

Empfehlungen zur Reduktion direkter Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung

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

Empfehlungen zur Reduktion direkter Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung

Autorinnen und Autoren der Arbeitsgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):

AG Gesundheits- und Sozialberufe

Michaela Amering (MUW)
Katharina Antony (GÖG)
Irene Burdich (HPE)
Petra Derler (IdEE Wien)
Carmen Dorfmeister (FH Campus Wien)
Laura Fagner (MUW)
Aline Frick (BÖP-S)
Dorothea Gasser (TIPSI)
Wolfgang Grill (LK Hollabrunn)
Henriette Gschwendtner (EXIT-Sozial)
Michelle Lau (BÖP-S)
Monika Nowotny (GÖG)
Eva Reininghaus (MedUni Graz)

AG Kinder und Jugendliche, Pädagoginnen und Pädagogen

Katharina Antony (GÖG)
Caroline Culen (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit)
Verena Gratzner (PH Wien)
Beatrix Haller (BMBWF)
Julia Häußler (Kunsthistorisches Museum Wien)
Claudia Hogl (Kunsthistorisches Museum Wien)
Angela Ibelshäuser (Bündnis gegen Depression, pro mente tirol)
Daniela Kern-Stoiber (boJA)
Eleonora Kleibel (Bundesjugendvertretung)
Grainne Nebois-Zeman (VertretungsNetz)
Michelle Proyer (Uni Wien)
Julian Strizek (GÖG)
Johannes Ströhle (Verein Omnibus)
Barbara Stüwe-Eßl (IG Freie Theaterarbeit)
Christopher Tupy (Verein Freiräume)
Aloisia Wallner (Lehrerin)

AG Führungskräfte und Arbeitnehmer:innen

Martin Böhm (pro mente OÖ)
Petra Derler (IdEE Wien)
Andreas Eckwolf (BMA)
Hermann Eglseider-Kern (pro mente Austria)
Anna Fox (BMSGPK)
Fabiola Gattringer (pro mente OÖ)
Dominik Gruber (pro mente OÖ)
Brigitte Heller (Verein Lichterkette)
Birgit Küblböck-Lausegger (fit2work – Betriebsberatung)
Tony Meinert (BMA)
Monika Nowotny (GÖG)
Julian Strizek (GÖG)
Christopher Tupy (Verein Freiräume)
Beate Wimmer-Puchinger (BÖP)

AG organisierte Zivilgesellschaft, Politik, Verwaltung, Polizei und Gerichte

Irene Burdich (HPE)
Petra Derler (IdEE Wien)
Anna Fox (BMSGPK)
Alexander Grabenhofer-Eggerth (GÖG)
Alfred Grausgruber (JKU)
Konrad Gschwandtner (Österreichischer Gemeindebund)
Michael Hameder (BMI, SIAK)
Günter Klug (pro mente Austria)
Heidemarie Körbler (Land Steiermark)
Friedrich Kovar (Wiener Polizei)
Robert Moosbrugger (JKU)
Ursula Naue (Uni Wien)
Monika Nowotny (GÖG)
Michael Steffen (VetretungsNetz)
Julian Strizek (GÖG)

AG-übergreifende Empfehlung

Petra Derler (IdEE Wien)
Monika Nowotny (GÖG)
Christopher Tupy (Verein Freiräume)
Julian Strizek (GÖG)

Herausgeber:innen:

Julian Strizek (GÖG)
Monika Nowotny (GÖG)
Katharina Antony (GÖG)

Inhaltliche Betreuung durch das BMSGPK:

Christina Dietscher
Anna Fox

Projektassistenz:

Yvonne Sitz

Expertinnen und Experten der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung:

Michaela Amering (MUW), Katharina Antony (GÖG), Josef Baumgartner (BMSGPK), Stefanie Brunmayer (BMKÖS), Irene Burdich (HPE), Christina Dietscher (BMSGPK), Petra Derler (IdEE Wien), Carmen Dorfmeister (FH Campus Wien), Andreas Eckwolf (BMA), Anna Fox (BMSGPK), Laura Fagner (MUW, Young Psychiatrists) Tatjana Gabrielli (PSD, SDW), Michael Ganner (Universität Innsbruck), Dorothea Gasser (TIPSI), Andrea Gmeiner (MUW), Alexander Grabenhofer-Eggerth (GÖG), Alfred Grausgruber (JKU), Johannes Gregoritsch (DVSU), Wolfgang Grill (LK Hollabrunn, Bündnis gegen Depression), Henriette Gschwendtner (EXIT-sozial), Karin Gutiérrez-Lobos (MUW), Beatrix Haller (BMBWF), Julia Häußler (Kunsthistorisches Museum Wien), Brigitte Heller (Verein Lichterkette), Claudia Hogl (Kunsthistorisches Museum Wien), Angela Ibelshäuser (Bündnis gegen Depression, pro mente tirol), Günther Klug (pro mente Austria), Kathrin Kneissel (BMKÖS), Meena Lang (BMKÖS), Angela Mach (Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH), Ingrid Machold (Verein Freiräume), Karin Miller-Fahringer (BMSGPK), Eleonore Miller-Reiter (PSD Wien), Robert Moosbrugger (JKU), Ursula Naue (Institut für Politikwissenschaft der Universität Wien), Grainne Nebois-Zeman (VertretungsNetz), Monika Nowotny (GÖG), Stefan Prochazka (IdEE Wien), Alexandra Puhm (GÖG), Gerlinde Rohrauer-Näf (FGÖ), Michael Steffen (ehem. VertretungsNetz), Christine Steger (Monitoringausschuss), Michaela Steurer (Verein Freiräume), Julian Strizek (GÖG), Johannes Ströhle (Verein Omnibus), Barbara Stüwe-Eßl (IG Freie Theaterarbeit), Benedikt Till (Zentrum für Public Health MUW), Christopher Tupy (Verein Freiräume), Andreas Vranek (DVSU), Edith Werderits (BMA), Beate Wimmer-Puchinger (BÖP)

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

Wien, im September 2022

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

Zitiervorschlag: Strizek, Julian; Nowotny, Monika; Antony, Katharina (Hg.) (2022): Empfehlungen zur Reduktion direkter Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/21/5061

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

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

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Inhalt

Tabellen und Übersicht über alle Empfehlungen	VII
Abkürzungen.....	IX
Kurzfassung	XI
Summary	XIII
1 Einleitung	1
2 Zielgruppen Gesundheits- und Sozialberufe.....	5
2.1 Ausgangslage	5
2.2 Zielsetzungen	8
2.3 Empfehlungen	8
2.3.1 Steigerung der Anti-Stigma-Kompetenz durch Verankerung einschlägiger Schulungsinhalte in den Aus- und Weiterbildungscurricula der Gesundheits- und Sozialberufe	8
2.3.2 Verankerung von Schulungsinhalten in den klinischen Aus- und Fortbildungen (berufsgruppenspezifisch oder -übergreifend)	13
2.3.3 Entwicklung und Implementierung eines Gütesiegels „Stigmafreie Versorgungseinrichtung“ für ambulante und stationäre psychosoziale Einrichtungen	16
2.3.4 Aufnahme von Peer-Arbeiterinnen und -Arbeitern in psychiatrische und psychosoziale Dienste und Einrichtungen als Standard.....	17
2.3.5 Entwicklung von Standards für die Zusammenarbeit somatischer und psychiatrischer Disziplinen und Abteilungen sowie Steigerung des Wissens über die Zusammenhänge zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen bei Behandlerinnen und Behandlern sowie Patientinnen und Patienten	19
3 Zielgruppen Kinder und Jugendliche, Pädagoginnen und Pädagogen.....	23
3.1 Ausgangslage	24
3.2 Zielsetzungen	26
3.3 Empfehlungen	27
3.3.1 Stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit, psychische Erkrankung und Stigma im Unterricht und in den Lehrplänen für Schüler:innen	27
3.3.2 Ausbau dialogischer Arbeit mit älteren Jugendlichen	29
3.3.3 (Dialogisch konzipierte) Weiter- und Fortbildung für Professionistinnen und Professionisten und ehrenamtlich tätige Personen, die mit jungen Menschen arbeiten, zu den Themen psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma / entstigmatisierender Umgang anbieten	30
3.3.4 Stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma in den Curricula für alle auszubildenden Pädagoginnen und Pädagogen (Studierende).....	32
3.3.5 Zusätzliche Kanäle und Methoden zur Erreichung von Kindern und Jugendlichen	33

4	Zielgruppen Führungskräfte und Arbeitnehmer:innen.....	36
4.1	Ausgangslage	36
4.2	Zielsetzungen	37
4.3	Empfehlungen	38
4.3.1	Vernetzung und Sensibilisierung über bereits bestehende Betriebsberatungsangebote, Strukturen, Initiativen und Gütesiegelprozesse zum Thema Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz und Inklusion Betroffener in den Arbeitsmarkt.....	38
4.3.2	Ausbau bestehender Schulungsangebote in Österreich und ihre Erweiterung durch Entwicklung dialogisch konzipierter, kontaktbasierter Schulungsinhalte und Module am Arbeitsplatz für Arbeitnehmer:innen und Führungskräfte in Arbeitsstätten	40
4.3.3	Entwicklung oder Adaption und zentrale Bereitstellung von Handlungsleitlinien und Materialien für unterschiedliche Zielgruppen in Arbeitsstätten	42
4.3.4	Ausbau der Inklusionsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bezug auf den ersten Arbeitsmarkt.....	43
5	Zielgruppen aus den Bereichen Politik, organisierte Zivilgesellschaft, Verwaltung, Polizei und Gerichte.....	45
5.1	Ausgangslage	45
5.2	Zielsetzungen	47
5.3	Empfehlungen	49
5.3.1	Schrittweise Umsetzung bzw. Etablierung eines nichtöffentlichen Tetralogs in Politik und Verwaltung	49
5.3.2	Schrittweise Umsetzung bzw. Etablierung eines Tetralogs in der organisierten Zivilgesellschaft	50
5.3.3	Aufbau (bzw. Adaption und Ausbau) von Schulungen zur Vermittlung praktischer Skills für den stigmafreen Umgang in Ämtern bzw. der Verwaltung mit Kundenkontakt	52
5.3.4	Ausbau und Evaluation bestehender Schulungen für Polizistinnen und Polizisten	53
5.3.5	Sensibilisierung von Richterinnen und Richtern durch Schulungen.....	56
6	AG-übergreifende Empfehlung	57
6.1	Aufbau eines Referentenpools von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten für eine kontaktbasierte Sensibilisierung im Rahmen von Schulungen und Veranstaltungen.....	57
7	Literatur	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Steigerung der Anti-Stigma-Kompetenz durch Verankerung von Schulungsinhalten in den Aus- und Weiterbildungscurricula der Gesundheits- und Sozialberufe“	12
Tabelle 2.2: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Verankerung von Schulungsinhalten in den klinischen Aus- und Fortbildungen“	15
Tabelle 2.3: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Entwicklung und Implementierung eines Gütesiegels „Stigmafreie Versorgungseinrichtung“ für alle ambulanten und stationären psychosozialen Einrichtungen.....	17
Tabelle 2.4: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Aufnahme von Peer-Arbeiterinnen und -Arbeitern in psychiatrische und psychosoziale Dienste und Einrichtungen als Standard“.....	19
Tabelle 2.5: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Entwicklung von Standards für die Zusammenarbeit somatischer und psychiatrischer Disziplinen und Abteilungen und Steigerung des Wissens über die Zusammenhänge zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen bei Behandlerinnen und Behandlern sowie bei Patientinnen und Patienten“	22
Tabelle 3.1: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit/Erkrankung und Stigma im Unterricht und in den Lehrplänen für Schüler:innen“ – A) Stärkere Verankerung in den Lehrplänen	28
Tabelle 3.2: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit/Erkrankung und Stigma im Unterricht und in den Lehrplänen für Schüler:innen“ – B) Entwicklung von (Unterrichts-) Materialien zum Thema psychische Erkrankungen, psychische Gesundheit und Stigma psychischer Erkrankungen	29
Tabelle 3.3: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Ausbau dialogischer Arbeit mit älteren Jugendlichen“	30
Tabelle 3.4: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „(Dialogisch konzipierte) Weiter- und Fortbildung für Professionistinnen und Professionisten und ehrenamtlich tätige Personen, die mit jungen Menschen arbeiten, zum Thema psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma / entstigmatisierender Umgang anbieten“	31
Tabelle 3.5: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma in den Curricula für alle auszubildenden Pädagoginnen und Pädagogen (Studierende)“ – A) Verankerung in den Curricula.....	32
Tabelle 3.6: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma in Seminare in der Ausbildung	33

Tabelle 3.7: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Zusätzliche Kanäle und Methoden zur Erreichung von Kindern und Jugendlichen – A) Breite Entstigmatisierungskampagne in sozialen Medien“	34
Tabelle 3.8: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Zusätzliche Kanäle und Methoden zur Erreichung von Kindern und Jugendlichen“ – B) Bundesweit künstlerische Projekte mit jungen Menschen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen anregen und ermöglichen	35
Tabelle 4.1: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Vernetzung und Sensibilisierung über bereits bestehende Betriebsberatungsangebote, Strukturen, Initiativen und Gütesiegelprozesse zum Thema Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz und Inklusion Betroffener in den Arbeitsmarkt“	39
Tabelle 4.2: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Ausbau bereits bestehender Schulungsangebote in Österreich und deren Erweiterung durch Entwicklung dialogisch konzipierter, kontaktbasierter Schulungsinhalte und Module am Arbeitsplatz für Arbeitnehmer:innen und Führungskräfte in Arbeitsstätten“	41
Tabelle 4.3: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Entwicklung oder Adaption und zentrale Bereitstellung von Handlungsleitlinien und Materialien für unterschiedliche Zielgruppen in Arbeitsstätten“	43
Tabelle 4.4: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Ausbau der Inklusionsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bezug auf den ersten Arbeitsmarkt“	44
Tabelle 5.1: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Schrittweise Umsetzung bzw. Etablierung eines nichtöffentlichen Tetralogs in Politik und Verwaltung“	49
Tabelle 5.2: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Schrittweise Umsetzung bzw. Etablierung eines Tetralogs in der organisierten Zivilgesellschaft“	51
Tabelle 5.3: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Aufbau (bzw. Adaption und Ausbau) von Schulungen zur Vermittlung praktischer Skills für den stigmafreien Umgang in Ämtern / der Verwaltung mit Kundenkontakt“	53
Tabelle 5.4: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Ausbau und Evaluation bestehender Schulungen für Polizistinnen und Polizisten“	55
Tabelle 5.5: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Sensibilisierung von Richterinnen und Richtern durch Schulungen“	56
Tabelle 6.1: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Aufbau eines Referentenpools von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten für kontaktbasierte Sensibilisierung im Rahmen von Schulungen und Veranstaltungen“	58

Abkürzungen

AAP	Angewandte Psychologie und Forschung GmbH
ADL	Anti-Defamation League
AG	Arbeitsgruppe
AHS	allgemeinbildende höhere Schule
AMP	Association between Medicine and Psychiatry
AMS	Arbeitsmarktservice
AWOD	A World of Difference
BGF	betriebliche Gesundheitsförderung
BHS	berufsbildende höhere Schule
BMA	Bundesministerium für Arbeit
BMKÖS	Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport
BMS	berufsbildende mittlere Schule
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BGStG	Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
bOJA	bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit
BÖJI	Bundesnetzwerk Österreichische Jugendinfos
BÖP	Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen
BÖP-S	Studierende im BÖP
BS	Berufsschule
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EV	Erwachsenenvertretung
EX-IN	Experienced Involvement – Expertinnen und Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FIDS	Fachbereich Inklusion, Diversität und Sonderpädagogik
FH	Fachhochschule
GIB	Gesundheit im Betrieb
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children Study
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz

HPE	Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter
Idee	Interessenvertretung der Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten
IFS	Institut für Sozialdienste
IPS	Individual Placement and Support
JAMÖ	Junge Allgemeinmedizin Österreich
JKU	Johannes Kepler Universität Linz
KMU	kleine und mittlere Unternehmen
LK	Landeskrankenhaus
MA	Mitarbeiter:innen
MHiAP	Mental-Health-in-All-Policies-Ansatz
MHCC	Mental Health Commission of Canada
MUW	Medizinische Universität Wien
NEETS	not in education, employment, or training
NMS	Neue Mittelschule
OMS-HC	Opening Minds Scale for Health Care Providers
OÖ	Oberösterreich
PA	persönliche Assistentinnen/Assistenten
PH	pädagogische Hochschule
PSD	Psychosozialer Dienst
PTS	polytechnische Schule
OeAD	Österreichische Austauschdienst GmbH
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖAP	Österreichische Akademie für Psychologie
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
SCHILF	schulinterne Fortbildungen
SIAK	Sicherheitsakademie
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien
SPG	Sicherheitspolizeigesetz
TIPSI	Tiroler Interessenverband für psychosoziale Inklusion
UbG	Unterbringungsgesetz
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
VS	Volksschule
WHO	World Health Organization
WKO	Wirtschaftskammer Österreich

Kurzfassung

Hintergrund

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

Methode

In einem ersten Schritt wurde im Jahr 2019 eine Bestandserhebung der Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich durchgeführt. Seit 2020 arbeitet die Kompetenzgruppe an einem Empfehlungskatalog: Dabei wird Stigma entlang von vier Ebenen analysiert: Selbststigmatisierung, direkte Stigmatisierung, strukturelle Stigmatisierung und kulturelle Stigmatisierung. Für jede Ebene werden in Arbeitsgruppen mit Unterstützung durch externe Expertinnen und Experten Empfehlungen formuliert, die jeweils in einem eigenen Zwischenbericht veröffentlicht werden.

Ergebnisse

Als Strategie zum Abbau von Stigma auf Ebene der direkten Stigmatisierung wurde die Sensibilisierung bestimmter Zielgruppen ausgewählt: 1. Gesundheits- und Sozialberufe, 2. Kinder und Jugendliche sowie Pädagoginnen und Pädagogen, 3. Führungskräfte und Arbeitnehmer:innen, 4. Zielgruppen aus den Bereichen Politik, organisierte Zivilgesellschaft, Verwaltung, Polizei und Gerichte. In vier Arbeitsgruppen wurden insgesamt 19 zielgruppenspezifische Empfehlungen und eine arbeitsgruppenübergreifende Empfehlung formuliert (siehe Überblick).

Schlussfolgerungen

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

Schlüsselwörter

Stigma, Diskriminierung, psychische Erkrankung, Inklusion, Mental Health in All Policies, Strategieentwicklung

Überblick: Empfehlungen in Bezug auf die Ebene der direkten Stigmatisierung

Zielgruppen Vertreter:innen der Gesundheits- und der Sozialberufe	
2.3.1	Steigerung der Anti-Stigma-Kompetenz durch Verankerung von Schulungsinhalten in den Aus- und Weiterbildungscurricula der Gesundheits- und Sozialberufe
2.3.2	Verankerung von Schulungsinhalten in den klinischen Aus- und Fortbildungen
2.3.3	Entwicklung und Implementierung eines Gütesiegels „Stigmafreie Versorgungseinrichtung“ für alle ambulanten und stationären psychosozialen Einrichtungen
2.3.4	Aufnahme von Peer-Arbeiterinnen und -Arbeitern in psychiatrische und psychosoziale Dienste und Einrichtungen als Standard
2.3.5	Entwicklung von Standards für die Zusammenarbeit somatischer und psychiatrischer Disziplinen und Abteilungen und Steigerung des Wissens über die Zusammenhänge zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen bei Behandlerinnen und Behandlern sowie Patientinnen und Patienten
Zielgruppen Kinder und Jugendliche, Pädagoginnen und Pädagogen	
3.3.1	stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit, psychische Erkrankung und Stigma im Unterricht und in den Lehrplänen für Schüler:innen A) stärkere Verankerung in den Lehrplänen B) Entwicklung von (Unterrichts-)Materialien zum Thema psychische Erkrankungen, psychische Gesundheit und Stigma psychischer Erkrankungen
3.3.2	Ausbau dialogischer Arbeit mit älteren Jugendlichen
3.3.3	(dialogisch konzipierte) Weiter- und Fortbildung für Professionistinnen und Professionisten und ehrenamtlich tätige Personen, die mit jungen Menschen arbeiten, zum Thema „psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma / entstigmatisierender Umgang“ anbieten
3.3.4	stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma in den Curricula für alle auszubildenden Pädagoginnen und Pädagogen (Studierende) A) Verankerung in den Curricula B) verstärkte Anwendung kontaktbasierter (dialogischer) Seminare in der Ausbildung
3.3.5	zusätzliche Kanäle und Methoden zur Erreichung von Kindern und Jugendlichen A) breite Entstigmatisierungskampagne in sozialen Medien B) bundesweit künstlerische Projekte mit jungen Menschen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen anregen und ermöglichen
Zielgruppen Führungskräfte und Arbeitnehmer:innen	
4.3.1	Vernetzung und Sensibilisierung über bereits bestehende Betriebsberatungsangebote, Strukturen, Initiativen und Gütesiegelprozesse zum Thema Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz und Inklusion in den Arbeitsmarkt
4.3.2	Ausbau bereits bestehender Schulungsangebote in Österreich und deren Erweiterung durch Entwicklung dialogisch konzipierter kontaktbasierter Schulungsinhalte und Module am Arbeitsplatz für Arbeitnehmer:innen und Führungskräfte in Arbeitsstätten
4.3.3	Entwicklung oder Adaption und zentrale Bereitstellung von Handlungsleitlinien und Materialien für unterschiedliche Zielgruppen in Arbeitsstätten
4.3.4	Ausbau der Inklusionsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bezug auf den ersten Arbeitsmarkt
Zielgruppen aus den Bereichen Politik, organisierte Zivilgesellschaft, Verwaltung, Polizei und Gerichte	
5.3.1	schrittweise Umsetzung bzw. Etablierung eines nichtöffentlichen Tetralogs ¹ in Politik und Verwaltung
5.3.2	schrittweise Umsetzung bzw. Etablierung eines Tetralogs in der organisierten Zivilgesellschaft
5.3.3	Aufbau (bzw. Adaption) von Schulungen zur Vermittlung praktischer Skills für den stigmafreien Umgang in Ämtern / in der Verwaltung mit Kundenkontakt
5.3.4	Ausbau und Evaluation bestehender Schulungen für Polizistinnen und Polizisten
5.3.5	Sensibilisierung von Richterinnen und Richtern durch Schulungen
zielgruppenübergreifende Empfehlung	
6.1	Aufbau eines Referentenpools von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten für eine kontaktbasierte Sensibilisierung im Rahmen von Schulungen und Veranstaltungen

Quelle: Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

¹ Tetralog bedeutet einen Dialog zwischen Vertreterinnen und Vertretern von vier Gruppen.

Summary

Background

Because of the far-reaching consequences and complexity of the stigma of mental illness, a nationwide expert committee, the “Kompetenzgruppe Entstigmatisierung” (Competence Group on De-stigmatisation), was established by the Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection (BMSGPK), the “Fonds Gesundes Österreich” (FGÖ, Austrian Health Promotion Fund) and the “Dachverband der Sozialversicherungsträger” (DVSV – Association of Social Insurance Funds). Following a Mental Health in All Policies (MHiAP) approach, the expert committee provides expertise from science, mental health care practice, public administration, arts and culture, media and lived experience. It aims to develop a coordinated, multilevel strategy to reduce the stigma of mental illness, building on evidence, best practices and existing structures, projects and programs in Austria.

Methods

In a first step, the expert group conducted a survey of anti-stigma activities in Austria in 2019. Since 2020, the expert committee has been working on a catalogue of recommendations. It does so, by analysing stigma on four levels: self-stigmatisation, interpersonal stigmatisation, structural stigmatisation and cultural stigmatisation. Supported by external experts, working groups develop recommendations. A separate interim report presents the results for each level of stigmatisation.

Results

The committee identified awareness raising among specific target groups as strategy to reduce stigma at the interpersonal level stigmatisation: 1. health and social care professionals, 2. children and youths as well as educators, 3. managers and employees, 4. target groups from the fields of politics, organised civil society, public administration, police and courts. Four working groups have formulated 19 target group-specific recommendations and one crosscutting recommendation (see overview).

Conclusion

This interim report primarily addresses political decision-makers in a variety of relevant policy and public administration departments. Its aim is to inform policymaking and -planning, but it can also be used by stakeholders and groups. It should subsequently serve as an input to the development of a coordinated multilevel strategy. Ultimately, a selection of measures from all four levels, from which the greatest possible synergetic effect is expected, will be compiled.

Keywords

stigma, discrimination, mental illness, inclusion, Mental Health in All Policies, strategy development

Overview: Recommendations for the reduction of interpersonal stigmatisation

Target groups health and social care professionals	
2.3.1	Increase the anti-stigma competence of health and social care professionals by incorporating trainings into professional education
2.3.2	Integrate anti-stigma trainings into clinical education and advanced training
2.3.3	Develop and implement a "stigma-free" quality label for all outpatient and inpatient mental healthcare facilities
2.3.4	Establish the inclusion of peer workers in mental health services and facilities as standard practice
2.3.5	Develop cooperation standards between somatic and psychiatric disciplines and departments and increase knowledge of the relationship between mental and somatic illnesses among practitioners and patients
Target groups children and adolescents, educational staff	
3.3.1	Integrate the topics mental health and mental illness stigma into school curricula A) Integrate the topics into the school curricula B) Develop (teaching) materials on mental health and mental illness stigma
3.3.2	Expand contact-based intervention programs for older youths provided by triologue teams (mental health service users, carers and mental health workers)
3.3.3	Provide advanced training for professionals and volunteers working with young people on the topic of mental health and mental illness stigma developed by triologue teams
3.3.4	Integrate the topics mental health and mental illness stigma into teacher training programmes A) Integrate the topics into the training curricula B) Expand contact-based seminars provided by triologue teams
3.3.5	Use specific channels and methods to reach children and adolescents A) Launch a social media campaign B) Encourage and support arts projects with young people to reduce mental illness stigma
Target groups managers and employees	
4.3.1	Build networks between company counselling services, structures and initiatives as well as certification procedures and raise awareness on the issues of the stigmatisation of mental illness in the workplace and inclusion in the labour market
4.3.2	Expand existing training programmes for employees and managers in workplaces and add contact-based education modules designed by triologue teams
4.3.3	Develop and provide guidelines for action and materials for various target groups in workplaces
4.3.4	Expand inclusive employment programmes for people with mental illness in the primary labour market
Target groups in politics, organised civil society, public services, police force and judges	
5.3.1	Establish a tetralogue ² with government representatives
5.3.2	Establish a tetralogue with organised civil society
5.3.4	Develop training courses on practical skills for stigma-free interaction in public services with customer contact
5.3.5	Expand and evaluate the existing contact-based education programme for police officers
5.3.6	Raise awareness for mental illness stigma through contact-based education programmes for judges
5.3.1	Establish a tetralogue with government representatives
General recommendation	
6.1	Establish a pool of speakers with lived experience for contact-based trainings and events

Source: Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Table: GÖG

2 Tetralogue means a dialogue between four groups.

1 Einleitung

Was ist direkte Stigmatisierung?

Direkte Stigmatisierung³ ist die wohl greifbarste Form von Stigmatisierung. Sie findet dort statt, wo zwei Menschen miteinander in Interaktion treten und das Verhalten der einen Person eine andere Person diskriminiert. Diese Diskriminierung im persönlichen Kontakt kann in Form von Abwertung, Ablehnung oder Ausgrenzung erfolgen und in unterschiedlichen Settings stattfinden (z. B. am Arbeitsplatz, in der Schule, in der Gemeinde, im Rahmen der Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsleistungen, in sozialen Medien). Zumeist wird direkte Stigmatisierung als ein Phänomen mit drei aufeinander aufbauenden Komponenten konzipiert (Rüsch 2020), die sich aus einer kognitiven, einer affektiven sowie einer Handlungsebene zusammensetzen:

- » **Stereotype** (kognitive Ebene) sind pauschalisierende Aussagen über Gruppen von Personen. Pauschalurteile erleichtern Menschen den Umgang in einer komplexen sozialen Umwelt, führen aber zwangsläufig zu einer Vereinfachung der realen sozialen Komplexität („Menschen mit psychischen Erkrankungen sind unberechenbar“).
- » **Vorurteile** (affektive Ebene) spiegeln die Zustimmung und emotionale Reaktion auf ein Stereotyp wider („Menschen mit psychischen Erkrankungen sind unberechenbar und machen mir Angst“).
- » **Diskriminierung** ist auf der Handlungsebene verortet und beschreibt das Verhalten gegenüber einer stigmatisierten Person („Menschen mit psychischen Erkrankungen sind unberechenbar und machen mir Angst, und darum will ich nichts mit ihnen zu tun haben“).

Was kann getan werden, um direktes Stigma zu reduzieren?

Edukation (potenziell) stigmatisierender Personengruppen sowie Kontakt zwischen diesen und stigmatisierten Personengruppen sind die beiden Interventionsarten, die am häufigsten zur Reduktion direkten Stigmas zum Einsatz kommen (Corrigan et al. 2012). Häufig kommt es auch zu einer Kombination dieser beiden Interventionsarten (kontaktbasierte Edukation).

Edukation basiert auf der grundlegenden Annahme, dass mehr Wissen vor diskriminierenden Handlungen schützt, indem Mythen durch Fakten widerlegt und auf diesem Weg Stereotype abgebaut werden können. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor dieser Strategie ist, möglichst viele Personen aus einer Zielgruppe zu erreichen, etwa indem entsprechende Inhalte in Ausbildungscurricula integriert werden. Als Zielsetzung können eine Sensibilisierung, Einstellungsveränderungen oder Verhaltensänderungen der Zielgruppe adressiert werden. Edukation steht vor dem grundsätzlichen Dilemma, dass die Bereitschaft zur Informationsaufnahme begrenzt ist und zudem bei Personen mit gefestigten Meinungen teilweise Widerstand gegenüber neuen Informationen bestehen kann (Rüsch 2020).

3

Direkte Stigmatisierung ist eine von vier Stigma-Ebenen (strukturelle, direkte und kulturelle sowie Selbststigmatisierung), die im Rahmen der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung behandelt werden.

Die grundlegende Annahme kontaktbasierter Interventionen lautet, dass Kontakt zwischen unterschiedlichen Personengruppen zum Abbau von Vorurteilen, zur Abnahme von Unsicherheit sowie zu einer stärkeren Wahrnehmung individueller Eigenschaften führe und damit in einem stärkeren Ausmaß Empathie und Vertrauen ermögliche (Pettigrew 1998). Kontakt kann allein oder in Kombination mit Edukation stattfinden, wobei bei der Edukation dann individualisierte Informationen im Vordergrund stehen. Kontaktbasierte Intervention sollte im besten Fall an eine spezifische Zielgruppe gerichtet sein, zielgruppengerechte Inhalte vermitteln, an lokale Gegebenheiten angepasst sein, Glaubwürdigkeit durch ausgewogene Darstellung vermitteln, Kontakt mit Vertreterinnen und Vertretern ermöglichen und Zielgruppen wiederholt und auf verschiedene Weise adressieren (Corrigan et al. 2013).

Wie wurden die Empfehlungen zur Reduktion direkten Stigmas in Österreich entwickelt?

Im Rahmen der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung (zu ihrer genaueren Beschreibung siehe „Hintergrund“ im letzten Absatz der Einleitung) wurden Empfehlungen entwickelt, mittels deren bei ausgewählten Zielgruppen stigmatisierendes Verhalten reduziert werden soll. Diese Empfehlungen richten sich primär an politische Entscheidungsträger:innen in unterschiedlichen Politik- und Verwaltungsressorts (Gesundheit und Soziales, Arbeit, Unterricht, Kunst und Kultur, Justiz und innere Angelegenheiten) und sollen dort Eingang in politische Strategie- und Planungsüberlegungen finden. Sie stehen aber auch Vertreterinnen und Vertretern anderer gesellschaftlicher Bereiche (z. B. Wissenschaft, Interessenvertretungen) zur weiteren Verwendung zur Verfügung und spiegeln das Ergebnis der Arbeiten der Kompetenzgruppe zur Ebene direkter Stigmatisierung wider. Sie dienen zudem als Grundlage für ein koordiniertes multistrategisches Vorgehen im weiteren Projektverlauf, bei dem diese Empfehlungen mit jenen anderer Stigma-Ebenen kombiniert werden sollen, um größtmögliche Synergien zu erzeugen.

Zur Entwicklung der Empfehlungen wurden in einem ersten Schritt vier Zielgruppen priorisiert, für die Empfehlungen entwickelt werden sollten. Leitend für diese Priorisierung waren die Fragen, welche Zielgruppen einen großen Einfluss auf sozialen Wandel haben, welche Zielgruppen mit ihrem Handeln entscheidenden Einfluss auf Betroffene und deren Angehörige ausüben und welche Settings ein häufiger Ort für Inklusions- bzw. Exklusionserfahrungen sind. Für jede Zielgruppe wurde eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen. In diesen Arbeitsgruppen wurden Empfehlungen entwickelt. Zusätzlich wurden externe Expertinnen und Experten in die Arbeitsgruppen eingeladen, um zu bestimmten Themenbereichen bzw. Empfehlungen weiteres Fachwissen einzubringen. Eine vorläufige Version der Empfehlungen wurde dann im Plenum diskutiert. Zusätzlich gab es eine schriftliche Feedbackrunde unter allen Mitgliedern der Kompetenzgruppe.

Empfehlungen wurden zu den folgenden Zielgruppen entwickelt:

1. Gesundheits- und Sozialberufe
2. Kinder und Jugendliche sowie Pädagoginnen und Pädagogen
3. Führungskräfte und Arbeitnehmer:innen
4. Gruppen aus den Bereichen Politik, organisierte Zivilgesellschaft, Verwaltung, Polizei und Gerichte

Bestandteile und grundsätzliche Ausrichtung der Empfehlungen

Bei der Erstellung der Empfehlungen lautete die Vorgabe, auf in Österreich bestehenden Interventionen aufzubauen sowie – jeweils soweit vorhanden – Evidenz zu ähnlichen Interventionen bzw. internationale Best-Practice-Beispiele zu berücksichtigen. Entsprechend der einschlägigen Literatur wurde bei Erwachsenen der Fokus vorrangig auf kontaktbasierte Anti-Stigma-Interventionen gerichtet (Corrigan et al. 2012).

Im Sinne der UN-BRK erarbeitet die Kompetenzgruppe ihre Empfehlungen partizipativ und verfolgt prinzipiell das Ziel, dass im Kontext der österreichischen Anti-Stigma-Arbeit sämtliche Interventionen unter Einbindung von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten sowie Vertreterinnen und Vertretern der Interessen von Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen konzipiert und umgesetzt werden sollen („dialogisch“).

Ein zweiter Grundsatz ist, dass die Wirksamkeit von Interventionen durch Evaluationen geprüft werden soll. Dazu ist es erforderlich, vorab Ziele für Anti-Stigma-Maßnahmen zu definieren (z. B. Verbesserung der sozialen Akzeptanz gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung) und den Status quo vor Beginn der Maßnahmen sowie nach deren Ende zu erheben. Die Evaluationen sollten so designt sein, dass nicht nur kurzfristige Wirkungen (z. B. Einstellungsänderung unmittelbar nach der Intervention) gemessen, sondern mittels Follow-up-Erhebungen auch längerfristige Effekte berücksichtigt werden, da nur so die Nachhaltigkeit der Intervention geprüft werden kann. Darüber hinaus wären randomisierte und kontrollierte Studien als Goldstandard des Evidenznachweises zu empfehlen.

Bei der Auswahl der Fragestellung sollte auf die Möglichkeit der Vergleichbarkeit mit bestehenden Ergebnissen bzw. bereits in Verwendung befindlichen und validierten Erhebungsinstrumenten geachtet werden (für eine Übersicht vgl. Antony 2021).

Der Aufbau der hier präsentierten Empfehlungen folgte einer vorgegebenen Struktur (Ausgangslage, Zielsetzungen, Empfehlungen). Die Anzahl der Empfehlungen wurde auf etwa fünf pro Arbeitsgruppe eingeschränkt. Erste Überlegungen zur Umsetzung der jeweiligen Empfehlung wurden – soweit die Formulierung von solchen im Rahmen des vorhandenen Expertenwissens möglich war – anhand der Subpunkte „nächste Schritte“, „Umsetzungspartner:innen“, „Finanzierung“ und „Art der Umsetzung“⁴ ebenfalls in einem einheitlichen Format dargestellt. Diese Darstellung soll möglichst konkrete Hilfestellungen bei einer zukünftigen Umsetzung bieten (z. B. soll die Nennung der Umsetzungspartner:innen die Erreichbarkeit der Zielgruppe gewährleisten).

4

Hier wurde unterschieden, ob sich aus der Empfehlung vorrangig eine „Adaption von Bestehendem“, eine „Umsetzungsarbeit“ oder eine „Entwicklungsarbeit“ ableiten lässt.

Auch wenn der Fokus der vorliegenden Empfehlungen auf der Ebene der direkten Stigmatisierung liegt, werden bei manchen Empfehlungen auch strukturelle Aspekte einbezogen oder wird im Sinne des Settingansatzes auch das Umfeld der Individuen berücksichtigt. Beides kann dazu dienen, dass die Nachhaltigkeit an Personen gerichteter Interventionen gefördert wird.

Hintergrund: Was ist und was tut die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung?

Die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung ist ein interdisziplinär, intersektoral und multiperspektivisch besetztes Expertengremium und wurde im Rahmen der Umsetzung des österreichischen Gesundheitsziels 9, „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“, ins Leben gerufen. Diese Kompetenzgruppe soll – einem Mental-Health-in-All-Policies-Ansatz (MHiAP) folgend – die Expertise aus Wissenschaft, psychosozialer Versorgungspraxis, Verwaltung, Kultur, Medien und Erfahrungswissen zum Thema Entstigmatisierung bündeln und auf der Basis bestehender Evidenz und von Best-Practice-Beispielen ein koordiniertes multistrategisches Vorgehen gegen das Stigma psychischer Erkrankungen entwickeln.⁵ Die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung ist seit 2018 als laufendes Projekt an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) verankert, wird von dieser fachlich begleitet und vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und vom Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV) finanziert. Großer Dank gebührt allen Expertinnen und Experten, die im Rahmen ihrer Arbeitszeit in den entsendenden Organisationen bzw. zum Teil auch unentgeltlich in ihrer Freizeit die Erstellung dieser Empfehlungen ermöglicht haben.

5

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

2 Zielgruppen Gesundheits- und Sozialberufe

psychiatrisches Personal (stationär, ambulant, niedergelassen) – Personen mit Leitungsfunktion in Gesundheitseinrichtungen, Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Pflegepersonal, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, weitere relevante Therapeutinnen und Therapeuten, Peer-Arbeiter:innen und Genesungsbegleiter:innen

medizinisches Personal (somatische Fächer; stationär, ambulant, niedergelassen) – Personen mit Leitungsfunktion in Gesundheitseinrichtungen, Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Pflegepersonal, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Mitarbeiter:innen (MA) der Rettungsdienste, Hebammen, Arbeitsmediziner:innen, Amtsärztinnen und Amtsärzte (inklusive Chefärztinnen und Chefärzten des BMI und Amtsärztinnen und Amtsärzte der Polizei)

weitere psychosoziale Berufsgruppen der psychosozialen Versorgung: Personen mit Leitungsfunktion in Einrichtungen der psychosozialen Versorgung, Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, MA der Altenhilfe, persönliche Assistentinnen und Assistenten (PA), MA in betreuten Wohneinrichtungen und Tagesstrukturen, MA der Kinder- und Jugendhilfe, Familienbegleiter:innen, MA der Wohnungslosenhilfe, Peer-Arbeiter:innen und Genesungsbegleiter:innen, Betriebspsychologinnen und Betriebspsychologen, Schulpsychologinnen und Schulpsychologen, Gutachter:innen

Auszubildende dieser Berufsgruppen sind hier inkludiert.

2.1 Ausgangslage

Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe beeinflussen den Stigmatisierungsprozess auf allen Ebenen und nehmen – oftmals mehr als ihnen bewusst ist – somit eine zentrale Rolle in der Verbreitung oder Bekämpfung von Stigma psychischer Erkrankungen ein. Auch professionelle Helfer:innen sind nicht frei von kulturell geprägten Einstellungen, die ihr Handeln beeinflussen. Ein stigmatisierender Umgang mit Patientinnen und Patienten aufgrund unreflektierter Haltungen kann aber gerade im Gesundheitssystem besonderen Schaden verursachen, da es die professionellen Helfer:innen sind, denen sich Menschen in psychisch labilen Phasen anvertrauen, um Hilfe und Orientierung zu erhalten. Entsprechend bedarf es eines besonders reflektierten Umgangs mit Patientinnen und Patienten, um den Genesungsprozess als unterstützende Partnerin bzw. unterstützender Partner zu fördern und zu begleiten. Verletzende Bemerkungen, eine entmündigende Haltung, therapeutischer Pessimismus, fehlende Berücksichtigung der subjektiven Krankheitserfahrungen oder systematische Benachteiligungen hingegen können das Selbstwertgefühl schwächen, Patientinnen und Patienten entmutigen, Selbststigmatisierung verstärken, durch Vertrauensverlust eine Barriere für die weitere Inanspruchnahme psychiatrischer oder medizinischer Hilfe bilden und letztendlich den Genesungsprozess behindern. Eine Reihe von Studien belegt, dass das

Stigma psychischer Erkrankungen auch unter Angehörigen der Gesundheitsberufe ein weitverbreitetes Phänomen ist (Henderson, Claire et al. 2014; Knaak et al. 2017; Perry et al. 2020; Vistorte et al. 2018).

Die Mortalität von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist mehr als doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Betroffene leiden häufiger an somatischen Erkrankungen und haben eine um 10–20 Jahre deutlich verkürzte Lebenserwartung (Hewer/Schneider 2016; Schneider et al. 2019). Körperliche Leiden werden oft erst spät diagnostiziert oder nicht adäquat behandelt. Zudem haben Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen einen erschwerten Zugang zu präventiven Maßnahmen. Sie erhalten beispielsweise seltener Angebote zur Raucherentwöhnung, es werden in ihrem Fall kardiovaskuläre Risikofaktoren seltener erkannt, und sie erhalten seltener eine leitliniengerechte Diabetestherapie oder haben geringere Chancen, mit Bypass oder Stent behandelt zu werden (Druss et al. 2001; Friedrich et al. 2015; Parks et al. 2006). Untersuchungen zeigen, dass die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im medizinischen Versorgungssystem ihren Zugang zu einer adäquaten Behandlung wesentlich erschwert. Häufig führt bereits die Annahme oder das Wissen über eine psychische Erkrankung bei medizinischem Personal und auch bei Medizinstudierenden zu diskriminierendem Verhalten (Arvaniti et al. 2009; Liggins/Hatcher 2005). Menschen mit psychischen Erkrankungen sind beispielsweise mit längeren Wartezeiten konfrontiert, erhalten unzureichende Aufklärung und werden von Entscheidungen ausgeschlossen. Zudem werden körperliche Symptome häufig der psychischen Erkrankung zugeschrieben und dadurch nicht ausreichend abgeklärt („diagnostic overshadowing“) (Chen et al. 2017). Unzureichende Fertigkeiten und eine mangelhafte Ausbildung in Bezug auf psychische Erkrankungen können aufseiten der Behandelnden Gründe für Angst vor dem Kontakt mit Betroffenen und für dessen Vermeidung sein (Knaak et al. 2017). Dies betrifft nicht nur die in den somatischen Fächern tätigen Berufsgruppen, sondern auch jene im Bereich der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. Neben sozialer Exklusion werden Stigmatisierungserfahrungen durch Mitarbeiter:innen des Mental-Health-Sektors sowie eine mangelnde Qualität der psychosozialen Versorgung Betroffener als die am meisten stigmatisierenden Erfahrungen gewertet (Schulze 2007). In diesem Zusammenhang erfordert insbesondere die sensible Situation der Unterbringung nach UbG ein hohes Maß an Reflexion seitens der Behandelnden, um das richtige Gleichgewicht zwischen Erhalt der Patientenautonomie und Erfüllung des Behandlungsauftrags zu erreichen und so Erfahrungen von Stigmatisierung entgegenzuwirken (Burns/Rugkåsa 2016). Zudem ist auch die Kultur der jeweiligen Arbeitsstätte im Umgang mit psychischen Belastungen der Mitarbeiter:innen ein wesentlicher Faktor, der zu einer stigmatisierenden Haltung beiträgt (Knaak et al. 2017). Diesbezüglich erscheint ein Empowerment der Angehörigen der psychiatrischen Gesundheitsberufe relevant, um eine Verbesserung der Arbeitsrahmenbedingungen in der Psychiatrie und psychosozialen Versorgung zu erreichen (z. B. Personalressourcen).

Professionelle Helfer:innen gelten in der Gesellschaft auch als Meinungsbildner:innen, äußern sich via diverse Medien und können durch unreflektierte Aussagen über psychische Erkrankungen das kulturelle Stigma verstärken. Andererseits können sie ihre Rolle bewusst nutzen, um dem Stigma entgegenzuwirken. Schulungen im Umgang mit Medien können daher einen wichtigen Beitrag zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen leisten.

Um das Stigma psychischer Erkrankungen im Gesundheitssystem zu beseitigen, liegt es ebenfalls in der Verantwortung der professionellen Helfer:innen, nicht nur die eigenen Vorurteile, sondern auch handlungsleitende Konzepte und Praktiken der eigenen Disziplin, die auf struktureller Ebene Stigma befördern, zu reflektieren und zu revidieren. Beispielsweise sind biologische Krankheitsmodelle nach wie vor in der medizinischen Praxis etabliert. Diese gelten nicht nur als veraltet, sondern können auch Stigma verstärken (Corrigan 2016; Gronholm et al. 2017; Larkings/Brown 2018). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell wird hingegen nicht hinlänglich umgesetzt.

Menschen mit psychischen Erkrankungen stehen seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) im Jahr 2008 unter deren Schutz⁶. Die UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten, die Menschenrechte und Grundfreiheiten für Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten und die gesellschaftliche Teilhabe aller im Sinne der Chancengleichheit zu fördern. Traditionelle Versorgungskonzepte und die damit verbundenen Praktiken (z. B. Symptomorientierung, therapeutischer Pessimismus, hierarchische Arzt-Patient-Beziehung) können jedoch Recovery⁷ und gesellschaftliche Teilhabe behindern, anstatt sie zu fördern (Amsalem, Doron et al. 2018; Hamilton, Sarah et al. 2016; Henderson, Claire et al. 2014; Mestdagh, Annelien/Hansen, Bart 2014). In einer Studie zur Vermittlungspraxis der Diagnose Schizophrenie untersuchten Doron Amsalem et al. (2018) Aspekte traditioneller Behandlungspraxis, die Recovery unterbinden: Die fehlende Berücksichtigung subjektiver Krankheitserfahrungen verhindert das Verstehen des Erlebten, therapeutischer Pessimismus führt zu Hoffnungslosigkeit, und die fehlende Aufklärung verhindert die aktive Beteiligung und Mitsprache an der Behandlung, welche einen wichtigen Aspekt der Selbstbestimmung und Autonomie darstellen. Neben paternalistischen Verhaltensweisen untergraben auch protektive, entmündigende Haltungen, die von Betroffenen ebenfalls als stigmatisierend eingestuft werden, die Patientenautonomie (Hamilton, S. et al. 2016; Henderson, C. et al. 2014; Mestdagh, A./Hansen, B. 2014). Um eine UN-BRK-konforme recoveryorientierte Praxis im Gesundheitssystem zu etablieren, ist es notwendig, ein Bewusstsein dafür zu schaffen sowie Versorgungsziele und -konzepte neu zu formulieren.

6

Die deutsche Übersetzung der Konvention und des Fakultativprotokolls ist unter www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Menschen-mit-Behinderungen/UN-Behindertenrechtskonvention.html [abgerufen am 6. 9. 2021] verfügbar. Menschen mit Behinderung bezeichnet hierbei Menschen, die *langfristige körperliche, psychische, intellektuelle oder Sinnesbeeinträchtigungen* haben, die sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen und wirksamen Teilhabe, gleichberechtigt mit anderen, an der Gesellschaft hindern können.

7

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

2.2 Zielsetzungen

- » **Steigerung des Wissens** über psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen, Stigma (Stigmatisierungsprozesse und ihre Folgen), Menschenrechte, das soziale Modell der Behinderung⁸, Recovery-Orientierung, somatische Komorbidität bei psychischen Erkrankungen, effektive Therapiekonzepte für Selbstentstigmatisierung
- » **Abbau von Vorurteilen**, Steigerung der Sensibilität für Stigma durch Reflexion der eigenen Vorurteile, Haltungen und Handlungen
- » **Erlernen von Skills** für den stigmafremen Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen
- » Schaffung von Bewusstsein für die eigene Rolle im Stigmatisierungsprozess
- » Schaffung von **Bewusstsein für strukturelle Benachteiligungen** im Gesundheits- und psychosozialen Versorgungssystem
- » **Einbeziehung von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten sowie Angehörigen** in individuelle und allgemeine Behandlungs- und Versorgungsentscheidungen
- » **Aufwertung von Erfahrungswissen** (Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und Angehörige) und dessen Inklusion in Forschung, Versorgung, Aus- und Weiterbildung
- » **Verbesserung der somatischen Versorgung** psychisch erkrankter Personen (somatische [Erst-]Versorgung in somatischen Abteilungen, bessere Vernetzung der Psychiatrie mit der somatischen Medizin)

2.3 Empfehlungen

2.3.1 Steigerung der Anti-Stigma-Kompetenz durch Verankerung einschlägiger Schulungsinhalte in den Aus- und Weiterbildungscurricula der Gesundheits- und Sozialberufe

Die im Jahr 2019 im Rahmen der österreichweiten Bestandserhebung der Anti-Stigma-Aktivitäten erfassten bewussteinbildenden Aktivitäten für Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe umfassen Gatekeeper-Schulungen zu bestimmten Themen (z. B. Suizid, Depression), Tagungen, Fachveranstaltungen und Vernetzung sowie Fachpublikationen (Nowotny et al 2020). Die bloße Bereitstellung von Fachwissen ist aber nicht ausreichend, um Vorurteile abzubauen und stigmatisierende Praktiken zu korrigieren. Dazu sind eine gezielte Beschäftigung mit dem Thema Stigma, eine kontaktbasierte Vermittlung von Erfahrungswissen und eine Sensibilisierung durch Reflexion

8

Das soziale Modell von Behinderung betrachtet Gesellschaft als Ursache von Behinderung und richtet den Fokus auf gesellschaftliche Barrieren oder negative Einstellungen, die zu Ausgrenzung führen.

der eigenen Haltungen erforderlich (Knaak/Patten 2014). In Österreich existieren derzeit nur vereinzelt Schulungsangebote, die gezielt Stigma adressieren (z. B. kontaktbasierte trialogische Schulungen der HPE, Fortbildungsseminar Campus Wien Academy⁹). Diese sollen ausgebaut, den jeweiligen Zielgruppen angepasst und schrittweise in bestehende Lehrveranstaltungen integriert werden – mit dem Ziel der Verankerung der Inhalte in den Lehrveranstaltungsbeschreibungen der offiziellen Curricula der Gesundheits- und Sozialberufe. Dabei wird eine trialogische Entwicklung neuer Lehrveranstaltungskonzepte (mit aufbauenden Inhalten in allen Ausbildungsstufen entsprechend dem Wissensstand und der Praxiserfahrung) und kontaktbasierter Vermittlung durch Professionistinnen und Professionisten, Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und Angehörige als trialogisches Lehrteam für die Ausbildungscurricula aller Berufsgruppen angestrebt. Die Evaluierung der Schulungsinterventionen soll mithilfe validierter Erhebungsinstrumente für zielgruppenspezifische Stigmatisierung¹⁰ erfolgen.

Inhalte:

1. Wissensvermittlung: theoretische Grundlagen zu Stigmatisierung und Entstigmatisierung
 - » Aufklärung über psychische Gesundheit – psychische Erkrankungen (Entstehungsfaktoren für psychische Erkrankungen: Vulnerabilitäts-Stress-Modell, biopsychosoziales Modell, Definition, Entstehung, Verbreitung, Erkennen der Erkrankung, Therapiemöglichkeiten)
 - » Hilfsangebote
 - » Menschenrechte¹¹ (Recht auf Familie und Privatsphäre, Freiheit und Sicherheit der Person, rechtliche Rahmenbedingungen für freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Kontakt nach außen, Lebens- und Aufenthaltsbedingungen, Beschwerdemanagement etc.)
 - » Antidiskriminierungsgesetz, soziales Modell von Behinderung
 - » Bedeutung der Angehörigen für den Genesungsprozess
 - » Sensibilisierung für somatische Komorbiditäten und Gefahr des „diagnostic overshadowing“
 - » Entstehung von Stigma, Stigma-Ebenen (strukturelle, kulturelle, direkte und Selbststigmatisierung)
 - » Folgen von Stigmatisierung für Betroffene (Genesungsprozess, Lebensqualität) und Angehörige
 - » Anti-Stigma-Initiativen: aktuelle Kampagnen zur Entstigmatisierung

9

Fortbildungsseminar „Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ (Carmen Dorfmeister, Campus Wien Academy)

10

z. B. OMS-HC: Opening Minds Scale for Health Care Providers der MHCC (Mental Health Commission of Canada)

11

z. B. Anleihen aus dem QualityRights-Programm der WHO: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools> [abgerufen am 22. 9. 2021]

2. Reflexion der persönlichen Haltung – Entwicklung der Haltung und Werte im Sinne der Entstigmatisierung
 - » Stigma-Erfahrungen und Strategien der betroffenen Menschen
 - » soziologische und psychologische Aspekte: Bedeutung von Werten, Rollen und Normen, Rollenerwartungen, Rollenattributen und -stereotypen, Rollenkonflikten
 - » Bedeutung von Respekt und Würde, Diversität, Akzeptanz, Empathie, Wertschätzung, sozialer Teilhabe (Inklusion)
 - » Empowerment und Recovery: Ressourcenorientierung und Autonomiebestrebung
 - » Funktionen sozialer Einstellungen: Rolle von Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheits- und Sozialberufe als „gesellschaftliche Multiplikatorinnen/Multiplikatoren“ (Freimüller/Wölwer 2012)
3. Skills/Anwendungsübungen
 - » sensibler Sprachgebrauch im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen
 - » Identifikation von Stigmatisierung, Zivilcourage bei Stigmatisierung
 - » Aufklärung über die Stigmatisierung im privaten und beruflichen Kontext
 - » interdisziplinäre wie multiprofessionelle Zusammenarbeit

A. Ausbildungscurricula (berufsgruppenspezifisch)

Hiermit gemeint sind alle Curricula und Ausbildungen bis zur Berufsqualifikation, also vor Eintritt in die Berufspraxis.

1. Pflege- und Gesundheitsberufe
 - » Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Hebammen, Bachelorstudium Soziale Arbeit, Sozialpädagogik
 - » Ausbildungen Pflegeassistentz/Pflegefachassistentz (Pfabigan et al. 2020)
2. Psychologie
 - » Bachelorstudium und Masterstudiengänge Psychologie
 - » Lehrgang Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie (ÖAP¹², AAP¹³)
3. Psychotherapie
 - » Propädeutikum und Fachspezifika
4. Medizin
 - » Medizinstudium
5. Weitere Berufsausbildungen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (z. B. Musiktherapie, Sanitäterausbildung)

¹²
Österreichische Akademie für Psychologie

¹³
Angewandte Psychologie und Forschung GmbH

Beispiele für Lehrveranstaltungen, in die einschlägige Inhalte integriert werden können: Kommunikation/Gesprächsführung, klinische Psychologie, psychologische Diagnostik, Diversitäts- und Genderforschung, Supervisionen, medizinische Psychologie, Psychosomatik, Public Health, psychiatriespezifische Lehrveranstaltungen

B. Weiterbildung (berufsgruppenübergreifend oder berufsgruppenspezifisch)

Hiermit sind alle berufserweiternden bzw. auf Berufsqualifikationen aufbauenden Curricula und Ausbildungen gemeint, z. B. akademische Lehrgänge (z. B. Masterstudien) an Fachhochschulen und Universitäten (z. B. Public Health, Krisenintervention und Suizidprävention, Pflegepädagogik, Pflegemanagement, Pflegewissenschaften, klinische soziale Arbeit).

Tabelle 2.1:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Steigerung der Anti-Stigma-Kompetenz durch Verankerung von Schulungsinhalten in den Aus- und Weiterbildungscurricula der Gesundheits- und Sozialberufe“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> » zielgruppenspezifische Adaption bestehender Konzepte¹⁴ » Integration der Inhalte in bestehende Lehrveranstaltungen – praktikable sowie zeitnahe Umsetzung » in aufbauenden Fachausbildungen/Lehrgängen (z. B. Klinische Psychologie) Integration der Inhalte in Rasterzeugnisse und Prüfungsstoff » Leitlinien für zukünftige Lehrveranstaltungen festlegen (Pflichtpunkte wie Stigmatisierung und Entstigmatisierung, Bewusstseinsarbeit, Reflexion ...)
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	<p>Umsetzende:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Bildungseinrichtungen (Universitäten, FH, sonstige relevante Anbieter von Aus- und Weiterbildung) – Lehrveranstaltungsleiter:innen bestehender Lehrveranstaltungen, Studienprogrammleitung, Studierendenvertretung, Berufs- und Ausbildungsverbände (z. B. BÖP¹⁵, Psychotherapie-Vereinigungen) <p>Partner:innen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » spezialisierte Lehrende, triadische Lehrteams » Peer¹⁶- und Angehörigenorganisationen » Fachgesellschaften/Berufsverbände/Ausbildungsvertretungen (z. B. Mental Health Awareness Week, BÖP, ÖGKV¹⁷)
Finanzierung/Ressourcen	Universität/Fachhochschule, berufsausbildende Institutionen
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem, Entwicklungsarbeit

Quelle: AG Gesundheits- und Sozialberufe der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

¹⁴

z. B. Anti-Stigma-Kompetenz nach Freimüller/Wölwer (2012); Opening-Minds-Initiative der Mental Health Commission of Canada): <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/opening-minds> [abgerufen am 24. 9. 2021]

¹⁵

Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen

¹⁶

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Zwischenbericht statt „Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung“, wo sinnvoll, der kürzere Begriff „Peer“ verwendet. Das englische Wort „Peer“ bedeutet „gleichgestellt, gleichwertig“ und wird häufig für Personen angewandt, die bestimmte Lebenswelten und Erfahrungen miteinander teilen.

¹⁷

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

2.3.2 Verankerung von Schulungsinhalten in den klinischen Aus- und Fortbildungen (berufsgruppenspezifisch oder -übergreifend)

Für Aus- und Fortbildungen, die im Kontext der Berufspraxis und insbesondere in konkreten Institutionen stattfinden, sollen auf Basis bestehender Konzepte¹⁸ modularisierte kontaktbasierte Fortbildungscurricula, die an Ausbildungsstätten oder im Rahmen externer Fortbildungsveranstaltungen stattfinden, regelmäßig (z. B. mindestens einmal jährlich) umgesetzt werden. Schulungsziele sind dabei das Bewusstmachen von Stigma-Prozessen, die Reflexion der eigenen Haltungen und die praktische Anwendung. Berufsübergreifende Fortbildungen (z. B. in medizinischen Abteilungen oder Institutionen der psychiatrischen Versorgung) sind zudem besonders geeignet, um stigmatisierende institutionelle Praktiken zu identifizieren und zu reflektieren. Die Einführung einer verpflichtenden Teilnahme des Personals daran kann auch als Qualitätskriterium für Institutionen herangezogen werden (siehe Empfehlung 2.3.3). Die Evaluierung der Schulungsinterventionen soll mithilfe validierter Erhebungsinstrumente für zielgruppenspezifische Stigmatisierung erfolgen¹⁹.

Inhalte:

- » anhand der Inhalte von Empfehlung 2.3.1 (siehe Liste der Inhalte auf Seite 9 f.) und mit Fokus auf Praxis- und Reflexionsbezug, angepasst an den medizinischen Fachbereich oder an die jeweilige Institution (z. B. intensivere Fortbildung inklusive Wissensvermittlung an psychiatrischen Fachabteilungen; Fokus auf Bewusstseinsbildung in anderen medizinischen Fächern)
- » ergänzend für Leitungspersonen: Kommunikationsschulung in Hinblick auf Medienauftritte/ Interviews in der Rolle als Meinungsbildner:in

A. Fachärztliche Ausbildungen in der Medizin (fachspezifische Schwerpunkte)

Hier ist die Ausbildungsverantwortung nicht mehr in akademischen Strukturen verankert, sondern bei den jeweiligen Abteilungsleitungen und Krankenhausträgern. Daher werden neue Ausbildungskonzepte und Umsetzungsmöglichkeiten benötigt – insbesondere für folgende Fachdisziplinen:

- » Facharztausbildung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
- » Facharztausbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
- » Ausbildung für Allgemeinmedizin
- » Facharztausbildung Innere Medizin
- » Facharztausbildung Neurologie

18

z. B. Fortbildungsseminar „Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ (Carmen Dorfmeister, Campus Wien Academy), HPE-Schulungsprogramme, Anti-Stigma-Kompetenz-Workshops (Kompetenznetz Schizophrenie)

19

z. B. OMS-HC: Opening Minds Scale for Health Care Providers der MHCC (Mental Health Commission of Canada)

B. Fortbildungen (berufsgruppenübergreifend und berufsgruppenspezifisch)

- » in Krankenanstalten, Ambulatorien, Reha-Zentren, forensischen Einrichtungen
- » Gatekeeper-Schulungen in Suizidprävention²⁰
- » in Vereinen/Institutionen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreuen
- » auf medizinischen Fachkongressen (z. B. der Fachgesellschaften) – auch somatischer Fächer! (insbesondere Neurologie, innere Medizin, Allgemeinmedizin)
- » PSY-Diplom-Ausbildungen der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK)
- » Hausärzteschulungen im Rahmen des Bündnisses gegen Depression²¹
- » Schulung einweisungsbefugter/-verpflichteter Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Sanitätsdienst betreffend Einweisung und Aufenthalt in der Psychiatrie nach UbG

20

siehe <https://suizidpraevention-gatekeeper.at> [abgerufen am 4. 10. 2021]

21

siehe <https://www.buendnis-depression.at> [abgerufen am 4. 10. 2021]

Tabelle 2.2:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Verankerung von Schulungsinhalten in den klinischen Aus- und Fortbildungen“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> » Entwicklung eines generellen modularisierten Ausbildungskonzepts für Fortbildungen (auf Basis bestehender Konzepte), das in verschiedenen Settings angewandt werden kann » Umsetzungspartner:innen definieren, die als Spezialistinnen und Spezialisten von Institutionen angefragt werden können » Schaffen einer Verpflichtung zu trialogischen Fortbildungen » Verankerung der Inhalte in den Rasterzeugnissen und dem Prüfungsstoff der o. g. Facharztausbildungen » Förderung der Willensbildung bei Leitungspersonen
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	<p>Umsetzende:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Krankenanstalten (z. B.: Wiener Gesundheitsverbund; Landeskrankenhäuser), insbesondere Abteilungsleiter:innen, psychosoziale Dienste und weitere Institutionen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreuen » Ärztekammer » BÖP » Schulungsanbieter:innen der jeweiligen Aus- und Fortbildungen <p>Partner:innen:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Peer-Organisationen » Angehörigenorganisationen » Fachkräfte mit einschlägiger Kenntnis im Bereich Stigma: <ul style="list-style-type: none"> » medizinische Aspekte: Psychiater:innen, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpfleger:innen » rechtliche Aspekte: Juristinnen und Juristen, Patientenanwaltschaft von VertretungsNetz (alle Bundesländer außer Vorarlberg) und ifs – Institut für Sozialdienste (Vorarlberg) » Fachgesellschaften/Ausbildungsververtretungen (z. B. ÖGPP²², JAMÖ²³, Young Psychiatrists)
Finanzierung/Ressourcen	Finanzierung über Fortbildungsbudgets der jeweiligen Krankenanstalt/Institution; evtl. spezifische Förderungen erforderlich
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem, Entwicklungsarbeit

Quelle: AG Gesundheits- und Sozialberufe der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

22

Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

23

Junge Allgemeinmedizin Österreich

2.3.3 Entwicklung und Implementierung eines Gütesiegels „Stigmafreie Versorgungseinrichtung“ für ambulante und stationäre psychosoziale Einrichtungen

Das Gütesiegel „Stigmafreie Versorgungseinrichtung“ könnte psychiatrischen Krankenanstalten, psychosozialen Diensten, Reha-, Tagesstruktur- und Wohnbetreuungseinrichtungen sowie mobilen Diensten verliehen werden.

Für das Gütesiegel sind Zertifizierungskriterien zu entwickeln. Solche Kriterien könnten z. B. folgende sein:

- » Existenz von **Handlungsleitlinien** (einer Art „Ethikkodex“) für Führungskräfte und Mitarbeiter:innen zum stigmafreien Umgang mit Betroffenen und deren Angehörigen
- » Existenz eines von der Einrichtung **unabhängigen Beschwerdemanagements**²⁴
- » als Standard in allen psychosozialen Einrichtungen: **Beschäftigung von Peers** (Genesungsbegleiter:innen mit Erfahrungswissen) als Teil des Teams
- » therapeutische **Angebote zur Reduktion von Selbststigmatisierung** für Betroffene als fixer Bestandteil stationärer und ambulanter psychiatrischer Versorgungseinrichtungen
- » **regelmäßige dialogische Veranstaltungen** zum Erfahrungsaustausch zwischen medizinischem bzw. Betreuungspersonal, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen in den psychosozialen Versorgungseinrichtungen (vgl. z. B. Konzept von HPE für Krankenanstalten)
- » **verpflichtende Teamsitzungen** in psychosozialen Einrichtungen zur regelmäßigen Reflexion stigmatisierender Einstellungen (zumindest halbjährlich)
- » **Erhebung der Zufriedenheit** der Betroffenen in Bezug auf den stigmafreien Umgang in der Einrichtung (z. B. bei Entlassung aus dem Spital; mindestens einmal im Jahr für Klientinnen und Klienten der psychosozialen Dienste, der Wohnbetreuung, der Tagesstruktur)

24

von Peers geleitete unabhängige dialogische Beschwerdestellen für psychiatrische Patientinnen und Patienten (und deren Angehörige). Personelle Zusammensetzung aus Erfahrungsexpertinnen und -experten, Angehörigen, medizinischem Fachpersonal, Juristinnen und Juristen. Insbesondere die Kooperation mit dem bereits etablierten Beschwerdemanagement der Patientenanwaltschaft (VertretungsNetz und IFS) soll angestrebt werden.

z. B. angelehnt an das deutsche Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie: Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie (beschwerde-psychiatrie.de) [abgerufen am 16. 9. 2021]

Tabelle 2.3:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Entwicklung und Implementierung eines Gütesiegels „Stigmafreie Versorgungseinrichtung“ für alle ambulanten und stationären psychosozialen Einrichtungen

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<p>Bestandserhebung über (etwaig) existierende Gütesiegel (direkt zum Thema und zu artverwandten Gütesiegeln wie z. B. „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“²⁵ zur Orientierung an Bestehendem)</p> <p>Entwicklung der Zertifizierungskriterien (inkl. Festlegung der Mindeststandards) durch ein multiprofessionell zusammengesetztes Expertenteam unter Einbindung von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten sowie Angehörigen</p> <p>Festlegung der Vergabezuständigkeit durch eine unabhängige Stelle (z. B. BMSGPK, GÖG) Ausarbeitung der entsprechenden Vereinbarungen zur Vergabe des Gütesiegels</p> <p>Festlegen des Überprüfungsmodus betreffend die Einhaltung der Zertifizierungskriterien (zeitlich, inhaltlich, organisatorisch, Vorgehensweise bei mangelhafter Einhaltung der Kriterien)</p> <p>Ausarbeitung einer Schulung/Beratung zur Vorbereitung und Implementierung des Gütesiegels in den Einrichtungen</p> <p>Entwicklung des Gütesiegel-Logos</p>
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	<p>Umsetzende: Träger der Einrichtungen (medizinisch-therapeutische Einrichtungen, Wohneinrichtungen, Tagesstruktur und Arbeitseinrichtungen, Reha-Einrichtungen)</p> <p>Partner:innen: (sozialpsychiatrische) Expertinnen und Experten, Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten, Angehörige, Patientenanwaltschaft, Beratungsinstitute für Gütesiegel</p>
Finanzierung/Ressourcen	Gesundheits- und Sozialressorts der Länder, Bund
Art der Umsetzung	<p>Entwicklungsarbeit (Konzept, Zertifizierungskriterien etc.)</p> <p>Hinwirken auf (politische) Willensbildung</p> <p>längerfristig umsetzbar</p>

Quelle: AG Gesundheits- und Sozialberufe der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

2.3.4 Aufnahme von Peer-Arbeiterinnen und -Arbeitern in psychiatrische und psychosoziale Dienste und Einrichtungen als Standard

Leitlinien (DGPPN 2019), Datenlage (Mahlke et al. 2019) sowie aktuelle Rechtslage (UN-BRK) treffen sich in der Forderung nach Peer-Support in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. Personen mit eigener Erfahrung mit psychiatrischen Gesundheitsproblemen und einer qualifizier-

25

Gütesiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“: <https://mauer.lknoe.at/fuer-patienten/selbsthilfegruppen> [abgerufen am 6. 9. 2021]

„Baby-friendly Hospitals“: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/geburt/geburtsvorbereitung/baby-friendly-hospitals> [abgerufen am 6. 9. 2021]

ten Ausbildung arbeiten als Genesungsbegleiter:innen ergänzend in bestehenden und neuen psychiatrischen und psychosozialen Diensten und Einrichtungen (Utschakowski 2015; Utschakowski et al. 2016). Die Einbindung von Erfahrungswissen reduziert nicht nur Selbststigmatisierung bei den Betroffenen, sondern trägt in den Einrichtungen und Diensten insgesamt zur Entstigmatisierung und Verbesserung der Haltung gegenüber den Betroffenen bei (Mahlke et al. 2019). Peer-Arbeiterinnen und Peer-Arbeiter werden in Österreich bereits sowohl im Bereich der stationären Psychiatrie (z. B. Krankenhaus St. Vinzenz in Zams, Landesklinikum Hollabrunn, Universitätsklinikum Tulln) als auch im psychosozialen Versorgungsbereich (z. B. Caritas und Psychosoziale Zentren gGmbH in NÖ, Verein LOK – Leben ohne Krankenhaus in Wien) in einer Reihe von Bundesländern eingesetzt. Dieser Einsatz soll weiter ausgebaut und als Standard der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung etabliert werden.

Für die Implementierung neuer Tätigkeitsfelder in vorhandene Einrichtungen und Dienste sind ausreichende Ausbildungsangebote, die Schaffung von Arbeitsstellen und eine entsprechende Vorbereitung und Sensibilisierung der Einrichtungen und Dienste notwendig. Als Good-Practice-Beispiel für Ausbildung und Sensibilisierungsarbeit ist EX-IN anzuführen. Die englischen Ausdrücke „peer“ und „experienced involvement“ (EX-IN) stammen aus der internationalen Literatur. Ein EU-Projekt war die Grundlage für die EX-IN-Ausbildung, die auch in Österreich seit 2013 von dem Verein EX-IN Österreich²⁶ in Kooperation mit EX-IN Deutschland nach zertifizierten Standards durchgeführt wird.

26

EX-IN Österreich: www.ex-in.at [abgerufen am 6. 9. 2021]

Tabelle 2.4:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Aufnahme von Peer-Arbeiterinnen und -Arbeitern in psychiatrische und psychosoziale Dienste und Einrichtungen als Standard“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausbau der Ausbildungsangebote und Schaffung von Voraussetzungen für individuelle Ausbildungskostenübernahmen bzw. Kurskostenförderungen (z. B. über AMS) 2. Sensibilisierung von Einrichtungen und Diensten für die Notwendigkeit der standardmäßigen Implementierung von Peer-Arbeit in die psychosoziale Versorgung 3. Schaffung von Anreizen und Fördermaßnahmen für die entsprechenden Leistungsanbieter sowie Ausbau im Falle bereits in diesem Bereich engagierter Organisationen und deren Unterstützung 4. Schaffung der Voraussetzungen für die soziale und finanzielle Absicherung der Peers (z. B. bei Teilzeitbeschäftigung: Erhaltung bestehender Ansprüche auf Unterstützungsleistungen)
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	psychiatrische und psychosoziale Dienste und Einrichtungen; EX-IN Österreich, Peer- und Angehörigenorganisationen in Österreich
Finanzierung/Ressourcen	Förderungen für und Sensibilisierungsarbeit Widmung von Ausbildungs- und Personalkosten auf der Grundlage entsprechender Dienstpostenpläne
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem (im Sinne quantitativer und qualitativer Veränderungen unter Berücksichtigung bestehender Modelle)

Quelle: AG Gesundheits- und Sozialberufe der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

2.3.5 Entwicklung von Standards für die Zusammenarbeit somatischer und psychiatrischer Disziplinen und Abteilungen sowie Steigerung des Wissens über die Zusammenhänge zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen bei Behandlerinnen und Behandlern sowie Patientinnen und Patienten

Eine Studie aus dem deutschsprachigen Raum konnte zeigen, dass ca. 15 Prozent der Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme eines Krankenhauses psychische Erkrankungen aufweisen, wobei oftmals klinikinterne psychiatrische Konsile oder passende Diagnostikverfahren nicht genutzt werden (Puffer et al. 2012). Hier sollte bereits in der Hausarztpraxis eine entsprechende Unterstützung für die Patientinnen und Patienten angeboten werden. Vorsorgeuntersuchungen sind für alle Menschen, aber besonders für Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose wichtig, um potenzielle somatische Komorbiditäten nicht zu übersehen. Döpfmer et al. (2018) haben bereits vor einigen Jahren vorgeschlagen, dass ein enger fachlicher Austausch zwischen Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten stattfinden sollte, um funktionellen und somatoformen Störungen in der Arztpraxis besser begegnen zu können. Neben Schulungen der Anti-Stigma-Kompetenz sind auch die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen und die Steigerung des Wissens über die Zusammenhänge zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen notwendig, um „diagnostic overshadowing“ entgegenzuwirken und die Sensibilität für somatische Komorbiditäten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erhöhen.

Entwicklung von Standards für die Zusammenarbeit somatischer und psychiatrischer Disziplinen und Abteilungen

Vorschläge:

- » niedergelassener Bereich:
 - » klar definierte Kommunikationswege spezifisch zugewiesener Partner:innen (z. B. Hausärztin A mit Psychiater Y) im Sinne von Konsiliartelefonaten zur Fallbesprechung, Verrechnungsmöglichkeiten für beide Partner:innen (Konsiliarpartner:innen)
 - » Ausarbeitung eines Kommunikationskonzepts mit Vertretungen von Allgemeinmedizin, innerer Medizin, Psychiatrie und gegebenenfalls Erarbeitung eines Verrechnungskonzepts gemeinsam mit SV-Trägern.
- » Krankenhaus:
 - » Optimierung des Case-Managements bzw. Umsetzung von Behandlungskonferenzen (z. B. fixe Termine mit spezifischen Abteilungen nach dem Modell von Tumorboards)
 - » Beratung durch Pharmakologinnen und Pharmakologen bzw. Personen mit Fachwissen in Bezug auf Wechsel- und Nebenwirkungen, die direkt auf den Stationen mitarbeiten
 - » Wiedereinführen von Zusatzfächern und Gegenfächern in der medizinischen Ausbildung und Schaffung disziplinübergreifender Ausbildungslehrgänge, um der Isolation der Psychiatrie in der Medizin entgegenzuwirken und ganzheitliches Denken und persönlichen Austausch zu fördern (Modell: kombinierte Ausbildung innere Medizin / Psychiatrie, z. B. angeboten von der Association between Medicine and Psychiatry (AMP)²⁷ oder der Duke University of Medicine in den USA)
- » unterstützende Personen, die in schwierigen Situationen verfügbar sind und fächer- und bereichsübergreifend agieren, z. B. Peers oder Personen mit basismedizinischer Ausbildung (Druss et al. 2010)
 - » Beispiel: Social Prescribing²⁸ wird derzeit als Pilotprojekt in Österreich umgesetzt, ganzheitliche Versorgung steht dabei im Zentrum: Es geht u. a. darum, Handlungsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten in den Blick zu nehmen (Schulden, belastende familiäre Situation), damit sie in der Versorgung wieder gut mitarbeiten können (Bsp.: Diabetikerinnen und Diabetikern ist der Zucker nicht so wichtig, wenn Delogierung droht). Dies hätte auch hohe Relevanz für Menschen mit psychischen Erkrankungen.
 - » Beispiel: Präventionsmanager:innen, die für die Koordination von Interventionsprogrammen und die Vernetzung von Behandlerinnen und Behandlern zuständig sind (Lederbogen et al. 2015)

27

siehe <https://assocmedpsych.org> [abgerufen am 23. 9. 2021]

28

siehe https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/-inline-files/Fact_Sheet_Social_Prescribing_2019.pdf [abgerufen am 4. 10. 2021]

- » Einsatz von Handlungsempfehlungen zur somatischen Versorgung psychiatrischer Patientinnen und Patienten²⁹

Steigerung des Wissens über die Zusammenhänge zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen bei Behandlerinnen und Behandlern sowie bei Patientinnen und Patienten

Ein fundiertes Wissen über die Zusammenhänge zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen soll dazu beitragen, das Bewusstsein für die Vulnerabilität von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen in Bezug auf somatische Erkrankungen zukünftig zu stärken. Schulungen zu diesem Thema sind im Bereich der somatischen Medizin aber selten, sodass viele Mediziner:innen sich der Wichtigkeit des Umstands, beide Aspekte in die Behandlung miteinzubeziehen, nicht bewusst sind und sehr fokussiert nur im Bereich der somatischen Behandlungsschiene denken.

Regelmäßige Schulungen und Fortbildungen für Personal im Gesundheitswesen und Mediziner:innen könnten über Zusammenhänge zwischen psychischen und somatischen Beschwerden und Einflussfaktoren (Stigmatisierung, Zufriedenheit, Adherence, Lebensstil, Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen) aufklären. Zusätzlich soll auch die erhöhte Vulnerabilität psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten für somatische Erkrankungen ernst genommen und sollen ausreichende Vorsorgemöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden. Die Thematik sollte sowohl im Studium der Humanmedizin als auch in der Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege und ähnlichen Aus- und Fortbildungen in allen Karrierestufen (z. B. in der Turnusärzteausbildung und auch in fachspezifischen Ausbildungen) ausreichend und verpflichtend Raum finden, um Bewusstsein dafür zu schaffen, dass Psyche UND Soma die Gesundheit eines Menschen beeinflussen und nicht isoliert voneinander zu betrachten sind.

Adherence³⁰ ist ein wesentlicher Parameter, der für den Behandlungserfolg wichtig ist. Damit das Wissen des behandelnden Teams auch effektiv weitergetragen wird, bedarf es daher auch weiterführender Projekte, die einerseits die **Kommunikation zwischen behandelndem Team und Patientinnen/Patienten** und andererseits die **Gesundheitskompetenz bei Menschen mit psychischen Erkrankungen** verbessern. Ein basaler Schritt wäre hier z. B., eine fixe Vorsorgestruktur für Patientinnen und Patienten mit Depressionen zu haben (einfacher Plan – Beispiel Gesundheitspass –, welche Parameter wann und von wem kontrolliert werden sollten). Zudem sollte die **Aufklärung von Patientinnen und Patienten** (durch Mediziner:innen, durch Medien, durch Patientenratgeber, durch

29

siehe Projekt „Psyche, Ökonomie, Medizin“ von Reininghaus et al., Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag 2017: https://www.pharmig.at/media/1548/geoerderte_projekte_2017.pdf [abgerufen am 4. 10. 2021]

30

„Bezeichnung für langfristige Befolgung therapeutischer Anweisungen [...] über Jahre. Adhärenz betont im Unterschied zu Compliance das partnerschaftliche Verhältnis zwischen Behandelndem und Patient, etwa das gemeinsame Festlegen von Behandlungszielen, sowie die Rolle individueller Merkmale des Patienten und kontextueller Umweltfaktoren.“ Psychrembel online:

<https://www.psychrembel.de/Adh%C3%A4renz/KOPJX#:~:text=Adh%C3%A4renz%20betont%20im%20Unterschied%20zu,des%20Patienten%20und%20kontextueller%20Umweltfaktoren.> [abgerufen am 31. 1. 2022]

Psychoedukationsgruppen, durch Folder und Aushänge in Praxen) über die Zusammenhänge zwischen Körper und Psyche einen hohen Stellenwert haben. Es sollen Standards für Volkskrankheiten (Diabetes mellitus, Adipositas etc.) dahingehend entwickelt werden, wie diese besondere Patientengruppe in der Umsetzung von Behandlungsempfehlungen unterstützt werden kann (z. B. spezifische Bewegungsangebote, Ernährungsberatung). Auch das Beiziehen von **Unterstützerinnen und Unterstützern** (Personen mit Basiswissen in medizinischen Grundlagen), die den Patientinnen und Patienten dabei helfen, notwendige medizinische Termine einzuhalten, wird in manchen Ländern umgesetzt.

Tabelle 2.5:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Entwicklung von Standards für die Zusammenarbeit somatischer und psychiatrischer Disziplinen und Abteilungen und Steigerung des Wissens über die Zusammenhänge zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen bei Behandlerinnen und Behandlern sowie bei Patientinnen und Patienten“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskurs mit Versicherungen und Vertretungen von Allgemeinmedizin, innerer Medizin und Psychiatrie zum Thema „Konsiliarpartner:innen“ und gegebenenfalls Verrechnungsmöglichkeiten 2. Vorschlag zur Wiederaufnahme von Zusatz- und Gegenfächern im Bereich der Psychiatrie und verwandter Disziplinen an die Ausbildungsverantwortlichen in Österreich 3. Entwicklung eines Diploms „Psychische Erkrankungen und somatische Komorbiditäten“ für Mediziner:innen und weitere Personen im Gesundheitswesen <p>Leitlinien bzgl. Nachversorgung in der Primärversorgung zur Besprechung, was die nächsten „Stationen“ sind, damit die Primärversorgung zum Thema „wohin schicken?“ eine Lotsenfunktion wahrnehmen kann</p>
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	Ausbildungsverantwortliche in Österreich (Medizin, Pflege), Krankenhäuser, Versicherungen, Politik
Finanzierung/Ressourcen	Gesundheitsressorts, gegebenenfalls SV-Träger im niedergelassenen Bereich
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem (Ausbildung im Bereich der Medizin) Umsetzungsarbeit für neue Diplomarbeiten gegebenenfalls Entwicklungsarbeit in Bezug auf die Verrechnung mit SV-Trägern

Quelle: AG Gesundheits- und Sozialberufe der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

3 Zielgruppen Kinder und Jugendliche, Pädagoginnen und Pädagogen

Zielgruppen der Empfehlungen sind **Kinder und Jugendliche**. In Hinblick auf Erreichbarkeit und Methoden der Vermittlung von Inhalten sind „Kinder und Jugendliche“ nach Setting zu unterscheiden:

- » **Setting Schule / Schülerinnen und Schüler** aller Schultypen³¹. Ein Fokus innerhalb der Zielgruppe liegt auf dem Setting Schule – aufgrund der dort gegebenen guten Erreichbarkeit der Kinder und Jugendlichen (Schul- bzw. Ausbildungspflicht). Eine dezidierte Altersgrenze existiert nicht, jedoch sollen die Inhalte altersgerecht aufbereitet und vermittelt werden³².
- » **Kinder und Jugendliche im Setting der außerschulischen Jugendarbeit** sind als zusätzliche Untergruppe zu berücksichtigen, weil hier Jugendliche adressiert werden können, die nicht oder nicht mehr im Schulsystem anzutreffen sind (z. B. NEETS³³). Zudem bietet die außerschulische Jugendarbeit Interventionsmöglichkeiten, die durch das freiwillige Setting und die offenen Strukturen ein vielfältigeres Methodenset mit inhaltlicher Auseinandersetzung und Nachhaltigkeit gewährleisten. Pädagogisch geschultes Personal ermöglicht den Zugang zu informellen Bildungssettings. Jugendliche werden nicht als Schüler:innen angesprochen.
- » Neben den Zugängen über das schulische Setting und die außerschulische Jugendarbeit sind Kinder und vor allem Jugendliche auch über **soziale Medien** erreichbar. Soziale Netzwerke sind für junge Menschen eine Möglichkeit zur Kommunikation mit Gleichaltrigen, aber auch eine Plattform für Informationsaustausch.

Pädagoginnen und Pädagogen und weitere Berufsgruppen

- » **Pädagoginnen und Pädagogen** sollen als Gatekeeper sowie als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren angesprochen und geschult werden.
- » Entsprechend den oben angeführten Settings/Untergruppen sind **weitere Berufsgruppen**, die mit Kindern und Jugendlichen außerhalb des Settings Schule arbeiten, zu adressieren. Hier sind beispielhaft Freizeitpädagoginnen und Freizeitpädagogen, Sozialarbeiter:innen, sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen zu nennen. Darüber hinaus können Mitarbeiter:innen von Einrichtungen für fremduntergebrachte Kinder bzw. Kinder und Jugendliche in betreuten Wohngemeinschaften oder Heimen speziell adressiert werden. Auch im Kontext freiwilliger oder ehrenamtlicher Arbeit mit Kindern und Jugendlichen kann die Thematik Stigma psychischer Erkrankungen von Relevanz sein.

31

Schulen der Primarstufe (VS), der Sekundarstufe I (AHS-Unterstufe, NMS) und der Sekundarstufe II (AHS-Oberstufe, BHS, BMS, PTS, BS) sowie aus dem Fachbereich Inklusion, Diversität und Sonderpädagogik (FIDS) und dem sonderpädagogischen Bereich

32

z. B. ausgehend von der Gesundheitserziehung in der Primarstufe über die Sensibilisierung für psychische Gesundheit bis zur Thematisierung von Stigma bei älteren Schülerinnen und Schülern

33

not in education, employment, or training

3.1 Ausgangslage

Kindern und Jugendlichen kommt als nachfolgender Generation bei allen Bestrebungen, gesellschaftlichen Wandel in eine bestimmte Richtung – in diesem Fall Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen – zu forcieren, eine besondere Bedeutung zu. Mit Fokus auf das Stigma psychischer Erkrankungen ist zum einen festzuhalten, dass diese in dieser Altersgruppe ihren Anfang nehmen können, und zum anderen, dass sich Einstellungen in Kindheit und Jugend ausbilden – auch zum Thema psychische Erkrankungen (vgl. Rüscher 2020, S. 140 f.) Hinzu kommt die Annahme, dass Vorurteile und Stereotype bei Kindern und Jugendlichen noch nicht so stark gefestigt sind und bei ihnen daher die Bereitschaft zur Informationsaufnahme stärker ist (Rüscher 2020).

Psychische Gesundheit ist zudem ein Thema, das viele Jugendliche persönlich betrifft. Eine klinisch-epidemiologische Studie aus den Jahren 2013–2015 ergab eine Prävalenz psychischer Erkrankungen bei knapp einem Viertel der zehn- bis 18-jährigen Kinder und Jugendlichen in Österreich (Wagner et al. 2017). Dabei zeigt sich ein **sozialer Gradient**: Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status sind deutlich häufiger als Gleichaltrige aus Familien mit mittlerem und hohem sozioökonomischem Status psychisch auffällig (Klipker et al. 2018). Laut aktuellen HBSC-Zahlen von 2018 (Felder–Puig/Teufel 2019) hat der Anteil der Schüler:innen mit **häufigen psychischen Beschwerden** (Gereiztheit, Einschlafprobleme, Nervosität oder Niedergeschlagenheit) seit 2010 deutlich zugenommen. Auch Daten zu vorläufigen Auswirkungen der Coronapandemie legen nahe, dass die psychischen Beschwerden unter Schülerinnen und Schülern in Österreich während der Pandemie zugenommen haben (Pieh et al. 2021).

Daten zu Diskriminierungserfahrungen unter Jugendlichen finden sich ebenfalls in der aktuellen HBSC-Studie: Demnach wurden acht Prozent der Schüler:innen in den letzten Monaten wiederholt gemobbt, wobei dieser Anteil seit 2010 rückläufig ist (Felder–Puig et al. 2019).

Dem **Setting Schule** kommt aufgrund der allgemeinen Schulpflicht (sowie der Ausbildungspflicht bis 18 Jahre) eine **zentrale Rolle bei der Erreichung und Sensibilisierung von Kindern und Jugendlichen** zur Thematik psychischer Erkrankungen und des diesbezüglichen Stigmas zu. Die Vermittlung von Wissen zu psychischen Erkrankungen und Hilfsangeboten, die Schulung in emotionalen und sozialen Kompetenzen und die Sensibilisierung der Kinder und Jugendlichen für entstigmatisierenden Umgang mit Menschen mit psychischer Erkrankung sind sowohl für die Lebenswelt Schule als auch für andere Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen von hoher Relevanz.

Das **Unterrichtsprinzip der Gesundheitsförderung** in Schulen berücksichtigt bereits aktuell psychosoziale Gesundheit als eines von mehreren Handlungsfeldern und legt fest, dass die Schulpartner *„partizipativ und Schritt für Schritt an der Etablierung einer Schulkultur [arbeiten], die Toleranz fördert und Gewalt, Mobbing und Ausgrenzung von Schülerinnen und Schülern entgegenwirkt.“* Weiters *„sind die sozialen und emotionalen Kompetenzen, die als Bildungs- und Erziehungsauftrag in den Lehrplänen verankert sind, zu stärken, damit die Schüler:innen ihr Leben*

eigenverantwortlich gestalten können.“ Damit ist bereits heute der Rahmen für eine Sensibilisierung der Kinder und Jugendlichen für die Thematik der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen gesetzt³⁴.

Für von einer psychischen Erkrankung betroffene Schüler:innen kommt dem Setting Schule überdies insofern eine besondere Bedeutung zu, als ein Fernbleiben von der Schule als Reaktion auf Belastungen zu weitreichenden Folgen im weiteren Lebensverlauf führen kann, sofern es nicht gelingt, den Kontakt zu diesen Jugendlichen aufrechtzuerhalten.

Außerschulische Jugendarbeit ist ein bedeutsamer Sozialisationsort für junge Menschen. Kinder- und Jugendarbeit schafft Angebote frei von Konsumzwängen und kommerziellen Zielen. Neben der Familie und der Schule ist sie eine weitere Sozialisationsinstanz. Sie ist in den Sozialräumen, in denen sich junge Menschen bewegen, verortet, orientiert sich an den Bedürfnissen und Lebenswelten junger Menschen und arbeitet parteilich für sie, unabhängig von deren Geschlecht, politischer oder religiöser Überzeugung, Bildungsgrad oder sozialem Status. Sie begleitet und fördert Jugendliche auf ihrem Weg in die erwachsene Selbstständigkeit und Mündigkeit. Die Strukturen der Jugendarbeit in Österreich sind vielfältig. Sie reichen von der Offenen und verbandlichen Jugendarbeit bis hin zu Jugendinformation und internationaler Jugendarbeit. Der besonders niederschwellige Ansatz der Offenen Jugendarbeit (Jugendzentren und Mobile Jugendarbeit) begünstigt für bildungs- und sozioökonomisch benachteiligte Jugendliche die Inanspruchnahme der Angebote.

Neben den Zugängen über das schulische Setting und die außerschulische Jugendarbeit sind Kinder und vor allem Jugendliche auch über **soziale Medien** erreichbar. Soziale Netzwerke sind für junge Menschen eine Möglichkeit zur Kommunikation mit Gleichaltrigen, aber auch eine Plattform für Informationsaustausch. Laut Jugend-Internet-Monitor³⁵ nutzten im Jahr 2021 98 Prozent der Elf- bis 17-Jährigen in Österreich WhatsApp und 93 Prozent YouTube – diese Plattform ist unter Jugendlichen die beliebteste Suchmaschine. Am stärksten gestiegen ist die Nutzerrate von TikTok: von 42 Prozent im Jahr 2020 auf 57 Prozent.

Auch über andere Zugänge wie beispielsweise die **Kunst- und Kulturvermittlung bzw. -pädagogik** können außerhalb und innerhalb von Schulen die angesprochenen Zielgruppen der Kinder und Jugendlichen sowie ihr soziales Umfeld (Eltern, Pädagoginnen und Pädagogen, Jugendarbeiter:innen etc.) für die Thematik sensibilisiert werden. Beispielsweise kann im Rahmen der Erarbeitung eines Kunstprojekts tiefgehendes Erfahrungslernen stattfinden, wie die Evaluierung des Schule-Kunst-Kooperationsprojekts „macht|schule|theater“ nachweist³⁶, das für den Umgang mit Gewalt sensibilisierte.

34

Quelle: <https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/schulpraxis/prinz/gesundheitsfoerderung.html> [abgerufen am 8. 10. 2021]

35

siehe <https://www.saferinternet.at/services/jugend-internet-monitor> [abgerufen am 31. 1. 2022]

36

https://educult.at/wp-content/uploads/2011/09/EDUCULT_Evaluation_MachtSchuleTheater_final.pdf

Die **Sensibilisierung des Lehr- und Betreuungspersonals als Gatekeeper** für psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigmatisierungsprozesse ist zentral für die Gewährleistung einer chancengerechten Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen. Im Setting Schule werden psychische Probleme, Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen in Österreich noch zu wenig berücksichtigt. Wegschauen oder Abstempeln der Kinder und Jugendlichen als dumm, faul oder als Simulantinnen und Simulanten vonseiten des Lehrpersonals haben weitreichende Folgen für ihre Bildungschancen. Auch Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen sind von Stigmatisierung und Diskriminierung im Setting Schule betroffen (Griebler/Nowotny 2015; Nowotny/Rojatz 2018).

Auch unter Lehrkräften selbst sind psychische Belastungen und Beschwerden ein wichtiges Thema. Sensibilisierungsinterventionen in der Rolle als Gatekeeper könnten auch positive Auswirkungen auf ihre eigene psychische Gesundheit und den Umgang mit betroffenen Kolleginnen und Kollegen haben oder richtungsweisende Diskurse und Reflexionsprozesse zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Gang setzen.

3.2 Zielsetzungen

Die Vision im Setting Schule ist die „stigmafreie Schule“. Zielsetzungen in diesem Setting sind:

- » Förderung des Wissens zu psychischer Gesundheit, psychischen Erkrankungen sowie zu einschlägigen Hilfs-/Unterstützungsangeboten bei den Zielgruppen (Enttabuisierung psychischer Erkrankungen und Stärkung der psychischen Gesundheitskompetenz)
- » Reduktion von Vorurteilen und Stereotypen in den Zielgruppen (Einstellungsänderung)
- » Reduktion von Diskriminierung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen und Förderung ihrer Inklusion
- » Stärkung von Resilienz und der emotionalen und sozialen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen
- » Reflexion und Sicherheit im direkten Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen
- » Stärkung des sozialen Zusammenhalts und Förderung eines inklusiven Schulklimas

Parallel zur Vision der „stigmafreien Schule“ sind auch andere Konzepte zu sehen wie z. B. die **gesundheitskompetente Jugendarbeit**³⁷, die ein Gesamtkonzept für die Förderung von Gesundheitskompetenz in Organisationen und Settings der Jugendarbeit bietet, u. a. auch zur Prävention und zum Umgang mit psychischen Erkrankungen Jugendlicher. Zielsetzung ist hier die Integration

37

für Kriterien zur Selbsteinschätzung und Auszeichnung gesundheitskompetenter Offener Jugendarbeit siehe https://www.gesunde-jugendarbeit.at/sites/default/files/downloads/2021-09/Gesundheitskompetente%20Offene%20Jugendarbeit%20_Kriterien-aktuell.pdf [abgerufen am 1. 10. 2021]

des Themas Stigmafreiheit psychischer Erkrankungen bzw. des richtigen Umgangs mit von psychischen Erkrankungen Betroffenen in der Jugendarbeit. Letztendlich soll möglichst vielen Jugendlichen ein stigmafrees Aufwachsen ermöglicht werden.

3.3 Empfehlungen

Um die konkreten Umsetzungsarbeiten in den unterschiedlichen Bereichen (z. B. Entwicklung von Unterrichtsmaterialien, dialogische Arbeit in Schulen und Ausbildung von Lehrpersonen) zu akkordieren, empfiehlt sich die Einrichtung einer Arbeitsgruppe.

3.3.1 Stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit, psychische Erkrankung und Stigma im Unterricht und in den Lehrplänen für Schüler:innen

A) Stärkere Verankerung in den Lehrplänen

In der Pflichtschule sollten altersgerecht von der Primarstufe/Volksschule an das Thema psychische Gesundheit/Erkrankung sowie das Thema Stigma im Unterricht behandelt und in den Lehrplänen stärker verankert werden, damit die nächste Generation diesbezüglich bestmöglich sensibilisiert und informiert sowie im Umgang mit einer psychischen Erkrankung, der psychischen Gesundheit und dem damit verbundenen Stigma geschult wird.³⁸

Psychische Gesundheit sollte ein wichtiger Aspekt in der Primarstufe sein und in den Sekundarstufen I und II durch aufbauende Vermittlung von Wissen, emotionalen und sozialen Kompetenzen und reflexive Auseinandersetzung im Unterricht fortgesetzt werden. In den aktuellen Lehrplänen (derzeit in Vorbereitung) finden sich erste Schritte in diese Richtung. Eine Einbettung der Themen in bestehende Fächer wie z. B. Psychologie, Biologie, Geschichte und Sozialkunde / Politische Bildung, Ethik (oder fächerübergreifend) könnte auch einen entsprechenden kontextuellen Rahmen bieten.

Inhalte, die im Rahmen des Unterrichts thematisiert werden können, sind u. a. psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen (inklusive des Erkennens erster Warnsignale), Hilfsangebote, das biopsychosoziale Krankheitsmodell, das Salutogenese-Modell, der Recovery-Ansatz, das soziale Modell von Behinderung, Menschenrechte, Stigma und auch der stigmafrie Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen und der Umgang mit Stigmatisierung im Anlassfall.

38

Gleichzeitig sollten die im Unterricht bzw. Lehrplan für Kinder und Jugendliche integrierten Themen mit den Inhalten der Ausbildungscurricula für mit Kindern und Jugendlichen beschäftigte Berufsgruppen bzw. mit jenen der dialogischen Arbeit mit Jugendlichen korrespondieren.

Entsprechende (Unterrichts-)Materialien sind für Lehrpersonen bereitzustellen (siehe Empfehlung 1a). In der Sekundarstufe II sollten die Inhalte vertieft und mit **trialogischer Schul-Arbeit** (siehe Empfehlung 2) gekoppelt werden.

Tabelle 3.1:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit/Erkrankung und Stigma im Unterricht und in den Lehrplänen für Schüler:innen“ – A) Stärkere Verankerung in den Lehrplänen

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> » Entwicklung von Unterrichtsmaterial (siehe Empfehlung 1a) » Lehrpläne der Schulstufen entsprechend überarbeiten » Einbindung der Zielgruppe (Kinder und Jugendliche) bereits bei der Materialerstellung
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> » BMBWF Sektion I » Interessenvertretungen von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten (und Angehörigen) » Zielgruppe (Kinder und Jugendliche)
Finanzierung/Ressourcen	BMBWF
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem: durch die Lehrperson im dazugehörigen Fach Entwicklungsarbeit: stärkere Verankerung des Themas in den Lehrplänen

Quelle: AG Kinder und Jugendliche der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

B) Entwicklung von (Unterrichts-)Materialien zum Thema psychische Erkrankungen, psychische Gesundheit und Stigma psychischer Erkrankungen

Um eine Vermittlung der Themen psychische Gesundheit und psychische Erkrankungen sowie eine Beschäftigung mit dem Thema Stigma zu fördern, sollen Arbeitsmaterialien unter Einbindung der Zielgruppe Kinder und Jugendliche entwickelt und den Professionistinnen und Professionisten, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, breit zugänglich gemacht werden.

Die Materialien sind altersgerecht zu gestalten und sollten durch Berücksichtigung eines breiten Methodenspektrums für die Anwendung im Setting Schule, aber auch in anderen Settings wie der außerschulischen Jugendarbeit genutzt werden können.

Begleitend sollen zur Nutzung des Materials Tutorials, Workshops bzw. Fortbildungen angeboten werden.

Für den schulischen Kontext könnte den Lehrkräften der Zugang zu den Materialien z. B. über die GIVE-Servicestelle als Informationsdrehscheibe ermöglicht werden und könnten entsprechende Fortbildungen angeboten werden.

Tabelle 3.2:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit/Erkrankung und Stigma im Unterricht und in den Lehrplänen für Schüler:innen“ – B) Entwicklung von (Unterrichts-)Materialien zum Thema psychische Erkrankungen, psychische Gesundheit und Stigma psychischer Erkrankungen

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	» Entwicklung von Unterrichtsmaterial unter Einbindung von Lehrpersonen, Psychologinnen und Psychologen sowie Kindern/Jugendlichen
Umsetzende, Partner:Innen für Umsetzung	» BMBWF » GIVE-Servicestelle » Zielgruppe (Kinder und Jugendliche) » Universitäten
Finanzierung/Ressourcen	BMBWF
Art der Umsetzung	Entwicklungsarbeit: Konzeption von Unterrichtsmaterial

Quelle: AG Kinder und Jugendliche der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

3.3.2 Ausbau dialogischer Arbeit mit älteren Jugendlichen

Für ältere Jugendliche (ab der 10. Schulstufe) ist die dialogische Arbeit auszubauen, d. h. Interventionen, die einen Erfahrungsaustausch und Diskussionen zwischen Jugendlichen und Menschen mit psychischen Problemen sowie Psychiatrie- oder Psychose-Erfahrung, Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und beruflich damit befassten Personen ermöglichen. Dabei ist auch der Umgang mit Stigma im Anlassfall zu thematisieren. Es besteht bereits ein dialogisches Umsetzungsmodell in Vorarlberg, auf dem aufgebaut werden kann (Nowotny et al. 2020, A77).

Die dialogische Arbeit kann in Schulen anknüpfen, kann aber ggf. auch auf das außerschulische Setting übertragen werden.

Dabei ist es wichtig, die Rahmenbedingungen und Anforderungen für die Einladung schulexterner Personen zu beachten (Kopplung an den Lehrplan, Anwesenheit schulinterner Pädagoginnen und Pädagogen bei Interventionen durch externe Anbieter:innen). Aufgabe des pädagogischen Personals wäre es in diesem Fall, Kinder und Jugendliche für das Thema zu sensibilisieren bzw. die Vor- und Nachbereitung von Interventionen unter Einbindung schulexterner Personen zu gestalten.

Tabelle 3.3:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Ausbau trialogischer Arbeit mit älteren Jugendlichen“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schritt: Ausarbeitung eines inhaltlichen Konzepts 2. Umsetzung in Schulen 3. Prüfung der Übertragbarkeit auf andere Settings, z. B. Anknüpfungspunkte bzw. Umsetzung in Organisationen außerhalb der Schule (z. B. Jugendzentren)
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> » HPE, pro mente oder ähnliche Organisationen, Peers (Betroffene) für die Erarbeitung des Konzepts » Schulen oder außerschulische Organisationen für die Umsetzung » Elternvereine (bei Seminaren im schulischen Setting)
Finanzierung/Ressourcen	Finanzierungsmöglichkeiten für externe Vortragende schaffen, um trialogische Seminare zu ermöglichen
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem

Quelle: AG Kinder und Jugendliche der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

3.3.3 (Trialogisch konzipierte) Weiter- und Fortbildung für Professionistinnen und Professionisten und ehrenamtlich tätige Personen³⁹, die mit jungen Menschen arbeiten, zu den Themen psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma / entstigmatisierender Umgang anbieten

Inhalte dieser Weiter- und Fortbildung sind psychische Gesundheit, Menschenrechte, das soziale Modell von Behinderung, kontaktbasierte (trialogische⁴⁰) Aufklärung über psychische Erkrankungen (inklusive des Erkennens erster Warnsignale), Recovery-Ansatz, Hilfsangebote, Stigma und entstigmatisierender Umgang mit Menschen mit psychischer Erkrankung. Weitere zielgruppenspezifische Inhalte sind etwa Stärkung der Resilienz, der emotionalen und sozialen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen, Copingstrategien und Krisenbewältigung, psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, stigmafrier Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit psychi-

39

Hier sollen nicht nur Pädagoginnen und Pädagogen adressiert werden, Fort- und Weiterbildungen sollen für alle Professionistinnen und Professionisten, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, aber auch für freiwillig/ehrenamtlich tätige Personen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, angeboten werden.

40

Trialog ist eine Methode zum Erfahrungsaustausch und zur Diskussion zwischen Menschen mit psychischen Problemen und Psychiatrie-, Psychose-Erfahrung, Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und beruflich damit befassten Personen.

schen Erkrankungen und deren Bezugspersonen, besondere Situation von und Umgang mit Kindern psychisch erkrankter Eltern, Informationen zu den Unterstützungsstrukturen im Schulbereich für Lehrpersonen im Anlassfall.

Die pädagogischen Hochschulen bieten ein breites Weiterbildungsangebot für Pädagoginnen und Pädagogen aller Schultypen (von der Primarstufe zu den Oberstufengymnasien, auch für BMS, BHS und Berufsschulen) an. Hier könnten entsprechende Angebote platziert werden.

Auch schulinterne Fortbildungen (SCHILF) können einen Rahmen für solche Fortbildungen bieten, über den mehr Personen (eine ganze Schule im Sinne der Schulentwicklung) erreicht werden können.

Neben den Lehrenden an Schulen gibt es noch weitere Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Auch für diese Gruppen sollte der Zugang zu Weiterbildungsangeboten zur Thematik offenstehen.

Tabelle 3.4:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „(Triologisch konzipierte) Weiter- und Fortbildung für Professionistinnen und Professionisten und ehrenamtlich tätige Personen, die mit jungen Menschen arbeiten, zum Thema psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma / entstigmatisierender Umgang anbieten“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> » Konzeption spezifischer Schulungsangebote (für den schulischen Bereich: klarer Bezug zu Schülersgesundheit und Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen) » offenes Schulungsangebot für Professionen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten » offenes Schulungsangebot für freiwillig/ehrenamtlich tätige Personen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten » Einreichung des Schulungsangebots an pädagogischen Hochschulen und bei weiteren Fort- und Weiterbildungsangeboten für die adressierten Zielgruppen » Durchführung von Fort- und Weiterbildungen und Weiterentwicklung der Schulungskonzepte » Ausweitung der Fort- und Weiterbildung auf weitere pädagogische Hochschulen (PH)
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> » pädagogische Hochschulen » weitere Fort- und Weiterbildungsangebote für die Zielgruppen » Peer- und Angehörigenorganisationen » pro mente oder andere Umsetzungspartner » Schulpsychologie, Schulsozialarbeit, Schulärztinnen und Schulärzte
Finanzierung/Ressourcen	Die Finanzierung des konkreten Weiterbildungsangebots für Schulen erfolgt – wenn das Angebot in den Weiterbildungskatalog der PH aufgenommen wird – über das Weiterbildungsbudget der pädagogischen Hochschulen.
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem und Umsetzungsarbeit: Konzeption eines Schulungsangebots, basierend auf der Evidenz sowie bestehenden Konzepten der triologischen Schulungen

Quelle: AG Kinder und Jugendliche der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

3.3.4 Stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma in den Curricula für alle auszubildenden Pädagoginnen und Pädagogen (Studierende)

A) Verankerung in den Curricula

Die Curricula der Lehrberufe sollten das Themenfeld psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma psychischer Erkrankungen explizit berücksichtigen. Im Bereich des Bachelorstudiums Lehramt für die Sekundarstufe könnte dies beispielsweise im Bereich der allgemeinen bildungswissenschaftlichen Grundlagen und in der Lehramtsausbildung für die Primärstufe beispielsweise im Bereich Elemente pädagogischer Anthropologie verankert werden.

Die konkreten Lehrveranstaltungen im Rahmen dieses oder ähnlicher Module sollten folgende Inhalte umfassen: psychische Gesundheit, Menschenrechte, soziales Modell von Behinderung, kontaktbasierte (dialogische) Aufklärung über psychische Erkrankungen (inklusive des Erkennens erster Warnsignale), Recovery-Ansatz, Hilfsangebote, Stigma und entstigmatisierender Umgang mit Menschen mit psychischer Erkrankung. Weitere zielgruppenspezifische Inhalte sind etwa Stärkung der Resilienz, der emotionalen und sozialen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen, Copingstrategien und Krisenbewältigung, psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, stigmatafreier Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen und deren Bezugspersonen, besondere Situation von und Umgang mit Kindern psychisch erkrankter Eltern, Informationen zu den Unterstützungsstrukturen im Schulbereich für Lehrpersonen im Anlassfall.

Auch in weiteren Curricula wie jenem der Mentorenausbildung („Mentoring: Berufseinstieg professionell begleiten“) sollte das Thema psychische Erkrankungen und Stigma verankert werden.

Tabelle 3.5:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma in den Curricula für alle auszubildenden Pädagoginnen und Pädagogen (Studierende)“ – A) Verankerung in den Curricula

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> » Bekanntmachung der Empfehlungen in den Universitäten (Information aller drei Kurien) und pädagogischen Hochschulen (z. B. Themensammlung der PH Wien) » Bekanntmachung der Empfehlungen im Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF)
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	» Adressierung der curricularen Arbeitsgruppen an den Universitäten und pädagogischen Hochschulen
Finanzierung/Ressourcen	keine direkten Kosten im Zusammenhang mit der Verankerung im jeweiligen Curriculum
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem

Quelle: AG Kinder und Jugendliche der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

B) Verstärkte Anwendung kontaktbasierter (trialogischer) Seminare in der Ausbildung

Solange die Verankerung in den Curricula der Ausbildung von Pädagoginnen und Pädagogen nicht stattgefunden hat, sollen im Rahmen der bestehenden Curricula und Ausbildungsmöglichkeiten verstärkt **kontaktbasierte (trialogische) Seminare**, beispielsweise im Bereich der „allgemeinen bildungswissenschaftlichen Grundlagen (ABG) und Querschnittsaufgaben“ des Bachelorstudiums zur Erlangung eines Lehramts im Bereich der Sekundarstufe, angeboten werden. Derartige Seminare werden bereits von der Pädagogischen Hochschule Wien angeboten. Hierbei ist auf Möglichkeiten der Vergütung auch des nichtakademischen Personals (z. B. von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten oder Angehörigen) zu achten. (Zu konkreten Inhalten solcher Seminare siehe Empfehlung 4.A)

Tabelle 3.6:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma in den Curricula für alle auszubildenden Pädagoginnen und Pädagogen (Studierende)“ – B) Verstärkte Anwendung kontaktbasierter (trialogischer) Seminare in der Ausbildung

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> » Bekanntmachung der Empfehlung an Universitäten und pädagogischen Hochschulen » Ausarbeitung eines inhaltlichen Konzepts » Finanzierungsmöglichkeiten für externe Vortragende schaffen, um trialogische Seminare zu ermöglichen
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> » zuständige Lehrveranstaltungsleiter:innen » im Psy-Bereich tätige Personen (Sozialpsychiatrie, Psychologie, Psychiatrie, Schulpsychologie) als Teil des trialogischen Teams » Peers und Angehörige als Teil des trialogischen Teams
Finanzierung/Ressourcen	Finanzierungsmöglichkeiten für externe Vortragende, um trialogische Seminare zu ermöglichen (Rektorate für Lehre)
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem

Quelle: AG Kinder und Jugendliche der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

3.3.5 Zusätzliche Kanäle und Methoden zur Erreichung von Kindern und Jugendlichen

Möglichst viele junge Menschen sollen zum Thema Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erreicht werden. Dies kann über Information auf verschiedensten Kanälen geschehen, aber auch über die Adressierung persönlicher Interessen erreicht werden. Eine Vielfalt von Methoden, die auf unterschiedliche Interessenbereiche junger Menschen (z. B. Sport, Musik, Film etc.) abgestimmt sind, kann Informationsimpulse geben, Kommunikationsprozesse in Gang setzen oder tiefes und nachhaltiges Erfahrungslernen ermöglichen. Beispielhaft dafür sind Empfehlung 5a und 5b, die sich im Weiteren finden.

A) Breite Entstigmatisierungskampagne in sozialen Medien

Eine bundesweite Bewusstseinskampagne zum Thema Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen kann aufgrund des leichten Zugangs zu sozialen Medien und deren verbreiteter Nutzung (vgl. Ausgangslage) breite Gruppen Jugendlicher erreichen.

Um Jugendliche über soziale Medien erreichen zu können, müssen die Inhalte zielgruppengerecht und auf Augenhöhe vermittelt werden. Dafür bedarf es der Einbindung der Zielgruppe sowohl in die Erstellung der Maßnahme als auch in die konkrete Umsetzung.

Tabelle 3.7:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Zusätzliche Kanäle und Methoden zur Erreichung von Kindern und Jugendlichen – A) Breite Entstigmatisierungskampagne in sozialen Medien“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> » Klärung von Ressourcen, Umfang, Zielen, Kennzahlen und Dauer » Identifikation und Beauftragung von Umsetzungspartnerinnen und Umsetzungspartnern, ggf. Konsortium (vgl. „No Hate Speech“-Komitee) » Konzeption der Kampagne » Durchführung der Kampagne inkl. laufender Evaluierung
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	Jugendinfos (BÖJ ⁴¹), saferinternet, „No Hate Speech“-Komitee, Influencer:innen, digitale Jugendarbeit, Rat auf Draht, SOS-Kinderdorf
Finanzierung/Ressourcen	Eine bundesweite Finanzierung für Konzeption, Durchführung und laufende Evaluierung ist notwendig und sollte angestrebt werden.
Art der Umsetzung	Umsetzungsarbeit – Adaptierung internationaler Beispiele für Österreich und Entwicklung zielgruppenspezifischer Botschaften für Jugendliche

Quelle: AG Kinder und Jugendliche der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

B) Bundesweit künstlerische Projekte mit jungen Menschen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen anregen und ermöglichen

Die Auseinandersetzung mit Kunst im Rahmen von Kunst- und Kulturvermittlung bzw. -pädagogik ermöglicht eine indirekte, aber häufig sehr tiefgreifende Sensibilisierung junger Menschen. Dies kann über eine große Bandbreite an Formaten und Methoden erfolgen, die von angeleiteter Werkbetrachtung bis hin zu schöpferischer Eigenerfahrung in partizipativen Kunstprojekten reicht. Das gemeinsame Erarbeiten von Inhalten in Workshops und Kunstprojekten ermöglicht dabei tiefgehendes Erfahrungslernen, auch zu schwer fassbaren Themen wie der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen.

41

Bundesnetzwerk Österreichische Jugendinfos

In Österreich wurde bislang eine begrenzte Anzahl entsprechender Projekte aus dem Kulturbereich umgesetzt, die zumeist den Schwerpunkt auf Inklusion oder Gesundheitsförderung legten.⁴² Hier sollen die Themen psychische Gesundheit und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen verstärkt Eingang finden.

Tabelle 3.8:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Zusätzliche Kanäle und Methoden zur Erreichung von Kindern und Jugendlichen“ – B) Bundesweit künstlerische Projekte mit jungen Menschen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen anregen und ermöglichen

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> » Konzeption und Formulierung eines Projektcalls mit Schwerpunkt auf Anti-Stigma-Effekten unter Einbeziehung von Kunstexpertinnen und Kunstexperten sowie Expertinnen und Experten in Hinblick auf psychische Erkrankungen (wie Psychologinnen und Psychologen, Vertreterinnen und Vertretern von Angehörigenorganisationen, Peerorganisationen ...) » Klärung von Ressourcen, Umfang, Zielen, Kennzahlen und Dauer; Formulierung der Evaluierungselemente, die jedes Projekt begleitend zu erfüllen hat » Projektcall » Durchführung der ausgewählten Projekte inklusive einer begleitenden Evaluierung und begleitender Öffentlichkeitsarbeit, Gesamtevaluation
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	Kunst- und Kulturinstitutionen, -gruppierungen, Einzelkünstler:innen, Expertinnen und Experten der psychosozialen Versorgung, Peer- und Angehörigenorganisationen, Schulen, Jugendinfos, OeAD-KulturKontakt Austria
Finanzierung/Ressourcen	Eine bundesweite Finanzierung für Konzeption, Durchführung und laufende Evaluierung ist notwendig und sollte angestrebt werden.
Art der Umsetzung	Entwicklungsarbeit

Quelle: AG Kinder und Jugendliche der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

42

Beispiele für derartige Initiativen finden sich u. a. unter <https://www.artsforhealthaustria.eu> oder <https://www.igkultur.at/artikel/kultur-als-rezept>. Die Bandbreite der Initiativen umfasst die Bereitstellung von Atelier- und Ausstellungsräumen (z. B. <https://www.living-museum.at>), die Veranstaltung von Kulturfestivals (z. B. <https://festival19.sicht-wechsel.at>) sowie themenspezifische Theater- und Tanzprojekte (z. B. Macht|schule|theater – EDUCULT, Laube Volxtheaterwerkstatt oder EINMALIGES GASTSPIEL).

4 Zielgruppen Führungskräfte und Arbeitnehmer:innen

Interventionen für Zielgruppen im Setting Arbeit sollen eine Verbesserung der innerbetrieblichen Interaktion sowie eine Reduktion von Stigma am Arbeitsplatz bewirken. Die Interventionen richten sich hingegen nicht gegen Stigmatisierung, die mit der Interaktion mit Außenkontakten (Arbeitnehmer:innen als Gatekeeper, z. B. im Kundenkontakt) verbunden ist.

- » **Entscheidungsträger:innen:** Vorgesetzte, Führungskräfte, Ausbilder:innen (z. B. Lehrlingsverantwortliche), Belegschaftsvertretung (Betriebsrat, Sicherheitsvertrauenspersonen, Behindertenkontaktperson ...), Personalverantwortliche (zentral für Neueinstellungen und Wiedereingliederung, Planung der innerbetrieblichen Fortbildungsagenden) und Qualitätsmanager:innen in Betrieben (zuständig für die Definition betrieblicher Qualitätskriterien)
- » **Mitarbeiter:innen:** flächendeckende oder anlassbezogene Interventionen (bei Krankenstand oder vor dem Wiedereinstieg)

4.1 Ausgangslage

Der Arbeitsplatz ist nicht nur ein Setting, in dem die Zielgruppe der erwachsenen Bevölkerung mit Anti-Stigma-Maßnahmen erreicht werden kann, sondern auch ein Ort, an dem Stigmatisierung und Diskriminierung die Partizipation am Erwerbsleben für Menschen mit psychischen Erkrankungen erheblich erschweren. Dabei handelt es sich um einen nicht unwesentlichen Anteil der Bevölkerung, denn jedes Jahr leidet mehr als ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung unter psychischen Erkrankungen (Wancata 2017). Gleichzeitig nimmt die Stressbelastung in der Arbeitswelt zu, die Druckbelastung der Arbeitnehmer:innen steigt, und die steigende Leistungsorientierung bildet eine immer größer werdende Hürde für Inklusion in den Arbeitsmarkt. Psychische Erkrankungen bilden mit 9,4 Prozent der Krankenstandstage die vierthäufigste Ursache krankheitsbedingter Ausfälle (Leoni 2020) und sind mit einem Anteil von über einem Drittel die häufigste Ursache für Invaliditätspensionen (DVSV 2020). Seit Beginn der Coronapandemie im März 2020 ist die Prävalenz von Angsterkrankungen und Depression laut OECD gestiegen (OECD 2021). Die gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Bedeutung der psychischen Gesundheit im Arbeitssektor wird zunehmend erkannt, und Maßnahmen zu ihrer Förderung werden gesetzt.

Während Menschen mit psychischen Erkrankungen insgesamt häufiger arbeitslos sind, ist der überwiegende Anteil dieser Personen dennoch in einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis (Wancata 2017). Anders hingegen ist dieses Verhältnis bei Menschen mit schweren psychischen

Erkrankungen⁴³. Die Beschäftigungsrate liegt bei Personen mit einer Erkrankung aus dem schizo-
phrenen Formenkreis in europäischen Ländern beispielsweise lediglich bei zirka zehn bis 20 Pro-
zent. Dabei spielt das Stigma psychischer Erkrankung eine nicht unwesentliche Rolle als Barriere
für die Inklusion in den Arbeitsmarkt (Marwaha/Johnson 2004).

Das Stigma psychischer Erkrankung ist aber auch ein zentrales Hindernis für die Inanspruchnahme
von Hilfsangeboten (Henderson et al. 2013; Schomerus 2009) und konterkariert dadurch auch die
Effektivität von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten am Arbeitsplatz. Ein gezielter
Abbau von Stigma bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Führungskräften soll die Ent-
wicklung eines offenen und unterstützenden Umgangs mit psychischen Krisen und Erkrankungen,
eine Verbesserung der Bedingungen am Arbeitsplatz und die Entwicklung eines gesundheitsför-
dernden Arbeitsklimas fördern. Durch Entstigmatisierung und ein besseres Verständnis psychi-
scher Gesundheit sollen Beschäftigungsverhältnisse gesichert und Inklusionsbemühungen im Falle
von Menschen mit psychischen Erkrankungen gefördert werden.

4.2 Zielsetzungen

Primäre Ziele

Abbau von Stigma am Arbeitsplatz

- » Enttabuisierung als zentrales Anliegen
- » Abbau von Stereotypen und Vorurteilen (z. B. faul, inkompetent, nicht arbeitsfähig, unbere-
chenbar)
- » Abbau diskriminierenden Verhaltens (Mobbing, ungerechtfertigte Kündigungen)
- » Entwicklung einer inklusiven Führungs- und Organisationskultur (gegenseitige Unterstützung,
Verbesserung der Arbeitsbedingungen/Arbeitsplatzgestaltung, Erhalt des Arbeitsplatzes)
- » Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den ersten Arbeitsmarkt

Sekundäre Ziele

- » Förderung der psychischen Gesundheit und der Lebensqualität der Arbeitnehmer:innen
- » betriebs- und volkswirtschaftliche Aspekte: Erhöhung der Produktivität, Verminderung von
Ausfällen (Fehlzeiten, Personalwechsel), Vermeidung von Rekrutierungskosten; Entlastung
der Systeme der sozialen Sicherheit

43

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

4.3 Empfehlungen

4.3.1 Vernetzung und Sensibilisierung über bereits bestehende Betriebsberatungsangebote, Strukturen, Initiativen und Gütesiegelprozesse zum Thema Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz und Inklusion Betroffener in den Arbeitsmarkt

Ziele:

- » Sensibilisierung der strategischen Ebene und der beteiligten Stakeholder:innen für die Themen Stigma psychischer Erkrankung, Entstigmatisierung und Inklusion
 - » Vernetzung durch gemeinsame Webinare, Dialogforen oder ähnliche Veranstaltungen
 - » Förderung von Wissensaustausch und Weitergabe von Informationsmaterial zu bestehenden Angeboten
- » Förderung der Integration von Anti-Stigma-Schulungsangeboten und Inklusionsangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Arbeitsstätten
- » Im Zusammenhang mit der Strategie der Vernetzung und Sensibilisierung können Überlegungen angestellt werden, wie man Unternehmen, die in Bezug auf dieses Thema nicht oder nur wenig sensibilisiert sind, mit Vernetzungs- und Schulungsangeboten gut erreichen könnte. In diesem Zusammenhang können z. B. in Abstimmung mit der WKO gangbare zielgruppenspezifische Strategien entwickelt werden.
- » In Bezug auf die Integration bzw. (Neu-)Anstellung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gibt es zahlreiche Möglichkeiten der (finanziellen) Förderung (z. B. auch im Zusammenhang mit verschiedenen Modellen der Lehre). Des Weiteren gibt es zahlreiche Träger und Angebote, welche die arbeitsmarktbezogene Vermittlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unterstützen). Informationen über diese Förder- und Angebotslandschaft können auch Inhalt von Vernetzungs- und Sensibilisierungsinitiativen sein.
- » Integration von Kriterien zur Entstigmatisierung und Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Zertifizierung von Arbeitsstätten (Verleihung von Gütesiegeln; z. B. bei Durchführung von Anti-Stigma-Schulungen, Gewährleistung der Barrierefreiheit für Menschen mit psychischen Erkrankungen⁴⁴, Aufnahme des Themas ins Leitbild, Benennung zuständiger Personen, Etablierung betrieblicher Ersthelfer:innen, Widmung von Umsetzungsressourcen, Sensibilisierung der Führungskräfte, Berücksichtigung des Themas in der laufenden Personalentwicklung, Einsatz geeigneter Leitfäden – siehe Empfehlung 4.3.3 – und Festlegen messbarer Qualitätskriterien für Inklusion

44

siehe z. B. https://dcd53504-8bf4-41e7-b6d3-605c66de089f.file-susr.com/ugd/d79326_8f4c6314df0345aaef5382ddec294de.pdf?index=true [abgerufen am 1. 9. 2021]

Tabelle 4.1:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Vernetzung und Sensibilisierung über bereits bestehende Betriebsberatungsangebote, Strukturen, Initiativen und Gütesiegelprozesse zum Thema Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz und Inklusion Betroffener in den Arbeitsmarkt“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	Dialogforen mit den Umsetzenden
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	<p>Netzwerke:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Netzwerk GIB – Gesundheit im Betrieb⁴⁵ » Netzwerk BGF⁴⁶ <p>Betriebsberatung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Betriebsberatung fit2work⁴⁷ » Demografieberatung – Handlungsfeld „Gesundheit“⁴⁸ » AMS-Impulsberatung⁴⁹ <p>Gütesiegelprozesse:</p> <ul style="list-style-type: none"> » BGF-Charta und BGF-Gütesiegel⁵⁰ » Nestor Gold⁵¹ <p>Einladung von Expertinnen und Experten</p> <ul style="list-style-type: none"> » Stigma- sowie Inklusionsexpertinnen und -experten (z. B. Mitglieder der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung, von Peer- und Angehörigenorganisationen, professionelle Helfer:innen in der psychosozialen Versorgung) » Schulungsanbieter (z. B. pro mente Austria, Inclusion24) » Anbieter von Inklusionsangeboten (z. B. Arbeitsassistenz, pro mente)
Finanzierung/Ressourcen	keine (Vernetzung, Sensibilisierung, Wissenstransfer)
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem

Quelle: AG Führungskräfte und Arbeitnehmer:innen der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

45

siehe <https://www.gfb.or.at/home/> [abgerufen am 1. 9. 2021]

46

siehe <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/?contentid=10007.701055&portal=bgfportal> [abgerufen am 1. 9. 2021]

47

siehe <http://fit2work.at/artikel/wie-funktioniert-fit2work-fuer-betriebe> [abgerufen am 1. 9. 2021]

48

siehe www.demografieberatung.at [abgerufen am 1. 9. 2021]

49

siehe <https://www.ams.at/unternehmen/personal--und-organisationsentwicklung/impulsberatung-fuer-betriebe-on-demand> [abgerufen am 1. 9. 2021]

50

siehe <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/?contentid=10007.701055&portal=bgfportal> [abgerufen am 1. 9. 2021]

51

siehe <https://www.sozialministerium.at/Ministerium/Preise-und-Guetesiegel/NESTORGOLD-GUETESIEGEL-fuer-alternsgerechte-Unternehmen-und-Organisationen.html> [abgerufen am 1. 9. 2021]

4.3.2 Ausbau bestehender Schulungsangebote in Österreich und ihre Erweiterung durch Entwicklung dialogisch konzipierter, kontaktbasierter Schulungsinhalte und Module am Arbeitsplatz für Arbeitnehmer:innen und Führungskräfte in Arbeitsstätten

Inhalte für kontaktbasierte Schulungen nach internationalen Good-Practice-Beispielen⁵² sind:

1. Wissensvermittlung: psychische Gesundheit, psychische Zustands-/Krankheitsbilder und Hilfsangebote (z. B. vor dem Hintergrund biopsychosozialer Erklärungsmodelle, Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, Recovery-Ansatz)
2. kontaktbasierte Aufklärung durch branchen- und zielgruppennahe Erfahrungsexpertinnen und -experten, die Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen und deren Bewältigung im Arbeitsumfeld haben
3. Sensibilisierung für Stigma und Diskriminierung am Arbeitsplatz (Abbau von Vorurteilen, Reflexion der eigenen Haltung nach Freimüller/Wölwer (2012), ethische und rechtliche Grundlagen⁵³)
4. Vermittlung von Skills im Umgang mit Kolleginnen und Kollegen / Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit psychischen Problemen (Krisenintervention⁵⁴, Gesprächsführung, Unterstützung am Arbeitsplatz), für Führungskräfte insb. Verantwortung für die Organisationskultur, Gestaltungsmöglichkeiten der Organisationskultur, teambezogene Aspekte und Dynamiken sowie Interventionsmöglichkeiten im Anlassfall
5. Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit und des sozialen Zusammenhalts am Arbeitsplatz (z. B. Stressmanagement, Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Schaffung eines angenehmen Arbeitsklimas, Anbieten betrieblicher Gesundheitsförderung, Förderung einer wertschätzenden Betriebs-/Teamkultur)

52

siehe z. B. „The Working Mind“: <https://theworkingmind.ca/working-mind> [abgerufen am 25. 8. 2021] und Dobson et al. (2019)

53

insbesondere für Führungskräfte: z. B. Menschenrechte (UN-BRK) und soziales Modell von Behinderung, Behindertengleichstellungsgesetz (Diskriminierungsverbot), Arbeitsrecht und insb. Arbeitnehmerschutz, Datenschutz (betreffend gesundheitsbezogene Daten)

54

z. B. ROGER-Interventionsprinzip von „Erste Hilfe für die Seele“, siehe auch <https://www.erstehilfefuerdieseele.at> [abgerufen am 5. 8. 2022]

Schulungsangebote für Betriebe können nach deren Bedürfnissen strukturiert und spezialisiert (vertiefend) angeboten werden⁵⁵.

Tabelle 4.2:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Ausbau bereits bestehender Schulungsangebote in Österreich und deren Erweiterung durch Entwicklung dialogisch konzipierter, kontaktbasierter Schulungsinhalte und Module am Arbeitsplatz für Arbeitnehmer:innen und Führungskräfte in Arbeitsstätten“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	Ausbau von Schulungsangeboten: Bekanntmachen bestehender Angebote durch fit2work und andere Betriebsberatungsangebote (siehe Empfehlung 1) Erweiterung der Schulungsangebote und Inhalte: Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen Schulungsanbieterinnen/-anbietern, Peer- und Angehörigenorganisationen (wie HPE)
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	Schulungsanbieter (z. B. pro mente ⁵⁶ , Inklusion24 ⁵⁷ , Fachstellen für Suchtprävention ⁵⁸) Peer- und Angehörigenorganisationen Anbieter von Betriebsberatungsangeboten (siehe Empfehlung 1)
Finanzierung/Ressourcen	Schulungsanbieter: Eigenmittel und Förderansuchen (z. B. FGÖ, Land, AMS, Projektaus-schreibungen, EU-Calls), Kostenbeiträge der Arbeitsstätten Arbeitsstätten: eventuell Förderungen über WKO (für KMU und Sozialbetriebe), AMS
Art der Umsetzung	schrittweise: Adaption von Bestehendem, Umsetzungsarbeit, Entwicklungsarbeit

Quelle: AG Führungskräfte und Arbeitnehmer:innen der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

55

z. B. ein Modul, das stärker präventive Interventionen forciert und dabei sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Aspekte inkludiert (pro mente OÖ arbeitet hier aktuell an Konzepten und Angebotspaketen, auch speziell für Führungskräfte); zum anderen ein Modul, das Aspekte der Intervention stärker berücksichtigt (z. B. konkrete Modelle für Intervention bei „Verdacht“ auf Abhängigkeitsproblematiken, wie sie z. B. das Institut Suchtprävention OÖ anbietet)

56

siehe <https://www.erstehilfefeuerdieseele.at/seminare> [abgerufen am 17. 9. 2021]

57

siehe <https://www.lichterkette.at/awareness> [abgerufen am 17. 9. 2021]

58

siehe auch „Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich 2019, Teil 2“

4.3.3 Entwicklung oder Adaption und zentrale Bereitstellung von Handlungsleitlinien und Materialien für unterschiedliche Zielgruppen⁵⁹ in Arbeitsstätten

In Bezug auf die Entwicklung von Handlungsleitlinien ist darauf zu achten, dass die (adaptierten) Leitlinien auch Eingang in die unter 4.3.2 empfohlenen Schulungsmaßnahmen finden, um hier den Praxisbezug zu gewährleisten bzw. um zu verdeutlichen, wie die Leitlinien handlungsleitend und praxisrelevant werden können.

a) Adaption bestehender⁶⁰ / Entwicklung von Handlungsleitfäden mit stigmarelevanten Inhalten

- » Umgang mit Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit psychischen Erkrankungen (z. B. Gesprächsführung, Anpassung der Arbeitsbedingungen, Maßnahmen zur Sicherung des Arbeitsplatzes)
- » Strategien zur Stigma-Reduktion im Arbeitssetting (z. B. Implementierung kontaktbasierter Schulungs- und Präventionsangebote in Arbeitsstätten)
- » rechtliche Aspekte (z. B. Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG), Behinderteneinstellungsgesetz)
- » Umgang mit Diskriminierung und Mobbing (aufgrund psychischer Erkrankungen) am Arbeitsplatz
- » Förderung einer unterstützenden und inklusiven Unternehmenskultur
- » gesundheitsfördernde Gestaltung von Arbeitsprozessen
- » Bereitstellung innerbetrieblicher Anlaufstellen (z. B. Ersthelfer:innen, Inklusionsbeauftragte), Präventions- und Unterstützungsangebote (z. B. im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung)
- » Handlungsleitlinien für die Neuanstellung betroffener Mitarbeiter:innen:
 - » Implementierung von Ansprechpersonen für betroffene Mitarbeiter:innen
 - » individualisierte, maßgeschneiderte Maßnahmen, welche die „Passung“ zwischen betroffener Mitarbeiterin bzw. betroffenem Mitarbeiter und Arbeitsplatz oder das Arbeitsumfeld betreffen: Anpassung des Arbeitsplatzes (z. B. der Abläufe, individualisierte Arbeitszeitregelungen, Zuweisung bestimmter Arbeitsfelder), im Vorfeld Maßnahmen zur Klärung des Passungsverhältnisses, vorbereitende und einschulende Maßnahmen, interne und externe Unterstützungsmöglichkeiten

59

Mitarbeiter:innen, Führungskräfte, Belegschaftsvertreter:innen, Sozialpartner:innen

60

z. B. Gabriel/Nicham (2012) zu Burn-out; Materialien von „The Working Mind“: <https://theworkingmind.ca/workplace-resources> [abgerufen am 1. 9. 2021]

b) Zentrale Bereitstellung der Handlungsleitlinien und Materialien bspw. durch Sozialpartner und Bewerbung der Unterlagen⁶¹

Tabelle 4.3:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Entwicklung oder Adaption und zentrale Bereitstellung von Handlungsleitlinien und Materialien für unterschiedliche Zielgruppen in Arbeitsstätten“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	a. Anpassung und Entwicklung von Handlungsleitfäden und Materialien für Arbeitsstätten b. Sammlung und zentrale Bereitstellung
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	a. beauftragte Expertinnen/Experten und Institutionen (z. B. Schulungsanbieter:innen und Gesundheitsförderungsinstitute zusammen mit Stigma- und Inklusionsexpertinnen/-experten) b. Sozialpartner
Finanzierung/Ressourcen	a. z. B. Beauftragung durch Sozialpartner b. keine (Dienstleistung im Rahmen der Zuständigkeit)
Art der Umsetzung	a. Entwicklungs-/Umsetzungsarbeit b. Adaption von Bestehendem

Quelle: AG Führungskräfte und Arbeitnehmer:innen der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

4.3.4 Ausbau der Inklusionsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bezug auf den ersten Arbeitsmarkt

Der Abbau von Stigma am Arbeitsplatz soll nicht nur über bewusstseinsbildende Schulungen der Arbeitnehmer:innen und Führungskräfte, sondern auch durch die Förderung der Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den ersten Arbeitsmarkt erfolgen. Das kann durch Ausbau und Erweiterung des Spektrums von Angeboten, welche individuelle Bedarfe von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern berücksichtigen, realisiert werden.

Traditionelle psychiatrische Rehabilitationsmodelle verfolgen das Prinzip, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zuerst zu trainieren, um sie für einen Job am Arbeitsmarkt „fit“ zu machen und schrittweise an die Anforderungen des Arbeitsmarkts heranzuführen (Train-Place-Modell). „Supported Employment“ verfolgt hingegen das Prinzip „Place and Train“. Dieses Modell propagiert die schnelle Vermittlung von Menschen mit Beeinträchtigungen in Arbeitsverhältnisse. Menschen mit psychischen Erkrankungen soll dabei geholfen werden, bezahlte Arbeit auf dem

61

Beispiel für Sammlung und zentrale Bereitstellung INQA.de:

<https://-inqa.de/DE/startseite/startseite.html?jsessionid=324F42AF8B2D34A2797E049B6017EE25.delivery2-replication>
[abgerufen am 1. 9. 2021]

allgemeinen Arbeitsmarkt und die nötige Unterstützung dafür zu erhalten und diese Arbeit auch zu behalten (Bond et al. 1997; Bond 2004; Corrigan/McCracken 2005). Das bekannteste und meistuntersuchte Supported-Employment-Modell, „Individual Placement and Support“ (IPS), zeigt im Vergleich zu traditionellen Rehabilitationsansätzen deutlich höhere Erfolgsquoten (Bond et al. 2008; Kinoshita et al. 2013; Richter/Hoffmann 2019; Suijkerbuijk et al. 2017). Es liegen auch Hinweise für längerfristige Erfolge von Supported Employment vor (Cook et al. 2016; Hoffmann et al. 2014). In der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien der DGPPN wird der Einsatz von Supported-Employment-Modellen empfohlen (Empfehlungsgrad A). Dabei orientiert sich die DGPPN in ihrem Positionspapier zur Umsetzung von Supported Employment in Deutschland an den acht Kernprinzipien des IPS (DGPPN 2019; DGPPN 2021).

In einem ersten Schritt sollen die in Österreich vorhandenen Integrationsangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Bezug auf den ersten Arbeitsmarkt nach internationalen Standards des Supported Employment geprüft, an diese herangeführt und ausgebaut werden.

Tabelle 4.4:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Ausbau der Inklusionsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bezug auf den ersten Arbeitsmarkt“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	Adaption und Ausbau der vorhandenen Inklusionsangebote nach internationalen Standards für Supported Employment
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	Anbieter:innen von Inklusionsangeboten in Bezug auf den ersten Arbeitsmarkt
Finanzierung/Ressourcen	Sozialministeriumservice, AMS (wäre jedenfalls im Zuge einer möglichen Maßnahmenplanung konkret anzufragen)
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem

Quelle: AG Führungskräfte und Arbeitnehmer:innen der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung;
Darstellung: GÖG

5 Zielgruppen aus den Bereichen Politik, organisierte Zivilgesellschaft, Verwaltung, Polizei und Gerichte

Die Behandlung dieser Zielgruppen erfolgte gemeinsam, weil alle einen wesentlichen Einfluss auf die soziale Absicherung sowie die persönliche Integrität von Personen mit psychischen Erkrankungen haben. In all diesen Bereichen wäre die Einbindung von Peers und Angehörigen ein wichtiger Schritt für mehr Selbstbestimmung und Mitgestaltung.

- » **politische Entscheidungsträger:innen:** Entscheidungsträger:innen mit entsprechenden Zuständigkeitsbereichen im Sinne von Mental Health in All Policies, die z. B. für die Besetzung von Steuerungsgruppen verantwortlich sind, da dies für die routinemäßige Einbindung von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten wichtig ist. Dies bezieht sich überwiegend – aber nicht ausschließlich – auf politische Entscheidungsträger:innen in den Bereichen Gesundheit und Soziales auf unterschiedlichen Ebenen (Gemeinde, Land, Bund).
- » **Vertreter:innen der organisierten Zivilgesellschaft:** Mitglieder von Vereinen, gemeinnützigen Organisationen, Organisationen der Laienhilfe oder Interessenvertretungen
- » **Personen aus dem Bereich Verwaltung:** Mitarbeiter:innen in Ämtern und Behörden mit Kundenkontakt (z. B. AMS, Finanzamt, Sozialamt, Sozialministeriumservice, Bezirksstellen der SV-Träger, kommunaler und sozialer Wohnbau, Pensionsversicherungen, Träger der Kinder- und Jugend-Hilfe), aber auch Abteilungsleiter:innen, Landesamtsdirektorinnen und Landesamtsdirektoren, zentrale Schlüsselpersonen für die Steuerung von Abläufen und Prozessen
- » **Polizistinnen und Polizisten:** Lehrpersonen der Sicherheitsakademie (SIAG, Zentren für Grundausbildung und Fortbildungen), Dienststellenleiter:innen, Polizistinnen und Polizisten in Aus- und Fortbildung
- » **Richter:innen:** entscheiden über freiheitseinschränkende Maßnahmen (UbG, HeimAufG) und unterstützende Maßnahmen (Erwachsenenvertretung). Sie nehmen auch in anderen Rechtsgebieten – bis hin zum Strafrecht (allfällige Einweisung in den Maßnahmenvollzug) – teilweise großen Einfluss auf das Leben von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

5.1 Ausgangslage

Politische Entscheidungsträger:innen haben Verantwortung für eine chancengerechte Gesetzgebung und Verteilung von Ressourcen. Sie ermöglichen außerdem die Finanzierung von Maßnahmen zur sozialen Existenzsicherung Betroffener. Sie sind verantwortlich für politische Strategien und Programme sowie die Finanzierung von Projekten/Programmen/Maßnahmen. Dadurch liegt es auch in ihrer Macht, zentrale Beiträge zum Abbau struktureller Benachteiligung zu leisten und auf die **sozioökonomischen Gesundheitsdeterminanten** von Personen mit psychischen Erkrankungen Einfluss zu nehmen. Verfügbare Ressourcen (ökonomisch, kulturell, sozial) determinieren Handlungsoptionen und haben damit nicht nur wesentlichen Einfluss auf die Recovery Betroffener, sondern auch auf deren Möglichkeiten eines konstruktiven Umgangs mit Stigmatisierungs- und

Ausgrenzungserfahrungen aufgrund des vorhandenen Merkmals „psychische Erkrankung“ (Grausgruber et al. 2019b, , S. 46, 50, 59 und 79). Darüber hinaus ist es ein Mangel an Ressourcen (also die Armut selbst), welcher als stigmatisierend wahrgenommen wird (Grausgruber et al. 2019a, S. 26; Hansen et al. 2014).

Politische Entscheidungsträger:innen haben, ebenso wie Vertreter:innen der Zivilgesellschaft durch Meinungsbildung oder Vorbildwirkung einen enormen Einfluss auf Grundhaltungen in der Gesellschaft. Sie können somit auch **negativen Stereotypen** wie z. B. jenem, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen „Systemausnutzer und Tachinierer“ wären, **entgegenwirken**. Aus solchen „Grundhaltungen“ resultiert eine sekundäre Stigmatisierungsebene: Labels wie „arbeitslos“, „frühpensioniert“, „Sozialhilfebezug“, „Kontakt zu Jugendamt“ etc. signalisieren, dass die Person vorherrschenden/wahrgenommenen Imperativen nicht nachkommen kann (wie z. B. dass Menschen „leistungsfähig/-willig“ zu sein haben), was mit negativen Zuschreibungen abseits der Erkrankung verbunden ist (Grausgruber et al. 2019a, , S. 23 ff).

Vertreter:innen der lokalen oder regionalen Zivilgesellschaft können in diesem Kontext ebenfalls wirksam werden und im lokalen Umfeld über Vereine, gemeinnützige Organisationen, Laienorganisationen oder Interessenvertretungen einen aktiven Beitrag zur Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen leisten. Gemeinsam mit politischen Entscheidungsträger:innen/-trägern können sie auch Einfluss auf die Ausgestaltung des Zusammenlebens im Wohnumfeld (Stadtteil/Gemeinde) nehmen. Speziell im sozialen Nahbereich besteht für Betroffene die Gefahr von Ausgrenzung und mangelnder emotionaler Anerkennung (Grausgruber et al. 2019b, , S. 56).

Personen aus dem Bereich Verwaltung sind mit der Umsetzung von Gesetzen (hier relevant sind insbesondere die Sozialhilfegesetze) / Projekten / Programmen / Maßnahmen betraut. Auch wenn Rahmenbedingungen prinzipiell auf einer höheren (politischen) Ebene festgelegt werden, wird ihre konkrete Ausgestaltung, von der Leitungsebene ausgehend, über **institutionelle Praktiken** in Verwaltungsbehörden und Ämtern geprägt. Solche Praktiken können Anreize beinhalten, die Stigmatisierung begünstigen oder ihr entgegenwirken. Institutionelle Praktiken können beispielsweise dazu führen, dass sich Betroffene in der Position wiederfinden, „beweisen zu müssen, dass sie nicht leistungsfähig sind“, um Zugang zu Leistungen/Hilfe zu erhalten, wodurch sie Mitarbeiter:innen in Verwaltungsbehörden mitunter als „Gegner:innen“ wahrnehmen (Grausgruber et al. 2019a, , S. 32 ff). Darüber hinaus führt die Zergliederung in unterschiedliche Zuständigkeiten zur Wahrnehmung, „an andere Stellen abgeschoben zu werden“, was ebenso als stigmatisierend wahrgenommen wird (ebd., S. 40 ff.).

Personen im direkten Kundenkontakt aus dem Bereich Verwaltung kommt eine besondere Bedeutung zu, weil Betroffene Kontakt zu Ämtern und Behörden aufnehmen müssen, um notwendige Unterstützungen und Leistungen zu erhalten. Mangelhaftes Wissen über psychische Erkrankungen, Überlastung oder Vorurteile vonseiten der Mitarbeiter:innen können zu diskriminierendem Verhalten und nichtgerechtfertigten Entscheidungen führen, die maßgeblich auf Inklusion/Exklusion im Individualfall wirken und mit existenziellen Auswirkungen für Betroffene und deren Angehörige verbunden sind.

Polizistinnen und Polizisten kommen mit Personen mit psychischen Erkrankungen auch in Akutsituationen in Kontakt. Speziell in Einweisungssituationen nach dem UbG sind besondere Kompetenzen erforderlich, um **traumatisierende Erfahrungen**, die einen erheblichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben, zu vermeiden. Im Jahre 2019 wurden in 1.962 Fällen (das sind 11,2 Prozent der Aufnahmen mit Unterbringung ohne Verlangen in psychiatrischen Abteilungen) Menschen in akuten psychischen Krisen durch Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes ins Krankenhaus gebracht (Gefahr im Verzug gemäß UbG § 9 Abs. 2) (Sagerschnig et al. 2021). Es gibt jedoch keine konkreten Daten dazu, wie die Unterbringungssituation verlaufen ist. Im Falle von Menschen mit Suchterkrankungen kommt für die Zielgruppe der Polizistinnen und Polizisten als zusätzliche Anforderung hinzu, dass sie nicht nur eine Erkrankung, sondern u. U. auch einen kriminellen Tatbestand berücksichtigen müssen.

Über diese Akutsituationen hinaus haben Polizistinnen und Polizisten auch in der täglichen polizeilichen Aufgabenstellung – vor allem im öffentlichen Raum – Kontakt mit Menschen mit psychiatrischen Auffälligkeiten. Hier ist – abseits von Interventionen im Sinne des UbG/SPG – ein respektvoller und würdiger Umgang auch Leitkultur im Umgang mit gesellschaftlich exkludierten Gruppen gegenüber der Zivilgesellschaft.

Richter:innen sind eine Zielgruppe, die mit ihren Entscheidungen das Leben von Menschen mit psychischen Erkrankungen maßgeblich mitbeeinflusst, und zwar sowohl im Unterbringungs-, Erwachsenenschutz- oder Heimaufenthaltsverfahren als auch auf anderen Rechtsgebieten wie etwa in der Rechtsprechung zum Arbeits- und Sozialrecht sowie Familien- und Zivilrecht bis hin zum Strafrecht (allfällige Einweisung in den Maßnahmenvollzug).

5.2 Zielsetzungen

Grundsätzliches

» **Einbindung von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten sowie Angehörigen bei allen empfohlenen Maßnahmen**

Menschen mit psychischen Erkrankungen (Peers, Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten) und deren Angehörige verfügen über wichtiges **Erfahrungswissen**, das für die Beseitigung strukturellen Stigmas und zur Verbesserung der Qualität der psychosozialen Versorgung unerlässlich ist. Ihre Einbeziehung als **gleichwertige Partner:innen** in Entscheidungsprozesse trägt insgesamt zum Abbau von Vorurteilen bei (Mahlke et al. 2019). Es führt bei allen teilnehmenden Gruppen zu einer Sensibilisierung für einen respektvollen Umgang miteinander.

» **Sicherstellung der Nachhaltigkeit von Effekten**

Eine kurzfristige Sensibilisierung (z. B. unmittelbar nach einer Schulung) ist leichter zu erreichen als eine längerfristige Veränderung von Haltungen oder Einstellungen. Letztere ist aber das zentrale Ziel und sollte daher mit entsprechenden Interventionen (z. B. mittels Coachings, Boostern) gestützt werden und im Fokus von Evaluierungsmaßnahmen stehen, um Nachhaltigkeit zu gewährleisten.

Politische Entscheidungsträger:innen und lokale bzw. regionale Vertreter:innen der Zivilgesellschaft: Mittels Sensibilisierung soll eine Einstellungs- und Haltungsänderung bewirkt werden, die wiederum in politische oder zivilgesellschaftliche Maßnahmen mündet, die mehr Inklusion auf unterschiedlichen Ebenen zur Folge haben. Konkrete politische Maßnahmen wären etwa die Verabschiedung entsprechender Gesetze, eine chancengerechtere Verteilung von Ressourcen oder die Berufung von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten sowie Angehörigen in alle Gremien, die sich mit Menschen mit psychischen Erkrankungen beschäftigen. Politische Entscheidungsträger:innen und Vertreter:innen der lokalen/regionalen Zivilgesellschaft sollen zu Promotorinnen und Promotoren für Inklusion werden und negativen Stereotypen in der Öffentlichkeit entgegenwirken.

Verwaltung: Personen mit direktem Kundenkontakt sollen einen stigmafremen Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen pflegen; Personen in Leitungsfunktionen sollen institutionelle Haltungen und Praktiken implementieren bzw. fördern, die zur Reduktion von Stigma beitragen (barrierefreier Zugang zu Leistungen, Verbesserung der Beratung, niederschwellige Angebote, stressfreie und „psychosozial barrierefreie“ Gestaltung von Prozessen, Setzen von Anreizen für Inklusion, chancengerechte Vergabe von Förderungen, Achten auf diskriminierungsfreie Sprache und Förderung einer inklusiven Organisationskultur).

Polizei: Polizistinnen und Polizisten im direkten Kontakt mit Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen nichtstigmatisierende Einstellungen und Haltungen sowie eine nichtstigmatisierende Kommunikation pflegen und entsprechende Skills im Umgang mit Betroffenen – nicht nur in Akutsituationen im Rahmen von Einsatz- und Kompetenztrainings – erlernen bzw. vertiefen. Dadurch soll eine respektvolle, der Lebenssituation der Betroffenen angepasste, möglichst gewaltfreie, menschenrechtskonforme Umsetzung von Amtshandlungen gefördert werden. Leitungspersonen aus dem Exekutivbereich sollen institutionelle Praktiken fördern, die zum Abbau eines stigmatisierenden Umgangs beitragen können (z. B. Berücksichtigung des Themas in Schulungen der Sicherheitsakademien, Förderung von Fortbildungen).

Richter:innen: In ihren oft tiefgreifenden Entscheidungen sollten Richter:innen so wenig wie möglich durch eine vorhandene Stigmatisierung bestimmter Gruppen der Gesellschaft bzw. Personen – in diesem Fall von Menschen mit psychischen Erkrankungen – beeinflusst werden. Durch entsprechende Schulungsmaßnahmen sollten die Richter:innen dabei unterstützt werden, die Mechanismen von Stigmatisierung zu erkennen sowie ein Bewusstsein dafür zu erlangen, welchen Einfluss diese auf ihre Einschätzungen und auf ihre Entscheidungen haben können.

5.3 Empfehlungen

5.3.1 Schrittweise Umsetzung bzw. Etablierung eines nichtöffentlichen Tetralogs in Politik und Verwaltung

Für die Sensibilisierung politischer Entscheidungsträger:innen wird der Tetralog⁶² als Methode gewählt. In jedem Entscheidungsgremium von Politik und Verwaltung, das Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen betrifft (z. B. bei der Erstellung von Richtlinien für Begutachtungen⁶³, in der Gesetzesentwicklung⁶⁴ sowie der Planung von Versorgungsstrukturen etc.), soll eine systematische Einbindung von Erfahrungsexpertinnen und -experten, Angehörigen und (psycho-sozialen) Professionistinnen und Professionisten sowie sozialpsychiatrischen Expertinnen und Experten erfolgen.

Tabelle 5.1:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Schrittweise Umsetzung bzw. Etablierung eines nichtöffentlichen Tetralogs in Politik und Verwaltung“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> » Entwicklung eines Konzepts für die systematische Einbindung von Erfahrungsexpertinnen und -experten, Angehörigen und (psycho-sozialen) Professionistinnen und Professionisten sowie sozialpsychiatrischen Expertinnen und Experten in Entscheidungsgremien von Politik und Verwaltung: <ul style="list-style-type: none"> » Erarbeitung einer Übersicht über die relevanten Entscheidungsgremien auf allen Ebenen (Bund, Länder, Gemeinden) » Aufbau eines tetralogischen Netzwerks: Rekrutierung (mit laufender Aktualisierung) von Netzwerkpartnerinnen und -partnern für die jeweiligen inhaltlichen Schwerpunkte der verschiedenen Gremien » Aufbau einer Kommunikations-/Informationsstruktur zwischen Gremien und tetralogischem Netzwerk
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	Umsetzende: die jeweiligen Entscheidungsgremien Partner:innen: Erfahrungsexpertinnen und -experten, Angehörige, sozialpsychiatrische Expertinnen und Experten
Finanzierung/Ressourcen	für die Finanzierung der jeweiligen Entscheidungsgremien zuständige Ressorts
Art der Umsetzung	Umsetzungsarbeit: Strukturen sind weitgehend vorhanden, (politische) Willensbildung zur systematischen Umsetzung und (geringfügige) Mittel sind nötig. kurz- bis mittelfristig umsetzbar

Quelle: AG Politik, organisierte Zivilgesellschaft, Verwaltung, Polizei und Gerichte der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

62 Tetralog bedeutet hier den Erfahrungsaustausch und die Zusammenarbeit auf Augenhöhe von vier Gruppen: Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten, Angehörigen, sozialpsychiatrischen Expertinnen und Experten und jeweils relevanten politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern.

63 für Empfehlungen, die sich an die Berufsgruppe der Gutachter:innen richten, siehe Empfehlungen zu Gesundheits- und Sozialberufen

64 Beispiele für partizipative Gesetzgebung – wie z. B. die Ablösung des Sachwalterrechts durch das Erwachsenenschutzrecht – in Österreich siehe Nowotny et al. (2020), S. 191–193

5.3.2 Schrittweise Umsetzung bzw. Etablierung eines Tetralogs in der organisierten Zivilgesellschaft

Als Mittel zur Sensibilisierung von Vertreterinnen und Vertretern der lokalen/regionalen Zivilgesellschaft kommt die Methode des Tetralogs⁶⁵ zum Einsatz. Dies erfolgt z. B. im Rahmen von Veranstaltungen auf lokaler oder regionaler Ebene unter Beteiligung von Erfahrungsexpertinnen und -experten, Angehörigen, Professionistinnen und Professionisten sowie Vertreterinnen und Vertretern der lokalen/regionalen Zivilgesellschaft.

Tetralogische Projekte versuchen auch die allgemeine Zivilgesellschaft bzw. deren Vertreter:innen in ein Gespräch einzubinden (Schöny et al. 2014). Das grundsätzliche Ziel solcher Initiativen ist es, „eine gemeinsame Sprache und neue Formen der Begegnung zu entwickeln und zu üben“. Des Weiteren soll

- » ein gleichberechtigter Austausch von Informationen ermöglicht und gewährleistet werden,
- » das Selbstbewusstsein der verschiedenen Gruppen gestärkt werden,
- » die Qualität der Versorgung verbessert werden und sollen
- » Vorurteile abgebaut werden.

Lernerfahrungen können aus bestehenden Best-Practice-Beispielen – z. B. Quartiermaken in den Niederlanden⁶⁶ – übernommen werden (siehe auch Bunt (2020).

65

Tetralog bedeutet hier den Erfahrungsaustausch und die Zusammenarbeit auf Augenhöhe von vier Gruppen: Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten, Angehörigen, sozialpsychiatrischen Expertinnen und Experten sowie Vertreterinnen und Vertretern der regionalen Zivilgesellschaft

66

<https://www.kwartiermaken.nl/deutsch/was-ist-kwartiermaken> [abgerufen am 22. 9. 2021]

Tabelle 5.2:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Schrittweise Umsetzung bzw. Etablierung eines Tetralogs in der organisierten Zivilgesellschaft“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> » Ausbau der Inklusionsmaßnahmen der bereits vorhandenen Angebote für interessierte Menschen als Laienhelfer:innen bzw. ehrenamtliche Sozialbegleiter:innen (z. B. pro mente OÖ, prohumanis Stmk.) oder Patinnen und Paten bzw. Mentorinnen und Mentoren vor Ort » Auf- und Ausbau der Mitarbeit der organisierten Zivilgesellschaft bei Freizeit-, Kultur- und Sportangeboten von Trägern/Anbietern von Versorgungsangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen im Sinne von Community-Activities (Community Care, Community Living, Enabling Community etc.) » Aufbau und Verstärkung der Zusammenarbeit (Mentoring, Veranstaltungen etc.) mit lokalen Vereinen und Organisationen wie Kirchen, Sportvereinen etc. » Schulungsangebote (für Vertreter:innen zivilgesellschaftlicher Organisationen oder Laienhelfer:innen) zu „Erste Hilfe für die Seele“, um das Thema psychische Erkrankungen auf eine nichtstigmatisierende Art und Weise bewusst zu machen und Behandlungsbarrieren zu senken » tetralogische Veranstaltungen/Veranstaltungsreihen im Rahmen des Gesundheitsförderungskonzepts „Gesunde Gemeinde“
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> » pro mente Austria bzw. ähnliche Träger/Anbieter von Versorgungsangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen » lokale Vereine und Organisationen wie Kirchen, Sportvereine etc. » Kommunen im Rahmen der Aktion „Gesunde Gemeinde“ » Peer- und Angehörigenorganisationen
Finanzierung/Ressourcen	Trägerorganisationen, Vereine, Unterstützung durch Budget aus Gesundheits-/Sozialbereich der Länder und Kommunen
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem

Quelle: AG Politik, organisierte Zivilgesellschaft, Verwaltung, Polizei und Gerichte der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

5.3.3 Aufbau (bzw. Adaption und Ausbau) von Schulungen zur Vermittlung praktischer Skills für den stigmafremen Umgang in Ämtern bzw. der Verwaltung mit Kundenkontakt

In Österreich kommen Aufklärungsprogramme wie „Erste Hilfe für die Seele“ u. a. im Verwaltungsbereich zum Einsatz (für Führungskräfte und interessierte Mitarbeiter:innen), um Beschäftigte in der Verwaltung bei eigenen psychischen Belastungen besser unterstützen zu können. Spezielle Programme, um bei dieser Zielgruppe als Gatekeeper auch stigmatisierendes Verhalten gegenüber Kundinnen und Kunden mit psychischen Erkrankungen zu reduzieren, sind bisher aber nicht etabliert. Wissenschaftliche Untersuchungen zu Anti-Stigma-Maßnahmen im Bereich der Verwaltung sind selten. Knifton et al. (2008) verweisen auf positive Erfahrungen mit Anti-Stigma-Workshops, die von Klientinnen und Klienten der jeweiligen Ämter bzw. Behörden durchgeführt wurden und eine Kombination aus Edukation und Kontakt als Intervention anboten.

Schulungen sollen insbesondere in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Soziales sowie bei den Führerscheinbehörden und bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) erfolgen und kontaktbasiert sowie dialogisch aufgebaut sein. Sie sollten u. a. folgende Inhalte abdecken: psychische Gesundheit, Wissen über psychische Erkrankungen (Zustandsbilder und Verhaltensweisen) und entsprechende Hilfsangebote, Hintergründe der Unterstützungsbedarfe psychisch erkrankter Menschen, Menschenrechte, soziales Modell von Behinderung, Recovery-Ansatz, Stigma und dessen Folgen für die Betroffenen, entstigmatisierender Umgang mit Menschen mit psychischer Erkrankung. Speziell der Zielgruppe Ämter/Verwaltung sollten Kommunikationsskills vermittelt werden und sollte u. a. damit dem Umstand Rechnung getragen werden, dass für Angestellte der Verwaltung der Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen Überlastungen zur Folge haben kann, welche mitunter (passiv-)aggressives Verhalten nach sich ziehen können.

Darüber hinaus sollen Leitungspersonen und zentrale Schlüsselpersonen für das Thema sensibilisiert werden, um eine stigmafremde Haltung und eine ebensolche Gestaltung von Abläufen und Prozessen in Verwaltungsbehörden zu implementieren.

Tabelle 5.3:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Aufbau (bzw. Adaption und Ausbau) von Schulungen zur Vermittlung praktischer Skills für den stigmafreien Umgang in Ämtern / der Verwaltung mit Kundenkontakt“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> » Bestandserhebung vorhandener Schulungsangebote für Mitarbeiter:innen mit direktem Kundenkontakt in Ämtern / der Verwaltung, beispielsweise über die Kommunalakademien zur Schulung von Gemeindebediensteten in den Bundesländern » vorhandene Schulungen aus anderen Bereichen (z. B. HPE-Schulung von Polizistinnen und Polizisten) inhaltlich auf die Anwendbarkeit für Ämter / die Verwaltung hin adaptieren (mit besonderem Augenmerk auf die Hintergründe des Unterstützungsbedarfs psychisch erkrankter Menschen und auf Kommunikation) » Entwicklung von (bzw. Adaption bestehender) Anti-Stigma-Workshops (Freimüller/Wölwer 2012; Knifton et al. 2008), die von Klientinnen und Klienten der jeweiligen Ämter/Behörden durchgeführt werden » Erarbeitung von Empfehlungen für Personen in Leitungsfunktionen (Abteilungsleiter:innen, Landesamtsdirektorinnen und Landesamtsdirektoren, zentrale Schlüsselpersonen für die Steuerung von Abläufen und Prozessen) zur Implementierung bzw. Förderung stigmaduzierender institutioneller Praktiken (barrierefreier Zugang zu Leistungen, niederschwellige Angebote, Beratungsqualität, stressfreie und „psychosozial barrierefreie“ Gestaltung von Prozessen, Setzen von Anreizen für Inklusion, chancengerechte Vergabe von Förderungen, Achten auf diskriminierungsfreie Sprache und Förderung einer inklusiven Organisationskultur)
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	<p>Umsetzende: zuständige Ämter/Verwaltungseinheiten von Bund, Ländern, Gemeinden, Kommunalakademie, Landesorganisationen, Organisationen von Gemeinde- und Städtebund</p> <p>Partner:innen sozialpsychiatrische Expertinnen und Experten, Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung, Angehörige, Menschenrechts-, Behindertenrechts- und Kommunikations-expertinnen und -experten</p>
Finanzierung/Ressourcen	<p>Die Finanzierung muss geklärt werden (infrage kommen für die Finanzierung von Ämtern/Verwaltungseinheiten zuständige Ressorts von Bund, Ländern, Gemeinden; aber auch FGÖ, BGF, gegebenenfalls Sozialversicherungsträger, EU-Förderungen).</p>
Art der Umsetzung	<p>(politische) Willensbildung nötig</p> <p>sowohl Adaption von Bestehendem (quantitative oder qualitative Erweiterung und Anpassung) als auch Entwicklungsarbeit (Empfehlungen und Anti-Stigma-Workshops) erforderlich</p> <p>mittel- und längerfristig umsetzbar</p>

Quelle: AG Politik, organisierte Zivilgesellschaft, Verwaltung, Polizei und Gerichte der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

5.3.4 Ausbau und Evaluation bestehender Schulungen für Polizistinnen und Polizisten

Polizistinnen und Polizisten sind eine häufige Zielgruppe von Anti-Stigma-Schulungen. Einige Studien konnten die Wirksamkeit einschlägiger Interventionen belegen: Eine dreiwöchige Schulung in puncto Psychiatrie inklusive kontaktbasierter Anti-Stigma-Module zeigte bspw. in Schweden einen anhaltenden positiven Effekt sowohl in Bezug auf Einstellungen als auch auf Verhaltensabsichten bei Polizistinnen und Polizisten (Hansson/Markström 2014). Auch in der Evaluation des Programms BASTA in Deutschland (Wundsam et al. 2007) wurde der persönliche Kontakt zwischen

Polizistinnen und Polizisten, Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und Angehörigen als entscheidend für die Effektivität der Anti-Stigma-Intervention erachtet.

HPE ist seit 2008 in die Grundausbildung von Polizistinnen und Polizisten in ganz Österreich eingebunden und hat seither in rund 250 eintägigen Ausbildungsseminaren (trialogisch und kontaktbasiert) rund 7.000 Polizistinnen und Polizisten geschult. Das Ziel ist dabei die Sensibilisierung der Polizistinnen und Polizisten für einen stigmafreen Umgang mit Betroffenen und Angehörigen.

Diese Schulungen, die wie bisher fortgesetzt werden sollten, decken bereits folgende Inhalte ab: Wissen über psychische Erkrankungen (Zustandsbilder und Verhaltensweisen) und Hilfsangebote, Umgang mit herausfordernden Situationen und Handlungsempfehlungen, Abläufe und Hintergründe betreffend Einweisung und Unterbringung. Stigma, dessen Folgen für Betroffene und Angehörige sowie entstigmatisierender Umgang mit Menschen mit psychischer Erkrankung werden zwar ebenfalls angesprochen – aufgrund der Zeitknappheit (eintägige Schulung) jedoch nicht sehr umfassend, weswegen sie weiter ausgebaut werden sollen.

Auch die Patientenanwaltschaft von VertretungsNetz und ifs (in Vorarlberg) schult seit vielen Jahren Polizistinnen und Polizisten bezüglich Einweisungen nach dem UbG und arbeitet dabei teilweise mit Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie sowie mit Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten zusammen. Diese Schulungen finden (außer in Vorarlberg) nicht im Rahmen der Grundausbildung, sondern als Fortbildungen oder z. B. anlässlich von Treffen der Leiter:innen von Polizeiinspektionen an den Bezirkspolizeikommandos statt. Hier sollte man die vorhandenen Synergien nutzen und eine Abstimmung mit den Schulungen in der Grundausbildung anstreben.

Ergänzt werden müssten in der Grundausbildung folgende Inhalte: Recovery-Ansatz, Menschenrechte (insbesondere die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen – UN-BRK) und das soziale Modell von Behinderung mit Bezug auf psychisch erkrankte Menschen sowie eine umfassendere Behandlung des Themas Stigma und entstigmatisierender Umgang mit Menschen mit psychischer Erkrankung.

Diese Ergänzungen könnten im Rahmen des bestehenden polizeilichen Ausbildungsprogramms in den entsprechenden Fächern (z. B. Menschenrechte, Kommunikation und Konfliktmanagement, Sicherheitspolizeiliche Handlungslehre) thematisiert werden. Einheiten zum Thema Rollenkonflikte sollen durch stigmaspezifische Reflexionsmodule⁶⁷ ergänzt werden.

Über diese Ergänzungen der Grundausbildung hinaus sollte auch das bereits bestehende Angebot der **Weiterbildung für erfahrene Polizistinnen und Polizisten** gefördert und in der Frequenz erhöht werden. Die Sensibilisierung von Lehrpersonen und Führungskräften soll zudem durch Ergänzung stigmaspezifischer Inhalte und Module in Ausbildungen der mittleren und höheren Führungsebene sowie von Lehrpersonen erreicht werden.

67

z. B. in Anlehnung an Freimüller/Wölwer (2012)

Die bestehenden und erweiterten Seminarmodule sollen auch in Bezug auf ihre Wirkung auf Stigma-Dimensionen (vgl. Kapitel 1) evaluiert werden.

Tabelle 5.4:
Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Ausbau und Evaluation bestehender Schulungen für Polizistinnen und Polizisten“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<p>Kontaktaufnahme mit dem Bundesministerium für Inneres / Sicherheitsakademie des BMI Klärung folgender Vorschläge zur Verstärkung und Verbesserung der Implementierung von Entstigmatisierungsmaßnahmen:</p> <p>Grundschulung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Aufnahme der Thematik in andere Lehrgegenstände wie z. B. Menschenrechte, Kommunikation und Konfliktmanagement, Sicherheitspolizeiliche Handlungslehre, Berufsethik und Gesellschaftslehre, AWOD/ADL⁶⁸ Fortsetzung der bisherigen eintägigen HPE-Schulungen und u. U. Erweiterung auf Zwei-Tages-Schulungen. » Klärung der Bereitschaft und Möglichkeiten der Polizei zur Durchführung eines (zumindest zweistündigen) stigmaspezifischen Reflexionsmoduls zu Rollenkonflikten <p>Fortbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Erarbeitung von Anreizen zur verstärkten Wahrnehmung des bestehenden Weiterbildungsangebots für erfahrene Polizistinnen und Polizisten <ul style="list-style-type: none"> » SIAK-Seminar: Schulungen durch die Patientenanwaltschaft zum Thema „Umgang mit Menschen mit psychiatrischen Diagnosen“ » Schulungen durch die Patientenanwaltschaft zu Einweisungen nach dem UbG » Ergänzung stigmaspezifischer Inhalte und Module in Ausbildungen der mittleren und höheren Führungsebene sowie bei Ausbildungen von Lehrpersonen <p>Evaluierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Erstellen eines kurzen Fragebogens über die Einstellungen zu psychisch erkrankten Menschen aus vorhandenen standardisierten Fragen und Einbau dieses Evaluierungsschritts in das bestehende Schulungsmodul der Grundausbildung (kurzfristige Wirkung) » Klärung der Bereitschaft und Möglichkeiten der Polizei, diese Fragen zusätzlich etwa ein Jahr nach Ende der Grundausbildung von den Polizeischülerinnen und Polizeischülern beantworten zu lassen (länger-/langfristige Wirkung)
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	<p>Umsetzer: Bundesministerium für Inneres (SIAK) Partner: HPE als Organisatorin, Menschen mit Psychiatrieerfahrung, Angehörige, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie, Menschenrechtsexpertinnen und Menschenrechtsexperten, Behindertenrechtsexpertinnen und Behindertenrechtsexperten, Patientenanwaltschaft</p>
Finanzierung/Ressourcen	<p>SIAK, darüber hinaus innovative Lösungen erarbeiten</p>
Art der Umsetzung	<p>Adaption von Bestehendem: Strukturen sind bereits vorhanden, eine quantitative oder qualitative Erweiterung ist erforderlich. zum Teil: Konzeptentwicklung und Willensbildung nötig</p>

Quelle: AG Politik, organisierte Zivilgesellschaft, Verwaltung, Polizei und Gerichte der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

5.3.5 Sensibilisierung von Richterinnen und Richtern durch Schulungen

Neben allgemeinen Sensibilisierungsschulungen zum Thema Umgang mit Vielfalt im Justizalltag (insbesondere zum Thema Behinderung) finden jährlich bundesweite Fortbildungsveranstaltungen für Richter:innen in Sachen UbG, HeimAufG und Erwachsenenvertretung statt. VertretungsNetz sowie die anderen Erwachsenenvertretungsvereine sind daran regelmäßig beteiligt, teils auch mit eigenen Referentinnen und Referenten. Vorhandene Fortbildungsangebote sollen durch trialogische Anti-Stigma-Schulungsmodul ergänzt werden, um Richter:innen für das Thema Stigma psychischer Erkrankungen und die unterschiedlichen Perspektiven zu sensibilisieren. Analog Schulungen anderer Zielgruppen sollen vorhandene Schulungskonzepte⁶⁹ der Zielgruppe der Richter:innen angepasst und die Schulungen von trialogischen Teams (Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten, Angehörige und sozialpsychiatrische Expertinnen und Experten) durchgeführt werden. Eine Erweiterung des Angebots der Anti-Stigma-Schulungen für Richter:innen anderer Rechtsbereiche bzw. für andere Justizbedienstete (z. B. Staatsanwältinnen und Staatsanwälte, Mitarbeiter:innen der Servicestellen) soll in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Justiz (BMJ) angedacht werden. Die Schulungen sollen durch geeignete, noch zu erstellende Materialien, die z. B. von Vortragenden zur Verfügung gestellt werden, ergänzt werden.

Tabelle 5.5:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Sensibilisierung von Richterinnen und Richtern durch Schulungen“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	Richter:innen Erstellen eines Konzepts für Fortbildungsveranstaltungen für Richterinnen und Richter (trialogisch, kontaktbasiert ...)
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	BMJ, VertretungsNetz sowie Erwachsenenschutzvereine, Peer- und Angehörigenorganisationen, sozialpsychiatrische Expertinnen und Experten
Finanzierung/Ressourcen	Bildungsbudget der justizinternen Trainingsanbieter:innen (Dienstbehörden) sowie der Vereinigung der österreichischen Richterinnen und Richter und der Vereinigung der österreichischen Staatsanwältinnen und Staatsanwälte
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem: Anpassung vorhandener Schulungskonzepte an die Zielgruppe Entwicklungsarbeit: Materialien

Quelle: AG Politik, organisierte Zivilgesellschaft, Verwaltung, Polizei und Gerichte der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung;
Darstellung: GÖG

69

z. B. trialogische Polizeischulungen der HPE (siehe 5.3.4), Anti-Stigma-Kompetenz von Freimüller/Wölwer (2012)

6 AG-übergreifende Empfehlung

6.1 Aufbau eines Referentenpools von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten für eine kontaktbasierte Sensibilisierung im Rahmen von Schulungen und Veranstaltungen

Die laut Studienergebnissen effektivste Komponente von Anti-Stigma-Interventionen für Erwachsene ist die Begegnung mit Menschen, die über eigene Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen verfügen, weshalb die Einbindung von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten in bewusstseinsbildende Interventionen als Standard empfohlen wird (Stuart 2017). In Österreich kommen bereits einige kontaktbasierte Interventionen zum Einsatz, in denen Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten und/oder Angehörige im Rahmen von Schulungen oder Infoveranstaltungen über ihre eigenen Erfahrungen mit der Erkrankung erzählen, an Podiumsdiskussionen teilnehmen, Vorträge halten, ihre Geschichten auf Homepages posten, Begegnung und offenen Austausch im Rahmen von Kulturprojekten anbieten, forschen, lehren oder diskursanregende Initiativen starten (Nowotny et al. 2020). Die vorliegenden Empfehlungen für die Ebene direkte Stigmatisierung sehen einen Ausbau kontaktbasierter Edukationsmaßnahmen zur Sensibilisierung der ausgewählten Zielgruppen (Vertreter:innen der Gesundheits- und Sozialberufe, Jugendliche, Pädagoginnen und Pädagogen, Arbeitnehmer:innen und Führungskräfte, Mitarbeiter:innen mit Kundenkontakt in der Verwaltung, Polizistinnen und Polizisten sowie Richter:innen) vor. Eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung dieser Schulungsoffensive ist ein schrittweiser Aufbau regionaler Pools von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten, die als Referentinnen und Referenten im Rahmen zielgruppenspezifischer Anti-Stigma-Schulungen und Veranstaltungen engagiert werden können.

Die Referentinnen und Referenten sollen nach internationalen Vorbildern⁷⁰ durch Schulungen in ihrer Tätigkeit unterstützt werden. Hierfür sollen vorhandene Schulungen ausgebaut und Schulungskonzepte dem Bedarf angepasst werden. Für diese Tätigkeit wichtige Inhalte (z. B.: Wie erzähle ich meine Geschichte? Was gebe ich preis, und wo sind meine Grenzen? Worauf muss ich achten?) werden bereits im Zuge von Peer-Ausbildungen⁷¹ oder im Rahmen des peergeleiteten

70

siehe nationale Programme der Global Anti-Stigma Alliance: <https://www.time-to-change.org.uk/sites/default/files/gasa%20leaflet.pdf> [abgerufen am 24. 9. 2021]

71

Ausbildung zum:zur EX-IN-Genesungsbegleiter:in von EX-IN Österreich: <https://www.ex-in.at> [abgerufen am 24. 9. 2021]

Ausbildung zur akademischen Peer-Beraterin / zum akademischen Peer-Berater der FH Joanneum: https://www.fh-joanneum.at/akademische-peer-beraterin-akademischer-peer-berater/academic_certificate_programme [abgerufen am 24. 9. 2021]

Peer-Beratungs-Ausbildungen des Empowerment-Centers in Linz: <https://www.ki-i.at/taetigkeitsbereiche/empowerment-center/das-empowerment-center> [abgerufen am 24. 9. 2021]

Programms zur Stigma-Bewältigung für Menschen mit psychischen Erkrankungen „In Würde zu sich stehen (IWS)“ (Rüsch/Kösters 2021) in Österreich angeboten⁷². Die Aneignung didaktischer Fähigkeiten (z. B. durch eine Trainerausbildung) und von Trialogerfahrung sind insbesondere für den Einsatz als Lehrende:r von Vorteil. Weitere wichtige Schulungsinhalte für Anti-Stigma-Arbeit sind die Reflexion der eigenen stigmatisierenden Einstellungen und Haltungen sowie die Steigerung der Anti-Stigma-Kompetenz. Neben Schulungsangeboten sollte aktiven Referentinnen und Referenten viermal im Jahr Supervision oder Intervention angeboten werden.

Es wird empfohlen, dass regionale Koordinatorinnen und Koordinatoren die regionalen Referentenpools verwalten. Ihre Aufgabe wäre, sowohl die Referentinnen und Referenten durch Vermittlung zu Unterstützungsangeboten als auch Schulungsanbieter:innen und Veranstalter:innen bei der Suche nach für die jeweiligen Zielgruppen passenden Referentinnen und Referenten zu unterstützen. Kontaktdaten der regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren sollten bekanntgemacht werden und öffentlich verfügbar sein, z. B. auf der Homepage des Dachverbands IdEE. Für den weiteren Ausbau in diesem Bereich wäre in der Folge mittelfristig die Konzeptionierung einer regionalen Koordinationsstruktur mit zentraler Anbindung erforderlich.

Tabelle 6.1:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Aufbau eines Referentenpools von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten für kontaktbasierte Sensibilisierung im Rahmen von Schulungen und Veranstaltungen“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> » Suche nach regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren » Bekanntmachung der regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren und Herstellung des öffentlichen Zugangs zu deren Kontaktdaten » Ausbau vorhandener Referentenpools » Ausbau vorhandener und Entwicklung ergänzender Schulungsangebote für Referentinnen und Referenten » Konzeptionierung und Aufbau einer regionalen Koordinationsstruktur mit zentraler Anbindung
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> » Peer-Organisationen in Österreich » Anbieter:innen unterstützender Schulungen für Referentinnen und Referenten » Anbieter:innen von Schulungen zum Thema zielgruppenspezifische Anti-Stigma-Interventionen
Finanzierung/Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> » Ausbau der Finanzierung von bundes- und landesweiten Peer-Organisationen/Interessenvertretungsorganisationen (durch Bund und Länder) » Förderungen für unterstützende Angebote für Referentinnen und Referenten
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem und Entwicklungsarbeit

Quelle: AG-übergreifende Empfehlung der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung; Darstellung: GÖG

72

<https://www.inclusion24.com/2022iws> [abgerufen am 5. 8. 2022]

7 Literatur

- Amsalem, D.; Hasson–Ohayon, I.; Gothelf, D.; Roe, D. (2018): Subtle ways of stigmatization among professionals: The subjective experience of consumers and their family members. In: *Psychiatr Rehabil J* 41/3:163
- Anthony, William A. (1993): Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. In: *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16/4:11–23
- Antony, K. (2021): Konzepte, Indikatoren und Messinstrumente zur Erfassung der Wirkung von Anti-Stigma-Maßnahmen im Bereich psychischer Erkrankungen – Kurzsrecherche. Gesundheit Österreich, Wien
- Arvaniti, Aikaterini; Samakouri, Maria; Kalamara, Eleni; Bochtsou, Valentini; Bikos, Constantinos; Livaditis, Miltos (2009): Health service staff’s attitudes towards patients with mental illness. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44/8:658–665
- Bond, Gary R (2004): Supported employment: evidence for an evidence–based practice. In: *Psychiatr Rehabil J* 27/4:345
- Bond, Gary R; Becker, Deborah R; Drake, Robert E; Vogler, Kathleen M (1997): A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment. In: *Rehabilitation Counseling Bulletin* 40/:265–284
- Bond, Gary R; Drake, Robert E; Becker, Deborah R (2008): An update on randomized controlled trials of evidence–based supported employment. In: *Psychiatr Rehabil J* 31/4:280
- Bunt, S. (2020): Das Modellprojekt. In: *Inklusion für die gemeindepsychiatrische Praxis*. Hg. v. Ratzke, K.; Bayer, W.; Bunt, S.S. 85–114
- Burns, Tom; Rugkåsa, Jorun (2016): Hospitalisation and compulsion: the research agenda. In: *The British Journal of Psychiatry* 209/2:97–98
- Chen, Shu–Ping; Dobson, Keith; Kirsh, Bonnie; Knaak, Stephanie; Koller, Michelle; Krupa, Terry; Lauria–Horner, Bianca; Luong, Dorothy; Modgill, Geeta; Patten, Scott (2017): Fighting stigma in Canada: Opening minds anti–stigma initiative. In: *The Stigma of Mental Illness–End of the Story?* Springer International Publishing. S. 237–S. 261
- Cook, Judith A; Burke–Miller, Jane K; Roessel, Emily (2016): Long–term effects of evidence–based supported employment on earnings and on SSI and SSDI participation among individuals with psychiatric disabilities. In: *American Journal of Psychiatry* 173/10:1007–1014
- Corrigan, 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

- Corrigan, P. W.; Vega, E.; Larson, J.; Michaels, P. J.; McClintock, G.; Krzyzanowski, R.; Gause, M.; Buchholz, B. (2013): The California schedule of key ingredients for contact-based antistigma programs. In: *Psychiatr Rehabil J* 36/3:173–179
- Corrigan, Patrick W (2016): Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. In: *World Psychiatry* 15/1:67–73
- Corrigan, Patrick W; McCracken, Stanley G (2005): Place first, then train: an alternative to the medical model of psychiatric rehabilitation. In: *Social Work* 50/1:31–39
- DGPPN (Hg.) (2019): *Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.*, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Berlin
- DGPPN (2021): *Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland – Positionspapier einer Task-Force der DGPPN.*
- Dobson, Keith S; Szeto, Andrew; Knaak, Stephanie (2019): The working mind: A meta-analysis of a workplace mental health and stigma reduction program. In: *The Canadian Journal of Psychiatry* 64/1_suppl:39–47
- Döpfmer, S; Münchmeyer, MC; Natschke, T; Herrmann, W; Holzinger, F; Burian, R; Berghöfer, A; Heintze, C (2018): Die ambulante Betreuung von Patienten mit somatisch nicht erklärten Beschwerden. In: *Nervenarzt* 89/1:64–70
- Druss, Benjamin G; Zhao, Liping; Silke, A; Bona, Joseph R; Fricks, Larry; Jenkins-Tucker, Sherry; Sterling, Evelina; DiClemente, Ralph; Lorig, Kate (2010): The Health and Recovery Peer (HARP) Program: a peer-led intervention to improve medical self-management for persons with serious mental illness. In: *Schizophrenia Research* 118/1–3:264–270
- Druss, Benjamin G.; Bradford, W. David; Rosenheck, Robert A.; Radford, Martha J.; Krumholz, Harlan M. (2001): Quality of Medical Care and Excess Mortality in Older Patients With Mental Disorders. In: *Arch Gen Psychiatry* 58/6:565–572
- DVS (2020): *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2020.* Dachverband der Sozialversicherungsträger, Wien
- Felder-Puig, R.; Teufel, L. (2019): *Die psychische Gesundheit österreichischer Schülerinnen und Schüler. HBSC-Factsheet 01: Ergebnisse der HBSC-Studie 2018.* Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), Wien
- Felder-Puig, R.; Teutsch, F. ; Ramelow, D. ; Maier, G. (2019): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018.* Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), Wien
- Freimüller, Lena; Wölwer, Wolfgang (2012): *Antistigma-Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis.* Schattauer Verlag, Stuttgart

- Friedrich, Fabian; Litvan, Zsuzsa; Freidl, Marion (2015): Comorbid somatic illnesses in psychiatric inpatients—an analysis of administrative data. In: Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Oesterreichischer Nervenärzte und Psychiater 29/2:71–76
- Gabriel, Th.; Nicham, R. (2012): Burnout: Leitfaden zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. 2., überarbeitete Aufl. (Wissen 5), hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich, Wien
- Grausgruber, A.; Hackl, E.; Moosbrugger, R. ; Prandner, D. (2019a): Monitoring Public Stigma Austria 1998 – 2018. Teilprojekt 3: Stigmaerfahrungen und Stigmamanagement. Ergebnisbericht. Johannes Kepler Universität, Linz
- Grausgruber, A.; Hackl, E.; Moosbrugger, R. ; Prandner, D. (2019b): Monitoring Public Stigma Austria 1998 – 2018. Teilprojekt 4: Standardisierte Befragung von Betroffenen. Ergebnisbericht. Johannes Kepler Universität, Linz
- Griebler, Robert; Nowotny, Monika (2015): Entwicklungsverzögerungen/–störungen bei Kindern und Jugendlichen: Versorgungsaspekte aus Elternsicht. Gesundheit Österreich / ÖBIG, Wien
- Gronholm, Petra C; Henderson, Claire; Deb, Tanya; Thornicroft, Graham (2017): Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 52/3:249–258
- Hamilton, S.; Pinfold, V.; Cotney, J.; Couperthwaite, L.; Matthews, J.; Barret, K.; Warren, S.; Corker, E.; Rose, D.; Thornicroft, G.; Henderson, C. (2016): Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. In: Acta Psychiatr Scand 134 Suppl 446/:14–22
- Hamilton, Sarah; Pinfold, Vanessa; Cotney, Jess; Couperthwaite, Lisa; Matthews, J; Barret, K; Warren, Solvie; Corker, E; Rose, D; Thornicroft, G (2016): Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. In: Acta Psychiatr Scand 134/:14–22
- Hansen, Helena; Bourgois, Philippe; Drucker, Ernest (2014): Pathologizing poverty: New forms of diagnosis, disability, and structural stigma under welfare reform. In: Social Science & Medicine 103/:76–83
- Hansson, Lars; Markström, Urban (2014): The effectiveness of an anti-stigma intervention in a basic police officer training programme: a controlled study. In: BMC psychiatry 14/1:1–8
- Henderson, C.; Noblett, J.; Parke, H.; Clement, S.; Caffrey, A.; Gale-Grant, O.; Schulze, B.; Druss, B.; Thornicroft, G. (2014): Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. In: Lancet Psychiatry 1/6:467–482
- Henderson, Claire; Evans-Lacko, Sara; Thornicroft, Graham (2013): Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. In: Am J Public Health 103/5:777–780

- Henderson, Claire; Noblett, Jo; Parke, Hannah; Clement, Sarah; Caffrey, Alison; Gale-Grant, Oliver; Schulze, Beate; Druss, Benjamin; Thornicroft, Graham (2014): Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. In: *The Lancet Psychiatry* 1/6:467-482
- Hewer, W.; Schneider, F. (2016): Somatic morbidity in the mentally ill. In: *Nervenarzt* 87/7:787-801
- Hoffmann, Holger; Jäckel, Dorothea; Glauser, Sybille; Mueser, Kim T; Kupper, Zeno (2014): Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. In: *American Journal of Psychiatry* 171/11:1183-1190
- Kinoshita, Yoshihiro; Furukawa, Toshi A; Kinoshita, Kuni; Honyashiki, Mina; Omori, Ichiro M; Marshall, Max; Bond, Gary R; Huxley, Peter; Amano, Naoji; Kingdon, David (2013): Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 9
- Klipker, Kathrin; Baumgarten, Franz; Göbel, Kristin; Lampert, Thomas; Hölling, Heike (2018): Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland-Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: *Journal of Health Monitoring* 2018/3:37-45
- Knaak, Stephanie; Mantler, Ed; Szeto, Andrew (2017): Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare management forum*. 2, SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA
- Knaak, Stephanie; Patten, SB (2014): Building and delivering successful anti-stigma programs for healthcare providers. *Mental Health Commission of Canada: Calgary*
- Knifton, Lee; Walker, Alice; Quinn, Neil (2008): Workplace interventions can reduce stigma. In: *Journal of Public Mental Health* 7: 40-50
- Larkings, Josephine S; Brown, Patricia M (2018): Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. In: *International journal of mental health nursing* 27/3:928-941
- Lederbogen, F; Schwarz, P; Häfner, S; Schweiger, U; Bohus, M; Deuschle, M (2015): Kardiale und metabolische Risikofaktoren bei schweren psychischen Erkrankungen. In: *Nervenarzt* 86/7:866-871
- Leoni, Th. (2020): Fehlzeitenreport 2020. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien
- Liggins, Jackie; Hatcher, Simon (2005): Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. In: *General hospital psychiatry* 27/5:359-364
- Mahlke, Candelaria; Schulz, Gwen; Sielaff, Gyöngyver; Nixdorf, Rebecca; Bock, Thomas (2019): Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 62/2:214-221

- Marwaha, Steven; Johnson, Sonia (2004): Schizophrenia and employment. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39/5:337–349
- Mestdagh, A.; Hansen, B. (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 49/1:79–87
- Mestdagh, Annelien; Hansen, Bart (2014): Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 49/1:79–87
- Nowotny, M.; Strizek, J.; Ladurner, J. (2020): Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich – Teil 1 und 2. Gesundheit Österreich, Wien
- Nowotny, Monika; Rojatz, Daniela (2018): Monitoring Public Stigma Austria 1998–2018 Teilprojekt 2 – Stigma-Erfahrungen. Unveröffentlicht
- OECD (2021): Tackling the Mental Health Impact of the Covid-19 Crisis: An Integrated, Whole-Of-Society Response. OECD
- Parks, Joe; Svendsen, Dale; Singer, Patricia; Foti, Mary Ellen; Mauer, B (2006): Morbidity and mortality in people with serious mental illness. In: Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council 25/4:1–87
- Perry, Amanda; Lawrence, Vanessa; Henderson, Claire (2020): Stigmatisation of those with mental health conditions in the acute general hospital setting. A qualitative framework synthesis. In: Social Science & Medicine 255/:112974
- Pettigrew, Thomas F (1998): Intergroup contact theory. In: Annu Rev Psychol 49/1:65–85
- Pfabigan, D.; Rottenhofer, I.; Bajer, M.; Mader, F. (2020): Curricula für die Ausbildungen Pflegeassistenten und Pflegefachassistenten. In Erprobungsphase. Gesundheit Österreich, Wien
- Pieh, Christoph; Plener, Paul L; Probst, Thomas; Dale, Rachel; Humer, Elke (2021): Mental health in adolescents during COVID-19-related social distancing and home-schooling. In: SSRN Electronic Journal10:DOI:10.2139/ssrn.3795639
- Puffer, E; Messer, T; Pajonk, F-GB (2012): Psychiatrische Versorgung in der Notaufnahme. In: Der Anaesthesist 61/3:215–223
- Richter, Dirk; Hoffmann, Holger (2019): Effectiveness of supported employment in non-trial routine implementation: systematic review and meta-analysis. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 54/5:525–531
- Rüsch, Nicolas (2020): Das Stigma psychischer Erkrankung. Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung. Elsevier, München

- Rüsch, Nicolas; Kösters, Markus (2021): Honest, Open, Proud to support disclosure decisions and to decrease stigma's impact among people with mental illness: Conceptual review and meta-analysis of program efficacy. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol:1-14
- Sagerschnig, S.; Nowotny, M.; Ladurner, J. (2021): Monitoring der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Berichtsjahre 2018/2019. Gesundheit Österreich, Wien
- Schneider, Frank; Erhart, Michael; Hewer, Walter; Loeffler, Leonie AK; Jacobi, Frank (2019): Mortality and medical comorbidity in the severely mentally ill: a German registry study. In: Deutsches Ärzteblatt International 116/23-24:405
- Schomerus, G. (2009): Steine auf dem Weg – Stigma und Hilfesuchverhalten. In: Psychiatr Prax 36/2:53-54
- Schöny, W.; Koren, G.; Unteregger, S.; Gruber, D.; Woisetschläger, N.; Weichbold, M.; Schneider, A.; Preining, B. (2014): Psychiatrieplan. Evaluation der sozialpsychiatrischen/psychosozialen Versorgung in Niederösterreich. Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds NÖ, St. Pölten
- Schulze, Beate (2007): Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. In: International review of Psychiatry 19/2:137-155
- 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, ChamS. 497-514
- Suijkerbuijk, Yvonne B; Schaafsma, Frederieke G; van Mechelen, Joost C; Ojajärvi, Anneli; Corbiere, Marc; Anema, Johannes R (2017): Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 9
- Utschakowski, Jörg (2015): Mit Peers arbeiten: Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung. Psychiatrie Verlag, Köln
- Utschakowski, Jörg; Sielaff, Gyöngyvér; Bock, Thomas; Winter, Andréa (Hg.) (2016): Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. Psychiatrie Verlag, Köln
- Vistorte, Angel O Rojas; Ribeiro, Wagner Silva; Jaen, Denisse; Jorge, Miguel R; Evans-Lacko, Sara; Mari, Jair de Jesus (2018): Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: a systematic review. In: The International Journal of Psychiatry in Medicine 53/4:317-338
- Wagner, Gudrun; Zeiler, Michael; Waldherr, Karin; Philipp, Julia; Truttmann, Stefanie; Dür, Wolfgang; Treasure, Janet L; Karwautz, Andreas FK (2017): Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. In: European child & adolescent psychiatry 26/12:1483-1499
- Wancata, Johannes (2017): Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Unveröffentlichter Forschungsbericht, Wien

Wundsam, Kerstin; Pitschel-Walz, Gabi; Leucht, Stefan; Kissling, Werner (2007): Psychisch Erkrankte und Angehörige unterrichten Polizeibeamte. In: Psychiatrische Praxis 34/04:181-187