

# Empfehlungen zur Reduktion von Selbststigmatisierung im Kontext psychischer 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 von Selbststigmatisierung im Kontext psychischer Erkrankungen

Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung

Autorinnen, Autoren und Mitwirkende der Arbeitsgruppen (in alphabetischer Reihenfolge)

## **AG „Interventionen zum Abbau von Selbststigma (individuelle Ebene)“**

Irene Burdich (HPE)  
Carmen Dorfmeister (FH Campus Wien)  
Dorothea Gasser (TIPSI)  
Henriette Gschwendtner (EXIT-sozial)  
Brigitte Heller (Lichterkette)  
Angela Mach (Sucht- und Drogenkoordination Wien; PSD Wien)  
Monika Nowotny (GÖG)  
Manuela Pillei-Schenner (pro mente tirol)  
Alexandra Puhm (GÖG)  
Johannes Ströhle (Verein Omnibus)  
Christopher Tupy (Verein Freiräume)  
Edith Wolf Perez (ARTS for HEALTH AUSTRIA)

## **AG „Maßnahmen zur Stärkung der Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und der Angehörigenbewegung in Österreich“ (kollektive Ebene)**

Laura Fragner (MUW, Young Psychiatrists)  
Alfred Grausgruber (JKU Linz)  
Oana Iusco (Verein Achterbahn)  
Elmar Kennerth (DV IDEE)  
Ursula Naue (Uni Wien)  
Monika Nowotny (GÖG)  
Ina Plattner (Verein Achterbahn)  
Alexandra Puhm (GÖG)  
Michael Rasell (Uni Innsbruck)  
Michael Steffen (ehemals VertretungsNetz)  
Monika Stockinger (HPE)  
Benedikt Till (MUW)  
Christopher Tupy (Verein Freiräume)

**AG 2 mit Unterstützung von:**

Volker Schönwiese (Uni Innsbruck)

**Redaktionelle Bearbeitung:**

Alexandra Puhm (GÖG)

Monika Nowotny (GÖG)

Julian Strizek (GÖG)

**Inhaltliche Betreuung durch das BMSGPK:**

Christina Dietscher

Anna Fox

Valerie Lust

**Projektassistenz:**

Matea Mijic

**Expertinnen und Experten der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung:**

Michaela Amering (MUW), Josef Baumgartner (BMSGPK), Stefanie Brunmayer (BMKÖS), Irene Burdich (HPE), Christina Dietscher (BMSGPK), Carmen Dorfmeister (FH Campus Wien), Andreas Eckwolf (BMA), Anna Fox (BMSGPK), Laura Fragner (MUW, Young Psychiatrists) Tatjana Gabrielli (PSD, SDW), Michael Ganner (Universität Innsbruck), Dorothea Gasser (TIPSI), Ludmilla Gasser (BMSGPK), Alexander Grabenhofer-Eggerth (GÖG), Alfred Grausgruber (JKU), Johannes Gregoritsch (DVSV), 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), Oana Iusco (Verein Achterbahn), Günther Klug (pro mente Austria), Kathrin Kneissel (BMKÖS), Edwin Ladinser (HPE), Meena Lang (BMKÖS), Angela Mach (Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH), Ingrid Machold (Verein Freiräume), Ullrich Meise (pro mente tirol), Karin Miller-Fahringer (BMSGPK), Eleonore Miller-Reiter (PSD Wien), Robert Moosbrugger (JKU), Ursula Naeue (Institut für Politikwissenschaft der Universität Wien), Elke Niederl (BMSGPK), Grainne Nebois-Zeman (VertretungsNetz), Monika Nowotny (GÖG), Manuela Pillei-Schenner (pro mente tirol), Alexandra Puhm (GÖG), Gerlinde Rohrauer-Näf (FGÖ), Michael Steffen (ehemals VertretungsNetz), Christine Steger (Monitoringausschuss), Julian Strizek (GÖG), Johannes Ströhle (Verein Omnibus), Benedikt Till (Zentrum für Public Health MUW), Christopher Tupy (Verein Freiräume), Andreas Vranek (DVSV), Beate Wimmer-Puchinger (BÖP), Edith Wolf Perez (ARTS for HEALTH AUSTRIA)

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

Wien, im März 2023

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



Zitiervorschlag: Puhm, Alexandra; Nowotny, Monika; Strizek, Julian (Hg.) (2023): Empfehlungen zur Reduktion von Selbststigmatisierung bei 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](http://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.

# 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 und aufbauend auf Bestehendem, ein koordiniertes multistrategisches Vorgehen gegen das Stigma psychischer Erkrankungen in Österreich entwickeln.

## Methode

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

Um Empfehlungen in Bezug auf die Ebene der Selbststigmatisierung zu erarbeiten, wurde jeweils eine Arbeitsgruppe mit dem Fokus auf die individuelle Ebene („Was soll getan werden, um Selbststigma auf individueller Ebene zu reduzieren?“) und die kollektive Ebene („Was soll getan werden, um die Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und die Angehörigenbewegung in Österreich zu stärken?“) erstellt. In den beiden Arbeitsgruppen wurden insgesamt 15 Empfehlungen formuliert.

## Schlussfolgerungen

Der vorliegende Zwischenbericht richtet sich primär an politische Entscheidungsträger:innen und Verwaltungsvertreter:innen mit Entscheidungskompetenzen 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 spiegeln das Ergebnis der Arbeiten der Kompetenzgruppe zur Ebene Selbststigmatisierung wider. Der Zwischenbericht dient sodann der Kompetenzgruppe als Grundlage für die Entwicklung eines koordinierten multistrategischen Vorgehens, bei dem in weiterer Folge eine Auswahl von Maßnahmen aus allen vier Ebenen getroffen wird, von der größtmögliche Synergien zu erwarten sind.

## Schlüsselwörter

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

## Überblick: Empfehlungen zur Reduktion von Selbststigmatisierung

<b>Interventionen zum Abbau von Selbststigma</b>
2.3.1 Ausbau des Programms „in Würde zu sich stehen“ (IWS)
2.3.2 Anpassung und Ausbau des Programms „StigMa“: Therapieprogramm zum Stigma-Management
2.3.3 Implementierung recoveryorientierter therapeutischer Strategien zum Abbau von Selbststigmatisierung in der intra- und extramuralen psychiatrischen Versorgung
2.3.4 Ausbau des HPE-Seminar-Angebots für Angehörige zur Stärkung von Empowerment
2.3.5 Etablierung von Recovery/Empowerment Colleges
2.3.6 Stärkung des Bewusstseins für die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei Betroffenen, Angehörigen und professionellen Helferinnen und Helfern
2.3.7 Nutzung und Ausbau von Kunst- und Kulturangeboten zur Förderung von Empowerment und Recovery
<b>Maßnahmen zur Stärkung der Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und der Angehörigenbewegung in Österreich</b>
3.3.1 Ausbau und Regelfinanzierung von Organisationen und Angeboten, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden und von Angehörigenorganisationen
3.3.2 Etablierung von Rahmenbedingungen für Partizipation und Schaffung einer gesetzlichen Verpflichtung, Interessenvertretungen in alle Prozesse zu involvieren, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen
3.3.3 Auf- und Ausbau der professionellen Peer-Arbeit in Österreich
3.3.4 Ausbau der Forschungszweige Disability Studies und Mad Studies sowie Förderung von User- und Peer-Forschung in Österreich
3.3.5 Förderung der Peer-Bewegung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch die Implementierung und den Ausbau von Peer-Angeboten für eine junge Zielgruppe
3.3.6 Medienwirksames Bekanntmachen der Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und der Angehörigenbewegung in der Öffentlichkeit
3.3.7 Zusammenarbeit bzw. Zusammenschluss mit anderen strukturell benachteiligten Gruppen
3.3.8 Schaffung und rechtliche Verankerung unabhängiger Beschwerdestellen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige in den Bundesländern

Quelle: Kompetenzgruppe Entstigmatisierung Darstellung GÖG



# Summary

## Background

The stigma of mental illness is characterised by far-reaching consequences and a high level of complexity. To deal with this issue, 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 Austrian Health Promotion Fund “Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)” and the Association of Social Insurance Funds “Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV)”. Guided by a Mental Health in All Policies (MHiAP) approach, the expert committee pools expertise from science, mental health care practice, public administration, arts and culture, media and lived experience. It aims to develop a multilevel strategy to reduce mental illness stigma, based on evidence, best practice and building on existing projects and programmes in Austria.

## Methods

In 2020 the “Kompetenzgruppe Entstigmatisierung” started working on a catalogue of recommendations using a systematic analytical approach. In this effort, stigma is being analysed on four levels: self-stigmatisation, interpersonal stigmatisation, structural stigmatisation, and cultural stigmatisation. Working groups were set up with the support of external experts to agree on recommendations for each stigma level. Results are published in four interim reports.

## Results

In order to develop recommendations to reduce self-stigma, one working group focused on the individual level (“What should be done to reduce self-stigma at the individual level?”) and the other on the collective level (“What should be done to strengthen the social movements of experts with lived experience and family and friends in Austria?”). A total of 15 recommendations were developed.

## Conclusion

This interim report primarily addresses decision-makers in a variety of relevant policy and administration departments. Results should be considered in public policy development and planning but may also serve other stakeholders and groups. This report is a result of the expert committee’s work and will subsequently serve as an input in the development of a multilevel strategy. In a further step, selected recommendations from all four levels of stigma will be combined in a multilevel strategy to effectively reduce the stigma of mental illness in Austria.

## Keywords

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

## Overview: Recommendations to reduce self-stigma

<b>Interventions to reduce self-stigma</b>
2.3.1 Expand the programme „Honest, Open, Proud“ (HOP)
2.3.2 Adapt and expand the programme „StigMa“: a therapy programme for stigma management
2.3.3 Implement recovery-oriented, therapeutic strategies to reduce self-stigma in intra- and extramural mental health care
2.3.4 Expand HPE seminars to strengthen empowerment of family care givers
2.3.5 Establish Recovery/Empowerment Colleges
2.3.6 Raise awareness for human rights of people with mental health conditions among those affected, family caregivers and professional helpers
2.3.7 Utilise and expand art and cultural activities to promote empowerment and recovery
<b>Measures to strengthen the social movements of experts with lived experience and family and friends in Austria</b>
3.3.1 Expand and provide regular funding for organisations led by experts with lived experience and for organisations of family caregivers
3.3.2 Establish frameworks and create a legal basis for mandatory advocacy group involvement in all processes affecting people with mental health conditions
3.3.3 Establish and expand professional peer work in Austria
3.3.4 Expand the research fields of Disability and Mad Studies and promote user and peer research in Austria
3.3.5 Promote the peer movement among youth and young adults through implementation and expansion of peer-services for a young target group
3.3.6 Raise public awareness for the movement of experts with lived experience and the movement of family caregivers
3.3.7 Cooperation and/or coalition with other structurally disadvantaged groups
3.3.8 Establish independent complaint services for people with mental illnesses and family caregivers

Source: Kompetenzgruppe Entstigmatisierung: Table: GÖG

# Inhalt

Kurzfassung .....	V
Summary .....	VII
Tabellen .....	XI
Abkürzungen.....	XIII
1 Einleitung .....	1
2 Interventionen zum Abbau von Selbststigma .....	4
2.1 Ausgangslage .....	4
2.2 Zielsetzung(en) .....	6
2.3 Empfehlungen .....	7
2.3.1 Ausbau des Programms „In Würde zu sich stehen“ .....	7
2.3.2 Anpassung und Ausbau des Programms „StigMa“: Therapieprogramm zum Stigma-Management.....	9
2.3.3 Implementierung recoveryorientierter therapeutischer Strategien zum Abbau von Selbststigmatisierung in der intra- und extramuralen psychiatrischen Versorgung .....	10
2.3.4 Ausbau des HPE-Seminar-Angebots für Angehörige zur Stärkung von Empowerment .....	12
2.3.5 Etablierung von Recovery/Empowerment Colleges .....	14
2.3.6 Stärkung des Bewusstseins für die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei Betroffenen, deren Angehörigen und professionellen Helferinnen und Helfern .....	16
2.3.7 Nutzung und Ausbau von Kunst- und Kulturangeboten zur Förderung von Empowerment und Recovery .....	18
3 Maßnahmen zur Stärkung der Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und der Angehörigenbewegung in Österreich.....	22
3.1 Ausgangslage .....	22
3.2 Zielsetzung(en) .....	26
3.3 Empfehlungen .....	26
3.3.1 Ausbau und Regelfinanzierung von Organisationen und Angeboten, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, und von Angehörigenorganisationen .....	26
3.3.2 Etablierung von Rahmenbedingungen für Partizipation und Schaffung einer gesetzlichen Verpflichtung, Interessenvertretungen in alle Prozesse zu involvieren, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen.....	28
3.3.3 Auf- und Ausbau der professionellen Peer-Arbeit in Österreich.....	32
3.3.4 Ausbau der Forschungszweige Disability Studies und Mad Studies sowie Förderung von User- und Peer-Forschung in Österreich .....	37
3.3.5 Förderung der Peer-Bewegung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch die Implementierung und den Ausbau von Peer- Angeboten für eine junge Zielgruppe.....	40
3.3.6 Medienwirksames Bekanntmachen der Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und der Angehörigenbewegung in der Öffentlichkeit .....	44
3.3.7 Zusammenarbeit bzw. Zusammenschluss mit anderen strukturell benachteiligten Gruppen .....	47

3.3.8	Schaffung und rechtliche Verankerung unabhängiger Beschwerdestellen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige in den Bundesländern.....	50
4	Literatur .....	52

# Tabellen

Tabelle 2.1: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Ausbau des Programms „In Würde zu sich stehen“ .....	8
Tabelle 2.2: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Anpassung und Ausbau des Programms „StigMa“: Therapieprogramm zum Stigma-Management“ .....	10
Tabelle 2.3: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Implementierung recoveryorientierter therapeutischer Strategien zum Abbau von Selbststigmatisierung in der intra- und extramuralen psychiatrischen Versorgung“ .....	12
Tabelle 2.4: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Ausbau des HPE-Seminar-Angebots für Angehörige zur Stärkung von Empowerment .....	13
Tabelle 2.5: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Etablierung von Recovery/ Empowerment Colleges“ .....	16
Tabelle 2.6: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Schaffung von Bewusstsein für die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei Betroffenen, deren Angehörigen und professionellen Helferinnen und Helfern“ .....	18
Tabelle 2.7: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Nutzung von Kunst- und Kulturangeboten zur Förderung von Empowerment und Recovery“ .....	21
Tabelle 3.1: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Ausbau und Regelfinanzierung von Organisationen und Angeboten, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, und von Angehörigenorganisationen“ .....	28
Tabelle 3.2: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Etablierung von Rahmenbedingungen für Partizipation und Schaffung einer gesetzlichen Verpflichtung, Interessenvertretungen in alle Prozesse zu involvieren, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen“ .....	30
Tabelle 3.3: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Auf- und Ausbau der professionellen Peer-Arbeit in Österreich“ .....	36
Tabelle 3.4: Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Ausbau der Forschungszweige Disability Studies und Mad Studies sowie Förderung von User- und Peer-Forschung in Österreich“ .....	39
Tabelle 3.5: Erste Überlegungen zu einer Umsetzung der Empfehlung „Förderung der Peer-Bewegung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch die Implementierung und den Ausbau von Peer-Angeboten für eine junge Zielgruppe“ .....	44

Tabelle 3.6: Erste Überlegungen zu einer Umsetzung der Empfehlung „Medienwirksames Bekanntmachen der Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und der Angehörigenbewegung in der Öffentlichkeit“ .....	47
Tabelle 3.7: Erste Überlegungen zu einer Umsetzung der Empfehlung „Zusammenarbeit bzw. Zusammenschluss mit anderen strukturell benachteiligten Gruppen“ .....	49
Tabelle 3.8: Erste Überlegungen zu einer Umsetzung der Empfehlung „Schaffung rechtlich verankerter unabhängiger Beschwerdestellen in den Bundesländern“ .....	51

# Abkürzungen

AG	Arbeitsgruppe
AHA	Angehörige helfen Angehörigen
AKS	Abteilung Kommunikation und Service
ALTER	European Society for Disability Research
AMS	Arbeitsmarktservice
BGBI.	Bundesgesetzblatt
bidok	behinderung – inklusion – dokumentation
BKA	Bundeskanzleramt
BMA	Bundesministerium für Arbeit
BMKÖS	Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMLFUW	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BODYS	Bochumer Zentrum für Disability Studies
BÖP	Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen
CDSA	Canadian Disability Studies Association
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DISTA	Disability Studies Austria
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
ErwSchG	Erwachsenenschutz-Gesetz
EUFAMI	European Federation of Families of People with Mental Illness
ESF	Europäischer Sozialfonds
EX-IN	Experienced Involvement – Expertinnen und Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FH	Fachhochschule
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HPE	Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter
IdEE	Interessenvertretung der Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten
iDis	Internationale Forschungsstelle Disability Studies
IfS	Institut für Sozialdienste
i. S.	im Sinne
IWS	In Würde zu sich stehen
Jg.	Jahrgang
JKU	Johannes Kepler Universität Linz
KE	Kompetenzgruppe Entstigmatisierung

LOK	Verein Leben ohne Krankenhaus
LK	Landeskrankenhaus
MHiAP	Mental Health in All Policies
MUW	Medizinische Universität Wien
NAMI	National Alliance on Mental Illness
NAP	Nationaler Aktionsplan
NECT	narrative enhancement and cognitive therapy; narrativ-kognitive Therapie
NIHR	National Institute for Health and Care Research
NNDR	Nordic Network of Disability Research
No.	Nummer
NÖ	Niederösterreich
OÖ	Oberösterreich
Oö. SBG	Oberösterreichisches Sozialberufegesetz
O.P.E.N.	Online Peer Encouragement Network
ÖBR	Österreichischer Behindertenrat
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
ÖKUSS	Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe
PRIKOP	Interessengemeinschaft Private Koordination Psychiatrie
PSD	Psychosozialer Dienst
PSZ	Psychosoziale Zentren gGmbH
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
RC	Recovery College
RCT	randomisiert-kontrollierte Studie
SLÖ	Selbstbestimmt Leben Österreich
SMS	Sozialministeriumservice
StigMa	Stigma-Management
SVZ	Selbstvertretungs-Zentrum für Menschen mit Lernschwierigkeiten
SWÖ	Sozialwirtschaft Österreich
TIPSI	Tiroler Interessenverband für psychosoziale Inklusion
UbG	Unterbringungsgesetz
UK	Vereinigtes Königreich
UN	Vereinte Nationen
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
VHS	Volkshochschule
WHO	World Health Organization
ZDS	Zeitschrift für Disability Studies
z. T.	zum Teil



# 1 Einleitung

## Was ist Selbststigmatisierung?

In der Gesellschaft besteht eine Vielzahl von Stereotypen und Vorurteilen in Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wenn Menschen mit einer psychischen Erkrankung diese kulturellen Vorurteile nicht nur verinnerlichen, sondern ihnen auch zustimmen und sie gegen die eigene Person richten, spricht man von **Selbststigmatisierung** (Rüsch 2020). Stimmt eine Person mit einer psychischen Erkrankung z. B. dem Vorurteil „Menschen mit psychischen Erkrankungen sind inkompetent“ zu und richtet es gegen sich selbst („Ich habe eine psychische Erkrankung, also bin ich inkompetent“), dann liegt Selbststigmatisierung vor. Selbststigma ist eine Folge kulturellen Stigmas und damit kein individuelles, sondern ein soziales Problem.

Selbststigmatisierung hat zahlreiche negative Auswirkungen auf Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen und stellt eine große Barriere für die Erreichung individueller Lebensziele sowie für die Genesung dar. Trotz der Relevanz auf individueller und gesellschaftlicher Ebene erhält das Thema Selbststigma noch kaum Aufmerksamkeit in der psychosozialen Versorgungspraxis.

## Was kann getan werden, um Selbststigma zu reduzieren?

Maßnahmen zum Abbau von Selbststigma umfassen zum einen **Interventionen auf individueller Ebene** und zum anderen **Maßnahmen auf kollektiver Ebene**, um das Bewusstsein für die gesellschaftliche Dimension von Stigma zu stärken und sich als Kollektiv (der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und Angehörigen) für eine chancengerechte Teilhabe in der Gesellschaft einzusetzen.

Empowerment (dt. „Selbstermächtigung“) kann in einem Kontinuum als entgegengesetzter Pol zu Selbststigma gesehen werden (Rüsch 2020). Auf **individueller Ebene** sind verschiedene Ansätze und Interventionen zur Förderung von Empowerment bzw. zum Abbau von Selbststigma geeignet, die abhängig von den individuellen Bedürfnissen und Belastungen ausgewählt und eingesetzt werden sollten. Vielversprechend erscheinen hier kreativ-partizipatorische Ansätze, ebenso haben Gruppenangebote Vorteile gegenüber individuellen Angeboten (Rüsch 2020).

Empowerment Betroffener von Stigmatisierung kann auf **kollektiver Ebene** durch den Zusammenschluss Gleichgesinnter und die Formierung von Interessengruppen, die sich für die Rechte, die Gleichstellung und Inklusion benachteiligter Gruppen engagieren, gefördert werden. Daher haben Maßnahmen auf kollektiver Ebene vorrangig die Stärkung der Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und der Angehörigenbewegung zum Ziel.

## Wie wurden die Empfehlungen zur Reduktion von Selbststigma in Österreich entwickelt?

Im Rahmen der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung (zu deren genauerer Beschreibung siehe „Hintergrund“ im letzten Absatz der Einleitung) wurden Empfehlungen zum Abbau von Selbststigma erarbeitet, die sich primär an politische Entscheidungsträger:innen in unterschiedlichen Politik- und Verwaltungsressorts richten und dort Eingang in politische Strategie- und Planungsüberlegungen finden sollen. Sie stehen aber auch Vertreterinnen und Vertretern anderer gesellschaftlicher Bereiche (z. B. Wissenschaft, Interessenvertretungen) zur weiteren Verwendung zur Verfügung und sind das Ergebnis der Arbeiten der Kompetenzgruppe zur Ebene Selbststigma. Diese Empfehlungen dienen zudem als Grundlage für ein koordiniertes multistrategisches Vorgehen im weiteren Projektverlauf, bei dem sie mit jenen anderer Stigma-Ebenen kombiniert werden sollen, um größtmögliche Synergien zu erzeugen.

Zur Entwicklung der Empfehlungen im Bereich Selbststigma wurde eine Unterteilung in Maßnahmen auf **individueller Ebene** („Was soll getan werden, um Selbststigma auf individueller Ebene zu reduzieren?“) und auf **kollektiver Ebene** („Was soll getan werden, um die Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und die Angehörigenbewegung in Österreich zu stärken?“) vorgenommen. Die beiden Ebenen zeigen Überlappungen, und eine Grenzziehung zwischen ihnen ist daher nicht trennscharf möglich. Im Prozess der Ausarbeitung der Empfehlungen dient diese Unterscheidung primär dazu, die beiden wesentlichen Ansatzpunkte – die individuelle und die kollektive Ebene – in den Blick zu nehmen. Für jede dieser beiden Ebenen wurde eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, in der Empfehlungen entwickelt wurden. Zudem wurden in die Arbeitsgruppe zur kollektiven Ebene Expertinnen und Experten von außerhalb der Kompetenzgruppe eingeladen, um zu bestimmten Themenbereichen bzw. Empfehlungen weiteres Fachwissen heranzuziehen. Diese in den Arbeitsgruppen entstandenen Empfehlungen wurden im Rahmen einer Sitzung der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung im Plenum diskutiert, und eine schriftliche Feedbackrunde unter allen Mitgliedern der Kompetenzgruppe wurde durchgeführt.

### Bestandteile und grundsätzliche Ausrichtung der Empfehlungen

Bei der Erstellung der Empfehlungen war die Devise, auf in Österreich bestehenden Interventionen aufzubauen und – soweit vorhanden – Evidenz zu ähnlichen Interventionen und internationale Best-Practice-Beispiele zu berücksichtigen.

Im Sinne der UN-BRK erarbeitet die Kompetenzgruppe ihre Empfehlungen partizipativ und erhebt die prinzipielle Forderung, dass im Kontext der österreichischen Anti-Stigma-Arbeit sämtliche Interventionen unter gleichberechtigter Einbindung von Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten sowie Vertreterinnen und Vertretern der Interessen von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen konzipiert und umgesetzt werden sollen (= dialogischer Ansatz).

Maßnahmen zum Abbau von Selbststigmatisierung sollten in alle relevanten Versorgungssettings (intra- und extramurale Versorgungseinrichtungen inklusive Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, sowie Angehörigenorganisationen) implementiert werden und so frühzeitig und niederschwellig wie möglich angeboten werden.

Der Aufbau der hier präsentierten Empfehlungen folgt einer einheitlichen Struktur (Ausgangslage, Zielsetzungen, Empfehlungen). Erste Überlegungen zur Umsetzung der jeweiligen Empfehlung wurden – soweit die Formulierung solcher im Rahmen des vorhandenen Expertenwissens möglich war – anhand der Subpunkte „nächste Schritte“, „Umsetzungspartner:innen“, „Finanzierung“ und „Art der Umsetzung“<sup>1</sup> ebenfalls in einem einheitlichen Format dargestellt. Diese Darstellung soll Orientierung für eine zukünftige Umsetzung bieten.

### **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 Bearbeitung 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.<sup>2</sup> 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 entscheidenden Organisationen oder zum Teil auch unentgeltlich in ihrer Freizeit die Erstellung dieser Empfehlungen ermöglicht haben.

---

1

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

2

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 Interventionen zum Abbau von Selbststigma

### 2.1 Ausgangslage

Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben nicht nur Schwierigkeiten wegen der Symptome ihrer Erkrankung, sondern auch aufgrund der damit einhergehenden negativen gesellschaftlichen Reaktionen. Es kann auch dazu kommen, dass sie die verbreiteten Vorurteile bezüglich ihrer Krankheit verinnerlichen, akzeptieren und gegen sich selbst richten. Dieser Prozess wird als **Selbststigmatisierung** bezeichnet. In Studien berichtet ein großer Teil von Menschen mit psychischen Erkrankungen von Selbststigma. So kam etwa eine Metastudie von Brohan et al. (2010) zu dem Ergebnis, dass vier von zehn an Schizophrenie, Psychosen bzw. schizoaffektiven Störungen erkrankten Personen von Selbststigma betroffen sind.

Unwissenheit und Fehlinformationen führen zu Mythenbildungen. So werden beispielsweise Menschen mit Depressionen häufig mit Faulheit, Charakterschwäche oder einem Mangel an Willenskraft in Verbindung gebracht. Symptome wie fehlender Antrieb und sozialer Rückzug werden als Desinteresse und Gleichgültigkeit fehlinterpretiert, emotionale Sensibilität wird als übertriebene Empfindlichkeit eingeordnet. Gleichzeitig wird suggeriert, dass Betroffene an ihrem psychischen Zustand selbst schuld seien (Gasser 2008). Die Zuschreibung einer erhöhten Bereitschaft zu Gewalttätigkeit bei an Schizophrenie Erkrankten scheint besonders tief verwurzelt zu sein und hat sich trotz Verbesserung der sozialen Akzeptanz in den letzten beiden Jahrzehnten verstärkt (Angermeyer et al. 2021).

Diese früh erworbenen negativen Bewertungen richten Betroffene oftmals gegen sich selbst. Sie sind tief verankert und man kann sich ihrer trotz anderer Erfahrungen nicht schnell entledigen. Selbststigmatisierung ist nach der Einschätzung von Knuf (2008) eines der größten Hindernisse für Empowerment und Gesundheit überhaupt.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in einem unterschiedlichen Ausmaß von Selbststigmatisierung betroffen. Hat das Stigma in den individuellen Erfahrungen einer betroffenen Person eine geringe Bedeutung, so kann ein positives Selbstbild erhalten werden. Erfährt aber eine Person immer wieder negative Reaktionen aus dem Umfeld, fällt es der stigmatisierten Person immer schwerer, ein stabiles Selbstkonzept zu bilden bzw. beizubehalten. Ein Austausch mit anderen Stigmatisierten hilft den Betroffenen hingegen, das eigene Selbst positiver zu bewerten (Schneitter 2004).

Selbststigma hat vielfältige **negative Auswirkungen** in unterschiedlichen Lebensbereichen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen. Oftmals ist die Selbststigmatisierung den Betroffenen gar nicht bewusst, führt aber auf **individueller Ebene** zu Selbstvorwürfen, verhindert den Aufbau von Selbstvertrauen und nimmt die Kraft und den Mut zur Verwirklichung von Lebenszielen.

Mutlosigkeit, Rückzug/Isolation, Einsamkeit, finanzielle/existenzielle Notlagen und das Herausfallen aus dem (Aus-)Bildungs- und Arbeitsprozess können die Folgen sein. Die zusätzlichen psychischen Belastungen durch die Auswirkungen der Selbststigmatisierung beeinträchtigen in weiterer Folge den Genesungsprozess.

Selbststigma führt zu vermindertem Selbstwertgefühl und dem sogenannten Why-try-Effekt („Warum soll ich versuchen, meine Ziele zu verwirklichen? Ich bin es nicht wert oder nicht fähig dazu“). Dieser Effekt spielt in allen Lebensbereichen, u. a. auch im Arbeitskontext, eine nicht unerhebliche Rolle. Stigma wirkt auf Betroffene besonders belastend, wenn sie die Belastung durch Stigma höher einschätzen als ihre Bewältigungsmöglichkeiten (sog. Stigma-Stress). Dadurch verschlechtern sich Lebensqualität und Krankheitsverlauf (Rüsch et al. 2019b).

Eine weitere Folge ist eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit: Aufgrund der Selbstverurteilung entsteht vielfach der Wunsch, möglichst normal zu wirken, ja nicht aufzufallen oder gar als krank zu gelten, weshalb sich der erkrankte Mensch in der Folge auch keine kleineren „Verrücktheiten“ mehr erlaubt und somit oft einen Verlust von Lebendigkeit und Spontaneität erlebt (Rüsch 2020).

Stigma, so auch Selbststigma, kann sich auch negativ auf die **Inanspruchnahme einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgung** auswirken: *„Die Selbststigmatisierung scheint ein gewichtiger Stein für die Hilfesuchenden zu sein; dieser Stein liegt allerdings nicht auf dem Weg, sondern im Rucksack der Betroffenen“* (Schomerus, 2009, S. 54). Selbststigma spielt auch eine wichtige Rolle beim **Annehmen der Erkrankung**. Der Wunsch, nicht mehr psychisch krank zu sein, ist ein wichtiger Schritt, um Veränderungsprozesse zu ermöglichen. Die Angst vor Fremdstigmatisierung kann außerdem zu einem Verschweigen der psychischen Erkrankung führen, wodurch medizinische Behandlungen erschwert werden, indem es zu Wechselwirkungen zwischen Psychopharmaka und Medikamenten gegen somatische Beschwerden kommen kann (wenn die Einnahme von Psychopharmaka verschwiegen wird).

Die **Auslöser** für Selbststigmatisierung sind vielfältig und können z. B. ein Krankenhausaufenthalt, eine Diagnosestellung, ein stigmatisierender Umgang seitens Behandlerinnen und Behandler, Familienmitgliedern oder Arbeitskolleginnen und -kollegen sein. Es gilt immer auf die Wechselwirkung zwischen Selbst- und Fremdstigmatisierung zu achten, die eine besondere Herausforderung für den Abbau von Selbststigma darstellt. Häufig wird unterschätzt, wie schwierig es für Betroffene sein kann, ihr Selbstwertgefühl zu bewahren oder es nach der Diagnosestellung, einem Klinikaufenthalt oder Stigmatisierungserfahrungen wiederaufzubauen.

**Selbststigma betrifft auch Angehörige.** Die psychische Erkrankung eines Familienmitglieds führt bei Angehörigen häufig zu Ängsten, Schuldgefühlen, Scham, Unsicherheit und (Selbst-)Stigmatisierung. Angehörige sind als Begleiter:innen und Unterstützer:innen der erkrankten Menschen ein enorm wichtiger Teil des Unterstützungssystems, deren Kraft und Ressourcen nicht durch (Selbst-)Stigma geschmälert werden dürfen. Neben Maßnahmen zum Abbau von Selbststigmatisierung bei Betroffenen sind auch Angebote zur Reduktion von Selbststigmatisierung bei Angehörigen erforderlich. Der Verein HPE (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter) bietet dazu laufend das Seminar „Empowerment für und durch Angehörige“

an<sup>3</sup>. Im Kontext Angehöriger ist außerdem nicht auf die spezielle Situation von Kindern von Eltern mit einer psychischen Erkrankung als besonders vulnerable Angehörigengruppe zu vergessen.

Bis dato besteht in der psychosozialen Praxis **wenig Sensibilität** für das Phänomen der Selbststigmatisierung und dessen negative Folgen für den Genesungsprozess und die Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige, dieser Themenkomplex findet daher in der Behandlung zu wenig Berücksichtigung. Es besteht daher auf gesellschaftlicher, kultureller und insbesondere auf therapeutischer Ebene Aufklärungs- und Handlungsbedarf, um der Selbststigmatisierung bei psychischen Erkrankungen entgegenzutreten. Es gibt auch entsprechend wenige therapeutische Programme für Betroffene, die auf Stigma-Bewältigung und Abbau von Selbststigmatisierung fokussieren. In gängigen Edukationsprogrammen und verhaltenstherapeutischen Therapieprogrammen für Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Schizophrenie wird die Stigma-Problematik beispielsweise kaum oder nur ansatzweise erwähnt (Behrendt/Pitschel-Walz 2008; Guehne et al. 2014; Kreiner et al. 2012a; Kreiner et al. 2012b).

## 2.2 Zielsetzung(en)

### Primäre Ziele:

- » Abbau von Selbststigma bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung und deren Angehörigen
- » Sensibilisierung von Betroffenen, Angehörigen, Fachpersonen und anderen relevanten Zielgruppen für die Entstehung, Bedeutung und Wirkungsweisen von Selbststigma
- » Förderung von Empowerment bei Betroffenen und Angehörigen (Hervorheben positiver Wege und vorhandener Ressourcen)

### Sekundäre Ziele:

- » Verbesserung des Genesungsprozesses (Recovery)
- » gerechte Chancen für gesellschaftliche Teilhabe (Inklusion)
- » Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit einer psychischen Erkrankung

## 2.3 Empfehlungen

### 2.3.1 Ausbau des Programms „In Würde zu sich stehen“

„In Würde zu sich stehen“ (IWS) ist ein peergeleitetes Programm zur Stigma-Bewältigung für Menschen mit psychischen Erkrankungen, das von Patrick W. Corrigan und Kollegen in den USA entwickelt und von Nicolas Rüschi und Nadja Puschner ins Deutsche übersetzt und für den deutschen Sprachraum adaptiert wurde (Rüschi et al. 2019b). Es dient zum Abbau von (Selbst-)Stigma und eigenen Vorurteilen, um ein selbstbestimmtes und würdevolles Leben trotz psychischer Erkrankung führen zu können.

Das Programm besteht aus mehreren Workshops, die aufeinander aufbauen und mit zeitlichen Abständen abgehalten werden – dies ermöglicht die Integration des Gelernten in den Alltag, den Austausch darüber in der Gruppe sowie Reflexion und Adaption. Das Konzept selektiver Offenlegung der Erkrankung wird erarbeitet und erläutert, sodass jede:r den individuellen Weg finden kann. Es wird auch gemeinsam erarbeitet, welche Vor- bzw. Nachteile eine Offenlegung oder die Geheimhaltung jeweils haben können. Der persönliche Austausch, Praxisbeispiele und Übungen dienen in besonderem Maße der Selbstermächtigung der Teilnehmer:innen.

„In Würde zu sich stehen“ unterstützt Menschen mit einer psychischen Erkrankung dabei, ihren individuellen Ansatz zur Bewältigung von Stigmatisierung zu erarbeiten. Neben den bereits bekannten Maßnahmen gegen Stigmatisierung in Form von Aufklärung ist die Entstigmatisierung der eigenen Person ein zentraler Teil. Weiters wird der Fokus auf Empowerment/Selbstermächtigung und die Berücksichtigung individueller Werte und Stärken gerichtet. Ausgeführt wird der Workshop von Betroffenen für Betroffene.

Beim IWS-Workshop werden folgende Inhalte behandelt:

- » **Selbstwert/Selbststigma:** Wer bin ich? Was sind meine Stärken/Werte? Was ist (Selbst-) Stigma? Wer wäre ich ohne meine Erkrankung, bzw. was hat mich meine Erkrankung gelehrt?
- » **Vor- und Nachteile von Offenlegung:** Offenlegung vs. Geheimhaltung – Vor- und Nachteile, kurz- und langfristige Auswirkungen der (Nicht-)Offenlegung, Schutz vor unerwünschter Offenlegung
- » **fünf Stufen der Offenlegung:** Vermeidung sozialer Kontakte – Geheimhaltung – ausgewählte Offenlegung – uneingeschränkte Offenlegung – aktive Verbreitung der Erfahrung, Herantasten an (ausgewählte) Offenlegung, Praxisübungen
- » **die eigene Geschichte erzählen:** Entscheidung über (Nicht-)Offenlegung, den eigenen Weg finden, Entwicklung der eigenen Geschichte, Reflexion und Adaption

IWS steht in weiteren Versionen für unterschiedlichste spezifische Personengruppen, z. B. für Jugendliche, Angehörige oder auch im psychiatrischen Bereich tätige Fachpersonen<sup>4</sup> zur Verfügung.

Die Effektivität von IWS konnte in randomisiert-kontrollierten Studien (RCT) bei verschiedenen Zielgruppen gezeigt werden (Rüsch/Kösters 2021). Es kam nicht nur zu einer Verringerung von Stigma-Stress und Selbststigma, sondern auch zu positiven Effekten in Bezug auf depressive Symptome bei Frauen (Corrigan et al. 2015), auf die Lebensqualität, depressive Symptome und Recovery bei Adolescentinnen und Adolescenten (Mulfinger et al. 2018) und zur Bewältigung von Stigma (Conley et al. 2020).

Die Implementierung von IWS in Österreich hat bereits begonnen, es erfolgt die Ausbildung einschlägiger Schlüsselkräfte<sup>5</sup>. Erfahrungsexpertinnen und Erfahrungsexperten mit ISO-zertifizierter Trainerausbildung bilden im Sinne eines Multiplikatorensystems weitere Erfahrungsexpertinnen und -experten aus. Für die Etablierung von IWS in Österreich ist die Unterstützung von Versorgungsdienstleisterinnen und -dienstleistern sowie Professionistinnen und Professionisten unbedingt erforderlich.

Die Inhalte von Tabelle 2.1 beziehen sich auf die Umsetzung von IWS für Erwachsene.

Tabelle 2.1:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Ausbau des Programms „In Würde zu sich stehen“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
<b>nächste Schritte</b>	1. weitere Ausbildung von Schlüsselkräften in ganz Österreich 2. Pilotprojekt mit Dienstleisterinnen und Dienstleistern inkl. großangelegter Evaluierung (z. B. pro mente Wien, PSD Wien)
<b>Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung</b>	Umsetzende: » Verein Lichterkette (Ausbildung von Schlüsselkräften) » Selbsthilfeorganisationen bzw. -gruppen Partner:innen: » Versorgungsdienstleister:innen (PSD, PSZ, pro mente u. v. m.)
<b>Finanzierung/Ressourcen</b>	Ausbildung von Schlüsselkräften durch: » Projektförderungen (z. B. Sozialministeriumservice, diverse Fördercalls) Weitere Fördermöglichkeiten für Träger:innen: » Bund, Länder, PVA, AMS, FGÖ, gegebenenfalls ÖGK
<b>Art der Umsetzung</b>	Adaption von Bestehendem, Umsetzungsarbeit

Quelle: AG individuelle Ebene; Darstellung: GÖG

4

<https://www.uni-ulm.de/med/iws/versionen/> [abgerufen am 27. 12. 2022]

5

Schlüsselkräfte sind ausgebildete IWS-Trainer:innen bzw. Peer-Trainer:innen.



## 2.3.2 Anpassung und Ausbau des Programms „StigMa“: Therapieprogramm zum Stigma-Management

Ein weiterer Begriff, der eine förderliche Auseinandersetzung mit der Stigmatisierung verspricht, ist das Stigma-Management (Finzen 2013). Dieser Ansatz, der sich an von psychischen Erkrankungen Betroffene richtet, hat zum Ziel, deren persönliches Stigma zu beheben (De Col et al. 2004).

Das modulare Therapieprogramm „StigMa“ (Stigma-Management) basiert auf den Ergebnissen von Fokusgruppen mit Menschen mit gelebter Erfahrung einer psychischen Erkrankung, die im Rahmen dieser Fokusgruppen ihre Bedürfnisse formulierten. Gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des adaptiven Programms „StigMa“ wird versucht, Wissen über gesellschaftliche Diskriminierungen sowie Stigmatisierungen zu schaffen, Selbststigmatisierung zu erkennen, den Selbstwert zu fördern, eigene Ressourcen zu aktivieren und anhand neuer bzw. gestärkter Bewältigungsstrategien den Umgang mit Stigmatisierung bzw. Selbststigmatisierung zu erleichtern sowie die Lebensqualität zu fördern. Vor dem Hintergrund einer Recovery-Orientierung leistet „StigMa“ somit einen Beitrag zur Förderung der Autonomie Betroffener. Hauptziel von „StigMa“ ist es, Betroffene für Selbststigmatisierung zu sensibilisieren und ihnen Strategien zu vermitteln, Selbststigmatisierung zu erkennen und zu korrigieren (Schenner et al. 2016).

Die ersten Erfahrungen der Teilnehmer:innen mit „StigMa“ sind vielversprechend. Die äußerst positiven Rückmeldungen zu diesem psychologischen Therapieprogramm zum Stigma-Management seitens der Teilnehmenden lassen annehmen, dass das Programm den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten gerecht wird, auch wenn ein eindeutiger statistischer Wirksamkeitsnachweis in der Pilotstudie vorerst noch nicht erbracht werden konnte (Schenner et al. 2018).

Als nächster Schritt ist daher die Anpassung des Programms auf Basis der Rückmeldungen der Teilnehmenden mit dem Ausbau der Module, der Einführung von Peers zur Tandemleitung des Programms gemeinsam mit Fachkräften und der Ausweitung auf alle psychischen Erkrankungen geplant. Denkbar sind in weiterer Folge auch eine Anpassung und Umsetzung des Programms für Angehörige.

Tabelle 2.2:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Anpassung und Ausbau des Programms „StigMa“: Therapieprogramm zum Stigma-Management“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
<b>nächste Schritte</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adaptierung des Programms anhand bisheriger Evaluationsergebnisse</li> <li>2. Erstellung eines Therapiemanuals</li> <li>3. Erstellung eines Konzepts zur Ausbildung von Peers und Professionellen als zukünftige Leiter:innen</li> <li>4. Ausbildung zukünftiger Programmleiter:innen (Peers und Professionelle)</li> <li>5. Durchführung einer großangelegten Studie zur Wirksamkeit von „StigMa“</li> <li>6. Pilotprojekt des angepassten Programms, z. B. in der pro mente tirol</li> <li>7. Einführung von „StigMa“ in Einrichtungen der psychosozialen Versorgung</li> </ol>
<b>Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung</b>	pro mente tirol, ev. pro mente Austria, andere psychosoziale Versorgungseinrichtungen, Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden
<b>Finanzierung/Ressourcen</b>	Projektförderungen (z. B. Sozialministeriumservice, diverse Fördercalls) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zur Adaption des Programms</li> <li>2. zur Manual- und Ausbildungserstellung</li> <li>3. zur Ausbildung neuer Leiter:innen</li> <li>4. zur Finanzierung der Programmumsetzung</li> <li>5. Gesundheitsressorts von Bund, Land, Gemeinde, FGÖ, gegebenenfalls ÖGK, PVA</li> </ol>
<b>Art der Umsetzung</b>	Adaption von Bestehendem und Umsetzungsarbeit

Quelle: AG individuelle Ebene; Darstellung: GÖG

### 2.3.3 Implementierung recoveryorientierter therapeutischer Strategien zum Abbau von Selbststigmatisierung in der intra- und extramuralen psychiatrischen Versorgung

Aufgrund der hohen Relevanz von (Selbst-)Stigma als Barriere bei der Hilfesuche sowie als Hindernis für Genesung und Recovery soll die Bewältigung von (Selbst-)Stigma auch entsprechend in das Behandlungsspektrum der psychosozialen Versorgung aufgenommen bzw. dort ausgebaut werden. Hierfür gibt es unterschiedliche Ansätze, die empfohlen werden:

1. **Ausbau der bereits vorhandenen Programme „IWS“ und „StigMa“ und ihre Integration in die psychosoziale Versorgung (siehe Empfehlungen 2.3.1 und 2.3.2)**
2. **Integration weiterer Programme zum Abbau von Selbststigma:**  
**narrativ-kognitive Therapie (NECT):** Narrative enhancement and cognitive therapy (NECT), zu Deutsch narrativ-kognitive Therapie, ist ein Programm zum Abbau von Selbststigma in der Gruppe und beinhaltet drei Elemente: Psychoedukation über Stigma, kognitive Therapie und die Arbeit am eigenen Narrativ: Letztere unterstützt Teilnehmer:innen dabei, auf die positiven Aspekte ihrer Lebensgeschichte zu fokussieren, weg von Defiziten, Scham und Beschämungen, hin zu eigenen Stärken und positiven Erlebnissen (Rüsch 2020). Aktuelle diesbezügliche Studien liefern positive Ergebnisse, vor allem in Hinblick auf eine nachhaltige Reduktion von Selbststigma (Alonso et al. 2019; Yanos et al. 2019).

**Photovoice** ist eine Methode, die bereits seit den 1990er-Jahren in der partizipativen Sozialforschung zur Anwendung kommt und Menschen dazu verhilft, ihrer Wahrnehmung der Welt über die Anfertigung von Fotos Ausdruck zu verleihen und dadurch ihre Stimme zurückzugewinnen. In Photovoice-Projekten zum Abbau von Selbststigma fertigen Menschen mit psychischen Erkrankungen Bilder an, die Stigma veranschaulichen. Sie begeben sich dabei in eine aktive Position – weg vom Objekt und hin zum Subjekt – und erfahren bereits durch den Rollenwechsel Empowerment. In weiterer Folge können die Schaffenden durch die Präsentation der Bilder zu Kulturvermittlerinnen und -vermittlern sowie Anti-Stigma-Botschafterinnen und -Botschaftern werden und dadurch eine weitere Stärkung erfahren. Durch eine Diskussion der Arbeiten in der Gruppe findet eine tiefere Auseinandersetzung mit der eigenen Wahrnehmung statt.

**Spezielle Angebote für besondere Zielgruppen** wie beispielsweise Jugendliche, Angehörige, Migrantinnen und Migranten, Menschen mit Lernschwierigkeiten (z. B. in Form von Biografie- und Ressourcenarbeit<sup>6</sup>). Für die Wirksamkeit jeglicher Art von Angebot ist es zielführend, möglichst genau auf die Bedürfnisse der unterschiedlichen Zielgruppen einzugehen. Ein Good-Practice-Beispiel stellt hier IWS dar, welches bisher in sechs Versionen für verschiedene Zielgruppen in enger Abstimmung mit der jeweiligen Zielgruppe adaptiert wurde (Rüsch 2020). Besonders wünschenswert wären weitere Angebote für jene Zielgruppen, die von Mehrfachstigmatisierung betroffen sind (z. B. infolge psychischer Erkrankung und Behinderung, LGBTIQ+).

- 3. Weiterentwicklung bzw. Anwendung kreativer partizipativer Behandlungsansätze** zum Abbau von Selbststigma, z. B. mit Methoden der Körperarbeit, Rollenspielen in Gruppentherapien, Kunsttherapie, Fertigkeitstrainings u. a. (siehe Empfehlung 2.3.7).

Abbau von Selbststigma kann aber nicht allein durch eine bloße Erweiterung des traditionellen Behandlungsangebots erreicht werden. Traditionelle Behandlungsansätze, die eine reine Symptom- und Defizitorientierung aufweisen, werden von Patientinnen und Patienten an sich schon als stigmatisierend wahrgenommen und können auch Selbststigmatisierung verstärken. Daher ist eine Umorientierung und konsequente Umsetzung einer Recovery-Orientierung in der psychiatrischen Versorgungspraxis durch den Einsatz menschenrechts- und personenzentrierter sowie ressourcenorientierter Behandlungsansätze vonnöten, um Patientinnen und Patienten beim Abbau von Selbststigma zu unterstützen. Eine solche Entwicklung der Organisationskultur in psychiatrischen Behandlungseinrichtungen kann dabei durch Recovery Colleges (siehe Empfehlung 4), gezielte Schulungen<sup>7</sup> und nicht zuletzt durch die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Peer-Arbeiterinnen und Peer-Arbeitern erfolgen (siehe Empfehlung 3.3.1).

---

<sup>6</sup> siehe <https://www.inclusion24.com/biografiearbeit-besser-verstehen-gezielter-begleiten> [abgerufen am 19. 04. 2022]

<sup>7</sup> z. B. das QualityRights-e-training-Programm der WHO: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/gr-e-training> [abgerufen am 19. 4. 2022]; REFOCUS-Trainings der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP) für psychiatrisch Tätige: <https://recovery-coach-refocus.de> [abgerufen am:19. 04. 2022]

Tabelle 2.3:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung

„Implementierung recoveryorientierter therapeutischer Strategien zum Abbau von Selbststigmatisierung in der intra- und extramuralen psychiatrischen Versorgung“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	1. Aufnahme von Unterstützungsangeboten zum Abbau von Selbststigma in das Angebotsspektrum psychiatrischer Versorgungseinrichtungen 2. konsequente Umsetzung einer Recovery-Orientierung in der psychiatrischen Versorgungspraxis
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	stationäre und ambulante psychiatrische Einrichtungen ggf. externe Anbieter:innen: (psychosoziale) Expertinnen und Experten, Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung, Angehörige, Anbieter neuer kreativer partizipativer Behandlungsansätze
Finanzierung/Ressourcen	Gesundheitsressorts der Länder
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem, Umsetzungsarbeit, Entwicklungsarbeit

Quelle: AG individuelle Ebene; Darstellung: GÖG

### 2.3.4 Ausbau des HPE-Seminar-Angebots für Angehörige zur Stärkung von Empowerment

Angehörige sind wichtige (oftmals sogar die einzigen) Bezugspersonen für psychisch erkrankte Menschen und leisten häufig ein hohes Maß an Unterstützung – allem voran in emotionaler Hinsicht, aber auch bei der Bewältigung der Erkrankung, der alltäglichen Lebens- und Haushaltsführung, der Freizeitgestaltung, bei Arztbesuchen, Behördenangelegenheiten, in finanzieller Hinsicht etc.

Eine psychische Erkrankung im nahen Familien- oder Freundesumfeld kann für Angehörige einen sehr belastenden Einschnitt in ihrem Leben bedeuten und führt bei ihnen häufig zu Ängsten, Schuldgefühlen, Unsicherheit und (Selbst-)Stigmatisierung.

Angehörige stellen durch ihren meist engen Kontakt zu den erkrankten Familienmitgliedern bzw. Freundinnen und Freunden eine wichtige Ressource für deren Genesung dar, die nicht durch (Selbst-)Stigma geschmälert werden darf. Angehörige sollen vielmehr durch Information in die Lage versetzt werden, ein genesungsförderndes Umfeld zu schaffen. Informationen für Angehörige über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten verbessern nachweislich die Behandlungsbereitschaft der Patientinnen und Patienten und senken deren Rückfallrate merklich (Bäuml/Pitschel-Walz 2018).

Der Verein HPE (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter) bietet dazu in Wien laufend Seminare an (unter anderem „Empowerment für und durch Angehörige“<sup>8</sup>). Empowerment bezieht sich auf den Prozess, der es ermöglicht, die eigenen Ressourcen und Stärken – und jene der:des anderen – wieder sichtbar und nutzbar zu machen.

8

<https://www.hpe.at/de/bundeslaender/wien/seminare> [abgerufen am 27. 12. 2022]

**Ziel der Seminare** ist es, dem Gefühl der Ohnmacht und des Ausgeliefert-Seins positive Lebenserfahrungen und Handlungsmöglichkeiten entgegenzusetzen. Es geht um Informationen und Erfahrungsaustausch zum Thema Empowerment, um die Möglichkeit, eigene Ressourcen und Erfahrungsschätze (wieder) zu entdecken, die eigenen Fähigkeiten bewusst wahrzunehmen und Prozesse der Selbststigmatisierung zu hinterfragen.

Neben der Erkrankung mit all den dazugehörigen Schwierigkeiten sollen auch die Fähigkeiten der erkrankten Person wahrgenommen und gemeinsam reflektiert werden. Die Seminare sollen somit dabei helfen, Ideen zur Förderung des eigenen Empowerment-Gefühls, aber auch zur Selbstbefähigung der erkrankten Person zu entwickeln.

Themenschwerpunkte sind:

- » **Empowerment:** Was ist Empowerment, welche Haltung steckt hinter dem Begriff? Was bedeutet Empowerment im Zusammenhang mit psychischer Erkrankung und dem Angehörig-Sein?
- » **Fähigkeiten entdecken:** Was kann ich? Was tut mir gut? Frage nach den eigenen Ressourcen und Fähigkeiten. Was sind die Fähigkeiten der erkrankten Person?
- » **Selbstbefähigung fördern:** Wie kann man Betroffene zu Selbsthilfe und mehr Aktivität motivieren? Welche Arten von Unterstützung können zu welchem Zeitpunkt hilfreich sein? Und: Wann darf man sich als Angehörige:r Hilfe holen?
- » **zweite Krankheit Stigma:** Welche Vorurteile gibt es gegenüber psychischen Erkrankungen? Eigene Erlebnisse und Bezug zu Selbststigmatisierung. Gemeinsam sollen Wege gefunden werden, dem gegenzusteuern.

Tabelle 2.4:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Ausbau des HPE-Seminar-Angebots für Angehörige zur Stärkung von Empowerment

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	1. Rekrutierung zusätzlicher Teams (mit HPE-Beraterinnen und -Beratern, Psychiaterinnen und Psychiatern) für eine häufigere Abhaltung der Seminare in Wien sowie eine Ausweitung des Seminarangebots auf andere Bundesländer 2. Klärung der Finanzierung
Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	Umsetzende: HPE (Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter) Partner:innen: HPE in den Bundesländern, Bildungseinrichtungen (FH, VHS, Recovery College [siehe Empfehlung 2.3.5] u. Ä.), Gemeinden
Finanzierung/Ressourcen	zusätzliche finanzielle Mittel von Gesundheits- und Sozialressorts von Bund, Land, Gemeinde für eine erhöhte Angebotsfrequenz des Seminars
Art der Umsetzung	Ausbau von Bestehendem und Umsetzungsarbeit

Quelle: AG individuelle Ebene; Darstellung: GÖG

## 2.3.5 Etablierung von Recovery/Empowerment Colleges

Ein Recovery College (RC) ist ein Bildungszentrum, das niederschwellig und gemeindenah zugänglich ist und sich mit seinem Bildungsangebot rund um das Thema der seelischen Gesundheit und autonomen Lebensgestaltung zur Förderung von Recovery und Empowerment an Menschen mit Psychiatrie- oder Krisenerfahrung, deren Angehörige, Mitarbeiter:innen des psychosozialen Hilfesystems und interessierte Menschen aus der Wohnregion richtet.

Es existiert bereits eine Reihe internationaler Good-Practice-Beispiele: Die ersten RCs wurden (als „Recovery Education Centers“) in den 1980er-Jahren in Boston (USA) betrieben, und im Vereinigten Königreich wurden zwischen 2009 und 2017 bereits 85 Recovery Colleges etabliert<sup>9</sup>. Mittlerweile gibt es Recovery Colleges in vielen Ländern wie z. B. Australien, Kanada, Dänemark, Hongkong, Irland, Japan, Norwegen, Polen, Bulgarien, Uganda und in den Niederlanden (Toney et al. 2019). Auch in Deutschland<sup>10</sup> und der Schweiz<sup>11</sup> werden bereits Recovery Colleges angeboten (Petersen 2020; Zuaboni et al. 2020).

Eine Vielzahl von Studien belegen die Wirksamkeit unterstützter Selbstmanagementausbildung bei Gesundheitsproblemen aller Art (Perkins et al. 2012). Recovery Colleges sind ein wichtiger Baustein für die Transformation der psychiatrischen Versorgung hin zu mehr Recovery-Orientierung (Perkins/Repper 2017) und haben auch positive Einflüsse auf Einstellungen und Verhalten – innerhalb des psychosozialen Versorgungssystems wie auch in der Gemeinde (Crowther et al. 2019).

Ein Recovery-College fördert den Wissenstransfer zwischen Expertinnen und Experten aus Erfahrung und psychosozialen Fachexpertinnen und Fachexperten durch Koproduktion und partnerschaftliche Zusammenarbeit in allen Bereichen: Entwicklung von Kursen, Unterricht im Tandem und Öffentlichkeitsarbeit. Zudem kommt es zur Kooperation mit Gemeinde, psychosozialen Hilfseinrichtungen und nichtpsychiatrischen regionalen Organisationen / Partnerinnen und Partnern für Kursthemen zum Leben außerhalb des psychosozialen Versorgungssystems (Wohnen, Geld, Arbeit, Beschäftigung etc.).

Recovery Colleges sind nicht als Ersatz für existierende Therapien gedacht, sondern als deren Ergänzung. Durch den expliziten Bildungsansatz mit Fokus auf Potenziale statt Defizite sowie

---

9

z. B. South West London Recovery College: <https://www.swlstg.nhs.uk/south-west-london-recovery-college> oder das Nottingham Recovery College: <https://www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk> [beide abgerufen am 18. 04. 2022]

10

z. B. das Empowerment College Bremen (<https://empowerment-college.com>), das 2017 gegründete und peergeleitete Recovery College Berlin e.V., (<https://recoverycollegeberlin.de>), das Recovery-College Gütersloh (<https://www.recovery-college-gt-owl.de>) [alle abgerufen am 18. 04. 2022]

11

z. B. die Recovery Colleges in Bern ([www.recoverycollegebern.ch](http://www.recoverycollegebern.ch)) und in Genf ([www.recoverycollege.ch](http://www.recoverycollege.ch)) [abgerufen am 18. 04. 2022]

durch die selbstbestimmte Auswahl von Kursen und Workshops sollen Selbstmanagement, Empowerment und Sinnfindung bei den Studierenden gefördert werden.

**Ziel** ist die persönliche und fachliche Weiterentwicklung der Studierenden, damit diese selbstbestimmt und eigenverantwortlich leben können, den jeweils individuellen Weg zu Recovery (Genesung) und mehr Empowerment finden, neue Hoffnung schöpfen, Chancen wahrnehmen und Kontrolle (zurück)erlangen können. Damit werden Inklusion und Chancengleichheit vorangetrieben.

Es geht also um die „Befreiung aus entmutigenden Umständen“ (Petersen 2020), die Förderung und Stärkung von Empowerment durch entsprechende Informationen und Schulungen – beginnend bei der Förderung psychischer Gesundheit und der Bewältigung von Krankheit, Stigma und Selbststigma bis hin zu Hilfe für situationsspezifische Offenlegungsentscheidungen und Fragen der autonomen Lebensgestaltung. Dabei richtet sich das Curriculum an den Bedarf der Studierenden.

Auch das Wissen betreffend die Rechte psychisch erkrankter Menschen (Patientenrechte, UN-BRK, Basisinformationen über Menschenrechte) sollte ein wesentlicher Bestandteil eines RC sein (siehe dazu auch Empfehlung 2.3.6).

Prinzipien der Recovery Colleges nach Perkins et al. (2012) sind:

1. partnerschaftliche Zusammenarbeit (Koproduktion) von Menschen mit persönlicher und solchen mit beruflicher Erfahrung mit psychischen Gesundheitsproblemen
2. Es gibt einen physischen Standort (Gebäude) mit Klassenzimmern und einer Bibliothek, in der die Leute ihre eigene Forschung betreiben können.
3. Es funktioniert nach Hochschulprinzipien.
4. Es ist für alle (interessierte Personen).
5. Es gibt eine persönliche Tutorin bzw. einen persönlichen Tutor, der Informationen, Ratschläge und Anleitungen anbietet.
6. Es ist kein Ersatz für die traditionelle Diagnostik und Behandlung.
7. Es ist kein Ersatz für etablierte Hochschulen.
8. Es muss die Recovery-Prinzipien in allen kulturellen Aspekten und Vorgehensweisen widerspiegeln.

In einem **individuellen Lernplan** werden die persönlichen Lernziele festgelegt und die dazupassenden Kurse ausgewählt. Zusätzlich werden besondere Bedarfe oder Sorgen eruiert (z. B. Konzentrationsprobleme, Ängste in Gruppen u. Ä.) und bei den Kursen entsprechend berücksichtigt.

Recovery/Empowerment Colleges nach den Vorbildern aus dem UK und aus Deutschland sollen auch in Österreich implementiert werden. Es existiert bereits eine Reihe von Angeboten, die in das Programm eines Recovery College aufgenommen werden könnten (siehe z. B. Empfehlungen 2.3.1, 2.3.2, 2.3.4, 2.3.6, 2.3.7 zum Abbau von Selbststigma und zur Förderung von Empowerment).

Tabelle 2.5:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Etablierung von Recovery/ Empowerment Colleges“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
<b>nächste Schritte</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anpassung vorhandener Konzepte (vorrangig aus Deutschland und dem UK) an die österreichischen Gegebenheiten</li> <li>2. Bildung eines Kernteams (Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung, Angehörige, Psychiater:innen) zur inhaltlichen und organisatorischen Koordination</li> <li>3. Rekrutierung und z. T. Ausbildung von Referentinnen und Referenten (vor allem auch psychiatrienerfahrener Dozentinnen und Dozenten)</li> <li>4. Finden „neutraler“ Räumlichkeiten (außerhalb der psychosozialen Versorgung) zur Abhaltung von Kursen (in einer späteren Phase Etablierung eigener Räumlichkeiten)</li> <li>5. Klärung der Finanzierung</li> </ol>
<b>Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung</b>	<p>Umsetzende: Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung, Angehörige, psychosoziale Fachexpertinnen und Fachexperten</p> <p>Partner:innen: bestehende psychosoziale Hilfseinrichtungen, stationäre und ambulante Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung, regionale (nichtpsychiatrische) Organisationen (z. B. VHS oder Büchereien)</p>
<b>Finanzierung/Ressourcen</b>	Gesundheits-, Sozial- und Bildungsressorts von Bund, Ländern und Gemeinden
<b>Art der Umsetzung</b>	Umsetzungsarbeit

Quelle: AG individuelle Ebene; Darstellung: GÖG

### 2.3.6 Stärkung des Bewusstseins für die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei Betroffenen, deren Angehörigen und professionellen Helferinnen und Helfern

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ist die weitreichendste Grundlage zur Umsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderung in Österreich. Sie verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, tiefgreifende soziale Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu beseitigen, ihnen die Menschenrechte und Grundfreiheiten zu gewährleisten und ihre gesellschaftliche Teilhabe auf der Grundlage der Chancengleichheit zu fördern (BMSGPK 2016)<sup>12</sup>. Eine psychische Erkrankung, die länger als sechs Monate andauert, gilt als eine Behinderung. Viele Betroffene wissen nicht darüber Bescheid, dass diese Konvention daher auch ihre Rechte beinhaltet. Die mangelnde Kenntnis dieses Umstands gilt gleichermaßen für deren Angehörige sowie weitgehend auch noch für die in der psychosozialen Versorgung tätigen Berufsgruppen.

12

Fassung in leichter Sprache siehe

[https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=214&fbclid=IwAR3W7z0EUdKicR3qNSmCXPrCoLd4kTB0RT5Nw-BKJ\\_miYmMC3h5GsN6-cll](https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=214&fbclid=IwAR3W7z0EUdKicR3qNSmCXPrCoLd4kTB0RT5Nw-BKJ_miYmMC3h5GsN6-cll) [abgerufen am 20. 04. 2022]



Kenntnisse über die eigenen Rechte (insbesondere UN-BRK, aber auch Patientenrechte, gesetzliche Regelung der Unterbringungen nach UbG) tragen weitreichend zu Empowerment bei Betroffenen und deren Angehörigen bei und sind eine wichtige Voraussetzung für Partizipation. Aufseiten der professionellen Helfer:innen ist das fundierte Wissen um die (Menschen-)Rechte ihrer Patientinnen und Patienten eine wichtige Ausgangsbasis für die Etablierung einer recoveryorientierten Versorgungspraxis.

Um ein diesbezügliches Bewusstsein unter den Zielgruppen zu schaffen, sind Schulungen<sup>13</sup>, die Bereitstellung von Materialien<sup>14</sup> sowie der Ausbau spezieller Unterstützungsangebote für die Durchsetzung von Rechten erforderlich<sup>15</sup>. Neben zielgruppenspezifischen Angeboten, z. B. der Vermittlung der UN-BRK im Rahmen von Anti-Stigma-Kompetenzschulungen in der Ausbildung der Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen sowie anderer Gatekeeper wie z. B. Verwaltungsbedienstete:r mit Kund:innenkontakt, Pädagoginnen und Pädagogen sowie Führungskräfte in unterschiedlichen Bereichen (siehe Zwischenbericht der Ebene direkte Stigmatisierung, Strizek et al. 2022), wären auch zielgruppenübergreifende Angebote, z. B. im Rahmen gemeinsamer Workshops und Seminare im Curriculum von Recovery Colleges anzustreben.

Für die Konzeptionierung und z. T. Umsetzung der Maßnahmen ist die Zusammenarbeit mit Rechtsexpertinnen und -experten (z. B. von Patienten- und Behindertenanwaltschaften) sowie mit zentralen Organisationen und Gremien für die Umsetzung der UN-BRK (z. B. mit dem Österreichischen Behindertenrat (ÖBR) oder Monitoringausschüssen auf Bundes- und Länderebene) anzustreben.

---

13

z. B. das QualityRights-e-training-Programm der WHO: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qr-e-training> [abgerufen am 19. 04. 2022]

„Like Minds, Like Mine“ (Neuseeland): Korowai Whaimana: ein Menschenrechtstrainingsprogramm, das in Zusammenarbeit mit der Menschenrechtskommission von und für Menschen mit psychischen Erkrankungen angeboten und durchgeführt wird. In eintägigen Workshops werden dabei Menschenrechte und Rechtsinstrumente zur Bekämpfung von Diskriminierung (Menschenrechtskonvention und relevante Bundes- und Landesgesetze) behandelt, siehe: <https://www.hrc.co.nz/our-work/people-disabilities/past-projects/korowai-whaimana-programme> [abgerufen am 20. 04. 2022].

14

siehe z. B. Human Rights users' guide, Mental Health Advanced Directives procedure and guide zur Anti-Stigma-Strategie in Andalusien (Spanien): <https://www.1decada4.es/course/view.php?id=26> [abgerufen am 20. 04. 2022]

15

z. B. Ausbau der Angebote der Patientenanwaltschaften VertretungsNetz / IfS Vorarlberg, Erweiterung der Expertise von Behindertenanwaltschaften in Bezug auf das Stigma psychischer Erkrankungen, Schaffung peergeleiteter unabhängiger Ombudsstellen (siehe Empfehlung 3.3.8)

Tabelle 2.6:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Schaffung von Bewusstsein für die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei Betroffenen, deren Angehörigen und professionellen Helferinnen und Helfern“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
<b>nächste Schritte</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recherche und Anpassung bzw. (Weiter-)Entwicklung zielgruppenspezifischer Schulungskonzepte und Ausbau der Angebote</li> <li>2. Recherche und Anpassung bzw. (Weiter-)Entwicklung zielgruppenübergreifender Schulungskonzepte und Implementierung von Angeboten (z. B. im Rahmen von Recovery Colleges)</li> <li>3. Recherche und Anpassung von Informationsmaterialien</li> <li>4. Ausbau vorhandener Unterstützungsangebote zur Durchsetzung von Rechten von Menschen mit psychischen Erkrankungen</li> </ol>
<b>Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung</b>	Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, Angehörigenorganisationen, psychosoziale Dienste und Versorgungseinrichtungen, Rechtsexpertinnen und -experten (z. B. von Patienten- und Behindertenanwaltschaften) sowie zentrale Organisationen und Gremien für die Umsetzung der UN-BRK (z. B. der Österreichische Behindertenrat (ÖBR), Monitoringausschüsse auf Bundes- und Landesebene)
<b>Finanzierung/Ressourcen</b>	Projektförderungen, Gesundheits- und Sozialressorts des Bundes, der Länder und Gemeinden, Sozialministeriumservice
<b>Art der Umsetzung</b>	Ausbau von Bestehendem, Umsetzungs- und Entwicklungsarbeit

Quelle: AG individuelle Ebene; Darstellung: GÖG

## 2.3.7 Nutzung und Ausbau von Kunst- und Kulturangeboten zur Förderung von Empowerment und Recovery

### 1. Kunstbasierte Interventionen

Kunstbasierte Interventionen im Kontext von Gesundheit können:

- » kunsttherapeutisch sein, wobei der therapeutische Aspekt im Mittelpunkt steht, oder
- » künstlerisch mit dem Fokus auf künstlerische Prozesse und/oder Produkte sein.

Partizipative Interventionen, bei denen der künstlerische Prozess oder das künstlerische Ergebnis im Zentrum steht, erfolgen im therapiefreien Raum und orientieren sich in der Regel weder an Symptomen noch an Diagnosen. Sie werden als „arts for health“ bezeichnet. Das Konzept kommt als eine Weiterentwicklung der „community arts“ (künstlerisches Schaffen im Gemeinschaftssetting) aus dem angelsächsischen Raum. Es handelt sich dabei vorwiegend um von Künstlerinnen und Künstlern geleitete Aktivitäten in der Gemeinschaft, die das individuelle und das soziale Wohlbefinden verbessern können. Alle Teilnehmenden werden als Künstler:innen („in the making“) anerkannt. Die salutogenetische Wirkung ist durch zahlreiche Studien belegt. Der Bericht „What is the evidence of the role of the arts on health and wellbeing“ (Fancourt/Finn 2019) der WHO listet eine Reihe ressourcenverstärkender Wirkungen für die psychische Gesundheit wie Empowerment, verbesserte Selbstbestimmung, Coping, emotionale Regulierung, Stärkung sozialer Bindungen.

Arts-for-Health-Interventionen bieten einen geschützten (therapiefreien) Rahmen und eine sichere Umgebung, in der Teilnehmende künstlerische Ziele im Rahmen ihrer Fähigkeiten erreichen und damit ihre Resilienz steigern können.

In Österreich gibt es dafür zahlreiche Initiativen und Good-Practice-Beispiele. Dazu zählen:

- » inklusive Kunstangebote der Caritas, zum Beispiel invita<sup>16</sup> der Caritas OÖ, bei dem Menschen mit psychosozialen Unterstützungsbedarf begleitet werden
- » Der KunstRaum Goethestrasse xtd<sup>17</sup> von pro mente Oberösterreich ist ein Produktionsort und Ausstellungsraum für zeitgenössisches Kunstschaffen.
- » die Salzburger freie darstellende Kunstszene erarbeitet seit Jahrzehnten inklusive Produktionen in Zusammenarbeit von Profis und Laiinnen/Laien, Menschen mit und ohne psychische Probleme, etwa auch gemeinsam mit dem Verein Freunde inklusiver Kunst und Kultur<sup>18</sup>.
- » gabarage<sup>19</sup>, ein Unternehmen, das sich dem Upcycling-Design verschrieben hat, „fördert und fordert“ Menschen, die es am Arbeitsmarkt schwer haben (wie Menschen mit chronischen (Sucht-)Erkrankungen und psychischen Erkrankungen), u. a. durch Beschäftigung in Werkstätten im Rahmen eines Qualifizierungsprogramms.
- » Erfahrungen gibt es auch mit spezifischen künstlerischen Angeboten zum Thema Selbststigmatisierung, doch sind diese noch nicht genügend erforscht (Rüsch 2020). Vielversprechende Ansätze gibt es für Menschen mit Demenz, die durch künstlerische Projekte aus ihrer Isolation geholt werden können. Von der gemeinsamen Teilnahme profitieren auch Angehörige und Pflegende (Rüsch 2020).

Eine randomisierte Drei-Gruppen-Effektivitätsstudie auf einer psychiatrischen Station erkannte zudem Musiktherapie in ihrer Auswirkung auf Selbststigma und erlebtes Stigma als effektive Intervention (Silverman 2013).

Um für die Wirkung von Kunst und Kultur auf die Gesundheit zu sensibilisieren, unternimmt der Verein ARTS for HEALTH AUSTRIA im Jahr 2022 eine Österreich-Tournee unter dem Titel „Kunst trifft Gesundheit“, um das allgemeine Bewusstsein über die salutogenetische Wirkung von Kunst und Kultur sowie die politische Willensbildung zu steigern. Für Anfang 2023 ist das Erscheinen des Weißbuchs „Arts & Health in Österreich“, herausgegeben vom BMKÖS, angekündigt.

---

16

[Verein Invita – Verein für Invita und St. Bernhard \(verein-invita.at\)](http://verein-invita.at) [abgerufen am 27. 12. 2022]

17

<https://www.kunstraum.at> [abgerufen am 27. 12. 2022]

18

<https://www.inklusivekultur.at> [abgerufen am 27. 12. 2022]

19

[Wer wir sind – gabarage upcycling design – gabarage upcycling design](http://www.gabarage-upcycling-design.at) [abgerufen am 27. 12. 2022]

Im Rahmen des Konzepts von „Social Prescribing“, das 2021 in einer Pilotphase in Österreich erprobt wurde, gab es bereits Angebote von „Kunst- und Kultur auf Rezept“. So wurde vom Land den am Pilotprogramm teilnehmenden Grazer Primärversorgungszentren für den Besuch von Kulturveranstaltungen für Patientinnen und Patienten eine zusätzliche Förderung zur Verfügung gestellt.

In Hinblick auf den Ausbau bestehender Initiativen mit begleitender Forschung bzw. auf die Priorisierung von Initiativen besteht bereits eine solide internationale Forschungsgrundlage.

## 2. Schaffung von Begegnungsräumen

Nicolas Rüsç bezeichnet Kontakt als die wichtigste Strategie zum Abbau von (Selbst-)Stigma sowie zur Stärkung von Empowerment und für sozialen Wandel (Rüsç 2020). Neben Arts-for-Health-Interventionen sind Räume für inklusive Begegnungen hilfreich<sup>20</sup>, um das Selbstwertgefühl durch positive Reaktionen und den Respekt vonseiten anderer erkrankter wie auch gesunder Menschen aufzubauen und somit Selbststigmatisierung zu reduzieren.

Im Rahmen der **Entwicklung bzw. Anwendung kreativer partizipativer Behandlungsansätze** mit Fokus auf Selbststigma können Körperarbeit, Rollenspiele in Gruppentherapien, Kunsttherapie, Fertigkeitstrainings u. ä. Methoden zur Anwendung kommen. Neben kunstbasierten Interventionen, bei denen der künstlerische Prozess im Mittelpunkt steht, können kreative Angebote, die einen therapeutischen Ansatz verfolgen, direkt an einem Problem ansetzen. Das kann zum Beispiel im Rahmen von Rollenspielen passieren, in Übungen zur Bestimmung der eigenen Positionierung, zur Erreichung persönlich gesetzter Ziele oder zur Überwindung von Hemmschwellen. Künstlerische Aktivitäten wie Tanzen, Theaterspielen, Musizieren oder Malen werden in diesem Kontext zumeist auch verbal nachbearbeitet, d. h. es findet ein Austausch über die gemachte Erfahrung auch auf der Gesprächsebene statt. Diese künstlerisch-kreativen Therapieansätze können in Gruppen oder in Einzelsessions angewandt werden.

---

20

beispielsweise EXIT-sozial-Kaffeehäuser (<http://www.exitsozial.at/ambulanz>) / psychosoziale Treffpunkte / OASE von AHA Salzburg (<https://www.aha-salzburg.at/de/kommunikationszentrum-oase>) oder Clubhaus pro people & Förderkreis (Clubhaus pro people ([clubhaus-propeople.at](http://clubhaus-propeople.at))) [alle abgerufen am 27. 12. 2022]

Tabelle 2.7:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Nutzung von Kunst- und Kulturangeboten zur Förderung von Empowerment und Recovery“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
<b>nächste Schritte</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensibilisierungsaktionen betreffend die Wirkung von Kunst und Kultur auf die Gesundheit</li> <li>2. Ausbau kunstbasierter Angebote zum Aufbau von Empowerment</li> <li>3. wissenschaftliche Begleitung derartiger Initiativen</li> <li>4. Bereitstellung finanzieller Mittel für kunstbasierte Interventionen und begleitende Studien</li> <li>5. Ausbau von „Kunst und Kultur auf Rezept“ im Rahmen von Social Prescribing</li> </ol>
<b>Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung</b>	Künstler:innen, Kunsttherapeutinnen und -therapeuten, psychiatrische und psychosoziale Dienste, Forscher:innen, Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, Angehörigenorganisationen, Arts-for-Health-Initiativen, universitäre Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegebereich sowie sozialwissenschaftliche Zweige
<b>Finanzierung/Ressourcen</b>	nationale, regionale und lokale Einrichtungen für die Finanzierung von Arts-for-Health-Initiativen, z. B. Kunst-und-Kultur-, Sozial- und Gesundheitsressorts, EU-Förderungen
<b>Art der Umsetzung</b>	Ausbau von Bestehendem und Umsetzungsarbeit

Quelle: AG individuelle Ebene; Darstellung: GÖG

## 3 Maßnahmen zur Stärkung der Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und der Angehörigenbewegung in Österreich

### 3.1 Ausgangslage

Neben den spezifischen Angeboten zur Stigma-Bewältigung auf individueller Ebene, dem Abbau von Selbststigma und der Stärkung von Empowerment, die in Kapitel 2 beschrieben wurden, kann auch ein sichtbares und stimmenstarkes Kollektiv von Menschen mit vergleichbarem Erfahrungshintergrund zum Abbau von Selbststigma bei Einzelnen beitragen. Der Übergang zur kollektiven Ebene ist besonders wichtig, um zu erkennen, dass es sich bei Stigma nicht um einen individuellen Mangel, sondern um ein soziales Problem handelt. Durch die Identifikation mit positiven Rollenbildern, die Bereitstellung von Information sowie die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen und Räume wird dieser Erkenntnis- und Reflexionsprozess in Gang gesetzt. Interessengruppen, die sich für die Rechte, Gleichstellung und Inklusion benachteiligter Gruppen engagieren, fördern ein Bewusstsein für unterschiedliche Formen und Wirkungsweisen von Stigmatisierung und Diskriminierung, eröffnen dadurch wieder neue Handlungsmöglichkeiten und Lebensperspektiven und fördern Empowerment sowohl auf der individuellen als auch auf der kollektiven Ebene.

Insbesondere im angloamerikanischen Raum blickt die Bewegung von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung auf eine lange Geschichte von Aktivismus und Advocacy zurück, deren Wurzeln sich bis ins 19. Jahrhundert zurückverfolgen lassen. Die aktuell aktiven Interessengruppen von Menschen mit gelebter Erfahrung („user/survivor movements“, Mad-Pride-Bewegung) finden als neue soziale Bewegungen ihren Ursprung in den 1970er- und 1980er-Jahren (z.B. Chamberlin 1990; McLean 2010; Rashed 2019; Wallcraft et al. 2003). Ihre gemeinsamen Hauptanliegen sind die Verbesserung der Prävention und der psychosozialen Versorgung, der Schutz der Rechte und der Selbstbestimmung sowie die Förderung von Recovery und sozialer Inklusion.

Die UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, tiefgreifende soziale Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu beseitigen, ihnen die Menschenrechte und Grundfreiheiten zu gewährleisten und ihre gesellschaftliche Teilhabe auf der Grundlage der Chancengleichheit zu fördern (BMSGPK 2016). Um dies zu erreichen, ist sowohl eine starke Interessengruppe erforderlich, die sich für die Durchsetzung ihrer Anliegen einsetzt, als auch die Schaffung von Rahmenbedingungen, die eine chancengerechte Partizipation dieser Interessengruppe ermöglichen.

Dass die UN-BRK im Kontext des NAP Behinderung 2012–2020/21 bisher in Österreich nicht konsequent umgesetzt wurde, bemängeln unter anderem der vom Unabhängigen

Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen veröffentlichte Schattenbericht zur List of Issues anlässlich der anstehenden Staatenprüfung durch den UN-Fachausschuss vom November 2020<sup>21</sup> wie auch der umfangreiche Evaluierungsbericht zum NAP durch ein Forscherteam der Universität Wien: „Ein gezieltes ‚Capacity Building‘ [in Bezug auf das Bündeln von (Erfahrungs-)Wissen zivilgesellschaftlicher Organisationen], wie von der UN-BRK verlangt, hat im Zuge der Umsetzung [des NAP] nicht systematisch genug stattgefunden. Auch wird in Österreich nach wie vor zu wenig auf die Unterscheidung zwischen Organisationen VON Menschen mit Behinderungen sowie Organisationen FÜR Menschen mit Behinderungen geachtet.“ (BMSGPK 2020a, S.21).

Mit diesem Zitat werden zwei wichtige Punkte angesprochen<sup>22</sup>:

1. Soziale und politische Partizipation muss systematisch und nachhaltig erfolgen, und
2. Partizipation darf sich nicht in einem darüber Sprechen erschöpfen, sondern es muss zur direkten Einbeziehung von Menschen mit Erfahrungsexpertise kommen, die ihre Anliegen auf diese Weise selbst einbringen und vertreten können.

Was Punkt 1 betrifft, muss auf die in Österreich feststellbare grundsätzliche Problematik der mangelhaften Umsetzung nachhaltiger, gelingender Partizipation verwiesen werden. Im Evaluierungsbericht wird in Bezug auf die Entstehungsgeschichte des NAP Behinderung 2012–2020 festgehalten (BMSGPK 2020a, S.97), dass Partizipation zwar oft behauptet beziehungsweise herbeigeredet, in vielen Fällen jedoch nicht gelebt und tatsächlich umgesetzt werde – und dies, obwohl es die im Jahr 2008 veröffentlichten Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung gibt (BKA/BMLFUW 2008). Diese Standards dienen der Vorbereitung und Durchführung von Beteiligungsprozessen. Es werden darin drei „Stufen“ der Beteiligung erarbeitet: Information, Konsultation und Kooperation – wobei erstere es Betroffenen noch nicht ermöglicht, sich einzubringen, letztere hingegen tatsächliche Mitbestimmung bedeutet (BKA/BMLFUW 2008, S.15). Trotz dieser seit Anfang der 2000er-Jahren geltenden Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung wird Partizipation im Politisch-Praktischen in Österreich immer noch stark im Sinne von Information verstanden und gelebt und nicht im Sinne von Kooperation – mit dem Effekt, dass die UN-BRK nicht konsequent umgesetzt wird (BKA/BMLFUW 2008, S.15). Diese fordert nämlich – wie oben ausgeführt – die Gewährleistung voller und wirksamer Partizipation von Menschen mit Behinderungen.

Was Punkt 2 betrifft, so fördert Selbstvertretung wesentlich die Selbstwirksamkeit und wirkt auf diese Weise selbstwertsteigernd. Empowerment (Selbstermächtigung) passiert dabei nicht nur auf individueller Ebene, sondern ganz wesentlich auch auf kollektiver Ebene. Auf diese Weise kann eine positive Wirkung erzielt werden, die dazu führt beziehungsweise führen kann, dass immer mehr Menschen ihr Recht auf Selbstvertretung wahrnehmen. Ein wesentlicher Aspekt von

---

21

Verfügbar unter [https://www.monitoringausschuss.at/download/berichte/Schattenbericht-zur-List-of-Issues\\_final.pdf](https://www.monitoringausschuss.at/download/berichte/Schattenbericht-zur-List-of-Issues_final.pdf) [abgerufen am 28. 03. 2022]

22

Beide Punkte wurden bereits auf der Ebene des strukturellen Stigmas angesprochen (Strizek et al. in Vorbereitung).

Empowerment ist, dass Selbstvertretung dazu führt, dass ein „Sprechen für/über jemand anderen“ zu einem „Sprechen für sich selbst“ wird; Menschen mit Expertise aus gelebter Erfahrung wissen selbst am besten, was in bestimmten Lebenssituationen hilfreich ist.

In Österreich gab es Ende des 20. Jahrhunderts vereinzelt Gruppen/ Einzelkämpfer:innen, die sich für eine Verbesserung der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzten. Mittlerweile gibt es einschlägige Gruppen/Organisationen in jedem Bundesland (Vernetzungsplattform 2021), seit 2019 auch den bundesweiten Dachverband IDEE Austria<sup>23</sup> als unabhängige Interessenvereinigung der Erfahrungsexpertinnen und -experten für psychische Gesundheit. Insgesamt steckt die Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung jedoch im internationalen Vergleich noch in den Kinderschuhen. Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, erhalten in Österreich bislang zu wenig Unterstützung und finanzielle Förderung, um sich als Systempartner:innen in der psychosozialen Versorgung zu etablieren und als starke Interessenvertretung als Motor für Veränderung im Sinne der UN-BRK zu fungieren.

Durch die international zunehmende Anerkennung von Erfahrungsexpertise und ihrer Bedeutung für die Verbesserung der Qualität psychosozialer Versorgungsangebote (z.B. WHO 2021) werden auch zunehmend professionell ausgebildete Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung (Peer-Arbeiter:innen oder Genesungsbegleiter:innen) in psychosozialen Versorgungseinrichtungen eingesetzt (z.B. Davidson et al. 2012; Mahlke et al. 2019). Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung übernehmen dabei auch eine zunehmend sichtbare Rolle als Mitgestalter:innen der Versorgung ein. Peer-Arbeiter:innen tragen als Teil des professionellen Teams nicht nur wesentlich zu einer Haltungsänderung bei Behandlerinnen und Behandlern und damit auch zu einer Organisationsentwicklung in Richtung einer recoveryorientierten Versorgungspraxis bei, sondern stellen auch positive Rollenbilder für Patientinnen und Patienten dar und ermöglichen einen Erfahrungsaustausch auf Augenhöhe, der Reflexionsprozesse und Empowerment fördert. Im internationalen Vergleich ist auch diese Entwicklung in Österreich noch wenig etabliert: Vorhandene Ausbildungsmöglichkeiten sind derzeit noch begrenzt, sodass es noch zu wenige ausgebildete Peer-Arbeiter:innen in Österreich gibt bzw. Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung z. T. auf Ausbildungen in den Nachbarländern ausweichen müssen. Zudem ist die Skepsis vonseiten der Versorgungsanbieter:innen und der professionellen Helfer:innen gegenüber der Aufnahme dieser neuen Berufsgruppe als fixer Bestandteil des Versorgungsteams noch groß, bzw. sind auch die strukturellen Möglichkeiten und erforderliche Rahmenbedingungen für eine institutionelle Verankerung und einen Ausbau der Arbeitsstellen noch zu wenig geklärt.

Einen wichtigen Grundpfeiler für sozialen Wandel bildet auch die Forschung. Durch die Erforschung von Exklusionsdynamiken, die Bereitstellung einer Datenbasis für politisches Handeln und die Infragestellung alter sowie die Entwicklung neuer theoretischer Ansätze und Paradigmen werden das Ausmaß, die Ankerpunkte und Wirkungsweisen von Benachteiligung sichtbar und wird der Weg für neue Entwicklungen, die Inklusion ermöglichen, geebnet. Auch im Rahmen der

---

23

siehe: <https://www.dv-idee.at> [abgerufen am:25. 04. 2022]



akademischen Forschung spielt Erfahrungsexpertise eine zunehmend wichtige Rolle. Die Teilhabe im traditionellen Wissenschaftsbetrieb und somit auch an der Definitionsmacht im wissenschaftlichen Diskurs hat neue Disziplinen wie Disability Studies und Mad Studies sowie eigene Forschergruppen mit Mitgliedern mit gelebter Erfahrung hervorgebracht<sup>24</sup>. Diese entwickeln alternative Diskurse zur biomedizinischen Psychiatrie, beforschen die aus der Perspektive der benachteiligten Gruppen relevanten Themen und zeigen auch die Benachteiligung innerhalb der akademischen Wissensproduktion auf ("epistemic injustice", Fricker 2007; Sweeney 2016; Sweeney/Beresford 2020). Sprague et al. (2019) argumentieren, dass bei der Erforschung bestimmter Themen, z. B. gesundheitsbezogenen Stigmas, eine partizipatorische Forschungspraxis einen Imperativ darstellt, einerseits um validere sowie auch relevantere Studien hervorzubringen, andererseits aber auch um eine weitere Marginalisierung im Rahmen der Wissensproduktion zu vermeiden.

Auch Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen engagieren und formieren sich weltweit als soziale Bewegungen: Ende der 1970er-Jahre wurde in den USA die mittlerweile größte nationale Grassroots-Mental-Health-Bewegung und -Organisation, die National Alliance on Mental Illness (NAMI)<sup>25</sup>, von Angehörigen gegründet. Die NAMI setzt sich für Gleichberechtigung und die Verbesserung der Lebensbedingungen Betroffener und Angehöriger ein. In Europa wurde Anfang der 1990er-Jahre die europäische Organisation für Angehörige EUFAMI<sup>26</sup> mit der Vision gegründet, dass Betroffene und deren Familien die nötige Unterstützung bekommen, um ein gleichberechtigtes, selbstbestimmtes Leben ohne Exklusion und Diskriminierung in der Gemeinschaft zu leben. Ziele sind u. a. politische Einflussnahme, Unterstützung von Angehörigenorganisationen und Bewegungen in den Ländern sowie die Verbesserung zum einen der Versorgungsstandards für Betroffene und Angehörige und zum anderen ihrer Lebensqualität. Auch für Angehörige werden spezifische Ziele wie die Anerkennung als gleichwertige Partner:innen und die Einbindung in die Behandlung und Betreuung sowie die Anerkennung ihrer Bedürfnisse und das Erhalten ausreichender Unterstützung angestrebt. In Österreich gründete eine Gruppe Angehöriger mit Unterstützung des Psychiaters Heinz Katschnig bereits 1978 den ersten Angehörigenverein, „Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter“ (HPE), in Wien. Ihr damals vordergründiges Anliegen war, mehr Informationen zu bekommen und nicht ganz allein mit dieser herausfordernden Situation zurechtkommen zu müssen. Mittlerweile ist die HPE mit Vereinen und Unterstützungsangeboten für Angehörige in allen Bundesländern<sup>27</sup> aktiv und als Mitglied der EUFAMI auch international vernetzt. Auch wenn unter Systempartnerinnen und -partnern die Angehörigenorganisation HPE mittlerweile an Bekanntheit zunimmt, finden Angehörige nach wie

---

24

z. B. SURE (Service User Research Enterprise) am King's College: <https://www.kcl.ac.uk/research/sure> [abgerufen am: 26. 04. 2022]

25

siehe <https://www.nami.org/Home> [abgerufen am: 28. 04. 2022]

26

siehe <https://eufami.org/> [abgerufen am: 28. 04. 2022]

27

siehe <https://www.hpe.at/de> [abgerufen am 28. 04. 2022]

vor in der psychosozialen Versorgung zu wenig Berücksichtigung und die Ressourcen, die sie einbringen, werden nicht von allen wahrgenommen: Sowohl in ihrer Carer-Rolle als auch als wichtige Systemkritiker:innen und -partner:innen im dialogischen Bemühen um eine Verbesserung und Weiterentwicklung der psychosozialen Versorgung verdienen sie stärkere Anerkennung.

## 3.2 Zielsetzung(en)

### Primäre Ziele

- » Stärkung der Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung
- » Stärkung der Angehörigenbewegung
- » Ausbau von Organisationen und Angeboten, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, sowie von Angehörigenorganisationen
- » Ausbau und Stärkung der Interessenvertretungen (Vertretungen der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und Angehörigenvertretungen) sowie die Gewährleistung voller und wirksamer sozialer und politischer Partizipation dieser Interessengruppen
- » flächendeckender Einsatz von Peer-Arbeiterinnen und Peer-Arbeitern in allen psychosozialen Versorgungsstrukturen
- » Aufwertung von Erfahrungsexpertise und Stärkung der Rolle von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und von Angehörigen als Expertinnen und Experten
- » Förderung der wissenschaftlichen partizipativen Forschung (z. B. Mad Studies, User-Research)

### Sekundäre Ziele

- » Umsetzung der UN-BRK
- » Förderung einer inklusiven Gesellschaft mit Anerkennung von Diversität und inklusiver Gestaltung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen

## 3.3 Empfehlungen

### 3.3.1 Ausbau und Regelfinanzierung von Organisationen und Angeboten, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, und von Angehörigenorganisationen

Die UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, tiefgreifende soziale Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu beseitigen, ihnen die Menschenrechte und Grundfreiheiten zu gewährleisten und ihre gesellschaftliche Teilhabe auf der Grundlage der Chancengleichheit zu

fördern (BMSGPK 2016). Um dies zu erreichen, ist eine starke Interessengruppe erforderlich, die sich für die Durchsetzung ihrer Anliegen einsetzt. In einigen Bundesländern gibt es bereits unabhängige Gruppierungen und Landesorganisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden. Beispielhaft sind hier omnibus<sup>28</sup>, Achterbahn<sup>29</sup>, Tiroler Interessenverband für psychosoziale Inklusion (TIPSI)<sup>30</sup> sowie der bundesweite Dachverband IDEE Austria<sup>31</sup> und die bundesweite Angehörigenorganisation HPE<sup>32</sup> zu nennen, die einerseits ihre Interessen in landes- und bundesweiten Gremien vertreten, andererseits auch wichtige Systempartner:innen und Anbieter:innen in der psychosozialen Versorgung (in Form von Selbsthilfe, Peer-Beratung und anderen Unterstützungsangeboten, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung bzw. Angehörigen geleitet werden) darstellen.

Durch Basis- und Regelfinanzierung soll der Auf- und Ausbau dieser Organisationen ausreichend unterstützt und ihr Erhalt durch die Finanzierung von Arbeitsplätzen gesichert werden. Wichtig dabei ist der Erhalt der Unabhängigkeit der geförderten Organisationen. Dies bedeutet einerseits einen wichtigen Schritt zur Förderung der politischen Partizipation nach der UN-BRK und stellt andererseits einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Qualität der psychosozialen Versorgung durch vermehrte Zusammenarbeit und Einbindung von Erfahrungsexpertise nach internationalen Standards dar (WHO 2021). Auch der Beirat für psychosoziale Gesundheit des BMSGPK hat sich im Jahre 2020 in einem Positionspapier für die nachhaltige Förderung der Bundes- wie auch der Landesorganisationen mittels Basis- und Regelfinanzierung ausgesprochen (BMSGPK 2020b).

Die Zuständigkeit für Menschen mit psychischen Erkrankungen liegt in erster Linie bei den jeweiligen Gesundheits- und Sozialressorts. In einem ersten Schritt sollten von den zuständigen Entscheidungsträgerinnen/-trägern und Gremien Finanzierungsmodelle konzipiert, geprüft und beschlossen werden. Ein möglicher Ansatz wäre die Festlegung eines bestimmten Prozentsatzes des Gesundheits- und Sozialbudgets, der für die Förderung von Organisationen und Projekten, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, sowie für Angehörigenorganisationen und Projekte ausgegeben werden soll. Auch der im aktuellen Regierungsprogramm 2020–2024 angedachte Inklusionsfond sollte als ergänzende Finanzierungsmöglichkeit in Betracht gezogen und seine Eignung als solche geprüft werden.

---

28

siehe <https://www.verein-omnibus.org> [abgerufen am 29. 3. 2022]

29

siehe <https://www.achterbahn.st> [abgerufen am 29. 3. 2022]

30

siehe <https://www.trialog.tirol> [abgerufen am 29. 3. 2022]

31

siehe <https://www.dv-idee.at> [abgerufen am 14. 7. 2022]

32

siehe <https://www.hpe.at/de> [abgerufen am 28. 4. 2022]

Tabelle 3.1:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Ausbau und Regelfinanzierung von Organisationen und Angeboten, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, und von Angehörigenorganisationen“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
<b>nächste Schritte</b>	1. Schaffung bundes- und landesweiter Finanzierungsmodelle für die Basis- und Regelfinanzierung unabhängiger Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, sowie der Angehörigenorganisation HPE 2. Auf- und Ausbau von Organisationen und Projekten, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung bzw. Angehörigen geleitet werden 3. Integration der Angebote, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung bzw. von Angehörigen geleitet werden, in die psychosoziale Versorgung durch Förderung der Zusammenarbeit mit Systempartnern
<b>Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung</b>	Zielsteuerungspartner (Bund, Länder, ggf. Sozialversicherung), unabhängige Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, Angehörigenorganisation HPE, Systempartner:innen der psychosozialen Versorgung
<b>Finanzierung/Ressourcen</b>	Gesundheits- und Sozialbudgets des Bundes und der Länder geplanter Inklusionsfonds
<b>Art der Umsetzung</b>	Adaption von Bestehendem (Ausbau der Angebote, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden), Umsetzungs- und Entwicklungsarbeit (Finanzierungsmodelle)

Quelle: AG kollektive Ebene; Darstellung: GÖG

### 3.3.2 Etablierung von Rahmenbedingungen für Partizipation und Schaffung einer gesetzlichen Verpflichtung, Interessenvertretungen in alle Prozesse zu involvieren, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen

Partizipation von Menschen mit gelebter Expertise ist vor allem aus zwei Gründen wesentlich: Einerseits fördert Partizipation Empowerment (siehe Ausgangslage 3.1). Andererseits führt Partizipation von Menschen mit gelebter Expertise zu gesellschaftlichen und politischen Entscheidungen, die sich unmittelbar auf Lebenssituationen und -erfahrungen beziehen; dies ermöglicht eine zielführende Politikgestaltung, die auf Bedürfnisse von Menschen konkret eingeht (United Nations 2018).<sup>33</sup>

33

siehe Punkt 2: "The active and informed participation of everyone in decisions that affect their lives and rights is consistent with the human rights-based approach in public decision-making processes and ensures good governance and social accountability."

Die UN-BRK<sup>34</sup> wurde im Jahr 2008 von Österreich ratifiziert und ist seither in Österreich rechtlich umzusetzen. Mit dem Nationalen Aktionsplan Behinderung (NAP Behinderung 2012–2020/21 und NAP-Behinderung 2022–2030) soll die UN-BRK seit dem Jahr 2012 in Österreich umgesetzt werden.<sup>35</sup> Behinderung – verstanden als soziopolitische Querschnittmaterie – bezieht sich auf alle Lebensbereiche und muss folglich auch in allen politischen Entscheidungen mitgedacht werden. In der UN-BRK wird beginnend bei der Präambel (Punkte k, m und y) und ebenso in Artikel 1 und Artikel 3 (Punkt c) darauf verwiesen, dass „die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Inklusion in die Gesellschaft“ für Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten ist. Voraussetzungen für gelingende Partizipation sind dabei umfassende Barrierefreiheit (Artikel 9), Selbstbestimmung, gelebte Inklusion (Artikel 19) und Bildung (Artikel 24). Vor allem Artikel 29 (Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben) stellt in Punkt a) klar, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen „gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend am politischen und öffentlichen Leben teilhaben können“ müssen (United Nations 2018). Als Good-Practice-Beispiele gelungener Partizipation sind neben dem Entstehungsprozess des Erwachsenenschutzgesetzes (ErwSchG)<sup>36</sup> auch der Bundesbeirat für psychosoziale Gesundheit<sup>37</sup> und die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung zu nennen. Aus wissenschaftlicher Perspektive sind hier Projekte zu erwähnen, die am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien (unter anderem unter der Leitung von Oliver König) durchgeführt werden beziehungsweise wurden.<sup>38</sup>

Damit die UN-BRK in Hinblick auf eine nachhaltige und gelingende Partizipation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen konsequent umgesetzt werden kann<sup>39</sup>, ist es notwendig,

---

34

geltende österreichische deutschsprachige Übersetzung: BGBl. Jg. 2016, Teil III, 105. Kundmachung, 15. 06. 2016

35

siehe <https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Menschen-mit-Behinderungen/Nationaler-Aktionsplan-Behinderung.html> [abgerufen am 31. 10. 2022]

36

positiv hervorgehoben zum Beispiel im Schattenbericht zur List of Issues anlässlich der anstehenden Staatenprüfung durch den UN-Fachausschuss. Stand November 2020. Verfügbar unter [https://www.monitoringausschuss.at/download/berichte/Schattenbericht-zur-List-of-Issues\\_final.pdf](https://www.monitoringausschuss.at/download/berichte/Schattenbericht-zur-List-of-Issues_final.pdf) [abgerufen am 28. 03. 2022]

37

Informationen zur ersten Sitzung des Bundesbeirats sind verfügbar unter <https://www.dv-idee.at/aktuelles/nachrichten/nachlese-zur-1-sitzung-des-beirates-fuer-psycho-soziale-gesundheit> [abgerufen am 09. 04. 2022].

38

aktuell zum Beispiel das partizipativ durchgeführte Forschungsprojekt Cov\_enable: <https://www.fwf.ac.at/de/wissenschaft-konkret/im-fokus-akutfoerderung-sars-cov-2/cov-enable-neudenken-von-vulnerabilitaet-in-krisenzeiten-oliver-koenig> [abgerufen am 09. 04. 2022]

39

siehe Artikel 1 UN-BRK, in dem Behinderung nicht definiert wird, sondern als sich veränderndes Konzept verstanden wird [vgl. auch Präambel der UN-BRK in Punkt e)]; Behinderung nicht zu definieren ermöglicht eine freie Selbstzuordnung zu diesem Begriff, wobei sich eine Behinderung erst aus der Wechselwirkung von Funktionsbeeinträchtigung und Barrieren ergibt – Behinderung wird also nicht am Menschen festgemacht, sondern an den Behinderungen durch Barrieren (dies entspricht dem sozialen Modell von Behinderung wie auch dem menschenrechtlichen Modell von Behinderung (Degener 2016).

bestimmte Voraussetzungen zu schaffen (z. B. umfassende Barrierefreiheit), grundsätzlich Erfahrungsexpertise als relevante Expertise anzuerkennen und wahrzunehmen sowie Zuständigkeiten zu klären, damit Partizipation nicht an Mängeln in diesem Bereich scheitert.

Tabelle 3.2:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Etablierung von Rahmenbedingungen für Partizipation und Schaffung einer gesetzlichen Verpflichtung, Interessenvertretungen in alle Prozesse zu involvieren, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Schaffung grundsätzlicher Voraussetzungen (z. B. umfassender Barrierefreiheit)</b> – Abbau von Barrieren beim Zugang zu partizipativen Prozessen (umfassende Barrierefreiheit bezieht sich dabei auf soziale, physische, psychische, kommunikative, sprachliche, zeitliche, finanzielle Barrieren)</li> <li>2. <b>Anerkennung der Erfahrungsexpertise als relevante Expertise</b> (hängt wesentlich mit der Umsetzung von Punkt 1 zusammen)</li> <li>3. <b>Klärung der Zuständigkeiten</b> (hängt wesentlich mit der Umsetzung von Punkt 1 zusammen)</li> <li>4. wissenschaftliche <b>Evaluation der Präsenz und des Einflusses von Erfahrungsexpertinnen und -experten</b> in Steuerungsprozessen und Entscheidungsgremien (auf verschiedenen Ebenen bzw. in verschiedenen Einrichtungen)</li> <li>5. <b>Sensibilisierungsarbeit:</b> Workshops und Veranstaltungen zu (internationalen) Best-Practice-Beispielen betreffend             <ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>Selbstvertretungen</b> in Sozial- und Gesundheitsstrukturen, inkl. Monitoring und Qualitätsprüfung, und die</li> <li>» <b>Nutzung von Erfahrungsexpertise in der Entwicklung und Durchführung von Ausbildungen</b> in relevanten Disziplinen (Psychiatrie, Soziale Arbeit, Erziehungswissenschaften, Krankenpflegeausbildung usw.)</li> </ul> </li> <li>6. <b>Förderung innovativer Pilotprojekte</b> zur Partizipation in Einrichtungen, Ministerien und Hochschulen</li> <li>7. Entwicklung von <b>Trainingsprogrammen</b> zur Partizipation             <ul style="list-style-type: none"> <li>» für <b>Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung</b>, die an offiziellen Partizipationsprozessen teilnehmen, und</li> <li>» für <b>Mitarbeiter:innen mit gelebter Erfahrung</b> in Einrichtungen, Ministerien, (öffentlichen) Diensten</li> </ul> </li> <li>8. Zusammenarbeit (Gründung einer Arbeitsgruppe) mit Systempartnerinnen und -partnern, um <b>Richtlinien zur verpflichtenden Partizipation</b> von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung zu entwickeln bzw. zu implementieren, inkl. Partizipation bei             <ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>Ausbildungen</b> (z. B. in Psychiatrie, Sozialer Arbeit, Erziehungswissenschaften, Krankenpflegeausbildung),</li> <li>» Finanzierung, Arbeit und Monitoring von Diensten und Einrichtungen</li> </ul> </li> <li>9. Einstellung von <b>Partizipationsmitarbeiter:innen in Ministerien, Hochschulen und Einrichtungen</b>, um Partizipationsprozesse zu koordinieren und Erfahrungsexpertinnen und -experten dabei zu unterstützen</li> </ol>

Eckdaten	Kurzbeschreibung
<b>Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung</b>	<p><b>ad 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Menschen mit Behinderungen / psychischen Erkrankungen und deren Interessenvertretungen (von und für Menschen mit Behinderungen) im Wechselspiel mit Vertreterinnen und Vertretern von Bund und Ländern</li> </ul> <p><b>ad 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Bund und Länder in ihrem Wechselverhältnis (Bundesministerien, Sozialabteilungen und Gesundheitsabteilungen der Länder)</li> </ul> <p><b>ad 3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» alle Player (siehe ad 1)</li> </ul> <p><b>ad 4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Menschen mit Behinderungen / psychischen Erkrankungen und Organisationen, Wissenschaftler:innen, individuelle Einrichtungen (wie zum Beispiel Tageszentren, Wohnheime, Assistenzdienste, Kliniken), Organisationen oder Sozial- und Gesundheitsabteilungen (je nach Ebene)</li> </ul> <p><b>ad 5:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Hochschulen, Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden, Systempartner:innen, professionelle Vereine</li> </ul> <p><b>ad 6:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Bundes- und Landesverwaltungen (als Förderorganisationen), Menschen mit Behinderungen / psychischen Erkrankungen</li> </ul> <p><b>ad 7:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden und Menschen mit Behinderungen / psychischen Erkrankungen, Einrichtungen, Ministerien und Hochschulen</li> </ul> <p><b>ad 8:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden und Menschen mit Behinderungen / psychischen Erkrankungen, die für professionelle Ausbildung zuständigen Vereine, Systempartner:innen</li> </ul> <p><b>ad 9:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Ministerien, Hochschulen und Einrichtungen</li> </ul>
<b>Finanzierung/ Ressourcen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. BMSGPK als das für das Thema Behinderung zuständige Ministerium sowie Zuständigkeiten laut NAP Behinderung 2022–2030</li> <li>2. Sozial- und Gesundheitsabteilungen der Länder</li> <li>3. Hochschulförderungen zur Third Mission<sup>40</sup> bzw. Diversitätsarbeit<sup>41</sup> (BMBWF wie auch Hochschulen)</li> <li>4. Wissenschafts- und Innovationsförderungen auf Landesebene</li> </ol>
<b>Art der Umsetzung</b>	Adaption von Bestehendem wie auch Umsetzungsarbeit und Entwicklungsarbeit

Quelle: AG kollektive Ebene; Darstellung: GÖG

40

Third Mission wird seit einigen Jahren an österreichischen Hochschulen als wesentlich betrachtet. Third Mission bedeutet die „aktive und bewusste Übernahme von Verantwortung für die Gesellschaft“ (<https://thirdmission.univie.ac.at>, abgerufen am 9. 4. 2022), in deren Auftrag Forscher:innen arbeiten/forschen; es geht dabei um das unmittelbare Rückbinden von Forschungsergebnissen an die Gesellschaft.

### 3.3.3 Auf- und Ausbau der professionellen Peer-Arbeit in Österreich

Das englische Wort „peer“ bedeutet „gleichgestellte, gleichwertige Person“. Professionelle „Peer-Arbeiter:in“ bezeichnet im psychiatrischen Kontext einen Menschen, der mit dem Erfahrungshintergrund einer psychischen Erkrankung und Recovery sowie einer entsprechenden Ausbildung sein reflektiertes persönliches Erleben zur professionellen Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen einsetzt.

Sowohl in der praktischen Anwendung als auch in der Forschung werden vielfältige Einsatzgebiete und Tätigkeitsbereiche professioneller Peer-Arbeit unterschieden (z.B. Gruber/Böhm 2020; Mahlke et al. 2019; Utschakowski 2015): Peer-Support wird in Einrichtungen und Diensten der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung, Peer-Lehre in den Bereichen Aus- und Weiterbildung und Peer-Forschung in der Forschung und Evaluation eingesetzt. Zusammenfassende Übersichtsarbeiten (z.B. Gruber et al. 2018) zeigen eine Vielfalt von Vorteilen professioneller Peer-Arbeit auf Mikroebene (für Kundinnen und Kunden sowie für Mitglieder multiprofessioneller Teams), der Mesoebene (stationäre und nicht stationäre Einrichtungen, Organisationen und Trägerschaften) sowie auf der Makroebene der Gesellschaft.

#### **Peer-Support (Beratung und Begleitung) in psychosozialen Versorgungseinrichtungen**

Peer-Support (Peer-Beratung und Peer-Begleitung) ist eine wichtige Ergänzung der psychiatrischen Versorgung, um den Wandel hin zu einem recovery- und nutzerorientierten System voranzubringen. Personen mit eigener Erfahrung mit psychiatrischen Gesundheitsproblemen und einer qualifizierten Ausbildung arbeiten als Peer-Arbeiter:innen oder Genesungsbegleiter:innen ergänzend zu den dort klassisch tätigen Berufsgruppen (Psychiater:innen, Pflegekräfte, Therapeutinnen/Therapeuten, Psychologinnen/Psychologen etc.) in bestehenden und neuen psychiatrischen und psychosozialen Diensten und Einrichtungen (Utschakowski 2015; Utschakowski et al. 2016). Sie verstehen sich aufgrund eines vergleichbaren Hintergrunds als Gesprächspartner:innen auf Augenhöhe, begleiten in Alltagsfragen, fördern Ressourcen und soziale Kontakte der Nutzer:innen und vermitteln bei Konflikten. Der Einsatz von Peer-Arbeit in Einrichtungen führt einerseits zu einer Haltungsänderung bei Behandlerinnen und Behandlern, andererseits stellen Peers als Teil des professionellen Teams Rollenvorbilder dar, die über verschiedene Mechanismen zur Förderung von Empowerment und zum Abbau von Selbststigma bei Nutzerinnen und Nutzern beitragen können (Gillard et al. 2015; Mahlke et al. 2019). In der Forderung nach Peer-Support in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung treffen sich Leitlinien (DGPPN 2019), Forschungsergebnisse (Mahlke et al. 2019) sowie Menschenrechte (UN-BRK).



Peer-Support wird international in verschiedenen Bereichen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung eingesetzt: in stationären und ambulanten Settings, im Home-Treatment, im Case-Management, bei Kriseninterventionen, in Einzel- und Gruppenangeboten sowie in den Bereichen Freizeit, Tagesstruktur und Wohnen (Gruber/Böhm 2020; Mahlke et al. 2019). In Österreich wird Peer-Support sowohl im Bereich der stationären Psychiatrie (z. B. Krankenhaus St. Vinzenz [Zams], Landeskrankenhaus 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 in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung etabliert werden.

### **Ausbau und Etablierung der Tätigkeitsfelder Peer-Forschung und Peer-Lehre**

Die Ergänzung von Fachwissen durch Erfahrungswissen soll nicht erst bei der Anwendung, sondern bereits als fixer Bestandteil in der Wissensproduktion und -vermittlung ausreichend Berücksichtigung finden. Wie auch andere Berufsgruppen, die im Rahmen ihrer Institution an den Forschungs- und/oder Lehrbetrieb angeschlossen sind, sollen auch Peer-Arbeiter:innen diese Tätigkeitsfelder im Rahmen ihrer Anstellungen ausüben können.

Darüber hinaus sind neben den vorhandenen Möglichkeiten der traditionellen akademischen Forschung und Lehre auch neue Partizipationskonzepte für professionelle Peer-Arbeiter:innen zu entwickeln (Näheres zu vorhandenen Konzepten partizipativer Forschung siehe Empfehlung 3.3.4).

Im Bereich der Lehre ist insbesondere die Lehrtätigkeit auf der Grundlage der breit geplanten kontaktbasierten oder dialogischen Anti-Stigma-Edukationsprogramme und Schulungen im Rahmen der Aus- und Weiterbildungen der Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe sowie relevanter Gatekeeper zu berücksichtigen (Strizek et al. 2022). Darüber hinaus fallen bestimmte Themenschwerpunkte und Lehrinhalte, die sich aus der Weiterentwicklung der Versorgungspraxis ergeben, zunehmend in den Bereich der Expertise von Peer-Arbeiterinnen und Peer-Arbeitern, welche diese Lehrinhalte in eigenen Bildungseinheiten auch vermitteln sollen (z. B. Recovery-Orientierung in der Praxis). Im Rahmen der Professionalisierung und zur Qualitätssicherung dieser Lehrmodule sollen (z. B. von der noch zu schaffenden Berufsvertretung der Peer-Arbeiter:innen) bundesweite Standards geschaffen werden, in denen die Lehrziele, die zu verwendenden Methoden etc. festgelegt werden.

### **Ein Ausbau der Peer-Arbeit in Österreich erfordert das Verfolgen mehrerer Strategien:**

#### **1. gesetzliche Anerkennung der Berufsgruppe der Peer-Arbeiter:innen**

Um eine Anerkennung und gesetzliche Verankerung des Berufsbildes zu erreichen, soll in einem ersten Schritt das Berufsbild Peer-Arbeiter:in klar definiert und beschrieben werden. Eine genaue Profilbeschreibung mit Abgrenzung zu anderen Gesundheitsberufen sowie Informationen zu Ausbildung, Qualifikation, Tätigkeitsbereichen und Anstellungsbedingungen sowie Best-Practice-Beispielen soll für Österreich erstellt werden.

Ein bundesweiter Kollektivvertrag mit einheitlicher Eingruppierung<sup>42</sup> sowie die Möglichkeit zur freiberuflichen Tätigkeit wird angestrebt. Darüber hinaus sollen die Gründung einer Berufsgruppenvertretung für Peer-Arbeit und die Vernetzung mit Systempartnerinnen und -partnern die Anliegen der Berufsgruppe vorantreiben und soll die Anerkennung des Berufs erwirkt werden (Vernetzungsplattform 2021).

## **2. Ausbau der Ausbildungsmöglichkeiten für Peer-Arbeiter:innen in Österreich**

In Österreich bietet der Verein EX-IN (EXperienced INVolvement) Österreich in Kooperation mit EX-IN Deutschland seit 2013 eigene EX-IN-Ausbildungslehrgänge zum:zur Genesungsbegleiter:in nach zertifizierten Standards für psychiatrienerfahrene Personen an<sup>43</sup>. In Oberösterreich gibt es die Ausbildung zum:zur Peer-Berater:in nach dem Oberösterreichischen Sozialberufegesetz (Oö. SBG)<sup>44</sup>. An der FH Joanneum in Graz wird seit 2022 ein Lehrgang zum:zur Akademischen Peer-Berater:in für Menschen mit Psychiatrieerfahrung angeboten<sup>45</sup>. Ausbildungsplätze sollen in ausreichender Zahl geschaffen und weiter ausgebaut werden. Um dies zu erreichen, sollen einheitliche Richtlinien für den Zugang zur Ausbildung<sup>46</sup>, nationale Qualitätsstandards und inhaltliche Anforderungen an das Curriculum einer Ausbildung zum:zur Peer-Arbeiter:in erstellt werden und soll eine bundesweite Anerkennung erfolgen. Darüber hinaus soll die Ausbildung ausreichend und je nach individueller Situation durch Voll- und Teilstipendien gefördert werden (Vernetzungsplattform 2021).

## **3. Schaffung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen für die institutionelle**

Verankerung und den Ausbau der Arbeitsstellen in psychosozialen Versorgungseinrichtungen sowie Ausbildungsstätten (Universitäten und FHs)  
Für die institutionelle Verankerung und den flächendeckenden Ausbau der Arbeitsstellen in psychosozialen Versorgungseinrichtungen sowie Ausbildungsstätten müssen erst die gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen geschaffen sowie Richtwerte für zusätzliche Planstellen mit den Zielsteuerungspartnern verhandelt werden.

---

42

zumindest Verwendungsgruppe 6 des Kollektivvertrags der Sozialwirtschaft Österreich (SWÖ-KV)

43

siehe EX-IN Österreich: <https://www.ex-in.at> [abgerufen am: 21. 03. 2022]

44

siehe Empowerment-Center des Kompetenznetzwerks Informationstechnologie zur Förderung der Integration von Menschen mit Behinderungen (KI-I): <https://www.ki-i.at/taetigkeitsbereiche/empowerment-center/das-empowerment-center> [abgerufen am 21. 03. 2022]

45

siehe FH Joanneum: [https://www.fh-joanneum.at/akademische-peer-beraterin-akademischer-peer-berater/academic\\_certificate\\_programme](https://www.fh-joanneum.at/akademische-peer-beraterin-akademischer-peer-berater/academic_certificate_programme) [abgerufen am: 21. 03. 2022]

46

z. B. die Öffnung der Peer-Ausbildungen auch für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen / institutioneller Erfahrung, die jedoch keine stationären Aufenthalte absolviert haben

**4. Sensibilisierung und Vorbereitung der psychiatrischen und psychosozialen**

Versorgungsanbieter:innen für die erfolgreiche Integration einer neuen psychosozialen Berufsgruppe

Für die Implementierung neuer Berufsgruppen in vorhandene Einrichtungen und Dienste ist eine entsprechende Vorbereitung und Sensibilisierung der Einrichtungen notwendig. Good-Practice-Sensibilisierungskonzepte liegen vor (z. B. jenes des Vereins EX-IN Österreich) und sollen in Zukunft eine stärkere Umsetzung erfahren.

**5. Entwicklung von Umsetzungskonzepten für den Ausbau der Tätigkeitsfelder Peer-Forschung und Peer-Lehre**

siehe Erläuterungen zu „Ausbau und Etablierung der Tätigkeitsfelder Peer-Forschung und Peer-Lehre“ weiter oben

Tabelle 3.3:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Auf- und Ausbau der professionellen Peer-Arbeit in Österreich“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
<b>nächste Schritte</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. gesetzliche Anerkennung der Berufsgruppe               <ul style="list-style-type: none"> <li>» Definition des Berufsbildes</li> <li>» Gründung einer Berufsgruppenvertretung für Peer-Arbeit</li> <li>» Vernetzung und Gespräche mit Systempartnerinnen und -partnern</li> </ul> </li> <li>2. Ausbau der Ausbildungsmöglichkeiten               <ul style="list-style-type: none"> <li>» Schaffung nationaler Qualitätsstandards für Ausbildungen zum:zur Peer-Arbeiter:in</li> </ul> </li> <li>3. Schaffung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen               <ul style="list-style-type: none"> <li>» Erarbeitung von Konzepten und Gespräche mit Zielsteuerungspartnern</li> </ul> </li> <li>4. Sensibilisierung und Vorbereitung               <ul style="list-style-type: none"> <li>» Ausbau der Sensibilisierungsoffensive und Vorbereitung der psychosozialen Einrichtungen und Dienste</li> <li>» Entwicklung von Materialien für Einrichtungen und Peer-Arbeiter:innen (PRIKOP et al. 2020)</li> </ul> </li> <li>5. Ausbau der Tätigkeitsfelder               <ul style="list-style-type: none"> <li>» Erarbeitung von Konzepten für die Umsetzung der Tätigkeitsfelder Peer-Forschung und Peer-Lehre</li> </ul> </li> </ol>
<b>Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung</b>	<p><b>ad 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden</li> <li>» Anbieter:innen psychosozialer Versorgung</li> </ul> <p><b>ad 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Ausbildungsanbieter:innen (für Peer-Ausbildungen)</li> <li>» Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden</li> <li>» Anbieter:innen psychosozialer Versorgung</li> </ul> <p><b>ad 3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden</li> <li>» Anbieter:innen psychosozialer Versorgung</li> <li>» Ausbildungsstätten (insbesondere Universitäten und FH für Gesundheits- und Sozialberufe)</li> <li>» Zielsteuerungspartner:innen</li> </ul> <p><b>ad 4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Ausbildungsanbieter:innen (für Peer-Ausbildungen)</li> <li>» Anbieter:innen psychosozialer Versorgung</li> <li>» Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden</li> <li>» Psychiatriekoordinatorinnen und Psychiatriekoordinatoren der Länder</li> </ul> <p><b>ad 5:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden</li> <li>» Universitäten, Akademien, Fachhochschulen</li> </ul>
<b>Finanzierung/Ressourcen</b>	Gesundheits-, Sozial- und Bildungsressorts des Bundes und der Länder, gegebenenfalls Sozialversicherungsträger
<b>Art der Umsetzung</b>	Adaption von Bestehendem, Umsetzungsarbeit, Entwicklungsarbeit

Quelle: AG kollektive Ebene; Darstellung: GÖG

### 3.3.4 Ausbau der Forschungszweige Disability Studies und Mad Studies sowie Förderung von User- und Peer-Forschung in Österreich

Die Disability Studies analysieren die gesellschaftlichen Barrieren, welche die volle Teilhabe, Unabhängigkeit und Gleichberechtigung von Personen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen verhindern. Ihr Schwerpunkt auf der Stigmatisierung von Behinderung und psychischer Erkrankung in beruflichen, sozialen, kulturellen und politischen Kontexten macht die Disability Studies zu einem wichtigen Bestandteil von Entstigmatisierungsprozessen (Waldschmidt 2022). Die Mad Studies konzentrieren sich insbesondere auf die Erfahrungen von Menschen, die als psychisch krank abgestempelt werden, und sind eng mit sozialen Bewegungen und Aktivismus verbunden (Beresford/Russo 2021).

Der Fokus der Disability Studies auf behinderungsbedingte Barrieren bildet den konzeptuellen Rahmen für die UN-BRK und stellt ein medizinisch geprägtes, individualisiertes Verständnis von Behinderung und psychischer Erkrankung infrage. Besonderer Wert wird dabei auf die intersektionalen Überschneidungen von Behinderung und psychischer Erkrankung mit anderen sozialen Identitäten (u. a. Geschlecht, Herkunft) und damit verbundene Formen der Diskriminierung (Sexismus, Rassismus) gelegt (Jacob et al. 2010).

Die Disability Studies priorisieren die Perspektiven von Personen, die Erfahrungen mit psychischer Erkrankung und Behinderung haben. Sie stellen konzeptionelle und methodologische Instrumente für die Peer- und Nutzerforschung bereit, die sich an der demokratischen Zusammenarbeit zwischen Expertinnen und Experten durch Erfahrung sowie Forscherinnen und Forschern orientiert. Die Teilnahme von Nutzerinnen und Nutzern gilt heute als internationale Best Practice für die Forschung im Gesundheitswesen, in der Sozialarbeit und in anderen angewandten Bereichen, auch bei der Vergabe und Bewertung von Forschungsprojekten.<sup>47</sup>

International organisieren sich die Disability Studies über Fachverbände, Mailinglisten, Konferenzen und spezielle Forschungszentren<sup>48</sup>. Innerhalb des deutschsprachigen Raums sind die

---

47

zur Peer-Beteiligung bei Forschung im Gesundheits- und Sozialbereich im Vereinigten Königreich siehe National Institute for Health and Care Research: <https://www.nihr.ac.uk/patients-carers-and-the-public/i-want-to-help-with-research> [abgerufen am 22. 11. 2022]

48

Fachverbände: Society for Disability Studies (USA), European Society for Disability Research (ALTER), Nordic Network of Disability Research (NNDR), Canadian Disability Studies Association (CDSA-ACÉH). Ausgewählte Forschungszentren: Center for Disability Studies (New York University, USA), Centre for Disability Studies (University of Leeds (UK), International Disability Research Centre (University College London, UK), Centre for Disability Studies (University of Iceland), Centre for Global Disability Studies (University of Toronto Scarborough, Canada), Norah Fry Centre for Disability Studies (University of Bristol, UK).

Disability Studies in Deutschland in Form von Forschungszentren<sup>49</sup> institutionell stärker verankert als in Österreich.

In Österreich existieren die Disability Studies durch die Arbeit einzelner Forscher:innen an verschiedenen Universitäten. Seit 2007 verbindet das Netzwerk „Disability Studies Austria“ Wissenschaftler:innen mit Aktivistinnen und Aktivisten<sup>50</sup>. Das digitale Bibliotheks- und Arbeitsmarktprojekt bidok (behinderung – inklusion – dokumentation) publiziert historische und aktuelle Materialien zu Inklusion und Behindertenrechten<sup>51</sup>. Die erste deutschsprachige Zeitschrift für Disability Studies<sup>52</sup> wird von der innsbruck university press herausgegeben. Von einer starken Etablierung der Disability Studies in Österreich kann jedoch nicht gesprochen werden. Es gibt aktuell nur einen einzigen Universitätslehrstuhl für Disability Studies<sup>53</sup> und keinen mit dem Schwerpunkt User-Research oder Mad Studies.

In Anlehnung an internationale Best-Practice-Beispiele ist es notwendig, Forschung, Lehre, Ausbildung und Vernetzung der Disability Studies in Österreich zu konsolidieren und in weitere Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens einzubetten, damit ein interdisziplinäres Verständnis<sup>54</sup> von Mental Health entsteht. Wissenschaftler:innen sowie Studierende der Medizin, Psychiatrie, Psychologie, Sozialarbeit und Pädagogik müssen sowohl Erfahrungsberichte aus erster Hand als auch die Rahmenbedingungen und die Herangehensweisen der Disability Studies kennenlernen<sup>55</sup>, um die soziale Konstruktion von psychischer Gesundheit, psychischer Erkrankung und Behinderung zu verstehen und traditionelle Forschungszugänge zu relevanten Themen (z. B. Stigma- und Versorgungsforschung) hinterfragen und erweitern zu können. Die Vertretung der Nutzer:innen psychosozialer Dienste auf Tagungen muss in diesem Kontext verstärkt werden. Eine Analyse der Evaluierungs- und Aufsichtsmechanismen für die Forschungsförderung in Österreich

---

49

BODYS – Bochumer Zentrum für Disability Studies, iDis – Internationale Forschungsstelle Disability Studies (Köln), Zentrum für Disability Studies und Teilhabeforschung (Hamburg), Forschungsbereich Disability History (Kiel), Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (Berlin), bifos – Bildungs- und Forschungsinstitut zum selbstbestimmten Leben Behinderter (Kassel)

50

DISTA – Disability Studies Austria / Forschung zu Behinderung, Österreich, <https://dista.uniability.org>

51

bidok: <http://bidok.uibk.ac.at>

52

Zeitschrift für Disability Studies (ZDS), <https://zds-online.org>

53

Institut für Erziehungswissenschaften, Disability Studies und inklusive Pädagogik, Universität Innsbruck

54

Gemeint ist damit ein multiperspektivischer Zugang zum Thema Mental Health und nicht bloß einer, der sich aus einer medizinisch-individuellen Perspektive dem Thema annähert.

55

Gemeint ist damit der Zugang zum Thema Behinderung aus der Perspektive eines sozialen, kulturellen, politischen wie auch menschenrechtlichen Modells von Behinderung (Waldschmidt 2022).

ist erforderlich, um mögliche Hindernisse für Mad Studies und Disability Studies zu identifizieren, z. B. hinsichtlich der Frage, ob und – falls dies zutrifft – warum gegenwärtig Forschungsförderung akademisches Wissen gegenüber Erfahrungswissen privilegiert. Die Stärkung der Disability Studies kann durch die Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten durch Erfahrung und sozialen Bewegungen zur „Third Mission“ (Austausch mit der Gesellschaft) der Universitäten beitragen.<sup>56</sup>

Solche Maßnahmen leisten auch einen Beitrag dazu, die Selbstvertretung von Personen mit gelebter Erfahrung einer psychischen Erkrankung in der Forschung und bei Veranstaltungen zu psychischer Gesundheit in Österreich auszuweiten und die gegenwärtige Dominanz akademisch-wissenschaftlich-professioneller Analysen zu überwinden, um eine weitere Marginalisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Rahmen der Wissensproduktion zu vermeiden.

Tabelle 3.4:

Erste Überlegungen für eine Umsetzung der Empfehlung „Ausbau der Forschungszweige Disability Studies und Mad Studies sowie Förderung von User- und Peer-Forschung in Österreich“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
<b>nächste Schritte</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entwicklung von Disability Studies, Mad Studies, User- und Peer-Research durch regelmäßige interdisziplinäre Tagungen, Veranstaltungen und Lehrstühle an Universitäten und Hochschulen</li> <li>2. Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern der Disability Studies und von Menschen mit Selbsterfahrung mit psychischen Erkrankungen in Studienplanentwicklung und Unterricht (Medizin, Erziehungswissenschaften, Lehramt, Soziale Arbeit)</li> <li>3. Förderung für die Erweiterung der Sammlung von Forschungs- und Lehrmaterialien zu den Themen Mental Health und User-Research auf der bidok-Plattform</li> <li>4. Finanzierung inter- wie transdisziplinärer Forschungsprojekte und Veranstaltungen zur psychischen Gesundheit</li> <li>5. Evaluierung von Forschungsförderungsprogrammen, um mögliche Hindernisse für Mad Studies und Disability Studies zu identifizieren</li> <li>6. Zusammenarbeit mit Forschungsförderungsgebern, um Peer- und Nutzerforschung zu verstehen und zu fördern</li> <li>7. Zusammenarbeit mit Fachverbänden, um die Beteiligung von Personen mit Psychiatrieerfahrung an Konferenzen und Aktivitäten zu verbessern (Mindestrepräsentanz in Vorständen, Tagungsorganisationsteams und bei Konferenzteilnehmerinnen und -teilnehmern, ermäßigte Tagungsgebühren)</li> </ol>
<b>Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung</b>	Rektorate und Dekanate von Universitäten und Hochschulen, Forschungsförderungsgeber (FWF, Jubiläumsfonds/OeNB), Rat für Forschung und Technologieentwicklung (RFT), Fachgesellschaften (Ärztammer, Inklusionsforschung, Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit)
<b>Finanzierung/Ressourcen</b>	Ressourcen von Universitäten, Hochschulen und Fachgesellschaften spezielle Förderungen von Forschungsförderungsgebern und Ministerien
<b>Art der Umsetzung</b>	Entwicklungs- und Umsetzungsarbeit

Quelle: AG kollektive Ebene; Darstellung: GÖG

56

„Dritte Mission“, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF), <https://www.bmbwf.gv.at/Themen/HS-Uni/Hochschulgovernance/Leitthemen/Dritte-Mission.html> [abgerufen am 27. 12. 2022]

### 3.3.5 Förderung der Peer-Bewegung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch die Implementierung und den Ausbau von Peer-Angeboten für eine junge Zielgruppe

Um gezielt die Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung sowie die Angehörigenbewegung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu fördern, müssen in einem ersten Schritt Communitys geschaffen werden, die einen Austausch unter Gleichgesinnten ermöglichen. Das ist die Grundlage für die Bildung einer gemeinsamen Ausrichtung und politischen Stimme, die sich gezielt für die alters- und situationsspezifischen Anliegen einsetzt.

Jugendliche müssen sich – mehr als Erwachsene – mit der Suche nach Identität und mit der Akzeptanz durch Gleichaltrige auseinandersetzen, was sie in Bezug auf Stigma zu einer besonders vulnerablen Gruppe macht. Der Austausch mit Gleichaltrigen ist im Rahmen der adoleszenten Entwicklung besonders wichtig. Jugendliche und junge Erwachsene, die unter psychiatrischen Symptomen leiden, neigen jedoch aufgrund von Selbststigmatisierung und damit zusammenhängender Gefühle von Scham und Schuld dazu, sich aus ihrem sozialen Umfeld zurückzuziehen und Kontakte mit Gleichaltrigen zu reduzieren. Jugendliche vergleichen sich mehr mit Gleichaltrigen als Erwachsene dies tun, machen sich Sorgen „anders“ zu sein, und tendieren daher mehr zur Geheimhaltung ihrer psychischen Probleme (Kranke et al. 2011; Mulfinger et al. 2019). Selbststigmatisierung bei Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen hat einen wesentlichen Einfluss auf die Identitätsentwicklung und führt zur Vermeidung der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten, auch über das Jugendalter hinaus (Kaushik et al. 2016; Moses 2009).

Gleichzeitig besteht häufig ein starker Wunsch nach dem Austausch mit anderen jungen Menschen, die ähnliche Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht haben. Diesbezüglich besteht ein Bedarf an angeleiteten Gruppen oder Austauschmöglichkeiten im Einzelkontakt, die spezifisch Jugendliche und junge Erwachsene adressieren. Angebote dieser Art dienen dazu, Wissen und Erfahrung bezüglich psychischer Krisen und deren Behandlung zu teilen, unterstützen ein Gemeinschaftsgefühl und reduzieren somit Rückzug und Selbststigmatisierung (Byrom 2018).

Leider fehlt es bisher in Österreich an Angeboten für Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen, die durch (junge) Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung angeleitet werden. Derartige Interventionen sind insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie kaum bekannt. Häufig besteht die Annahme, dass Selbsthilfegruppen und ähnliche Angebote eher für ältere Erwachsene interessant seien, es gibt jedoch auch junge Menschen, die sich im Sinne der gemeinschaftlichen Selbsthilfe und einer Interessenvertretung engagieren wollen.<sup>57</sup>

---

57

siehe ÖKUSS: <https://oekuss.at/Coll2> [abgerufen am 27. 04. 2022]



Ein Projekt unter jungen Erwachsenen bietet beispielsweise der Verein Achterbahn Steiermark an, bei dem sich junge Erwachsene mit psychischer Krisenerfahrung in einer von ausgebildeten Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung angeleiteten Selbsthilfegruppe selbst organisieren und austauschen. Ein weiteres einschlägiges Projekt ist das „Online Peer<sup>58</sup> Encouragement Network“ (O.P.E.N.) der Karl Landsteiner Privatuniversität, das den individuellen Austausch mit geschulten Gleichaltrigen, teilweise auch Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung, per Onlinemedien ermöglicht (Jesser et al. 2021). Projekte dieser Art sind spezifisch hervorzuheben, da hierbei zusätzlich zum Angebot einer Austauschplattform auch eine Schulung und Supervision durch Fachpersonen für jugendliche Peers integriert ist.

Die Förderung von Möglichkeiten zu Peer-Ausbildungen für junge Erwachsene erscheint zur allgemeinen Förderung der Peer-Bewegung unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Österreich besonders wichtig, um die junge Zielgruppe zu erreichen. In Anlehnung an die Ausbildung zum:zur Peer-Arbeiter:in<sup>59</sup> bei Erwachsenen (siehe Empfehlung 3.3.3) sollen auch analoge zielgruppenspezifische Ausbildungen konzipiert und gefördert werden.

Auch die Reaktionen der Eltern und anderer erwachsener Bezugspersonen wie Lehrerinnen und Lehrer haben einen wichtigen Einfluss auf die Selbststigmatisierung von Kindern und Jugendlichen. So zeigte sich, dass Kinder, deren Eltern ihre psychischen Probleme geheim halten unter höherer Selbststigmatisierung leiden (Kaushik et al. 2016; Moses 2010; Mulfinger et al. 2019). Da sich Kinder und Jugendliche deutlich stärker in Abhängigkeiten von ihren Umfeldern (Schule, Familie, Jugendzentren, evtl. PSZ) befinden als Erwachsene, ist auch die Förderung eines Paradigmenwechsels in diesen umgebenden Systemen notwendig.<sup>60</sup> Eine gezielte Unterstützung und Stärkung der Bezugspersonen in der Familie ist von doppelter Bedeutung: Sie trägt wesentlich zu einem konstruktiven Umgang mit der psychischen Erkrankung der:des Jugendlichen bei und verhindert die Überforderung und die (Selbst-)Stigmatisierung der Angehörigen.<sup>61</sup>

Eine in diesem Zusammenhang besonders sensible Gruppe sind Kinder psychisch erkrankter Eltern. Eine psychische Erkrankung der Eltern erhöht für ihre Kinder das Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, signifikant. Soziale Unterstützung wurde eindeutig als protektiver Faktor für die Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern identifiziert (Lenz

---

58

Das englische Wort „Peer“ bedeutet „gleichgestellte, gleichwertige Person“ und bezieht sich je nach Kontext auf einen anderen Aspekt der Gleichwertigkeit. In diesem Projekt sind damit Jugendliche gemeint.

59

Wie schon bei der Empfehlung 3 ausgeführt, bezieht sich „Peer“ in diesem Kontext auf Expertinnen und Experten mit gelebter Erfahrung einer psychischen Erkrankung (= Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung).

60

ad Bezugssystem Schule siehe auch Empfehlungen für die Zielgruppe Pädagoginnen und Pädagogen in Strizek et al. (2022)

61

ad Bezugssystem Familie siehe Beratungs-, Seminar- und Gruppenangebote der HPE: <https://www.hpe.at/de/hilfe-beratung> [abgerufen am 05. 05. 2022]

2017). Hierbei sind insbesondere peergestützte<sup>62</sup> Angebote für jugendliche Kinder psychisch erkrankter Eltern zu nennen – beispielsweise die Projekte #visible<sup>63</sup> der HPE Österreich, „Village“<sup>64</sup> oder „verrückte Kindheit“<sup>65</sup>– die durch einen niederschweligen Zugang zu Unterstützungsangeboten, positive Vorbilder und das Erleben von Selbstwirksamkeit Selbststigmatisierung entgegenwirken können.

Neben Projekten, die sich an Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen oder deren Angehörige richten, sind an dieser Stelle auch Schul- und Studierendenprojekte zu erwähnen (siehe auch Empfehlungen zum Abbau von direktem Stigma für die Zielgruppen Kinder und Jugendliche in Strizek et al. 2022). Diese können ebenfalls zu einem Community-Building beitragen, indem sie in einem präventiven Ansatz das Bewusstsein für mentale Gesundheit schärfen und so im Sinne der Enttabuisierung Gruppen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ermutigen und bestärken, für ihre psychische Gesundheit einzustehen.

Auch politische Jugendorganisationen haben in diesem Zusammenhang das Potenzial, eine gesellschaftspolitische Bewegung für Themen der mentalen Gesundheit anzustoßen. Beispielhaft sei hier das österreichische Projekt „Get into: Mental Health“ der „Aktion kritischer Schüler\_innen“ zu erwähnen, bei dem Workshops von Jugendlichen für Jugendliche zur psychischen Gesundheit angeboten wurden (siehe Bestandserhebung 2019, Projekt A 69 Nowotny et al. 2020). Weitere einschlägige Beispiele sind „die Krise im Kopf“<sup>66</sup>, eine Kampagne der Bundesjugendvertretung, und das Mental Health Jugendvolksbegehren.<sup>67</sup>

---

62

Hier bezieht sich der Begriff Peer auf die spezielle Gruppe der Kinder psychisch erkrankter Eltern.

63

siehe <https://www.hpe.at/de/projekt-visible> [abgerufen am 05. 05. 2022]

64

siehe <https://village.lbg.ac.at/> [abgerufen am 16. 12. 2022]

65

siehe <https://www.verrueckte-kindheit.at/de/> [abgerufen am 16. 12. 2022]

66

siehe <https://bjv.at/portfolio-items/die-krise-im-kopf> [abgerufen am 27. 12. 2022]

67

<https://gutundselbst.at> [abgerufen am 27. 12. 2022]

Als Projekte für Studierende von Studierenden zur Verbesserung der Awareness hinsichtlich psychischer Gesundheit innerhalb Österreichs seien beispielsweise die „Mental Health Awareness Week“ von Studierenden der Universität Wien<sup>68</sup> und die „Peer2Peer-Gruppe<sup>69</sup>“ der Medizinischen Universität Graz<sup>70</sup> zu erwähnen.

Auf Basis der bestehenden Literatur können folgende Maßnahmen zur Förderung der Bildung von Peer-Gruppen bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Krisen bzw. bei Kindern von Eltern mit psychischen Erkrankungen empfohlen werden:

- » Etablieren von Interventionen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, für Jugendliche und junge Erwachsene, die sich bereits im psychiatrischen Behandlungssystem befinden<sup>71</sup>
- » Förderung von Schul- und Studierendenprojekten zum Abbau von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen unter Einbezug von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung, sowie Peer-to-Peer-Projekte mit dem Fokus auf psychische Gesundheit
- » Förderung von Selbsthilfeinitiativen für den Erfahrungsaustausch unter jungen Menschen mit psychischer Krisenerfahrung
- » Förderung von Peer-Ausbildungen für junge Erwachsene
- » Förderung bereits bestehender Peer-Initiativen für Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen<sup>72</sup>
- » niederschwellige Informationskampagnen in sozialen Medien, um Initiativen unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen bekannt zu machen (siehe auch Empfehlung 3.3.6)

---

68  
siehe <https://www.mhawien.at> [abgerufen am:29. 04. 2022]

69  
Hier handelt es sich beim Begriff Peers um Studierende.

70  
siehe <https://www.medunigraz.at/peer2peer> [abgerufen am 29. 04. 2022]

71  
Good-Practice-Beispiel: „In Würde zu sich stehen“ – ein peergeleitetes Gruppenprogramm zum Thema Offenlegung für Jugendliche mit psychischer Erkrankung (Mulfinger et al. 2018; Rüscher et al. 2019a), siehe auch Empfehlung 2.3.1

72  
Good-Practice-Beispiel: Projekt #visible der HPE: <https://www.visible.co.at> [abgerufen am: 29. 04. 2022]

Tabelle 3.5:

Erste Überlegungen zu einer Umsetzung der Empfehlung „Förderung der Peer-Bewegung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch die Implementierung und den Ausbau von Peer-Angeboten für eine junge Zielgruppe“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
<b>nächste Schritte</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etablieren von Peer-Arbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung</li> <li>2. Bekanntmachen von Interventionsprogrammen unter Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in bestehenden Helfersystemen und Verankerung von Angeboten als Teil des psychosozialen Angebotsspektrums (siehe Empfehlung 2.3.3)</li> <li>3. Entwicklung von Qualitätskriterien für Schul- und Studierendenprojekte – Verankerung des Einbezugs von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung als Standard</li> <li>4. Förderung von Peer-to-Peer-Initiativen mit Fokus auf mentale Gesundheit in den Bereichen Schule, Universität und Jugendorganisationen</li> <li>5. Ausbau und finanzielle Förderung bestehender Peer-Initiativen für Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischer Krisenerfahrung</li> <li>6. Förderung bereits bestehender peerunterstützter Initiativen für Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen</li> <li>7. Förderung von Selbsthilfeinitiativen für junge Menschen mit psychischer Krisenerfahrung und für Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen</li> </ol>
<b>Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung</b>	<p>Institutionen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Kliniken, psychosoziale Dienste, Ambulatorien, Reha-Einrichtungen; transitionspsychiatrische Stationen und Einrichtungen), Fachgesellschaften (ÖGKJP, ÖGPP), Schulen, Universitäten, Jugendorganisationen, HPE, Dachverband IDEE Austria und alle zugehörigen Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, Peer-Ausbildungsstätten</p>
<b>Finanzierung/Ressourcen</b>	<p>Gesundheits-, Sozial-, Bildungs-, Familien- und Jugendressorts des Bundes und der Länder, ÖH, Studierendenberatung, Erasmus +, Jugendorganisationen (z. B. Pfadfinder ...), Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychosoziale Versorgung, Universitätskliniken/ Universität (Evaluation)</p>
<b>Art der Umsetzung</b>	<p>Adaption von Bestehendem, Umsetzungsarbeit, Entwicklungsarbeit (Ausbildung)</p>

Quelle: AG kollektive Ebene; Darstellung: GÖG

### 3.3.6 Medienwirksames Bekanntmachen der Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und der Angehörigenbewegung in der Öffentlichkeit

Benachteiligte Gruppen, die sich im Rahmen sozialer Bewegungen als Kollektiv für die Durchsetzung ihrer Anliegen einsetzen, sind in mehrfacher Hinsicht darauf angewiesen, ihre Sichtbarkeit in der Öffentlichkeit zu erhöhen. Die Steigerung der Sichtbarkeit ist zunächst notwendig, um eine Vernetzung mit und einen Austausch zwischen Personen, die sich in einer vergleichbaren Situation befinden, zu erreichen, um daraus eine starke Community mit gemeinsamer Gruppenidentität und gemeinsamen Zielen zu schaffen. Um eine Verbesserung der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erreichen, ist neben dem Ausbau von

Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden (siehe Empfehlung 3.3.1), und dem Ausbau der laut UN-BRK geforderten Partizipation (siehe Empfehlung 3.3.2) auch der Ausbau der öffentlichen Präsenz der Interessengruppierungen und die mediale Bekanntmachung ihrer Ziele ganz zentral: „Eine Bewegung, über die nicht berichtet wird, findet nicht statt“ (Raschke 1985; zitiert nach Rucht 1994). Um die öffentliche Aufmerksamkeit zu erhöhen, werden häufig unterschiedliche Formen des Protests, Aktivismus und öffentlichkeitswirksame Events eingesetzt. So werden z. B. im Rahmen der ursprünglich aus Kanada und England stammenden Mad-Pride-Bewegung medienwirksame Events, Demos und Festivals (Rashed 2019) abgehalten – mittlerweile auch in weiteren europäischen Ländern<sup>73</sup>. Ein Projekt, das explizit eine Inklusionsbewegung in Österreich sichtbar macht, ist z. B. „Geschichte der Behindertenbewegung in Österreich“.<sup>74</sup>

Derzeit erfolgt die Bekanntmachung von regionalen Selbsthilfe- und Peer-Beratungsangeboten, Organisationen sowie Landes- und Bundesverbänden, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung bzw. erfahrenen Angehörigen geleitet werden, über Mundpropaganda, Flyer, Homepages, aber deutlich seltener durch systematische Vermittlung über professionelle Systempartner (z. B. selbsthilfefreundliche Krankenhäuser) und nur vereinzelt über Medienbeiträge oder Auftritte in sozialen Medien. Die Inhalte, die über die Medien transportiert werden, beziehen sich dabei in erster Linie auf die Sensibilisierung für psychische Gesundheit, die Aufklärung der Bevölkerung über psychische Krisen oder Erkrankungen, die besondere Situation Angehöriger<sup>75</sup> und die Bekanntmachung von Unterstützungsangeboten, aber kaum auf die soziale Bewegung selbst und die von ihr verfolgten Ziele.

In der Vergangenheit wurden bereits in vielen Ländern Medienkampagnen oder mediale Berichterstattung eingesetzt, um psychische Gesundheit zu fördern, auf Hilfseinrichtungen aufmerksam zu machen oder stigmatisierende Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen abzubauen. Die Evidenz hinsichtlich der Effektivität solcher Medienkampagnen war bislang jedoch gemischt. Gründe für die mangelnde Effektivität solcher Zugänge werden in der fehlenden Verknüpfung mit anderen Public-Health-Maßnahmen, der geringen Breite angewandter Öffentlichkeitsarbeit und der mangelnden Finanzierung für die Implementierung langfristigerer und nachhaltigerer Medienstrategien gesehen (Niederkrötenhaler et al. 2014; Till et al. 2013).

Gezielte und umfassende Förderung und Finanzierung dauerhafter und mit Begleitmaßnahmen abgestimmter Öffentlichkeitsarbeit der betreffenden Organisationen ist daher notwendig, um auch verstärkt die Anliegen und Ziele sowie den gesellschaftlichen Nutzen der Bewegung der Expertinnen

---

73

siehe z. B. Mad Pride Schweiz: <https://madpride.ch> [abgerufen am 11. 04. 2022], „Mad and Disability Pride Parade“ in Berlin: <https://www.pride-parade.de> [abgerufen am 11. 04. 2022]

74

siehe <http://bidok.uibk.ac.at/projekte/behindertenbewegung> [abgerufen am 11. 04. 2022]

75

siehe z. B. #visible: <https://www.visible.co.at> [abgerufen am 11. 04. 2022]

und Experten aus eigener Erfahrung bzw. erfahrener Angehöriger aufzuzeigen und bekannt zu machen. Durch Ausbau der Informationen auf Homepages<sup>76</sup> und in sozialen Medien<sup>77</sup>, Medienauftritte und runde Tische, die Organisation von Events sowie Vernetzung und verstärkte Zusammenarbeit mit PR-Spezialistinnen und -Spezialisten, Journalistinnen und Journalisten, Medienvertreterinnen und -vertretern, Schriftstellerinnen und Schriftstellern, Meinungsbildnerinnen und -bildnern, Influencerinnen und Influencern und weiteren Prominenten sollen Sichtbarkeit und mediale Präsenz erhöht und soll auf diese Weise die Öffentlichkeit für die Anliegen der Bewegung sensibilisiert werden.

Neben der Förderung der Öffentlichkeitsarbeit auf Ebene der Organisationen sollen auch Aufklärungs- und Anti-Stigma-Kampagnen<sup>78</sup> genutzt werden, um die Anliegen und Ziele der Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und der Angehörigenbewegung in der Öffentlichkeit bekannt zu machen (Menschenrechts- und Inklusionsagenden). Zukünftige Anti-Stigma-Kampagnen sollen jedenfalls auch (von Beginn an) dialogisch konzipiert werden. Darüber hinaus sollen die Anti-Stigma-Bemühungen in Österreich durch eine koordinierte Öffentlichkeitsarbeit des Gesundheitsministeriums (oder einer anderen zentralen Stelle) begleitet werden, um eine nachhaltigere Wirkung zu erzielen.

---

76

Bei jeder Art Förderung und Finanzierung soll ein besonderes Augenmerk auf die Unabhängigkeit der Organisationen von der Industrie (speziell der Pharma-Industrie) und den finanziellen Interessen anderer Akteurinnen und Akteure gelegt werden, siehe z. B. Dachverband IDEE Austria: <https://www.dv-idee.at> [abgerufen am 11. 04. 2022]

77

siehe z. B. Facebook-Seite des Vereins Lichterkette: <https://www.facebook.com/VereinLichterkette> [abgerufen am 11. 04. 2022]

78

z. B. Anti-Stigma-Kampagne #DARUEBERREDENWIR des Psychosozialen Dienstes (PSD) Wien: <https://darueberredenwir.at>, Schulungsprogramm der pro mente Austria „Erste Hilfe für die Seele“: <https://www.erstehilfefuerdieseesele.at> [beide abgerufen am 27. 12. 2022]

Tabelle 3.6:

Erste Überlegungen zu einer Umsetzung der Empfehlung „Medienwirksames Bekanntmachen der Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und der Angehörigenbewegung in der Öffentlichkeit“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
<b>nächste Schritte</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Förderung der Öffentlichkeitsarbeit der Organisationen vorseiten der Länder und des Bundes</li> <li>2. Vernetzung und Zusammenarbeit mit regionalen und überregionalen PR- und Medienexpertinnen und -experten</li> <li>3. Thematisierung der Menschenrechts- und Inklusionsagenden im Rahmen bestehender Aufklärungs- und Anti-Stigma-Kampagnen</li> <li>4. Einrichtung einer zentralen Stelle für begleitende Öffentlichkeitsarbeit der Anti-Stigma- und Inklusionsstrategien in Österreich</li> </ol>
<b>Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung</b>	Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, Angehörigenorganisationen (HPE), Berufsverbände/Fachgesellschaften (z. B. ÖGPP, BÖP, ÖBVP), Journalistinnen und Journalisten / Medienvertreter:innen weitere Unterstützer:innen (z. B. Meinungsbildner:innen, prominente Personen, Influencer:innen), Anbieter bestehender Aufklärungs- und Anti-Stigma-Kampagnen (z. B. Bündnis gegen Depression, PSD Wien, pro mente Austria), Abteilung Kommunikation und Service (AKS) des BMSGPK
<b>Finanzierung/Ressourcen</b>	Gesundheits- und Sozialressorts des Bundes und der Länder
<b>Art der Umsetzung</b>	Adaption von Bestehendem

Quelle: AG kollektive Ebene; Darstellung: GÖG

### 3.3.7 Zusammenarbeit bzw. Zusammenschluss mit anderen strukturell benachteiligten Gruppen

Psychosoziale Gesundheit ist stark von gesellschaftsstrukturellen Ungleichheiten und Armut geprägt und deshalb ein wichtiges und übergreifendes Thema für alle Gruppen, die gegen Diskriminierungsformen kämpfen beziehungsweise von diesen betroffen sind. Daraus entsteht die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen diversen sozialen Gruppen, zum Beispiel mit LGBTQI+-Personen, Personen mit Migrationshintergrund, Personen mit Behinderungen wie auch mit benachteiligten Jugendlichen. Hauptziele innerhalb von Peer- und Selbsthilfegruppen in unterschiedlichen Bereichen sind hierbei die Schaffung von Anerkennung, das Verwirklichen einer Förderung gesellschaftlicher Diversität, die Herstellung von Verständnis und die Verankerung des Mainstreamings von Mental Health<sup>79</sup>.

In Österreich gibt es eine Reihe von Organisationen und Gruppen, die in Bezug auf die Stärkung der Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung in Österreich relevant sind.

79

Mit dem Begriff „mainstreaming mental health“ ist gemeint, dass im Zuge von Politikgestaltung direkt auf psychische Gesundheit Bezug genommen wird, was lange Zeit vernachlässigt wurde. Vergleiche dazu Ustün (2000)

Eine wichtige Bundesvertretung für Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung stellt der Dachverband IDEE Austria<sup>80</sup> dar: eine unabhängige Interessenvereinigung von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung für psychische Gesundheit, die zentrale Anliegen und Aktivitäten der Interessenvertretungen und Selbsthilfeorganisationen in Österreich bündelt und diese gegenüber Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern in Politik und Verwaltung vertritt.

Im Österreichischen Behindertenrat (ÖBR), der Interessenvertretung für 1,4 Millionen Menschen mit Behinderungen in Österreich, sind mehr als 80 Mitgliedsorganisationen vernetzt.<sup>81</sup> Schon länger ist etwa die WAG (Assistenzgenossenschaft) im ÖBR vertreten und seit kurzem auch BIZEPS (Zentrum für Selbstbestimmtes Leben Wien) und der DV IDEE Austria.

Eine weitere wichtige Vernetzungsplattform stellt die Armutskonferenz<sup>82</sup> dar, in der auch Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung mit psychischen Erkrankungen vertreten sind.

Was bisher in Bezug auf Vernetzung und Zusammenarbeit jedoch fehlt, ist einerseits eine intensivere und nicht bloß lose Verbundenheit einzelner Organisationen und andererseits auch ein spezifischer Peer-Schwerpunkt – und zwar aus der Perspektive von Menschen, die unterschiedliche Formen von Benachteiligungen erleben. Dies würde einerseits gegenseitiges Lernen ermöglichen (z. B. in Bezug auf das Geltendmachen von Rechten), andererseits zugleich einer „Verinselung“ von Bedarfen, Forderungen und Notwendigkeiten entgegenwirken, Benachteiligungen auf der Basis von Intersektionalitäten aufzeigen wie auch eine weitaus deutlichere Sichtbarkeit nach außen ermöglichen.

---

80

<https://www.dv-idee.at> [abgerufen am 09. 04. 2022]

Etliche wichtige Peer-Organisationen im Bereich von Menschen mit Behinderungen sind jedoch nicht im ÖBR vertreten (z. B. Selbstbestimmt Leben Österreich (SLIÖ), SVZ (Selbstvertretungs-Zentrum Wien von Menschen mit Lernschwierigkeiten, WIBS (Beratungs-Stelle für/von Menschen mit Lernschwierigkeiten), bringen jedoch sehr viel Erfahrung und Expertise in Bezug auf die Peer-Bewegungen im Bereich der Menschen mit Behinderung mit.

81

Österreichischer Behindertenrat: <https://www.behindertenrat.at> [abgerufen am 22. 03. 2022]

82

Armutskonferenz: <https://www.armutskonferenz.at> [abgerufen am 22. 03. 2022]



Um die Bewegung von Expertinnen und Experten aus Erfahrung in Österreich zu stärken, könnten etwa im Sinne gegenseitigen Lernens Projekte, die bereits in Bezug auf eine strukturell benachteiligte Gruppe durchgeführt wurden, adaptiert und auf andere strukturell benachteiligte Gruppen übertragen werden.<sup>83</sup>

Tabelle 3.7:

Erste Überlegungen zu einer Umsetzung der Empfehlung „Zusammenarbeit bzw. Zusammenschluss mit anderen strukturell benachteiligten Gruppen“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
<b>nächste Schritte</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Ausbau und Intensivierung bereits existierender Vernetzung zwischen Organisationen</b>, die sich in Österreich für die Rechte benachteiligter Gruppen einsetzen (sowohl aus Selbstbetroffenheits- als auch aus Angehörigenperspektive)</li> <li>2. <b>Aufbau einer Projekt- und Ideendatenbank mit Peer-Fokus</b> über benachteiligte „Gruppen“ in Österreich als Grundlage für gegenseitiges Lernen</li> <li>3. <b>Intensivierung der Sichtbarkeit nach außen</b> (z. B. Medienauftritte, runde Tische und Aufklärungskampagne zur Mental Health als Menschenrecht mit Teilnahme diverser sozialer Gruppen)</li> <li>4. <b>Events, Diskussionen und Projekte zu Diversität</b> in Bezug auf psychische Vielfalt bei Selbsthilfe- und Peer-Organisationen unterschiedlicher Gruppen</li> <li>5. <b>gemeinsame Entwicklung von Materialien und Ressourcen</b> zum Thema Mental Health und Peer-Support für unterschiedliche soziale Gruppen</li> </ol>
<b>Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung</b>	Vertreter:innen von Organisationen, die sich in Österreich für die Rechte benachteiligter „Gruppen“ einsetzen (sowohl aus Selbstbetroffenheits- als auch aus Angehörigenperspektive)
<b>Finanzierung/Ressourcen</b>	zusätzliche Förderungen für Organisationen durch diverse öffentliche Stellen (Bundesministerien, Ressorts der Länder, SMS etc.)
<b>Art der Umsetzung</b>	Adaption von Bestehendem wie auch Umsetzungsarbeit und Entwicklungsarbeit

Quelle: AG kollektive Ebene; Darstellung: GÖG

83

Als Beispiel sei das Projekt PEERMENT (2019–2021) erwähnt, ein ESF-Projekt zu Peer-Mentoring (Informationen zum Projekt via <https://initiative.minderheiten.at/wordpress/index.php/2020/02/peer-mentoring>) [abgerufen am 22. 03. 2022]. PEERMENT ist ein Projekt zum Peer-Mentoring für Personen mit Migrationshintergrund, Geflüchtete und ethnische Minderheiten mit Interesse an höherer Bildung – die Ergebnisse dieses Projekts gehen dabei weit über die Projektspezifika hinaus und ermöglichen Lernen zum Thema Peer-Mentoring für andere benachteiligte „Gruppen“ wie auch Kontexte. Ein weiteres Beispiel ist der neunerhaus Peer Campus, bei dem es um Peer-Arbeit in der Wohnungslosenhilfe geht: Bildung, Austausch und Vernetzung (<https://www.neunerhaus.at/konzepte/peer-campus> [abgerufen am 22. 3. 2022]). Auch aus diesem Projekt lassen sich viele wertvolle Ideen wie auch Erfahrungswissen auf andere Bereiche übertragen.

### 3.3.8 Schaffung und rechtliche Verankerung unabhängiger Beschwerdestellen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige in den Bundesländern

Wenn sich Menschen mit psychischen Erkrankungen oder deren Angehörige an eine Beschwerdeinstanz wenden, die an eine Institution angeschlossen ist, haben sie häufig das Gefühl, dass diese eher auf der Seite der Einrichtung steht und Beschwerden nicht in ihrem Sinne behandelt werden. Es bedarf daher besonderer Unterstützung und Einfühlungsvermögens, Nutzer:innen von psychosozialen Versorgungsangeboten dazu zu ermutigen und zu unterstützen, sich für ihre Rechte einzusetzen und damit indirekt auch die psychiatrische und psychosoziale Versorgung (inklusive forensisch-therapeutischer Zentren) einer Region im Sinne von Qualitätssicherung zu verbessern. Unabhängige Beschwerdestellen, wie sie bereits in Deutschland<sup>84</sup> bestehen, könnten das erleichtern.

Um die Anliegen der Personen mit psychischen Erkrankungen verstärkt in das Gesundheitssystem zu integrieren, soll daher je eine unabhängige Beschwerdestelle pro Bundesland geschaffen werden, die für Beschwerden von Nutzerinnen und Nutzern des Leistungsangebots sowohl in der stationären Psychiatrie (inkl. der forensischen Abteilungen und der forensisch-therapeutischen Zentren) als auch in der extramuralen psychosozialen Versorgung zuständig ist.

Die Voraussetzungen für unabhängige Beschwerdestellen<sup>85</sup> sind:

- » Die unabhängigen Beschwerdestellen sowie ihre Basis- und Regelfinanzierung werden auf Bundes- und Landesebene gesetzlich verankert.
- » Diese Beschwerdestellen sind unabhängig und weisungsfrei.
- » Die Leistungserbringer:innen psychosozialer Angebote werden verpflichtet, mit diesen Beschwerdestellen zusammenzuarbeiten<sup>86</sup>.
- » Diese Beschwerdestellen werden von ausgebildeten Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet.
- » Diese Beschwerdestellen arbeiten nach dem dialogischen Prinzip.

---

84

„Unabhängige Beschwerdestellen“ (stationäre Psychiatrie) – BRD – PsychKG Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie ([beschwerde-psi.chiatrie.de](http://beschwerde-psi.chiatrie.de) [abgerufen am 31. 03. 2022])

85

gemäß dem deutschen Bundesnetzwerk Standards für unabhängige Beschwerdestellen: <http://www.beschwerde-psi.chiatrie.de/grundlagen.htm> [abgerufen am 31. 03. 2022]

86

Beispiel Kooperationsvertrag (Bundesnetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie – Deutschland: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http://www.beschwerde-psi.chiatrie.de/download/KooperationsvereinbarungBeschwerdestelle.doc&wdOrigin=BROWSELINK> [abgerufen am 31. 03. 2022])

- » Die Beschwerden werden in diesen unabhängigen Beschwerdestellen ggf. trialogisch bearbeitet, und dem:der Beschwerdeführer:in werden Lösungsvorschläge unterbreitet (u. a. auch Verweis auf Stellen, die weitere Unterstützung anbieten)
- » Die Arbeitsleistung der Mitarbeiter:innen dieser unabhängigen Beschwerdestellen wird finanziell abgegolten.
- » Die Arbeit dieser Beschwerdestellen ist für die Beschwerdeführenden kostenlos.
- » Diese Beschwerdestellen werden im Auftrag der Beschwerdeführenden tätig.
- » Es besteht eine strikte Verschwiegenheitsverpflichtung der Mitarbeiter:innen dieser Beschwerdestellen in Hinblick auf alle personenbezogenen Angelegenheiten und Daten der Beschwerdeführenden.
- » Diese unabhängigen Beschwerdestellen arbeiten mit bestehenden Angeboten/Institutionen (Patientenanzwaltschaften nach dem Unterbringungsgesetz (UbG), Patientenvertretungen der Bundesländer, Besuchskommissionen der Volksanwaltschaft, Verein Recht und Gerechtigkeit im Maßnahmenvollzug (RGM)87, Behindertenanzwaltschaften, Monitoringstellen) zusammen (u. a. auch Identifikation und Meldung von Systemschwächen).

Tabelle 3.8:

Erste Überlegungen zu einer Umsetzung der Empfehlung „Schaffung rechtlich verankerter unabhängiger Beschwerdestellen in den Bundesländern“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
<b>nächste Schritte</b>	1. gesetzliche Verankerung 2. Konzeptentwicklung für den Aufbau und die Finanzierung unabhängiger Beschwerdestellen in den Bundesländern 3. Aufbau unabhängiger Beschwerdestellen in den Bundesländern
<b>Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung</b>	Gesundheits-, Sozial- und Justizressorts im Bund und in den Bundesländern, Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, Angehörigenorganisationen, Anbieter:innen psychosozialer Versorgung, ggf. Sozialversicherungsträger
<b>Finanzierung/Ressourcen</b>	Basis- und Regelfinanzierung müssen von den o. g. Ressorts bereitgestellt werden.
<b>Art der Umsetzung</b>	Umsetzungs-/Entwicklungsarbeit

Quelle: AG kollektive Ebene; Darstellung: GÖG

## 4 Literatur

Alonso, Marta; Guillén, Ana Isabel; Muñoz, Manuel (2019): Interventions to reduce internalized stigma in individuals with mental illness: A systematic review. In: *The Spanish journal of psychology* 22/e27:1–14

Angermeyer, M. C.; Grausgruber, A.; Hackl, E.; Moosbrugger, R.; Prandner, D. (2021): Evolution of public beliefs about schizophrenia and attitudes towards those afflicted in Austria over two decades. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 56/8:1427–1435

Bäuml, Josef; Pitschel-Walz, Gabriele (2018): Psychoedukation: Bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen". Klett-Cotta, Stuttgart

Behrendt, B.; Pitschel-Walz, G. (2008): Evaluation psychoedukativer Interventionen. In: *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Hg. v. Bäuml, J.; Pitschel-Walz, G. Schattauer, Stuttgart S. 270–284

Beresford, Peter; Russo, Jasna (Hrg.) (2021): *The Routledge International Handbook of Mad Studies*. Routledge, London

BKA; BMLFUW (2008): *Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung. Empfehlungen für die gute Praxis* Bundeskanzleramt; Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft, Wien

BMSGPK (2016): *UN-Behindertenrechtskonvention. Deutsche Übersetzung der Konvention und des Fakultativprotokolls*, Wien

BMSGPK (2020a): *Evaluierung des Nationalen Aktionsplans Behinderung 2012–2020*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

BMSGPK (2020b): *Positionspapier des Beirates für psychische Gesundheit zur Sicherstellung einer bundesweiten Regelfinanzierung für die Betroffenenvertretung*. unveröffentlicht. Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

Brohan, Elaine; Elgie, Rodney; Sartorius, Norman; Thornicroft, Graham; Group, GAMIAN–Europe Study (2010): Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN–Europe study. In: *Schizophrenia Research* 122/1–3:232–238

Byrom, N. (2018): An evaluation of a peer support intervention for student mental health. In: *J Ment Health* 27/3:240–246

Chamberlin, Judi (1990): *The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're Going*. In: *The Journal of Mind and Behavior* 11/3/4:323–336

Conley, Colleen S; Hundert, Carol G; Charles, Jennifer LK; Huguene, Brynn M; Al-khouja, Maya; Qin, Sang; Paniagua, Deysi; Corrigan, Patrick W (2020): *Honest, open, proud-college*:

- Effectiveness of a peer-led small-group intervention for reducing the stigma of mental illness. In: *Stigma Health* 5/2:168
- Corrigan, P. W.; Larson, J. E.; Michaels, P. J.; Buchholz, B. A.; Rossi, R. D.; Fontecchio, M. J.; Castro, D.; Gause, M.; Krzyzanowski, R.; Rusch, N. (2015): Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. In: *Psychiatry Res* 229/1-2:148-154
- Crowther, A.; Taylor, A.; Toney, R.; Meddings, S.; Whale, T.; Jennings, H.; Pollock, K.; Bates, P.; Henderson, C.; Waring, J.; Slade, M. (2019): The impact of Recovery Colleges on mental health staff, services and society. In: *Epidemiol Psychiatr Sci* 28/5:481-488
- Davidson, L.; Bellamy, C.; Guy, K.; Miller, R. (2012): Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. In: *World Psychiatry* 11/2:123-128
- De Col, Christine; Seewald, Günther; Meise, Ullrich (2004): Individuelle Bewältigung von Stigmatisierung und Diskriminierung. In: *Psychiatrische Rehabilitation*. Springer. S. 874-861
- Degener, Theresia (2016): Disability in a Human Rights Context. In: *Laws* 5/35:
- DGPPN (Hg.) (2019): *Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.*, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Berlin
- Fancourt, Daisy; Finn, Saoirse (2019): What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Finzen, Asmus (2013): *Stigma psychische Krankheit: Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen.* Psychiatrie-Verlag GmbH, Köln
- Fricker, Miranda (2007): *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing.* Oxford University Press, New York
- Gasser, Dorothea (2008): *Kinderarmut in Tirol.* Diplomarbeit, Innsbruck
- Gillard, S.; Gibson, S. L.; Holley, J.; Lucock, M. (2015): Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: a qualitative research study. In: *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 24/5:435-445
- Gruber, Dominik; Böhm, Martin (2020): *Psychiatrieerfahrene für Psychatriebetroffene. Evaluierung des Projekts „Psychiatrieerfahrene für Psychatriebetroffene“ sowie der Potentiale und Rahmenbedingungen für die Beschäftigung psychiatrieerfahrener Personen in Niederösterreich.* pro mente OÖ, Abteilung Qualitätsmanagement, Team Forschung & Projekte, Linz
- Gruber, Dominik; Böhm, Martin; Wallner, Marlene; Koren, Gernot (2018): *Sozialpsychiatrie: Trends und Herausforderungen.* In: *Sozialpsychiatrie – Theoretische Grundlagen und praktische Einblicke.* Hg. v. Schöny, Werner. Springer, Linz. S. 272-S. 225

- Guehne, Uta; Weinmann, Stefan; Arnold, Katrin; Becker, Thomas; Riedel-Heller, Steffi (2014): Training sozialer Fertigkeiten bei schweren psychischen Erkrankungen. In: Psychiatrische Praxis 41/04:e1-e17
- Jacob, Jutta; Köbsell, Swantje; Wollrad, Eske (Hg.) (2010): Gendering Disability: Intersektorale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. transcript Verlag, Bielefeld
- Jesser, Andrea; Schmalwieser, Susanne; Mädge, Anna-Lena; Culen, Caroline; Schrank, Beate; Böckle, Markus (2021): Chancen niederschwelliger online Peer-to-Peer Begleitung für Jugendliche am Beispiel der Online-Plattform OPEN. In: Psychotherapie Forum 25/3:154-160
- Kaushik, A.; Kostaki, E.; Kyriakopoulos, M. (2016): The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. In: Psychiatry Res 243/:469-494
- Knuf, Andreas (2008): Selbststigmatisierung überwinden. In: Kontakt 3:4-8
- Kranke, D. A.; Floersch, J.; Kranke, B. O.; Munson, M. R. (2011): A qualitative investigation of self-stigma among adolescents taking psychiatric medication. In: Psychiatr Serv 62/8:893-899
- Kreiner, Barbara; Baranyi, Andreas; Stepan, Alexandra; Rothenhäusler, Hans-Bernd (2012a): Psychoedukation und Lebensqualität: Eine Erweiterung der Grazer Evaluationsstudie (Teil 1). In: neuropsychiatrie 26/1:7-14
- Kreiner, Barbara; Baranyi, Andreas; Stepan, Alexandra; Rothenhäusler, Hans-Bernd (2012b): Psychoedukation und Lebensqualität: Eine Erweiterung der Grazer Evaluationsstudie (Teil 2). In: neuropsychiatrie 26/1:15-22
- Lenz, A. (2017): Kinder psychisch kranker Eltern. Hogrefe Verlag, Göttingen
- 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
- McLean, Athena (2010): The mental health consumers/survivors movement in the United States. A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems, 2nd ed, Cambridge University Press, 461-477
- Moses, T. (2009): Self-labeling and its effects among adolescents diagnosed with mental disorders. In: Soc Sci Med 68/3:570-578
- Moses, Tally (2010): Adolescent mental health consumers' self-stigma: Associations with parents' and adolescents' illness perceptions and parental stigma. In: Journal of Community Psychology 38/6:781-798
- Mulfinger, N.; Müller, S.; Böge, I.; Sakar, V.; Corrigan, P. W.; Evans-Lacko, S.; Nehf, L.; Djamali, J.; Samarelli, A.; Kempter, M.; Ruckes, C.; Libal, G.; Oexle, N.; Noterdaeme, M.; Rüscher, N.

- (2018): Honest, Open, Proud for adolescents with mental illness: pilot randomized controlled trial. In: *J Child Psychol Psychiatry* 59/6:684–691
- Mulfinger, N.; Rüscher, N.; Bayha, P.; Müller, S.; Böge, I.; Sakar, V.; Krumm, S. (2019): Secrecy versus disclosure of mental illness among adolescents: I. The perspective of adolescents with mental illness. In: *J Ment Health* 28/3:296–303
- Niederkrötenhaler, T.; Reidenberg, D. J.; Till, B.; Gould, M. S. (2014): Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: the role of mass media. In: *Am J Prev Med* 47/3 Suppl 2:235–243
- Nowotny, M.; Strizek, J.; Ladurner, J. (2020): Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich – Teil 1 und 2. *Gesundheit Österreich, Wien*
- Perkins, R.; Repper, J. (2017): When is a "recovery college" not a "recovery college"? In: *Mental Health and Social Inclusion* 21/2:65–72
- Perkins, Rachel; Repper, Julie; Rinaldi, Miles; Brown, Hellen (2012): 1. Recovery Colleges. *Implementing Recovery through Organisational Change*. London
- Petersen, Jörn (2020): Recovery- und Empowerment Colleges in Deutschland – Ein neuer Schib für beteiligungsorientierte Bildungskonzepte in der Sozialpsychiatrie. In: *Kerbe* 4:22–25
- PRIKOP; Verein EX-IN Schweiz; Fachverband Peer+ (2020): *Praxisempfehlungen zur Anstellung von Peers in Institutionen*. Brüggl Medien, Basel
- Raschke, Joachim (1985): *Soziale Bewegungen : ein historisch-systematischer Grundriß*. Campus Verlag, Frankfurt am Main, New York
- Rashed, Mohammed (2019): *Madness & the Demand for Recognition: A Philosophical Inquiry into Identity & Mental Health Activism*. Oxford University Press, Oxford
- Rucht, Dieter (1994): Öffentlichkeit als Mobilisierungsfaktor für soziale Bewegungen. In: *Öffentlichkeit, öffentliche Meinung, soziale Bewegungen*. Hg. v. Neidhardt, Friedhelm. Westdeutscher Verlag, Opladen. S. 358–S. 337
- Rüscher, Nicolas (2020): *Das Stigma psychischer Erkrankung. Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung*. Elsevier, München
- Rüscher, 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* 56/:1513–1526
- Rüscher, Nicolas; Nehf, Luise; Djamali, Julia; Mulfinger, Nadine; Müller, Sabine (2019a): In Würde zu sich stehen – Ein peer-geleitetes Gruppenprogramm für Jugendliche mit psychischen Erkrankungen. In: *Nervenheilkunde* 38/01:30–34

- Rüsch, Nicolas; Oexle, Nathalie; Reichhardt, Lea; Ventling, Stephanie (2019b): In Würde zu sich stehen – Konzept und Wirksamkeit eines peer-geleiteten Programms zu Offenlegung und Stigmabewältigung. In: *Psychiatr Prax* 46/02:97–97–102
- Schenner, M.; Kohlbauer, D.; Meise, U.; Haller, C.; Pixner–Huber, M.; Sturz, K.; Gunther, V. (2018): [“StigMa” – Evaluation of a Psychological Therapy Program for Stigma–Management]. In: *Psychiatr Prax* 45/1:16–22
- Schenner, Manuela; Kohlbauer, Daniela; Stippler–Korp, Maria; Meise, Ullrich; Günther, Verena (2016): StigMa–Die Entwicklung des Therapieprogramms Stigma–Management. In: *Psychiatrische Praxis* 43/01:45–52
- Schneitter, I. (2004): Stigmatisierung, Selbststigmatisierung und Bewältigungsstrategien psychisch Kranker. Diplomarbeit, Innsbruck
- Silverman, Michael J (2013): Effects of music therapy on self–and experienced stigma in patients on an acute care psychiatric unit: A randomized three group effectiveness study. In: *Archives of Psychiatric Nursing* 27/5:223–230
- Sprague, Laurel; Afifi, Rima; Ayala, George; El–nasoor, Musah Lumumba (2019): Participatory praxis as an imperative for health–related stigma research. In: *BMC Medicine* 17/1:32
- 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
- Strizek, Julian; Nowotny, Monika; Puhm, Alexandra (Hg.) (in Vorbereitung): Empfehlungen zur Reduktion von struktureller Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Gesundheit Österreich, Wien
- Sweeney, Angela (2016): Why Mad Studies needs survivor research and survivor research needs Mad Studies. In: *A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice* 5/3:36–61
- Sweeney, Angela; Beresford, Peter (2020): Who gets to study whom: survivor research and peer review processes. In: *Disability & Society* 35/7:1189–1194
- Till, B.; Sonneck, G.; Baldauf, G.; Steiner, E.; Niederkrotenthaler, T. (2013): Reasons to love life. Effects of a suicide–awareness campaign on the utilization of a telephone emergency line in Austria. In: *Crisis* 34/6:382–389
- Toney, R.; Knight, J.; Hamill, K.; Taylor, A.; Henderson, C.; Crowther, A.; Meddings, S.; Barbic, S.; Jennings, H.; Pollock, K.; Bates, P.; Repper, J.; Slade, M. (2019): Development and Evaluation of a Recovery College Fidelity Measure. In: *Can J Psychiatry* 64/6:405–414
- United Nations (2018): General comment No. 7 on the participation of persons with disabilities, including children with disabilities, through their representative organisations, in the



implementation and monitoring of the Convention. Adopted on 9 November 2018. UN Doc CRPD. C/GC/7

- Ustün, T. B. (2000): Mainstreaming mental health. In: Bull World Health Organ 78/4:412–412
- 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
- Vernetzungsplattform (Hg.) (2021): Zentrale Anliegen der Vernetzungsplattform der Expert\_innen aus eigener Erfahrung für psychische Gesundheit. Kapitel 2.1 bis 2.3. Wien
- Waldschmidt, Anne (Hg.) (2022): Handbuch für Disability Studies. Springer, Wiesbaden
- Wallcraft, Janet; Read, J.; Sweeney, Angela (2003): On Our Own Terms: Users and Survivors of Mental Health Services Working Together for Support and Change. Hg. v. Health, The Sainsbury Centre for Mental. York Publishing Services, York
- WHO (2021): Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Hg. v. Organization, World Health. World Health Organisation, Geneva
- Yanos, Philip T; Lysaker, Paul H; Silverstein, Steven M; Vayshenker, Beth; Gonzales, Lauren; West, Michelle L; Roe, David (2019): A randomized-controlled trial of treatment for self-stigma among persons diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 54/11:1363–1378
- Zuaboni, Gianfranco; Schulz, Michael; Löhr, Michael (2020): Recovery Colleges: Gemeinsam psychische Gesundheit und soziale Teilhabe durch Bildung fördern. In: Kerbe / Themenschwerpunkt 1/:25–27