzkrise 2008 zeigt sich deutlich, dass in erster Linie die Wohnpolitik und der Wohnungsmarkt schuld daran sind, dass Menschen wohnungslos bzw. obdachlos werden (vgl. Verlic 2024, S. 08).

Um Wege aus der Armut und Obdachlosigkeit zu finden, sind die gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen sowie die Erreichbarkeit und die Zugänglichkeit von staatlichen Unterstützungsmaßnahmen essenziell. Die Hürden sind oft hoch. Auf der einen Seite schämen sich viele Menschen für ihre Situation und trauen sich deshalb nicht, um Hilfe zu bitten, auf der anderen Seite erfüllen sie oft nicht die legalen Ansprüche auf staatliche Unterstützung. Das betrifft Menschen aus den anderen österreichischen Bundesländern und Ländern der EU. Sie haben keine Möglichkeit, Leistungen nach dem Wiener Sozialhilfegesetz zu beziehen, und die Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe (Tageszentren, Notquartiere im Rahmen des Winterpakts von November bis April) können sie nur bedingt in Anspruch nehmen. Längerfristige Angebote mit dauerhaften Perspektiven, wie betreute Übergangswohnplätze oder „Housing First“-Wohnungen<sup>c</sup>, bleiben ihnen verwehrt.

Die Zugänge zu Gemeindewohnungen sind stark reglementiert. Insbesondere für von Armut Betroffene EU-Bürger\*innen und Drittstaatsangehörige ist es nahezu aussichtslos, eine Wohnung zu bekommen. Sie können erst nach fünf Jahren Aufenthalt in Wien und einer durchgängigen Meldung von zwei Jahren an einer Adresse eine Gemeindewohnung beantragen. Für Menschen, die obdachlos, wohnungslos oder prekär lebend sind, das heißt etwa ohne Mietvertrag und Meldezettel, sind diese zwei Jahre kaum zu schaffen.

Mit einer zunehmenden Verweildauer in der Obdachlosigkeit bzw. Wohnungslosigkeit verfestigen sich individuelle Belastungen (zum Beispiel psychische oder diverse Abhängigkeitserkrankungen). Wege aus dieser extremen Lebenslage zu finden, ist oft langwierig, mühsam und ohne professionelle Unterstützung fast undenkbar. Und selbst dann ist es nicht einfach, da in den letzten Jahren die Schere zwischen Mietkosten und Einkommen immer größer

<sup>c</sup> Beim „Housing First“-Ansatz bekommen Menschen zuerst eine Wohnung, dann werden alle anderen Problemstellungen gelöst.

geworden ist (vgl. Unterholzer 2024, S. 08).<sup>d</sup> Aktuell ist jede fünfte Person in Wien von Mietkosten belastet, 20 Prozent gehen davon aus, dass sie in den kommenden Monaten Zahlungsschwierigkeiten beim Wohnen haben werden (vgl. Verlic 2024, S. 08).

### Jugendliche und junge Erwachsene

Ein Drittel (rund 2.500 Personen) aller obdach- und wohnungslosen Menschen in Wien ist zwischen 18 und 30 Jahre alt. Da es sich bei dieser Zahl nur um jene handelt, die die Angebote der Wiener Wohnungslosenhilfe in Anspruch nehmen, ist davon auszugehen, dass die Dunkelziffer höher ist. Psychische Erkrankungen, Sucht, schwierige Familienverhältnisse, Flucht und Bildungsarmut sind oft die Gründe oder Verstärker für prekäre Lebensverhältnisse und Wohnungslosigkeit (vgl. VWWH 2023, S. 6). Hinzu kommt, dass in Österreich die soziale Mobilität gering ist. Einkommen, Bildungsstand und der soziale Status der Eltern beeinflussen die Zukunftschancen der Kinder. Wenn die Eltern von Armut und Wohnungslosigkeit betroffen sind, dann sind es ihre Kinder meistens auch.

Fehlt das soziale und familiäre Netzwerk oder ist es zerrüttet, können oder wollen junge Menschen nicht auf die Unterstützung ihrer Familie zurückgreifen. Die finanzielle Hilfe beim Anmieten der ersten Wohnung oder für die Ausstattung des ersten WG-Zimmers fällt weg, ebenso das sichere Wissen, dass man nach Hause zurückkann, wenn man es nicht schaffen sollte (vgl. www.neunerhaus.at).

Junge Erwachsene verfügen im Generationenvergleich über weniger oder (noch) kein Lohn-einkommen. Jene, die sich noch in Ausbildung befinden, sind vom Einkommen ihrer Eltern oder von Sozialleistungen abhängig. Erwerbstätige junge Menschen arbeiten häufiger in prekären Jobs und verlieren als Berufseinsteiger\*innen als Erste ihre Arbeit, wenn Kündigungen anstehen. So waren im Juni 2023 fast zehn Prozent aller jungen Menschen arbeitslos.

Gesellschaftliche Krisen haben besonders negative und langanhaltende Auswirkungen auf junge Erwachsene. Dies betrifft ihre Bildungs- und Arbeitsmarktteilhabe, ihre finanzielle Situation und ihre Konkurrenzfähigkeit am privaten Wohnungsmarkt. Es beeinflusst ihre Zukunftsperspektiven sowie ihr psychisches und soziales Wohlergehen (vgl. ebd.). Gerade bei jungen Menschen kann dadurch enormer Druck, eine fehlende Perspektive und/oder gefühlte Hoffnungslosigkeit entstehen (vgl. Caritas a\_way Jahresbericht 2023). In den Notschlafstellen für Jugendliche und junge Erwachsene kommen viele Nutzer\*innen

<sup>d</sup> Seit 2008 sind die Eigentumspreise in Wien um 150 % gestiegen, private Neuvertragsmieten um 70 % (vgl. Verlic 2024, S. 08).

entweder aus Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder sie hatten bereits vor ihrem 18. Geburtstag damit Kontakt.

Besonders herausfordernd ist es, dass viele Hilfsangebote nur bis zum Alter von 18 Jahren gelten. Das bedeutet, dass die jungen Erwachsenen danach die Einrichtungen verlassen und sich selbstständig versorgen müssen. Das ist eine Vorgabe, die nur sehr wenige schaffen, denn in Österreich ziehen junge Menschen im Schnitt erst zwischen 23 und 27 Jahren von daheim aus (vgl. moment.at). Auch hier ist es die Lage am Wohnungsmarkt, die den Übergang zum eigenständigen Wohnen immer schwieriger macht. Hinzu kommt, dass sich der Übergang zwischen Jugend und Erwachsenenalter verändert hat. Früher war dieser standardisiert und institutionell definiert, heute dauert dieser länger, weil er vielfältiger und weniger geregelt ist. Und die Belastungen und Situationen, die junge Menschen bewältigen müssen, sind heute anspruchsvoller als früher (vgl. Reinprecht 2024).

Junge Erwachsene sind eine besonders vulnerable Gruppe, da sie einerseits wegen ihrer speziellen Lebenslagen schnell in die Wohnungs- oder Obdachlosigkeit rutschen können und andererseits der Weg zurück in ein stabiles Leben steinig ist. Zwar ist die Wohnungslosenhilfe in Wien gut ausgebaut und verfügt über ein breit gefächertes Angebot, für die Zielgruppe der jungen Erwachsenen bedarf es jedoch spezifischer und zielgruppengerechter Angebote.

Geraten beispielsweise Mädchen, Frauen, Transpersonen oder queere Menschen in die Obdach- oder Wohnungslosigkeit, sind sie auf der Straße häufig sexuellen Belästigungen und Gewalt ausgesetzt. Viele meiden Notschlafstellen, weil sie sich auch dort nicht sicher fühlen und mit Übergriffen rechnen müssen (vgl. www.neunerhaus.at).

## 5.2 Wohnungslosigkeit

Eine Person ist dann wohnungslos, wenn sie über keinen eigenen Wohnraum verfügt. Das bedeutet, dass sie bei Freund\*innen, Verwandten, in Pensionen, Frauenhäusern, Wohnhäusern der Wohnungslosenhilfe oder anderen Unterkünften unterkommt. Die Aufenthaltsdauer ist hier immer auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt. Wohnungslos sind auch geflüchtete Menschen und Asylwerber\*innen, die in Erstaufnahmezentren, Lagern, Heimen oder Herbergen wohnen, bis ihr Aufenthaltsstatus abgeklärt werden konnte.

Laut einer Befragung der Statistik Austria waren in Österreich sechs Prozent der 16- bis 69-Jährigen zumindest einmal im Leben von Wohnungslosigkeit betroffen, die nur durch Erwerbsarbeit und soziale

Ressourcen beendet werden konnte (vgl. Reinprecht & Kachapova 2024, S. 16 f.). Für Menschen, die weder über ausreichend Bildung oder eine Ausbildung noch soziale Netzwerke verfügen, ist es besonders schwierig, ihre Wohnungslosigkeit zu beenden.

Verdeckte Wohnungslosigkeit bedeutet, dass Menschen ohne eigenen Wohnraum zum Beispiel bei Freund\*innen, Verwandten und Bekannten unterkommen können. Sie scheinen in der Statistik der Wohnungslosenhilfe nicht auf. Insbesondere Frauen verstecken aus Scham ihre ungesicherte Wohnsituation bzw. verdeckte Wohnungslosigkeit. Die Angst vor Stigmatisierung, die finanzielle Abhängigkeit von Partner\*innen, die Unsicherheit, wenn Kinder involviert sind, halten Frauen häufig davon ab, zeitnah um Unterstützung bei der Wiener Wohnungslosenhilfe anzusuchen. Frauen verbleiben auch eher in problematischen Beziehungen, um nicht auf der Straße zu landen. Gleichzeitig begeben sich Frauen aber auch häufiger in (sexuell) ausbeuterische Beziehungen und erleben dort mitunter jene Form von Gewalt, der sie eigentlich entkommen wollten. Erfahren obdachlose Frauen Gewalt durch ihre (Ex-)Partner\*innen, können Mittel wie die Wegweisung oder ein Betretungsverbot nicht greifen, weil sie keinen Meldezettel besitzen.

Aktuell sind immer mehr Frauen von Wohnungslosigkeit betroffen. Die hohe Inflation, die Ungleichheit in der Bezahlung, die steigenden Miet- und Energiekosten haben hier einen gravierenden Einfluss. Aufgrund von Betreuungspflichten (Kinder, Angehörige mit Pflegebedarf), die zwischen Paaren häufig ungleich verteilt sind, arbeiten mehr Frauen in Teilzeit und verdienen daher deutlich weniger oder sie können aufgrund von Betreuungspflichten mitunter gar nicht arbeiten. Damit fehlen ihnen später wichtige Beitragsjahre für die Pension. Im Fall einer Scheidung bzw. Trennung, aber auch durch die Pensionierung rutschen Frauen leichter in die Altersarmut und können die hohen Lebenshaltungskosten alleine nicht mehr stemmen. Aus Angst vor einer finanziell unsicheren Zukunft für ihre Kinder und sich selbst bleiben Frauen auch länger in Gewaltbeziehungen.

In den Notquartieren der Wiener Wohnungslosenhilfe liegt der Frauenanteil lediglich bei 17 Prozent, bei den Wohnhäusern zeigt sich jedoch ein recht ausgewogenes Verhältnis mit 48 Prozent. Die geschlechtsspezifische Differenz bei den niederschweligen Angeboten liegt einerseits daran, dass diese stark auf die Bedürfnisse von Männern ausgerichtet sind, und andererseits daran, dass Frauen den Eintritt in das Hilfesystem so lange wie möglich hinauszögern. Bei den hochschweligen Angeboten wird deutlich, dass der Bedarf zwar sehr ähnlich ist, die Bedürfnisse (zum

Beispiel Schutz vor psychischen, körperlichen, sexuellen Übergriffen, psychosoziale Unterstützung bei Gewalterfahrungen etc.) aber unterschiedlich gewichtet sind (vgl. Eberhardt et al. 2023, S. 11 f.). Mittlerweile gibt es zwar auch im niederschweligen Bereich frauenspezifische Angebote, jedoch reichen diese noch nicht aus. Frauen in ein adäquates Notquartier zu vermitteln, gestaltet sich oft schwieriger als bei Männern – einfach, weil es an Plätzen bzw. Ausweichmöglichkeiten mangelt, etwa wenn eine Frau ein Hausverbot in einem Notquartier hat oder nicht ausreichend (barrierefreie) Einzelzimmer zur Verfügung stehen.

Angesichts des Mangels an leistbarem Wohnraum, der Verschärfung durch die Pandemie und der hohen Inflation kann die Wohnungslosigkeit als generalisiertes Risiko betrachtet werden. Das bedeutet, dass nicht nur marginalisierte Menschen wohnungslos werden können (vgl. Reinprecht & Kachapova 2021, S. 38).

## 6 Klimawandel Hitzewellen und deren Auswirkungen auf Menschen mit psychischen und anderen chronischen Erkrankungen

Hitzewellen und die damit zusammenhängenden Belastungen nehmen mit der fortschreitenden Klimakrise immer weiter zu. Die steigenden Temperaturen sind nicht nur eine Gefahr für die körperliche Gesundheit, sondern haben auch insbesondere schwerwiegende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Im klinischen Bereich kann eine Verschlimmerung der Symptome bei psychiatrischen Erkrankungen aufgrund von Stresswirkung beobachtet werden. Manche Ereignisse im Zusammenhang mit dem Klimawandel haben akute Folgen. Hitzewellen wirken sich auf diverse psychische Erkrankungen aus, steigern Aggressivität und senken die geistige Leistungsfähigkeit. Andere Folgen zeigen sich erst später, etwa wenn eine langanhaltende und wiederkehrende Dürre Menschen ihre Existenzgrundlage entzieht und die Betroffenen dann aufgrund der hohen Belastung psychisch erkranken (vgl. Hutter 2023, S. 79).

Die steigenden Temperaturen sind nicht nur eine Gefahr für die körperliche Gesundheit, sondern haben auch insbesondere schwerwiegende Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Hierzu erklärt Hans-Peter Hutter vom Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien:

„Die psychischen Folgen anhaltender Hitze schlagen sich in einer Zunahme an Angststörungen und Depressionen, aber auch in steigendem Alkohol- und Substanzkonsum und dessen Folgen nieder. Bei bereits Betroffenen können sich die Symptome ihrer psychischen Erkrankung verschlimmern. Die Klimaerwärmung ziehe zudem eine steigende Suizidrate nach sich“ (meduniwien.ac.at).

Weiters die deutsche Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK): „Menschen mit psychischen Erkrankungen gehören zu den besonders hitzegefährdeten Personen und müssen darüber informiert werden, wie sie ihre psychische Gesundheit an heißen Tagen schützen können (...) Insbesondere bei Menschen mit Schizophrenie, Abhängigkeitserkrankungen, Demenz oder Depressionen sind die Gesundheitsrisiken durch Hitze deutlich erhöht. Durch die Einnahme bestimmter Psychopharmaka kann als Nebenwirkung die Regulation der Körpertemperatur beeinträchtigt werden. Hohe Temperaturen gehen mit erhöhten Suizidraten einher. Hitze mindert darüber hinaus die kognitive Leistungsfähigkeit und macht impulsives, risikoreiches und aggressives Verhalten wahrscheinlicher“ (bptk.de).

**Mit folgenden Problemen ist bei Hitze zu rechnen, vor allem bei der Risikogruppe der obdachlosen Menschen, die kaum Möglichkeiten finden, sich von Hitzeeinwirkungen erholen zu können:**

- **Exsikkose:** durch Dehydration verursachter Zustand des Flüssigkeits- bzw. Wassermangels im Körper.
- **Hitzekollaps (auch Hitzeohnmacht oder Hitzesyndrome):** Die peripheren Blutgefäße erweitern sich durch die Hitze, der Blutdruck fällt ab, es kommt zu einer verminderten Gehirndurchblutung mit Bewusstlosigkeit.
- **Hitzerschöpfung:**
  - hitzebedingter Flüssigkeitsverlust durch Schwitzen
  - Abnahme des Blutvolumens im Kreislauf
  - Abfall des Blutdrucks
  - Körpertemperatur selten über 39°C
- **Hitzeausschlag:** Nicht atmungsaktive oder enge Kleidung verhindert die ausreichende Verdunstung des Schweißes und verstopft die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen. Es bilden sich kleine, häufig juckende oder brennende Bläschen auf der Haut.
- **Sonnenstich:**
  - Lange, direkte Sonneneinstrahlung auf den Kopf
  - lokale Überwärmung
  - Reizung der Hirnhäute (Meningen)
  - Hirnödeme (in schweren Fällen)
- **Hitzekrampf:** Durch starkes Schwitzen kommt es zu einem Mangel an Flüssigkeit und Elektrolyten, der sich in Krämpfen und Schmerzen der Arbeitsmuskulatur äußert.

#### Zusammengefasste Symptome:

- Trockener Mund, trockene Zunge, trockene Haut, verminderter Spannungszustand der Haut
- Durstgefühl
- Kopfschmerzen
- Erschöpfungs- oder Schwächegefühl
- Kreislaufbeschwerden, Schwindel (Puls erhöht) Steigende Körpertemperatur (über 39°C)
- Unruhegefühl, plötzliche Verwirrtheit, Bewusstseinstrübung, Bewusstlosigkeit
- Verminderte Urinausscheidung, zunehmende Harnkonzentration
- (Unstillbares) Erbrechen
- Schneller Gewichtsverlust (mehr als fünf Prozent)
- Kurzatmigkeit

#### Allgemeine Erste Hilfe bei Hitzefällen:

- Sofort in eine kühlere Umgebung bringen
- Kleidung lockern, warme und beengende Kleidungsstücke entfernen
- Flache Lagerung, Kopf etwas erhöht, Beine hoch (ca. Bierkastenhöhe)
- Achtung: Stabile Seitenlage bei Bewusstlosigkeit!
- Mit leicht kühlen Tüchern auf Kopf, Nacken, Händen und Füßen langsam herunterkühlen
- Achtung: Kein eiskaltes Wasser verwenden!
- Auf eine entsprechende Flüssigkeitszufuhr achten (Wasser, Tee, verdünnte Fruchtsäfte)
- Vorsicht: Dies gilt nicht bei Bewusstseinstrübung, denn hier besteht Erstickengefahr!
- Gegebenenfalls Massage der krampfenden Muskulatur
- Wiederholtes Überprüfen/Überwachen von Bewusstsein und Atmung

Wenn sich der Zustand nicht rasch bessert bzw. sogar noch verschlechtert (Atemnot, wiederholtes Erbrechen, Schüttelfrost, Bewusstseinstrübung, Bewusstlosigkeit), sofort die Rettung rufen (vgl. Rotes Kreuz Österreich).

#### Auswirkungen von Hitze auf Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

„Mit psychischen Erkrankungen gehen meist auch weitere chronische Erkrankungen einher. Wesentlich wird vor allem in helfenden Berufen in Zukunft sein, dass rechtzeitige Wetterwarnungen durch GeoSphere erfolgen (der Österreichische Behindertenrat befasst sich in einem Projekt mit den Erfordernissen für GeoSphere). Die Warnungen sollen rechtzeitig, verständlich, mit Handlungsempfehlungen erfolgen.“

Die Einbindung der Hotline 1450 wäre wünschenswert. Die Bediensteten sollten über die Auswirkungen bei unterschiedlichsten Erkrankungen informiert sein. Dies könnte auch als Unterstützung in helfenden Berufen dienlich sein.

Weiters gibt Chefarzt Dr. Psota zu bedenken: „Ab 37 Grad ist es für alle schwierig, selbst im Schatten. Viele Medikamente verringern UV-Resistenz, Person bekommt leichter einen Sonnenbrand. Unter anderem verändern Antidepressiva und Antipsychotika ihre Wirkung.“ Hier ist die Aufklärungspflicht von Apotheken und Ärzt\*innen besonders wichtig!

„Ausreichend trinken – wird zu selten erwähnt. Menschen mit schwerer Depression schwitzen stark und trinken nichts. Es gibt aber auch Erkrankungen, bei denen nicht zu viel getrunken werden soll, so zum Beispiel bei schwerer Nieren- und Herzinsuffizienz. Weitere chronische Krankheiten machen sekundär verdrossen, später depressiv. Das erschöpft zusätzlich. Manche Medikamente machen bei Hitze erschöpft oder gereizt. Einstellungsnotwendigkeit verändert sich. Bei Menschen mit bipolarer Erkrankung kann der Spiegel steigen, hier ist womöglich die Dosis zu reduzieren. Oft werden unterschiedliche Medikamente eingenommen. Deshalb ist es auch sehr schwierig, allgemeine Empfehlungen zu geben.“

Da Wien zu jenen Städten in Europa zählt, die besonders von den Auswirkungen des Klimawandels betroffen sind, arbeitet die Stadtverwaltung beständig an Angeboten für die Wiener\*innen, um die Hitze besser aushalten zu können. In Hitzeaktionsplan gibt es breit gefächerte Maßnahmen. Sie reichen von zielgruppenspezifischen Informationsangeboten und Hitzewarnungen, über die Bereitstellung von kühlen Räumen (Coole Zonen) bis hin zum weiteren Ausbau sogenannter Cool Spots, also kühlen Oasen, die an heißen Tagen hohe Aufenthaltsqualität und Abkühlung bieten (vgl. Hitzeaktionsplan der Stadt Wien 2024).

Interview mit Chefarzt Dr. Georg Psota

#### Beispiele der Auswirkungen von Hitze auf psychische Erkrankungsbilder:

##### • Depression, Angsterkrankungen:

- Müdigkeit
- Erschöpfungszustände
- fehlende Energie
- Lethargie
- Teilnahmslosigkeit
- gedrückte Stimmung
- verringerte geistige Leistungsfähigkeit
- existenziell empfundener Stress
- Unruhe
- Reizbarkeit
- Schlafstörungen
- Zunahme von Panikgefühlen/-attacken

##### • Störungen aufgrund von übermäßigem Alkoholkonsum:

Die Hitze erweitert die Blutgefäße, der Alkohol ebenso. In der Folge sinkt der Blutdruck, was zu Kreislaufproblemen/Bewusstlosigkeit führen kann. Durch Alkohol wird dem Körper zusätzlich Wasser entzogen und er trocknet schneller aus. Zudem ist der Alkohol viel konzentrierter im Körper, wird aber trotzdem nicht schneller abgebaut. Eventuell verstärkt sich das Aggressionspotenzial, möglicherweise in Verbindung mit Medikamenten/Drogen.

##### • Störungen aufgrund von Substanzkonsum:

Veränderungen der physiologischen Reaktionen und des Verhaltens durch psychoaktive Substanzen, möglicherweise in Verbindung mit Alkohol.

##### • Zwangserkrankungen:

Je nach Typ können Schweiß, Körpergerüche, Flüssigkeiten etc. zur Qual werden. Achtung: Es ist möglich, dass sich die Person durch entsprechend dicke Kleidung bzw. Bedeckung von Körperzonen (zum Beispiel Handschuhe im Sommer) zu schützen versucht.

##### • Schizophrener Formenkreis:

- reduzierte Wärmeregulationsfähigkeit
- drohende Verschlimmerung der Erkrankung
- darüber hinaus Veränderung der Regulierung der Körpertemperatur durch Arzneimittel
- eventuell eingeschränkte Selbstversorgung

• **Alzheimer-Demenz:** Die Erkrankung hat Auswirkungen auf das Trinkverhalten/Wasserhaushalt. Hinzu kommen ein reduziertes Bewusstsein für hitzebedingte Gefahren, Abhängigkeit in der Unterstützung oder eingeschränkte Mobilität/Bettlägerigkeit.

• **Multiple Sklerose:** Besondere Auswirkungen, bei denen auch meist die psychische Belastung extrem hoch ist, sind zu erwarten. Hier mehr Infos dazu: [www.msges.at/2023/06/wenn-es-heiss-wird-selbsthilfe-bei-hitze/](http://www.msges.at/2023/06/wenn-es-heiss-wird-selbsthilfe-bei-hitze/)

Bestimmte Medikamente (besonders Psychopharmaka) können die Fähigkeiten des Körpers sich an hohe Temperaturen anzupassen, beeinträchtigen. Sie können die Schweißproduktion verringern und das Risiko für einen Hitzschlag erhöhen.

„Unterbringung“ bedeutet, dass ein\*e Patient\*in die psychiatrische Abteilung eines Krankenhauses nicht bzw. nur mit ärztlicher Zustimmung verlassen darf. Eine Person darf allerdings nur dann untergebracht werden, wenn drei Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Person ist psychisch erkrankt. Es besteht eine ernstliche und erhebliche Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der\*des Erkrankten oder anderer Personen (z.B.: Selbstgefährdung kann eine selbstschädigende Verhaltensweise sein; unter Fremdgefährdung fallen gefährliche Drohungen, Tötlichkeiten oder das Hantieren mit gefährlichen Gegenständen).
- Andere Behandlungs- oder Betreuungsmöglichkeiten, zum Beispiel durch Angehörige, ambulante Dienste oder niedergelassene Psychiater\*innen, sind keine Option.
- Das Unterbringungsgesetz (UbG) ist ein Psychatriegesetz, das nur in psychiatrischen Krankenanstalten bzw. Abteilungen und während der Verbringung dorthin gilt. Das UbG gilt für Menschen jeglichen Alters, ebenso für Minderjährige. Da es sich um einen massiven Grundrechtseingriff handelt, haben sich alle involvierten Personen strikt an die gesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen zur Unterbringung zu halten (öGERN 2023). Wenn ein Patient bzw. eine Patientin freiwillig in eine psychiatrische Klinik gebracht werden möchte, dann handelt es sich um einen Krankentransport oder Rettungseinsatz, die Polizei ist nicht erforderlich.

**Die vorgesehene Reihenfolge der Unterbringung ist wie folgt:**

- Präklinische Verbringung durch Polizei (ggf. unter Mitwirkung des Rettungsdienstes)
- Aufnahmeuntersuchung an der Psychiatrie, Start innerklinische Unterbringung
- Vollzug der Unterbringung, Rechtsschutz und Gerichtsverfahren
- Aufhebung, Entlassung, Nachbereitung (ebd.).

**Die bloße Möglichkeit einer Selbst- oder Fremdschädigung muss nicht akut oder gegenwärtig sein!**

## 7.1 Alles rund um die Verbringung

**Wann darf ein\*e Patient\*in nach dem Unterbringungsgesetz UbG (Rechtslage ab 1. Juli 2023) in eine psychiatrische Abteilung verbracht werden?**

Eine Person darf nach dem Unterbringungsgesetz (UbG) grundsätzlich nur dann gegen oder ohne ihren Willen in eine psychiatrische Abteilung gebracht werden, wenn sie ein\*e im öffentlichen Sanitätsdienst stehende\*r Arzt\*Ärztin, ein\*e Polizeiarzt\*Polizeiärztin oder ein\*e ermächtigte\*r Arzt\*Ärztin untersucht und bescheinigt, dass die Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen. Eine solche § 8-Bescheinigung wird auch als „Parere“ bezeichnet. In manchen Fällen (§ 9 Abs. 3 UbG) kann die Polizei eine Verbringung auch ohne Parere veranlassen.

**Was muss die Polizei bei der Verbringung von Patient\*innen beachten?**

Die Bedingungen sind in § 9 Abs. 4 ff. UbG geregelt. „(...) von einer Verpflichtung der Polizei, mit psychiatrischen Einrichtungen außerhalb einer psychiatrischen Abteilung zusammenzuarbeiten“, wie dies in § 9 Abs. 3 zweiter Satz UbG in der geltenden Fassung vorgesehen ist, wird Abstand genommen, da die Konsultation der Abklärung von Alternativen zur Unterbringung dient und dies die alleinige Aufgabe der einweisenden Ärzt\*innen bzw. der psychiatrischen Abteilung ist. Zusätzlich soll aber die psychiatrische Abteilung bereits vorab von der Vorführung informiert wird, damit sie sich auf die vielleicht bevorstehende Aufnahme einstellen kann. Auch dies ist eine Regelung, die die Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen verbessern und die Arbeit der psychiatrischen Abteilung erleichtern soll.

Schon nach geltendem Recht dürfen die Organe des öffentlichen Sicherheitsdiensts die Vorführung nötigenfalls mit unmittelbarer Zwangsgewalt durchsetzen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass bei der Ausübung unmittelbarer Zwangsgewalt auf den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit besonders Bedacht zu nehmen ist. Die konkrete Maßnahme muss geeignet und unbedingt notwendig sein und es darf nur das gelindeste zum Ziel führende Mittel angewendet werden.

Ergänzend zu § 46 Abs. 3 letzter Satz Sicherheitspolizeigesetz (SPG) soll die Möglichkeit bestehen, dass die betroffene Person der Beziehung einer\*eines Angehörigen widersprechen kann, wobei sie über dieses Widerspruchsrecht zu belehren ist. Anders als in § 47 Abs. 1 erster Satz SPG kann sich das Verlangen der\*des Vorgeführten nicht auf die Beziehung eines Rechtsbeistands beziehen (neben jener

einer\*eines Angehörigen), sondern auf die einer gewählten oder gesetzlichen Vertretung oder einer von ihr\*ihm namhaft gemachten anderen Person (die später als Vertrauensperson im Sinn des § 16a UbG des Entwurfs eingesetzt werden kann). Da auch dies ein Recht der betroffenen Person ist, muss sie von der Polizei darüber belehrt werden.

Nach dem geltenden § 39b Abs. 1 erster Satz UbG haben die Organe des öffentlichen Sicherheitsdiensts „dem Abteilungsleiter die Bescheinigung nach § 8 sowie den Bericht über die Amtshandlung nach § 9 dieses Bundesgesetzes oder nach § 46 SPG zur Aufnahme in die Krankengeschichte zu übermitteln“. Was Inhalt des Berichts über die Amtshandlung sein soll, ist nicht gesetzlich vorgegeben. Abs. 6 soll diese Lücke – wiederum im Interesse der Vermeidung von Informationsverlusten – schließen.

Zunächst ist eine laienhafte Einschätzung des Vorliegens einer psychischen Krankheit vorzunehmen. Daraufhin muss näher ausgeführt werden, weshalb eine daraus resultierende ernstliche und erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung angenommen wird. Dafür können auch länger zurückliegende Umstände angeführt werden, die – wenn auch nicht im Zusammenhang mit Unterbringungen gespeichert (vgl. § 39f UbG) – polizeibekannt und für die Gefährdungseinschätzung wesentlich sind (zum Beispiel Verurteilungen wegen Gewaltdelikten). Da etwa schon mehrere Vorfälle bekannt geworden sind, können die Sicherheitsorgane auch eine ihrer Ansicht nach bestehende besondere Gefährlichkeit zum Ausdruck bringen. Im Fall der Fremdgefährdung haben die Organe des öffentlichen Sicherheitsdiensts die Leitung der psychiatrischen Abteilung von der Erlassung eines Betretungs- und Annäherungsverbots oder einer einstweiligen Verfügung nach den §§ 382b, 382c oder 382d Exekutionsordnung (EO) zu verständigen, da die Abteilungsleitung dann wiederum gemäß § 39c Abs. 4 UbG die vorführende Sicherheitsdienststelle verständigen muss, falls die betroffene Person nicht untergebracht wird.

**Was muss hinsichtlich der §8-Bescheinigung („Parere“) beachtet werden?**

Die § 8-Bescheinigung ermöglicht die reguläre Verbringung nach dem UbG und ist eine spezielle Form eines ärztlichen Zeugnisses, das grundsätzlich nur nach einer persönlichen Untersuchung ausgestellt werden kann. Mit Blick auf die Rechtswirkungen handelt es sich um einen Befehlsakt, der gemeinsam mit der Verbringung zu einem „Akt unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt (AUVBZ)“ wird. Überprüfbar sind solche Akte vor den Landesverwaltungsgerichten.

In den Erläuterungen zu § 8 Abs. 3 und 4 heißt es: „Die Informationsweitergabe von den zuweisenden Ärzten an die psychiatrische Abteilung ist (...) verbesserungsbedürftig. Dies belegt auch die Studie des Instituts für angewandte Rechts- und Kriminalsoziologie (...); danach seien die ärztlichen Bescheinigungen nicht selten nur rudimentär ausgefüllt und teils schwer lesbar, wichtige Informationen fehlen.“ In Abs. 4 ist daher nunmehr vorgesehen, dass Ärzt\*innen der Bescheinigung ihre Kontaktdaten anführen müssen. Das soll den Ärzt\*innen in der psychiatrischen Abteilung die Rücksprache mit den einweisenden Ärzt\*innen ermöglichen bzw. erleichtern und verhindern, dass relevante Informationen verloren gehen und Betroffene, die sich nach der Aufnahme in die psychiatrische Abteilung rasch beruhigen, nicht untergebracht werden können, weil hierfür keine Gründe ersichtlich sind. Es bleibt den bescheinigenden Ärzt\*innen überlassen, in welcher Form sie ihre Kontaktdaten angeben (Name oder Dienstnummer), solange die Erreichbarkeit (während der Dienstzeit) sichergestellt ist. Telefonnummern müssen nur bei der Landespolizeidirektion angestellte Ärzt\*innen, die über ein Diensttelefon verfügen, angeben. Auf Honorarbasis tätige Ärzt\*innen müssen ihre private Telefonnummer nicht preisgeben, aber über die Landesleitzentrale der zuständigen Landespolizeidirektion kontaktierbar sein. Zudem wird vorgeschlagen, in § 8 Abs. 4 UbG des Entwurfs deutlich zu machen, dass die einweisenden Ärzt\*innen (wie im geltenden § 8 Abs. 1 zweiter Satz UbG) „im Einzelnen“ erstens die Gründe für die Annahme einer psychischen Krankheit angeben, zweitens eine Gefährdungsabschätzung abgeben und drittens ausführen müssen, weshalb es keine Alternative zur Unterbringung gibt. Auch hierdurch soll der Informationsfluss zwischen den zuweisenden Ärzt\*innen und den psychiatrischen Abteilungen verbessert werden.

Die Polizei hat die Unterbringungsvoraussetzungen nicht derart umfassend zu prüfen. Aus den Erläuterungen zu § 9 geht hervor: „In Abs. 1 soll daher zunächst klargestellt werden, dass die Organe des öffentlichen Sicherheitsdiensts ausschließlich zu prüfen haben, ob die Voraussetzungen des § 3 Z 1 UbG gegeben sind: Es genügt also, dass sie bei einer Person annehmen, dass diese sich oder andere ernstlich und erheblich an Leib oder Leben gefährdet, und dass sie konkrete Anhaltspunkte dafür sehen, dass dies auf das Vorliegen einer psychischen Krankheit zurückzuführen ist. Hinweisen etwa von betreuenden Einrichtungen hat die Polizei dabei genau nachzugehen. Ob andere Mittel als die Unterbringung ausreichen, diese Gefahr abzuwenden (§ 3 Z 2 UbG), ist dagegen nicht von der Polizei zu beurteilen, sondern

vom beigezogenen Arzt (bzw. bleibt bei Vorführungen nach § 9 Abs. 2 UbG des Entwurfs den Ärzten der psychiatrischen Abteilung vorbehalten). Da die Polizei unter möglicher Schonung der betroffenen Person vorzugehen hat, ist die Beziehung des Arztes anzustreben und eher nicht die betroffene Person zum Arzt zu bringen.“

#### **Wann darf eine Person ohne §8-Bescheinigung („Parere“) zwangsweise in die Psychiatrie verbracht werden?**

Laut § 9 Abs. 3 UbG kann die Polizei die betroffene Person auch ohne Untersuchung und Bescheinigung im Sinn des § 8 in eine psychiatrische Abteilung bringen, wenn sie beispielsweise von einer\* einem Facharzt\*Fachärztin für Psychiatrie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie beigezogen wird, der\*die im Rahmen der Behandlung/Betreuung der betroffenen Person die Voraussetzungen des § 3 nachvollziehbar für gegeben erachtet. Salopp könnte man von einem „Parere light“ sprechen, das im Gegensatz zum tatsächlichen - Parere nach § 8 jedoch keinen Teil eines AUVBZ darstellt. Weitere Gründe können Gefahr im Verzug oder die Unzumutbarkeit der Inkaufnahme langer Wartezeiten bzw. Wegstrecken sein. „Gefahr im Verzug ist anzunehmen, wenn durch die mit der Vorführung vor den Arzt bzw. der Untersuchung einhergehende Zeitverzögerung der Zweck des Einschreitens – das ist die Abwehr der, ernstlichen und erheblichen Gefährdung‘ eigenen oder fremden Lebens bzw. Gesundheit iSd § 3 UbG – nicht erreicht werden könnte, also immer dann, wenn die Gefährdung nicht anders als durch die sofortige Einlieferung beseitigt werden kann.“

## **7.2 § 9 Unterbringungsgesetz**

#### **Der Gesetzestext lautet:**

**(1)** Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes sind verpflichtet, eine Person, bei der sie aus besonderen Gründen die Voraussetzungen des § 3 Z 1 für gegeben erachten, zur Untersuchung zu einem Arzt im Sinn des § 8 Abs. 1 zu bringen oder diesen der Amtshandlung beizuziehen.

**(2)** Bescheinigt der Arzt das Vorliegen der Voraussetzungen der Unterbringung, so haben die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes die betroffene Person in eine psychiatrische Abteilung zu bringen oder die Verbringung zu veranlassen. Wird eine solche Bescheinigung nichtausgestellt, so darf die betroffene Person nicht länger angehalten werden.

**(3)** Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes können die betroffene Person auch ohne Untersuchung und Bescheinigung im Sinn des § 8 in eine psychiatrische Abteilung bringen, wenn:

**(3.1)** die Beziehung eines Arztes nach § 8 Abs. 15 für die betroffene Person, insbesondere wegen der damit verbundenen Wartezeit oder Wegstrecken, unzumutbar ist,

**(3.2)** sie von einem Facharzt [Anm.: für Psychiatrie] oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie beigezogen werden, der nachvollziehbar im Rahmen seiner Behandlung oder Betreuung der betroffenen Person die Voraussetzungen des § 3 für gegeben erachtet,

**(3.3)** sie von einem Notarzt beigezogen werden, der nachvollziehbar im Rahmen seiner Behandlung der betroffenen Person die Voraussetzungen des § 3 für gegeben erachtet,

**(3.4)** ein ohne Verlangen untergebrachter Patient nicht länger als sieben Tage der psychiatrischen Abteilung eigenmächtig ferngeblieben ist und der Abteilungsleiter die Voraussetzungen des § 3 weiterhin für gegeben erachtet,

**(3.5)** ein ohne Verlangen untergebrachter Patient nicht länger als sieben Tage in einer anderen Abteilung oder in einer anderen Krankenanstalt behandelt wurde und nun nicht freiwillig in die psychiatrische Abteilung zurückkehrt, obwohl der Abteilungsleiter die Voraussetzungen des § 3 weiterhin für gegeben erachtet, oder

**(3.6)** Gefahr im Verzug vorliegt.

**(4)** Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes haben die notwendigen Vorkehrungen zur Abwehr von Gefahren zu treffen, unter möglicher Schonung der betroffenen Person vorzugehen und erforderlichenfalls den örtlichen Rettungsdienst beizuziehen. Sie sind ermächtigt, die Vorführung mit unmittelbarer Zwangsgewalt durchzusetzen. Die psychiatrische Abteilung, in die die betroffene Person gebracht werden soll, ist vom Rettungsdienst vorab zu verständigen. Wird kein Rettungsdienst beigezogen, so haben die vorführenden Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes die psychiatrische Abteilung vorab zu verständigen.

**(5)** Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes sind – wenn die betroffene Person nach entsprechender Belehrung nicht widerspricht – ermächtigt, von deren Vorführung in die psychiatrische Abteilung einen Angehörigen, der mit ihr im gemeinsamen Haushalt lebt oder für sie sorgt, zu verständigen. Die betroffene Person hat das Recht, dass auf ihr Verlangen unverzüglich ein Angehöriger, ein gewählter Vertreter, ein gesetzlicher Vertreter oder eine von ihr namhaft gemachte Person von der Amtshandlung verständigt wird.

**(6)** Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes sind verpflichtet, in einem Bericht über die Amtshandlung die Gründe, die zur Annahme des Vorliegens einer psychischen Krankheit sowie einer damit im Zusammenhang stehenden Gefährdung geführt haben, bei Gefährdung anderer, ob gegebenenfalls ein Betretungs- und Annäherungsverbot gemäß § 38a Abs. 1 SPG oder eine einstweilige Verfügung nach §§ 382b, 382c oder 382d EO, RGBl. Nr. 79/1896, erlassen wurde, die vorführende Sicherheitsdienststelle und die Sicherheitsbehörde, der die Amtshandlung zuzurechnen ist, anzuführen.

## **7.3 Absprachen und Vorgehensweisen rund um das UbG**

**Wird es Besprechungen/Absprachen geben zu § 9 Abs. 3, wonach die Polizei eine betroffene Person auch ohne Begutachtung und Bescheinigung durch eine\*n in § 8 Abs. 1 genannte\*n Arzt\*Ärztin in eine psychiatrische Abteilung bringen kann, wenn die Polizei von einer\* einem Facharzt\*Fachärztin für Psychiatrie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie beigezogen wird und diese nachvollziehbar im Rahmen der Behandlung/Betreuung die Voraussetzungen für § 3 bei der betroffenen Person als gegeben erachtet (also ein „Parere light“ ausspricht)?**

Ja, es gibt bereits diesbezügliche Absprachen bzw. Austausch zwischen Rettung/Polizei/WIGEV und dem PSD-Wien, auch in Bezug auf die „Subsidiaritätsprüfung“ und den PPV.

**Darf eine Person zwangsweise von der Polizei zu einem Krisendienst (zum Beispiel PSD-Wien SND, MPK) oder in ein SPA gebracht werden?**

Nein, zum Krisendienst oder in ein Sozialpsychiatrisches Ambulatorium (SPA) können Personen nur freiwillig gebracht werden. Aus den Erläuterungen zu § 8 UbG: „Festzuhalten ist, dass eine zwangsweise Verbringung der betroffenen Person durch die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes zum

behandelnden Arzt, zu einem Betreuungsstützpunkt oder zum Standort des Krisendienstes nicht zulässig ist. Die betroffene Person muss diese Personen bzw. Stellen also freiwillig aufsuchen. Sie kann natürlich dorthin auch von einer nahe stehenden Person begleitet werden.“

Zwangsweise kann eine Person im Rahmen des UbG nur in eine stationäre psychiatrische Abteilung gebracht werden (nach den Voraussetzungen der §§ 8 ff. UbG).

#### **Darf die Rettung mit einer Person direkt den PSD anfahren?**

Ja, an der Vorgangsweise der Rettung und ihren Möglichkeiten hat sich nichts geändert. Die Rettung kann Personen auf freiwilliger Basis zum PSD bringen. Sie hat aber keine Möglichkeit, Personen zwangsweise, beispielsweise anstatt zu einer\* einem Amtsarzt\*Amtsärztin oder auch zur „Subsidiaritätsprüfung“, zum PSD zu bringen.

Ergänzung: Die Rettung ist auch in Vollziehung des UbG lediglich als Verwaltungshelferin für die Polizei tätig. Nach dem UbG darf jedoch etwa nicht verbracht bzw. angehalten werden, „wer bloß tobt, ohne sich oder andere zu bedrohen, oder wer, ohne an einer psychischen Krankheit zu leiden, etwa im Jähzorn, sich selbst oder andere in Mitleidenschaft zieht.“ Auch außerhalb der Anwendbarkeit des UbG ist nicht selbstbestimmungsfähigen Menschen allerdings stets zu helfen, da sie in einem derartigen Zustand nicht wirksam auf Hilfe verzichten können. Die Voraussetzung dafür ist jedoch, dass das Leben oder die Gesundheit der betroffenen Person ohne die Behandlung ernsthaft, mindestens im Ausmaß einer schweren Körperverletzung, gefährdet wäre. Im Zuge dessen kann auch ein zustimmungsloser Transport einer Person ohne psychische Erkrankung im rechtlichen Sinn, zum Beispiel auf eine somatische Abteilung, gerechtfertigt werden. In einigen Fällen besteht sogar eine Verpflichtung dazu.

## **7.4 Polizeiärzt\*innen und Amtsärzt\*innen**

#### **Es muss wie folgt unterschieden werden:**

**1. Zu den Begriffen „im öffentlichen Sanitätsdienst stehender Arzt bzw. Ärztin“ und „Polizeiarzt bzw. Polizeiärztin“:**

„Polizeiärzt\*innen“ sind Amtsärzt\*innen, die aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung oder eines öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses für eine Bundespolizeidirektion, eine Sicherheitsdirektion oder das Bundesministerium für Inneres (BMI) nach § 41

Abs. 2 Ärztegesetz tätig werden. Die „im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Ärzt\*innen“ sind die den Sanitätsbehörden organisatorisch zuzuordnenden Ärzt\*innen. Dazu zählen in erster Linie die Amtsärzt\*innen der Bezirksverwaltungsbehörden (BVB), der Ämter der Landesregierungen und des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) sowie die Ärzt\*innen des Gemeindesanitätsdiensts, also die nach den Gemeindesanitätsdienstgesetzen bestellten Gemeinde-, Kreis-, Sprengel- und Distriktsärzt\*innen.

## 2. Zum Begriff „ein vom Landeshauptmann ermächtigter Arzt/ermächtigte Ärztin“ aus den Erläuterungen:

„In Vorarlberg wurde ein so genanntes ‚Ärztepool-System‘ entwickelt, das die bestehende Amts- und Gemeindearzt-Struktur ergänzt. Dieser Bereitschaftsdienst, der zusätzlich auch andere hoheitliche Funktionen hat, setzt sich aus Allgemeinmediziner\*innen und Fachärzt\*innen unterschiedlicher Fachrichtungen zusammen, die über fachrelevante Zusatzausbildungen verfügen, und ist im ganzen Bundesland über eine zentrale Rufnummer erreichbar. Die Ärzt\*innen können sich individuell (über ein elektronisches System) für bestimmte Dienste melden; ihre Entlohnung erfolgt leistungsbezogen. Vorarlberg hat mit diesem Bereitschaftsdienst eine für alle Beteiligten zufriedenstellende Lösung geschaffen (...). Einem Vorschlag der Gesundheitsreferentenkonferenz der Bundesländer folgend positiviert Abs. 1 dieses System, indem nun Ärzte vom jeweiligen Landeshauptmann ermächtigt werden können, Untersuchungen und Bescheinigungen gemäß § 8 UbG vorzunehmen. Dies hat den Vorteil, dass für jedes Land eine individuell passende Regelung gefunden werden kann und die Ärzte – im Verbund mit der Verordnungsermächtigung des Abs. 2 (...) – in den Verantwortungszusammenhang unter der Leitung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gestellt sind.“

Der PSD und seine Ärzt\*innen gehören derzeit nicht zu den laut § 8 Abs. 1 von der\*dem Landeshauptmann\*Landeshauptfrau ermächtigten Ärzt\*innen und werden mit allergrößter Wahrscheinlichkeit in der in § 8 Abs. 2 beschriebenen bundesministeriellen Verordnung nicht als nach § 8 Abs. 1 ermächtigte Ärzt\*innen genannt werden.

# 8 Angebote in Wien

## 8.1 Psychosoziale Dienste Wien

Die acht Sozialpsychiatrischen Ambulatorien in Wien sind die Erstanlaufstelle für Betroffene im Fall einer psychiatrischen Erkrankung oder Krisensituation. Sie sind verantwortlich für die medizinische Behandlung sowie die Einleitung rehabilitativer Maßnahmen (Wohnen, Tagesstruktur, Arbeit). Die Sozialpsychiatrischen Ambulatorien der Psychosozialen Dienste bieten ihre Dienste in Abhängigkeit vom Wohnbezirk der hilfesuchenden Person an, um eine regionale Versorgung zu gewährleisten. Sollte die betreffende Person keine Meldeadresse in Wien haben, weil sie zum Beispiel obdachlos und nicht versichert ist, wird sie anhand des Anfangsbuchstabens ihres Nachnamens an das zuständige SPA verwiesen.

**Die Angebote sind kostenlos!**

### SPA 3 Sozialpsychiatrisches Ambulatorium Landstraße

Zuständigkeit:..... 1., 3., 4. und 11. Bezirk  
 Adresse:..... Modecenterstraße 14 / C / 1. OG  
 1030 Wien  
 ärztliche Leitung:..... Prim. Dr. Erik Bayer  
 Telefon:..... +43 1 / 4000-53220

### SPA 6 Sozialpsychiatrisches Ambulatorium Mariahilf

(Achtung, das SPA 6 wird den Standort wechseln und in den 9. Bezirk in das Bürogebäude Francis am Franz-Josefs-Bahnhof siedeln!)

Zuständigkeit:..... 5., 6., 7., 8., 9. und 19. Bezirk  
 Adresse:..... Mariahilfer Straße 77-79 / 6. OG  
 1060 Wien  
 ärztliche Leitung:..... Prim. Dr. Martin Kopeinig  
 Telefon:..... +43 1 / 4000-53170

### SPA 10 Sozialpsychiatrisches Ambulatorium Favoriten

Zuständigkeit:..... 10. Bezirk  
 Adresse:..... Laxenburger Straße 2 / 1 / 2. OG  
 1100 Wien  
 ärztliche Leitung: Prim.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Juliane Walter-Herz MSc  
 Telefon:..... +43 1 / 4000-53240

### SPA 12 Sozialpsychiatrisches Ambulatorium Meidling

Zuständigkeit:..... 12., 13. und 23. Bezirk  
 Adresse:..... Vio Plaza  
 Schönbrunner Schloßstraße 2 / Stiege B / 3  
 1120 Wien  
 ärztliche Leitung:..... Prim. Priv.-Doz. Dr. Martin Bauer  
 Telefon:..... +43 1 / 4000-53270

### SPA 14 Sozialpsychiatrisches Ambulatorium Penzing

Zuständigkeit:..... 14. und 15. Bezirk  
 Adresse:..... Linzer Straße 221 / 1. OG  
 1140 Wien  
 ärztliche Leitung:..... Prim. Dr. Thomas Schwarzgruber  
 Telefon:..... +43 1 / 4000-53300

### SPA 16 Sozialpsychiatrisches Ambulatorium Ottakring

Zuständigkeit:..... 16., 17. und 18. Bezirk  
 Adresse:..... Weinheimergasse 2 / 2. OG  
 1160 Wien  
 ärztliche Leitung:..... Prim. Dr. Stefan Holzer  
 Telefon:..... +43 1 / 4000-53550

### SPA 21 Sozialpsychiatrisches Ambulatorium Floridsdorf

Zuständigkeit:..... 20. und 21. Bezirk  
 Adresse:..... Karl-Waldbrunner-Pl. 1A / 1. OG  
 1210 Wien  
 ärztliche Leitung: Prim. Dr. Sergio Rosales-Rodríguez  
 Telefon:..... +43 1 / 4000-53370

### SPA 22 Sozialpsychiatrisches Ambulatorium Donaustadt

Zuständigkeit:..... 2. und 22. Bezirk  
 Adresse:..... Attemsgasse 7 D / 1. OG  
 1220 Wien  
 ärztliche Leitung:..... Prim. Dr. David Holzer  
 Telefon:..... +43 1 / 4000-53110

### Sozialpsychiatrischer Notdienst (SND)

Menschen in psychischen Krisen brauchen unverzüglich und unbürokratisch professionelle Hilfe. Der Sozialpsychiatrische Notdienst (SND) steht daher flächendeckend für ganz Wien 365 Tage im Jahr rund um die Uhr als Not- und Krisendienst zur Verfügung. Terminvereinbarung nach telefonischer Voranmeldung.

Der Sozialpsychiatrische Notdienst kann rund um die Uhr qualifizierte Hilfestellung auf drei Ebenen bieten: telefonisch, ambulant und mobil. Das Leistungsangebot reicht von Beratungs- und Entlastungsgesprächen, Hilfe und Rat für Angehörige, medizinischen Akutinterventionen über medikamentöse Unterstützung bis zu psychosozialer und psychotherapeutischer Kurzbetreuung. Ziel ist, rasche Hilfe im Krisenfall anzubieten sowie weiterführende Hilfsmaßnahmen einzuleiten.

Telefon: .....+43 1/313 30  
Terminvereinbarung, Beratung: .....täglich 0–24 Uhr

### Psychosoziale Information (PSI)

Jede Person, die Hilfe und Unterstützung oder einfach nur allgemeine Informationen bezüglich psychiatrischer oder psychosozialer Fragen benötigt, kann die Angebote dieser Beratungseinrichtung in Anspruch nehmen.

Adresse: .....Modecenterstraße 14 / C / 1. OG  
1030 Wien  
Telefon: .....+43 1/4000-53060

### Sorgenhotline

Die Sorgenhotline ist eine niederschwellige psychosoziale Erstanlaufstelle, die den Wiener\*innen täglich zur Verfügung steht – damit Sorgen, Probleme und Belastungen möglichst nicht zu einer Krise werden.

Telefon: .....+43 1/4000-53000  
Beratung: .....täglich 8–20 Uhr

## 8.2 Psychosoziale Dienste Wien Spezialeinrichtungen (überregional)

### Gerontopsychiatrisches Zentrum

Adresse: .....Modecenterstraße 14 / C / 3. OG  
1030 Wien  
ärztliche Leitung: .....Prim.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Asita Sepandj  
Telefon: .....+43 1/4000-53090  
Terminvereinbarung: .....Mo, Fr, 9–15 Uhr

### Institut für Psychiatrische Frührehabilitation

Adresse: .....Lerchenfelder Gürtel 43 / 2. OG / Top 2/1  
1160 Wien  
ärztliche Leitung: Prim. Dr. Sergio Rosales-Rodríguez  
Telefon: .....+43 1/4000-53430  
Terminvereinbarung: .....Mo, Do, 8–16 Uhr  
Fr, 8–14 Uhr

### Institut für Psychotherapie mit Tageszentrum für Borderlinestörung

Adresse: .....Franzensbrückenstraße 5 / 4. OG / Top 4  
1020 Wien  
Leitung: .....Dr.<sup>in</sup> Susanne Margreiter, MSc  
Telefon: .....+43 1/4000-53140  
Terminvereinbarung: .....Mo–Fr, 9–15 Uhr

### Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit (Akut-)Tagesklinik – Extended Soulspace

Adresse: .....Klinik Hietzing, Wolkersbergenstraße 1  
Pavillon 14 / Eingang Versorgungsheimplatz  
1130 Wien  
ärztliche Leitung: .....Prim. Dr. Patrick Frottier  
Telefon: .....+43 676 / 8118-53359  
-53348  
-53427  
Terminvereinbarung: .....Mo–Do, 11–19 Uhr

### Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik Kölblgasse

Adresse: .....Kölblgasse 10  
1030 Wien  
ärztliche Leitung: .....Prim. Dr. Karl Steinberger  
Telefon: .....+43 1/4000-53480  
Terminvereinbarung: .....Mo–Fr, 8–16 Uhr

### Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik Lassallestraße

Adresse: .....Lassallestraße 3 / 5. OG  
1020 Wien  
ärztliche Leitung: .....Prim.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Doris Koubek  
Telefon: .....+43 1/4000-53900  
Terminvereinbarung: .....Mo–Fr, 8–15 Uhr  
Öffnungszeiten: .....Mo, Mi, 8–17 Uhr  
Di, Do, 8–16 Uhr  
Fr 8–14 Uhr

### Sozialpsychiatrie für Menschen mit Behinderungen und Autismuszentrum (SOMBA)

Bitte hinterlassen Sie uns zur Terminvereinbarung telefonisch eine Nachricht auf Band. Wir rufen Sie so bald wie möglich zurück.

Adresse: .....Linzer Straße 221 / 1. OG  
1140 Wien  
ärztliche Leitung: .....Prim. Dr. Thomas Schwarzgruber  
Telefon: .....+43 1/4000-53295  
E-Mail: .....somba@psd-wien.at

## 8.3 Hilfe für Folter- und Kriegs- überlebende und Menschen mit Fluchthintergrund und trans- kulturelle Beratung und Behandlung

### HEMAYAR

Der Verein HEMAYAT wurde 1995 gegründet und hat sich in Wien als Zentrum für dolmetschgestützte traumatherapeutische Betreuung und Behandlung von Folter- und Kriegsüberlebenden etabliert.

Das Angebot ist kostenlos, eine Terminvereinbarung notwendig.

Adresse: .....Sechsschimmelgasse 21  
1090 Wien  
Telefon: .....+43 1/216 43 06  
Öffnungszeiten: .....Mo, Mi, Fr, 8–13 Uhr  
Di, Do, 13–17 Uhr

### SINTEM

Das Projekt SINTEM der Caritas Wien bietet interkulturelle psychotherapeutische und psychologische Betreuung für Menschen mit Fluchthintergrund an, die in Wien und Niederösterreich leben.

Das Angebot ist kostenlos, eine Terminvereinbarung notwendig

Adresse: .....Othmargasse 46  
1200 Wien  
Telefon: .....+43 1/481 54 81  
Öffnungszeiten: .....Mo, Fr, 9–16 Uhr

### AMIKE

Telefon der Diakonie für Menschen mit Flucht- und Migrationserfahrungen bei psychosozialen Belastungen.

Deutsch / Englisch: .....+43 1/34301-011  
Dari / Farsi: .....+43 1/34301-012  
Arabisch / Kurdisch: .....+43 1/34301-013  
Russisch: .....+43 1/34301-014  
Bosnisch / Kroatisch / Serbisch: .....+43 1/34301-015  
Türkisch: .....+43 1/34301-016

### NEDA

NEDA bietet bei psychischen Problemen gender- und kultursensible Angebote für Menschen in der Grundversorgung an. Im Rahmen des Projekts NEDA werden in den Gesundheitszentren FEM, FEM Süd und MEN sowie aufsuchend in Einrichtungen im Asylbereich klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Beratung sowie Psychoedukationsworkshops für Frauen und Männer mit Fluchterfahrung in der Grundversorgung in den jeweiligen Erstsprachen angeboten. Es geht dabei um psychologische Erstversorgung, Stabilisierung und Entlastung für asylwerbende Menschen.

Das Erstgespräch ist kostenlos, alle weiteren Gespräche kosten 15 Euro / 50 Minuten (Ermäßigungen sind möglich).

### NEDA für Frauen und Mädchen: FEM Süd

Adresse: .....Klinik Favoriten, Kundratstraße 3  
1100 Wien  
Telefon: .....+43 1/60191-5201  
E-Mail: .....kfn.femsued@gesundheitsverbund.at  
Terminvereinbarung: .....Mo, 9–14 Uhr  
Di–Do, 9–16 Uhr  
Fr, 9–12 Uhr

#### NEDA für Männer: MEN

Adresse:.....Klinik Favoriten, Kundratstraße 3  
1100 Wien  
Telefon:.....+43 1/60191-5454  
E-Mail:.....kfn.men@gesundheitsverbund.at  
Terminvereinbarung:.....Mo, Mi, Do, 9–13 Uhr

### 8.4 Angebote für Frauen

#### Frauen beraten Frauen

##### Institut für frauenspezifische Psychotherapie

Frauenspezifische Psychotherapie ist Psychotherapie von Frau zu Frau. Sie ist keine eigene Methode, sondern sie ist geprägt vom Bewusstsein der Psychotherapeutin für ihre eigene weibliche Identität und das gesellschaftliche Werden von Frauen. Das bloße Frausein allein reicht nicht aus für diese Spezialisierung, vielmehr bezieht die Therapeutin durch ihre persönliche Reflexion der gesellschaftlichen Verhältnisse die Position einer differenzierten Parteilichkeit. Nur das Erstgespräch ist kostenlos! Es gibt keine Fremdsprachenangebote.

Adresse (barrierefrei):.....Seitenstetgasse 5 / 7  
1010 Wien  
Adresse (nicht barrierefrei):.....Lehár gasse 9 / 2 / 17  
1060 Wien  
Telefon:.....+43 1 / 58767-50  
Öffnungszeiten:.....Mo, 9–12<sup>30</sup> Uhr  
Di, 13–16 Uhr  
Mi, 9<sup>30</sup>–12<sup>30</sup> Uhr  
Do, 13–16 Uhr

#### Frauengesundheitszentrum FEM

Beratungen von Frau zu Frau, einfach zugänglich, kostengünstig und in verschiedenen Sprachen durch erfahrene Klinische und Gesundheitspsychologinnen und Psychotherapeutinnen, Sozialarbeiterinnen, Hebammen, Ärztinnen, Pädagoginnen etc.

#### FEM

Adresse.....Klinik Floridsdorf  
Brünner Straße 68 / A 3 / Top 14  
1210 Wien  
Telefon:.....+43 1 / 27700-5600  
E-Mail:.....kfl.fem@gesundheitsverbund.at  
Öffnungszeiten:.....Mo–Do, 9–17 Uhr  
Fr, 9–12 Uhr

#### FEM Süd

Adresse:.....Klinik Favoriten, Kundratstraße 3  
1100 Wien  
Telefon:.....+43 1 / 60191-5201  
E-Mail:.....kfn.femsued@gesundheitsverbund.at  
Öffnungszeiten:.....Mo, 9–14 Uhr  
Di, Do, 9–16 Uhr  
Fr, 9–12 Uhr

#### Spezialambulanz für peripartale Psychiatrie

Für Mütter und Väter in psychischen Krisen von der Schwangerschaft bis zum ersten Lebensjahr des Kindes.

Telefonische Anmeldung unbedingt erforderlich!

Adresse:.....Klinik Ottakring, Flötzersteig 4  
1160 Wien  
Telefonnummer:.....+43 1 / 49150-8110  
Terminvereinbarung:.....täglich 10–12 Uhr  
Öffnungszeiten:.....Mo–Fr, 9–13 Uhr

#### TAMAR – Beratungsstelle für misshandelte und sexuell missbrauchte Frauen, Mädchen und Kinder

Tamar ist eine Beratungsstelle für Mädchen\*, Frauen\* und Kinder die sexuelle Gewalt oder sexuellen Missbrauch erfahren mussten und bietet Beratung für betroffene Personen und deren Angehörige oder Bezugspersonen, juristische sowie psychosoziale Prozessbegleitung und Psychotherapie für Kinder und jugendliche Mädchen an.

Um Terminvereinbarung wird gebeten. Das Angebot ist kostenlos!

Adresse:.....Wexstraße 22 / 3 / 1  
1200 Wien  
Telefon:.....+43 1 / 33404-37  
Terminvereinbarung, Beratung:.....Mo, Do, 10–12 Uhr  
Mi, 13–16 Uhr  
Do, 16–17 Uhr  
Öffnungszeiten:.....Mi, 13–15 Uhr

### 8.5 Angebote für LGBTIQ+

#### queermed

Verzeichnis von queer- und transfriendly Ärzt\*innen und Therapeut\*innen:  
[www.queermed.at/2020/11/17/psychotherapie/](http://www.queermed.at/2020/11/17/psychotherapie/)  
Die Kosten variieren zwischen den einzelnen Therapeut\*innen.

#### an.doc.stelle

Der Verein an.doc.stelle berät und begleitet Menschen in biopsychosozialen Krisen und informiert zu unterschiedlichen Themen rund um die psychosoziale Gesundheit. Die an.doc.stelle ist in eine Hausarztpraxis integriert und steht auch nicht versicherten Menschen zur Verfügung.

Adresse:.....Otto-Bauer-Gasse 15 / 11  
1060 Wien  
Telefon:.....+43 670 / 556 33 44  
E-Mail:.....office@andocstelle.at  
Öffnungszeiten.....Di, Mi, 9–12 Uhr

#### trans\*buddy-Beratung

Beratung und Informationen zu Geschlechtsidentität und Transition im Verein an.doc.stelle.

Telefon:.....+43 670 / 604 44 23  
E-Mail:.....tb@andocstelle.at  
Öffnungszeiten:.....Di, Mi, 9–12 Uhr

### 8.6 Angebote für nicht versicherte Menschen

#### AmberMed

AmberMed ermöglicht Menschen ohne Krankenversicherung einen niederschweligen und dolmetschunterstützten Zugang zu medizinischer Versorgung. Ebenso bietet AmberMed Medikamentenhilfe und soziale Beratung an.

Adresse:.....Oberlaaer Straße 300-306  
1230 Wien  
Telefon:.....+43 1 / 58900-847  
Öffnungszeiten:.....Mo, Mi, 13<sup>30</sup>–16 Uhr  
Di, Do, 8<sup>30</sup>–11 Uhr

#### an.doc.stelle

Adresse:.....Otto-Bauer-Gasse 15 / 11  
1060 Wien  
Telefon:.....+43 670 / 556 33 44  
Öffnungszeiten:.....Mo–Di, 9<sup>30</sup>–12<sup>30</sup> Uhr

#### neunerhaus Gesundheitszentrum Praxis Psychische Gesundheit

Zum neunerhaus Gesundheitszentrum gehören eine Arztpraxis, eine Zahnarztpraxis, sozialarbeiterische Beratung und Betreuung sowie die Praxis Psychische Gesundheit. Das Gesundheitszentrum bietet medizinische Hilfe und Beratung für obdachlose, wohnungslose und nicht versicherte Menschen – kostenlos und bei Bedarf anonym. Bei Sprachbarrieren unterstützt Videodolmetsch bei der Übersetzung in (fast) alle Sprachen. Bitte vorher anrufen!

Adresse:.....Margaretenstraße 166  
1050 Wien  
Telefon:.....+43 1 / 99009-09900  
Öffnungszeiten:.....Mo, 9–18 Uhr  
Di, 14–18 Uhr  
Mi–Fr, 9–13 Uhr

### 8.7 Angebote des WIGEV (Wiener Gesundheitsverbund)

#### Allgemeines Krankenhaus Universitätsklinik für Psychiatrie, Notfallambulanz

Adresse:.....Währinger Gürtel 18–20  
1090 Wien  
Telefon:.....+43 1 / 40400-35470  
Öffnungszeiten:.....täglich

#### Klinik Ottakring, Psychiatrische Abteilung

Klinisch-Psychologischer und Psychotherapeutischer Konsiliardienst

Telefon:.....+43 1 / 49150-2925  
Terminvereinbarung.....Mo–Fr 9–12 Uhr

#### Krankenhaus Nord, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

Zuständigkeit:.....20. und 21. Bezirk  
Adresse:.....Brünner Straße 68, 1210 Wien  
Telefon:.....+43 1 / 27700-0

### Krankenhaus Hietzing, Pavillon 1

Zuständigkeit:.....12., 13. und 23. Bezirk  
Adresse:.....Wolkersbergenstraße 1  
1130 Wien  
Telefon:.....+43 1/80110-4308

Zuständigkeit:.....14., 15. und 16. Bezirk  
Telefon:.....+43 1/80110-4408

### Sozialmedizinisches Zentrum Ost

Zuständigkeit:.....2. und 22. Bezirk  
Adresse:.....Langobardenstraße 122  
1220 Wien  
Psychiatrische Ambulanz  
Telefon:.....+43 1/28802-2950  
-2952

Akutpsychiatrische Station  
Telefon:.....+43 1/28802-2956  
-2957

### Sozialmedizinisches Zentrum Süd (KFJ)

Zuständigkeit:.....10. Bezirk  
Adresse:.....Kundratstraße 3  
1100 Wien  
Psychiatrische Ambulanz  
Telefon:.....+43 1/60191-2950  
Akutstation  
Telefon:.....+43 1/60191-2930

### Klinik Landstraße

Zuständigkeit:.....3., 4. und 11. Bezirk  
Adresse:.....Juchgasse 22  
1030 Wien  
Akutpsychiatrie  
Aufnahmealter:.....ab 55 Jahren  
Telefon:.....+43 1/71165-2910

Akutpsychiatrie  
Aufnahmealter:.....18–55 Jahre  
Telefon:.....+43 1/71165-2920  
-2930

## 8.8 Angebote bei Krisen

**Sozialpsychiatrischer Notdienst (SND) des PSD Wien**  
365 Tage im Jahr für ganz Wien. Terminvereinbarung nur nach telefonischer Voranmeldung.

Telefon:.....+43 1/313 30  
Terminvereinbarung:.....täglich 0–24 Uhr

### Kriseninterventionszentrum

Das Kriseninterventionszentrum bietet Unterstützung bei der Bewältigung von akuten Krisen, bei Überlastungszuständen und akuter Traumatisierung sowie bei Krisen mit Suizidrisiko und / oder bei drohender Gewalt. Innerhalb des Kriseninterventionszentrums gibt es auch ein Beratungsangebot für junge Erwachsene in einer akuten persönlichen Krise. Bitte um telefonische Terminvereinbarung! Termine für Erstgespräche können noch für denselben Tag oder für die folgenden zwei Werktage vergeben werden.

Adresse:.....Lazarettgasse 14a  
1090 Wien  
Telefon:.....+43 1/40695-950  
Öffnungszeiten:.....Mo–Fr, 9–17 Uhr

### Akutbetreuung Wien (ABW)

Die Akutbetreuung Wien (ABW) betreut Betroffene, Angehörige, Freund\*innen und Augenzeug\*innen in den ersten Stunden nach einem außergewöhnlich belastenden Ereignis direkt vor Ort. Das Angebot soll den Betroffenen nicht nur akut helfen, sondern auch Folgeerkrankungen wie Posttraumatische Belastungsstörungen, Suchterkrankungen oder Depressionen reduzieren. Die ABW beschäftigt über 60 speziell ausgebildete psychosoziale Fachkräfte.

Die ABW kann nicht von Privatpersonen kontaktiert werden, sondern nur durch die MA 70, die Polizei, die Wiener Berufsfeuerwehr, andere Rettungsorganisationen sowie Notärzt\*innen und die Flughafenbetriebsgesellschaft.

### Kindernotruf (Verein Lichtblick)

Rund um die Uhr telefonische Intervention in akuten Krisen, Konflikt- und Krisensituationen, insbesondere in Fällen von Gewalt und sexuellem Missbrauch.

Telefon:.....+43 800/56 75 67

### Die Boje

Ambulatorium für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren in Krisensituationen.

Telefonische Anmeldung ist erforderlich!

Adresse:.....Hernalser Hauptstraße 15 (im Hof links)  
1170 Wien  
Telefon:.....+43 1/40666-02  
E-Mail:.....ambulatorium@die-boje.at  
Öffnungszeiten:.....Mo–Fr, 9–14 Uhr  
und nach Vereinbarung

### 24-Stunden-Frauenotruf

Kostenlos, vertraulich und auf Wunsch anonym. Telefonische Beratung in Deutsch, Bosnisch / Kroatisch / Serbisch, Englisch, Farsi, Spanisch und Türkisch. Persönliche Beratung nach telefonischer Terminvereinbarung.

Telefon:.....+43 1/71719

## 8.9 Tageszentren

### Psychosoziales Tageszentrum Regenbogen

Das Tageszentrum ist ein offenes Kommunikations- und Begegnungszentrum für Menschen mit den unterschiedlichsten psychosozialen Problemen. Angeboten werden verschiedene Aktivitäten, wie etwa gemeinsames Kochen, Gesprächsrunden, Bewegung etc. Die Einrichtung ist sehr niederschwellig und richtet sich explizit auch an obdachlose und wohnungslose Menschen.

Die Mitnahme von Tieren ist nicht möglich.

Adresse:.....Hadikgasse 50  
1140 Wien  
Telefon:.....+43 1/89237-66  
E-Mail:.....office@regenbogenhaus.at  
Öffnungszeiten:.....Mo, Sa, 13–18 Uhr  
Mi 15–20 Uhr  
Do, Fr, 14–19 Uhr

### Tagestreff Wintergarten der Heilsarmee

Der Tagestreff richtet sich an Menschen aus Wien, die aufgrund einer psychischen Erkrankung und ihrer sozialen Folgen begleitende Unterstützung benötigen – bei der Freizeitgestaltung, beim Aufbau von Beziehungen und bei der Wiedererlangung von Selbstständigkeit und Lebensqualität. Es ist ein Ort der Beteiligung, der Begleitung und der Beschäftigung für Wohnungslose zwischen 18 und 36 Jahren.

Besucher\*innen brauchen eine Voranmeldung durch eine Einrichtung der Wiener Wohnungslosenhilfe.

Adresse:.....Max-Winter-Platz 17  
1020 Wien  
Telefon:.....+43 1/89017-31  
E-Mail:.....wintergarten@heilsarmee.at  
Öffnungszeiten:.....Mo, Di, Mi, 12–17 Uhr

### Psychiatrische Tageskliniken des WIGEV

In den Kliniken des WIGEV gibt es das Angebot, auch ambulante psychiatrische Tageskliniken zu nutzen. Für Menschen ohne Meldung gilt – wie auch für den stationären Bereich – die Buchstabenregelung. Auf den Stationen werden Patient\*innen mit psychischen Erkrankungen behandelt, die eine längere Rehabilitation und/oder psychische Stabilisierung benötigen. Die Ziele der Tageskliniken sind die Unterstützung bei der Wiedereingliederung in das Alltagsleben und das Erhalten der Selbstständigkeit der Patient\*innen im häuslichen Umfeld.

Das Angebot kann maximal für zwei Monate genutzt werden. Außerdem kann die Tagesstruktur nur mit einer fachärztlichen Überweisung genutzt werden. Besonders die Überweisung kann für psychisch kranke Menschen im öffentlichen Raum eine große Hürde bedeuten.

Nähere Infos auf: [gesundheitsverbund.at/](https://gesundheitsverbund.at/)

### Sozialpsychiatrisches Zentrum der Caritas

Das Zentrum ist eine ambulante Beratungs- und Betreuungseinrichtung für Menschen, die von einer psychotischen Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und ihren sozialen Folgen betroffen sind. Geboten wird eine vielfältige Unterstützung durch ein multiprofessionelles Team von Fachärzt\*innen für Psychiatrie, Sozialarbeiter\*innen und Fachkräften für Kreativgruppen.

Es gibt ein Kontingent von zehn Plätzen aus der Wiener Wohnungslosenhilfe. Der Zugang ist nicht ganz niederschwellig, da sowohl eine Diagnose als auch eine laufende Behandlung erforderlich sind. Nur mit Terminvereinbarung! Tiere sind erlaubt.

Adresse:.....Wiedner Hauptstraße 105/3/8  
1050 Wien  
Telefon:.....+43 1/54444-79  
Öffnungszeiten:.....Mo, Di, Do, 8<sup>15</sup>–15<sup>30</sup> Uhr  
Mi, 15–19 Uhr  
Fr, 8<sup>15</sup>–13 Uhr

### Freizeitgestaltung von pro mente Wien

Pro mente Wien bietet unterschiedliche Angebote zur Freizeitgestaltung, um die gesellschaftliche Teilhabe zu fördern und die Lebensqualität von Betroffenen zu verbessern.

Das Angebot kann von volljährigen Personen mit psychischen Erkrankungen genutzt werden. Ausschlussgründe sind eine primäre Suchterkrankung und eine geistige Behinderung. Die Teilnahme an manchen Freizeitgruppen ist aufgrund der begrenzten Plätze nur nach telefonischer Voranmeldung möglich. Die Mitnahme von Tieren ist untersagt.

Adresse:.....Grüngasse 1a  
1040 Wien  
Telefon:.....+43 1/51315-30

### LOK – Leben ohne Krankenhaus

Das Angebot von LOK verläuft stufenweise. Das „offene Wohnzimmer“ ist ein erster Platz zum Ankommen. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit zur Mitarbeit und Freizeitgestaltung.

Das Angebot kann anonym und ohne Vorlage von Befunden in Anspruch genommen werden. Der Besuch ist kostenfrei, allerdings wird ein geringer Unkostenbeitrag für Mittagessen erhoben. Die Mitnahme von Haustieren ist erlaubt.

Adresse:.....Wehrgasse 26/11  
1050 Wien  
Telefon:.....+43 1/58656-46  
E-Mail:.....lok@lok.at

### Tagesstruktur HandWerk der Wiener Sozialdienste

Das Angebot richtet sich an Erwachsene mit einer psychischen Erkrankung und/oder Behinderung. Es gibt acht Gruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten, die von Handwerk bis Theater reichen.

Die Hürden für die Teilnahme sind hochschwellig. Es bedarf einer Übernahme der Betreuungskosten durch den Fonds Soziales Wien (FSW) mit einer Bewilligung nach § 9 Wiener Chancengleichheitsgesetz bzw. durch das Amt der jeweiligen Landesregierung.

Adresse:.....Herbststraße 21  
1160 Wien  
Telefon:.....+43 676 / 883 08 3410  
E-Mail:.....handwerk.verkauf@wiso.or.at  
Öffnungszeiten:.....Di, Do, Fr, 10–17<sup>30</sup> Uhr

### LOGIN – Verein zur Gesundheitsförderung und sozialen Integration

LOGIN wurde 2002 gegründet und ist ein gemeinnütziger Verein zur Gesundheitsförderung und Schaffung unterstützender sozialer Netzwerke. Den Schwerpunkt bildet ein soziales Verständnis von Gesundheit.

Die [loginBase] kann niederschwellig besucht werden. Der Konsum von Alkohol und Drogen ist verboten.

Adresse:.....Weiglasse 19/4–6  
1150 Wien  
Telefon:.....+43 664 / 832 36 07  
Öffnungszeiten:.....Mo–Mi, 11–16 Uhr

## 8.10 Angebote für Angehörige psychisch erkrankter Menschen

HPE – Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter in Wien bietet die HPE Österreich eine Beratungsstelle für Angehörige und Freund\*innen psychisch Erkrankter sowie für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil an.

Adresse:.....Brigittenauer Lände 50–54/1/5  
1200 Wien  
Telefon:.....+43 1/52642-02  
Öffnungszeiten:.....Mo–Fr, 10–20 Uhr

# 9 Quellen

## 9.1 Literatur

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie).

Ebert, D. (2021). Psychiatrie systematisch. Freiburg: Uni-Med Verlag Universität Freiburg.

Frese, R. (2023). Psychische Erkrankungen in der Autismus-Therapie. Berlin: Springer Verlag.

Gaebel, W., Stricker, J. & Kerst, A. (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues Clin Neurosci*, 22(1), 7-15. doi: 10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel; PMID: 32699501; PMCID: PMC7365296.

Gerull, S. (2021). Obdachlosenfeindlichkeit. Von gesellschaftlicher Stigmatisierung bis zu Hasskriminalität. In: Amesberger, H. et al. (Hrsg.): Kontinuitäten der Stigmatisierung von „Asozialität“. Perspektiven gesellschaftskritischer Politischer Bildung. Wiesbaden: Springer VS, 135-148.

Girsberger, T. (2021). Die vielen Farben des Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnose, Therapie und Beratung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Hahlweg, K. & Dose, M. (2005). Ratgeber Schizophrenie. Informationen für Betroffene und Angehörige. Wien: Hogrefe Verlag.

Hart, E. & Bond, M. (2001). Aktionsforschung. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Verlag Hans Huber.

Höwler, E. (2020). Kinder- und Jugendpsychiatrie für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen. Berlin: Springer Verlag.

Hutter, Hans-Peter (Hrsg.) 2023: Gesundheit in der Klimakrise. Auswirkungen. Risiken. Perspektiven, 2. Auflage. Wien: Manz.

Küpper, B. (2022). Der Elefant im Raum. In: NOVAcura 3/2022: Stigma und Stigmatisierung. Wien: Hogrefe Verlag.

Lang, U. (2013). Innovative Psychiatrie mit offenen Türen. Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie. Berlin: Springer Verlag.

Niebauer, D. & Reifferscheid, G. (2017). Seelische Gesundheit und Wohnungslosigkeit. In: Gillich, S. & Keicher, R. (Hrsg.): Ohne Wohnung in Deutschland. Armut, Migration und Wohnungslosigkeit. Freiburg: Lambertus, 325-335.

Rupp, M. (2010). Notfall Seele. Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag.

Rüsch, N. et al. (2004). Das Stigma psychischer Erkrankungen. Ursachen Formen und therapeutische Konsequenzen. In: Berger, M. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. München: Elsevier Urban und Fischer Verlag.

Scherr, S. (2019). Psychische Krankheiten in der Gesellschaft und in den Medien. In: Handbuch der Gesundheitskommunikation. Berlin: Springer VS.

Sonneck, G. et al. (2008). Krisenintervention. Von den Anfängen der Suizidprävention bis zur Gegenwart. Weitra: Bibliothek der Provinz.

Sonneck, G. et al. (Hrsg.) (2012). Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: UTB Facultas.

Sartorius, N. et al. (1996). Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry Suppl*, 30(30), 38-43.

Wagner, L. (2018). Der Junge, der zu viel fühlte. Wie ein weltbekannter Hirnforscher und sein Sohn unser Bild von Autisten für immer verändern. München: Europa Verlag.

Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress Anxiety*, 16(4), 162-171.

Zandonella, M. (2021). Follow-up zur psychosozialen Situation der Wiener\*innen während der Pandemie. Wien: SORA Institute for Social Research and Consulting.

Zandonella, M., Baumegeger, D. & Sturmberger, W. (2020). Zur psycho-sozialen Situation der WienerInnen während der Corona-Pandemie. Wien: SORA Institute for Social Research and Consulting.

## 9.2 Internet

5-4-3-2-1-Übung:

[www.uni-regensburg.de/assets/humanwissenschaften/psychologie-muehlberger-ambulanz/Dateien\\_blog\\_2021/blog2a\\_merkblatt\\_5-4-3-2-1.pdf](http://www.uni-regensburg.de/assets/humanwissenschaften/psychologie-muehlberger-ambulanz/Dateien_blog_2021/blog2a_merkblatt_5-4-3-2-1.pdf), aufgerufen am 24.6.2024.

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit:

[www.seelischegesundheit.net/wissen/stigma/](http://www.seelischegesundheit.net/wissen/stigma/), aufgerufen am 26.6.2024.

Angststörung: [www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/neurose/angststoerung-diagnose/](http://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/neurose/angststoerung-diagnose/), aufgerufen am 25.6.2024.

Antenne: [www.antenne.de/mediathek/serien/stahl-aber-herzlich-aa/0001j4fdvbkbf08pjr1z19m360-wege-aus-der-depression-mit-nora-tschrner](http://www.antenne.de/mediathek/serien/stahl-aber-herzlich-aa/0001j4fdvbkbf08pjr1z19m360-wege-aus-der-depression-mit-nora-tschrner), aufgerufen am 24.6.2024.

Anton Proksch Institut: [www.api.or.at/sucht-abhaengigkeit/komorbiditaet/#:~:text=Eine%20Abh%C3%A4ngigkeitserkrankung%20entwickelt%20sich%20selten,komorbide%20Erkrankung%20oder%20Komorbidit%C3%A4t%20bezeichnet](http://www.api.or.at/sucht-abhaengigkeit/komorbiditaet/#:~:text=Eine%20Abh%C3%A4ngigkeitserkrankung%20entwickelt%20sich%20selten,komorbide%20Erkrankung%20oder%20Komorbidit%C3%A4t%20bezeichnet), aufgerufen am 7.5.2024.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2021). S3-Leitlinie Angststörungen: [register.awmf.org/assets/guidelines/051-028p\\_S3\\_Behandlung-von-Angststoerungen\\_2022-07.pdf](http://register.awmf.org/assets/guidelines/051-028p_S3_Behandlung-von-Angststoerungen_2022-07.pdf), aufgerufen am 27.6.2024.

Bestandserhebung. Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1: [jasmin.goeg.at/id/eprint/1505/1/Bestandserhebung\\_Anti-Stigma-Aktivit%C3%A4ten%20in%20%C3%96sterreich%202019\\_Teil%201\\_bf.pdf](http://jasmin.goeg.at/id/eprint/1505/1/Bestandserhebung_Anti-Stigma-Aktivit%C3%A4ten%20in%20%C3%96sterreich%202019_Teil%201_bf.pdf), aufgerufen am 26.6.2024.

Bundespsychotherapeuten Kammer. Hitze belastet Psyche und Arbeitsfähigkeit erheblich. In: [www.bptk.de/pressemitteilungen/hitze-belastet-psyche-und-arbeitsfaehigkeit-erheblich/](http://www.bptk.de/pressemitteilungen/hitze-belastet-psyche-und-arbeitsfaehigkeit-erheblich/), aufgerufen am 13.08.2024.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Diagnose und Therapie von Angststörungen. Gesundheitsportal: [www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/neurose/angststoerung-diagnose/](http://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/neurose/angststoerung-diagnose/), aufgerufen am 27.6.2024.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Schizophrenie. Gesundheitsportal: [www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/schizophrenie1/](http://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/schizophrenie1/), aufgerufen am 27.6.2024.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Diagnose und Therapie einer Bipolaren Störung. Gesundheitsportal. In: [www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/depression/bipolare-stoerung-symptome.html#bipolare-stoerung-was-ist-das](http://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/depression/bipolare-stoerung-symptome.html#bipolare-stoerung-was-ist-das), aufgerufen am 27.6.2024.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Warnsignale für Suizidgefährdung. Gesundheitsportal: [www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/angehoerige/warnsignale](http://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/angehoerige/warnsignale), aufgerufen am 27.6.2024.

Deutsches Ärzteblatt (2006). Emil Kraepelin (1856–1926): Zwischen klinischen Krankheitsbildern und „psychischer Volkshygiene“. Deutscher Ärzteverlag GmbH: [www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=53032](http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=53032), aufgerufen am 24.6.2024.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2019). S3-Leitlinie Schizophrenie. AWMF-Register Nr. 038-009: [register.awmf.org/assets/guidelines/038-009k\\_S3\\_Schizophrenie\\_2019-03-abgelaufen.pdf](http://register.awmf.org/assets/guidelines/038-009k_S3_Schizophrenie_2019-03-abgelaufen.pdf), aufgerufen am 27.6.2024.

Bandelow, B. et al. (2014). Patienten-Leitlinie Behandlung von Angststörungen: [www.awmf.org/leitlinien/](http://www.awmf.org/leitlinien/), aufgerufen am 25.6.2024.

Bandelow, B. et al. (2014). S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen: [www.awmf.org/leitlinien/](http://www.awmf.org/leitlinien/), aufgerufen am 25.6.2024.

Chromy, C. (2024). Schwerpunkt Männergesundheit. Depression beim Mann: Irritabilität charakteristisch. Österreichische Ärztezeitung: [aerztezeitung.at/2024/oaz-artikel/medizin/schwerpunkt-maennergesundheit-depression-beim-mann-irritabilitaet-charakteristisch/](http://aerztezeitung.at/2024/oaz-artikel/medizin/schwerpunkt-maennergesundheit-depression-beim-mann-irritabilitaet-charakteristisch/), aufgerufen am 26.6.2024.

Depressionsbericht Österreich: [www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Depressionsbericht-%C3%96sterreich/](http://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Depressionsbericht-%C3%96sterreich/), aufgerufen am 24.6.2024.

Depression – Hilfe und Behandlung: [mindbase.at/psychische-erkrankungen/depression/](http://mindbase.at/psychische-erkrankungen/depression/), aufgerufen am 25.6.2024.

Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen (DGBS) & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2019). S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen: [www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/ef9214009e20d260d4f5a6e6932f3fb7f914efbb/S3\\_Leitlinie%20Bipolar\\_V2.1\\_Update\\_20200504.pdf](http://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ef9214009e20d260d4f5a6e6932f3fb7f914efbb/S3_Leitlinie%20Bipolar_V2.1_Update_20200504.pdf), aufgerufen am 30.6.2024.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2017). S3-Leitlinie/ Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression: [www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/d53e5967ade4134e444e71973752e10bcaebda79/S3-NVL\\_depression-2aufl-vers1-kurz.pdf](http://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d53e5967ade4134e444e71973752e10bcaebda79/S3-NVL_depression-2aufl-vers1-kurz.pdf), aufgerufen am 29.6.2024.

EKT: [www.unimedizin-mainz.de/psychiatrie/patienten/weitere-behandlungsangebote/elektrokonvulsionstherapie-ekt.html#:~:text=Die%20Elektrokonvulsionstherapie%20\(EKT\)%20ist%20das,bei%20schweren%20affektiven%20Erkrankungen%20aus](http://www.unimedizin-mainz.de/psychiatrie/patienten/weitere-behandlungsangebote/elektrokonvulsionstherapie-ekt.html#:~:text=Die%20Elektrokonvulsionstherapie%20(EKT)%20ist%20das,bei%20schweren%20affektiven%20Erkrankungen%20aus), aufgerufen am 1.7.2024.

Elia, J. (2023). Schizophrenie bei Kindern und Jugendlichen. MSD Manual: [www.msmanuals.com/de/profi/p%C3%A4diatrie/psychiatrische-erkrankungen-bei-kindern-und-jugendlichen/schizophrenie-bei-kindern-und-jugendlichen/](http://www.msmanuals.com/de/profi/p%C3%A4diatrie/psychiatrische-erkrankungen-bei-kindern-und-jugendlichen/schizophrenie-bei-kindern-und-jugendlichen/), aufgerufen am 27.6.2024.

EU-Kommission (2022). Beschäftigung, Soziales und Integration: [ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1061&langId=de](http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1061&langId=de), aufgerufen am 4.10.2023.

Fleischhacker, W. W. & Rittmannsberger, H. (2009). Österreichischer Schizophreniebericht 2008. Bundesministerium für Gesundheit: [goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-07/schizophrenie\\_2008.pdf](http://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-07/schizophrenie_2008.pdf), aufgerufen am 27.6.2024.

Frauengesundheitszentrum FEM (2023). 5-4-3-2-1-Übung: [www.youtube.com/watch?v=mcjNCckbcSo](http://www.youtube.com/watch?v=mcjNCckbcSo), aufgerufen am 28.6.2024.

Frauengesundheitsportal: [www.frauengesundheitsportal.de/aktuelles/aktuelle-meldungen/hitze-belastet-psyche-und-arbeitsfaehigkeit-erheblich/](http://www.frauengesundheitsportal.de/aktuelles/aktuelle-meldungen/hitze-belastet-psyche-und-arbeitsfaehigkeit-erheblich/), aufgerufen am 28.6.2024.

Für Akzeptanz – gegen Ausgrenzungen: [www.dgppn.de/schwerpunkte/stigma.html](http://www.dgppn.de/schwerpunkte/stigma.html), aufgerufen am 26.6.2024.

Gaebel, W. & Wölwer, W. (2010b). Schizophrenie. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: [www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?__blob=publicationFile), aufgerufen am 27.6.2024.

Gegen das Stigma psychischer Erkrankungen. Interview mit Nicolas Rüschi (2022): [www.hogrefe.com/at/thema/gegen-das-stigma-psychischer-erkrankungen/](http://www.hogrefe.com/at/thema/gegen-das-stigma-psychischer-erkrankungen/), aufgerufen am 26.6.2024.

Gesundheit Österreich. Psyche – was ist das?: [www.gesundheit.gv.at/leben/psyche-seele/gesundheit/tabu-psyche.html#tabuthema-psyche](http://www.gesundheit.gv.at/leben/psyche-seele/gesundheit/tabu-psyche.html#tabuthema-psyche), aufgerufen am 26.6.2024.

Vos, T. et al. (2016). Global Burden of Disease Study: Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. In: Lancet, 388(10053), 1545–1602: [doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31678-6](http://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31678-6), aufgerufen am 26.6.2024.

Hitzebelastung und MS: [www.msges.at/2023/06/wenn-es-heiss-wird-selbsthilfe-bei-hitze/](http://www.msges.at/2023/06/wenn-es-heiss-wird-selbsthilfe-bei-hitze/), aufgerufen am 28.6.2024.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Der Klinikaufenthalt war wichtig für die Strukturierung meines Alltags: [www.gesundheitsinformation.de/der-klinikaufenthalt-war-wichtig-fuer-die-strukturierung-meines-alltags.html](http://www.gesundheitsinformation.de/der-klinikaufenthalt-war-wichtig-fuer-die-strukturierung-meines-alltags.html), aufgerufen am 30.6.2024.

Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien. Angststörungen – Hilfe und Behandlung: [mindbase.at/psychische-erkrankungen/angststoerungen/](http://mindbase.at/psychische-erkrankungen/angststoerungen/), aufgerufen am 27.6.2024.

Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien (2023). Selbstverletzendes und suizidales Verhalten im schulischen Kontext: [bildung.sdw.wien/system/files/assets/seminar/Skriptum\\_Selbstverletzung.pdf](https://bildung.sdw.wien/system/files/assets/seminar/Skriptum_Selbstverletzung.pdf), aufgerufen am 28.6.2024.

Kasper, S. et al. (2018). Angststörungen. Medikamentöse Therapie. Konsensus-Statement – State of the art 2018. In: Clinicum neuropsy, Sonderausgabe: [oegpb.at/wp-content/uploads/2018/12/Konsensus\\_Angststoerungen\\_29\\_10\\_2018.pdf](https://oegpb.at/wp-content/uploads/2018/12/Konsensus_Angststoerungen_29_10_2018.pdf), aufgerufen am 26.6.2024.

Kriseninterventionszentrum (2019). Ein Wegweiser zur Suizidprävention. In: SUPRA Suizidprävention Austria: [www.kriseninterventionszentrum.at/wp-content/uploads/2018/03/Praeventiv-Suizid\\_Online\\_Doppelseiten-2.pdf](https://www.kriseninterventionszentrum.at/wp-content/uploads/2018/03/Praeventiv-Suizid_Online_Doppelseiten-2.pdf), aufgerufen am 28.6.2024.

Laszewska, A. et al. (2018). Prevalence of mental diseases in Austria. In: Wiener Klinische Wochenschrift, 130(3–4), 141-150: [doi.org/10.1007/s00508-018-1316-1](https://doi.org/10.1007/s00508-018-1316-1), aufgerufen am 24.6.2024.

Med-Uni Wien: [www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/2023/news-im-august-2023/hitze-kann-psychische-erkrankungen-ausloesen-oder-verstaerken/](https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/2023/news-im-august-2023/hitze-kann-psychische-erkrankungen-ausloesen-oder-verstaerken/), aufgerufen am 27.6.2024.

Mindbase: [mindbase.at/psychische-erkrankungen/demenzen/](https://mindbase.at/psychische-erkrankungen/demenzen/), aufgerufen am 21.6.2024.

Moment Magazin (2023). Junge Wohnungslose in Österreich. Mangelhaft unterstützt und unsichtbar: [www.moment.at/story/jung-wohnungslose-wien/](https://www.moment.at/story/jung-wohnungslose-wien/), aufgerufen am 06.05.2024.

Neunerhaus (2023). Ein Teil der Stadt? Junge wohnungslose Menschen in Wien: [www.neunerhaus.at/blog/junge-wohnungslose-menschen-in-wien/#:~:text=In%20%C3%96sterreich%20sind%20rund%2020.000,z%C3%A4hlt%20%C3%BCber%204.000%20junge%20Wohnungslose](https://www.neunerhaus.at/blog/junge-wohnungslose-menschen-in-wien/#:~:text=In%20%C3%96sterreich%20sind%20rund%2020.000,z%C3%A4hlt%20%C3%BCber%204.000%20junge%20Wohnungslose), aufgerufen am 7.5.2024.

Notfall Psychiatrische Krise (2021): [www.gesundheit.gv.at/krankheiten/erste-hilfe/notfall/psychiatrischer-notfall.html](https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/erste-hilfe/notfall/psychiatrischer-notfall.html), aufgerufen am 25.6.2023.

Obdach Wien: [www.obdach.wien/p/hintergruende-obdach-u-wohnungslosigkeit](https://www.obdach.wien/p/hintergruende-obdach-u-wohnungslosigkeit), aufgerufen am 25.9.2023.

oesterreich.gv.at. Abhängigkeitserkrankung: [www.oesterreich.gv.at/themen/hilfe\\_und\\_finanzielle\\_unterstuetzung\\_erhalten/2/sucht/1/Seite.1520110.html](https://www.oesterreich.gv.at/themen/hilfe_und_finanzielle_unterstuetzung_erhalten/2/sucht/1/Seite.1520110.html), aufgerufen am 7.5.2024.

Psychische Verhaltensstörungen: [flexikon.doccheck.com/de/Psychische\\_und\\_Verhaltensst%C3%B6rungen](https://flexikon.doccheck.com/de/Psychische_und_Verhaltensst%C3%B6rungen), aufgerufen am 26.6.2024.

Rittmannsberger, H. & Wancata, J. (2009). Österreichischer Schizophreniebericht 2008. Bundesministerium für Gesundheit: [goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-07/schizophrenie\\_2008.pdf](https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-07/schizophrenie_2008.pdf), aufgerufen am 27.6.2024.

S3-Leitlinien bei Demenzen (2016): [register.awmf.org/assets/guidelines/038-013l\\_S3-Demenzen-2016-07.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf), aufgerufen am 21.6.2024.

Schizophrenie Krankheitsbild: [www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/schizophrenie-und-schizophrene-psychosen/krankheitsbild/](https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/schizophrenie-und-schizophrene-psychosen/krankheitsbild/), aufgerufen am 25.6.2024.

Schizophrenie. Gesundheitsportal: [www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/schizophrenie1.html](https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/schizophrenie1.html), aufgerufen am 27.6.2024.

Schomerus, G., Spahlholz, J. & Speerforck, S. (2023). Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 66(4), 416-422: [doi.org/10.1007/s00103-023-03679-3](https://doi.org/10.1007/s00103-023-03679-3), aufgerufen am 27.6.2024.

Selbstverletzendes und suizidales Verhalten im schulischen Kontext, Skriptum, Teil 1 – Selbstverletzendes Verhalten im schulischen Kontext. Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien: [bildung.sdw.wien/system/files/assets/seminar/Skriptum\\_Selbstverletzung.pdf](https://bildung.sdw.wien/system/files/assets/seminar/Skriptum_Selbstverletzung.pdf), aufgerufen am 27.6.2024.

Selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen: [www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2018/news-im-november-2018/selbstverletzendes-verhalten-bei-jugendlichen/](https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2018/news-im-november-2018/selbstverletzendes-verhalten-bei-jugendlichen/), aufgerufen am 13.8.2024.

Statistik Austria (2021): Kennzahlen zu Lebensbedingungen 2021. Indikatoren für soziale Inklusion in Österreich: [www.statistik.at/fileadmin/pages/338/NEUKennzahlen\\_zu\\_Lebensbedingungen\\_2021.pdf](https://www.statistik.at/fileadmin/pages/338/NEUKennzahlen_zu_Lebensbedingungen_2021.pdf), aufgerufen am 25.9.2023.

Süddeutsche Zeitung (2018). Berühmte Depressionspatienten: [www.sueddeutsche.de/gesundheit/beruehmte-depressions-patienten-wenn-mein-schwarzer-hund-zurueckkehrt-1.2519325](https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/beruehmte-depressions-patienten-wenn-mein-schwarzer-hund-zurueckkehrt-1.2519325), aufgerufen am 26.6.2024.

Suizidprävention: [www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/anlaufstellen/broschueren-links.html#broschueren-fuer-gatekeeper-professionelle-helferinnen-helfer](https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/anlaufstellen/broschueren-links.html#broschueren-fuer-gatekeeper-professionelle-helferinnen-helfer), aufgerufen am 26.6.2024.

Topos. Versteckte Not der jungen Wohnungslosen: [topos.orf.at/obdachlosigkeit-junge-menschen100](https://topos.orf.at/obdachlosigkeit-junge-menschen100), aufgerufen am 6.5.2024.

TOPSY – Toolbox Psychische Gesundheit: [www.kinderjugendgesundheit.at/themenschwerpunkte/topsy](https://www.kinderjugendgesundheit.at/themenschwerpunkte/topsy), aufgerufen am 26.6.2024.

Traumata: [www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/trauma/symptome.html](https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/trauma/symptome.html), aufgerufen am 27.6.2024.

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF & Schneider, F. et al. (2017). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression: [www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/d53e5967ade4134e444e71973752e10bcaebda79/S3-NVL\\_depression-2aufl-vers1-kurz.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d53e5967ade4134e444e71973752e10bcaebda79/S3-NVL_depression-2aufl-vers1-kurz.pdf), aufgerufen am 24.6.2024.

Vertretungsnetz: [vertretungsnetz.at/unterbringungsgesetz](https://vertretungsnetz.at/unterbringungsgesetz), aufgerufen am 5.2.2023.

WHO. Mental Health Atlas 2020: [www.who.int/publications/i/item/9789240036703](https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703), aufgerufen am 27.6.2024.

WHO. Classification of Diseases: [www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases](https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases), aufgerufen am 27.6.2024.

## 9.3 Sonstige

a\_way – Jugendnotschlafstelle der Caritas Wien (2023). Jahresbericht. Wien.

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2011). Festschrift: 20 Jahre BAWO. Wohnungslosenhilfe von A bis Z. Wien: wienwork.

Eder, F. et al. (2018). Geht's noch? Wohnungslos und psychisch krank. Wien: Verband Wiener Wohnungslosenhilfe.

Eberhardt, V., Temel, B. & Halbmayr, B. (2023). Das Leben könnte so schön sein. Erfahrungen mit Obdach- und Wohnungslosigkeit von Frauen in Wien. Wien: MA 57 Frauengesundheit.

Griebler, R. et al. (2023). Österreichischer Gesundheitsbericht 2022. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

Hahlweg, K. & Dose, M. (2005). Ratgeber Schizophrenie. Informationen für Betroffene und Angehörige. Wien: Hogrefe Verlag.

Heinrichs, N. (2007). Ratgeber Panikstörung und Agoraphobie. Informationen für Betroffene und Angehörige. Wien: Hogrefe Verlag.

Hitzeaktionsplan der Stadt Wien 2024: Für ein cooles Wien der Zukunft.

Hoyer, J., Beesdo-Baum, K. & Becker, E. (2015). Ratgeber Generalisierte Angststörung. Informationen für Betroffene und Angehörige. Wien: Hogrefe Verlag.

Jez, I. & Bergsmann, R. (2023). UbG neu – Fragen und Antworten. Rechtslage ab 1.7.2023. Psychosoziale Dienste Wien.

Reinprecht, C. & Kachapova, I. (2021). Aus-geschämt. Entstigmatisierung Wohnungslosigkeit. Endbericht für den Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen. Wien: Universität Wien.

Stricker, S., Jelenko, M. & Purger, K. (2019). Alltags- und tagesstrukturierende Angebote für wohnungslose Menschen mit psychiatrischem und psychosozialen Unterstützungsbedarf. Projektbericht. Wien: Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen.

Verband Wiener Wohnungslosenhilfe (2023). Ein Teil der Stadt? Jung und Wohnungslos in Wien. Situationsbericht 2023. Wien: druck.at.

Voos, D. (2015). Die eigene Angst verstehen. Ein Ratgeber. Gießen: Psychosozial Verlag.

# 10 Wissenswertes zum Nachschlagen und zur Vertiefung

Grundlagen Sucht:  
[bildung.sdw.wien/system/files/assets/seminar/Skriptum%20Grundlagen%20Sucht.pdf](https://bildung.sdw.wien/system/files/assets/seminar/Skriptum%20Grundlagen%20Sucht.pdf)

Gender-Gesundheitsbericht Schwerpunkt Psychische Gesundheit am Beispiel Depression und Suizid. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2019):  
<file:///filervirtap3/lansdwraa/downloads/Gendergesundheitsbericht%202019.pdf>

Mindbase – Digitale Plattform für psychische Gesundheit. Ein Angebot der Stadt Wien:  
[mindbase.at/](https://mindbase.at/)

Psychiatrische Krisen: Erkennen. Handeln. Vorbeugen. Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter (HPE):  
[www.hpe.at/fileadmin/user\\_upload/Mediencenter/Broschueren/pdf/Broschuere\\_Krisen\\_2019\\_web.pdf](http://www.hpe.at/fileadmin/user_upload/Mediencenter/Broschueren/pdf/Broschuere_Krisen_2019_web.pdf)

Wohnungslose Frauen und Gewalt:  
[www.wien.gv.at/menschen/frauen/pdf/wohnungslose-frauen-und-gewalt.pdf](http://www.wien.gv.at/menschen/frauen/pdf/wohnungslose-frauen-und-gewalt.pdf)

Wiener Wohnungslosenhilfe. Fonds Soziales Wien:  
[www.fsw.at/p/wohnungslosigkeit/](http://www.fsw.at/p/wohnungslosigkeit/)

Verband Wiener Wohnungslosenhilfe (2022). Wohnungslos und anspruchlos in Wien. Situationsbericht: [www.verband-wwh.at/Situationsbericht%20VWWH%202022.pdf](http://www.verband-wwh.at/Situationsbericht%20VWWH%202022.pdf)

Ratgeber Generalisierte Angststörungen. Informationen für Betroffene und Angehörige. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Erfahrungsberichte Schizophrenie:  
[schizinfo.com/de/sprechen-wir-darueber/zeugenberichte/](http://schizinfo.com/de/sprechen-wir-darueber/zeugenberichte/)

Selbstverletzendes und suizidales Verhalten im schulischen Kontext, Skriptum, Teil 1 – Selbstverletzendes Verhalten im schulischen Kontext. Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien:  
[bildung.sdw.wien/system/files/assets/seminar/Skriptum\\_Selbstverletzung.pdf](https://bildung.sdw.wien/system/files/assets/seminar/Skriptum_Selbstverletzung.pdf)

## Impressum:

**Medieninhaber und Herausgeber:** Psychosoziale Dienste Wien und Sucht- und Drogenkoordination Wien  
**Für den Inhalt verantwortlich:** Ardjana Gashi, Angela Mach, Annika Rauchberger, **Redaktion:** Annika Rauchberger  
**Lektorat:** Karin Gilmore, Hildegard Winkler **Grafik:** Christian Witt **Foto:** shutterstock **Stand:** Dezember 2024  
**Verlagsort:** Wien  
Alle Angaben ohne Gewähr

