Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1

Ergebnisbericht

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

Gesundheit Österreich
GmbH

Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1

Ergebnisbericht

Autorin/Autor (GÖG):

Monika Nowotny
Julian Strizek

Mit Beiträgen von:

Michaela Amering (MUW)
Irene Burdich (HPE)
Anna Fox (BMSGPK)
Barbara Jagsch (Verein Freiräume)
Günther Klug (pro mente Austria)
Ingrid Machold (Verein Freiräume)
Ullrich Meise (pro mente Tirol)
Michael Steffen (VertretungsNetz)
Michaela Steurer (Verein Freiräume)
Christopher Tupy (Verein Freiräume)

Unter Mitarbeit von:

Joy Ladurner
Laurien Sebastian

Projektassistenz:

Menekşe Yılmaz

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorin / des Autors und nicht unbedingt jenen der Auftraggeber wieder.

Wien, im April 2020
Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, des Fonds Gesundes Österreich und des Dachverbands der Sozialversicherungsträger

Gesundheit Österreich
GmbH

Expertinnen/Experten der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung:

Michaela Amering, Magdalena Arrouas, Josef Baumgartner, Peter Berger, Stefanie Brunmayr, Christina Dietscher, Andreas Eckwolf, Anna Fox, Michael Ganner, Dorothea Gasser, Theresa Girsch, Alexander Grabenhofer-Eggerth, Alfred Grausgruber, Johannes Gregoritsch, Wolfgang Grill, Henriette Gschwendtner, Karin Gutiérrez-Lobos, Julia Haimburger, Beatrix Haller, Julia Häußler, Allessandro Hennebichler, Hansjörg Hofer, Angela Ibelshäuser, Barbara Jagsch, Günther Klug, Kathrin Kneissel, Edwin Ladinser, Joy Ladurner, Meena Lang, Robert Lender, Peter Luschin, Angela Mach, Erich Mahler, Ullrich Meise, Karin Miller-Fahringer, Eleonore Miller-Reiter, Robert Moosbrugger, Michael Musalek, Ursula Naue, Thomas Niederkrotenthaler, Monika Nowotny, Veronika Plank, Georg Psota, Andreas Reinalter, Gerlinde Rohrauer-Näf, Max Rubisch, Andrea Ruttnig, Julia Sagmeister-Kölly, Kathrin Schindelar, Werner Schöny, Michael Steffen, Christine Steger, Michaela Steurer, Julian Strizek, Johannes Ströhle, Barbara Stüwe-Eßl, Benedikt Till, Michael Trawetzky, Christopher Tupy, Andreas Vranek, Roman Winkler, Elisabeth Zilharz

Zitiervorschlag: Nowotny, Monika; Strizek, Julian; Ladurner, Joy (Hg.) (2020): Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich. - Teil 1 Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien

P4/21/5061

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

Der Umwelt zuliebe:
Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Es ist Zeit, was zu tun!

Die folgenden Statements stammen von den Mitgliedern des intersektoralen Planungsteams der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung.

„Das Thema Entstigmatisierung liegt mir am Herzen, weil ich denke, dass wir hiermit einen wichtigen Beitrag zum sozialen Zusammenhalt und zu einer inklusiven Gesellschaft der Diversität leisten können, die geprägt ist von Respekt, gegenseitiger Wertschätzung und Achtsamkeit. Die Kompetenzgruppe trägt zu einer Verbesserung des gesellschaftlichen Klimas und zur allgemeinen Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens bei.“ Christina Dietscher, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

„Sollen wir Sie in die Gastro bringen oder gleich in die Psychiatrie?“

Aussage eines Notfallsanitäters, nachdem ich ein Fleischstück in der Speiseröhre stecken hatte. Auf die Frage, welche Medikamente ich nehme (Antidepressiva), wurde darüber diskutiert, ob ich mir das nur einbilde.

Dorothea (61)

„An der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung schätze ich besonders ihren intersektoralen Ansatz. Psychosoziale Gesundheit geht alle Politik- und Gesellschaftsbereiche etwas an. Um eine nachhaltige Verbesserung in puncto Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erreichen, müssen viele Akteurinnen/Akteure und Prozesse zusammenwirken. Vernetzung und Sensibilisierung für die unterschiedlichen Perspektiven, Interessen und Ziele sind dabei wesentlich für ein gemeinsames Vorgehen.“ Anna Fox, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

„Menschen aufgrund einer psychischen Behinderung zu stigmatisieren verstößt gegen die Menschenrechte. Bestehende Stigmatisierungen müssen erkennbar gemacht und beseitigt werden: Es gilt die Würde der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu achten!“ Karin Miller-Fahringer, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

„Damit psychosoziale Gesundheit ein positives Alltagsthema wird, braucht es ausreichend Berührungspunkte damit. Es müssen Wissen und Erfahrungen mit der Förderung der psychosozialen Gesundheit und dem Umgang mit psychischen Problemen und Störungen in der Bevölkerung und in den Lebenswelten wie Schulen, Betrieben, Gemeinden vorhanden sein. Die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung sensibilisiert für das Thema, vernetzt relevante Akteurinnen/Akteure und entwickelt neue Strategien.“ Gerlinde Rohrauer-Näf, Fonds Gesundes Österreich

„Neben dem allgemeinen gesellschaftspolitischen Anliegen der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen ist für die Sozialversicherung auch von Bedeutung, dass Menschen nicht durch Tabu und Stigma von notwendigen Behandlungen abgehalten werden, mithin Interventionen möglichst frühzeitig gesetzt und damit nicht zu unterschätzende Folgekosten vermieden werden können.“ Johannes Gregoritsch, Dachverband der Sozialversicherungsträger

„Stigmatisierung richtet enormen Schaden an: Selbstwertgefühl und Krankheitsverlauf verschlechtern sich, die Chancen auf Früherkennung und für eine erfolgreiche Behandlung werden reduziert, sie verhindert Prävention und schadet letztendlich der Lebensqualität. Psychische Gesundheit ist eine unverzichtbare Grundlage zur Bewältigung der Herausforderungen unserer Arbeitswelt. Gleichzeitig ist es aber auch essenziell, dass Arbeitsbedingungen so gestaltet sind, dass sie psychische Gesundheit fördern und diskriminierungsfreie Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen ermöglichen." Andreas Eckwolf, Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend

„Entstigmatisierung ist wichtig, um eine Gesellschaft zu schaffen, in der alle Menschen – egal ob mit oder ohne psychische Beeinträchtigungen – mit den gleichen Chancen ausgestattet sind und ein respektvoller Umgang untereinander garantiert wird. Gerade auch Kunst und Kultur können ein Medium sein, um Begegnungen zu ermöglichen, Bewusstsein zu schaffen und Menschen auf unterschiedliche Art und Weise zu verbinden und zu berühren." Kathrin Kneissel, Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport

„Eine psychische Erkrankung darf kein Tabuthema sein. Kunst und Kultur können wertvolle Beiträge zur Aufklärung und zur sozialen Inklusion liefern: Rollenspiele im Theater beispielsweise können die Empathiefähigkeit der Beteiligten steigern und so das Verständnis für und die Akzeptanz von Menschen mit psychischen Erkrankungen erhöhen. Durch den Besuch und das Durchführen gemeinsamer kultureller Aktivitäten können Stigmaabbau und Empowerment gefördert werden." Stefanie Brunmayr, Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport

„Bewusstsein für die Bedeutung psychischer Gesundheit zu schaffen, um Stigmatisierung im schulischen Setting entgegenzuwirken, ist eine wichtige Aufgabe der schulischen Gesundheitsförderung. Dabei leistet die Förderung von Gesundheitskompetenz in Hinblick auf Prävention und Entstigmatisierung einen zentralen Beitrag." Beatrix Haller, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Abteilung Schulpsychologie

© GÖG 2020, Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1

Kurzfassung

Hintergrund/Aufgabenstellung/Fragestellung

Das Stigma psychischer Erkrankungen stellt ein komplexes soziokulturelles Phänomen mit weitreichenden gesundheitspolitischen Konsequenzen dar. Im Zuge der Arbeiten am österreichischen Gesundheitsziel 9, „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern", wurde deshalb die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung gebildet, ein Mental-Health-in-All-Policies-Expertengremium, das Empfehlungen für ein multistrategisches Vorgehen gegen Stigma in Österreich erarbeiten soll. Als ersten Schritt dazu führte es die vorliegende Bestandserhebung der bereits bestehenden Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich durch.

Methode/Methoden

Zur Erfassung der Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich wurde ein Erhebungsbogen entwickelt, der von Juni bis September 2019 mittels Schneeballverfahren über ausgewählte Verteiler versandt wurde. Dabei wurde das Themenfeld Entstigmatisierung weiter gefasst, sodass neben den in der Anti-Stigma-Arbeit üblichen Bewusstseinsbildungsaktivitäten auch Aktivitäten zum Schutz vor Diskriminierung und zur Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen berücksichtigt werden konnten. Die eingelangten Aktivitäten wurden nach Themenschwerpunkten, Interventionsebenen, Zielgruppen, Settings und Bereichen gruppiert und zusammenfassend beschrieben.

Ergebnisse

Über 200 der gemeldeten Aktivitäten wurden als Anti-Stigma-Aktivitäten gezählt. Rund 60 Prozent der Aktivitäten wurden in erster Linie der Interventionsebene Bewusstseinsbildung zugeordnet. Davon waren bei nur einem Drittel der Aktivitäten die Begegnung mit Betroffenen und die Verbreitung von Erfahrungsberichten wichtige Bestandteile der Intervention. Der überwiegende Anteil der eingemeldeten Aktivitäten in Österreich wird von psychosozialen Versorgungs- und Gesundheitsanbietern initiiert. Darüber hinaus konnte aber auch eine Reihe von Anbietern außerhalb des Gesundheitssystems erreicht werden, etwa aus den Bereichen Kunst und Kultur, Bildung, Sport, offene Jugendarbeit, Wohnungslosenhilfe und verschiedene Einzelinitiativen. Zwei Drittel der Aktivitäten hatten eine regionale, ein Drittel von ihnen hatte eine überregionale Reichweite.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion

Es finden viele Einzelinitiativen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in Österreich statt. Internationale Empfehlungen sehen eine Bekämpfung von Stigma auf allen Interventionsebenen vor, die durch Koordination und Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Politik- und Gesellschaftsbereichen erreicht werden soll. Die zentrale Einbindung Betroffener stellt dabei den Kern jeder Anti-Stigma-Arbeit dar.

Schlüsselwörter

Stigma, Diskriminierung, Inklusion, psychische Erkrankung, Erhebung

Summary

Background/Subject/Research Question

Mental illness stigma is a complex sociocultural phenomenon with far-reaching consequences for health policy. As a result of the Austrian health target "Promoting psychosocial health in all population groups", a mental-health-in-all policies committee of experts on combating mental illness stigma ("Kompetenzgruppe Entstigmatisierung") was established to develop recommendations for a multi-strategic approach to stigma in Austria. A survey of existing anti-stigma activities in Austria was conducted as a first step.

Methods

A survey questionnaire was developed and distributed between June and September 2019 via snowball method using selected distribution lists. The scope of activities for de-stigmatisation was broadly defined so that, in addition to awareness raising activities, activities for the protection against discrimination and inclusion of people with mental illness could also be considered. The activities were categorised according to thematic focus, levels of intervention, target groups, settings and areas and the subgroups described.

Results/Findings

Over 200 of the reported activities were included in the study. About 60 percent of the activities were categorised as interventions primarily addressing raising awareness. However, only one third of these activities were contact based. Although the majority of activities in Austria are initiated by psychosocial care and health care providers, several providers outside the health care system, for example from the fields of art and culture, education, sport, open youth work, help for the homeless and individual initiatives are also included. Two thirds of the activities had a regional, one third of the activities had a cross-regional scope.

Discussion/Conclusion/Recommendations

Several initiatives to de-stigmatize mental illness are underway in Austria. International recommendations include combating stigma at all levels of intervention, requiring coordination and cooperation between different areas of policy and society. The central involvement of those affected is the core element of anti-stigma work.

Keywords

Stigma, discrimination, inclusion, mental illness, survey

Inhalt

Es ist Zeit, was zu tun! ... III

Kurzfassung ... V

Summary ... VI

Abbildung ... IX

Tabellen ... IX

Abkürzungen ... X

1 Einleitung (J. Strizek, M. Nowotny) ... 1

2 Kompetenzgruppe Entstigmatisierung (A. Fox) ... 3

3 Stigma psychischer Erkrankung (U. Meise) ... 5

4 Warum ist Entstigmatisierung wichtig? ... 7
- 4.1 Sichtweisen Stigmatisierter (M. Steurer, Ch. Tupy, B. Jagsch, I. Machold) ... 7
- 4.2 Blickwinkel Angehöriger (I. Burdich) ... 9
- 4.3 Sichtweisen professioneller Helfer/-innen (G. Klug, M. Steffen, M. Amering) ... 11

5 Bestandserhebung (M. Nowotny, J. Strizek) ... 15
- 5.1 Methodische Vorgehensweise ... 15
  - 5.1.1 Konzeptionelle Vorarbeiten ... 15
  - 5.1.2 Erhebung ... 17
  - 5.1.3 Auswertung ... 17
- 5.2 Zusammenfassung der Ergebnisse ... 18
  - 5.2.1 Interventionsebene 1: Bewusstseinsbildung ... 23
  - 5.2.2 Interventionsebene 2: strukturelle Benachteiligung abschaffen / Chancengerechtigkeit fördern ... 25
  - 5.2.3 Interventionsebene 3: soziale Inklusion und Teilhabe fördern ... 26
  - 5.2.4 Interventionsebene 4: zentrale Einbindung Betroffener fördern ... 28
  - 5.2.5 Interventionsebene 5: Mental-Health-Advocacy ... 29
- 5.3 Limitationen ... 30
- 5.4 Diskussion und Ausblick ... 31

6 Literatur ... 36

Abbildung

Abbildung 5.1: Interventionsebenen für Anti-Stigma-Aktivitäten 16

Tabellen

Tabelle 5.1: Zielregionen der Anti-Stigma-Aktivitäten 19

Tabelle 5.2: Hauptverantwortliche Institutionen/Einrichtungen/Organisationen der gemeldeten Aktivitäten 20

Tabelle 5.3: Themenschwerpunkte der Anti-Stigma-Aktivitäten 21

Tabelle 5.4: Hauptinterventionsebenen der Anti-Stigma-Aktivitäten 22

Tabelle 5.5: Bewusstseinsbildung – Interventionsarten 24

Tabelle 5.6: Bewusstseinsbildung – Zielgruppen 25

Tabelle 5.7: Strukturelle Benachteiligung abschaffen / Chancengerechtigkeit fördern – Interventionsziele 26

Tabelle 5.8: Soziale Inklusion und Teilhabe fördern – Settings und Lebensbereiche 28

Tabelle 5.9: Zentrale Einbindung Betroffener fördern – Interventionsziele 29

Tabelle 5.10: Mental-Health-Advocacy – Interventionsarten 30

Abkürzungen

BMAFJ	Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMKÖS	Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HPE	Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter
LGBT	lesbian, gay, bisexual and transgender
MHiAP	Mental Health in All Policies
MUW	Medizinische Universität Wien
NAP	Nationaler Aktionsplan
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention

© GÖG 2020, Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1

1 Einleitung (J. Strizek, M. Nowotny)

> **„Können Sie überhaupt arbeiten? Sie sind doch nicht mehr belastbar!"**
>
> *Feststellung des Personalchefs, als ich mich um eine Stelle bewarb und er mich nach den Lücken im Lebenslauf fragte. Ich habe ihm gesagt, dass ich eine psychische Erkrankung gehabt hatte.*
>
> *Edith (42)*

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) führte im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und des Dachverbands der Sozialversicherungsträger (DVSV) in den Monaten Juli bis September 2019 eine Umfrage zur Erfassung von Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich durch. Die Erhebung erfolgte mit Unterstützung der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Dieses interdisziplinär, intersektoral und multiperspektivisch besetzte Expertengremium wurde im Rahmen des österreichischen Gesundheitsziels 9, „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern", ins Leben gerufen, um eine multistrategische Vorgehensweise gegen die Stigmatisierung psychisch Erkrankter in Österreich zu entwickeln.

Der Bedarf an einer solchen multistrategischen Vorgehensweise, die unterschiedliche wissenschaftliche Perspektiven, unterschiedliche Vertretungsorgane und unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche der öffentlichen Verwaltung inkludiert, ergibt sich daraus, dass die einschlägige Literatur sowohl darauf verweist, dass der Genese von Stigma verschiedenste soziokulturelle Ursachen zugrunde liegen, als auch darauf, dass die Folgen von Stigma ein gesamtgesellschaftliches Problem darstellen.

Die für diesen Bericht zentrale Bestandserhebung soll einen Überblick über bereits bestehende Anti-Stigma-Aktivitäten (-Programme, -Projekte, -Initiativen und -Maßnahmen) in Österreich verschaffen. Mittels Schneeballverfahrens wurde über zahlreiche Netzwerke zur Meldung von Anti-Stigma-Aktivitäten aufgerufen. Als Ergebnis dieses Aufrufs entstand eine Sammlung von über 200 Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich, die in weiterer Folge nach Interventionsebenen, -arten und -zielen sowie nach Zielgruppen strukturiert wurden.

Der vorliegende Bericht bietet eine ausführliche Dokumentation dieser Bestandserhebung und setzt diese in den Kontext der Arbeiten der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung (eine Beschreibung derselben befindet sich Kapitel 2). Aufbauend auf einer konzeptionellen Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Formen und Charakteristika von Stigma (Kapitel 3), wird die Bedeutung von Stigma – dem Paradigma eines Trialogs aus Betroffenen, Angehörigen und professionellen Helferinnen bzw. Helfern folgend – aus unterschiedlichen Perspektiven ausgelotet (Kapitel 4). Die Ergebnisse der Bestandserhebung werden in zwei Teilen präsentiert: einerseits in Form einer Kurzbeschreibung der methodischen Vorgehensweise, einer summarischen Zusammenfassung plus Diskussion der wichtigsten Ergebnisse im Kapitel 5 des vorliegenden Ergebnisberichts (Teil 1), andererseits in Form eines Verzeichnis der Aktivitäten nach Hauptinterventionsebenen, der die Beschreibungen sämtlicher berücksichtigter Aktivitäten umfasst (Teil 2).

Der gesamte Bericht wird begleitet durch Zitate von Personen, die bereit waren, ihre persönlichen Erfahrungen mit Stigmatisierung zu teilen. Diese Zitate sind grafisch vom Fließtext abgehoben, bieten konkrete Beispiele für Stigmatisierungserfahrungen und sollen damit den Blickwinkel über die primäre Zielsetzung der Bestandserhebung – sich aus konkreten Aktivitäten einen Überblick über Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich zu verschaffen – hinaus auf den ursächlichen Kontext dieser Bemühungen erweitern.

Dieser Bericht ist das Ergebnis des Zusammenwirkens unterschiedlicher Personen. Dies umfasst die Verfasser/-innen von Beiträgen und Kapiteln, die Einsender/-innen von Erfahrungsberichten, die Vertreter/-innen von Einrichtungen und Organsiationen, die Aktivitäten eingemeldet haben, und die Mitglider der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Ihnen allen gebührt Dank für ihr Engagement, das die Umsetzung und Dokumentation der Bestandserhebung ermöglicht hat.

2 Kompetenzgruppe Entstigmatisierung (A. Fox)

Die Kompetenzgruppe ist ein interdisziplinär, intersektoral und multiperspektivisch besetztes Expertinnen- und Expertengremium, welches 2018 im Rahmen des österreichischen Gesundheitsziels 9, „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern", zur Entwicklung einer multistrategischen Vorgehensweise gegen Stigma psychischer Erkrankungen in Österreich in die Welt gerufen wurde.

> **„Überleg dir gut, ob du sie als Freundin willst. Ihre Familie ist belastet, du wirst nie Kinder mit ihr haben können."**
>
> *Nachbarin zu mir, nachdem sie erfahren hatte, dass ich ein Mädchen heiraten wollte, welches eine psychische Erkrankung hatte.*
>
> *Peter (33)*

Die zehn Gesundheitsziele Österreichs bilden bis zum Jahr 2032 den Handlungsrahmen für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, und ihr übergeordnetes Ziel ist es, die Anzahl der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre zu erhöhen. Hierbei wird ein spezielles Augenmerk auf die Bedürfnisse vulnerabler Gruppen gelegt. Es geht um mehr Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität für alle, unabhängig von Bildung, Einkommen, Herkunft, Wohnumgebung oder Geschlecht. Politikfeldübergreifende Arbeitsgruppen entwickeln konkrete Strategie- und Maßnahmenkonzepte für die einzelnen Gesundheitsziele inklusive Wirkungszielen, Maßnahmen und Indikatoren. Positive Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und weiteren Politik- und Gesellschaftsbereichen wie z. B. Arbeit, Soziales, Bildung, Familien und Jugend, oder auch Kunst und Kultur können so effektiv genutzt werden.

2016 und 2017 haben sich über 40 Stakeholder intersektoral und interdisziplinär in einer Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel 9 damit beschäftigt, was sie gemeinsam tun können, um psychosoziale Gesundheit[1] noch besser in allen Bevölkerungsgruppen zu fördern[2] (BMGF 2017). Es wurden dafür folgende drei Handlungsfelder definiert (BMASGK 2019):

1. Gesundheitsförderung/Prävention/Früherkennung
2. Versorgung/Rehabilitation/Ausbildung
3. **Gesellschaft/Entstigmatisierung**

1
d. h. den Zustand des Wohlbefindens und in weiterer Folge die Fähigkeiten, normale Lebensbelastungen zu bewältigen, produktiv zu arbeiten und einen Beitrag zur Gesellschaft zu leisten

2
Gesundheitsziele Österreich: https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele

Aufgrund der Komplexität und Hartnäckigkeit des Phänomens Stigma sowie der zum Teil ernüchternden Evaluationsergebnisse bisheriger Interventionen wurde als zentrale Maßnahme des dritten Handlungsfelds das Etablieren einer „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung" bestimmt. Es war notwendig, hier einen breiten, sektorenübergreifenden Ansatz im Sinne von Mental Health in All Policies („Psychosoziale Gesundheit in allen Politikfeldern") zu wählen. Die Kompetenzgruppe bündelt Expertise aus Wissenschaft, Versorgungspraxis, Verwaltung, Kunst und Kultur, Medien sowie Erfahrungswissen und fungiert als Drehscheibe für Projekte. Ziel der Kompetenzgruppe ist die Entwicklung eines koordinierten multistrategischen Vorgehens gegen das Stigma psychischer Erkrankungen. Des Weiteren soll die Gruppe als Drehscheibe für Projekte fungieren, die durch interdisziplinären Austausch angereichert und unter Nutzung von Synergien koordiniert werden können. Die Vernetzung und Sensibilisierung der im Feld tätigen Akteurinnen/Akteure für die unterschiedlichen Perspektiven, Interessen und Ziele ist dabei wesentlich. Die Arbeiten im Rahmen des Projekts werden unter den Auftraggebern (BMSGPK, FGÖ, DVSV) sowie mit der erweiterten Planungsgruppe (die Auftraggeber, sowie BMKÖS (Kunst und Kultur), BMAFJ (Jugend), BMBWF (Schulpsychologie) laufend abgestimmt. Weitere Mitglieder der Kompetenzgruppe kommen aus den Bereichen Wissenschaft, psychosoziale Versorgungspraxis, Kultur, Recht, Medien sowie Betroffenen- und Angehörigenvertretung. Die zentrale Einbindung von Menschen, die psychische Erkrankungen erlebt haben und über die entsprechende Erfahrungsexpertise verfügen, ist ein unverzichtbares Basiselement der Anti-Stigma-Arbeit.

© GÖG 2020, Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1

3 Stigma psychischer Erkrankung (U. Meise)

> „Wenn ich einen Herzinfarkt habe, kommt die Rettung.
>
> Wenn ich eine seelische Krise habe, kommt die Polizei."
>
> *bekannter Spruch*

In seinem Roman „Der Mann ohne Eigenschaften" stellt Robert Musil fest: „Bezeichnend für jene Unglücklichen ist es, dass sie nicht nur eine minderwertige Gesundheit, sondern auch eine minderwertige Krankheit haben." Obwohl vor etwa 80 Jahren verfasst, hat diese Äußerung nichts an Gültigkeit eingebüßt. Menschen mit einer psychischen Erkrankung müssen sich auch heute nicht nur mit ihrer Krankheit, sondern auch mit den Folgen der häufig damit vergesellschafteten Stigmatisierung auseinandersetzen (Gaebel et al. 2005). Der folgende O-Ton eines Betroffenen untermauert Asmus Finzens Ansicht (Finzen 2013), dass das Stigma durch Beschädigung der Identität (Goffman 2010) eine „zweite Krankheit" bewirken kann, die sich unabhängig von der Grunderkrankung entwickelt und den weiteren Krankheitsverlauf negativ beeinflussen vermag: „Was mich vor 12 Jahren, als ich selbst an einer Depression erkrankte, am meisten erbitterte, war die Erkenntnis, wie sehr der Ruf psychischer Erkrankung das Leiden der an ihr Erkrankten verschlimmerte. Viele meiner Leidensgefährten waren von ihrer psychischen Krankheit abgestoßen und schienen sich ihrer zu schämen".

Von Irrationalität und Emotionalität geprägte Vorurteile haften an allem, was sich im „Halo" psychischen Krankseins befindet. Von Stigmatisierung betroffen sind daher nicht nur Patientinnen und Patienten, sondern auch deren Angehörige, professionelle Helfer/-innen, Behandlungsmethoden und psychiatrische Institutionen. Auch in unserer offenen Gesellschaft sind heute noch Vorurteile verbreitet, dass psychisch Erkrankte unberechenbar oder gefährlich seien und ihre Erkrankung nicht zu behandeln sei. Da diese erlernten Stereotype mit negativen Gefühlen wie Angst und Abneigung gekoppelt sind, erweisen sie sich als nicht so leicht korrigierbar. Diese soziokulturell verwurzelten Vorurteile wirken sich negativ auf die soziale Teilhabe, Lebensqualität oder die Lebenschancen von Betroffenen aus. Verspätete Behandlung, Behandlungsabbrüche, Nichtbehandlung wie auch Mängel in der psychiatrischen Versorgung tragen zu schlechten Behandlungsergebnissen bei. Somit ist das Stigma eines der letzten Hindernisse für eine Verbesserung der Situation psychisch Erkrankter (Sartorius/Schulze 2005). Albert Einstein wird folgendes Bonmot zugeschrieben: „Es ist leichter, ein Atom zu spalten als ein Vorurteil." Es verdeutlicht die Schwierigkeit, die gegenüber psychisch Erkrankten kulturell tief verwurzelten Fehleinstellungen zu verändern.

Die Friedens- und Konfliktforschung erachtet Stigma als spezielle Form der Gewalt. Es finden sich vier Felder, in denen die Stigmatisierung psychisch Erkrankter zu beobachten ist: Die „personale" oder „direkte Stigmatisierung", die „strukturelle Stigmatisierung", die „kulturelle Stigmatisierung" sowie die „Selbststigmatisierung", die auch als „internalisiertes Stigma" bezeichnet wird (Freimüller/Wölwer 2012).

» Die **personale** oder **direkte Stigmatisierung** ist am deutlichsten erkennbar. Sie erfolgt im persönlichen Kontakt durch verbale Herabsetzungen oder Ausgrenzung. Betroffene berichten,

dass sie nicht nur in ihrem Umfeld Geringachtung, Abwertung und Ablehnung erfahren, sondern all dies auch durch Personen erleiden müssen, die im Gesundheitsbereich tätig sind. Norman Sartorius, der eine weltweite Anti-Stigma-Kampagne ins Leben rief, prägte dafür die Bezeichnung „iatrogenes Stigma". Er ist der Ansicht, dass auch in der Psychiatrie tätige Berufsgruppen ihre Einstellungen und ihr Verhalten gegenüber den Patientinnen/Patienten hinterfragen sollten. Ohne es zu wollen, können etwa durch die vorschnelle oder unachtsame Vergabe einer psychiatrischen Diagnose oder durch die Nichtbeachtung sichtbarer Medikamentennebenwirkungen psychisch Erkrankte stigmatisiert werden. Auch die Tatsache, dass von Ärztinnen/Ärzten körperliche Erkrankungen bei psychiatrischen Patientinnen/Patienten oft weniger ernst genommen werden, weist auf die Existenz einer Stigmatisierung hin.

» Unter **struktureller Stigmatisierung** versteht man institutionalisierte Formen von Ungleichbehandlung, Benachteiligung oder Diskriminierung. Neben rechtlichen Benachteiligungen in gesetzlichen Bestimmungen oder in der Interpretation und Durchführung bestimmter Gesetze spielen in dieser Dimension vor allem Mängel der psychiatrischen Versorgung eine Rolle. Dafür ist teilweise eine unausgewogene Verteilung der knappen Ressourcen verantwortlich. Die zur Verfügung stehenden Mittel fließen vorzüglich in den stationären Versorgungsbereich oder in die psychopharmakologische Behandlung. Eine Kostenübernahme für auf psychisch Erkrankte zugeschnittene anerkannte Behandlungsoptionen wie die Psychotherapie oder verschiedene nichtärztliche gemeindenahe Angebote wird von den Krankenversicherungsträgern eher restriktiv gehandhabt.

» Eine **kulturelle Stigmatisierung** findet sich z. B. in der Sprache durch die missbräuchliche Verwendung von Krankheitsnamen. Auch das Bild, das durch verschiedene Medien von Menschen mit psychischen Erkrankungen gezeichnet wird, ist zumeist geprägt von Darstellungen, dass diese grundsätzlich zu Gewalttätigkeit neigten und gefährlich seien. Als Erklärung besonders schrecklicher scheinbar unmotivierter Verbrechen wird häufig das Vorliegen einer psychischen Erkrankung herangezogen. In den Berichterstattungen, die negative Stereotype und Ängste in der Bevölkerung schüren, wurde z. B. für die Tat jenes Piloten, der 2015 ein German-Wings-Flugzeug zum Absturz gebracht hatte, als Begründung ein unzulässig ausgeweiteter Depressionsbegriff verwendet. Andere Erklärungen für dieses Verbrechen, die mit einer psychischen Erkrankung nichts zu tun haben, wurden zumeist nicht berücksichtigt.

» Die **Selbststigmatisierung** behindert die Behandlung und Genesung. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben nicht nur Schwierigkeiten, die ihnen aus den nachteiligen gesellschaftlichen Reaktionen erwachsen, sondern es geschieht häufig, dass sie die Vorurteile bezüglich psychisch Erkrankter akzeptieren, sie verinnerlichen und gegen sich selbst richten. Diesen Prozess der Internalisierung negativer Stereotype beschrieb ein Betroffener bildhaft als „das Stigma auf der Innenseite der Stirn" (Knuf 2008). Eine Internalisierung des Stigmas führt zu einem verringerten Selbstwertgefühl sowie dem Gefühl unzureichender Selbstwirksamkeit. Um sich der drohenden Diskriminierung und den drohenden Abwertungen zu entziehen, verleugnen manche Betroffene ihre Erkrankung, andere isolieren sich. Dies führt nicht nur zu sozialem Rückzug oder zur Entmutigung, Lebensziele zu verfolgen, sondern es wird auch die Auseinandersetzung mit der Erkrankung oder die Akzeptanz, psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfen in Anspruch zu nehmen, unterminiert. „Die Selbststigmatisierung scheint ein gewichtiger Stein für die Hilfesuchenden zu sein; dieser Stein liegt allerdings nicht auf dem Weg, sondern im Rucksack der Betroffenen" (Schomerus 2009).

© GÖG 2020, Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1

4 Warum ist Entstigmatisierung wichtig?

4.1 Sichtweisen Stigmatisierter (M. Steurer, Ch. Tupy, B. Jagsch, I. Machold)

Wie entsteht Stigma? Was macht es mit und aus den Stigmatisierten? Wie können Stigmatisierte mit Stigma umgehen? Wie können wir Stigma beseitigen?

Begriffe wie „psychisch Kranke", „Depressive", „Schizophrene" sind stigmatisierend, da sie den Menschen mit einer Erkrankung oder Diagnose gleichsetzen und somit auf diese reduzieren. Aber auch politisch korrektere Bezeichnungen wie „psychisch Erkrankte", „Menschen mit psychischen Erkrankungen" oder „Betroffene" stigmatisieren, denn jede Form der Extrastellung ist auch eine Ausgrenzung. All die Bemühungen um Inklusion von Randgruppen beginnen zuallererst damit, die Randgruppen zu definieren und zu bezeichnen. Damit beginnt auch die Stigmatisierung. Denn wir werden zu dem, als was wir benannt werden.

Wir, die Urheberinnen und der Urheber dieser Zeilen, sehen psychische Erkrankungen als Reaktionen unseres Körpers und unseres Geistes auf schwierige, nichtbewältigbare Lebensumstände. Die oftmals bizarren Verhaltens- und Reaktionsweisen Erkrankter sehen wir als Ausdruck des Versuchs, eine schwere Daseinskrise auf persönlicher Ebene zu lösen. Solche Krisen sollten multiprofessionell und zugeschnitten auf die Bedürfnisse der jeweiligen Patientinnen/Patienten behandelt bzw. begleitet werden.

Genauso wichtig wie die Kompetenz der unterstützenden Professionistinnen/Professionisten ist für die Hilfesuchenden ein niederschwelliger Zugang zur Unterstützung. Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft der Erkrankten sind Voraussetzung für das Aufsuchen von Unterstützung und die Wirksamkeit ärztlicher Hilfe, aber sie werden konterkariert, wenn Menschen mit Blaulicht und in Handschellen eingeliefert oder in die Entscheidung über medizinische Sofortmaßnahmen nicht einbezogen werden. Die beste Behandlung verfehlt ihre Wirkung, wenn sie nicht angenommen werden kann. – Als Leitschnur für nachhaltige Behandlung sollten sich die Helfenden darauf besinnen, wie sie selbst in solch einer Situation behandelt werden wollten.

Eine Behandlung, die auf das Individuum und seine aktuelle Lebenssituation keine Rücksicht nimmt und/oder bei der über lange Zeiträume überdosiert wird, bewirkt viele Fälle von Behandlungsverweigerung oder Chronifizierung. Dadurch werden wiederum viel zu viele Menschen als „schwierig" oder „unheilbar" gebrandmarkt. Nur ein Umgang auf Augenhöhe macht es den Patientinnen/Patienten möglich, sich und ihr krisenbedingtes Verhalten zu erkennen, zu akzeptieren

„Es ist doch egal, wenn sie nicht potent sind, Sie haben ja eh Depressionen."

Mein Psychiater, nachdem ich ihn um ein anderes Medikament bat, da ich seit der Einnahme an Erektionsstörungen leide.

Sandro (30)

und auf eigenverantwortliche Weise damit umzugehen. Erst wer die Verantwortung für die eigene Gesundheit übernommen hat, kann einen selbstbewussten Umgang mit der Erkrankung entwickeln und stigmatisierenden Äußerungen entschlossen entgegentreten. Die Begleitung durch Erfahrene, die den Recovery-/Genesungsprozess erfolgreich bewältigt haben, kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten.

Klassische Karriereverläufe psychisch erkrankter Menschen zeigen Ausbildungsabbrüche, Jobverlust, den Gang zum Arbeits- oder Sozialamt. Familienbande zerreißen, Freundschaften brechen auseinander. Wenn es ganz schlimm kommt, führt der Weg in die Wohnungslosigkeit, manchmal sogar zum Suizid(versuch).

Wenn eine psychische Vorerkrankung behördlich erfasst ist, bestehen für die Betroffenen kaum oder sehr geringe Jobchancen. Ungerechte oder geringe Bezahlung, schlechte Arbeitsbedingungen und schlechte Arbeitszeitmodelle führen häufig in die Armut. Übergangsmodelle für Beschäftigungsverhältnisse, die den Möglichkeiten Genesender entsprechen, gibt es kaum.

Durch psychische Erkrankung werden viele Menschen zu Beihilfeempfängerinnen/-empfängern gemacht. Um eine Unterstützung zu erhalten, müssen sie sich offen als Behinderte deklarieren. Auf diese Weise werden Menschen mit psychischen Erkrankungen per Bescheid ausgegrenzt. Das Minimum an materieller Absicherung, die chronisch Erkrankten zugestanden wird, ist – wie ein geflügeltes Wort sagt – „zum Leben zu wenig, zum Sterben zu viel". Dabei hat jeder Mensch das Recht, seine persönlichen Potenziale zur beruflichen und privaten Entfaltung zu nutzen, und das Recht auf ein Einkommen, mit dem Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben möglich ist.

Die Psychiatrie-Erfahrenen-Bewegung könnte sich in Bezug auf Anti-Stigma-Strategien durchaus an der LGBT-Bewegung (LGBT = lesbian, gay, bisexual and transgender) ein Beispiel nehmen. So wie „schwul" vom Schimpfwort zum Status wurde, so könnte das Wort „Psycho" vom ausgrenzenden Schimpfwort dem selbstbewussten und erfolgreichen Coming-out dienen. Mit Hinweis auf die besonderen Fähigkeiten und liebenswerten Eigenschaften, die „Psychos" auch haben, könnten wir das Zum-Anderssein-Stehen zu einem positiven Zeichen des Muts zur Individualität erheben.

Wir wollen uns dafür einsetzen, dass Anti-Stigma-Projekte nur mit den Stigmatisierten gemeinsam geplant und durchgeführt werden. Wir wollen laut und deutlich über psychische Erkrankungen, vor allem über deren mögliche Ursachen, Auswirkungen und erfolgreiche Bewältigungsstrategien sprechen, damit das Stigma aufgebrochen, bearbeitet, die Krankheit angenommen und in einem anderen Licht gesehen werden kann.

Stigmatisierte brauchen eine Community, die sie stärkt. Ein wohlwollendes Umfeld ermöglicht es Menschen, zu lernen, dass sie zu sich selbst stehen, und Selbstbewusstsein aufzubauen, damit sie ein selbstbestimmtes Leben führen können. In diesem Leben soll sich niemand Gedanken über Stigma machen müssen, sondern einfach leben dürfen.

Fast jede(r) von uns hat ein Familienmitglied oder einen Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose im persönlichen Umfeld. Wir, Angehörige und Diagnostizierte, sollten offen dazu stehen dürfen – ohne Schuldgefühl, ohne Scham und ohne Angst vor Ausgrenzung.

© GÖG 2020, Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1

4.2 Blickwinkel Angehöriger (I. Burdich)

Unter Angehörigen sind hier im Prinzip alle Personen zu verstehen, die sich um einen psychisch erkrankten Menschen sorgen – Familienmitglieder, aber auch gute Freunde oder Nachbarn.

Angehörige oder Freundinnen/Freunde sind in den meisten Fällen die wichtigsten – manchmal sogar die letzten noch verbliebenen – Bezugspersonen für die erkrankten Menschen. Sie stellen damit eine enorm wichtige Ressource für deren Genesung dar und leisten vielerlei Unterstützung im Alltag.

„Ich darf dich nicht mehr besuchen, da dein Vater im ‚Narrenhaus' war."

Dies war die Aussage einer Freundin gegenüber meiner neunjährigen Tochter. Die Familie glaubt, dass ich durch meine Erkrankung gefährlich bin. Meine Tochter hat geweint, diese Situation belastet sie sehr, und ich habe Schuldgefühle.

Sebastian (31)

Wenn eine psychische Erkrankung im nahen Umfeld auftritt, kommt es für Angehörige zu zahlreichen Problemen oder Fragen, die große Unsicherheit hervorrufen, z. B.:

» Wie kann man die erkrankte Person dazu motovieren, Hilfe anzunehmen?
» Wo findet man überhaupt Hilfe?
» Wie geht man als Angehöriger mit dem erkrankten Menschen um?
» Ist man mit schuld an der Erkrankung?
» Wie kann man die finanzielle Existenzgrundlage erkrankter Menschen sichern, wenn sie für längere Zeit keiner Arbeit nachgehen können?
» Muss man sich für die Erkrankung schämen?

Hinzu kommt das Miterleben des Leids, das durch die Krankheitssymptome entsteht, oder das Miterleben grundlegender Veränderung des Lebens eines geliebten Menschen und die Sorge vor einer ungewissen Zukunft.

All das macht Angehörige unsicher, hilflos und verzweifelt. Wenn sie mit diesen Problemen allein sind, geraten sie unter einen enormen seelischen Druck.

Zu diesen ohnehin schon großen Belastungen kommt noch die **Stigmatisierung** hinzu, deren ungünstige Folgen auch Angehörige in vielerlei Hinsicht verspüren:

» die **Schuldgefühle,** die durch das lange Zeit bestehende Vorurteil erzeugt werden, die Eltern seien ursächlich schuld an der Erkrankung ihrer Kinder
» den **schlechten Ruf** psychischer Erkrankungen, ihrer Behandlung und der Medikamente, der für Angehörige zu großen Unsicherheiten führt: Soll man überhaupt zur Suche von Hilfe motivieren und raten, zu einer Psychiaterin / einem Psychiater zu gehen? Was wird im Krankenhaus passieren? Machen Psychopharmaka abhängig?
» die **große Verzweiflung,** wenn man die Fehlmeinung hört, psychische Krankheiten seien unheilbar oder nur schwer behandelbar.

Diese ungünstigen Folgen werden zumeist auch von den folgenden quälenden Fragen begleitet:

» Soll man Nachbarn von der Erkrankung erzählen, damit sie Verständnis haben, wenn z. B. in der Nacht die Musik zu laut ist, der Postkasten überquillt etc.? Oder führt das zu Ausgrenzung oder am Ende sogar zum Verlust der Wohnung?
» Schadet man dem erkrankten Familienmitglied, wenn man um Unterstützungen ansucht – wer erfährt alles davon, sind dann Berufschancen für immer vertan?
» Wird die Patientin / der Patient, wenn Ärztinnen/Ärzte (Zahnärztin/Zahnarzt, Gynäkologin/Gynäkologe, Internist/-in etc.) von der Erkrankung erfahren, schlechter oder gar nicht mehr behandelt?

Angehörige entwickeln letztlich eine große Scheu, mit anderen über die Erkrankung zu sprechen: aus Sorge, dass dem Familienmitglied Nachteile erwachsen könnten, wenn die Erkrankung publik wird oder infolge des unberechtigten Gefühls der Scham, das einem durch die Vorurteile von außen aufgedrängt wird.

Durch den engen Kontakt zu den Erkrankten erleben Angehörige aber auch hautnah das Leid mit, das durch die Vorurteile für die betroffenen Menschen entsteht: Kränkungen, Verlust des Selbstvertrauens, Schamgefühle, soziale Isolation und Vereinsamung – wenn sich Freunde abwenden oder erkrankte Menschen selbst den Kontakt meiden, um ihre Krankheit zu verbergen, Probleme am Arbeitsplatz bis hin zu Jobverlust und sozialer Not, Probleme mit Nachbarn, was im schlimmsten Fall zum Wohnungsverlust führen kann, usw. Das alles ist für Angehörige schwer mit anzusehen.

Bei vielen Erkrankten kommt es auch zur Selbststigmatisierung – dass sie also das, was an Vorurteilen und Fehlmeinungen verbreitet wird, für sich selbst annehmen und glauben, dass es tatsächlich auf sie zutrifft.

Angehörige laufen ebenfalls Gefahr der „Selbststigmatisierung" – sie schämen sich für die Erkrankung, trauen sich aufgrund der Vorurteile mit niemanden darüber zu reden, ziehen sich zurück, bekommen das Gefühl, mit ihrem Problem allein zu sein und geraten in eine Spirale von Hilflosigkeit, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Daher ist es so wichtig, sich von außen Rat und Hilfe zu holen.

Stigma führt letztlich zu Einbußen der Lebensqualität und zum Verlust der Lebensperspektiven erkrankter Menschen, weil es den Mut und die Kraft nimmt, Lebensziele auch zu verwirklichen.

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 es bewirkt, der die Genesung hemmt, und
» Angehörigen Kraft nimmt, die sie für eine möglichst genesungsfördernde Begleitung dringend benötigen würden.

© GÖG 2020, Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1

Deshalb ist es so wichtig, über psychische Erkrankungen zu reden und das Wissen der Bevölkerung darüber zu erhöhen.

Vorurteile auszuräumen geht nicht von heute auf morgen – es ist ein langwieriger und mühsamer Prozess. Besonders wichtig erscheint dabei,

» mit Betroffenen und Angehörigen direkt zu arbeiten, um ihnen Selbststigma und Schuldgefühle zu nehmen und ihr Selbstbewusstsein zu stärken,
» Information und Aufklärung junger Menschen sowie die Schulung Angehöriger von Berufsgruppen, die mit psychisch erkrankten Menschen zu tun haben (Polizistinnen/Polizisten, Sanitäter/-innen, Vertreter/-innen psychosozialer Berufe), in trialogischer Form (durch Ärztin/Arzt, Angehörige und Betroffene gemeinsam),
» Medien-Schaffende aufzuklären, damit sie sorgsam mit der Berichterstattung über psychische Erkrankung umgehen.

HPE unternimmt vielfältige Anstrengungen zur Bekämpfung der Stigmatisierung psychisch Erkrankter und ihrer Familien und ist dankbar für jede weitere Initiative.

4.3 Sichtweisen professioneller Helfer/-innen (G. Klug, M. Steffen, M. Amering)

Die Stigmatisierung einer Personengruppe mit der verallgemeinernden Zuschreibung in der Bevölkerung als negativ gesehener Attribute basiert im Allgemeinen nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern auf Hörensagen, mehr oder weniger verkürzten und falsch verstandenen Medienberichten oder bewusst lancierten falschen Darstellungen. Sie entsprechen weder der Realität im angesprochenen Bereich, noch nehmen sie in irgendeiner Weise Rücksicht auf das Individuum und unterschiedliche Ausprägungen von Problemstellungen bei jeder einzelnen Person.

Daraus entsteht über eine Vorverurteilung ein Vorurteil in der Bevölkerung, die es infolgedessen der betroffenen Gruppe von Menschen über deren bestehende Problemlage hinaus noch schwieriger macht, ihren Alltag und ihre Zugehörigkeit zu unserer Gesellschaft und Inklusion in diese zu leben.

Über die Grundproblematik hinaus wird dadurch ein massiver chronischer Stress in der Lebensführung, dem Schaffen und Erhalten von Kontakten, aber auch in Freizeit und Beruf aufgebaut.

Die Folgen chronischen Stresses für die Gesundheit der Menschen sind bekannt. Es kommt dadurch nicht nur zu deutlichen psychischen Problemstellungen, sondern auch zu einem statistisch erhöhten Risiko vieler körperlicher Erkrankungen (Infektionen, Krebserkrankungen Gefäßerkrankungen etc.).

Das bedeutet, dass Menschen, die ohnehin schon mit psychischen Gesundheitsproblemen zu kämpfen haben, zusätzlichen unnötigen Belastungen ausgesetzt werden, die ihre Gesundheit und Lebensführung stark beeinträchtigen – und das, obwohl es dafür weder fachlich noch auf die Si-

tuation der Person bezogen eine Begründung gibt. Das widerspricht allen Vorstellungen von Fairness und allen Grundrechten. Einmal in der Bevölkerung fest verankert, ist dies aber nur mehr durch sehr konsequente Gegenmaßnahmen und Aufklärung zu verändern.

Stigmatisierung gibt es in vielen Bereichen, aber in einigen davon hat sie besondere Tradition, ist bereits sehr weit verbreitet, zieht sich durch Gesetze und Medien und ist dadurch in hohem Maße selbsterhaltend.

Meinungen und Haltungen der Bevölkerung gegenüber Menschen mit psychischen/psychiatrischen Erkrankungen gehören in diesen Bereich.

Menschen mit psychischen Problemen leiden unter sehr unterschiedlichen Erkrankungen mit sowohl je nach Krankheitsart als auch nach persönlicher Betroffenheit und dem Umgang damit unterschiedlichen Ausformungen. Eine pauschalierte Zuordnung von Verhaltensweisen, Problemstellungen etc. ist daher nicht möglich und immer falsch.

Psychisch erkrankte Menschen leiden sehr häufig bereits aufgrund ihrer Lebensgeschichte, der Einschränkungen der Erkrankung, aber auch der Scham an einem verringerten Selbstwert. Das bedeutet, dass sie aus diesem Grund immer wieder Möglichkeiten, die sich ihnen bieten, nicht annehmen können.

„Was, du in der Psychiatrie?! Das hätte ich nie von dir erwartet!"

Ein ehemaliger Arbeitskollege, nachdem er mich im Gang eines Krankenhauses traf. Er hatte erfahren, dass ich mich stationär in die psychiatrische Abteilung hatte aufnehmen lassen. Ich habe mich dann geschämt.

Franz (66)

Die bestehende Stigmatisierung in der Gesellschaft macht es ihnen zusätzlich schwer, sich gleichwertig in der Gesellschaft zu bewegen. Das Bekanntwerden der Erkrankung führt zu massiven Einschränkungen der Möglichkeiten in Bezug auf Arbeit, aber auch familiäre und freundschaftliche Beziehungen. Einerseits ziehen sich dadurch viele Menschen verunsichert aus dem Kontakt zurück. Andererseits kommt es auch zu einer inneren Stigmatisierung. Erkrankte Menschen haben ja vor ihrer Erkrankung die Grundhaltung der Gesellschaft aufgenommen und wenden diese später auch auf sich selbst an, wodurch sie sich nicht gleichwertig, wenn nicht sogar wertlos fühlen.

Daraus entsteht Rückzug, der die grundlegenden Probleme verstärkt, zu wesentlich späterer Inanspruchnahme von Unterstützung führt und die Chronifizierung der Erkrankung begünstigt – und dies, obwohl wissenschaftlich völlig klar ist, dass eine Behandlung und Unterstützung so früh als möglich erfolgen soll, um den späteren Ausgang so positiv als möglich zu gestalten.

Der Selbstwert der Person, ihr Vertrauen in sich und ihre Fähigkeit zur Gestaltung eines neuen Lebens nach der Erkrankung (Recovery) ist aber von zentraler Wichtigkeit im gesamten Prozess. Die Stigmatisierung arbeitet dem entgegen und bewirkt damit höheres und längeres Leid bei den

© GÖG 2020, Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1

betroffenen Menschen selbst, aber auch mehr und längeren Betreuungs- und Behandlungsaufwand für die versorgenden Systeme.

Das Ziel der professionellen Helfer/-innen ist es, dass die Menschen im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention so rasch als möglich unterstützt werden, diese Unterstützung an ihre individuellen Bedürfnisse angepasst ist, sie so lange wie notwendig aufrechterhalten wird und sie darin gestärkt werden, ihr Leben wieder zunehmend selbst und eigenverantwortlich zu gestalten. Stigmatisierung hinwiederum beeinflusst diese Aufgabe auf vielen Ebenen negativ:

In der psychiatrischen Versorgung werden zum Teil nicht die gleichen Maßstäbe angewandt wie in der übrigen medizinischen Versorgung. Für fachlich nachgewiesen effiziente Behandlungsmethoden werden die Kosten nicht oder nur teilweise übernommen, der Mangel an Fachkräften wird diskutiert, aber nicht gelöst, es gibt einschränkende und stigmatisierende Formulierungen in Gesetzen und Verordnungen etc. Durch diese Stigmatisierung fehlt auch ein von der Bevölkerung getragener politischer Wille, für die professionelle Versorgung psychisch erkrankter Menschen die notwendigen finanziellen Mittel aufzuwenden.

Präventions- und Versorgungsbemühungen verlieren dadurch einen Teil ihrer Wirksamkeit. Es ist schwieriger, öffentlich diese Themen mit Betroffenen zu besprechen oder Programme in Betrieben abzuwickeln. Klar notwendige Zuweisungen zu spezialisierten Hilfen bedürfen längerer Motivationsarbeit, und die in der UN-Konvention für Menschen mit Behinderung geforderte Inklusion in die Gesellschaft wird massiv erschwert.

Stigmatisierung führt dazu, dass notwendige Themen schwerer zu besprechen sind und notwendige finanzielle Mittel erst nach deutlich mehr Überzeugungsaufwand freigemacht werden.

In manchen Bereichen werden von psychischer Erkrankung betroffene Menschen immer noch (meist ohne Absicht) mit ihren speziellen Bedürfnissen nicht mitgedacht, manchmal auch gerade aus diesem Grund als lästig empfunden. Als Beispiele gelten hier exemplarisch folgende Themen: in der derzeitig aktuellen Pflegediskussion die Pflege psychisch erkrankter Menschen inkl. Pflegegeld, aber auch z. B. die mobile psychiatrische Betreuung für ältere Menschen als spezielles Thema parallel zur physischen mobilen Betreuung.

Es fehlt im Bereich psychischer Erkrankungen – auch wegen der Stigmatisierung davon Betroffener – überall an Ressourcen: Durch die verspätete oder gar nicht erfolgende Inanspruchnahme der viel zu wenigen niederschwelligen extramuralen Unterstützungsangebote kommt es häufig zu zwangsweisen, fremdbestimmten Aufnahmen in der stationären Psychiatrie. Damit wird diese Unterstützung oft als negativ oder nicht effizient erlebt, was wiederum die Hemmschwelle erhöht, in Zukunft solche Unterstützungsangebote frühzeitig in Anspruch zu nehmen (circulus vitiosus).

Für die stationäre Versorgung bedeutet dies, dass immer mehr Menschen erst in hocheskalierten Situationen aufgenommen werden, sodass ein großer Teil der klinischen Ressourcen für die Krisenintervention und Sicherung der Person aufgewandt werden muss und für eine nachhaltige therapeutische Betreuung von Menschen mit weniger dramatischen Zustandsbildern weniger Zeit zur Verfügung steht.

Psychiatrische Abteilungen sind unter gesetzlich genau bestimmten Voraussetzungen berechtigt und verpflichtet, Zwangsmaßnahmen bei untergebrachten Patientinnen/Patienten durchzuführen, also eine hoheitliche Zwangsgewalt auszuüben. Auch diese Tatsache führt zu einer Stigmatisierung von Patientinnen/Patienten mit psychischen Erkrankungen und „der Psychiatrie" an sich. Bedenklich dabei ist, dass die Anzahl der Unterbringungen in Österreich seit Einführung des Unterbringungsgesetzes 1991 stark gestiegen ist: Waren im Jahr 1992 österreichweit noch 7.335 Unterbringungen ohne Verlangen durchgeführt worden, so vervielfachte sich diese Anzahl bis zum Jahr 2018 auf 25.461!

Um dieser Form der Stigmatisierung wirksam zu begegnen, ist es wichtig, die Zahl der Zwangsmaßnahmen in möglichst offen geführten psychiatrischen Abteilungen deutlich zu senken, wobei hier auch die Träger der Krankenanstalten gefordert sind, die dafür notwendigen Ressourcen bereitzustellen.

Es ist den Menschen oft nicht bewusst, dass es durch Stigmatisierung und die daraus folgende zu späte Behandlung zu Eskalationen und Krisen mit eventuell daraus resultierender zwangsweiser Unterbringung kommt, die zu einer weiteren Verstärkung der Stigmatisierung führen. Es besteht also ein selbsterhaltender Kreislauf der Vorurteilsbildung, der nur durch Entstigmatisierungsprogramme allein kaum zu durchbrechen ist. Erst die Verbesserung aller Teilgebiete der Versorgung ermöglicht einen wirklich nachhaltigen Erfolg.

Natürlich ist den Helferinnen und Helfern bewusst, dass auch sie selbst von stigmatisierendem Denken nicht frei sind. Sie müssen sich immer wieder daran erinnern, sich von der am Problem und den Defiziten orientierten Sichtweise hin zum Sehen der Ressourcen und Fähigkeiten zu bewegen, um dem Menschen als Ganzem gerecht zu werden.

Anti-Stigma-Kampagnen durch Fachleute, die sich aufklärend an die Bevölkerung wenden, sind leider nur begrenzt wirksam. Heute ist klar, dass das Sichtbarwerden von Menschen, die aus eigener Erfahrung von psychischer Erkrankung und diesbezüglichen Genesungswegen berichten, und der Kontakt mit ihnen die wichtigsten Bestandteile von Initiativen sind, die tatsächliche Veränderungen bewirken können. Jenen Menschen, die den Mut zu solchem Engagement haben und von denen es so viel zu lernen und zu erfahren gibt, gehört unsere Bewunderung und Unterstützung.

© GÖG 2020, Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1

5 Bestandserhebung (M. Nowotny, J. Strizek)

> **„Wann wollen Sie endlich wieder arbeiten gehen? Sie waren jetzt sechs Wochen in der Reha!"**
>
> *Eine Ärztin beim Kontrolltermin in der Krankenkasse. Dieser Vorwurf wurde mir gemacht, nachdem ich nach einer Belastungsdepression aus der Reha gekommen war.*
>
> *Angelika (52)*

Die Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich wurde vom GÖG-Team in enger Abstimmung mit der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung konzipiert und durchgeführt. Sie stellt das erste Zwischenprodukt des Expertengremiums dar. Die Ergebnisse der Bestandserhebung sollen einen ersten Überblick über Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich liefern. Dabei wurde der Begriff Aktivität als Sammelbegriff für Programme, Projekte, Initiativen und Maßnahmen zur Reduktion von Stigma bzw. zur Förderung der Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen bewusst gewählt, um ein möglichst breites Spektrum von Anbietern anzusprechen. Der vorliegende Ergebnisbericht soll einerseits durch Publikation der einzelnen Darstellungen Austausch und Vernetzung der in Österreich im Rahmen von Anti-Stigma-Aktivitäten tätigen Akteurinnen und Akteure fördern und andererseits der Kompetenzgruppe als Ausgangsbasis für die Entwicklung eines Empfehlungskatalogs für ein koordiniertes multistrategisches Vorgehen gegen Stigma psychischer Erkrankungen in Österreich dienen.

5.1 Methodische Vorgehensweise

5.1.1 Konzeptionelle Vorarbeiten

In einem ersten Schritt wurden Interventionsebenen für Anti-Stigma-Aktivitäten definiert. Ausgehend von einem prozesshaften Verständnis von Stigmatisierung, bei dem Menschen mit einer psychischen Erkrankung aufgrund gesellschaftlich vorherrschender negativer Stereotype und infolge damit verbundener Vorurteile als minderwertig betrachtet, unter Druck gesetzt, in ihrer Identität beschädigt, diskriminiert oder gar aus der Gesellschaft ausgeschlossen werden, soll auch das Interventionsspektrum diesen Prozess in seiner gesamten Bandbreite berücksichtigen. In Arbeitsgruppen der Kompetenzgruppe wurden Komponenten und Ziele von Anti-Stigma-Interventionen identifiziert, gruppiert und auf Basis von Expertenwissen ergänzt. Dabei wurde besonders darauf Wert gelegt, nicht nur den Interventionsbereich der Bewusstseinsbildung abzudecken, sondern auch den Inklusionsaspekt mehr in den Vordergrund zu rücken. Hier konnten auch Erfahrungen und Ziele der Behindertenrechtsbewegung mit einfließen, eingebracht von der Kompentenzgruppe angehörenden einschlägigen Expertinnen/Experten. Entlang der Interventionsbandbreite (Einstellungsebene bis Handlungsebene) wurden drei Säulen identifiziert:

1. Bewusstseinsbildung
2. strukturelle Benachteiligung abschaffen / Chancengerechtigkeit fördern
3. soziale Teilhabe und Inklusion fördern

Weiters wurden auch zwei wichtige Querschnittsebenen der Anti-Stigma-Arbeit hervorgehoben, und zwar:

4. die zentrale Einbindung Betroffener fördern
5. Mental-Health-Advocacy[3]

Basierend auf diesen konzeptionellen Überlegungen, wurden die fünf Interventionsebenen für Anti-Stigma-Aktivitäten formuliert (siehe Abbildung 5.1).

Abbildung 5.1:
Interventionsebenen für Anti-Stigma-Aktivitäten

Quelle: konzeptionelle Vorarbeiten der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung 2019; Darstellung: GÖG

3
Förderung der Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Reduktion von Stigmatisierung und Diskriminierung durch unterschiedliche Akteurinnen/Akteure und Aktivitäten (WHO 2003)

© GÖG 2020, Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1

5.1.2 Erhebung

Einschlusskriterien: Für die Aufnahme der gemeldeten Aktivitäten in die Erhebung wurden zwei Einschlusskriterien formuliert:

» Fokus auf psychische Gesundheit/Erkrankungen bzw. Zielgruppe Menschen mit psychischen Erkrankungen[4] (deren Angehörige, Berufsgruppen psychosozialer Versorgung)

» Fokus auf Entstigmatisierung (Bewusstseinsbildung, Schutz vor Diskriminierung / Chancengerechtigkeit, Inklusion)

Beobachtungszeitraum: In die Erhebung wurden aktuelle und rezente (in den letzten fünf Jahren durchgeführte) Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich eingeschlossen. Für Gesetze, verbindliche Dokumente und Forschungsarbeiten mit anhaltender Wirkung und Relevanz wurde ein entsprechend längerer Zeitraum zugelassen.

Zur Erfassung der rezenten und aktuellen Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich wurde ein Erhebungsbogen entwickelt, der mittels Schneeballverfahrens per E-Mail-Verteilung (sowie über Ankündigungen in Newslettern und auf Homepages) in den Monaten Juli bis September 2019 in Umlauf gebracht wurde. Seine Verteilung erfolgte primär über die Expertinnen und Experten der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung, welche die Erhebungsunterlagen intern (innerhalb der eigenen Institutionen und Organisationen) und extern (an diverse Verteiler, Partnerorganisationen und engagierte Einzelpersonen) weiterleiteten. Im Vorfeld wurden Bereiche identifiziert, die von den Verteilersystemen der Kompetenzgruppenmitglieder und von jenen ihrer Institutionen nicht abgedeckt wurden. Hierfür wurden ergänzende Aussendungen vorgenommen. Aufgrund des Erhebungszeitraums über die Sommermonate wurden insgesamt drei Aussendungswellen durchgeführt.

5.1.3 Auswertung

Die Durchsicht und Kategorisierung der Erhebungsblätter nahmen zwei Personen des GÖG-Teams unabhängig voneinander vor. Regelmäßige Abstimmungen wurden durchgeführt, bis eine einheitliche Systematik in der Zuteilung der gemeldeten Aktivitäten zu Hauptinterventionsebenen erzielt werden konnte. In Arbeitsgruppen der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung wurden beispielhaft Aktivitäten diskutiert, um die Einschlusskriterien zu reflektieren und ein Ausschlusskriterium zu definieren. Als ein solches Ausschlusskriterium wurden nichtstigmaspezifische psychosoziale Versorgungsangebote definiert. Hierzu gehören etablierte Therapie-, Behandlungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. Psychotherapie, Beratungsstellen), aber auch neue Angebote für Zielgruppen, die bislang nicht erreicht wurden oder nur schwer zu erreichen sind (z. B. männerspezifische Angebote). Während Aktivitäten zur Sicherstellung der Qualität der psychosozialen

---

4
Alle psychischen Erkrankungen nach ICD-10 (F-Diagnosen) außer Lernschwierigkeiten (ICD-10 „Intelligenzminderung“) werden gezählt.

Angebote eingeschlossen wurden (z. B. Entwicklung von Standards, Aufnahme der psychischen Gesundheit in verbindliche Planungsdokumente), wurde entschieden, dass eine Abbildung der psychosozialen Versorgungslandschaft im Rahmen der vorliegenden Erhebung nicht geleistet werden kann.

5.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

„Als was wollen Sie da arbeiten, als Risiko?"

Reaktion meines Psychiaters, als ich ihm bei der Kontrolle erzählte, dass ich mich um eine Stelle bei einer Versicherung bewerbe.

Judith (43)

Es wurden 272 Aktivitäten rückgemeldet. Davon wurden 33 als doppelte Meldungen gewertet, d. h. dass eine Aktivität von mehreren Institutionen gemeldet wurde: Ausgewählt wurde bei doppelter Meldung jeweils die Meldung der hauptverantwortlichen Organisation, bzw. wurde im Falle einer zentralen Meldung (bundesweit oder bundeslandübergreifend) diese eingeschlossen und wurden die regionalen Meldungen der gleichen Aktivität als doppelt gewertet. Weitere 32 Aktivitäten wurden ausgeschlossen, da sie entweder die Einschlusskriterien nicht erfüllten oder als nichtstigmaspezifisches psychosoziales Versorgungsangebot gewertet. Es wurden insgesamt 207 Aktivitäten in die Erhebung eingeschlossen.

Rund zwei Drittel (68 %) sind regionale Aktivitäten (Bundesland oder Gemeinde). 34 Prozent der Aktivitäten haben (auch) einen überregionalen Wirkungsbereich oder werden bundesweit angeboten. Die häufigsten Zielregionen der regionalen Aktivitäten sind Wien (16 %), Oberösterreich (13 %) und Tirol (8 %; siehe Tabelle 5.1).

© GÖG 2020, Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1

Tabelle 5.1:
Zielregionen der Anti-Stigma-Aktivitäten

Zielregionen	Anzahl (Mehrfachantworten)	Prozent (N = 207)
international	9	4 %
Österreich	64	31 %
Burgenland	11	5 %
Kärnten	14	7 %
Niederösterreich	13	6 %
Oberösterreich	26	13 %
Salzburg	15	7 %
Steiermark	13	6 %
Tirol	17	8 %
Vorarlberg	10	5 %
Wien	33	16 %

Erhebung und Darstellung: GÖG

Der größte Anteil (36 %) der gemeldeten Aktivitäten wird von psychosozialen Versorgungsanbietern durchgeführt. Zwölf Prozent werden von Bund, Ländern, Gemeinden oder im Rahmen der Gesundheitsversorgung gemeinsam mit der Sozialversicherung getragen. Sieben Prozent der Aktivitäten werden von Gesundheitsförderungs- und Präventionsanbietern durchgeführt. Jeweils sechs Prozent der Aktivitäten werden von Betroffenenorganisationen, der Angehörigenorganisation HPE und von Universitäten/Fachhochschulen/Forschungsinstituten angeboten. Weitere Anbieter stammen aus den Bereichen Kunst und Kultur, Bildung, Rechtsvertretung und Rechtsschutz (z. B. Patientenanwaltschaft, Erwachsenenschutzvereine, Netzwerk Kinderrechte), Sport, Wohnungslosenhilfe, sind themenspezifische Interessengemeinschaften und Organisationsnetzwerke (z. B. ganznormal.at, Armutskonferenz) oder Aktivitäten der offenen Jugendarbeit oder Schülerinitiativen. Die nach Angaben in den Erhebungsblättern hauptverantwortlichen Organisationen werden in der nachfolgenden Tabelle dargestellt (siehe Tabelle 5.2).

Tabelle 5.2:
Hauptverantwortliche Institutionen/Einrichtungen/Organisationen der gemeldeten Aktivitäten

hauptverantwortliche Institutionen/Einrichtungen/Organisationen	Anzahl*	Prozent (N = 207)
psychosoziale Versorgungsanbieter*	74	36 %
Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherungsträger	24	12 %
Gesundheitsförderungs-/Präventionsinstitute	14	7 %
Universitäten, Fachhochschulen, Forschungsinstitute*	13	6 %
Betroffenenorganisationen/-initiativen	12	6 %
Angehörigenorganisationen/-initiativen	12	6 %
Kunst- und Kulturanbieter*	9	4 %
Fachgesellschaften, Berufsverbände*	9	4 %
Bildungsdirektionen	7	3 %
trialogische Kooperationen (gemeinsame Verantwortung durch psychosoziale Versorgungsanbieter, Betroffenen- und Angehörigenorganisationen) und trialogische Vereine	6	3 %
Rechtsvertretungs- und Rechtsschutzorganisationen/-netzwerke	5	2 %
Sportvereine	5	2 %
pädagogische Hochschulen	4	2 %
Bildungs- und Beratungsinstitute	4	2 %
medizinische Einrichtungen	3	1 %
Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	3	1 %
Interessengemeinschaften und Netzwerke	3	1 %
offene Jugendarbeit und Schülerinitiativen	3	1 %

*vereinzelt Mehrfachangaben: Gemeinsame Verantwortung einerseits von psychosozialen Versorgungsanbietern und Kunst- und Kultureinrichtungen sowie andererseits von Berufsverbänden und Forschungsinstituten wurde doppelt gezählt (insgesamt drei).

Erhebung und Darstellung: GÖG

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Aktivitäten wurden nach Themen gegliedert. Hiernach beziehen sich 62 Prozent der Aktivitäten allgemein auf psychische Erkrankungen, zwölf Prozent der Aktivitäten thematisieren psychische Gesundheit oder gesundheitsrelevante Kompetenzen (z. B. emotionale und soziale Kompetenzen, Krisenbewältigungsstrategien), ebenfalls zwölf Prozent sind spezifisch für Sucht, je sieben Prozent für Demenz und Suizid, und fünf Prozent der Interventionen haben Depression als Schwerpunktthema. Andere spezifische Themenschwerpunkte (8 %) oder weiter gefasste Themen, die psychische Erkrankungen bzw. Menschen mit psychischen Erkrankungen explizit mitberücksichtigen (7 %), wurden in der nachfolgenden Darstellung (siehe Tabelle 5.3) jeweils zusammengefasst.

© GÖG 2020, Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1

Tabelle 5.3:
Themenschwerpunkte der Anti-Stigma-Aktivitäten

Themenschwerpunkte	Anzahl (Mehrfachantworten)	Prozent (N = 207)
psychische Gesundheit und gesundheitsrelevante Kompetenzen	25	12 %
psychische Erkrankungen	129	62 %
Sucht	24	12 %
Demenz	15	7 %
Suizid	15	7 %
Depression	10	5 %
sonstige spezifische Schwerpunkte (z. B. Angst, Trauma, Autismus, Forensik, Geschichte der Psychiatrie)	17	8 %
sonstige weiter gefasste Schwerpunkte (z. B. Behinderung/Beeinträchtigung, sozioökonomische Benachteiligung)	15	7 %

Erhebung und Darstellung: GÖG

Die gemeldeten Aktivitäten sind in Bezug auf Interventionsebenen, Ziele, Reichweite und Häufigkeit sehr heterogen. Es wurden sowohl einmalige Aktionen als auch Projekte gemeldet, die eine längere Laufzeit aufweisen und an mehreren Ebenen gleichzeitig ansetzen, um das gewünschte Ziel zu erreichen. Diese Unterschiede erschweren eine systematische Gruppierung und eindeutige Kategorisierung. Die Zuteilung zu Hauptinterventionsebenen (Ebenen 1 bis 5, siehe Abbildung 5.1 und Tabelle 5.4) erfolgte auf Basis der in den Beschreibungen vordergründigen Ebene. Eine Ziffer hinter dem Komma verweist darauf, dass auch andere Ebenen eine wichtige Rolle spielen, z. B. 3,1: Inklusionsprojekte mit starker Bewusstseinsbildungskomponente (z. B. Demenzfreundliche Gemeinden).

Konzeptionelle Überschneidungen der fünf Interventionsebenen betreffen insbesondere die beiden Querschnittsebenen *4. zentrale Einbindung Betroffener fördern* und *5. Mental-Health-Advocacy.* Hier musste eine Entscheidung getroffen werden, welche Interventionsarten zu welcher Hauptinterventionsebene zu zählen sind. Grundsätzlich wurde den drei Säulen *1. Bewusstseinsbildung, 2. strukturelle Benachteiligung abschaffen / Chancengerechtigkeit fördern* und *3. soziale Inklusion und Teilhabe fördern* der Vorzug gegeben, z. B. 1,4: kontaktbasierte Information und Aufklärung (z. B. trialogisch geführte Polizeischulungen).

Ausnahmen wurden dann gemacht, wenn die Ziele der Querschnittsebenen eindeutig im Vordergrund standen. Im Falle der Querschnittsebene 4 bedeutet das die Stärkung der Betroffenenbewegung: Stärkung der/des Einzelnen durch zielgruppenspezifische Bewusstseinsbildung (Bekämpfung der Selbststigmatisierung), Stärkung des Kollektivs durch Interessenvertretungsaktivitäten und durch Etablierung der Betroffenenbeteiligung als Standard, z. B. 4,1: Angebote zur Bekämpfung der Selbststigmatisierung, 4,3: Betroffenenbeteiligung als Standard etablieren.

Bei der Interventionsebene 5 stehen die Fürsprache und das Engagement von Gruppen sowie der Zusammenschluss verschiedener Akteurinnen und Akteure zur Förderung der Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Vordergrund. Überschneidungen zur Ebene der Bewusstseinsbildung ergeben sich hier bei der Formulierung und Einhaltung von Medienempfehlungen, einigen Protestaktionen und dem Austausch im Trialog. Bei diesen Aktivitäten stehen die Zusammenarbeit und zielgerichtetes Handeln bestimmter Personengruppen im Vordergrund, daher wurden sie der Interventionsebene 5 zugeteilt, z. B. 5,1: Entwicklung von Medienempfehlungen.

Es wurden Aktivitäten zu allen definierten Interventionsebenen gemeldet. Bei 57 Prozent der Aktivitäten steht die *Bewusstseinsbildung* im Vordergrund (Ebene 1), 18 Prozent der Aktivitäten stellen primär Maßnahmen zur *Förderung der sozialen Inklusion und Teilhabe* dar (Ebene 3). Jeweils unter zehn Prozent der Aktivitäten konnten vorrangig den Hauptinterventionsebenen *zentrale Einbindung Betroffener fördern* (4), *Mental-Health-Advocacy* (5) und *strukturelle Benachteiligung abschaffen / Chancengerechtigkeit fördern* (2) zugeteilt werden (siehe Tabelle 5.4).

Tabelle 5.4:
Hauptinterventionsebenen der Anti-Stigma-Aktivitäten

Hauptinterventionsebenen		Anzahl	Prozent (N = 207)
1.	Bewusstseinsbildung	118	57 %
2.	strukturelle Benachteiligung abschaffen / Chancengerechtigkeit fördern	16	8 %
3.	soziale Inklusion und Teilhabe fördern	37	18 %
4.	zentrale Einbindung Betroffener fördern	18	9 %
5.	Mental-Health-Advocacy	18	9 %

Erhebung und Darstellung: GÖG

In einer weiteren Rubrik des Erhebungsblatts wurde die Einbindung Betroffener und/oder Angehöriger erhoben. Die Antworten wurden gesichtet und danach bewertet, ob eine aktiven Einbindung Betroffener, d. h. deren Einbindung in Projektplanung und -umsetzung laut Beschreibung stattgefunden hat: Hiernach war eine solche Einbindung in 46 Prozent (n = 95) der Aktivitäten gegeben, bei weiteren vier Prozent (n = 9) wurden Betroffene zumindest teilweise eingebunden (z. B. Beratung oder Feedback vor Projektstart).

5.2.1 Interventionsebene 1: Bewusstseinsbildung

Der weitgefasste Bereich der Bewusstseinsbildung ist der bekannteste und am häufigsten mit Anti-Stigma-Aktivitäten assoziierte Interventionsbereich und zielt darauf ab, durch den Abbau von Vorurteilen Einstellungsänderungen in der Bevölkerung oder bei bestimmten Zielgruppen zu erreichen (z. B. professionelle Helfer/-innen der psychosozialen Versorgung, Journalistinnen/Journalisten und Medienverantwortliche, Gatekeeper im Gesundheits- und Sozialbereich, Kinder und Jugendliche, Unternehmer/-innen, Führungskräfte, Erwerbstätige, Vollzugsbehörden, Polizei und Sicherheitskräfte).

> **„Von wem hast du das nur? In unserer Familie gibt es keine ‚Narrischen', reiß dich zusammen!"**
>
> *Klage des Vaters, als er mich in der Klinik besuchte.*
>
> *Michael (22)*

Dabei kann

- die kognitive Ebene durch Bereitstellung von Information und Aufklärung adressiert werden (d. h. Vermittlung von Wissen über psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen, Therapien und Hilfsangebote, aber auch z. B. Geschichte und Wandel der Psychiatrie),
- die emotionale Ebene durch Begegnung und Vermittlung der Erfahrungsperspektive (z. B. Krankheits-, Bewältigungs- sowie Stigmatisierungserfahrungen) zur Steigerung der Empathie oder
- die Verhaltensebene durch Vermittlung von Skills (z. B. von Krisenbewältigungsstrategien, Gesprächsführung oder gesundheitsrelevanten Basiskompetenzen wie etwa emotionalen und sozialen Kompetenzen) adressiert werden.

Zur Bewusstseinsbildung gehören des Weiteren Entmythisierung, Enttabuisierung, Imageverbesserung und das Anregen von Diskursen. Die laut den Studienergebnissen effektivste Komponente der Bewusstseinsbildung ist die Begegnung mit Betroffenen, weshalb die Einbindung Betroffener (und auch Angehöriger) in bewusstseinsbildende Interventionen wie z. B. Informationsveranstaltungen und Schulungsprojekte als Standard empfohlen wird (Stuart 2017).

Die Gruppierung dieser Interventionsebene erfolgte nach Interventionsart. 44 Prozent der gemeldeten Aktivitäten sind *Schulungen, Workshops oder Seminare,* 15 Prozent *Kunst- und Kulturveranstaltungen,* 14 Prozent *Medienkampagnen und Medienprojekte,* und elf Prozent fallen unter *Forschung und Grundlagenberichte.* Informationsaustausch im Rahmen von *Tagungen, Fachveranstaltungen und Vernetzung* sowie Information und Aufklärung bei *Infoveranstaltungen und Vorträgen* machen jeweils weniger als zehn Prozent der gemeldeten Aktivitäten aus. *Als Mehrebenenprogramm* wurde das Bündnis gegen Depression eingemeldet.

Tabelle 5.5:
Bewusstseinsbildung – Interventionsarten

Interventionsarten	Anzahl	Prozent (N = 118)
Mehrebenenprogramme (A1)	1	1 %
Medienkampagnen und Medienprojekte (A2–A18)	17	14 %
Kunst- und Kulturveranstaltungen (A19–A36)	18	15 %
Infoveranstaltungen, Vorträge (A37–A45)	9	8 %
Tagungen, Fachveranstaltungen, Vernetzung (A46–A53)	8	7 %
Schulungen, Workshops, Seminare (A54–A105)	51	44 %
Forschung und Grundlagenberichte (A106–A118)	13	11 %

Die gemeldeten Aktivitäten sind im Teil 2 (A1–A118) wie in dieser Tabelle angegeben nach Interventionsart gereiht.

Erhebung und Darstellung: GÖG

Eine Reihe von Zielgruppen soll durch die gemeldeten Bewusstseinsbildungsaktivitäten angesprochen werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass es die Möglichkeit gab, mehrere Zielgruppen anzugeben, aber nicht jeder angeführten Zielgruppe ein zielgruppenspezifisches Angebot zugehört. Dies gilt insbesondere für Betroffene und Angehörige, die bei den Interventionsarten Tagungen, Fachveranstaltungen, Vernetzung sowie Forschung und Grundlagenberichte häufig explizit angeführt wurden.

42 Prozent der Bewusstseinsbildungsaktivitäten sollen die allgemeine Bevölkerung ansprechen. Dies trifft insbesondere auf die Interventionsarten Medienkampagnen und Medienprojekte, Kunst- und Kulturveranstaltungen, Informationsveranstaltungen, Vorträge und Mehrebenenprogramme zu. Aber auch Forschungsergebnisse und Grundlagenberichte sind der interessierten Öffentlichkeit zugänglich.

Angehörige der Gesundheitsberufe werden im Rahmen von Gatekeeper-Schulungen zu speziellen Themen geschult, im Rahmen von Tagungen, Fachveranstaltungen und Vernetzung durch Information und Austausch sensibilisiert oder als Fachöffentlichkeit über Forschungspublikationen und Grundlagenberichte informiert (29 % der Aktivitäten).

28 Prozent der Bewusstseinsbildungsaktivitäten sind auf Kinder und Jugendliche zugeschnitten. Hier handelt es sich überwiegend um Schulungen, Workshops und Seminare, aber auch um Kulturveranstaltungen mit themenspezifischen Inhalten wie Kabarett, Theater, Kinofilme oder Medienprojekte (z. B. Websites und digitale Kommunikationsangebote).

Zu den durch die Aktivitäten häufig angesprochenen Zielgruppen gehören weiters Pädagoginnen und Pädagogen, Direktorinnen und Direktoren und Vertreter/-innen der Berufe des schulischen Stützsystems (15 %) sowie Schlüsselpersonen und politische Entscheidungsträger/-innen (13 %) (siehe Tabelle 5.6)

Tabelle 5.6:
Bewusstseinsbildung – Zielgruppen

Zielgruppen	Anzahl (Mehrfachantworten)	Prozent (N = 118)
allgemeine Bevölkerung	50	43 %
Angehörige der Gesundheitsberufe	34	29 %
Kinder und Jugendliche	33	28 %
Pädagoginnen/Pädagogen, Direktorinnen/Direktoren, Vertreter/-innen der Berufe des schulischen Stützsystems	18	15 %
Betroffene	18	15 %
Meinungsbildner/-innen, politische Entscheidungsträger/-innen	15	13 %
Angehörige	13	11 %
Studentinnen/Studenten	8	7 %
Mitarbeiter/-innen, Führungskräfte	7	6 %
Eltern	6	5 %
alte Menschen	2	2 %
Polizistinnen/Polizisten	2	2 %
Journalistinnen/Journalisten	2	2 %
Betreuungspersonal im Sport	1	1%
andere (größere Gruppen, z. B. Menschen mit Beeinträchtigungen, oder unbestimmte Angaben, z. B. „diverse Zielgruppen“)	11	9 %

Erhebung und Darstellung: GÖG

Ein Drittel (33 %) der Aktivitäten dieser Interventionsebene ist kontaktbasiert. Betroffene und/oder Angehörige erzählen im Rahmen von Schulungen oder Infoveranstaltungen über ihre eigenen Erfahrungen mit der Erkrankung, nehmen an Podiumsdiskussionen teil, halten Vorträge, posten ihre Geschichten auf Homepages, bieten Begegnung und offenen Austausch im Rahmen von Kulturprojekten an, forschen, lehren oder starten diskursanregende Initiativen.

5.2.2 Interventionsebene 2: strukturelle Benachteiligung abschaffen / Chancengerechtigkeit fördern

Bei der Interventionsebene *strukturelle Benachteiligung abschaffen / Chancengerechtigkeit fördern* geht es in erster Linie um Maßnahmen zur Beseitigung strukturellen Stigmas. Benachteiligungen, die es im Rahmen von Anti-Stigma-Bemühungen zu identifizieren und zu beseitigen gilt, können sich auf Gesetzes-, System- und institutioneller Ebene etabliert haben. Die gemeldeten Aktivitäten wurden im Folgenden nach Interventionszielen unterteilt (siehe Tabelle 5.7).

Schutz vor Diskriminierung durch Gesetze, Gesetzesreformen und Rechtsvertretung bildet die erste Kategorie. Hierunter fallen das seit 1. 7. 2018 in Kraft stehende Erwachsenenschutzgesetz mit Erhalt und Förderung der Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Erkrankungen,

das Recht auf Bewegungsfreiheit und die Bewohnervertretung im Rahmen des Heimaufenthaltsgesetzes, das Recht, den Wohnsitz frei zu wählen (Erwachsenenschutzgesetz) und relevante Textstellen der UN-Kinderrechtskonvention und des Bundesverfassungsgesetzes für Kinderrechte.

Zum Interventionsziel *Zugänge ermöglichen* wurden Angebote der Wohnungslosenhilfe gemeldet. Hierunter fallen spezielle Wohnangebote für wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie ein partizipativ entwickeltes Konzept für niederschwellige psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung wohnungsloser und nichtversicherter wohnungsloser Menschen, die unter psychischen Belastungen leiden.

Mehr als die Hälfte der gemeldeten Aktivitäten dieser Interventionsebene betraf das Interventionsziel *Qualität der psychosozialen Versorgung sicherstellen.* Zu diesem Ziel wurden verbindliche Planungsgrundlagen, Umsetzungskonzepte, Entwicklungen von Standards (Leitlinien, Merkblätter), die Etablierung von Expertengremien und die Qualitätssicherung durch Erhebung der Klientenzufriedenheit mit psychosozialen Angeboten gemeldet.

Tabelle 5.7:
Strukturelle Benachteiligung abschaffen / Chancengerechtigkeit fördern – Interventionsziele

Interventionsziele	Anzahl	Prozent (N = 16)
Schutz vor Diskriminierung (B1–B4)	4	25 %
Zugänge ermöglichen (Wohnen, psychosoziale Versorgung; B5–B7)	3	19 %
Qualität der psychosozialen Versorgung sicherstellen (B8–B16)	9	56 %

Die gemeldeten Aktivitäten sind im Teil 2 (B1–B16) wie in der Tabelle angegeben nach Interventionsziel gereiht.

Erhebung und Darstellung: GÖG

5.2.3 Interventionsebene 3: soziale Inklusion und Teilhabe fördern

Eine trennscharfe Abgrenzung zwischen den Interventionsebenen zwei und drei ist teilweise schwer zu bewerkstelligen. Während Interventionsebene zwei in erster Linie auf Schutz vor Diskriminierung und Sicherstellung der sozialen Sicherheit und Gesundheitsversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen abzielt, geht es bei Interventionsebene drei vorrangig um die Schaffung weiterer Handlungsfreiräume und die Sicherstellung von Bedingungen für positive Rechte (z. B. Recht auf Bildung, Beschäftigung, politische Partizipation). Dies kann etwa durch gesetzliche Regelungen und Strategien (z. B. UN-Behindertenrechtskonvention, Bundesbehindertengleichstellungsgesetz, Nationaler Aktionsplan Behinderung), durch das Verschaffen von Zugängen (z. B. zu Kunst und Kultur) oder das Setzen von Anreizen und Belohnungen für inklusive Praktiken geschehen. Interventionen, die einen Settingansatz verfolgen und mit Milieuarbeit, Unterstützung von Netzwerken und Anpassung der Bedingungen arbeiten, sowie Projekte, die auf die Förderung des sozialen Zusammenhalts abzielen, fallen ebenfalls in diese Interventionsebene.

Die gemeldeten Aktivitäten wurden nach Settings bzw. Lebensbereichen gegliedert (siehe Tabelle 5.8).

Die rückgemeldeten Aktivitäten im Setting *Gemeinde* beinhalten Nachbarschaftsinitiativen zur gemeinsamen Stadtteilgestaltung, die Vernetzung in der Gemeinde durch Veranstaltungsorganisation, Laienhilfeinitiativen, Bewusstseinsbildung und die Vernetzung zwischen zentralen Akteurinnen/Akteuren und Gemeindemitgliedern, um das nachbarschaftliche Engagement der Bürger/-innen und in weiterer Folge Inklusion auf Gemeindeebene zu fördern.

Im Setting *Schule* wurden einerseits die inklusive Beschulung von Kindern mit psychischen Erkrankungen und andererseits Aktivitäten vonseiten der Schulpsychologie mit der Zielsetzung, ein Verständnis psychischer Befindlichkeiten als Teil der Alltagsdiversität zu fördern, angeführt.

Die meisten der Aktivitäten dieser Interventionsebene fallen in den Bereich *Arbeit und Arbeitsmarkt.* Hier wurden die seit 1. 7. 2017 in Kraft gesetzte Wiedereingliederungsteilzeitregelung, Unterstützungsangebote zur Arbeitsplatzsicherung, bei der Arbeitssuche und berufliche Eingliederung in den Arbeitsmarkt, sozioökonomische Betriebe und Beschäftigungsangebote sowie begleitende Bewusstseinsbildung und Beratung für Arbeitgeber/-innen und Führungskräfte gemeldet.

Unterstützung von *Familien* mit erkranktem Elternteil erfolgt über altersgerechte Information und Aufklärung der Kinder, Beratung sowie Erweiterung des sozialen Netzwerks, z. B. durch Pateneltern.

Aktivitäten im Bereich Kunstausübung (mit oder ohne Etablierung eines Künstlerstatus) sowie Kunstvermittlungsprojekte fördern die kulturelle Teilhabe oder ermöglichen den Zugang zu *Kunst und Kultur.*

Der Kommunikation und der *Freizeit* gewidmete Zentren sind Orte der Begegnung, Beschäftigung und bieten die Möglichkeit zu einer Reihe von Freizeitaktivitäten. Auch Buddy-Systeme erweitern das soziale Netzwerk und erleichtern den Zugang zu diversen Freizeitaktivitäten.

Die gemeldeten Aktivitäten im Bereich *Sport* betreffen gemeinsame Unternehmungen von Menschen mit und ohne psychische Erkrankungen/Beeinträchtigungen in der Gemeinde oder spezielle Angebote, die den Zugang zu Sport fördern.

Tabelle 5.8:
Soziale Inklusion und Teilhabe fördern – Settings und Lebensbereiche

Settings und Lebensbereiche	Anzahl	Prozent (N = 37)
Gemeinde (C1–C8)	8	22 %
Schule (C9–C10)	2	5 %
Arbeit/Arbeitsmarkt (C11–C20)	10	27 %
Familie (C21–C25)	5	14 %
Kunst und Kultur (C26–C30)	5	14 %
Freizeit (C31–C33)	3	8 %
Sport (C34–C37)	4	11 %

Die gemeldeten Aktivitäten sind im Teil 2 (C1–C37) wie in der Tabelle angegeben nach Setting/Lebensbereich gereiht.

Erhebung und Darstellung: GÖG

5.2.4 Interventionsebene 4: zentrale Einbindung Betroffener fördern

Begegnung und die zentrale Einbindung Betroffener spielt als Querschnittsebene bei allen Ebenen eine wichtige Rolle: Bewusstseinsbildungsaktivitäten mit Hervorhebung der Erfahrungsperspektive durch Betroffenenbeteiligung (kontaktbasierte Aufklärung) wurden, wie eingangs erwähnt, bei der Interventionsebene Bewusstseinsebene gezählt. Aber nicht nur der Begegnungsaspekt, sondern auch die Einbindung von Erfahrungsexpertise durch Interessenvertretungen bei Projektplanung und Umsetzung der Aktivitäten auf allen Ebenen ist ein zentraler Bestandteil von Anti-Stigma-Arbeit.

Zur Interventionsebene vier werden insbesondere Aktivitäten zur Stärkung der Betroffenenbewegung gezählt: Stärkung des Kollektivs durch Förderung von Interessenvertretungsaktivitäten und durch Etablierung der Betroffenenbeteiligung als Standard in Forschung, Planung, psychosozialer Versorgung und Ausbildung der Angehörigen der Gesundheitsberufe. Zusätzlich fallen in diesen Bereich Aktivitäten zur Stärkung der/des Einzelnen durch recoveryorientierte Praxis, Maßnahmen und Programme gegen Selbststigmatisierung wie etwa Stärkung der Stigmaresistenz und Stigmamanagement und die Unterstützung bei der Offenlegungsentscheidung. Die Aktivitäten dieser Interventionsebene wurden nach Interventionszielen gegliedert (siehe Tabelle 5.9).

Zur *Selbstentstigmatisierung* wurden zwei Aktivitäten gemeldet. Die meisten Aktivitäten fallen unter das Interventionsziel *Interessenvertretungen stärken* und gehen auf peergeleitete Selbsthilfe-, Beratungs- und Interessenvertretungsorganisationen und -gruppierungen, die ihre Schwerpunkte und/oder stigmaspezifischen Aktivitäten in den Erhebungsbögen darstellen, Interessenvertretungen mit Trägeranbindung, ein bundesweites Expertengremium und eine Interessengemeinschaft Angehöriger zurück. Bezüglich der *Etablierung von Betroffenenbeteiligung als Standard* wurden die Praxis der partizipativen Gesetzgebung am Beispiel rezenter Gesetzesreformen rückgemeldet,

© GÖG 2020, Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1

eine strukturelle Betroffenenbeteiligung durch Einstellung von Genesungsbegleiterinnen/-begleitern in ambulanten psychosozialen Versorgungsstrukturen, die Aufnahme von Erfahrungsexpertinnen/-experten in den Vorstand und die Erstellung von Leitlinien zur partizipativen Technologieentwicklung für Menschen mit Demenz.

Tabelle 5.9:
Zentrale Einbindung Betroffener fördern – Interventionsziele

Interventionsziele	Anzahl	Prozent (N = 18)
Selbstentstigmatisierung (D1–D2)	2	11 %
Interessenvertretungen stärken (D3–D14)	12	67 %
Betroffenenbeteiligung als Standard etablieren (D15–D18)	4	22 %

Die gemeldeten Aktivitäten sind im Teil 2 (D1–D18) wie in der Tabelle angegeben nach Interventionsziel gereiht.

Erhebung und Darstellung: GÖG

5.2.5 Interventionsebene 5: Mental-Health-Advocacy

Wie schon einleitend beschrieben, stehen bei der Interventionsebene fünf die Fürsprache und das Engagement von Gruppen sowie der Zusammenschluss verschiedener Akteurinnen und Akteure zur Förderung der Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Vordergrund. Die Aktivitäten dieser Ebene wurden nach Interventionsarten eingeteilt (siehe Tabelle 5.10).

Die Entwicklung und Verbreitung von *Medienempfehlungen* bzw. die Vergabe von *Medienpreisen* für verantwortungsvolle Berichterstattung zielen darauf ab, der medialen Reproduktion von Stigma entgegenzuwirken und psychische Erkrankungen (und Suizid) vermehrt positiv zu thematisieren.

Auch *Protest* als Reaktionen auf stigmatisierende Medienberichterstattung und Gesetzesentwürfe gehört zu den rückgemeldeten Aktivitäten.

Die *Etablierung von Mental Health in All Policies* für sich hat bis auf die sektorenübergreifende Sensibilisierung für die Wichtigkeit psychischer Gesundheit noch keine entstigmatisierende Wirkung, ist aber eine Voraussetzung für die multistrategische Umsetzung von Maßnahmenpaketen und Strategien, die insbesondere auf struktureller Ebene eine Änderung hervorbringen sollen. Als Aktivitäten wurden hier das österreichische Gesundheitsziel 9 und die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung gemeldet.

Als weitere Aktivitäten im Bereich *Mental-Health-Advocacy* wurden politische Partizipation im Rahmen regionaler, nationaler und internationaler Gremienarbeit, Stellungnahmen zu Gesetzestexten, eine Bürgerinitiative für eine menschenrechtskonforme Drogenpolitik und die partizipative Entwicklung eines Leitfadens für einen wertschätzenden Umgang mit Armutsgefährdeten gemeldet.

Der *Austausch im Trialog* bietet eine Sensibilisierung für unterschiedliche Perspektiven, um gemeinsam neue Lösungswege zu finden. Diesen gibt es in unterschiedlichen Größen und Formaten, z. B. Erweiterungen des Teilnehmerkreises mit Politik- und Medienvertreterinnen/-vertretern oder in Form eines trialogischen Vereins, der eine Reihe von Projekten umsetzt.

Tabelle 5.10:
Mental-Health-Advocacy – Interventionsarten

Interventionsarten	Anzahl	Prozent (N = 18)
Medienempfehlungen und Medienpreise (E1–E2)	2	11 %
Protest (E3–E4)	2	11 %
Mental Health in All Policies (MHiAP) etablieren (E5–E6)	2	11 %
Mental-Health-Advocacy (E7–E12)	7	39 %
Austausch im Trialog (E13–E18)	5	28 %

Die gemeldeten Aktivitäten sind im Teil 2 (E1–E18) wie in der Tabelle angegeben nach Interventionsart gereiht.

Erhebung und Darstellung: GÖG

5.3 Limitationen

Obwohl die erweiterte Definition von Anti-Stigma-Aktivitäten auch als Stärke der Erhebung zu werten ist, da sie eine Öffnung für neue Bereiche und innovative Ideen bot, entstanden dadurch auch Unschärfen, die im Laufe der Erhebung für einige Diskussionen sorgten. Wenngleich der Inklusionsaspekt letztendlich das Endziel aller psychosozialen Therapie-, Behandlungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote darstellt, wurde eine nachträgliche Formulierung eines Ausschlusskriteriums erforderlich, da es nicht Ziel der vorliegenden Erhebung war, die psychosoziale Versorgungslandschaft abzubilden (siehe Abschnitt 5.1).

Auch viele der in die Bestandserhebung aufgenommenen Aktivitäten verfolgten primär andere Ziele (z. B. Gesundheitsförderung, Prävention von Erkrankungen), und der Anti-Stigma-Aspekt war oft im Hintergrund der Bemühungen. Aufgrund der zumeist fehlenden Evaluierung in Bezug auf Stigmaabbau oder Inklusionsförderung kann daher im Rahmen der vorliegenden Erhebung wenig über die Effektivität der gemeldeten Aktivitäten ausgesagt werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Verteilung der Erhebungsblätter bereichsübergreifend und bundeweit erfolgt ist. Dennoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle in Österreich im Bereich Anti-Stigma-Arbeit aktiven Akteurinnen/Akteure und Stakeholder erreicht werden konnten. Hier spielt einerseits der Erhebungszeitraum über die Sommermonate eine Rolle. Dieser stellte insbesondere für Bildungsdirektionen eine Herausforderung dar. Andererseits fällt auch auf, dass keine Rückmeldungen aus dem Mediensektor erzielt werden konnten. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass in diesem, wie und auch in anderen Bereichen (z. B. Universitäten und Fachhochschulen) keine personalisierten, sondern allgemeine Office-Adressen angeschrieben wurden,

die seltener eine interne Weiterleitung zur Folge gehabt haben könnten. Die vorliegenden Ergebnisse sind daher als erster skizzenhafter Überblick zu werten, der als Grundlage für weitere vertiefende Arbeiten im Bereich der Anti-Stigma-Arbeit in Österreich dienen soll.

5.4 Diskussion und Ausblick

Ziel der Bestandserhebung war es, durch eine breit angelegte Definition von Anti-Stigma-Aktivitäten Akteurinnen/Akteure und Stakeholder unterschiedlicher Bereiche aufzufordern, ihre Aktivitäten in Bezug auf ihre entstigmatisierende und inklusive Wirkung zu reflektieren und entsprechende Aktivitäten einzumelden. Wenig überraschend sind Anbieter aus dem Bereich der psychosozialen Versorgung mit etwas mehr als einem Drittel der Aktivitäten die größte Gruppe der hauptverantwortlichen Institutionen. Darüber hinaus konnte aber auch eine Reihe von Anbietern außerhalb des Gesundheitssystems, etwa aus den Bereichen Kunst und Kultur, Bildung, Sport, offene Jugendarbeit, Wohnungslosenhilfe und Einzelinitiativen, erreicht werden.

„Wie konntest du uns das nur antun, wie stehen wir jetzt vor den Leuten da?"

Vorwurf einer Angehörigen, nachdem ich einen Suizidversuch gerade überstanden hatte und aus dem Krankenhaus nach Hause kam. Ich hätte mir stattdessen so sehr eine Umarmung gewünscht.

Maria (18)

Zwei Drittel der Aktivitäten hatten eine regionale, ein Drittel der Aktivitäten hatte (auch) eine überregionale Reichweite. Die Streuung der regionalen Aktivitäten nach Bundesländern deutet ebenfalls auf eine breite Verteilung der Erhebungsunterlagen hin.

Beim überwiegenden Teil der Aktivitäten (74 %) war der Fokus allgemein auf psychische Erkrankungen oder psychische Gesundheit und gesundheitsrelevante Kompetenzen gerichtet. Die am häufigsten genannten Schwerpunkte, die Themenbereiche Sucht, Demenz und Suizid, spiegeln auch das Vorhandensein entsprechenden Strategien und Umsetzungskonzepte in Österreich wider (BMG 2015; Grabenhofer-Eggerth et al. 2017; Juraszovich et al. 2015).

Mehr als die Hälfte der gemeldeten Anti-Stigma-Aktivitäten (57 %) wurde primär der Interventionsebene *Bewusstseinsbildung* zugeteilt. Davon war allerdings nur ein Drittel der Aktivitäten kontaktbasiert, d. h. die Begegnung mit Betroffenen und die Verbreitung von Narrativen und Erfahrungsberichten waren wichtige Bestandteile der Intervention. Da Begegnung laut den Studienergebnissen insbesondere bei Erwachsenen die effektivste Komponente der Bewusstseinsbildung darstellt (Clement et al. 2013; Corrigan et al. 2012), werden zielgruppenspezifische kontaktbasierte Aufklärungs-/Schulungsinterventionen auch als Standard empfohlen (Stuart 2017). In dieser Hinsicht scheinen viele der gemeldeten Aktivitäten das Potenzial aufzuweisen, die Wirkungseffektivität ihrer Anti-Stigma-Maßnahmen noch weiter zu steigern.

Eine wichtige Zielgruppe der Interventionsebene *Bewusstseinsbildung* sind die professionellen Helfer/-innen. Hier kann Stigmatisierung (iatrogenes Stigma: siehe Kapitel 3) besonderen Schaden verursachen, da es die professionellen Helfer/-innen sind, an die sich Menschen in psychisch labilen Phasen wenden, um Hilfe und Orientierung zu erhalten. Die eingemeldeten bewusstseinsbildenden Aktivitäten für diese Zielgruppe umfassen Gatekeeper-Schulungen zu bestimmten Themen (z. B. Suizid, Depression), Tagungen, Fachveranstaltungen und Vernetzung sowie Fachpublikationen. Wichtig wären hier auch spezifische Schulungen zum nichtstigmatisierenden Umgang mit Patientinnen und Patienten (Oexle/Rusch 2017) und die Reflexion scheinbar neutraler Fachbegriffe (z. B. Begutachtung) und ihrer Wirkung auf Betroffene und Angehörige.

Insgesamt gab es nur wenige Rückmeldungen zur Beseitigung struktureller Benachteiligung (Komponenten der Interventionsebenen 2: *Schutz vor Diskriminierung* und 3: *Bedingungen für positive Rechte sicherstellen*). Dies kann einerseits daran liegen, dass zentrale Akteurinnen/Akteure und Stakeholder durch die Erhebung nicht ausreichend erreicht wurden oder dass es andererseits noch keinen ausreichenden Überblick über strukturelle Benachteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt (als Grundlage für alle weiteren Schritte) bzw. der Bezug zu Stigma bei Inklusionsagenden eine untergeordnete Rolle spielt. Die Berücksichtigung der Zielgruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bei der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und des Behindertengleichstellungsgesetzes sowie im Zuge der Arbeiten am NAP Behinderung befindet sich derzeit noch in Ausbau. Insgesamt scheint die Identifikation für Menschen mit psychischen Erkrankungen spezifischer Barrieren noch lückenhaft zu sein. Eine weitere Sensibilisierung für die Anliegen der Zielgruppe und eine Vervollständigung des Bildes bilden die Prämisse für das Setzen von Maßnahmen in diesem Bereich.

Knapp ein Fünftel der Aktivitäten wurde der Interventionsebene *soziale Inklusion und Teilhabe fördern* zugeteilt. Auffallend ist hier, dass der überwiegende Teil der Aktivitäten am Individuum ansetzt, um soziale Inklusion zu fördern. Hierzu gehören insbesondere verhaltensorientierte Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen (z. B. Beratungen, Schulungen), aber auch Unterstützung der sozialen Gefüge (z. B. Betrieb) durch Bewusstseinsbildung und Beratung von Systemakteurinnen/-akteuren. Dieser Zugang ist vor allem im Bereich Arbeitsmarkt und Arbeitsplatz zu beobachten und lässt darauf schließen, dass hier noch der Gedanke der (Re-)Integration vorherrschend ist und der Veränderung der Verhältnisse nicht die Bedeutung zukommt, die für eine inklusive Gestaltung von Lebensbereichen erforderlich ist. Eine gemeldete Maßnahme, die in diese Richtung weist, ist das Wiedereingliederungsteilzeitgesetz im Setting Arbeit. Im Bildungsbereich gibt es in Österreich Entwicklungen hin zu einer Förderung der Bildungsgerechtigkeit durch institutionelle Verankerung der inklusiven Pädagogik (Biewer, Gottfried 2016; Biewer, Gottfried 2019). Die Förderung der *sozialen Teilhabe* erfolgt bei den gemeldeten Aktivitäten durch Erweiterungen des sozialen Netzwerks, die Schaffung gemeinschaftlicher gemeindenaher Angebote und die Etablierung von Zugängen zu Kunst, Kultur sowie zu Freizeit- und Sportaktivitäten.

Die *zentrale Einbindung Betroffener* (Interventionsebene 4) spielt, wie schon beschrieben, als Querschnittsebene bei allen Interventionsebenen eine bedeutsame Rolle. Die Querschnittsebene bildet Aktivitäten ab, welche die Betroffenenbewegung durch Stärkung der einzelnen Personen wie auch des Kollektivs sowie die Verankerung der Betroffenenbeteiligung als Standard in Forschung, Planung, psychosozialer Versorgung und Ausbildung der Vertreter/-innen der Gesundheitsberufe

befördern. Ansätze dazu sind, wie die Ergebnisse der Erhebung zeigen, in Österreich vorhanden. Zwei evaluierte Projekte zum Thema Selbststigma und Offenlegung wurden gemeldet, die als Pilotprojekte in Österreich noch auf Etablierung hoffen, um eine entsprechende Breitenwirkung zu erzielen. Es sind einige Betroffenenorganisationen in Österreich aktiv, die neben Selbsthilfe- und Peerberatungsarbeit auch wertvolle landes- und bundesweite Gremien- und Projektarbeit leisten. Die Organisationen stoßen aber bereits jetzt auf ihre Grenzen, da die finanziellen Ressourcen für diese Arbeit nicht ausreichend vorhanden sind und die Gremienarbeit überwiegend auf ehrenamtlicher Basis erfolgt. Vor kurzem hat sich auch der Beirat für Psychische Gesundheit des BMSGPK in einem Positionspapier für eine Basis- und Regelfinanzierung dieser Organisationen auf Bundes- und Landesebene ausgesprochen, um hier einen Schritt in Richtung chancengerechter Partizipation zu setzen (BMSGPK 2020). Auch die Anerkennung der Erfahrungsexpertise und die Etablierung der Betroffenenbeteiligung als Standard stecken in Österreich im internationalen Vergleich noch in den Kinderschuhen. Eines der diesbezüglich zentralen Anliegen der österreichischen Betroffenenbewegung ist die gesetzliche Anerkennung der Berufsbilder der Genesungsbegleiter/-innen und Peerberater/innen.

Für die Anti-Stigma-Arbeit ist die Stärkung des Betroffenenkollektivs unerlässlich. Die Länder der Global Alliance Against Stigma, die teilweise auf bis zu 20 Jahre Erfahrung mit nationalen Anti-Stigma-Programmen zurückblicken, betrachten die Einbindung Betroffener als zentrales Prinzip jeder Anti-Stigma-Aktivität[5]. Bei der vorliegenden Bestandserhebung konnte eine aktive Einbindung Betroffener in Projektplanung und -umsetzung bei nur knapp der Hälfte der Aktivitäten erhoben werden.

Die Fürsprache und das Engagement von Gruppen sowie deren Zusammenschluss zur Förderung der Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Sinne von Mental-Health-Advocacy spielt auch in Österreich zunehmend eine bedeutende Rolle. Dieser Interventionsebene gehören auch einige gemeldete Aktivitäten der Angehörigenorganisation HPE an, was im Einklang damit steht, dass die Wurzeln der Mental-Health-Advocacy-Bewegung auf die Angehörigenorganisationen zurückgehen (WHO 2003). Die HPE ist auch in Österreich sehr aktiv und gut vernetzt. Sie ist federführende Organisation bei der trialogischen Ausarbeitung und Implementierung der österreichischen Medienempfehlungen, die demnächst erscheinen werden. Ihre Vertreter/-innen sind auch regelmäßig in diverse Gremien eingebunden, organisieren regelmäßig Trialoge, Jours fixes, halten Vorträge und trialogische Schulungen, betreiben Öffentlichkeitsarbeit, protestieren gegen negative Medienberichterstattung und organisieren bundesweit die trialogischen Polizeischulungen. Advocacy-Aktivitäten wurden des Weiteren von psychosozialen Versorgungsanbietern, trialogischen Gruppierungen und Vereinen, der Patientenanwaltschaft, der Armutskonferenz und einer zivilgesellschaftlichen Interessengemeinschaft gemeldet.

5
siehe https://www.time-to-change.org.uk/about-us/what-we-do/our-global-work/global-anti-stigma-alliance [abgerufen am 7. 4. 2020]

Eine wichtige Ebene von Mental-Health-Advocacy ist jene der Politik und Verwaltung, auf der durch intersektorale Zusammenarbeit bereichsübergreifende Agenden behandelt und Maßnahmen gesetzt werden können, um gesundheitsrelevante gesellschaftspolitische Veränderungen herbeizuführen. Hier gibt es schon einige Beispiele (z. B. Gesundheitsziele), wenn auch die Strukturen für intersektorale Zusammenarbeit noch im Entstehen sind oder zum Teil erst geschaffen werden müssen (z. B. Finanzierungsmodelle für bereichsübergreifende Querschnittsthemen).

Ein nicht zu vernachlässigendes Thema ist auch die Evaluation von Anti-Stigma-Interventionen. In der Vergangenheit konnte gezeigt werden, dass bestimmte Inhalte wie z. B. die Verbreitung biologischer Erklärungsmodelle auch einen gegenteiligen Effekt – eine Verstärkung der sozialen Distanz in der Bevölkerung – erzeugen können (Corrigan 2016; Gronholm et al. 2017). Im Erhebungsbogen wurde auch danach gefragt, ob die Aktivität evaluiert wurde. Da viele der gemeldeten Aktivitäten primär andere Ziele verfolgten (z. B. Gesundheitsförderung, Prävention von Erkrankungen oder Integrations- und Inklusionsprojekte) und Bewusstseinsbildung nur einen Teil der Projekte darstellte, waren die vorhandenen Evaluationen nur in den seltensten Fällen stigmaspezifisch. Hierfür existiert eine Reihe von Instrumenten, die auf unterschiedliche Aspekte abzielen, beispielsweise auf das durch die Intervention erweiterte Wissen über psychische Erkrankungen (Mental-Health-Literacy), auf Einstellungen (Stereotype) und Kontaktbereitschaft bzw. soziale Distanz. Eine wichtige zusätzliche Messgröße sind die tatsächlichen Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen Betroffener. Forscher/-innen der Johannes Kepler Universität Linz führten 2019 erstmals eine solche Erhebung in Österreich durch, die – ebenso wie die Ergebnisse der repräsentativen Bevölkerungsbefragung 2018 über die Einstellung der Bevölkerung zu psychischen Erkrankungen inklusive einer Trendanalyse der letzten 20 Jahre – in Kürze vorliegen wird.

Die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung hat im vergangenen Jahr die Rolle von Kunst und Kultur in der Anti-Stigma- und Inklusionsarbeit als Schwerpunktthema behandelt. Hier wurden unterschiedliche Ebenen identifiziert, die auf einen breiten Einsatz von Kunst und Kultur zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen verweisen: als Medium für Bewusstseinsbildung, zur Förderung kultureller Teilhabe und Inklusion, als Medium für Recovery (siehe Nowotny/Fox 2019). Auch der Medienbereich spielt eine zentrale Rolle. Nicht nur in Hinblick auf die dort derzeit noch überwiegende Reproduktion und Aufrechterhaltung des Stigmas, wogegen die obengenannten Medienempfehlungen weg von einer sensationsträchtigen und hin zu einer verantwortungsvollen Darstellung wirken wollen, sondern auch als Resonanzraum für eine positive Berichterstattung, die über Erfahrungsberichte und Bewältigungsstrategien ein tieferes Verständnis psychischer Erkrankungen und der Situation davon betroffener Menschen erzeugen kann.

„Willst du diese Medikamente wirklich nehmen?"

Der Apotheker in unserem Tal war entsetzt, als er las, dass mir der Psychiater verschiedene Medikamente verschrieben hatte.

Lisa (29)

© GÖG 2020, Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1

Es finden viele Einzelinitiativen zur Enstigmatisierung psychischer Erkrankungen in Österreich statt. Internationale Empfehlungen sehen eine Bekämpfung des Stigmas auf allen Interventionsebenen vor, wofür eine Koordination und Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Bereichen erforderlich ist (Stuart 2017).

Zusammenfassung der abgeleiteten Empfehlungen:

- Etablierung einer zentralen Einbindung Betroffener und Angehöriger in Projektplanung und -umsetzung nach internationalem Vorbild als Prinzip jeder Anti-Stigma-Aktivität
- vermehrter Einsatz kontaktbasierter Aufklärung, um die entstigmatisierende Wirkung von Bewusstseinsbildungsaktivitäten zu verstärken
- Integration des Stigmaabbaus als explizites Ziel in Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten
- Evaluation der spezifischen Zielsetzungen von Anti-Stigma-Aktivitäten stärken
- Förderung des Abbaus iatrogenen Stigmas durch spezifische Schulungen von Gesundheitspersonal
- Identifikation von institutionellen Barrieren für und Benachteiligungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Entwicklung geeigneter Maßnahmen gegen strukturelles Stigma
- Entwicklung von Interventionen, die an den Verhältnissen ansetzen, um Inklusion zu fördern
- Sicherstellung chancengerechter Partizipation durch Basis- und Regelfinanzierung von Interessenvertretungsorganisationen in Österreich
- Abbau von Selbststigma durch Etablierung evaluierter Projekte mit diesem Schwerpunkt
- Etablierung der Betroffenenbeteiligung als Standard in den Bereichen Gesetzgebung, Forschung, Gesundheitsplanung, psychosoziale Versorgung und in der Ausbildung Angehöriger der Gesundheitsberufe
- gesetzliche Anerkennung der Berufsbilder Genesungsbegleiter/-in und Peerberater/-in
- Förderung von Mental-Health-Advocacy und Etablieren neuer Strukturen für die intersektorale Zusammenarbeit bei Querschnittsthematiken
- verstärkte Einbindung von Kunst, Kultur und Medien zum Abbau von Stigma, zur Bewusstseinsbildung und zum proaktiven Agenda-Setting in Hinblick auf Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Bekämpfung des Stigmas auf allen Interventionsebenen durch Koordination von Einzelinitiativen und Zusammenarbeit verschiedener Politikbereiche

6 Literatur

Biewer, Gottfried (2019): Inklusion als Leitziel globaler Bildungsentwicklung. In: Ide – Zeitschrift für den Deutschunterricht in Wissenschaft und Schule 43/4:9–16

Biewer, Gottfried (2016): Lehrer/innenbildung für Inklusion in der Sekundarstufe. Internationale Entwicklungen und Problemlagen am Beispiel Österreichs. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 85/4:323–329

BMASGK (2019): Gesundheitsziel 9. Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern Ergänzter Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

BMG (2015): Österreichische Suchtpräventionsstrategie – Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit

BMGF (2017): Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. 2012 mit aktualisiertem Vorwort Aufl., Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

BMSGPK (2020): Positionspapier des Beirates für psychische Gesundheit zur Sicherstellung einer bundesweiten Regelfinanzierung für die Betroffenenvertretung.

Clement, S.; Lassman, F.; Barley, E.; Evans-Lacko, S.; Williams, P.; Yamaguchi, S.; Slade, M.; Rusch, N.; Thornicroft, G. (2013): Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. In: Cochrane Database Syst Rev7:CD009453

Corrigan, P. W. (2016): Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. In: World Psychiatry 15/1:67–73

Corrigan, P. W.; Morris, S. B.; Michaels, P. J.; Rafacz, J. D.; Rusch, N. (2012): Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. In: Psychiatr Serv 63/10,: 963–973

Finzen, Asmus (2013): Stigma psychische Krankheit: Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen. Psychiatrie-Verlag GmbH, Köln

Freimüller, Lena; Wölwer, Wolfgang (2012): Antistigma-Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis. Schattauer Verlag, Stuttgart

Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (2005): Stigma – Diskriminierung - Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Goffman, Erving (2010): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. suhrkamp taschenbuch wissenschaft, Berlin

© GÖG 2020, Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019 – Teil 1

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

Gronholm, P. C.; Henderson, C.; Deb, T.; Thornicroft, G. (2017): Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 52/3:249-258

Juraszovich, Brigitte; Sax, Gabriele; Rappold, Elisabeth; Pfabigan, Doris; Stewig, Friederike (2015): Demenzstrategie. Gut leben mit Demenz. Abschlussbericht – Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Gesundheit Österreich, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Knuf, Andreas (2008): Selbststigmatisierung überwinden. In: Kontakt3:4–8

Nowotny, Monika; Fox, Anna (2019): Mental-Health-in-All-Policies am Beispiel der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. ig kultur Zentralorgan für Kulturpolitik und Propaganda, 1, IG Kultur Österreich, Wien, 40–44

Oexle, N.; Rusch, N. (2017): Stigma – Risikofaktor und Konsequenz suizidalen Verhaltens. Implikationen für die Suizidprävention. In: Nervenarzt 7/89:779–783

Sartorius, Norman; Schulze, Hugh (2005): Reducing the stigma of mental illness: a report from a global programme of the world psychiatric association. Cambridge University Press, Cambridge

Schomerus, G. (2009): Steine auf dem Weg - Stigma und Hilfesuchverhalten. In: Psychiatr Prax 36/2:53–54

Stuart, Heather (2017): What has proven effective in Anti-Stigma Programming. In: The Stigma of Mental Illness – End of the Story? . Hg. v. Gaebel, Wolfgang; Rössler, Wulf; Sartorius, Norman. Springer International Publishing Switzerland, Cham. S. 497–514

WHO (2003): Advocacy for mental health. Hg. v. World Health Organization. Geneva