

Empfehlungen für ein koordiniertes Vorgehen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen

Bericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung

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



Empfehlungen für ein koordiniertes Vorgehen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen

Bericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung

Autorinnen und Autoren sowie Mitwirkende der Arbeitsgruppe

Michaela Amering (MUW)	Sandra Macher (BMSGPK)
Martin Böhm (pro mente OÖ)	Martin Marlovits (VertretungsNetz)
Stefanie Brunmayr (BMKÖS)	Eleonore Miller-Reiter (PSD)
Ingrid Egger (BMBWF)	Ursula Naue (Uni Wien)
Anna Fox (BMSGPK)	Thomas Niederkrotenthaler (MUW)
Laura Fagner (MUW)	Monika Nowotny (GÖG)
Fabiola Gattringer (pro mente OÖ)	Alexandra Puhm (GÖG)
Katy Geertsen (ARTS for HEALTH AUSTRIA)	Julia Schitter (BMAW)
Alexander Grabenhofer-Eggerth (GÖG)	Michael Steffen (ehemals VertretungsNetz)
Johannes Gregoritsch (DVSV)	Julian Strizek (GÖG)
Alfred Grausgruber (JKU Linz)	Benedikt Till (MUW)
Dominik Gruber (pro mente OÖ)	Christopher Tupy (IDEE Austria)
Brigitte Heller (Lichterkette)	Andreas Vranek (DVSV)
Daniela Kern (GÖG)	Aleksandra Widhofner (BMKÖS)
Günter Klug (pro mente)	Hannah Zeisel (BMSGPK)
Edwin Ladinser (HPE)	Stefanie Zollner-Rieder (Caritas)
Mario Leitgeber (omnibus)	Constantin Zieger (BMSGPK)
Michaela Lödler (Verein Lichterkette)	

Großer Dank gebührt allen Expertinnen und Experten, die im Rahmen ihrer Arbeitszeit in den entsendenden Organisationen oder zum Teil auch unentgeltlich in ihrer Freizeit die Erstellung dieser Empfehlungen ermöglicht haben.

Redaktionelle Bearbeitung:

Alexandra Puhm (GÖG)
Julian Strizek (GÖG)
Monika Nowotny (GÖG)

Inhaltliche Betreuung durch das BMSGPK:

Christina Dietscher
Anna Fox
Sandra Macher
Constantin Zieger

Projektassistenz:

Matea Mijić

Expertinnen und Experten der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung (Stand 2023/2024):

Michaela Amering (MUW), Josef Baumgartner (BMSGPK), Martin Böhm (pro mente OÖ), Stefanie Brunmayr (BMKÖS), Alexandra Brunner (BMSGPK), Irene Burdich (HPE), Nikol Cernegova (VertretungsNetz), Christina Dietscher (BMSGPK), Andreas Eckwolf (BMAW), Ingrid Egger (BMBWF) Anna Fox (BMSGPK), Laura Fagner (MUW, Young Psychiatrists Austria), Hannah Frisch (Change for the Youth), Tatjana Gabrielli (PSD, SDW), Theresa Galanos (FGÖ), Michael Ganner (Universität Innsbruck), Dorothea Gasser (TIPSI), Fabiola Gattringer (pro mente OÖ), Alexander Grabenhofer-Eggerth (GÖG), Alfred Grausgruber (JKU), Johannes Gregoritsch (DVSU), Dominik Gruber (pro mente OÖ), Mona Heinrich (BMSGPK), Henriette Gschwendtner (EXIT-sozial), Andreas Heindl (ORF), Brigitte Heller (Verein Lichterkette), Franz-Joseph Huainig (ORF), Oana Iusco (Verein Achterbahn), Günther Klug (pro mente Austria), Kathrin Kneissel (BMKÖS), Edwin Ladinser (HPE), Meena Lang (BMKÖS), Mario Leitgeber (omnibus / IDEE Austria), Valerie Lust (BMSGPK), Angela Mach (SDW), Sandra Macher (BMSGPK), Ingrid Machold (Verein Freiräume), Martin Marlovits (VertretungsNetz), Eleonore Miller-Reiter (PSD Wien), Ursula Naue (Universität Wien), Monika Nowotny (GÖG), Manuela Pillei-Schenner (pro mente tirol), Alexandra Puhm (GÖG), Gerlinde Rohrauer-Näf (GÖG), Michael Steffen (ehemals VertretungsNetz), Silke Stiftinger (EXIT-sozial), Julian Strizek (GÖG), Johannes Ströhle (Verein omnibus), Benedikt Till (MUW), Christopher Tupy (IDEE Austria), Andreas Vranek (DVSU), Edith Wolf Perez (ARTS for HEALTH AUSTRIA), Natalia Zaleska (SDW), Hannah Zeisel (BMSGPK), Constantin Zieger (BMSGPK), Stefanie Zollner-Rieder (Caritas Österreich)

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

Wien, im März 2025

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

Zitiervorschlag: Puhm, Alexandra; Strizek, Julian; Nowotny, Monika, (Hg.) (2025): Empfehlungen für ein koordiniertes Vorgehen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Bericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung, Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/21/5061

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

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zu den Nachhaltigkeitszielen (SDG) 1, „Armut in allen ihren Formen und überall beenden“, 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“.

Kurzfassung

Hintergrund

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

Methode

Die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung hat seit 2020 Stigma entlang von vier Ebenen (Selbststigmatisierung, direkte Stigmatisierung, strukturelle Stigmatisierung und kulturelle Stigmatisierung) analysiert und für jede Ebene Empfehlungen formuliert, die jeweils in einem eigenen Zwischenbericht veröffentlicht wurden. Für den vorliegenden Empfehlungskatalog wurden die Empfehlungen der Zwischenberichte nach Handlungsfeldern gruppiert. Die so entstandenen Maßnahmenpakete geben den in den Zwischenberichten verfolgten breiten Ansatz wieder und beinhalten nicht nur Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung, sondern setzen auch an den Rahmenbedingungen und der Angebotsstruktur an, um nachhaltigere Wirkungen zu erzeugen. In einem zweiten Schritt wurden pro Handlungsfeld jene Maßnahmen ausgewählt, bei denen nach Einschätzung der Expertinnen und Experten der größte Handlungsbedarf besteht und in Kombination die größten Synergieeffekte zu erwarten sind und die in den nächsten fünf Jahren umsetzbar sind. Diese ausgewählten Maßnahmen werden als „Startpakete“ für den ersten Umsetzungsschritt in den jeweiligen Handlungsfeldern empfohlen.

Ergebnisse

Aus den insgesamt rund 100 Empfehlungen aus den vier Zwischenberichten wurden neun Maßnahmenpakete in neun Handlungsfeldern gebildet: (1) Legislative, Exekutive, Judikative, (2) Mental Health Advocacy, (3) Gesundheitsversorgung, (4) soziale Absicherung und selbstbestimmtes Leben, (5) Erwerbstätigkeit, (6) Bildung, (7) Medien, (8) Kunst und Kultur und (9) Wissenschaft. Die Startpakete enthalten insgesamt 32 priorisierte Empfehlungen in diesen Handlungsfeldern. Sie adressieren die von den Expertinnen und Experten ausgewählten zentralen Ansatzstellen und Maßnahmen mit dem größtmöglichen Synergieeffekt bei der Beseitigung von Stigma und der Förderung der Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Ausblick

Die erfolgreiche Umsetzung der Empfehlungen des Expertengremiums erfordert in einem nächsten Schritt die Erstellung eines Umsetzungskonzepts gemeinsam mit den Ländervertretungen

und den Umsetzungspartnern. Dieses betrifft etwa die Etablierung von Koordinationsstrukturen auf nationaler und regionaler Ebene, die regionale Vernetzung zentraler Stakeholder:innen und Umsetzungspartner sowie die Ausarbeitung von Finanzierungsmodellen, besonders für sektorübergreifende Anti-Stigma-Projekte und -Strukturen. Hierfür ist die Zusammenarbeit zwischen Politikbereichen gefragt.

Schlüsselwörter

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

Tabelle 1: Überblick über priorisierte Maßnahmen nach Handlungsfeldern:

Legislative, Exekutive, Judikative
Etablierung von Rahmenbedingungen für Partizipation und Schaffung einer gesetzlichen Verpflichtung auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene, Interessenvertretungen sowie Erfahrungsexpertinnen und -experten in alle Prozesse zu involvieren, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen (Maßnahme 1)
konsequente Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Problemlagen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Umsetzung des Behindertenrechts (Maßnahme 2)
Schaffung und rechtliche Verankerung unabhängiger Beschwerdestellen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige in den Bundesländern (Maßnahme 8)
Reformierung des Maßnahmenvollzugs und Ausgliederung aus dem Strafrecht sowie Überführung der Behandlung und Therapie psychisch erkrankter Menschen, die den Tatbestand eines Delikts verwirklicht haben, in das Gesundheitssystem der Länder (Maßnahme 11)
Schaffung und Ausbau gemeindenaher Leistungsangebote zur unterstützten Entscheidungsfindung, um die gleiche Anerkennung von Menschen mit psychischen Erkrankungen vor dem Recht faktisch umzusetzen (Maßnahme 13)
Bewusstseinsbildung bei zentralen Vertretungen der Staatsgewalten (Maßnahme 14)
Mental Health Advocacy
Ausbau der Basis- und Regelfinanzierung von Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, und von Angehörigenorganisationen (Maßnahme 15)
Förderung der Peer-Bewegung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch die Implementierung und den Ausbau von Peer-Angeboten für eine junge Zielgruppe (Maßnahme 17)
Etablierung von Recovery/Empowerment Colleges (Maßnahme 22)
Gesundheitsversorgung
Verbesserung der somatischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Maßnahme 25)
Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie und Verbesserung des Gewaltschutzes in psychosozialen Einrichtungen (Maßnahme 27)
Ausbau und Qualitätsverbesserung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung im Rahmen einer Nationalen Mental-Health-Strategie (Maßnahme 41)
Auf- und Ausbau der professionellen Peerarbeit durch gesetzliche und institutionelle Verankerung (Maßnahme 48)
Implementierung recoveryorientierter Strategien sowie von Angeboten zum Abbau von Selbststigmatisierung in der psychosozialen Versorgung (Maßnahme 50)
Steigerung der Anti-Stigma-Kompetenz durch dialogisch konzipierte und durchgeführte Schulungen in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe (Maßnahme 53)

Soziale Absicherung und selbstbestimmtes Leben
Prüfung der rechtlichen und finanziellen Auswirkungen einer Vollversicherung im Rahmen der Sozialversicherung (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung) bei Erreichen der Volljährigkeit, unabhängig von der Ausübung einer Beschäftigung und Erarbeiten von Möglichkeiten einer schrittweisen Umsetzung (Maßnahme 55)
angemessene finanzielle Absicherung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Feststellung des erhöhten Bedarfs finanzieller Mittel aufgrund psychischer Erkrankungen durch Referenzbudgets (Maßnahme 56)
Ausbau bedarfsgerechter Wohnangebote und Überwindung struktureller Mängel in der Betreuung in Wohneinrichtungen im Rahmen einer umfassenden Deinstitutionalisierungsstrategie (Maßnahme 58)
Schaffung bedarfsgerechter Angebote bei Wohnungslosigkeit durch Ausbau und Sicherstellung der Finanzierung von Housing-First-Modellen (Maßnahme 61)
Erwerbstätigkeit
Ausbau der Inklusionsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bezug auf den ersten Arbeitsmarkt (Maßnahme 64)
Vernetzung und Sensibilisierung über bereits bestehende Betriebsberatungsangebote, Strukturen, Initiativen zum Thema Entstigmatisierung am Arbeitsplatz und Inklusion in den Arbeitsmarkt (Maßnahme 65)
Schaffung auf den individuellen Bedarf abgestimmter, zielgerichteter Rehabilitationsangebote und Flexibilisierung des Übergangs in Beschäftigungsverhältnisse (Maßnahme 63)
Bildung
psychische Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen fördern (Maßnahme 71)
stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma in der Ausbildung aller Pädagoginnen und Pädagogen (Studierende)
A) Verankerung in den Curricula
B) verstärkte Anwendung kontaktbasierter (trialogischer) Seminare (Maßnahme 73)
Medien
Förderung des Medienmonitorings und Vernetzung mit Kontrollinstanzen im Bereich der Medien (Maßnahme 75)
Erstellung einer Bilddatenbank zur Förderung einer nichtstigmatisierenden Bildsprache (Maßnahme 78)
Stärkung des Themas Stigma psychischer Erkrankungen und stigmafremde Berichterstattung in Aus- und Weiterbildung (Maßnahme 79)
Kunst und Kultur
Entwicklung von Empfehlungen zur stigmafremden Darstellung psychischer Erkrankungen für Kunstschaffende und Aufbau von Beratungsangeboten und Netzwerken (Maßnahme 81)
Förderung des kulturellen Diskurses über psychische Vielfalt im Kunst- und Kulturbereich durch Schwerpunktsetzungen und Setzen von Anreizen (Maßnahme 82)
Nutzung und Ausbau von Kunst- und Kulturangeboten zur Förderung von Empowerment und Recovery u. a. durch Social Prescribing / „Kunst auf Rezept“ (Maßnahme 84)
Wissenschaft
Etablierung und Ausbau inter- und transdisziplinärer Forschung, der Forschungszweige Disability Studies und Mad Studies sowie der partizipativen Forschungspraxis im Bereich Mental Health (Maßnahme 90)
kritische Reflexion und (Weiter-)Entwicklung vorhandener Stigmakonzepte und entstigmatisierender Strategien (Maßnahme 91)

Summary

Background

Mental illness stigma is characterised by a high level of complexity and has far-reaching consequences. The Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection “Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)”, the Austrian Health Promotion Fund “Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)” and the Association of Social Insurance Funds “Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV)” established a nationwide expert committee, the “Kompetenzgruppe Entstigmatisierung” (Competence Group on De-stigmatisation) to develop a multilevel strategy to reduce mental illness stigma based on evidence, best practice and building on existing projects and programmes in Austria. The work was guided by a Mental Health in All Policies (MHiAP) approach pooling expertise from science, mental health care practice, public administration, arts and culture, media and lived experience.

Methods

Beginning in 2020, the expert committee analysed stigma across four levels (self-stigmatisation, interpersonal stigmatisation, structural stigmatisation and cultural stigmatisation) and developed recommendations for each level, which were published in separate interim reports. The recommendations from the interim reports were restructured into fields of action. The resulting action packages reflect the broad approach that was pursued in the interim reports. They not only include measures to raise awareness but also focus on the framework conditions and the supply structure in order to generate a more sustainable impact. In a second step, those measures with the greatest need for action, for which the greatest synergy effects can be expected in combination and which can be implemented in the next five years were selected in each field of action. These measures are recommended as ‘starter packages’ for the first implementation step in the fields of action.

Results

The around 100 recommendations from the four interim reports resulted in nine action packages in nine fields of action: (1) Government / State Authorities, (2) Mental Health Advocacy, (3) Healthcare, (4) Social Security and Independent Living, (5) Employment, (6) Education, (7) Media, (8) Arts and Culture and (9) Science. The starter packages comprise a total of 32 prioritised recommendations over all fields of action. They address the key points of intervention and aim at maximising synergy effects for eliminating stigma and promoting the social inclusion of people with mental illness.

Outlook

A successful implementation of the expert committee’s recommendations requires developing an implementation concept in cooperation with state representatives and implementation partners. This includes establishing coordination structures at national and regional levels, building

regional networks of key stakeholders and implementation partners and devising funding models for cross-sectoral anti-stigma projects and structures, which requires cross-policy area cooperation.

Keywords

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

Table 2: Overview of prioritised measures by fields of action

Government / State authorities
Establish frameworks and create a legal basis for mandatory advocacy group involvement in all processes affecting people with mental health conditions (Measure 1)
Consistently take the specific problems of people with mental illness into account when enforcing disability rights (Measure 2)
Establish independent complaint services for people with mental illnesses and family caregivers (Measure 8)
Reform the detention order for mentally ill people who have committed an offence by removing it from criminal law and transferring responsibility for treatment and therapy to the health system (Measure 11)
Establish community-based services for supported decision-making to promote equal recognition of people with psychosocial disabilities before the law (Measure 13)
Raise awareness among key stakeholders of the state authorities (legislative, executive and judiciary) (Measure 14)
Mental Health Advocacy
Expand and provide regular funding for organisations led by experts with lived experience and for organisations of family caregivers (Measure 15)
Promote the peer movement among youth and young adults through implementation and expansion of peer-services for a young target group (Measure 17)
Establish Recovery/Empowerment Colleges (Measure 22)
Health Care
Improve physical healthcare for people with mental illnesses (Measure 25)
Reduce coercion in psychiatry and improve of violence protection in psychosocial institutions (Measure 27)
Expand and improve the quality of psychiatric and psychosocial care through a national mental health strategy (Measure 41)
Establish and expand professional peer work in Austria through legal and institutional integration (Measure 48)
Implement recovery-oriented strategies as well as programmes to reduce self-stigma in mental health care (Measure 50)
Increase anti-stigma competence of health and social care professionals by incorporating dialogue-based trainings into professional education (Measure 53)
Social protection and independent living
Assess the legal and financial impact of full social security protection (health, accident and retirement) upon reaching the age of 18 and develop a stepwise implementation (Measure 55)
Provide adequate financial protection for people with mental illness and determine the required standard for reference budgets (Measure 56)

Increase needs-based housing opportunities and eliminate structural shortcomings in residential care as part of a comprehensive deinstitutionalisation strategy (Measure 58)

Provide needs-based services for homeless people by expanding Housing First programmes and providing secure funding (Measure 61)

Employment

Expand inclusive employment programmes for people with mental illness in the primary labour market (Measure 64)

Build networks between company counselling services, structures and initiatives as well as certification procedures and raise awareness on the issues of the stigmatisation of mental illness in the workplace and inclusion in the labour market (Measure 65)

Provide targeted rehabilitation programmes based on individual needs and improve flexibility when it comes to entering the labour market (Measure 63)

Education

Promote mental health literacy and skills among children and teenagers (Measure 71)

Integrate the topics mental health and mental illness stigma into teacher training programmes

A) Integrate the topics into the training curricula

B) Expand contact-based seminars provided by dialogue teams (Measure 73)

Media

Promote media monitoring and networks with media control bodies (Measure 75)

Create a database of stereotype-free images (Measure 78)

Raise awareness for mental illness stigma and stigma-free coverage in education and training (Measure 79)

Arts and Culture

Develop guidance for artists on how to present mental illness in a non-stigmatising manner and establish counselling services and networks (Measure 81)

Promote the discourse on mental diversity in the arts and in the cultural sector by setting priorities and incentives (Measure 82)

Use and develop art and cultural activities to promote empowerment and recovery, e.g. through social prescribing ('arts on prescription') (Measure 84)

Science

Establish and promote inter- and transdisciplinary research and participatory research practice in the field of mental health (Measure 90)

Critical reflection and further development of stigma concepts and strategies to reduce stigma and discrimination (Measure 91)

Inhalt

Kurzfassung.....	III
Summary.....	VII
Tabellen.....	XIII
Abkürzungen.....	XIV
1 Hintergrund.....	1
2 Methodische Vorgehensweise.....	5
3 Handlungsfelder.....	6
3.1 Handlungsfeld Legislative, Exekutive, Judikative.....	6
3.1.1 Zielsetzungen.....	7
3.1.2 Maßnahmenpaket.....	7
3.1.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket).....	9
3.2 Handlungsfeld Mental Health Advocacy.....	15
3.2.1 Zielsetzungen.....	16
3.2.2 Maßnahmenpaket.....	16
3.2.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket).....	17
3.3 Handlungsfeld Gesundheitsversorgung.....	20
3.3.1 Zielsetzungen.....	22
3.3.2 Maßnahmenpaket.....	22
3.3.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket).....	24
3.4 Handlungsfeld soziale Absicherung und selbstbestimmtes Leben.....	31
3.4.1 Zielsetzungen.....	32
3.4.2 Maßnahmenpaket.....	32
3.4.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket).....	33
3.5 Handlungsfeld Erwerbstätigkeit.....	37
3.5.1 Zielsetzungen.....	38
3.5.2 Maßnahmenpaket.....	38
3.5.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket).....	39
3.6 Handlungsfeld Bildung.....	42
3.6.1 Zielsetzungen.....	42
3.6.2 Maßnahmenpaket.....	42
3.6.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket).....	43
3.7 Handlungsfeld Medien.....	44
3.7.1 Zielsetzungen.....	45
3.7.2 Maßnahmenpaket.....	45
3.7.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket).....	46
3.8 Handlungsfeld Kunst und Kultur.....	49
3.8.1 Zielsetzungen.....	49
3.8.2 Maßnahmenpaket.....	49
3.8.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket).....	50
3.9 Handlungsfeld Wissenschaft.....	52
3.9.1 Zielsetzungen.....	53
3.9.2 Maßnahmenpaket.....	53
3.9.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket).....	54

4	Ausblick.....	57
	Literatur.....	59

Tabellen

Tabelle 1: Überblick über priorisierte Maßnahmen nach Handlungsfeldern:	IV
Table 2: Overview of prioritised measures by fields of action	VIII
Tabelle 3: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Legislative, Exekutive, Judikative	8
Tabelle 4: Startpaket Handlungsfeld Legislative, Exekutive, Judikative	12
Tabelle 5: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Mental Health Advocacy	17
Tabelle 6: Startpaket Handlungsfeld Mental Health Advocacy	19
Tabelle 7: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Gesundheitsversorgung	23
Tabelle 8: Startpaket Handlungsfeld Gesundheitsversorgung	28
Tabelle 9: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Soziale Absicherung und selbstbestimmtes Leben	33
Tabelle 10: Startpaket Handlungsfeld Soziale Absicherung und selbstbestimmtes Leben	36
Tabelle 11: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Erwerbstätigkeit	39
Tabelle 12: Startpaket Handlungsfeld Erwerbstätigkeit	41
Tabelle 13: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Bildung	43
Tabelle 14: Startpaket Handlungsfeld Bildung	44
Tabelle 15: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Medien	46
Tabelle 16: Startpaket Handlungsfeld Medien	48
Tabelle 17: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Kunst und Kultur	50
Tabelle 18: Startpaket Handlungsfeld Kunst und Kultur	52
Tabelle 19: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Wissenschaft	54
Tabelle 20: Startpaket Handlungsfeld Wissenschaft	56

Abkürzungen

Abs.	Absatz
AG	Arbeitsgruppe
AMS	Arbeitsmarktservice
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGF	betriebliche Gesundheitsförderung
BKA	Bundeskanzleramt
BMAW	Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (bis inklusive 2019)
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMKÖS	Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BÖP	Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen
Bsp.	Beispiel
bspw.	beispielsweise
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
d. h.	das heißt
DV-IDEE	Dachverband der Interessenvereinigung der Erfahrungsexpert:innen für psychische Gesundheit
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
EU-SILC	Community Statistics on Income and Living Conditions
ev.	eventuell
f.	folgende Seite
ff.	folgende Seiten
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FH	Fachhochschule
FHK	Fachhochschul-Konferenz
ggf.	gegebenenfalls
GiB	Gesundheit im Betrieb
GIVE	Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
HOSI	Homosexuelle Initiative
HPE	Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter
ICOPPA	Initiative for Coercion Prevention in Psychiatric Services in Austria (Initiative zur Förderung von Prävention und Reduktion von Zwang in den Psychiatrien Österreichs)
IdEE	Interessenvertretung der Erfahrungsexpert:innen für psychische Gesundheit

IfS	Institut für Sozialdienste
ILO	International Labour Organization (Internationale Arbeitsorganisation [IAO])
IPS	Individual Placement and Support
i. S.	im Sinne
i. S. d.	im Sinne der
i. S. v.	im Sinne von
JAMÖ	Junge Allgemeinmedizin Österreich
JKU	Johannes Kepler Universität Linz
KaKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KE	Kompetenzgruppe Entstigmatisierung
KindRäg	Kindschaftsrecht-Änderungsgesetz
KV	Krankenversicherung
lit.	Litera
LK	Landeskrankenhaus
MHiAP	Mental Health in All Policies
MUW	Medizinische Universität Wien
MVG	Maßnahmenvollzugsgesetz
NAP	Nationaler Aktionsplan
Nr.	Nummer
o. Ä.	oder Ähnliches
o. g.	oben genannt
OÖ	Oberösterreich
op.	operativ
ORF	Österreichischer Rundfunk
ÖBVP	Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
PH	Pädagogische Hochschule
PRIKOP	Interessengemeinschaft Private Koordination Psychiatrie
PSD	Psychosozialer Dienst
RC	Recovery College
REMs	Residences for the Execution of Security Measures
SCOPPA	State of Coercion and its Prevention in Psychiatric Services in Austria (Stand der Implementierung von Maßnahmen zur Prävention und Reduktion von Zwang in den Psychiatrien Österreichs)
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien
SIAK	Sicherheitsakademie
StGB	Strafgesetzbuch
StigMa	Stigma-Management
SV	Sozialversicherung
TIPSI	Tiroler Interessenverband für psychosoziale Inklusion
u. a.	unter anderem
UbG	Unterbringungsgesetz
UK	United Kingdom (Vereinigtes Königreich)
UN	United Nations (Vereinte Nationen)

UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
VHS	Volkshochschule
WHO	World Health Organization
WPA	World Psychiatric Association
Z	Zahl
ZARA	Zivilcourage und Anti-Rassismus-Arbeit
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

1 Hintergrund

Die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)

Stigmatisierung beschreibt das gesellschaftliche Phänomen, wenn Menschen aufgrund bestimmter Merkmale (z. B. Hautfarbe), Zustände (z. B. Obdachlosigkeit) oder Etiketten (z. B. Diagnose einer psychischen Erkrankung) als minderwertig betrachtet, unter Druck gesetzt, in ihrer Identität beschädigt, diskriminiert oder gar aus einer Gesellschaft ausgeschlossen werden. Es handelt sich also um einen sozialen Prozess der Abwertung, Diskriminierung und Ausgrenzung von Personengruppen (Link/Phelan 2001; Link et al. 2004). Sowohl diese Menschen selbst als auch deren Angehörige sind von diesem Phänomen betroffen.

Ein in der österreichischen Verfassung verankerter Grundsatz und daher weithin geläufiger Ansatz ist das Prinzip der Wahrung der Menschenrechte der Bürger:innen in Österreich. Österreich hat sich mit der Ratifizierung der UN-BRK im Jahre 2008 verpflichtet, die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in Österreich zu beseitigen und die Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und ihre Einhaltung zu gewährleisten. Allerdings ist weniger bekannt, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen, die mindestens 6 Monate andauern, ebenso unter den Schutz der UN-BRK fallen¹. Für diese Zielgruppe bedarf es spezifischer Maßnahmen, um die internationalen Zielsetzungen zu erfüllen.

Beide Zugänge, Stigmatisierung und Menschenrechte, adressieren die gleiche Problematik aus jeweils unterschiedlichen Perspektiven, unterscheiden sich aber in ihren Schwerpunkten. Die Stigmaforschung richtet traditionell einen stärkeren Fokus auf die Rolle negativer Zuschreibungen und Vorurteile für den Exklusionsprozess. Der Menschenrechtsansatz legt hingegen den Schwerpunkt auf strukturelle Benachteiligungen und die Identifikation sozialer Barrieren. Beide Zugänge sind gleichermaßen wichtig, um den Exklusionsprozess in seinem ganzen Ausmaß erfassen zu können. Dies ist eine notwendige Voraussetzung, um Empfehlungen für eine wirkungsvolle Beseitigung von Stigma psychischer Erkrankungen und für die Inklusion der Zielgruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen formulieren zu können.

Die gesellschaftspolitische und gesundheitspolitische Bedeutung des Stigmas psychischer Erkrankungen

Stigmatisierung und soziale Exklusion von Personengruppen sind ursächlich gesellschaftspolitische Probleme, die nicht nur Verstöße gegen Menschenrechtsübereinkommen darstellen, son-

¹ Zu den Menschen mit Behinderungen zählen „Menschen, die langfristige körperliche, psychische, intellektuelle oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen und wirksamen Teilhabe, gleichberechtigt mit anderen, an der Gesellschaft hindern können“ (BMSGPK 2016). Die Personen, die der unter diesem Schutz stehenden Zielgruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen angehören, werden im Kontext der Menschenrechtsbestrebungen oft als Menschen mit „psychischen Behinderungen“ oder „psychosozialen Beeinträchtigungen“ bezeichnet. Im vorliegenden Bericht wird, wo möglich, die Bezeichnung „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ verwendet.

dern auch als Indikatoren für einen geringen sozialen Zusammenhalt gelten und gesellschaftlicher Prosperität im Wege stehen (OECD 2011). Während die geteilte Verantwortung und Notwendigkeit der Zusammenarbeit aller Politikbereiche im Rahmen der Umsetzung der UN-BRK mittlerweile selbstverständlich ist, fehlt es noch an Bewusstsein und Verantwortung für die weitreichenden gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Folgen von Stigma und Exklusion, insbesondere dann, wenn es sich um gesundheitsbezogene Stigmata handelt.

Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige sind aufgrund des Stigmas psychischer Erkrankungen einer ganzen Reihe von Diskriminierungen ausgesetzt. Die Folgen für Betroffene sind oftmals geringere Bildungschancen, geringere Chancen auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt, eine geringere Qualität der Gesundheitsversorgung, der Verlust intimer Beziehungen, eine Reduktion des sozialen Netzwerks und eine Schwächung des Selbstwertgefühls. Diese Benachteiligungen und Belastungen erzeugen Stress und erhöhen dadurch das Risiko für Rückfälle, eine Verschlechterung der Erkrankung oder einen chronischen Krankheitsverlauf. Hier wird deutlich, wie gesellschaftliche Mechanismen nicht nur zu einer Verschlechterung der Lebensbedingungen führen, sondern letztendlich auch krank machen können. Expertinnen und Experten sprechen auch von Stigma als „zweiter Erkrankung“, die es zu bekämpfen gilt, um psychische Erkrankungen überhaupt erfolgreich behandeln zu können (Finzen 2000).

Gesellschaftliche Strukturen und Verhältnisse sowie soziale Entwicklungen determinieren wesentlich die Gesundheit einer Bevölkerung. Umgekehrt ist eine möglichst gute gesundheitliche Verfassung von Individuen und Gemeinschaften eine wichtige Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit und den Wohlstand einer Gesellschaft.

Mit dem Health-in-All-Policies-Ansatz (HiAP) wird angestrebt, durch Zusammenarbeit und Abstimmung unterschiedlicher Politikbereiche regulierend in gesellschaftliche Strukturen und Entwicklungen, die einen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben (Gesundheitsdeterminanten), einzugreifen. Das Stigma psychischer Erkrankungen wird dabei in seiner Tragweite als besonders starker Einflussfaktor eingestuft, dessen Wirkung über eine Reihe sozioökonomischer Gesundheitsdeterminanten vermittelt wird (Hatzenbuehler et al. 2013; Link/Phelan 2001; Phelan et al. 2014).

Psychische Gesundheit wird als zentrale Voraussetzung zur Wahrung von Gesundheit im Allgemeinen angesehen („there is no health without mental health“), und eine verminderte psychische Gesundheit reduziert die Lebensqualität in einem hohen Ausmaß. Psychische Erkrankungen sind nicht nur weitverbreitet², sondern gehören weltweit auch zu den führenden Ursachen krankheitsbedingter Behinderungen (Arias et al. 2022; Knapp/Wong 2020). Auf gesundheitspolitischer Ebene wurde jedoch bislang der psychischen Gesundheit im Verhältnis zur Relevanz und den weitreichenden Folgen psychischer Erkrankungen zu wenig Bedeutung beigemessen. Diese Diskrepanz verdeutlicht die Notwendigkeit, die Verbesserung der psychischen Gesundheit in der Bevölkerung zu priorisieren und entsprechende Maßnahmen zu setzen. Bei diesen Bemühungen stellt das Stigma psychischer Erkrankungen jedoch eine kostspielige Barriere dar: Die Angst vor

² Jedes Jahr leidet rund ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung unter psychischen Erkrankungen (Wagner et al. 2017; Wancata 2017).

Stigmatisierung und die Tabuisierung psychischer Probleme, Krisen und ihrer Bewältigung führen häufig zu einer verzögerten Inanspruchnahme von Hilfsangeboten (Henderson et al. 2013; Schomerus 2009) und konterkarieren auch Bemühungen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention. Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene führt das Stigma psychischer Erkrankungen daher nicht nur zu hohen Gesundheitsausgaben und Krankheitskosten, die vermeidbar wären, sondern aufgrund der exklusionsbedingten Produktivitätsausfälle auch zu vermeidbaren hohen (indirekten) volkswirtschaftlichen Kosten.

Internationale Empfehlungen

Die WHO fordert ihre Mitgliedstaaten auf, in unterschiedlichen Lebensbereichen Maßnahmen zur Bekämpfung von Stigmatisierung, Diskriminierung und anderen Menschenrechtsverletzungen gegenüber Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen zu setzen (WHO 2021a). Die Lancet-Kommission zur Beendigung von Stigma und Diskriminierung formuliert entsprechende Empfehlungen für ein multistратisches Vorgehen und ruft zur weltweiten Umsetzung auf (Thornicroft et al. 2022).

Bisherige internationale Erfahrungen im Kampf gegen Stigmatisierung zeigen, dass Maßnahmen zur Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung allein keine ausreichend nachhaltigen Effekte erzielen, wenn nicht gleichzeitig auch Rahmenbedingungen geändert werden, um Diskriminierung abzubauen. Internationale Expertinnen und Experten empfehlen stattdessen einen multistратischen Ansatz, der auf unterschiedlichen Ebenen gleichzeitig ansetzt und eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Bereichen erfordert (z.B. Stuart 2017; Thornicroft et al. 2022). Nur so kann ein Abbau der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen gelingen und ein kultureller und sozialer Wandel hin zur Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen erreicht werden.

Strategische Anknüpfungspunkte in Österreich

Einen wichtigen Referenzrahmen für den Menschenrechtsansatz bildet, wie bereits zu Beginn ausgeführt, die UN-BRK. Der Nationale Aktionsplan Behinderung (NAP Behinderung) ist die langfristige Strategie des Bundes zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Österreich. Beim zweiten Nationalen Aktionsplan Behinderung 2022–2030 (NAP Behinderung II) wurde erstmals die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen partizipativ in die Erstellung eingebunden. Missstände bezüglich der Umsetzung der UN-BRK in Österreich, die der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen in seiner alle vier Jahre stattfindenden „Staatenprüfung“ benennt, beziehen sich auch auf die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Die Stärkung der psychischen Gesundheit in der Bevölkerung ist zudem ein definiertes Ziel im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit 2024–2028 (op. Ziel 6). Im Rahmen der Gesundheitsziele Österreich wird der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen außerdem eine weitreichende Bedeutung beigemessen. Im Rahmen der Operationalisierung des Gesundheitsziels 9, „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“, wurde „Gesellschaft und Stigmatisierung“ als eines von drei Handlungsfeldern priorisiert (BMASGK 2019). Um das dazu formulierte Wirkungsziel „In allen Lebenswelten der Gesellschaft herrscht ein Klima des offenen und selbstverständlichen Umgangs mit individueller Vielfalt von psychosozialer Gesundheit und Krankheit“

zu erreichen, wurde ein bundesweites Expertengremium, die „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“ etabliert. Diese Kompetenzgruppe bekam den Auftrag, einem Mental-Health-in-All-Policies-Ansatz folgend, Expertise aus Wissenschaft, psychosozialer Versorgungspraxis, Verwaltung, Kultur, Medien und Erfahrungswissen zum Thema zu bündeln und auf der Basis von Evidenz sowie internationalen Best-Practice-Beispielen und aufbauend auf bestehenden Projekten und Strukturen in Österreich ein koordiniertes multistategisches Vorgehen gegen die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen zu entwickeln. Die Ergebnisse dieser Arbeiten werden im vorliegenden Endbericht präsentiert.

2 Methodische Vorgehensweise

Die vorliegenden Empfehlungen sind das Ergebnis eines mehrjährigen Prozesses: Ausgehend von einer fundierten Beschäftigung mit vorhandenen Stigmakonzepten und -definitionen sowie dem der UN-BRK zugrunde liegenden Menschenrechtsansatz, wurde das Themenfeld abgesteckt und festgelegt, dass eine strategische Vorgehensweise gegen Stigmatisierung psychischer Erkrankungen nur dann zum Erfolg führen kann, wenn beide Ansätze verfolgt werden.

Bei der systematischen Analyse von Stigmatisierung und sozialen Barrieren wurde ein Modell herangezogen, bei dem vier Ebenen unterschieden werden (siehe Meise 2020):

- **kulturelle Stigmatisierung:** kulturelle Manifestation negativer Stereotype und Vorurteile und deren Verbreitung durch Sprache, Symbole, Medien, Kunst, Wissenschaft, Ideologien und Religionen
- **strukturelle Stigmatisierung:** institutionalisierte Formen von Ungleichbehandlung sowie benachteiligende Ressourcenverteilung und Gesetzgebung
- **direkte Stigmatisierung:** Diskriminierung im persönlichen Kontakt mit Menschen (Abwertung, Ablehnung und Ausgrenzung) in unterschiedlichen Settings (z. B. Arbeitsplatz, Schule, Gemeinde, psychosoziale Versorgung, soziale Medien, Familie)
- **Selbststigmatisierung:** Die bereits zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung im Rahmen der Sozialisation verinnerlichte kulturellen Stereotype und negativen Vorurteile werden oftmals gegen die eigene Person gerichtet.

Zwischen 2020 und 2023 wurden für jede dieser vier Ebenen Empfehlungen auf Basis von Evidenz sowie internationalen Best-Practice-Beispielen und aufbauend auf bereits bestehenden Projekten und Initiativen in Österreich formuliert. Für jede der vier Stigmaebenen wurden die Ergebnisse in einem Zwischenbericht festgehalten (Nowotny et al. 2025; Puhm et al. 2023; Strizek et al. 2022; Strizek et al. 2025). Insgesamt entstanden über 100 Empfehlungen für Maßnahmen, die zur Reduktion von Stigmatisierung beitragen können.

Um ein koordiniertes Vorgehen gegen Stigmatisierung psychischer Erkrankungen planen zu können, wurden die Empfehlungen der Zwischenberichte herangezogen und in Anlehnung an die Empfehlungen der Lancet-Kommission (Thornicroft et al. 2022) nach neun Handlungsfeldern gruppiert. Daraus entstanden die neun „Maßnahmenpakete“, die Verbesserungen in den Bereichen Rahmenbedingungen, Angebotslage sowie Bewusstseinsbildung in den jeweiligen Handlungsfeldern zum Ziel haben und deren Umsetzung von den Expertinnen und Experten der Kompetenzgruppe empfohlen wird.

In einem abschließenden Schritt wurden jene Maßnahmen pro Handlungsfeld ausgewählt,

- die in Kombination die größten Synergieeffekte erzielen können,
- die bei jenen Problemen ansetzen, bei denen nach Einschätzung der Expertinnen und Experten der größte Handlungsbedarf besteht,
- die, wo vorhanden, an bestehende Maßnahmen und Strukturen in Österreich anschließen
- und in den nächsten fünf Jahren umsetzbar sind.

Die ausgewählten Maßnahmen werden als „Startpakete“ für die ersten Umsetzungsschritte in den jeweiligen Handlungsfeldern empfohlen.

3 Handlungsfelder

3.1 Handlungsfeld Legislative, Exekutive, Judikative

Mit der Ratifikation der UN-Behindertenrechtskonvention (BGBl. III Nr. 155/2008) hat sich Österreich – auf allen staatlichen Ebenen – dazu verpflichtet, *die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu gewährleisten und zu fördern* (Art. 4 UN-BRK). Diese Verpflichtung bezieht sich auf Gesetzgebung, Verwaltungspraxis sowie das Handeln staatlicher Behörden und öffentlicher Einrichtungen im Allgemeinen³.

Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention wird im Rahmen einer periodischen Staatenprüfung von einem UN-Fachausschuss regelmäßig evaluiert. Österreich wurde zuletzt im August 2023 geprüft. Dabei wurden diverse Maßnahmen in der Gesetzgebung und Politik, die zur Förderung der Rechte von Menschen mit Behinderungen ergriffen wurden, begrüßt, insbesondere der Gesetzwerdungsprozess und das Inkrafttreten des 2. Erwachsenenschutz-Gesetzes. Zugleich wurde seitens des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen eine Reihe von Empfehlungen formuliert: In diesem Kontext ist die Betonung, dass die Bestimmungen des Übereinkommens ohne Einschränkung oder Ausnahme für alle Teile eines Bundesstaats (d. h. auf Bundes- wie auf Landesebene) gelten und dementsprechend zu handeln ist⁴, hervorzuheben. Sämtliche Gesetze auf Bundes- und Länderebene sollen in dieser Hinsicht zügig novelliert und – in Abkehr von einem defizitorientierten, medizinischen Modell – mit dem menschenrechtlichen Modell von Behinderung in Einklang gebracht werden (Vereinte Nationen 2023).

Dem Credo „Nothing About Us Without Us“ folgend, sollte in allen Politik- und Verwaltungsbereichen, die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen, eine systematische Einbindung von Erfahrungsexpertinnen und -experten erfolgen. Dafür sind auch entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen und (z. B. soziale, physische, psychische, kommunikative, sprachliche, zeitliche, finanzielle) Barrieren beim Zugang zu partizipativen Prozessen umfassend und konsequent abzubauen.

Während gesetzliche Rahmenbedingungen prinzipiell auf einer höheren (politischen) Ebene seitens der Legislative festgelegt werden, wird ihre konkrete Ausgestaltung, von der Leitungsebene ausgehend, über institutionelle Praktiken im Bereich der Exekutive und das (teils uneinheitliche) Vorgehen innerhalb der einzelnen Verwaltungsbehörden sowie im Bereich der Gerichtsbarkeit

³ siehe Art. 4. lit. a bis lit. d: „Zu diesem Zweck verpflichten sich die Vertragsstaaten, alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Maßnahmen zur Umsetzung der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu treffen (lit. a); alle geeigneten Maßnahmen einschließlich gesetzgeberischer Maßnahmen zur Änderung oder Aufhebung bestehender Gesetze, Verordnungen, Gepflogenheiten und Praktiken zu treffen, die eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen darstellen (lit. b); den Schutz und die Förderung der Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen in allen politischen Konzepten und allen Programmen zu berücksichtigen (lit. c) sowie dafür zu sorgen, dass die staatlichen Behörden und öffentlichen Einrichtungen im Einklang mit diesem Übereinkommen handeln (lit. d).“

⁴ Besonders anschaulich zeigt sich das Problem der unterschiedlichen Kompetenzverteilung am Beispiel der strafrechtlichen Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Maßnahmenvollzug). Obgleich vielfach (s. insb. den Abschlussbericht der Expertenkommission zur Reform des Maßnahmenvollzugs (BMJ 2015) eine Ausgliederung der Behandlung zurechnungsunfähiger Delinquentinnen und Delinquenten aus dem Strafvollzug und eine Überführung dieser Personengruppe in das Gesundheitssystem der Länder gefordert worden ist, scheiterte eine Umsetzung bisher an der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern.

geprägt. Aus diesem Grund ist eine Sensibilisierung für Stigmatisierung von Verantwortlichen in den Bereichen der Exekutive, aber auch im Bereich der Justiz, notwendig, um Menschen mit psychischen Erkrankungen eine diskriminierungsfreie und effektive Ausübung ihrer Rechte zu gewährleisten. Wesentlich dafür ist neben der Sensibilisierung der in diesen Bereichen Tätigen ein Abbau sämtlicher Barrieren, die Menschen daran hindern, ihre Ansprüche und Rechte wahrzunehmen.

In Einklang mit dem menschenrechtlichen Modell von Behinderung müssen Menschen mit psychischen Erkrankungen die Möglichkeit haben, ihre individuellen Rechte barrierefrei geltend zu machen und durchzusetzen. Unabhängige und weisungsfreie Beschwerdestellen sowie Assistenz- und Unterstützungsleistungen können dabei helfen, strukturelle Hürden im Zugang zum Recht und zu Sozialleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu überwinden.

3.1.1 Zielsetzungen

- Anerkennung der staatlichen Verantwortung für die Beseitigung von Stigmatisierung und Wahrung der Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf allen Ebenen (Bund, Länder, Gemeinden)
- Implementierung von Konzepten und Maßnahmen zur Beseitigung von Stigmatisierung und Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen in allen relevanten Politikbereichen
- Schaffung von Rahmenbedingungen für die erforderliche Partizipation von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei allen Prozessen und politischen Vorhaben, die sie betreffen, und Sicherstellung dieser Partizipation
- Einbeziehung der spezifischen Situationen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in alle Vorhaben bezüglich der Umsetzung des Behindertenrechts
- Beseitigung struktureller Hürden für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Zugang zum Recht und zu Sozialleistungen
- Stärkung der psychischen Gesundheit in der Bevölkerung durch Zusammenarbeit unterschiedlicher Politikbereiche unter Anwendung des Mental-Health-in-All-Policies-Ansatzes (MHiAP)

3.1.2 Maßnahmenpaket

Die Maßnahmen für das Handlungsfeld Legislative, Exekutive, Judikative setzen zu einem Großteil auf struktureller Ebene an. Partizipation wird dabei als übergreifendes Prinzip für alle Maßnahmen verstanden und soll die Mitwirkung und verpflichtende Einbeziehung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei allen sie betreffenden Prozessen gewährleisten.

Legislative Änderungen sollen dafür Sorge tragen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen keiner diskriminierenden Gesetzgebung mehr unterworfen sind (z. B. durch eine Reform des Maßnahmenvollzugs, Eliminieren stigmatisierender Formulierungen in Gesetzestexten, Novellierung des Epidemiegesetzes).

Weiters werden Maßnahmen empfohlen, die gewährleisten sollen, dass in der Rechtsauslegung bestehender Normen Menschen mit psychischen Erkrankungen dieselben Rechte zugestanden werden wie Menschen mit (sonstigen) Behinderungen (z. B. bei der Umsetzung des Behindertenrechts, durch Definition von Barrieren für Menschen mit psychischen Erkrankungen).

Der Zugang zum Recht bzw. die gleiche Anerkennung vor dem Recht in der Praxis soll wiederum durch entsprechende Unterstützungsangebote und die Beseitigung struktureller Hürden erleichtert werden. Darunter fallen etwa gemeindenahere Unterstützungsangebote zur unterstützten Entscheidungsfindung⁵ und die Etablierung niederschwelliger Beschwerdestellen oder die Reformierung von Begutachtungsprozessen im Rahmen der Gesundheitsversorgung und der sozialen Absicherung.

Bewusstseinsbildungsmaßnahmen bei zentralen Vertreterinnen und Vertretern der Staatsgewalten (Justiz, Legislative, Exekutive) sollen dazu beitragen, dass es neben strukturellen Veränderungen auch unmittelbar und im direkten Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen zu einem Abbau von Stigmatisierung kommt.

Tabelle 3: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Legislative, Exekutive, Judikative

Nr.	Maßnahme	Maßnahmenbeschreibung
1	Etablierung von Rahmenbedingungen für Partizipation und Schaffung einer gesetzlichen Verpflichtung auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene, Interessenvertretungen sowie Erfahrungsexpertinnen und -experten in alle Prozesse zu involvieren, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen	ST2 ST3 ST8 SE 3.3.2 DI 5.3.1
2	konsequente Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Problemlagen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Umsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderungen	ST1
3	Stärkung der Bedeutung / Optimierung der Stellung psychischer Gesundheit in Policydokumenten in allen Politikbereichen (MHiAP)	ST6
4	Reformierung von Begutachtungsprozessen für Leistungen der Gesundheitsversorgung und der sozialen Absicherung (Entwicklung am Bedarf der Nutzer:innen orientierter Kriterien, Aufstockung qualifizierter Gutachter:innen), Optimierung von Abläufen nach One-Stop-Shop-Prinzip unter Einbeziehung von Erfahrungsexpertinnen und -experten)	ST4
5	Etablieren neuer Strukturen und Finanzierungsmodelle (wie z. B. Fonds) für die intersektorale Zusammenarbeit zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen	ST5
6	Eliminieren stigmatisierender Formulierungen in Gesetzestexten	ST62
7	Ausbau der rechtlichen Vertretung für psychiatrische Patientinnen/Patienten, damit diese bei Rechtsverletzungen ihnen gegenüber (z. B. Zwangsmaßnahmen, Demütigungen, Gewalt) ihre Rechte einklagen können	ST51
8	Schaffung und rechtliche Verankerung unabhängiger Beschwerdestellen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige in den Bundesländern	SE 3.3.8 ST2
9	rechtliche Vorgaben zur Bereitstellung von Gesetzen, Schriftstücken, Formularen in allgemein verständlicher Sprache	ST53
10	Novellierung des Epidemiegesetzes in Anlehnung an HeimAufG/UbG bezüglich der Wahrung der Grundrechte (Ausgeh-, Besuchsthematik etc.) und seine Anpassung an zeitgemäße Standards, insbesondere im ambulanten Bereich	ST54

⁵ Das Konzept der „unterstützten Entscheidungsfindung“ (supported decision making) fußt auf dem menschenrechtsbasierten Modell von Behinderung und sieht vor, dass Menschen, die Hilfe benötigen, die nötige Unterstützung bei der Ausübung ihrer Rechte erhalten. Die stellvertretende Entscheidungsfindung (substitute decision making) soll durch die Etablierung der unterstützten Entscheidungsfindung abgelöst werden. Maßnahmen zur unterstützten Entscheidungsfindung sind individuell je nach Bedarf zu gestalten und umfassen sowohl informelle als auch formelle Arrangements wie z. B. Unterstützung durch Angehörige, Freundinnen und Freunde, Peers sowie Patientenberatung bis hin zu Einzelfallhilfen und rechtlicher Betreuung (Brosey 2019).

11	Reformierung des Maßnahmenvollzugs und Ausgliederung aus dem Strafrecht, Überführung der Behandlung und Therapie psychisch erkrankter Menschen, die den Tatbestand eines Delikts verwirklicht haben, in das Gesundheitssystem der Länder	ST57
12	Barrieren für psychisch erkrankte Menschen definieren und in vorhandene Leitlinien für Barrierefreiheit aufnehmen	ST61
13	Schaffung und Ausbau gemeindenaher Leistungsangebote zur unterstützten Entscheidungsfindung, um die gleiche Anerkennung von Menschen mit psychischen Erkrankungen vor dem Recht auch tatsächlich umzusetzen	ST50
14	Bewusstseinsbildung bei zentralen Vertretungen der Staatsgewalten (Legislative, Exekutive, Judikative)	DI 5.3.3 DI 5.3.4 DI 5.3.5 KU 2.3.3

KU: Zwischenbericht Kulturelle Stigmatisierung (Nowotny et al. 2025)

ST: Zwischenbericht Strukturelle Stigmatisierung (Strizek et al. 2025)

SE: Zwischenbericht Selbststigmatisierung (Puhm et al. 2023)

DI: Zwischenbericht Direkte Stigmatisierung (Strizek et al. 2022)

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung, blaue Markierung: Kategorie Angebotsstruktur,

grüne Markierung: Kategorie Bewusstseinsbildung, fette Markierung: priorisierte Maßnahmen

Quelle und Darstellung: GÖG

3.1.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket)

In jedem Entscheidungsgremium von Politik und Verwaltung, das Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen betrifft, soll eine systematische Einbindung von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung, Angehörigen und psychosozialen Fachkräften erfolgen (z. B. in Gesetzwertungsprozessen sowie bei der Ausarbeitung von Richtlinien und Verordnungen für ihre Umsetzung sowie bei der Planung von Versorgungsstrukturen und der Definition sozialer Ansprüche). Die Interessenvertretungen von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und jene Angehöriger sind in politische Beratungs- und Expertengremien sowie insbesondere in sozial- und gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse aktiv einzubeziehen. Den Empfehlungen des UN-Fachausschusses zufolge sind – sowohl auf Bundes- wie auf Länderebene – Gesetze zur Einführung strukturierter Verfahren zu erlassen, im Zuge deren bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Gesetzen und Regelungen Organisationen von Menschen mit psychischen Erkrankungen eng konsultiert werden (Vereinte Nationen 2023).

Hierfür sollen **Rahmenbedingungen für Partizipation etabliert und gesetzliche Verpflichtungen auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene geschaffen werden, um Interessenvertretungen sowie Erfahrungsexpertinnen und -experten in alle Prozesse zu involvieren, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen**. Voraussetzungen für eine nachhaltige Umsetzung der UN-BRK in Hinblick auf die Partizipation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind z. B. eine umfassende Barrierefreiheit in den relevanten Prozessen, die grundsätzliche Anerkennung von Erfahrungsexpertise als relevanter Expertise sowie die Klärung von Zuständigkeiten (Puhm et al. 2023).

Die Partizipation von Interessenvertretungen von Menschen mit gelebter Erfahrung in gesellschaftlichen und politischen Entscheidungen ist im Sinne des Empowerments von Menschen mit psychischen Erkrankungen, entspricht einem menschenrechtsbasierten Ansatz und stellt eine gute Staatsführung sicher, die auf konkrete Bedürfnisse von Menschen eingeht (iSv Zahl 2 bzw. Zahl 13 laut General Comment 7, United Nations 2018). Nach der UN-Behindertenrechtskonvention ist die Einbeziehung von (Organisationen von) Menschen mit psychischen Erkrankungen bei

allen Prozessen, welche diese Personengruppe tangieren bzw. Auswirkungen auf sie haben können, verpflichtend vorgesehen.

Die **konsequente Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Problemlagen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Umsetzung des Behindertenrechts** bildet gleichermaßen sowohl den gesellschaftspolitischen Hintergrund als auch den Hebel zur stärkeren Berücksichtigung der Agenden und Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dies trifft auch für alle Maßnahmen im NAP Behinderung zu, die auch die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen. Besonders hervorzuhebende Maßnahmen daraus sind auch im vorliegenden Bericht angeführt wie z. B. die Ausweitung der Persönlichen Assistenz für die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen (siehe Maßnahme 60, Handlungsfeld Soziale Absicherung und selbstbestimmtes Leben). Im Zuge aktueller Bestrebungen zu einer bundesweiten Vereinheitlichung und Ausweitung der Persönlichen Assistenz wurde bereits eine Arbeitsgruppe zur Zielgruppenerweiterung eingerichtet, um ein Konzept dazu zu erarbeiten, wie die vom Bund geförderte Persönliche Assistenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten und psychischen Erkrankungen aussehen soll. Weitere Schritte beinhalten die Förderung von Modellprojekten und die bundesweite Erweiterung des Angebots für diese Zielgruppen.

Durch die **Schaffung und rechtliche Verankerung unabhängiger Beschwerdestellen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige in den Bundesländern** soll die Beschwerdekultur in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung (inklusive forensisch-therapeutischer Zentren) einer Region verbessert werden, um die Personen dabei zu unterstützen, ihre Rechte durchzusetzen, und auch gleichzeitig die Qualität der Versorgungseinrichtungen und der Dienste zu verbessern. Derartige Beschwerdestellen existieren bereits in Deutschland und sollen nach diesem Vorbild in Österreich in jedem Bundesland geschaffen werden. Die Beschwerdestellen arbeiten eng mit Rechtsexpertinnen und -experten sowie Vertretungs- und Kontrollinstitutionen zusammen, melden diesen identifizierte Systemschwächen und tragen so auch zur Verbesserung des Versorgungssystems bei. Wenn es eine Beschwerde erfordert, können Personen auch für weitere Schritte vorbereitet und gezielt an die richtigen Stellen vermittelt werden.

Die **Reformierung des Maßnahmenvollzugs und die Ausgliederung aus dem Strafrecht sowie die Überführung der Behandlung und Therapie psychisch erkrankter Menschen, die den Tatbestand eines Delikts verwirklicht haben, in das Gesundheitssystem der Länder** ist eines der dringlichsten Anliegen im Bereich der Justiz und wurde bereits mehrfach gefordert. Bisher wurde mit dem Maßnahmenvollzugsanpassungsgesetz 2022 jedoch nur ein erster Schritt hin zu einem Vollzug, der mit den Grundsätzen der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) vereinbar ist, gesetzt. Das erklärte Ziel des Regierungsprogramms 2020–2024 (S. 29 f.), *„die derzeit geltenden Rechtsgrundlagen [umfassend] hin zu einem modernen Maßnahmenvollzugsgesetz unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung des EGMR zu überarbeiten“*, wurde damit nur in Ansätzen erreicht, und insbesondere die Schaffung eines eigenen Maßnahmenvollzugsgesetzes (MVG) fehlt weiterhin. Bereits nach den Leitlinien des UN-Ausschusses zur Umsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderungen zu Art. 14 der UN-BRK ist eine unterschiedliche Behandlung, die primär an eine psychische Erkrankung anknüpft, generell unzulässig (vgl. Abschnitt III zu "The absolute prohibition of detention on the basis of impairment" United Nations 2017). In seinen „Abschließenden Bemerkungen zur Staatenprüfung 2023“ wurde dieser Grundsatz bekräftigt (Vereinte Nationen 2023). Von einer Expertenkommission zur Reform des Maßnahmenvollzugs wurden Empfehlungen erarbeitet und in einem Abschlussbericht publiziert (BMJ 2015). Diese

werden weiterhin von Fachexpertinnen und -experten unterstützt⁶, harren aber ihrer Umsetzung (insbesondere die Ausgliederung der Behandlung und Therapie zum Tatzeitpunkt zurechnungsunfähiger Personen aus dem Strafvollzug und ihre Überführung ins Gesundheitssystem).

Wenngleich der Bundesgesetzgeber mit dem 2. Erwachsenenschutz-Gesetz die legislative Grundlage für die innerstaatliche Umsetzung der gleichen Anerkennung vor dem Recht geschaffen hat, scheitert die praktische Umsetzung jedoch im Regelfall an fehlenden Unterstützungsleistungen. Diese müssten Länder und Gemeinden in ihrem Kompetenzbereich zur Verfügung stellen. Sie nehmen somit ihre Verpflichtungen zur Umsetzung der UN-BRK nicht bzw. nur unzureichend wahr. Die **Schaffung und der Ausbau gemeindenaher Leistungsangebote zur unterstützten Entscheidungsfindung**, um die gleiche Anerkennung von Menschen mit psychischen Erkrankungen vor dem Recht faktisch umzusetzen (Art. 12 UN-BRK), ist wesentlich für die tatsächliche Gleichstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In einem ersten Schritt soll ein Umsetzungskonzept für die geforderten Unterstützungsleistungen unter Berücksichtigung internationaler und nationaler Best-Practice-Beispiele von Expertinnen und Experten erstellt werden.

Die Maßnahme **Bewusstseinsbildung bei zentralen Vertretungen der Staatsgewalten** zielt auf die Steigerung der Anti-Stigma-Kompetenz ab. Insbesondere sind das Polizistinnen und Polizisten, Pressesprecher:innen der Polizei, Richter:innen sowie Mitarbeiter:innen in Ämtern und Behörden mit Kundenkontakt. Diese Zielgruppen sind nicht nur zentrale Akteurinnen und Akteure in rechtlich besonders sensiblen Situationen und Prozessen (z. B. Polizei und Gerichte im Rahmen von Freiheitsbeschränkungen nach UbG), sondern sind auch für Entscheidungen zuständig, welche die Möglichkeiten, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, stark beeinflussen (z. B. Ämter und Behörden mit Kundenkontakt im Rahmen von Begutachtungen und Leistungszuerkennungen). Diese Schlüsselrollen erfordern eine hohe Anti-Stigma-Kompetenz der Akteurinnen und Akteure, um direkte Stigmatisierungserfahrungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen zu vermeiden und strukturellen Benachteiligungen in den jeweiligen Institutionen entgegenwirken zu können. Pressesprecher:innen der Polizei sind eine Zielgruppe, die im Rahmen ihrer Medienarbeit eine zentrale Rolle bei der kulturellen Verbreitung falscher Vorurteile spielen können. Die Kompetenzen für eine stigmafremde Kommunikation sollen in Form zielgruppenspezifischer Schulungen, Fort- und Weiterbildungen sowie durch stärkere Platzierung des Themas in Ausbildungscurricula aufgebaut werden (Nowotny et al. 2025; Strizek et al. 2025).

⁶ vgl. z. B. Stellungnahme von VertretungsNetz: https://vertretungsnetz.at/fileadmin/user_upload/3_SERVICE_Stellungnahmen/2021_Stellungnahme_Massnahmenvollzugsanpassungsgesetz.pdf [abgerufen am 19.12.2023])

Tabelle 4: Startpaket Handlungsfeld Legislative, Exekutive, Judikative

Etablierung von Rahmenbedingungen für Partizipation und Schaffung einer gesetzlichen Verpflichtung auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene, Interessenvertretungen sowie Erfahrungsexpertinnen und -experten in alle Prozesse zu involvieren, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen (Maßnahme 1)	
nächste Schritte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schaffung grundsätzlicher Voraussetzungen (z. B. umfassender Barrierefreiheit⁷) – beim Zugang zu partizipativen Prozessen 2. Anerkennung von Erfahrungsexpertise als relevanter Expertise 3. Klärung der Zuständigkeiten 4. wissenschaftliche Evaluation der Präsenz und des Einflusses von Erfahrungsexpertinnen und -experten in Steuerungsprozessen und Entscheidungsgremien (auf verschiedenen Ebenen bzw. in verschiedenen Einrichtungen) 5. Sensibilisierungsarbeit: Workshops und Veranstaltungen zu (inter)nationalen Best-Practice-Beispielen betreffend <ul style="list-style-type: none"> • Selbstvertretungen in Sozial- und Gesundheitsstrukturen inkl. Monitoring und Qualitätsprüfung, • Nutzung von Erfahrungsexpertise in der Entwicklung und Durchführung von Ausbildungen in relevanten Disziplinen (Psychiatrie, Soziale Arbeit, Erziehungswissenschaften, Krankenpflegeausbildung usw.) 6. Förderung innovativer Pilotprojekte zur Partizipation in Einrichtungen, Ministerien und Hochschulen 7. Entwicklung von Trainingsprogrammen zur Partizipation <ul style="list-style-type: none"> • für Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung, die an offiziellen Partizipationsprozessen teilnehmen, • für Mitarbeiter:innen mit gelebter Erfahrung in Einrichtungen, Ministerien, (öffentlichen) Diensten 8. Zusammenarbeit (Gründung einer Arbeitsgruppe) mit Systempartnerinnen und -partnern, um Richtlinien zur verpflichtenden Partizipation von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung zu entwickeln bzw. zu implementieren, inkl. Partizipation bei <ul style="list-style-type: none"> • Ausbildungen (z. B. in Psychiatrie, Sozialer Arbeit, Erziehungswissenschaften, Gesundheits- und Krankenpflege), • Finanzierung, Arbeit und Monitoring von Diensten und Einrichtungen 9. Einstellung von Partizipationsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern in Ministerien, Hochschulen und Einrichtungen, um Partizipationsprozesse zu koordinieren und Erfahrungsexpertinnen und -experten dabei zu unterstützen teilzuhaben
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • ad 1: Menschen mit Behinderungen / psychischen Erkrankungen und deren Interessenvertretungen (von und für Menschen mit Behinderungen) im Wechselspiel mit Vertreterinnen und Vertretern von Bund und Ländern • ad 2: Bund und Länder in ihrem Wechselverhältnis (Bundesministerien, Sozialabteilungen und Gesundheitsabteilungen der Ämter der Landesregierungen) • ad 3: alle Player:innen (siehe ad 1) • ad 4: Menschen mit Behinderungen / psychischen Erkrankungen und deren Organisationen, Wissenschaftler:innen, Einrichtungen (wie zum Beispiel Tageszentren, Wohnheime, Assistenzdienste, Kliniken), Sozial- und Gesundheitsabteilungen • ad 5: Hochschulen, Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden, Systempartner:innen, professionelle Vereine • ad 6: Bundes- und Landesverwaltungen (als Fördergeberinnen), Menschen mit Behinderungen / psychischen Erkrankungen • ad 7: Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden, und Menschen mit Behinderungen / psychischen Erkrankungen, Einrichtungen, Ministerien und Hochschulen • ad 8: Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden, und Menschen mit Behinderungen / psychischen Erkrankungen, die für professionelle Ausbildung zuständigen Vereine, Systempartner:innen • ad 9: Ministerien, Hochschulen und Einrichtungen

Konsequente Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Problemlagen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Umsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderungen (Maßnahme 2)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung politischer Akteurinnen und Akteure • Einladung themenspezifischer Expertinnen und Experten in diverse Gremien in Zusammenhang mit der Umsetzung der UN-BRK, insbesondere des NAP Behinderung <p>Weitere Schritte zur Erweiterung der Persönlichen Assistenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Modellprojekten zu Persönlicher Assistenz für Menschen mit psychischen Erkrankungen • Entwicklung eines gesamtstaatlichen Modells und bundesweiter Strategien für Persönliche Assistenz unter Einbeziehung von Organisationen von Menschen mit psychischen Erkrankungen
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Ressortleiter:innen, Fachabteilungen, politische Entscheidungsträger:innen auf Gemeindeebene, Länder und Bund • themenspezifische Expertinnen und Experten
Schaffung und rechtliche Verankerung unabhängiger Beschwerdestellen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige in den Bundesländern (Maßnahme 8)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Konzeptentwicklung für den Aufbau und die Finanzierung unabhängiger Beschwerdestellen in den Bundesländern • gesetzliche Verankerung • Aufbau unabhängiger Beschwerdestellen in den Bundesländern
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • 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

⁷ Umfassende Barrierefreiheit bezieht sich dabei auf soziale, physische, psychische, kommunikative, sprachliche, zeitliche, finanzielle Barrieren.

Reformierung des Maßnahmenvollzugs und Ausgliederung aus dem Strafrecht sowie Überführung der Behandlung und Therapie psychisch erkrankter Menschen, die den Tatbestand eines Delikts verwirklicht haben, in das Gesundheitssystem der Länder (Maßnahme 11)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Überführung der Behandlung und Therapie von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die einen strafrechtlichen Tatbestand im Zustand der Zurechnungsunfähigkeit verwirklicht haben, in das Gesundheitssystem der Länder. Somit Abschaffung des Maßnahmenvollzugs nach § 21 Abs. 1 StGB • Personen, deren „psychische Störung“ vorwiegend auf einer intellektuellen Beeinträchtigung oder einer (fortgeschrittenen) demenziellen Erkrankungen beruht, sollen generell von der Möglichkeit der strafrechtlichen Unterbringung ausgenommen werden; falls erforderlich, soll eine Behandlung im Rahmen des Gesundheitssystems erfolgen, allenfalls zeitlich begrenzt nach UbG • Inkrafttreten des Maßnahmenvollzugsgesetzes (MVG) als zweiter Teil der Reform des Maßnahmenvollzugs und Umsetzung der dementsprechenden Empfehlungen der Expertenkommission von 2015 (AG im Auftrag des BMJ) • Vertretung von Personen in der strafrechtlichen Unterbringung durch die Patientenanwaltschaft der Erwachsenenschutzvereine; analog der Vertretung im Rahmen des UbG • Schaffung eines rechtsstaatlichen Verfahrens, das an den Grundsätzen der Menschenrechtskonvention (MRK) und der Judikatur des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) ausgerichtet ist • Ausbau und Finanzierung von Therapie- und Betreuungsangeboten sowohl während der strafrechtlichen Unterbringung, während Unterbrechungen der Unterbringung als auch nach bedingter Entlassung (Nachbetreuung) • Ausbildung forensischer Sachverständiger, Schaffung eines universitären Lehrstuhls für forensische Psychiatrie und Steigerung der Qualität der forensischen Gutachten • Deinstitutionalisierung der strafrechtlichen Unterbringung; Auflösung der großen Institutionen für den Maßnahmenvollzug und Vollzug in gemeindenahen Einrichtungen mit beschränkter Zahl Untergebrachter (max. 20 Personen pro Einrichtung); bspw. nach italienischem Vorbild (REMs) • zeitliche Befristung des Maßnahmenvollzugs und Wahrung der Verhältnismäßigkeit • Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren des Unterstützungssystems, die bei gleichzeitiger Wahrung von Menschenwürde, Datenschutz und Integrität der Betroffenen frühzeitig auf sich abzeichnende Eskalationen reagieren
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • BMJ, BMSGPK • Landesregierungen (Gesundheitsressorts) • Träger der (psychiatrischen) Krankenanstalten in den Ländern • Vertreter:innen internationaler Best-Practice-Modelle (insb. Italien) • psychosoziale Versorgung im extramuralen Bereich (Länder, Gemeinden) • Erwachsenenschutzvereine (Patientenanwaltschaft) • Ärztekammer
Schaffung und Ausbau gemeindenaher Leistungsangebote zur unterstützten Entscheidungsfindung, um die gleiche Anerkennung vor dem Recht auch tatsächlich umzusetzen (Maßnahme 13)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Bildung einer Expertengruppe zur Definition des Unterstützungsangebots und Erstellung eines Umsetzungskonzepts unter Berücksichtigung internationaler und nationaler Best-Practice-Beispiele und vorhandener Konzepte • legislative Anpassungen zur Vermeidung von Fremdbestimmung (Erwachsenenvertretung) durch Stärkung des Ultima-Ratio-Prinzips • Ausbau und Stärkung der Manuduktionspflicht von Ämtern und Behörden, insbesondere im Bereich des Sozial- und Behindertenrechts • Schulungen von Judikative und Exekutive in barrierefreier Kommunikation mit Menschen mit psychischen Erkrankungen
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Landesregierungen • BMJ • BMSGPK • Interessenvertretungen und Organisationen von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Bewusstseinsbildung bei zentralen Vertretungen der Staatsgewalten (Maßnahme 14)	
nächste Schritte	<p>Der Implementierungsgrad bereits vorhandener Schulungsmaßnahmen ist je nach Zielgruppe sehr unterschiedlich ausgeprägt, daher sind die nächsten Schritte zielgruppenspezifisch zu betrachten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polizistinnen und Polizisten: Details siehe Strizek et al. (2022), S. 53 ff. <ul style="list-style-type: none"> • Kontaktaufnahme mit dem BMI / der Sicherheitsakademie des BMI zur Klärung der Vorschläge zur Verstärkung und Verbesserung der Implementierung von Entstigmatisierungsmaßnahmen in Grundschulung und Fortbildung sowie Einführung einer Evaluierung der Maßnahmen • Pressesprecher:innen der Polizei: Details siehe Nowotny et al. (2025), S. 16 ff.) <ul style="list-style-type: none"> • Kontaktaufnahme mit dem BMI zur Klärung der grundsätzlichen Möglichkeit einer Implementierung eines spezifischen Weiterbildungsangebots für Pressesprecher:innen der Polizei in ganz Österreich • Richter:innen: Details siehe Strizek et al. (2022), S. 56 <ul style="list-style-type: none"> • Erstellen eines Konzepts für Fortbildungsveranstaltungen für Richter:innen (trialogisch, kontaktbasiert) • Ämter/Verwaltungsbehörden mit Kundenkontakt: Details siehe Strizek et al. (2022), S. 52 f.): <ul style="list-style-type: none"> • Bestandserhebung vorhandener Schulungsangebote • Entwicklung von Schulungsangeboten (bzw. Adaption vorhandener Schulungsangebote) • Erarbeitung von Empfehlungen für Personen in Leitungsfunktionen
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Polizistinnen und Polizisten <ul style="list-style-type: none"> • BMI (Sicherheitsakademie [SIAK]) • Partner:innen: HPE als Organisatorin, Erfahrungsexpertinnen und -experten, Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie, Menschenrechtsexpertinnen und -experten, Behindertenrechtsexpertinnen und -experten, Patientenanwaltschaft • Pressesprecher:innen der Polizei: <ul style="list-style-type: none"> • BMI und nachgeordnete Dienststellen • Partner:innen: HPE als Organisatorin, Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie, Erfahrungsexpertinnen und -experten, Angehörige, Menschenrechts- und Kommunikationsexpertinnen und -experten • Richter:innen: <ul style="list-style-type: none"> • BMJ • Partner:innen: VertretungsNetz sowie Erwachsenenschutzvereine, Erfahrungsexpertinnen und -experten, Angehörige, sozialpsychiatrische Expertinnen und Experten • Ämter/Verwaltungsbehörden mit Kundenkontakt <ul style="list-style-type: none"> • zuständige Ämter/Verwaltungseinheiten von Bund, Ländern, Gemeinden; Kommunalakademie, Landesorganisationen, Organisationen von Gemeinde- und Städtebund <p>Partner:innen: HPE als Organisatorin, Erfahrungsexpertinnen und -experten, Angehörige, Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie, Menschenrechtsexpertinnen und -experten, Behindertenrechtsexpertinnen und -experten, Patientenanwaltschaft</p>

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung,
blaue Markierung: Kategorie Angebotsstruktur,
grüne Markierung: Kategorie Bewusstseinsbildung

Quelle und Darstellung: GÖG

3.2 Handlungsfeld Mental Health Advocacy

Das Wohlbefinden in einer Gesellschaft wird wesentlich durch die Förderung der mentalen Gesundheit und die Bekämpfung von Stigmatisierung beeinflusst. Diese zwei Ziele sind untrennbar miteinander verbunden und spielen insbesondere im Rahmen der Mental-Health-Advocacy-Bewegung eine bedeutsame Rolle. Der Begriff selbst – Mental Health Advocacy – umschreibt die

Förderung der Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Reduktion von Stigmatisierung und Diskriminierung durch unterschiedliche Akteurinnen und Akteure sowie Aktivitäten (WHO 2003). Konkret wird durch Mental Health Advocacy und ihre zentralen Player:innen der Selbst- und Interessenvertretungen nicht nur das Bewusstsein für psychische Gesundheit geschärft, sondern auch jenes für gesellschaftliche Benachteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei bestehendem Recht auf Inklusion und chancengerechte Teilhabe nach der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Vor diesem Hintergrund sind diese zentralen Akteurinnen und Akteure der Mental-Health-Advocacy-Bewegung – also Erfahrungsexpertinnen und -experten⁸ sowie Angehörige – mit ihrer Advocacy-Arbeit entscheidend, um Inklusion zu fördern sowie Vorurteile und Diskriminierung abzubauen.

Auch der Bericht der Lancet-Kommission zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen unterstreicht die zentrale Rolle von Erfahrungsexpertinnen und -experten bei der Reduzierung von Stigmatisierung und Diskriminierung im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Dem Bericht zufolge gibt es verschiedene Möglichkeiten, die Reduktion von Stigmatisierung wirkungsvoll voranzutreiben. Dazu zählen Advocacy, gemeinschaftliche gemeindebasierte Fürsorge, konstruktiver Diskurs, Gatekeepertraining, Protest, Psychoedukation, soziales Netzwerken und sozialer Kontakt (Thornicroft et al. 2022). Dabei soll der Einsatz von Erfahrungsexpertinnen und -experten (Peers) besonders gewichtet werden, denn Interventionen, die auf dem Prinzip des sozialen Kontakts (sei es persönlich, virtuell oder indirekt) basieren, stellen die effektivste Art und Weise dar, um Stigma zu reduzieren (Thornicroft et al. 2022). Der Bericht betont, dass Advocacy-initiativen wie etwa individuelle oder gruppenorientierte Maßnahmen dazu beitragen können, das Bewusstsein für psychische Gesundheitsprobleme zu schärfen, falsche Vorstellungen und Vorurteile abzubauen und eine unterstützende Umgebung zu schaffen.

3.2.1 Zielsetzungen

- Stärkung der sozialen Bewegung zur Beseitigung von Stigma und der Durchsetzung der Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Ausbau von Organisationen und Angeboten, die von Erfahrungsexpertinnen und -experten 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
- Abbau von Selbststigma bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung und deren Angehörigen

3.2.2 Maßnahmenpaket

Die Empfehlungen für das Handlungsfeld Mental Health Advocacy umfassen Maßnahmen zur systematischen Stärkung der beiden zentralen Kollektive, der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung sowie der Angehörigen, durch die Schaffung notwendiger finanzieller, gesetz-

⁸ Menschen, die über die gelebte Erfahrung einer psychischen Erkrankung verfügen

licher sowie gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen und Schwerpunktsetzungen. Die Empfehlungen umfassen des Weiteren mehr Öffentlichkeitsarbeit, um die Anliegen der Mental-Health-Advocacy-Bewegung bekannt zu machen. Durch Angebote zur Förderung von Empowerment und zur Sensibilisierung für die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen soll das Bewusstsein für den durch falsche Vorurteile vorangetriebenen Exklusionsprozess geschärft werden. Durch den Zusammenschluss mit anderen benachteiligten Gruppen und die Förderung des Dialogs in den Gemeinden sollen schließlich auch Diversität und sozialer Zusammenhalt gefördert werden (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Mental Health Advocacy

Nr.	Maßnahme	Maßnahmenbeschreibung
15	Ausbau der Basis- und Regelfinanzierung von Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, und von Angehörigenorganisationen	SE 3.3.1 ST58
16	gesetzliche Verankerung der Selbsthilfe, deren Ausstattung mit den nötigen finanziellen Mitteln und ihre Anerkennung als psychosoziales Angebot	ST59
17	Förderung der Peerbewegung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch die Implementierung und den Ausbau von Peerangeboten für eine junge Zielgruppe	SE 3.3.5
18	medienwirksames Bekanntmachen der Bewegung der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und der Angehörigenbewegung in der Öffentlichkeit	SE 3.3.6
19	Aufbau eines Referentenpools von Erfahrungsexpertinnen und -experten für eine kontaktbasierte Sensibilisierung im Rahmen von Schulungen und Veranstaltungen	DI 6.1
20	Zusammenarbeit bzw. Zusammenschluss mit anderen strukturell benachteiligten Gruppen	SE 3.3.7
21	Ausbau des HPE-Seminarangebots für Angehörige zur Stärkung von Empowerment	SE 2.3.4
22	Etablierung von Recovery/Empowerment Colleges	SE 2.3.5
23	Stärkung des Bewusstseins für die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei Betroffenen, Angehörigen sowie professionellen Helferinnen und Helfern	SE 2.3.6
24	schrittweise Umsetzung bzw. Etablierung eines Tetralogs in der organisierten Zivilgesellschaft	DI 5.3.2

ST: Zwischenbericht Strukturelle Stigmatisierung (Strizek et al. 2025)

DI: Zwischenbericht Direkte Stigmatisierung (Strizek et al. 2022)

SE: Zwischenbericht Selbststigmatisierung (Puhm et al. 2023)

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung, blaue Markierung: Kategorie Angebotsstruktur,

grüne Markierung: Kategorie Bewusstseinsbildung, fette Markierung: priorisierte Empfehlungen

Quelle und Darstellung: GÖG

3.2.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket)

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. Vor diesem Hintergrund stellt **die Basis- und Regelfinanzierung** eine wesentliche Maßnahme dar, indem sie den **Auf- und Ausbau einschlä-**

giger Organisationen ausreichend unterstützt und deren Erhalt durch die Finanzierung von Arbeitsplätzen gesichert wird. Wichtig dabei ist, dass die Unabhängigkeit der geförderten Organisationen garantiert bleibt. Damit verbunden ist einerseits die Förderung der politischen Partizipation gemäß UN-BRK und andererseits der Umstand, dass durch eine gesteigerte Zusammenarbeit und durch Einbindung von Erfahrungsexpertise nach internationalen Standards ein wichtiger Beitrag zur Qualitätsverbesserung der psychosozialen Versorgung gewährleistet werden kann (WHO 2021a). Auch der Beirat für psychosoziale Gesundheit des BMSGPK hat sich im Jahre 2020 in einem Positionspapier für die nachhaltige Förderung einschlägiger Bundes- wie auch Landesorganisationen mittels Basis- und Regelfinanzierung ausgesprochen (BMSGPK 2020).

Eine weitere Maßnahme ist die gezielte **Förderung der Peerbewegung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch die Implementierung und den Ausbau von Peerangeboten für eine junge Zielgruppe**. Communitys ermöglichen einen Austausch unter Gleichgesinnten und sind die Grundlage für die Bildung einer gemeinsamen Ausrichtung und einer politischen Stimme, die sich gezielt für alters- und situationsspezifische Anliegen einsetzt. Verschiedene Maßnahmen tragen zur Bildung von Communitys bei, und zwar

- der Ausbau
 - von Angeboten für Jugendliche und junge Erwachsene, die sich bereits im psychiatrischen und psychosozialen Behandlungssystem befinden,
 - von Schul- und Studierendenprojekten zum Abbau von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen,
 - der Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz,
 - niederschwelliger Peer-to-Peer-Projekte und Selbsthilfeinitiativen,
- Informationskampagnen in sozialen Medien,
- die Förderung von
 - Unterstützungsangeboten und Initiativen für Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen und
 - Peerausbildungen für junge Erwachsene.

Eine Vielzahl von Studien belegt die Wirksamkeit von **Recovery/Empowerment Colleges**. Das sind niederschwellig und gemeindenah zugängliche Bildungszentren, die sich mit ihren Bildungsangeboten rund um das Thema der seelischen Gesundheit und der 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 richten. Recovery Colleges sind außerdem ein wichtiger Baustein für die Transformation der psychiatrischen Versorgung hin zu mehr Recoveryorientierung und haben auch einen positiven Einfluss auf Einstellungen und Verhalten innerhalb des psychosozialen Versorgungssystems sowie auch in der Gemeinde. Es existiert bereits eine Reihe von Angeboten in Österreich, die in das Programm eines Recovery College nach den Vorbildern aus dem UK, aus Deutschland und der Schweiz aufgenommen werden sollen (vgl. Puhm et al. 2023).

Tabelle 6: Startpaket Handlungsfeld Mental Health Advocacy

Ausbau der Basis- und Regelfinanzierung von Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, und von Angehörigenorganisationen (Maßnahme 15)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Auf- und Ausbau von Organisationen und Projekten, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung bzw. von Angehörigen geleitet werden • 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
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Zielsteuerungspartner (Bund, Länder, ggf. Sozialversicherung), unabhängige Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, Angehörigenorganisation HPE, Systempartner:innen der psychosozialen Versorgung
Förderung der Peerbewegung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch die Implementierung und den Ausbau von Peerangeboten für eine junge Zielgruppe (Maßnahme 17)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Etablieren von Peearbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung • Bekanntmachen von Interventionsprogrammen unter Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in bestehenden Helfersystemen und Verankerung einschlägiger Angebote als Teil des psychosozialen Angebotspektrums • Entwicklung von Qualitätskriterien für Schul- und Studierendenprojekte – Verankerung des Einbezugs von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung als Standard • Förderung von Peer-to-Peer-Initiativen mit Fokus auf mentale Gesundheit in den Bereichen Schule, Universität und Jugendorganisationen • Ausbau und finanzielle Förderung bestehender Peerinitiativen für Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischer Krisenerfahrung • Förderung bereits bestehender peerunterstützter Initiativen für Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen • Förderung von Selbsthilfeinitiativen für junge Menschen mit psychischer Krisenerfahrung und für Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • 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, Peerausbildungsstätten
Etablierung von Recovery/Empowerment Colleges (Maßnahme 22)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassung vorhandener Konzepte (vorrangig aus Deutschland, der Schweiz und dem UK) an die österreichischen Gegebenheiten • Bildung eines Kernteams (Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung, Angehörige, Psychiater:innen) zur inhaltlichen und organisatorischen Koordination • Rekrutierung und z. T. Ausbildung von Referentinnen und Referenten (vor allem auch psychiatrieerfahrener Dozentinnen und Dozenten) • Finden „neutraler“ Räumlichkeiten (außerhalb der psychosozialen Versorgung) zur Abhaltung von Kursen (in einer späteren Phase Etablierung eigener Räumlichkeiten) • Klärung der Finanzierung
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • mögliche Umsetzende: Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung, Angehörige, psychosoziale Fachexpertinnen und -experten • mögliche Partner:innen: bestehende psychosoziale Hilfeinrichtungen, stationäre und ambulante Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung, regionale (nichtpsychiatrische) Organisationen (z. B. VHS oder Büchereien)

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung, blaue Markierung: Kategorie Angebotsstruktur

Quelle und Darstellung: GÖG

3.3 Handlungsfeld Gesundheitsversorgung

Die Ungleichbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Gesundheitsversorgung verstößt gegen Art. 25 der UN-BRK. Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Gesundheitsversorgung findet derzeit auf mehreren Ebenen statt, und zwar von der Schlechterstellung des gesamten Versorgungsbereichs der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung innerhalb des Versorgungssystems über die fehlende Reflexion von Stigmatisierungsprozessen und das fehlende diesbezügliche Gegensteuern innerhalb der Gesundheitsversorgung (inklusive der Anwendung von Zwang) bis hin zu den weitgehend fehlenden Unterstützungsangeboten für Betroffene und Angehörige zur Bewältigung von Stigmatisierungserfahrungen und deren gesundheitsschädlichen Folgen.

Jedes Jahr leidet rund ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung unter psychischen Erkrankungen (Wagner et al. 2017; Wancata 2017). Psychische Erkrankungen gehören zu den führenden Ursachen krankheitsbedingter Behinderungen und verursachen aufgrund des häufig frühen Krankheitsbeginns hohe (indirekte) Kosten (Arias et al. 2022; Knapp/Wong 2020). Trotz der hohen Prävalenz und der volkswirtschaftlichen Kosten sind Prävention und Versorgung psychischer Erkrankungen im Vergleich zu somatischen Erkrankungen in nationalen Public-Health-Strategien unterrepräsentiert. Dies führt zu einer unzureichenden Ressourcenausstattung und in weiterer Folge zu einer Reihe von Versorgungsmängeln, die eine strukturelle Benachteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen darstellen: Dies betrifft insbesondere die erforderliche Bereitstellung von State-of-the-Art-Therapien, Versorgungsengpässe für Kinder und Jugendliche, eine für eine maßgebliche Reduktion von Zwangsmaßnahmen nach Unterbringungsgesetz (UbG) notwendige, aber noch unzureichende Personalausstattung im stationären psychiatrischen Bereich und eine unzureichende Bereitstellung ambulanter Versorgungsangebote und Unterstützungssysteme sowie die derzeit noch unzureichend implementierten menschenrechts-, recovery- und ressourcenorientierten Versorgungs- und Behandlungskonzepte zur Förderung einer chancengerechten gesellschaftlichen Teilhabe nach UN-BRK (vgl. Strizek et al. 2025).

Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe beeinflussen den Stigmatisierungsprozess auf allen Ebenen und nehmen – oftmals mehr, als ihnen bewusst ist – somit eine zentrale Rolle in der Verbreitung oder der Bekämpfung von Stigma psychischer Erkrankungen ein. Auch professionelle Helfer:innen sind nicht frei von kulturell geprägten Einstellungen, die ihr Handeln beeinflussen. Ein stigmatisierender Umgang mit Patientinnen und Patienten aufgrund unreflektierter Haltungen kann aber gerade im Gesundheitssystem besonderen Schaden verursachen, da es die professionellen Helfer:innen sind, denen sich Menschen in psychisch labilen Phasen anvertrauen, um Hilfe und Orientierung zu erhalten. Dementsprechend bedarf es eines besonders reflektierten Umgangs mit Patientinnen und Patienten, um den Genesungsprozess als unterstützende Partnerin bzw. unterstützender Partner zu fördern und zu begleiten (Strizek et al. 2022).

Insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, chronischen Verläufen und einem komplexen Unterstützungsbedarf spielt eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle für die Erlangung eines selbstbestimmten Lebens im Sinne der UN-BRK. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen leiden häufiger an somatischen Erkrankungen und haben – abhängig von Krankheitsbild und Erkrankungsbeginn – eine um bis zu zwölf Jahre verkürzte Lebenserwartung. Körperliche Leiden werden bei dieser Zielgruppe oft erst spät diagnostiziert oder nicht adäquat behandelt und Risikofaktoren seltener erkannt. Untersuchun-

gen zeigen, dass die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im medizinischen Versorgungssystem ihren Zugang zu einer adäquaten Behandlung wesentlich erschwert. Menschen mit psychischen Erkrankungen nehmen seltener Unterstützungsleistungen in Anspruch, sind mit längeren Wartezeiten konfrontiert, erhalten unzureichende Aufklärung und werden von behandlungsrelevanten Entscheidungen ausgeschlossen. Zudem werden in ihrem Fall körperliche Symptome häufig der psychischen Erkrankung zugeschrieben und dadurch nicht ausreichend abgeklärt („diagnostic overshadowing“) (vgl. Strizek et al. 2022).

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen⁹ in der psychiatrischen Versorgung beschränkt die Selbstbestimmtheit der Patientin / des Patienten und wird von vielen Patientinnen und Patienten als Verletzung der Integrität oder gar traumatisierend erlebt und ist daher mit einer Reihe therapeutisch relevanter negativer Folgen für Betroffene behaftet. Die World Psychiatric Association (WPA) und ihre nationalen Fachgesellschaften verfolgen das Ziel, Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie weitestgehend zu vermeiden und alternative Wege zu finden (DGPPN 2018; Herrman et al. 2022; SO-PSY o. D.). Gesetzliche Änderungen im Unterbringungsrecht allein reichen nicht aus, um Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen so weit wie möglich zu vermeiden oder die Praxis zu verbessern. Es bedarf dazu zusätzlich einer Reihe von Maßnahmen in den Einrichtungen (z. B. Deeskalations- und Gewaltschutzkonzepte, Behandlungsvereinbarungen) und vor allem auch des Ausbaus ambulanter sozialpsychiatrischer Unterstützungssysteme (BMSGPK 2022).

Bis dato besteht in der psychosozialen Praxis wenig Sensibilität für das Phänomen (Selbst-)Stigmatisierung und seine negativen Folgen für den Genesungsprozess und die Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen und für ihre Angehörigen. Es gibt daher auch kaum Angebote für Betroffene und Angehörige, die auf Stigmabewältigung, Abbau von Selbststigmatisierung und Förderung von Empowerment fokussieren. Dies kann aber nicht allein durch eine bloße Erweiterung des traditionellen Behandlungsangebots erreicht werden, da traditionelle Behandlungsansätze, die eine reine Symptom- und Defizitorientierung aufweisen, von Patientinnen und Patienten an sich schon als stigmatisierend wahrgenommen werden und solche Erfahrungen Selbststigmatisierung verstärken. Auch aus diesem Grund ist eine Umorientierung und konsequente Umsetzung einer Menschenrechts- und Recoveryorientierung in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungspraxis dringend vonnöten (vgl. Puhm et al. 2023).

⁹ Zwangsmaßnahmen im medizinischen Sinn sind alle Handlungen, die gegen bzw. ohne den expliziten, verbal oder nonverbal zum Ausdruck gebrachten Willen der Patientin oder des Patienten gerichtet sind. Dazu gehören:

- Die Zwangseinweisung/Unterbringung in eine/einer Klinik zur Behandlung. Eine solche setzt in Österreich eine ernste und erhebliche Selbst- und/oder Fremdgefährdung voraus, die aus einer psychischen Störung resultiert und mit weniger einschneidenden Maßnahmen nicht abwendbar ist.
- Sicherungsmaßnahmen, die mit einer Einschränkung der Bewegungsfreiheit einhergehen, wie Isolierung (d. h. die zeitlich begrenzte Unterbringung eines Patienten allein in einem geschlossenen Raum), Fixierung (d. h. die Einschränkung der körperlichen Bewegungsfreiheit eines Menschen mithilfe von Gurten, meist an einem Fixierbett o. Ä.) oder auch Maßnahmen zur Prävention von Sturzgefährdung (Bettgitter, Bauchgurt etc.).
- Die Notfallbehandlung, meist in Form einer Zwangsmedikation (d. h. die gegen den Willen der Patientin oder des Patienten durchgeführte orale oder parenterale Abgabe von Medikamenten, meist von Antipsychotika und Sedativa).
- Die Zwangsbehandlung einer nichtentscheidungsfähigen Patientin oder eines nichtentscheidungsfähigen Patienten im engeren Sinne, die unabhängig von einer akuten Notfallsituation und meist auf einer regelmäßigen Basis über einen längeren Zeitraum zur Behandlung einer Erkrankung durchgeführt wird, die unbehindert zu schwerwiegenden Gefährdungen führen würde. Je nach Gesetzgebung kann für diese Behandlung ein gerichtlicher Beschluss nötig sein (Olszewski/Jäger 2015).

3.3.1 Zielsetzungen

- Schaffung von Bewusstsein für strukturelle Benachteiligungen im Gesundheits- und psychosozialen Versorgungssystem, mit dem Ziel gerechterer Chancen für gesellschaftliche Teilhabe (Inklusion)
- Abschaffung struktureller Benachteiligungen im Gesundheitssystem
- Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie durch adäquate Bereitstellung von Räumlichkeiten, Ressourcen und Ausbau der ambulanten Versorgung sowie Anpassung der theoretischen Grundlagen, die Zwang als Praxis legitimieren oder fördern
- Verbesserung des Genesungsprozesses (Recovery) durch umfassende Maßnahmen der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen
- Steigerung der Anti-Stigma-Kompetenz bei Vertreterinnen und Vertretern von Gesundheits- und Sozialberufen
- 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) und damit Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit einer psychischen Erkrankung
- Aufwertung und Anerkennung von Erfahrungswissen (Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung und Angehörige) und dessen Inklusion in Forschung, Versorgung, Aus- und Weiterbildung
- flächendeckender Einsatz von Peerarbeiterinnen und Peerarbeitern in allen psychosozialen Versorgungsstrukturen
- Verbesserung der somatischen Versorgung psychisch erkrankter Personen (somatische [Erst-]Versorgung in somatischen Abteilungen, bessere Vernetzung der Psychiatrie mit der somatischen Medizin, Schaffung von mehr Aufmerksamkeit für begleitende somatische Erkrankungen)
- Förderung eines wertschätzenden Sprachgebrauchs in allen Gesundheits- und Sozialberufen, um einen Wandel im Umgang mit psychischen Erkrankungen anzustoßen und zu forcieren

3.3.2 Maßnahmenpaket

Das Handlungsfeld Gesundheitsversorgung umfasst eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der psychiatrischen, psychosozialen und somatischen Versorgung von Menschen, die psychische Erkrankungen aufweisen, sowie Maßnahmen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie, die sowohl an Rahmenbedingungen als auch an der Angebotsstruktur ansetzen. Diese Maßnahmen werden durch solche zur Bewusstseinsbildung bei Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe ergänzt, welche die Steigerung der Anti-Stigma-Kompetenz in diesen Berufsgruppen zum Ziel haben. In Bezug auf die Beseitigung von Stigmatisierung im Gesundheitssystem nimmt der Auf- und Ausbau der professionellen Peerarbeit durch gesetzliche und institutionelle Verankerung eine zentrale Stellung ein. Zudem werden Maßnahmen zur Stigmabewältigung, zum Abbau von Selbststigmatisierung, zum Ausbau von Angehörigenarbeit und zu deren Verankerung in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung empfohlen (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Gesundheitsversorgung

Nr.	Maßnahme	Maßnahmen- beschreibung
25	Verbesserung der somatischen Versorgung von Menschen, die psychische Erkrankungen aufweisen	DI 2.3.5 ST26 ST27
26	Entwicklung und Implementierung eines Gütesiegels „Stigmafreie Versorgungseinrichtung“ für alle ambulanten und stationären psychosozialen Einrichtungen	DI 2.3.3
27	Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie und Verbesserung des Gewaltschutzes in psychosozialen Einrichtungen	KU 4.3.2 ST56
28	Verbesserung der Unterbringungspraxis nach UbG in psychiatrischen Einrichtungen	ST 55
29	Adaption baulicher Mindeststandards für Krankenhausarchitektur, um zielgruppenspezifische Barrieren abzubauen	ST18
30	Aufstockung der Personalressourcen in psychiatrischen Abteilungen insbesondere bei Unterbringungen nach UbG	ST 13
31	menschenrechtsbasierte (Recovery- und Empowerment-)Ansätze in der psychosozialen Versorgung etablieren	ST19
32	Etablierung von „shared decision making“ („supported decision making“) als Standard in der (ambulanten wie stationären) psychosozialen Versorgungspraxis	ST 20
33	rechtliche und institutionelle Verankerung von Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung in den Standardabläufen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung	ST21
34	trialogisch erstellte und bundesweite Versorgungsleitlinien der psychosozialen Versorgung	ST22
35	Implementierung trialogischer Praxis in der psychosozialen Versorgung (in Angebotsplanung, Umsetzung und Qualitätssicherung)	ST23
36	Möglichkeit der Wahl des Krankenhauses, der Behandlungsart und der (hauptverantwortlich) behandelnden Ärztin / des (hauptverantwortlich) behandelnden Arztes (in allen Settings) durch u. a. Neuformulierung der Sektorsierung und Ausbau der Transitionspsychiatrie (auf beiden Seiten des Altersspektrums)	ST14
37	Ausarbeitung und Realisation von Konzepten zur systematischen Einbeziehung von Angehörigen bzw. Freundinnen/Freunden in das stationäre und ambulante Setting unter Wahrung der Selbstbestimmungsrechte	ST25
38	Anspruch auf stationäre (psychiatrische und somatische) Rehabilitation für Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen unabhängig vom derzeitigen oder früheren Beschäftigungsstatus der Person	ST28
39	Gleichstellung der psychiatrischen Reha mit der somatischen Reha (unabhängig vom Erwerbsstatus)	ST 29
40	Stärkung der Bedeutung / Optimierung der Stellung psychischer Gesundheit in Policydokumenten des Gesundheitssektors	ST7
41	Ausbau und Qualitätsverbesserung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung im Rahmen einer Nationalen Mental-Health-Strategie	ST9

42	Etablierung zentraler, regionaler, niederschwelliger trialogischer Anlaufstellen zur Orientierung und unbürokratischen Unterstützung im psychosozialen Versorgungssystem	ST10
43	Ausbau der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche	ST11
44	Ausbau der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung durch Schaffung/ Ausbau zusätzlicher Behandlungsmethoden und Therapieangebote nach internationalen Best-Practice-Beispielen und Ausbau regionaler Krisen- bzw. Akuthilfeangebote	ST17
45	Ausbau der integrierten Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen und bessere Berücksichtigung von Begleiterkrankungen durch Entwicklung ganzheitlicher Behandlungskonzepte bei Komorbidität	ST16
46	Sicherstellung der („kostenfreien“) psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung für alle Altersgruppen im Leistungsangebot der KV-Träger ist anzustreben	ST12
47	Ausbau wohnortnaher tagesklinischer psychiatrischer Rehabilitationsangebote	ST30
48	Auf- und Ausbau der professionellen Peerarbeit durch gesetzliche und institutionelle Verankerung	SE 3.3.3 ST15 ST60 DI 2.3.4
49	Verankerung der Angehörigenarbeit in Institutionen	ST24
50	Implementierung recoveryorientierter Strategien sowie von Angeboten zum Abbau von Selbststigmatisierung in der psychosozialen Versorgung	SE 2.3.3
51	Ausbau des Programms „In Würde zu sich stehen“	SE 2.3.1
52	Anpassung und Ausbau des Programms „StigMa“: Therapieprogramm zum Stigma-Management	SE 2.3.2
53	Steigerung der Anti-Stigma-Kompetenz durch trialogisch konzipierte und durchgeführte Schulungen in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe	DI 2.3.1 DI2 2.3.2 ST63
54	Entwicklung von Leitlinien zur Förderung des „wertschätzenden Sprachgebrauchs“ in den Gesundheits- und Sozialberufen	KU 4.3.3

KU: Zwischenbericht Kulturelle Stigmatisierung (Nowotny et al. 2025)

ST: Zwischenbericht Strukturelle Stigmatisierung (Strizek et al. 2025)

SE: Zwischenbericht Selbststigmatisierung (Puhm et al. 2023)

DI: Zwischenbericht Direkte Stigmatisierung (Strizek et al. 2022)

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung, blaue Markierung: Kategorie Angebotsstruktur,

grüne Markierung: Kategorie Bewusstseinsbildung, fette Markierung: priorisierte Maßnahmen

Quelle und Darstellung: GÖG

3.3.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket)

Im NAP Behinderung 2022–2030 wird der Abbau der Benachteiligungen im Gesundheits- und Sozialsystem als Zielsetzung definiert (Z 242). Um dies zu erreichen, bedarf es sowohl struktureller Maßnahmen, die eine grundlegende Systemverbesserung hervorbringen, als auch Maßnahmen, die gezielt bei den (mit)gestaltenden Akteurinnen und Akteuren des Systems ansetzen, damit diese die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen als integralen Bestandteil ihres Versorgungsauftrags verstehen und konsequent verfolgen können.

Zur **Verbesserung der somatischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen** in Österreich ist sowohl die fachgerechte Behandlung von Menschen, die psychische Erkrankun-

gen aufweisen, in somatischen Abteilungen als auch die Sicherstellung der psychosozialen Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen in somatischen Abteilungen sowie in Institutionen zur Pflege und Betreuung von Relevanz. Eine verpflichtende Abklärung somatischer Parameter in der psychiatrischen/psychosozialen Versorgung (insbesondere in Hinblick auf mögliche unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka und metabolische Besonderheiten) sollte eingehalten werden. Essenziell ist die Entwicklung von Standards für die Zusammenarbeit somatischer und psychiatrischer Disziplinen und Abteilungen. Zudem sollte das Wissen über die Zusammenhänge zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen bei Behandlerinnen und Behandlern sowie Patientinnen und Patienten gesteigert werden (vgl. Strizek et al. 2022; Strizek et al. 2025).

Einschränkungen der Persönlichkeitsrechte stellen aus menschenrechtlicher Sicht einen besonders schwerwiegenden Eingriff dar. Der UN-Fachausschuss hat anlässlich der Staatenprüfung zur Umsetzung der UN-BRK im Jahr 2023 die Empfehlung ausgesprochen, in Österreich alle Bestimmungen abzuschaffen, die Zwangsbehandlungen oder den Freiheitsentzug aufgrund psychischer Erkrankungen zulassen. Der UN-Fachausschuss für die Staatenprüfung 2023 legt Österreich nahe, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, um Freiheitsentzug und Zwangsbehandlung zu verhindern (Z 36, Vereinte Nationen 2023). Um eine **Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie** in Österreich zu erreichen, soll ein Umsetzungskonzept zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen in Österreich entwickelt werden. Hierfür soll ein Netzwerk aller im Rahmen der Zwangsmaßnahmen nach UbG involvierten Player:innen aufgebaut werden. Weiters wird der Aufbau eines österreichweiten Datenregisters zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen nach UbG (Transparenz, Benchmarking, Forschung) empfohlen. Eine wichtige Voraussetzung für die Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie ist v. a. auch die ausreichende Verfügbarkeit gelinderer Alternativen in der ambulanten Versorgung (Nowotny et al. 2025). Zur **Verbesserung des Gewaltschutzes in psychosozialen Einrichtungen** sollen analog dazu Gewaltschutzkonzepte in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus Erfahrung und Angehörigen erstellt und flächendeckend angewandt werden, um einen genesungsfördernden und eskalationshemmenden Umgang mit Patientinnen und Patienten sicherzustellen, die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen sowie eine laufende Qualitätssicherung in psychosozialen Einrichtungen zu gewährleisten (vgl. Strizek et al. in Vorbereitung).

Der NAP Behinderung 2022–2030 beschreibt u. a. die Notwendigkeit des Ausbaus sozialpsychiatrischer Unterstützungssysteme, nennt als Maßnahme 102 den „Ausbau der Extramuralen Angebote für Menschen mit psychischen Behinderungen“ und legt die Zuständigkeit bei den Bundesländern fest. Auch die „Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health“ (Thornicroft et al. 2022) beschreibt das Problem der eingeschränkten Mittel für psychosoziale Versorgung und, damit verbunden, den erschwerten Zugang und qualitative Mängel. **Der Ausbau und die Qualitätsverbesserung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung** sollen unter Berücksichtigung internationaler Best-Practice-Ansätze einer personenzentrierten, recoveryorientierten und menschenrechtsbasierten Versorgung wie

Home-Treatment¹⁰, „flexible assertive community treatment“¹¹, Peerarbeit¹², Open Dialogue¹³ und Soteria¹⁴ etc. erfolgen (WHO 2021b). Dies verlangt ein abgestimmtes Vorgehen auf allen Versorgungsebenen. Ein entsprechendes Konzept sollte **im Rahmen einer Nationalen Mental-Health-Strategie (MHiAP) der Zielsteuerung-Gesundheit 2024–2028** (op. Ziel 6) dialogisch erarbeitet werden (Strizek et al. 2025).

Sowohl die UN-Behindertenrechtskonvention (BMSGPK 2016) als auch Forschungsergebnisse und Behandlungsleitlinien (DGPPN 2019) stellen wichtige Grundlagen zur umfassenden Implementierung von Peerarbeit dar. Durch den **Auf- und Ausbau der professionellen Peerarbeit durch gesetzliche und institutionelle Verankerung** in Einrichtungen und Diensten der psychosozialen Versorgung in Österreich wird die Basis für eine menschenrechtsbasierte sowie recovery- und nutzerorientierte und damit auch nachhaltige Gestaltung der psychosozialen Versorgungslandschaft gelegt. Der Einsatz von Peerarbeiterinnen und -arbeitern wirkt zudem auf mehreren Stigmaebenen durch Reduktion von Stigmatisierung vonseiten der Behandler:innen, Reduktion von Selbststigma bei Patientinnen und Patienten. Peerarbeiter:innen tragen mithin wesentlich zum Kulturwandel in den Einrichtungen durch Implementierung einer recoveryorientierten Behandlungspraxis bei. Der Auf- und Ausbau professioneller Peerarbeit beinhaltet die gesetzliche Anerkennung der Berufsgruppe, den Ausbau der Ausbildungsmöglichkeiten, die Schaffung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen für die institutionelle Verankerung und den Ausbau der Arbeitsstellen in psychosozialen Versorgungseinrichtungen und die Sensibilisierung und Vorbereitung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsanbieter:innen für die erfolgreiche Integration einer neuen psychosozialen Berufsgruppe sowie die Entwicklung von Umsetzungskonzepten für den Ausbau der Tätigkeitsfelder Peerforschung und Peerlehre (vgl. Puhm et al. 2023).

Aufgrund der hohen Relevanz von (Selbst-)Stigmatisierung als Barriere bei der Hilfesuche sowie als Hindernis für Genesung und Recovery sollen **Angebote zum Abbau von Selbststigmatisierung in der psychosozialen Versorgung implementiert** werden. Der erforderliche Ausbau soll

¹⁰ ein aufsuchendes Angebot, das Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Familien in ihrem alltäglichen Lebensumfeld – bei sich zu Hause – begleitet und dabei eine vergleichbare Intensität wie eine stationäre oder tagesklinische Behandlung bietet. Durch die Arbeit vor Ort wird der Lebensalltag in die Behandlung miteinbezogen, und es kommt zu keinen Abbrüchen wichtiger sozialer Beziehungen. Siehe: <https://psd-wien.at/home-treatment> [abgerufen am: 25.03.2024]

¹¹ ein evidenzbasiertes Behandlungsmodell für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Form einer langfristigen, teambasierten, aufsuchenden und nachgehenden Komplexbehandlung für Personen mit schweren psychischen Störungen. Siehe: https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/FACT_Manual_und_QM-Skala_deutsch.pdf [abgerufen am 25.03.2024]

¹² Das englische Wort „peer“ bedeutet „gleichgestellte, gleichwertige Person“. Peer-Support (Unterstützung durch Peers in Form von Peerberatung und Peerbegleitung) ist eine wichtige Ergänzung der psychiatrischen Versorgung, um den Wandel hin zu einem recovery- und nutzerorientierten System voranzubringen sowie Stigmatisierung entgegenzuwirken. „Professionelle Peerarbeiterin“ / „Professioneller Peerarbeiter“ 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.

¹³ Offener Dialog ist ein alternativer Behandlungsansatz in akuten psychotischen Krisen zur Behandlung von Psychosen. Siehe z. B. <https://dgsf.org/service/wissensportal/beduerfnisangepasste-behandlung-und-offene-dialoge> [abgerufen am 6.11.2024]

¹⁴ ein vom amerikanischen Psychiater Loren Mosher in den 1970er-Jahren gegründetes und 1984 vom Schweizer Psychiater Luc Ciompi – erstmals in Europa – in Bern (Schweiz) weitergeführtes integratives Behandlungskonzept für Menschen mit psychotischen Störungen (Ciompi et al. 1991). Siehe z. B. Lehmann/Stastny (2013)

durch Ausweitung der in Österreich bereits vorhandenen¹⁵ sowie durch Aufnahme nach internationalem Wissensstand vielversprechender Methoden oder durch Entwicklung und Anwendung neuer kreativer partizipativer Behandlungsansätze und ihre Integration in die psychosoziale Versorgung erfolgen. Die Angebote sollen den speziellen Bedürfnissen unterschiedlicher Zielgruppen angepasst und für diese auch flächendeckend angeboten werden. Darüber hinaus ist eine konsequente Umsetzung **recoveryorientierter Strategien** in der psychosozialen Versorgungspraxis durch den Einsatz menschenrechts- und personenzentrierter sowie ressourcenorientierter Behandlungsansätze vonnöten, um Patientinnen und Patienten beim Abbau von Selbststigma zu unterstützen. (vgl. Puhm et al. 2023).

Die Empfehlungen der „Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health“ (Thornicroft et al. 2022) sehen im priorisierten Handlungsfeld des Gesundheits- und Sozialsektors vor allem die Verankerung verpflichtender Lehrveranstaltungen zu Entstigmatisierung in den Berufsausbildungen der Gesundheits- und Sozialberufe vor. Diese evidenzbasierten Anti-Stigma-Schulungen sollen von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung mitgestaltet werden und auch die Bedürfnisse und Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen behandeln. In Österreich soll die **Steigerung der Anti-Stigma-Kompetenz durch dialogisch konzipierte und durchgeführte Schulungen in Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen** erfolgen. Aufbauend auf vorhandenen Schulungskonzepten soll die Implementierung bis zur Zielerreichung, der Verankerung in allen Ausbildungscurricula der Gesundheits- und Sozialberufe, schrittweise vorangetrieben werden (vgl. Strizek et al. 2022).

¹⁵ das peergeleitete Programm „In Würde zu sich stehen“ und das Therapieprogramm „StigMa“ zum Stigma-Management (vgl. Empfehlungen 2.3.1 und 2.3.2 in Puhm et al. 2023)

Tabelle 8: Startpaket Handlungsfeld Gesundheitsversorgung

Verbesserung der somatischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Maßnahme 25)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Diskurs mit Vertretungen von Allgemeinmedizin, innerer Medizin und Psychiatrie zum Thema Konsiliarpartner:innen • Vorschlag zur Wiederaufnahme von Zusatz- und Gegenfächern im Bereich der Psychiatrie und verwandter Disziplinen an die Ausbildungsverantwortlichen in Österreich • Entwicklung eines Diploms „Psychische Erkrankungen und somatische Komorbiditäten“ für Mediziner:innen und weitere Personen im Gesundheitswesen • Entwicklung von Leitlinien bzgl. Nachversorgung in der Primärversorgung, damit die Primärversorgung eine Lotsenfunktion wahrnehmen kann
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildungsverantwortliche in Österreich (Medizin, Pflege), • Krankenhäuser, Bund und Länder
Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie und Verbesserung des Gewaltschutzes in psychosozialen Einrichtungen (Maßnahme 27)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung einer Bestandserhebung der in Österreich vorhandenen Maßnahmen zur Prävention und Reduktion von Zwang in der Psychiatrie (SCOPPA) • Aufbau eines Netzwerks aller im Rahmen der Zwangsmaßnahmen nach UbG involvierten Player:innen (z. B. ausgehend von den jährlichen Expertengesprächen des BMSGPK zur Unterbringung gemäß UbG) • Reflexion der handlungsleitenden Theorien und Umsetzungskonzepte zum Thema Zwang sowie der vorhandenen Ansätze zur Reduktion von Zwang • Aufbau eines österreichweiten Datenregisters über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen nach UbG (Transparenz, Benchmarking, Forschung) • Entwicklung eines Umsetzungskonzepts zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie sowie zur Verbesserung des Gewaltschutzes in psychosozialen Einrichtungen in Österreich • Verstärkung der bestehenden nachgehenden Krisendienste und deren Ausweitung auf alle Bundesländer
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • ICOPPA (Initiative for Coercion Prevention in Psychiatric Services in Austria) • psychiatrische Abteilungen, DV IDEE AUSTRIA, HPE, mit der Unterbringung nach UbG befasste Systempartner:innen aus Justiz, Polizei, Medizin, Psychiatrie, Patientenanwaltschaft und der außerstationären psychosozialen Versorgung • Partner:innen in der Umsetzung nachgehender Krisendienste • Einrichtungen der psychosozialen Versorgung
Ausbau und Qualitätsverbesserung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung im Rahmen einer Nationalen Mental-Health-Strategie (Maßnahme 41)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Verankerung einer Nationalen Mental-Health-Strategie im Regierungsprogramm • Ausarbeitung und Umsetzung einer Nationalen Mental-Health-Strategie (MHiAP)
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Bund, Länder, Sozialversicherung • Multi-Stakeholder-Prozess mit allen Umsetzungspartnerinnen und -partnern sowie Interessengruppen

Auf- und Ausbau der professionellen Peerarbeit durch gesetzliche und institutionelle Verankerung (Maßnahme 48)	
nächste Schritte	<ol style="list-style-type: none"> 1. gesetzliche Anerkennung der Berufsgruppe <ul style="list-style-type: none"> • Definition des Berufsbildes • Gründung einer Berufsgruppenvertretung für Peerarbeit • Vernetzung und Gespräche mit Systempartnerinnen und -partnern 2. Ausbau der Ausbildungsmöglichkeiten <ul style="list-style-type: none"> • Schaffung nationaler Qualitätsstandards für Ausbildungen zum oder zur Peerarbeiter:in 3. Schaffung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen <ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung von Konzepten und Gespräche mit Zielsteuerungspartnern 4. Sensibilisierung und Vorbereitung <ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der Sensibilisierungsoffensive und Vorbereitung der psychosozialen Einrichtungen und Dienste • Entwicklung von Materialien für Einrichtungen und Peerarbeiter:innen 5. Ausbau der Tätigkeitsfelder <ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung von Konzepten für die Umsetzung der Tätigkeitsfelder Peerforschung und Peerlehre
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<p>ad 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden • Anbieter:innen psychosozialer Versorgung <p>ad 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausbildungsanbieter:innen (für Peerausbildungen) • Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden • Anbieter:innen psychosozialer Versorgung <p>ad 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden • Anbieter:innen psychosozialer Versorgung • Ausbildungsstätten (insbesondere Universitäten und FH für Gesundheits- und Sozialberufe) • Zielsteuerungspartner <p>ad 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausbildungsanbieter:innen (für Peerausbildungen) • Anbieter:innen psychosozialer Versorgung • Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden • Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren der Länder <p>ad 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisationen, die von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitet werden • Universitäten, Akademien, Fachhochschulen
Implementierung recoveryorientierter Strategien sowie von Angeboten zum Abbau von Selbststigmatisierung in der psychosozialen Versorgung (Maßnahme 50)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme von Unterstützungsangeboten zum Abbau von Selbststigma in das Angebotsspektrum psychiatrischer und psychosozialer Versorgungseinrichtungen • konsequente Umsetzung einer Recoveryorientierung in der psychiatrischen Versorgungspraxis
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • stationäre und ambulante psychiatrische Einrichtungen • ggf. externe Anbieter:innen, Anbieter:innen neuer kreativer partizipativer Behandlungsansätze • (psychosoziale) Expertinnen und Experten, Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung, Angehörige

Steigerung der Anti-Stigma-Kompetenz durch dialogisch konzipierte und durchgeführte Schulungen in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe (Maßnahme 53)

nächste Schritte	<p>Aus- und Weiterbildungscurricula der Gesundheits- und Sozialberufe</p> <ul style="list-style-type: none"> • zielgruppenspezifische Adaption bestehender Konzepte • Integration der Inhalte in bestehende Lehrveranstaltungen – praktikable sowie zeitnahe Umsetzung • in aufbauenden Fachausbildungen/Lehrgängen (z. B. klinische Psychologie) Integration der Inhalte in Rasterzeugnisse und Prüfungsstoff • Leitlinien für zukünftige Lehrveranstaltungen festlegen (Pflichtpunkte wie Stigmatisierung und Entstigmatisierung, Bewusstseinsarbeit, Reflexion ...) <p>Klinische Aus- und Fortbildungen (berufsgruppenspezifisch oder -übergreifend)</p> <ul style="list-style-type: none"> • auf Basis bestehender Konzepte Entwicklung eines generellen modularisierten Ausbildungskonzepts für Fortbildungen, das in verschiedenen Settings angewandt werden kann • Definition von Umsetzungspartnerinnen und -partnern, die als Spezialistinnen und Spezialisten von Institutionen angefragt werden können • Schaffen einer Verpflichtung zu dialogischen Fortbildungen • Verankerung der Inhalte in den Rasterzeugnissen und dem Prüfungsstoff der o. g. Facharztausbildungen • Förderung der Willensbildung bei Leitungspersonen
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<p>Aus- und Weiterbildungscurricula der Gesundheits- und Sozialberufe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Umsetzende: <ul style="list-style-type: none"> • Bildungseinrichtungen (Universitäten, FH, sonstige relevante Anbieter von Aus- und Weiterbildung) – Lehrveranstaltungsleiter:innen bestehender Lehrveranstaltungen, Studienprogrammleitung, Studierendenvertretung, Berufs- und Ausbildungsverbände (z. B. BÖP, Psychotherapievereinigungen) • Mögliche Partner:innen: <ul style="list-style-type: none"> • spezialisierte Lehrende, dialogische Lehrteams • Peer- und Angehörigenorganisationen • Fachgesellschaften/Berufsverbände/Ausbildungsververtretungen (z. B. BÖP, ÖGKV) <p>Klinische Aus- und Fortbildungen (berufsgruppenspezifisch oder -übergreifend)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Umsetzende: <ul style="list-style-type: none"> • Krankenanstalten (z. B.: Wiener Gesundheitsverbund, Landeskrankenhäuser), insbesondere Abteilungsleiter:innen, psychosoziale Dienste und weitere Institutionen, die Menschen versorgen, die psychische Erkrankungen aufweisen • Ärztekammer • BÖP, ÖBVP etc. • Schulungsanbieter der jeweiligen Aus- und Fortbildungen • Praktikumseinrichtungen • Mögliche Partner:innen: <ul style="list-style-type: none"> • Peer- und Angehörigenorganisationen • Fachkräfte mit einschlägiger Kenntnis im Bereich Stigma • Psychiater:innen, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpfleger:innen • Juristinnen und Juristen, Patientenanwaltschaft von VertretungsNetz und ifs – Institut für Sozialdienste (Vorarlberg) • Fachgesellschaften/Ausbildungsververtretungen (z. B. ÖGPP, JAMÖ, Young Psychiatrists, pro mente Austria)

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung, blaue Markierung: Kategorie Angebotsstruktur, grüne Markierung: Kategorie Bewusstseinsbildung

Quelle und Darstellung: GÖG

3.4 Handlungsfeld soziale Absicherung und selbstbestimmtes Leben

Insgesamt sind laut EU-SILC-Erhebung von 2022 17 Prozent der österreichischen Bevölkerung (ca. 1,5 Millionen Menschen) armuts- oder ausgrenzungsgefährdet¹⁶. Sozialer Status und psychische Gesundheit stehen in einem engen Zusammenhang und verstärken sich gegenseitig im Positiven wie im Negativen. Laut österreichischem Gesundheitsbericht 2022 (Griebler et al. 2023) weisen Personen aus dem untersten Einkommensquintil zu elf Prozent akute depressive Symptome auf, während dies nur bei drei Prozent der Personen aus dem obersten Einkommensquintil der Fall ist.

Ein selbstbestimmtes Leben von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Inklusion¹⁷ in die Gemeinschaft erfordern die volle rechtliche Handlungsfähigkeit, einen Zugang zu Wohnraum und die freie Wahl des Wohnorts, Unterstützung und Dienstleistungsoptionen, die barrierefrei zugänglich sind und es den Menschen ermöglichen, die Kontrolle über ihr Leben zu behalten bzw. wiederzuerlangen¹⁸. Dem stehen u. a. fehlende bzw. mangelhafte Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Rechts auf eine freie Wahl des Wohnorts (z. B. nicht bedarfsgerechte Infrastruktur, Leistbarkeit, zusätzlicher Unterstützungsbedarf, lange Wartezeiten), das Nichtvorhandensein eines Rechtsanspruchs auf einen Wohnplatz außerhalb eines betreuten Wohn- oder Pflegeheims und eine bedarfsgerechte Finanzierung gemeindenaher Wohnformen entgegen. Zu kritisieren ist dies u. a. deshalb, weil die Zuweisung von (betreutem) Wohnraum anstelle von Wahlfreiheit zu Autonomieverlust, Vereinsamung und weiterer Segregation von Menschen mit psychischen Erkrankungen führt. Der ebenso fehlende Rechtsanspruch auf Persönliche Assistenz und Unterstützungsdienste, welche den Willen, die Bedarfe und die Präferenzen von Menschen mit psychischen Erkrankungen respektieren und ihre uneingeschränkte Beteiligung in der Gemeinschaft sicherstellen, führt dazu, dass auch die (auf der Seite der Unterstützungssuchenden zumeist präferierte) Betreuung zu Hause aufgrund der begrenzten Finanzierungsmöglichkeiten und des eingeschränkten Angebots entsprechender Leistungen häufig nicht umsetzbar ist.

Der Fachausschuss zur Umsetzung der UN-BRK hat in seinen Leitlinien zur Deinstitutionalisierung (CRPD/C/5, Z 89) Armut von Menschen mit Behinderungen und ihrer Familien als eine der Hauptursachen für Institutionalisierung benannt und gefordert, dass Erwachsenen mit Behinderungen eine allgemeine, ihrem jeweiligen Bedarf entsprechende Einkommensunterstützung gewährt werden soll, die unabhängig von einer Beschäftigung sein muss und einen angemessenen Lebensstandard ermöglicht. Menschen mit psychischen Erkrankungen können damit in die Lage versetzt werden, selbstständig darüber zu entscheiden, wo und mit wem sie leben wollen und

¹⁶ D. h., diese sind entweder von absoluter Armut betroffen, haben weniger als 60 Prozent des Medianeinkommens zur Verfügung oder sind nur in einem geringen Ausmaß ins Erwerbsleben eingebunden.

¹⁷ Unter Inklusion im Sinne der UN-BRK (vgl. <https://www.behindertenrechtskonvention.info/inklusion-3693>) wird die uneingeschränkte Möglichkeit der Teilnahme aller Menschen an allen Aktivitäten, die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft und ein gemeinsames Leben aller Menschen mit und ohne Behinderungen verstanden. Inklusive Wohnformen zeichnen sich durch das Zusammenleben von Menschen mit und ohne Betreuungsbedarf aus. Sie können in Form von Wohngemeinschaften, aber auch als Nachbarschaftsprojekte in der Gemeinde umgesetzt werden (Vernetzungsplattform, in Vorbereitung).

¹⁸ in diesem Sinne s. *Leitlinien zur Deinstitutionalisierung (auch in Notfällen)* des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 10.10.2022, CRPD/C/5: <https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>

welche Unterstützungsleistungen sie dafür benötigen. In diesem Sinne bestehen auch Forderungen des Österreichischen Behindertenrats zur Existenz- und Bedarfssicherung¹⁹ und werden wiederkehrend Forderungen zur Förderung von Deinstitutionalisierung im Wohnbereich sowie zu einem Rechtsanspruch auf Persönliche Assistenz erhoben²⁰ad. Auch der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen übte in seinen „Abschließenden Bemerkungen zum kombinierten zweiten und dritten periodischen Bericht Österreichs“²¹ massive Kritik an den fehlenden Strategien und Maßnahmen zur Deinstitutionalisierung und zeigte sich besorgt über die überproportional hohe Armutsquote bei Menschen mit Behinderungen.

3.4.1 Zielsetzungen

- Sicherstellung eines angemessenen Lebensstandards für Menschen mit psychischen Erkrankungen und maßgebliche Reduktion von Armut unter ihnen
- Gewährleistung des barrierefreien, niederschweligen Zugangs zu sozialrechtlichen Leistungen und individualisierten Unterstützungsdiensten
- Umsetzung und Einhaltung des Rechts auf selbstbestimmtes Leben u. a. in Bezug auf die Bereiche Wohnen und Familie
- Förderung der Deinstitutionalisierung und Achtung des Rechts auf freie Wahl des Wohnorts

3.4.2 Maßnahmenpaket

Maßnahmen für das Handlungsfeld „Soziale Absicherung und selbstbestimmtes Leben“ umfassen die Bereiche finanzielle Absicherung und Senkung der Armutsgefährdung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Wohnen, Persönliche Assistenz und Familie (siehe Tabelle 9).

¹⁹ Dies entspricht dem sogenannten „2-Säulen-Modell“, das sich aus den beiden Säulen „Existenzsicherung“ (Grundsicherung für alle und leistungsbezogene Verdienstmöglichkeiten) und „Bedarfssicherung“ (Assistenzleistungen, Hilfsmittel, Pflegeleistungen) zusammensetzt (vgl. <https://www.behindertenrat.at/wp-content/uploads/2022/11/Forderungen-Positionspapier-Behindertenrat.pdf>).

²⁰ vgl. Punkt 5A (Seite 14) im Positionspapier des Österreichischen Behindertenrats sowie Punkt 6A (Seite 19), verfügbar unter https://www.behindertenrat.at/wp-content/uploads/2019/08/Positionspapier_Oesterreichischer_Behindertenrat_2023.pdf (zuletzt abgerufen am 05.03.2024)

²¹ „Abschließende Bemerkungen zum kombinierten zweiten und dritten periodischen Bericht Österreichs“ des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Vereinte Nationen 2023) (verfügbar unter: <https://www.behindertenrat.at/wp-content/uploads/2023/12/UN-BRK-AT-Abschliessende-Bemerkungen-endg.-2023-09-28.pdf>, zuletzt abgerufen am 25.01.2024)

Tabelle 9: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Soziale Absicherung und selbstbestimmtes Leben

Nr.	Maßnahme	Maßnahmen- beschreibung
55	Prüfung der rechtlichen und finanziellen Auswirkungen einer Vollversicherung im Rahmen der Sozialversicherung (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung) bei Erreichen der Volljährigkeit – unabhängig von der Ausübung einer Beschäftigung – und Erarbeiten von Möglichkeiten einer schrittweisen Umsetzung	ST37
56	Angemessene finanzielle Absicherung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Feststellung des erhöhten Bedarfs finanzieller Mittel aufgrund psychischer Erkrankungen durch Referenzbudgets	ST38
57	Barrierefreier Zugang zu sozialrechtlichen Leistungen durch Anpassung der Mitwirkungspflichten bei Vorliegen psychischer Erkrankungen und entsprechende Gestaltung der Antragstellung sowie ggf. Bereitstellung von Assistenzleistungen. Etablierung eines One-Stop-Shop-Prinzips für die Zuerkennung von Leistungen im Rahmen der Sozial- und Behindertenhilfe	ST39
58	Ausbau bedarfsgerechter Wohnangebote und Überwindung struktureller Mängel in der Betreuung in Wohneinrichtungen im Rahmen einer umfassenden Deinstitutionalisierungsstrategie	ST41 ST42 ST43 ST44
59	gesetzlich verankertes Recht auf Information, Beratung, Unterstützung und Assistenz bei Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Elternrolle und Obsorge sowie Schaffung bzw. Ausbau der entsprechenden Ressourcen	ST65
60	Ausbau der Persönlichen Assistenz durch Definition als Individualanspruch, auf den sich Personen mit Unterstützungsbedarf in Akutphasen unabhängig von Pflegestufen berufen können	ST40
61	Schaffung bedarfsgerechter Angebote bei Wohnungslosigkeit durch Ausbau und Sicherstellung der Finanzierung von Housing-First-Modellen	ST45

ST: Zwischenbericht Strukturelle Stigmatisierung (Strizek et al. 2025)

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung, blaue Markierung: Kategorie Angebotsstruktur,

fette Markierung: priorisierte Maßnahmen

Quelle und Darstellung: GÖG

3.4.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket)

Priorisierte Maßnahmen umfassen eine finanzielle Absicherung und eine Senkung der Armutgefährdung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie den Bereich Wohnen und stehen im Einklang mit den Empfehlungen des Ausschusses über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in seinen „Abschließenden Bemerkungen zur Staatenprüfung Österreichs 2023 zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention“. Der Ausschuss empfiehlt darin, „wirksame Maßnahmen zur Beseitigung von Armut von Menschen mit Behinderungen zu ergreifen, einschließlich der vollständigen Abdeckung durch das Sozialversicherungssystem“ (Z 66 Vereinte Nationen 2023). Zu Art. 19 (Selbstbestimmtes Leben und Inklusion in der Gemeinschaft) ergingen u. a. die Empfehlungen, eine umfassende nationale Deinstitutionalisierungsstrategie, d. h. eine Strategie zum Abbau institutionalisierter Wohn- und Unterstützungsformen, samt Zielvorgaben, Fristen und Finanzierung festzulegen. Darüber hinaus seien bundesweite Rechtsgrundlagen für die Bereitstellung angemessener barrierefreier Wohnungen und Unterstützungsleistungen für ein selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Behinderungen in der Gemeinschaft zu schaffen. Alle Bundesländer seien nachdrücklich zur Beteiligung an dem Pilotprojekt zur Harmonisierung

der Regelungen für Persönliche Assistenz zu bewegen (Z 48). Alle diese Maßnahmen trügen erheblich dazu bei, die Ausgrenzung und Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu beseitigen.²²

Ein wichtiger Schritt zur finanziellen Absicherung ist die Adaption der Unterhaltspflicht von Eltern, wenn erwachsene Kinder mit einer psychischen Beeinträchtigung selbsterhaltungsunfähig sind (§ 231 Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch). Unabhängig vom Erreichen einer Selbsterhaltungsfähigkeit und von der Ausübung einer Beschäftigung bedarf es einer vollumfänglichen staatlichen Absicherung ad personam im Rahmen der Sozialversicherung (Unfall-, Pensions-, Krankenversicherung) und eines Entfalls der Unterhaltspflicht der Eltern gegenüber ihren volljährigen Kindern mit einer psychischen Beeinträchtigung, da die derzeitige Gesetzeslage an der Selbsterhaltungsfähigkeit anknüpft und erwachsene Personen (bei fehlender Selbsterhaltungsfähigkeit) weiterhin („ihr Leben lang“) als Kinder behandelt werden, wodurch familiäre Beziehungen belastet und ein selbstbestimmtes Leben verhindert wird. In einem ersten Schritt sollen **die rechtlichen und finanziellen Auswirkungen einer Vollversicherung im Rahmen der Sozialversicherung (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung) bei Erreichen der Volljährigkeit unabhängig von der Ausübung einer Beschäftigung geprüft werden und Möglichkeiten einer schrittweisen Umsetzung erarbeitet werden** (z. B. In-Auftrag-Geben einer Studie zur Definition der Personengruppen und möglicher Finanzierungsmodelle). Eine Forderung zur Aufhebung des Unterhaltsanspruchs findet sich auch im NAP Behinderung und ist Teil eines Entwurfs des BMJ zur Gesamtreform der elterlichen Verantwortung (Obsorge), welcher sich derzeit noch in politischer Abstimmung befindet.²³ Die genannten Maßnahmen tragen wesentlich dazu bei, Menschen mit psychischen Erkrankungen zu einem eigenständigen und selbstbestimmten Leben zu verhelfen, Abhängigkeiten gegenüber ihren Eltern zu reduzieren sowie ihre Inklusion in die Gemeinschaft zu fördern, und können als Antwort auf die massive Kritik des UN-Fachausschusses im Rahmen der Staatenprüfung zur UN-Behindertenrechtskonvention und die Empfehlungen in diesem Bereich verstanden werden.

Eine maßgebliche Voraussetzung für die Feststellung des finanziellen (Mehr-)Bedarfs von Menschen mit psychischen Erkrankungen (z. B. Kosten für Therapie, Behandlung oder Medikamente) für eine gleichberechtigte Teilnahme am sozialen, kulturellen und politischen Leben ist die Erstellung von **Referenzbudgets, die den erhöhten Bedarf festhalten und aufzeigen, in welchen Bereichen Menschen mit psychischen Erkrankungen einen erhöhten (finanziellen) Unterstützungsbedarf haben**. Eine darauf in weiterer Folge referenzierende Einkommensunterstützung zur Deckung eines solchen Mehraufwands soll die Kosten für ein selbstbestimmtes Leben unabhängig von einem allfälligen (Arbeits-)Einkommen abdecken und Menschen mit psychischen Erkrankungen direkt zur Verfügung gestellt werden.²⁴

²² Die Empfehlung eines Rechtsanspruchs auf Persönliche Assistenz auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen wird in Handlungsfeld 1 aufgegriffen und soll über die konsequente Berücksichtigung dieser Zielgruppe im Rahmen der Umsetzung des NAP Behinderung sowie durch Förderung von Umsetzungsstrategien bzw. Modellprojekten in den Bundesländern erreicht werden.

²³ Kritik an der derzeitigen Regelung kommt unter anderem von Amnesty International (vgl. Amnesty International Österreich 2024).

²⁴ in diesem Sinne s. *Leitlinien zur Deinstitutionalisierung (auch in Notfällen)* des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, CRPD/C/5, Z 87: <https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd-c5-guidelines-deinstitutionalization-including> [abgerufen am 16.05.2024]

Empfehlungen aus dem Bereich Wohnen haben die Förderung selbstbestimmten Lebens durch die Schaffung und den Ausbau bedarfsgerechter, niederschwelliger Wohnangebote und den Abbau struktureller Mängel in der Betreuung in Wohneinrichtungen zum Ziel. Dies soll etwa dadurch erreicht werden, dass ein Wohnplatz nicht mehr mit einer Verpflichtung zur Teilnahme in einer Tages- und Beschäftigungsstruktur verbunden sein darf. Jeder Mensch mit einer psychischen Erkrankung hat ein Recht darauf, selbst zu entscheiden, wo und in welcher Form er bzw. sie leben möchte. Dazu sind den betreffenden Personen entsprechende Unterstützungs- und Assistenzleistungen adäquat und bedarfsgerecht zu gewähren. In allen Angeboten muss zukünftig die Förderung hin zu eigenständigem Wohnen und das Schaffen der Voraussetzungen dafür in Abstimmung zwischen Bund und Ländern eine Grundprämisse darstellen. Der Kritik des UN-Fachausschusses im Rahmen der Staatenprüfung zur UN-BRK zum Bereich Wohnen folgend²⁵ und auf im Rahmen des NAP Behinderung formulierten Maßnahmen²⁶ aufbauend, soll **die Umsetzung dieser Maßnahmen für den Wohnungsbereich im Rahmen einer umfassenden Deinstitutionalisierungsstrategie** in Abstimmung zwischen Bund und Ländern erfolgen, die der fehlenden Kontrolle betroffener Personen über ihr eigenes Leben und ihrem Ausschluss aus der Gemeinschaft entgegenwirken soll²⁷.

Zudem sind auch **Maßnahmen zur akuten Versorgung bei Wohnungslosigkeit** von Bedeutung. Insbesondere wird hier ein **Ausbau und eine Sicherstellung der Finanzierung von Housing-First-Modellen**²⁸ empfohlen.

²⁵ siehe Kapiteleinleitung bzw. vgl. dazu auch Z 48 der „Abschließenden Bemerkungen zum kombinierten zweiten und dritten periodischen Bericht Österreichs“ des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Vereinte Nationen 2023), verfügbar unter <https://www.behindertenrat.at/wp-content/uploads/2023/12/UN-BRK-AT-Abschliessende-Bemerkungen-endg.-2023-09-28.pdf> [zuletzt abgerufen am 25.01.2024]

²⁶ Maßnahme 281: Partizipative Erarbeitung von Strategien der De-Institutionalisierung im Rahmen der Arbeitsgruppe zum Inklusionsfonds im Zusammenhang mit der Prüfung eines Inklusionsfonds (BMSGPK 2022)

²⁷ vgl. dazu die bestehenden Leitlinien zur Deinstitutionalisierung aus Deutschland (abrufbar unter: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Information/Information_Leitlinien_zur_Deinstitutionalisierung.pdf [zuletzt abgerufen am 19.03.2024]) oder des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderung (abrufbar unter <https://www.ohchr.org/sites/default/files/2023-06/CRPD-Guidelines-on-Deinstitutionalization-Unofficial-German-Translation.pdf>, [zuletzt abgerufen am 19.03.2024])

²⁸ Housing First wird als ein Programm definiert, mit dem wohnungslose Menschen direkt in bezahlbarem und dauerhaftem Wohnraum untergebracht werden, ohne dass eine vorherige Erlangung von „Wohnfähigkeit“ oder etwa die Überwindung einer bestehenden psychischen Erkrankung oder Substanzabhängigkeit zur Bedingung gemacht wird. Persönliche Hilfen werden angeboten, aber ihre Annahme ist freiwillig, und das eingegangene Mietverhältnis kann nicht aufgrund von Therapieablehnung oder mangelnder Mitwirkung im Hilfeprozess gekündigt werden (Busch-Geertsema 2019).

Tabelle 10: Startpaket Handlungsfeld Soziale Absicherung und selbstbestimmtes Leben

Prüfung der rechtlichen und finanziellen Auswirkungen einer Vollversicherung im Rahmen der Sozialversicherung (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung) bei Erreichen der Volljährigkeit unabhängig von der Ausübung einer Beschäftigung und Erarbeiten von Möglichkeiten einer schrittweisen Umsetzung (Maßnahme 55)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Stellungnahmen zum Entwurf des KindRÄG 2023 (derzeit in politischer Abstimmung), das auch auf eine zeitliche Begrenzung des Unterhaltsanspruchs des volljährigen Kindes gegenüber den Eltern abzielt • Kontaktaufnahme mit Sozialversicherungen und Ländern unter Beteiligung des BMSGPK, Erstellung einer möglichen Roadmap zur Umsetzung • Erhebung der (Mehr-)Kosten bzw. von Einsparungen für unterschiedliche Stakeholder (Sozialversicherungsträger, Länder, Bund)
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • BMSGPK • BMJ • Sozialversicherungsträger • Interessenvertretungsorganisationen der Bundesländer sowie bundesweite Verbände (IDEE Austria, Lichterkette) • Landesregierungen bzw. Träger der Sozial- und Behindertenhilfe
Angemessene finanzielle Absicherung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Feststellung des erhöhten Bedarfs finanzieller Mittel aufgrund psychischer Erkrankungen durch Referenzbudgets (Maßnahme 56)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung einer Arbeitsgruppe unter Einbindung von Betroffenenorganisationen zur Erstellung von Referenzbudgets • entsprechende Anpassung von Sozialleistungen auf Basis dieser Referenzbudgets
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • BMSGPK • Sozialversicherungsträger • Interessenvertretungsorganisationen der Bundesländer sowie bundesweite Verbände (IDEE Austria, Lichterkette) • Landesregierungen bzw. Träger der Sozial- und Behindertenhilfe
Ausbau bedarfsgerechter Wohnangebote und Überwindung struktureller Mängel in der Betreuung in Wohneinrichtungen im Rahmen einer umfassenden Deinstitutionalisierungsstrategie (Maßnahme 58)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Anknüpfung an bestehende Initiativen (siehe Umsetzungsbericht NAP Behinderung, Maßnahme 281) und Sicherstellung dessen, dass auch Menschen mit psychischen Erkrankungen im Rahmen dieser Initiativen aktiv eingebunden werden • Erarbeitung von Rechtsgrundlagen für die Beendigung der Institutionalisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Bereitstellung angemessener barrierefreier Wohnungen und Unterstützungsleistungen für ein selbstbestimmtes Leben sowie Schaffung einer umfassenden nationalen Deinstitutionalisierungsstrategie samt Zielvorgaben, Fristen und Finanzierung, welche die Zuständigkeiten von Bund, Ländern und Kommunen umfasst • Entflechtung von Wohnplatz und Beschäftigung • Ausweitung der Angebote (stärkere Förderung individueller, bedarfsgerechter und adäquater Betreuung, Ausbau eines professionellen, individuellen und inklusiven Wohnungs- und Betreuungsangebots) und damit Verkürzung von Wartezeiten • Schaffung eines kurzfristig verfügbaren betreuten „Übergangswohnens“
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • BMSGPK • zuständige Abteilungen der Ämter der Landesregierungen der Bundesländer (Gesundheit/Soziales) • Leistungserbringer:innen • Interessenvertretungsorganisationen auf Ebene der Bundesländer sowie bundesweite Verbände (DV IDEE, Lichterkette)

Schaffung bedarfsgerechter Angebote bei Wohnungslosigkeit durch Ausbau und Sicherstellung der Finanzierung von Housing-First-Modellen (Maßnahme 61)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • bedarfsgerechter Ausbau psychosozialer Unterstützungsleistungen für von Wohnungslosigkeit betroffene Menschen • Bedarfsanalyse und Erstellen entsprechender Budgetpläne
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • BMSGPK • zuständige Abteilungen der Ämter der Landesregierungen der Bundesländer (Gesundheit/Soziales) • Wohnungslosenhilfe • Interessenvertretungsorganisationen auf Ebene der Bundesländer sowie bundesweite Verbände (DV IDEE, Lichterkette)

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung, blaue Markierung: Kategorie Angebotsstruktur

Quelle und Darstellung: GÖG

3.5 Handlungsfeld Erwerbstätigkeit

Nach Artikel 27 UN-BRK haben Menschen mit Behinderungen und damit Menschen mit einer mindestens 6 Monate andauernden psychosozialen Beeinträchtigung das gleiche Recht auf Arbeit und Beschäftigung²⁹ wie alle anderen Menschen. Erwerbstätigkeit³⁰ bzw. Erwerbsarbeit³¹ gilt in gegenwärtigen Gesellschaften nach wie vor als ein zentrales Merkmal einer gelungenen sozialen Integration (Bähr/Collischon 2022; Jahoda 1983). Erwerbsarbeit ist nicht nur Mittel zum Einkommenserwerb, sondern erfüllt viele weitere zentrale Funktionen: Sie strukturiert den Tagesablauf, bringt Sozialkontakte, vermittelt Lebenssinn, Selbstbewusstsein und Zufriedenheit, verschafft soziales Ansehen und gesellschaftliche Anerkennung und gilt letztlich als Zeichen für eine gelungene Teilhabe in der Gesellschaft.

Stigmatisierung gilt als eine der höchsten Hürden, Erwerbsarbeit zu halten bzw. zu finden (z. B. Rüsich 2020). Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch ihren Ausschluss aus dem Arbeits- bzw. Erwerbsleben bedeuten aber nicht nur für die Betroffenen zusätzliches Leid und verminderte Lebenschancen, sondern lassen auch wertvolle Humanressourcen ungenutzt und schaden somit auch der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung insgesamt.

²⁹ Art. 27 (1): „Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, inklusiven und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird.“ (verfügbar unter: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=19>, zuletzt abgerufen am 24.04.2024)

³⁰ Erwerbstätigkeit wird nach der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) als eine auf wirtschaftlichen Erwerb ausgerichtete Tätigkeit definiert. Sie umfasst sowohl selbstständige als auch unselbstständige Erwerbsarbeit sowie die Mithilfe als Familienangehörige:r im Betrieb eines Verwandten (15 Jahre oder älter; mindestens eine Stunde Erwerbsarbeit pro Woche). Die hier zugrunde liegende Definition ist etwas enger zu fassen. Im Zusammenhang mit den hier formulierten Empfehlungen stehen Formen der Erwerbsarbeit im Vordergrund, die der Einkommensteuer unterliegen.

³¹ Ausgehend von einem erweiterten Konzept von Arbeit, konzentriert sich das vorliegende Kapitel auf „Erwerbsarbeit“ als eine zentrale Form von „Arbeit“ neben den drei anderen Formen „Versorgungsarbeit/Care“, „Eigenarbeit“ und „Gemeinschaftsarbeit“ (vgl. Littig/Spitzer 2011)

Der UN-Ausschuss über die Rechte von Menschen mit Behinderungen kritisiert die vergleichsweise niedrige Erwerbsbeteiligungsquote von Menschen mit Behinderung³² und empfiehlt, den Übergang von der segregierten Beschäftigung zur Beschäftigung auf dem offenen Arbeitsmarkt für alle Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten, indem entsprechende Maßnahmen gesetzt und mit ausreichenden Ressourcen finanziert werden. Auch alle Empfehlungen der WHO (WHO 2021a; WHO 2022) sowie anderer Expertinnen und Experten (z. B. Thornicroft et al. 2022) zur Erhaltung bzw. Wiedergewinnung der Erwerbstätigkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen zielen auf die Reduktion der Stigmatisierung im Bereich Erwerbsarbeit und die Förderung der beruflichen und wirtschaftlichen Inklusion durch verschiedene Maßnahmen wie beispielsweise das Supported-Employment-Modell „Individual Placement and Support“ (IPS)³³.

3.5.1 Zielsetzungen

Die Reduktion von Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischer Erkrankung im Bereich Erwerbsarbeit/Beschäftigung soll erreicht werden

- durch Öffnung und barrierefreie Gestaltung sämtlicher Beschäftigungsverhältnisse für Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie
- durch Implementierung bzw. Umsetzung Erfolg versprechender beruflicher Rehabilitationsstrategien wie Supported Employment zur Inklusion in den ersten Arbeitsmarkt.

3.5.2 Maßnahmenpaket

Die Maßnahmen für das Handlungsfeld Erwerbsarbeit beziehen sich einerseits auf Aktivitäten zum Ausbau und zur Weiterentwicklung bereits vorhandener Inklusionsangebote sowie auf die Schaffung bedarfs- und bedürfnisorientierter flexibler Möglichkeiten des Übergangs in den ersten Arbeitsmarkt und andererseits auf die Durchführung von Anti-Stigma-Schulungen für Arbeitnehmer:innen und Führungskräfte, die Erstellung konkreter Handlungsanleitungen sowie deren Verbreitung über bereits bestehende Angebote und Vernetzungsstrukturen (siehe Tabelle 11).

³² „Abschließende Bemerkungen zum kombinierten zweiten und dritten periodischen Bericht Österreichs“ des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Vereinte Nationen 2023), verfügbar unter <https://www.behindertenrat.at/wp-content/uploads/2023/12/UN-BRK-AT-Abschliessende-Bemerkungen-endg.-2023-09-28.pdf> [zuletzt abgerufen am 25.01.2024].

³³ Im Gegensatz zu den traditionellen Arbeitsrehabilitationsmodellen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, im Zuge deren zuerst Menschen „für den Arbeitsmarkt trainiert werden“ („train and place“), verfolgen Supported-Employment-Modelle und hier insbesondere der Ansatz „individual placement and support“ (IPS) die umgekehrte Strategie, und zwar Menschen zuerst in konkrete Arbeits- bzw. Beschäftigungsverhältnisse zu vermitteln und sie dann am Arbeitsplatz bedürfnisgerecht zu unterstützen („place and train“).

Tabelle 11: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Erwerbstätigkeit

Nr.	Maßnahme	Maßnahmenbeschreibung
62	Etablierung von Beschäftigungsmaßnahmen und Tagesstruktur als rechtlich anerkannte, vollversicherte Beschäftigungsverhältnisse	ST34
63	Schaffung auf den individuellen Bedarf abgestimmter, zielgerichteter Rehabilitationsangebote und Flexibilisierung des Übergangs in Beschäftigungsverhältnisse	ST36
64	Ausbau der Inklusionsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bezug auf den ersten Arbeitsmarkt	DI 4.3.4. ST35
65	Vernetzung und Sensibilisierung über bereits bestehende Betriebsberatungsangebote, Strukturen, Initiativen und Gütesiegelprozesse zu den Themen Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz und Inklusion in den Arbeitsmarkt	DI 4.3.1.
66	Ausbau bereits bestehender Schulungsangebote in Österreich und deren Erweiterung durch Entwicklung dialogisch konzipierter kontaktbasierter Schulungsinhalte und Module am Arbeitsplatz für Arbeitnehmer:innen und Führungskräfte in Arbeitsstätten	DI 4.3.2.
67	Entwicklung oder Adaption und zentrale Bereitstellung von Handlungsleitlinien und Materialien für unterschiedliche Zielgruppen in Arbeitsstätten	DI 4.3.3.

ST: Zwischenbericht Strukturelle Stigmatisierung (Strizek et al. 2025)

DI: Zwischenbericht Direkte Stigmatisierung (Strizek et al. 2022)

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung, blaue Markierung: Kategorie Angebotsstruktur,

grüne Markierung: Kategorie Bewusstseinsbildung, fette Markierung: priorisierte Maßnahmen

Quelle und Darstellung: GÖG

3.5.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket)

Die Kritik des UN-Ausschusses über die Rechte von Menschen mit Behinderungen aufgreifend, ist der **Ausbau von Inklusionsangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen im ersten Arbeitsmarkt** die erste priorisierte Maßnahme. Forschungen zu unterschiedlichen Ansätzen von Inklusionsangeboten zeigen, dass insbesondere Supported Employment eine schnelle und nachhaltige Inklusion von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Arbeitsverhältnisse ermöglicht (vgl. DGPPN 2021). In Österreich gibt es bereits eine breite – derzeit noch nicht systematisch erfasste – Palette an Konzepten und vielfältigen Angeboten, auf der aufgebaut werden kann und die teils mit nur geringfügigen Adaptionen in Richtung Supported Employment ausgebaut werden können. Insgesamt ist bei Unterstützungsmaßnahmen auf eine durchlässige und flexible Gestaltung zu achten. Dies soll gewährleisten, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ihren individuellen Bedürfnissen angepasste Arbeitsverhältnisse erhalten und behalten bzw. auch Übergänge zwischen Arbeitsverhältnissen und Rehabilitationsmaßnahmen erleichtert werden. Das Setzen von Anreizen für Dienstgeber:innen soll zusätzlich Inklusionsbestrebungen unterstützen.

Zum Thema Gesundheit und betriebliche Gesundheitsförderung existieren bereits etablierte Netzwerke (z. B. Netzwerk BGF), strategische Ansätze (Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“ [GIB]), Angebote (z. B. Betriebsberatungsangebote) und Gütesiegelprozesse. Innerhalb dieser Strukturen sollen als zweite priorisierte Maßnahme durch unterschiedliche Formate (z. B. Dialogforen, Webinare) **die Themen psychische Gesundheit und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen gestärkt werden**. Über zielgruppenspezifische Informationsmaßnahmen für

unterschiedliche Gruppen von Dienstgeberinnen und Dienstgebern sowie über die Sensibilisierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren soll **über die bestehende Förder- und Angebotslandschaft und neu geschaffene Inklusionsangebote** (siehe erste priorisierte Empfehlung) informiert werden. Die Integration von Kriterien zur Entstigmatisierung und Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Zertifizierung von Arbeitsstätten (Gütesiegelprozesse) soll insgesamt betriebliche Initiativen in Richtung Inklusion bestärken, z. B. in Form einer vermehrten Nutzung von Anti-Stigma-Schulungen, der Ernennung zuständiger Personen (Inklusionsbeauftragter) oder des Einsatzes geeigneter Handlungsleitfäden.

Um zu verhindern, dass bei (zeitweilig eintretenden) Krisen und psychischen Belastungen ein Verlust des Arbeitsplatzes droht, sind – als dritte priorisierte Maßnahme – **Arbeitsversuche und bereits begonnene Arbeitsverhältnisse durchlässig zu gestalten und sollten Arbeitsverhältnisse entsprechend den individuellen Bedürfnissen angepasst werden können**. Dazu bedarf es einer Weiterentwicklung bestehender Modelle (Reduktion der Arbeitszeiten, kürzere und flexiblere Arbeitszeiten, Ausbau der Möglichkeiten für befristete Teilzeitkrankenstände) oder der Schaffung neuer Modelle (z. B. Teilzeitpension), um eine Vereinbarkeit von Bedürfnissen der Arbeitnehmer:innen und wirtschaftlichen Anforderungen an Unternehmen (Geschäftszeiten, Nachfragezeiten, Terminpflichten etc.) zu gewährleisten. Ausfälle für den bzw. die Arbeitgeber:in sind von der öffentlichen Hand auszugleichen; zugleich soll der bzw. die Arbeitnehmer:in entsprechend seiner bzw. ihrer jeweiligen Situation gefördert werden.

Sollte ein Arbeitsversuch dauerhaft (oder über eine absehbar längere Zeitspanne hinweg) scheitern, so ist die „Reaktivierung“ vormals bestehender Leistungsansprüche der psychisch erkrankten Person (z. B. auf erhöhte Familienbeihilfe, Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- oder Waisenpension) ohne Reduktion des vormaligen Leistungsniveaus umgehend sicherzustellen³⁴. Die Feststellung von Arbeits(un)fähigkeit hat sich am menschenrechtlichen Modell von Behinderungen i. S. d. UN-BRK zu orientieren. Mehrfache Begutachtungsverfahren für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die quälend, diskriminierend und segregierend für die Betroffenen sind, sind abzuschaffen. Dies erfordert Anpassungen gesetzlicher Regelungen.

³⁴ vgl. das Modell Freibrief, das 2012 kurzfristig bestand (Seite 133 ff. in <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=266>)

Tabelle 12: Startpaket Handlungsfeld Erwerbstätigkeit

Ausbau der Inklusionsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bezug auf den ersten Arbeitsmarkt (Maßnahme 64)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Adaption und Ausbau vorhandener Inklusionsangebote nach internationalen Standards für Supported Employment • Ausbau/Erweiterung von Anreizen für Unternehmen zur Beschäftigung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung (z. B. finanzielle Unterstützung) • Erstellung einer Übersichtsstudie zu österreichischen Bemühungen zur beruflichen Inklusion in den Arbeitsmarkt – Best-Practice-Modelle
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Anbieter:innen von Inklusionsangeboten in Bezug auf den ersten Arbeitsmarkt • Länder, Sozialpartner, Österreichischer Behindertenrat • Einrichtungen und Trägerorganisationen • Uni, FH, einschlägige Forschungsinstitute
Vernetzung und Sensibilisierung über bereits bestehende Betriebsberatungsangebote, Strukturen, Initiativen zu den Themen Entstigmatisierung am Arbeitsplatz und Inklusion in den Arbeitsmarkt (Maßnahme 65)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung und Vernetzung von Schlüsselpersonen durch Dialogforen, Vernetzungstreffen und Koordination von Gatekeeperinnen und Gatekeepern sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren • Stärkung und Erhöhung der Zahl Inklusionsbeauftragter, insbesondere im öffentlichen Sektor (Aufgabe Vorreiterrolle) • Erstellung von Schulungspaketen zur psychischen Gesundheit / Arbeitsmarktinklusion • Erstellung und Entwicklung von Bewusstseins-/Schulungspaketen zur Sensibilisierung von Betrieben im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen (Vorgesetzte, Mitarbeiter:innen)
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<p>Netzwerke:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Netzwerk GIB – Gesundheit im Betrieb • Netzwerk BGF <p>Betriebsberatung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betriebsberatung fit2work • Demografieberatung Digi+ – Handlungsfeld „Gesundheit“ • AMS-Impulsberatung <p>Gütesiegelprozesse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BGF-Charta und BGF-Gütesiegel • Nestor Gold <p>Einladung von Expertinnen und Experten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stigma- sowie Inklusionsexpertinnen und -experten (z. B. Mitglieder der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung, von Peer- und Angehörigenorganisationen, professionelle Helfer:innen in der psychosozialen Versorgung) • Schulungsanbieter (z. B. pro mente Austria, Inclusion24) • Anbieter von Inklusionsangeboten (z. B. Arbeitsassistenten, pro mente) • Interessenvertretungen, FH, Uni, Ausbildungsstätten
Schaffung auf den individuellen Bedarf abgestimmter, zielgerichteter Rehabilitationsangebote und Flexibilisierung des Übergangs in Beschäftigungsverhältnisse (Maßnahme 63)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterentwicklung bestehender Modelle (Reduktion der Arbeitszeiten, kürzere und flexiblere Arbeitszeiten, Ausbau der Möglichkeiten für befristete Teilzeitkrankenstände) bzw. Schaffung neuer Modelle (z. B. Teilzeitpension), um eine Vereinbarkeit der Bedürfnisse der Arbeitnehmer:innen mit den wirtschaftlichen Anforderungen an Unternehmen (Geschäftszeiten, Nachfragezeiten, Terminpflichten) zu gewährleisten. • Abschaffung mehrfacher Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Arbeits(un)fähigkeit
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Bund, Sozialpartner, Sozialversicherungsträger

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung, blaue Markierung: Kategorie Angebotsstruktur, grüne Markierung: Kategorie Bewusstseinsbildung

Quelle und Darstellung: GÖG

3.6 Handlungsfeld Bildung

Kindern und Jugendlichen kommt als nachfolgender Generation bei allen Bestrebungen, gesellschaftlichen Wandel in eine bestimmte Richtung zu forcieren, eine besondere Bedeutung zu. In der Kindheit und Jugend bilden sich Einstellungen zu psychischer Gesundheit heraus (Rüsch 2020), und die Bereitschaft zur entsprechenden Informationsaufnahme ist bei Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen noch stärker ausgeprägt als bei Erwachsenen. Psychische Erkrankungen manifestieren sich zudem besonders häufig in dieser Altersgruppe, und daher stellt die Beschäftigung mit psychischer Gesundheit und psychischen Krisen eine wichtige Maßnahme zur Sicherstellung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dar.

Dem Setting Schule kommt aufgrund der allgemeinen Schulpflicht (sowie der Ausbildungspflicht bis 18 Jahre) eine zentrale Rolle bei der Sensibilisierung von Kindern und Jugendlichen zu. Das Wissen über psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigmatisierungsprozesse und die Sensibilisierung hierfür beim Lehr- und Betreuungspersonal ist zentral für die Förderung einer gesunden Entwicklung allgemein und einer chancengerechten Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen. Bisher wird im Setting Schule der Förderung von Resilienz und psychischer Gesundheitskompetenz sowie dem (diskriminierungsfreien) pädagogischen Umgang mit psychischen Erkrankungen noch zu wenig Gewicht verliehen (Strizek et al. 2022).

3.6.1 Zielsetzungen

- Reduktion von Stigmatisierung und Förderung der Inklusion von Menschen mit psychischer Erkrankung im Bildungsbereich
- Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen
- Sensibilisierung des Lehr- und Betreuungspersonals
- Stärkung des sozialen Zusammenhalts und Förderung eines inklusiven Schulklimas

3.6.2 Maßnahmenpaket

Maßnahmen für das Handlungsfeld Bildung umfassen die Förderung inklusiver Bildung, die Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen und die Sensibilisierung von Lehr- und Betreuungspersonal für die Themenfelder psychische Gesundheit, psychische Erkrankung und Stigma (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Bildung

Nr.	Maßnahme	Maßnahmenbeschreibung
68	Förderung inklusiver Bildung	ST31
69	Schaffung barrierefreier Aus- und Fortbildungsangebote	ST32
70	Ausbau der Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen sowie für besonders vulnerable Gruppen (z. B. Kinder psychisch erkrankter Eltern) im Rahmen der Unterstützungsstrukturen in Bildungseinrichtungen	ST66
71	psychische Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen fördern	ST33 DI 3.3.1
72	Ausbau dialogischer Arbeit mit älteren Jugendlichen	DI 3.3.2
73	stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma in der Ausbildung von Pädagoginnen und Pädagogen (Studierende) A) Verankerung in den Curricula B) verstärkte Anwendung kontaktbasierter (dialogischer) Seminare	DI 3.3.4
74	(dialogisch konzipierte) Weiter- und Fortbildung für Fachleute und ehrenamtlich tätige Personen, die mit jungen Menschen arbeiten, zum Thema „psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma / entstigmatisierender Umgang“ anbieten	DI 3.3.3

ST: Zwischenbericht Strukturelle Stigmatisierung (Strizek et al. 2025)

DI: Zwischenbericht Direkte Stigmatisierung (Strizek et al. 2022)

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung, blaue Markierung: Kategorie Angebotsstruktur,

grüne Markierung: Kategorie Bewusstseinsbildung, fette Markierung: priorisierte Maßnahmen

Quelle und Darstellung: GÖG

3.6.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket)

Die Themen psychische Gesundheit, psychische Erkrankung und (Ent-)Stigmatisierung psychischer Erkrankungen sollen im Unterricht altersgerecht ab der Primarstufe behandelt werden und in den Lehrplänen stärker verankert werden, sodass die nächste Generation diesbezüglich (auf Basis schulstufenspezifisch entwickelter Unterrichtsmaterialien) bestmöglich informiert und (dialogisch, kontaktbasiert ab Sekundarstufe II) sensibilisiert wird sowie Kompetenzen vermittelt bekommt, die wesentlich zur Stärkung der psychischen Gesundheit beitragen. In den aktuellen Lehrplänen, die derzeit in Vorbereitung sind, finden sich erste Schritte in diese Richtung. Durch den Ausbau vorhandener Ansätze und eine konsequente Umsetzung der Unterrichtsprinzipien soll eine inklusive Schulkultur gefördert und **die psychische Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen gestärkt werden.**

Die Sensibilisierung des Lehr- und Betreuungspersonals als Gatekeeper:innen für psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigmatisierungsprozesse ist zentral für die Gewährleistung einer chancengerechten Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen. Da aktuelle wissenschaftliche Studien (z. B. Pieh et al. 2021) zeigen, dass psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen u. a. aufgrund der multiplen Krisen der letzten Jahre im Steigen begriffen sind, ist die Sensibilisierung der Lehrkräfte als Gatekeeper:innen zentral. **Die Curricula der Lehrberufe sollten daher das Themenfeld psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma psychischer Erkrankungen explizit berücksichtigen.** Zusätzlich zur

Verankerung in den Curricula der Ausbildung von Pädagoginnen und Pädagogen sollen im Rahmen bestehender Curricula sowie Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten, z. B. an den pädagogischen Hochschulen, verstärkt kontaktbasierte (trialogische) Seminare angeboten werden.

Um eine nachhaltigere Wirkung zu erzielen, soll das Maßnahmenpaket in die vorhandenen Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien sowie in fachübergreifende Themenschwerpunkte im Setting Schule integriert werden.

Tabelle 14: Startpaket Handlungsfeld Bildung

Psychische Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen fördern (Maßnahme 71)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von Unterrichtsmaterial unter Einbindung von Lehrpersonen, Psychologinnen und Psychologen sowie Kindern/Jugendlichen • entsprechende Überarbeitung von Lehrplänen der Schulstufen • Einbindung der Zielgruppe (Kinder und Jugendliche) bereits bei der Materialerstellung
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • BMBWF / Sektion I • Interessenvertretungen von Erfahrungsexpertinnen und -experten (und Angehörigen) • Zielgruppe (Kinder und Jugendliche) • GIVE-Servicestelle • Universitäten • psychosoziale Versorgungseinrichtungen
Stärkere Verankerung des Themas psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen und Stigma in der Ausbildung von Pädagoginnen und Pädagogen (Studierende)	
A) Verankerung in den Curricula	
B) verstärkte Anwendung kontaktbasierter (trialogischer) Seminare (Maßnahme 73)	
nächste Schritte	<p>ad A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bekanntmachung der Empfehlungen in den Universitäten (Information aller drei Kurien) und pädagogischen Hochschulen (z. B. Themensammlung der PH Wien) • Bekanntmachung der Empfehlungen im Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) <p>ad B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bekanntmachung der Empfehlung an Universitäten und pädagogischen Hochschulen • Ausarbeitung eines inhaltlichen Konzepts • Finanzierungsmöglichkeiten für externe Vortragende schaffen, um trialogische Seminare zu ermöglichen
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<p>ad A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • curriculare Arbeitsgruppen an den Universitäten und pädagogischen Hochschulen <p>ad B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zuständige Lehrveranstaltungsleiter:innen • im Psy-Bereich tätige Personen (Sozialpsychiatrie, Psychologie, Psychiatrie, Schulpsychologie) als Teil des trialogischen Teams • Peers und Angehörige als Teil des trialogischen Teams

grüne Markierung: Kategorie Bewusstseinsbildung

Quelle und Darstellung: GÖG

3.7 Handlungsfeld Medien

Massenmedien sind eine wichtige Informationsquelle für Gesundheitsthemen und prägen Einstellungen der Bevölkerung – u. a. zu psychischen Erkrankungen. Medial vermittelte negative

Zuschreibungen betreffend Menschen mit psychischen Erkrankungen haben einen enormen Einfluss auf ihre Stigmatisierung in unserer Gesellschaft. Gleichzeitig kann stigmafreie Darstellung psychischer Gesundheit bzw. psychischer Erkrankung in den Medien einen wichtigen Beitrag zum Abbau stigmatisierender Einstellungen liefern.

Die häufig sensationsträchtige und negative mediale Darstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (z. B. werden sie oft als faul, kriminell oder gefährlich dargestellt) trägt zur Entwicklung und Festigung von Stereotypen und Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen bei und ist teilweise den Anforderungen und der Dynamik des Medienbetriebs geschuldet. Gleichzeitig fehlt es aber für eine (sprachlich und bildlich) differenziertere Darstellung in vielen Fällen auch an entsprechendem Wissen und Bewusstsein der tätigen Journalistinnen und Journalisten. Insbesondere fällt ein Mangel an Berichten zum positiven Umgang mit psychischen Erkrankungen und psychischer Gesundheit insgesamt auf (für eine ausführliche Beschreibung vgl. Kap. 2.1 in Nowotny et al. 2025). Die folgenden Ziele der Medienarbeit sind daher ein wichtiger Bestandteil der Bemühungen zum Abbau von Stigma und Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen.

3.7.1 Zielsetzungen

- Beseitigung stigmatisierender Darstellungen psychischer Erkrankungen in Medien
- Enttabuisierung psychischer Erkrankungen und psychisch erkrankter Menschen in Medien
- Erhöhung der Anzahl einerseits nichtstigmatisierender Medienbeiträge über psychische Gesundheit bzw. Erkrankung, gesellschaftliche Ursachen und Verantwortung für die Entstehung psychischer Erkrankungen und ihrer Stigmatisierung sowie andererseits jener Beiträge, die den sozialen Zusammenhalt und die Inklusion von Minderheiten fördern
- Sensibilisierung Medienverantwortlicher hinsichtlich der Darstellung psychischer Erkrankungen und psychischer Gesundheit

3.7.2 Maßnahmenpaket

Das Maßnahmenpaket zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen für das Handlungsfeld Medien zielt auf eine Förderung stigmafreier Medienberichterstattung auf unterschiedlichen Ebenen ab. Die Einrichtung einer „Kontaktstelle stigmafrei“ zur Etablierung eines Medienmonitorings sowie die Förderung von Inklusivität im Journalismus und differenzierter Medienberichterstattung setzen an den Rahmenbedingungen an. Die Entwicklung einer stereotypfreien Bild-datenbank, auf die alle Medienschaffenden zugreifen können, stellt ein neues Angebot dar. Der Bewusstseinsbildung dienen einschlägige Maßnahmen in Aus- und Weiterbildung von Journalistinnen und Journalisten sowie Entstigmatisierungskampagnen (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Medien

Nr.	Maßnahme	Maßnahmen- beschreibung
75	Förderung des Medienmonitorings und Vernetzung mit Kontrollinstanzen im Bereich der Medien	KU 2.3.2 ST 64
76	Inklusivität im Journalismus für alle Personengruppen fördern	KU 2.3.4
77	Förderung einer vermehrten und differenzierteren Berichterstattung durch Setzen von Themenschwerpunkten und positiven Anreizen	KU 2.3.6
78	Erstellung einer Bilddatenbank zur Förderung einer nichtstigmatisierenden Bildsprache	KU 2.3.5
79	Stärkung des Themas Stigma psychischer Erkrankungen und stigmafreie Berichterstattung in Aus- und Weiterbildung	KU 2.3.1
80	zusätzliche Kanäle und Methoden zur Erreichung von Kindern und Jugendlichen durch eine breite Entstigmatisierungskampagne in sozialen Medien forcieren	DI 3.3.5

ST: Zwischenbericht Strukturelle Stigmatisierung (Strizek et al. 2025)

DI: Zwischenbericht Direkte Stigmatisierung (Strizek et al. 2022)

KU: Zwischenbericht Kulturelle Stigmatisierung (Nowotny et al. 2025)

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung, blaue Markierung: Kategorie Angebotsstruktur,

grüne Markierung: Kategorie Bewusstseinsbildung, fette Markierung: priorisierte Maßnahmen

Quelle und Darstellung: GÖG

3.7.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket)

Das Thema „Stigma psychischer Erkrankungen und stigmafreie Berichterstattung“ soll zunächst in trialogisch konzipierten **Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen für Journalistinnen und Journalisten** gestärkt werden. Wissensvermittlung, das Erlernen praktischer Skills sowie eine Reflexion der eigenen Haltung sollen zu einer Sensibilisierung der aktuell sowie der zukünftig journalistisch tätigen Personen beitragen. Die Bekanntmachung von Empfehlungen zur stigmafreien Berichterstattung in der journalistischen Aus- und Weiterbildung ist zentraler Bestandteil vieler nationaler Anti-Stigma-Programme anderer Länder zur Reduktion von Stigma von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Details siehe Empfehlungen 2.3.1., 2.3.2 und 2.3.5 in Nowotny et al. 2025).

Ein zentrales Element beim Abbau stigmatisierender Darstellungen psychischer Erkrankungen in Medien ist die **Erstellung einer frei zugänglichen Bilddatenbank zur Förderung einer differenzierten, stigmafreien Bildsprache**. Dort sollen Bilder hochgeladen werden können (z. B. auch im Rahmen von Fotowettbewerben), welche von einem trialogisch besetzten Gremium begutachtet und dann gegebenenfalls mit einem „Stigmafrei-Gütesiegel“ zertifiziert werden. Eine frei zugängliche Sammlung authentischen, differenzierten und repräsentativen Bildmaterials für den Themenkreis psychische Gesundheit/Erkrankung und Menschen mit psychischen Problemen ist nicht nur ein Anliegen von Betroffenen und deren Angehörigen, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Public-Health-Expertinnen und -Experten, sondern wird bereits seit längerer Zeit auch von Journalistinnen/Journalisten und Medienschaffenden gewünscht (hier kann ev. auf Erfahrungen beim ORF zurückgegriffen werden, bei dem es bereits erste Initiativen für eine solche interne Bilddatenbank gab). Hier besteht also bereits bei allen relevanten Stakeholderinnen und Stakeholdern ein hohes Ausmaß an Bereitschaft zur Umsetzung der Maßnahme. Aufgrund

ihrer potenziell wichtigen Rolle in der Medienberichterstattung wurde die Erstellung der Bilderdatenbank von Expertinnen und Experten der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung auch als die am höchsten zu priorisierende Maßnahme bewertet.

Die Einrichtung und Etablierung einer mit dem österreichischen Presserat zusammenarbeitenden triologisch besetzten „Kontaktstelle stigmafrei“ baut auf bereits vorhandenen Strukturen auf (z. B. Empfehlungen auf stigmafrei.at) und soll etablierte Kooperationen mit bestehenden Institutionen festigen (z. B. Tätigkeiten des Presserats). Darüber hinaus kann dabei auf wissenschaftliche Evidenz zur Effektivität zurückhaltender bzw. krisenbewältigungsorientierter Medienberichterstattung in der Suizidprävention (Werther- bzw. Papageno-Effekt) zurückgegriffen werden. Die Kontaktstelle soll die Ziele verfolgen, ein **Medienmonitoring für Printmedien und deren Websites** zu etablieren, Strukturen zu schaffen, die Medienschaffende bei der Einhaltung bestehender Empfehlungen unterstützen, Beispiele stigmafreier Berichterstattung (z. B. Berichte zum adäquaten Umgang mit psychischen Erkrankungen und Genesung) positiv hervorzuheben und zu fördern, Stigmatisierung in Medien sichtbar zu machen, systematisch zu erfassen und entsprechende Reaktionen durch Betroffene zu erleichtern. Zu den Aufgaben dieser Kontaktstelle zählt auch, sich aktiv an Redaktionen zu wenden, um diese hinsichtlich stigmafreier Berichterstattung zu sensibilisieren, und durch Öffentlichkeitsarbeit zur Bewusstseinsbildung bei allen relevanten Stakeholderinnen und Stakeholdern beizutragen.

Tabelle 16: Startpaket Handlungsfeld Medien

Förderung des Medienmonitorings und Vernetzung mit Kontrollinstanzen im Bereich der Medien (Maßnahme 75)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Etablieren einer zentralen, dialogisch besetzten „Kontaktstelle stigmafrei“ • Bereitstellung von Formularen und Informationen auf der Website stigma-frei.at • Kontaktaufnahme mit dem Presserat • Identifikation relevanter Stakeholder:innen und Kontaktaufnahme mit ihnen für die geplante regelmäßige Vernetzung
mögliche Umsetzende, möglicher Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • erweiterte dialogische „Kontaktstelle stigmafrei“ (Erfahrungsexpertinnen/-experten, Angehörige, Medienvertreter:innen, psychosoziale Fachkräfte) mögliche Partner:innen: <ul style="list-style-type: none"> • Projektpartner:innen „stigma-frei.at“ • Betroffenen- und Angehörigenorganisationen • Österreichischer Presserat • Gremien zur Selbstkontrolle in den Redaktionen und weitere interessierte Gremien (z. B. Monitoringausschuss)
Erstellung einer Bilddatenbank zur Förderung einer nichtstigmatisierenden Bildsprache (Maßnahme 78)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Stakeholderanalyse und Anwerbung von sowie Vernetzung mit interessierten Medienbetrieben sowie identifizierten Stakeholderinnen/Stakeholdern und Vertretungsorganisationen diverser diskriminierter Gruppen • gemeinsame Erarbeitung eines Konzepts für Aufbau, Betrieb und Finanzierung einer für Medienschaffende zentral zugänglichen Bilddatenbank für stereotypfreie Darstellungen diverser Bevölkerungsgruppen
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • ein mit der Umsetzung beauftragter Anbieter, interessierte Medienbetriebe und Kommunikationsabteilungen • weitere Partnerorganisationen entsprechend der Stakeholderanalyse, z. B. Presserat, Antidiskriminierungsstellen, Bundesverwaltung, Einrichtungen der Zivilgesellschaft (z. B. HOSI, ZARA ...)
Stärkung des Themas Stigma psychischer Erkrankungen und stigmafreie Berichterstattung in Aus- und Weiterbildung (Maßnahme 79)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • zielgruppenspezifische Adaption bestehender Konzepte für andere Berufsgruppen bzw. Berücksichtigung und Adaption journalistischer Schulungen aus dem Ausland • Integration der Inhalte in bestehende Lehrveranstaltungen und/oder Schaffung eines eigenständigen Lehrplanmoduls
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	Umsetzende: <ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) • Interessenverbände (z. B. Fachhochschulkonferenz (FHK)) • Bildungseinrichtungen (Universitäten, FH, sonstige relevante Anbieter von Aus- und Weiterbildung) Partner:innen: <ul style="list-style-type: none"> • spezialisierte Lehrende, dialogische Lehrteams • Betroffenen- und Angehörigenorganisationen • Anbieter journalistischer Weiterbildungsangebote (z. B. <i>Österreichische Medien-Akademie</i> oder <i>forum journalismus und medien</i>) • interessierte Redaktionen • Anbieter:innen journalistischer Weiterbildungsangebote

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung, blaue Markierung: Kategorie Angebotsstruktur, grüne Markierung: Kategorie Bewusstseinsbildung

Quelle und Darstellung; GÖG

3.8 Handlungsfeld Kunst und Kultur

Kunst und Kultur spielen eine zentrale Rolle bei der Verbreitung von Stigma psychischer Erkrankungen. Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Behandlung werden häufig in Kunst und Kultur (insbesondere in Unterhaltungsmedien) thematisiert und dabei oft stigmatisierend dargestellt. Aus diesem Grund wurden, zum Beispiel von Mental Health Europe, Leitfäden für die Darstellung psychischer Erkrankungen in Unterhaltungsmedien entwickelt. Kunst und Kultur können einen wichtigen Beitrag in der Bewusstseinsbildung leisten, um kulturelle Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihrer Angehörigen abzubauen: zum Beispiel durch Reduktion stigmatisierender und Förderung stigmafreier Darstellungen, in Form der Enttabuisierung der gesamten Bandbreite psychischen Erlebens und der Stärkung psychischer Vielfalt als kulturell bereichernder Perspektive sowie anhand der Förderung des sozialen Zusammenhalts mittels inklusiver Kunst- und Kulturarbeit.

Durch den Einsatz kreativer Methoden oder auch die Förderung künstlerischer Betätigung können darüber hinaus bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung Empowerment und Recovery gefördert und kann Selbststigmatisierung abgebaut werden (Puhm et al. 2023). Diese salutogenetische Wirkung künstlerischen Schaffens im Gemeinschaftssetting ist durch Studien belegt: Das gemeinsame Erleben einer kreativen Betätigung in der Gruppe kann ein inklusives Potenzial entfalten und den sozialen Zusammenhalt fördern, indem dadurch soziale Bindung und prosoziales Verhalten gefördert, Einsamkeit und soziale Isolation reduziert sowie Konfliktlösungsstrategien gestärkt werden (Fancourt/Finn 2019).

3.8.1 Zielsetzungen

- Beseitigung stigmatisierender Darstellungen und Förderung stigmafreier Darstellungen psychischer Erkrankung in Kunst und Kultur
- Enttabuisierung psychischer Gesundheit und psychischer Erkrankungen in Kunst und Kultur
- Stärkung des kulturellen Diskurses über „psychische Vielfalt“ im Kunst- und Kulturbereich
- Förderung von Empowerment und Recovery durch kunstbasierte Interventionen

3.8.2 Maßnahmenpaket

Strukturelle Maßnahmen für das Handlungsfeld Kunst und Kultur umfassen die Entwicklung spezifischer Empfehlungen und den Aufbau von Beratungsangeboten zur stigmafreien Darstellung psychischer Erkrankungen für Kunstschaffende und Kulturbetriebe, die Förderung kulturellen Diskurses über „psychische Vielfalt“ in Kunst und Kultur durch Schwerpunkte und Setzen von Anreizen für Kulturschaffende und Kulturbetriebe sowie die Förderung der Diversität und Inklusion im Kunst- und Kulturbetrieb selbst. Der Ausbau von Kunst-, Kultur-, Freizeit- und Sportangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen soll zur Förderung von Empowerment und Recovery sowie der kulturellen Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen eingesetzt werden. Themenspezifische Kunst- und Kulturprojekte sollen ausgebaut und sowohl regional als auch zielgruppenspezifisch zur Bewusstseinsbildung eingesetzt werden (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Kunst und Kultur

Nr.	Maßnahme	Maßnahmen- beschreibung
81	Entwicklung von Empfehlungen zur stigmafreien Darstellung psychischer Erkrankungen für Kunstschaffende und Aufbau von Beratungsangeboten und Netzwerken	KU 3.3.1
82	Förderung des kulturellen Diskurses über psychische Vielfalt im Kunst- und Kulturbereich durch Schwerpunktsetzungen und Setzen von Anreizen	KU 3.3.2
83	Förderung der Diversität und Inklusion im Kunst- und Kulturbetrieb	KU 3.3.5 ST49
84	Nutzung und Ausbau von Kunst- und Kulturangeboten zur Förderung von Empowerment und Recovery u. a. durch Social Prescribing („Kunst auf Rezept“)	SE 2.3.7 ST48
85	Entwicklung von Begleitangeboten für Kultur-, Freizeit- und Sportaktivitäten, die unabhängig von Institutionen einen niederschweligen, individuellen Zugang zu diversen Kultur-, Freizeit- und Sportaktivitäten bieten	ST46
86	Entwicklung/Ausbau inklusiver Kultur-, Freizeit- und Sportaktivitäten	ST47
87	Förderung regionaler themenbezogener Kunst- und Kulturevents	KU 3.3.4
88	stärkere Platzierung des Themas psychische Vielfalt in Kunst- und Kulturangeboten für Kinder und Jugendliche	KU 3.3.3
89	zusätzliche Kanäle und Methoden zur Erreichung von Kindern und Jugendlichen forcieren und bundesweit künstlerische Projekte mit jungen Menschen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen anregen und ermöglichen	DI 3.3.5

ST: Zwischenbericht Strukturelle Stigmatisierung (Strizek et al. 2025)

DI: Zwischenbericht Direkte Stigmatisierung (Strizek et al. 2022)

KU: Zwischenbericht Kunst und Kultur (Nowotny et al. 2025)

SE: Zwischenbericht Selbststigmatisierung (Puhm et al. 2023)

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung, blaue Markierung: Kategorie Angebotsstruktur,

grüne Markierung: Kategorie Bewusstseinsbildung, fette Markierung: priorisierte Maßnahmen

Quelle und Darstellung: GÖG

3.8.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket)

Durch die **Bereitstellung von Empfehlungen zur stigmafreien Darstellung psychischer Erkrankungen**, die durch Erfahrungsexpertinnen und -experten und deren Angehörige, Kunst- und Kulturschaffende sowie Mental-Health-Expertinnen und -Experten erarbeitet werden, sowie durch die Schaffung unverbindlicher **Beratungs-, Aufklärungs- und Vermittlungsangebote für Kunst- und Kulturschaffende** kann ein essenzieller Beitrag zur Reduktion von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in unserer Gesellschaft geleistet werden. Eine solche Zusammenarbeit soll im Rahmen verstärkter **Netzwerkarbeit** speziell zum Abbau stigmatisierender Darstellungen und zu einer gezielten Thematisierung des Nexus zwischen psychischer Vielfalt und Kunst erfolgen. Die Ziele sind hier der Aufbau von Expertise und die Schaffung einer Plattform zum Austausch in Sachen Herausforderungen und Probleme³⁵. Hinsichtlich der Entwicklung von Empfehlungen

³⁵ Ein internationales Good-Practice-Beispiel ist das schottische Mental Health Arts Network: Dieses Netzwerk ist eine Initiative zum Aufbau eines Peernetzwerks (Künstler:innen, Menschen mit gelebter Erfahrung und weitere mit dem Thema befasste Personen) zur Unterstützung von Personen, die in den Bereichen Kunst und psychische Gesundheit arbeiten. Siehe: <https://www.mhfestival.com/projects/mental-health-arts-network> [abgerufen am 20.06.2023]

zur stigmafreien Darstellung psychischer Erkrankungen kann auf Erfahrungen aus dem Projekt „stigmafrei“ zurückgegriffen werden, im Zuge dessen HPE Österreich und die MedUni Wien unter Einbeziehung von Erfahrungsexpertinnen und -experten, Angehörigen sowie Fachexpertinnen und -experten Empfehlungen für eine verantwortungsvolle Nachrichtenberichterstattung über Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgearbeitet haben. Die Entwicklung äquivalenter Empfehlungen für Kunst- und Kulturschaffende ist in diesem Sinne der nächste logische Schritt und wurde daher auch von Expertinnen der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung als am höchsten zu priorisierende Maßnahme in diesem Handlungsfeld bewertet.

Um das Potenzial für kulturellen Wandel in Österreich weiter auszubauen, sollen zudem vermehrt **Programmschwerpunkte zum Thema psychische Vielfalt in den Kunst- und Kulturwissenschaften wie auch im Kunst- und Kulturangebot gesetzt werden** (z. B. Filmfestivals in Programmkinos, Theaterfestivals, Museen, Literatur- und Musikveranstaltungen). Ebenso sollte spartenübergreifend im Rahmen von Kunst- und Kulturfestivals das Thema psychische Vielfalt vermehrt in die Bevölkerung getragen werden. Darüber hinaus können positive Anreize für Kunstschaffende durch öffentliche Subventionen und/oder Stiftungen mit gezielten Förderausschreibungen (z. B.: themenspezifische Stipendien für Kunstschaffende [mit oder ohne gelebte Erfahrung]) gesetzt werden.

Weiters können durch kunstbasierte Interventionen **Empowerment und Recovery** bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung gefördert und kann Selbststigmatisierung abgebaut werden. 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. Es handelt sich dabei vorwiegend um von Künstlerinnen und Künstlern geleitete Aktivitäten in der Gemeinschaft, die das individuelle und das soziale Wohlbefinden verbessern können („Arts for Health“). Durch das Konzept **Social Prescribing („Kunst auf Rezept“)** können kunstbasierte Interventionen als Ergänzung zur eigentlichen medizinischen Behandlung vermittelt werden (Wolf Perez 2023). Für eine Etablierung dieses Konzepts ist vor allem das Engagement des Gesundheitssektors in Österreich gefragt. Ein nicht zu vernachlässigender Aspekt ist hier, dass durch den Einsatz von Kunst und Kultur (v. a. in der Prävention) neben den gesundheitlichen Erfolgen auch Einsparungen im Gesundheitsbereich erreicht werden können (All-Party Parliamentary Group on Arts 2017).

Tabelle 18: Startpaket Handlungsfeld Kunst und Kultur

Entwicklung von Empfehlungen zur stigmafremen Darstellung psychischer Erkrankungen für Kunstschaffende und Aufbau von Beratungsangeboten und Netzwerken (Maßnahme 81)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation relevanter Stakeholder:innen (Erfahrungsexpertinnen und -experten, Angehörige, Kunstschaffende und Mental Health-Expertinnen und -Experten) und Kontaktaufnahme mit ihnen • Bildung eines Expertengremiums, Bildung eines Netzwerks
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • HPE, MedUni Wien, Betroffenenvereine, Universitäten und Akademien der Film-, Theater-, Kunst- und Kulturwissenschaft(en), Berufs- und Interessenverbände für Kunstschaffende, Arts for Health Austria
Förderung des kulturellen Diskurses über psychische Vielfalt im Kunst- und Kulturbereich durch Schwerpunktsetzungen und Setzen von Anreizen (Maßnahme 82)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung und Ausbau partizipativer Kunstprojekte und Produktionen zum Thema psychische Vielfalt im Rahmen von Initiativen zur Förderung von Diversität und Toleranz in der Gesellschaft • zum einen Kontaktaufnahme einerseits mit Universitäten und künstlerischen Ausbildungsstätten mit Schwerpunkten in Film-, Theater-, Kunst- und Kulturwissenschaft(en) zur Förderung von Programmschwerpunkten, andererseits mit bestehenden Förderstellen und Institutionen (öffentliche Verwaltung, Stiftungen, medizinische Fachgesellschaften) zur gezielten Ausweitung von Fördermitteln, zum anderen Sensibilisierung all dieser Einrichtungen für das Thema psychische Vielfalt • Etablierung von Preisen, Stipendien oder Projektausschreibungen für das Thema psychische Vielfalt
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Förderstellen des Bundes, der Länder und der Gemeinden, sektorenübergreifende Finanzierungen (Gesundheit, Soziales, Kunst und Kultur) bzw. Calls (themenspezifische Förderausschreibungen und Stipendien), gemeinnützige Stiftungen in Österreich, FGÖ, Gesunde Gemeinde • Universitäten und künstlerische Ausbildungsstätten, Kunst- und Kulturbetriebe, Kunstschaffende, Netzwerke und Initiativen zur Förderung von Diversität und Inklusion im Kunst- und Kulturbetrieb • DV IDEE Austria, HPE, psychosoziale Versorgungsanbieter und Fachgesellschaften, Institutionen an der Schnittstelle von Kunst und Gesundheit (z. B. Arts for Health Austria)
Nutzung und Ausbau von Kunst- und Kulturangeboten zur Förderung von Empowerment und Recovery u. a. durch Social Prescribing („Kunst auf Rezept“) (Maßnahme 84)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierungsaktionen betreffend die Wirkung von Kunst und Kultur auf die Gesundheit • Ausbau kunstbasierter Angebote zum Aufbau von Empowerment • wissenschaftliche Begleitung derartiger Initiativen • Bereitstellung finanzieller Mittel für kunstbasierte Interventionen und begleitende Studien • Ausbau von „Kunst und Kultur auf Rezept“ im Rahmen von Social-Prescribing-Initiativen
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • relevante Akteurinnen und Akteure des Gesundheitssektors (Gesundheitsministerium), Künstler:innen, Musik-, Tanz- und Kunsttherapeutinnen/-therapeuten, psychiatrische und psychosoziale Dienste, Forscher:innen, Organisationen, die von Expertinnen/Experten aus eigener Erfahrung geleitet werden, Angehörigenorganisationen, Arts for Health Austria und ähnliche Initiativen, universitäre Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegebereich sowie sozialwissenschaftliche Zweige

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung, blaue Markierung: Kategorie Angebotsstruktur

Quelle und Darstellung: GÖG

3.9 Handlungsfeld Wissenschaft

Die aus dem Wissenschaftsbetrieb gewonnenen Erkenntnisse tragen wesentlich zum öffentlichen Diskurs über psychische Vielfalt in der Gesellschaft bei. Erst mithilfe aussagekräftiger Forschungsdaten können wirkungsvolle politische Konzepte zur Umsetzung der UN-BRK erarbeitet und um-

gesetzt werden (BMSGPK 2022). Durch entsprechende Schwerpunktsetzungen in der wissenschaftlichen Forschung können soziale und kulturelle Exklusionsmechanismen sichtbar gemacht und kann das Bewusstsein dafür geschärft werden.

Die Auswahl relevanter Forschungsfragen und die Interpretation von Forschungsergebnissen hängen wesentlich von den im Forschungsprozess vertretenen Perspektiven ab. Stigmatisierung kann auch im Rahmen der wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung und der daraus abgeleiteten Praktiken selbst stattfinden. Um dies zu verhindern, bedarf auch die wissenschaftliche Praxis einer kritischen Reflexion, um stigmatisierende Aspekte zu identifizieren und diesen auch gegenzusteuern.

Dazu ist ein partizipativer, inter- und transdisziplinärer³⁶ Dialog mit Theorien und Konzepten der medizinischen Wissenschaften und Gesundheitswissenschaften (in diesem Kontext konkret der PSY-Disziplinen) wichtig. Weiters ist die Auseinandersetzung mit erkenntnistheoretischen, ethischen und gesellschaftspolitischen Fragen der Klassifizierung von Menschen in psychisch gesund und krank und den resultierenden Stigmata wie auch Versorgungsansprüchen notwendig. Entsprechende Forschung zu psychischer Vielfalt, die gleichermaßen die damit verbundenen Herausforderungen und Chancen systematisch reflektiert, wird in Österreich derzeit unzureichend gefördert ((für eine detaillierte Ausführung siehe Nowotny et al. 2025).

3.9.1 Zielsetzungen

- Förderung der partizipativen Forschung in allen Belangen, die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen betreffen
- Förderung der inter- und transdisziplinären Erforschung kultureller und sozialer Entstehungsbedingungen von (psychischer) Gesundheit und Krankheit
- Förderung der inter- und transdisziplinären Erforschung gesellschaftlicher Exklusionsmechanismen inklusive der Identifikation stigmatisierender Aspekte von (wissenschaftlichen, ideologischen, religiösen) Theorien und Konzepten sowie deren konkreten praktischen Auswirkungen
- Ableitung konkreter gesundheits- und gesellschaftspolitischer Maßnahmen aus diesen Forschungsergebnissen und ihre Umsetzung
- kritische Reflexion und (Weiter-)Entwicklung vorhandener Stigmakonzepte und Anti-Stigma-Interventionen

3.9.2 Maßnahmenpaket

Maßnahmen für das Handlungsfeld Wissenschaft umfassen sowohl die Förderung der inter- und transdisziplinären sowie partizipativen Forschung im Bereich Mental Health, der kritischen Reflexion der für die Umsetzung entstigmatisierender Interventionen verwendeten Konzepte sowie die Bereitstellung einer aussagekräftigen Datenbasis hinsichtlich der Situation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und ressortübergreifender (Versorgungs-)Angebote (siehe Tabelle 19).

³⁶ integrativer Forschungsansatz, der auch außerwissenschaftliche Akteurinnen und Akteure einbezieht (z. B. Versorgungseinrichtungen)

Tabelle 19: Maßnahmenpaket Handlungsfeld Wissenschaft

Nr.	Maßnahme	Maßnahmen- beschreibung
90	Etablierung und Ausbau inter- und transdisziplinärer Forschung, der Forschungszweige Disability Studies und Mad Studies sowie der partizipativen Forschungspraxis im Bereich Mental Health	KU 4.3.1 SE 3.3.4
91	kritische Reflexion und (Weiter-)Entwicklung vorhandener Stigmakonzepte und entstigmatisierender Strategien	KU 4.3.4
92	Zusammenführen vorhandener Daten aus dem gesamten Gesundheits- und Sozialwesen sowie dem Arbeitsmarkt etc. in anonymisierter Form und Etablieren eines regelmäßigen Monitorings/Reportings in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung	ST67
93	Verbesserung der Datenbasis für Analysen und Umsetzungsprojekte bspw. durch In-Auftrag-Geben ressortübergreifender Studien (Bsp.: Kunst/Kultur und Gesundheit)	ST68

KU: Zwischenbericht Kulturelle Stigmatisierung (Nowotny et al. 2025)

ST: Zwischenbericht Strukturelle Stigmatisierung (Strizek et al. 2025)

SE: Zwischenbericht Selbststigmatisierung (Puhm et al. 2023)

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung, fette Markierung: priorisierte Maßnahmen

Quelle und Darstellung: GÖG

3.9.3 Priorisierte Maßnahmen (Startpaket)

Durch **Etablierung und Ausbau der inter- und transdisziplinären Forschung, der Forschungszweige Disability Studies und Mad Studies sowie der partizipativen Forschungspraxis im Bereich Mental Health** soll die Qualität der Forschung im Bereich Mental Health in Österreich an internationale Standards herangeführt werden, um wirkungsvolle inklusionsfördernde gesellschafts- und gesundheitspolitische Konzepte daraus ableiten und umsetzen zu können. Durch den Ausbau inter- und transdisziplinärer Forschungsnetzwerke und -gruppen soll der Diskurs zu Krankheits- und Gesundheitsmodellen unter besonderer Berücksichtigung der sozialen und kulturellen Entstehungsbedingungen sowie Implikationen für umfassende Versorgungsmodelle gefördert werden (z. B. Mental Health Humanities).

Analog der Zielsetzung 258 des NAP Behinderung 2022–2030 sollen zudem durch die Einrichtung spezifischer Schwerpunktlehrstühle, Institute an Hochschulen und Förderschienen die Forschungsaktivitäten zum Thema Inklusion und gleichberechtigte Teilhabe gefördert werden, insbesondere auch für die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (z. B. gezielte Förderung von Mad Studies bzw. durch Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung geleiteter und durchgeführter Forschung [„user-led research“]).

Bei der Erforschung aller Belange, die Menschen mit psychischen Erkrankungen betreffen, soll in voller Anerkennung der erkenntnistheoretischen Relevanz von Erfahrungsexpertise diese in allen Phasen des Forschungsprozesses substantiell Eingang finden, um auf Inklusion ausgerichtete Forschungsschwerpunkte zu setzen und den Erkenntnisgewinn zu optimieren (z. B. Förderung akademischer Forscher:innen und Forschungsgruppen mit gelebter Erfahrung und/oder Etablierung partizipativer Forschungsmethoden).

Strategien zur Beseitigung von Stigma und zur Förderung der Inklusion stigmatisierten Personengruppen müssen sehr breit und an mehreren Ebenen ansetzen, um den gewünschten sozialen Wandel hervorbringen zu können. Ihre effektive Planung und Umsetzung muss entsprechend theoriegeleitet und qualitätsgesichert erfolgen und erfordert neben Evaluierung der gesetzten Maßnahmen auch eine laufende **kritische Reflexion und Weiterentwicklung der dem Gesamtvorhaben zugrunde liegenden Stigmakonzepte**. Durch Ausbau österreichischer Forschungsgruppen mit den Schwerpunkten Stigma psychischer Erkrankungen, soziale Inklusion bzw. Exklusion und gesellschaftliche Solidarität sowie durch Förderung der Vernetzung mit internationalen Forschungsnetzwerken soll die Expertise in Österreich ausgebaut und laufend weiterentwickelt werden. Der Wissenstransfer zu den Ministerien mit entsprechenden Zuständigkeitsbereichen (z. B. Soziales, Gesundheit, Arbeit, Bildung, Kunst und Kultur) soll durch die Etablierung von Koordinationsstrukturen gewährleistet werden, die in enger Abstimmung mit einem interdisziplinär, multiperspektivisch und intersektoral besetzten Expertengremium die Umsetzung steuern.

Tabelle 20: Startpaket Handlungsfeld Wissenschaft

Etablierung und Ausbau inter- und transdisziplinärer Forschung, der Forschungszeige Disability Studies und Mad Studies sowie der partizipativen Forschungspraxis im Bereich Mental Health (Maßnahme 90)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Ausrichtung und Ausschreibung bundesweiter Förderprogramme • Förderung inter- und transdisziplinärer Forschungsnetzwerke • Implementierung der interdisziplinären Forschungsinhalte in den Studiengängen Medizin- und Gesundheitswissenschaften • Entwicklung wie auch Stärkung der Studienzweige Disability Studies, Mad Studies und Mental Health Humanities • In-Auftrag-Geben einer „Mapping“-Studie: Bestandserhebung der partizipativen Forschungspraxis in Österreich, Recherche internationaler Good-Practice-Beispiele und Analyse der notwendigen Bedingungen und Maßnahmen für einen nachhaltigen Ausbau partizipativer Forschung in Österreich • Förderung partizipativer Forschung in allen wissenschaftlichen Fächern (entlang der Grundsätze von Forschung, die von Erfahrungsexpertinnen und -experten durchgeführt wird) • gezielte Förderung von Programmen zur Besetzung akademischer Stellen mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und gegebenenfalls Adaption derartiger Unterstützungsangebote in Hinblick auf psychische Vielfalt • Berücksichtigung psychischer Vielfalt im Rahmen universitärer Diversityprogramme und -maßnahmen
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Universitäten, Fachhochschulen, Forschungsinstitute – in Kooperation mit Vertreterinnen und Vertretern von Selbstvertretungsorganisationen, die sich in partizipative Forschung einbringen wollen – sowie auch Einrichtungen, die Versorgungsforschung betreiben (z. B. pro mente)
Kritische Reflexion und (Weiter-)Entwicklung vorhandener Stigmakonzepte und entstigmatisierender Strategien (Maßnahme 91)	
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau und Vernetzung der Forschungsgruppen mit Schwerpunkt Stigma / soziale Inklusion/Exklusion/Solidarität in Österreich • Förderung der internationalen Vernetzung in Form von Tagungen/Workshops • Wissenstransfer von Stigmaforschung mit Fokus auf strukturelle und kulturelle Stigmatisierung durch Schwerpunktsetzungen und Einladung von Expertinnen und Experten in die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung stärken
mögliche Umsetzende, mögliche Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Expertengremium Kompetenzgruppe Entstigmatisierung oder eine noch zu schaffende zentrale Koordinationsstelle für die strategische Umsetzung • wissenschaftliche Einrichtungen (universitär und außeruniversitär) • Betroffenen- und Angehörigenorganisationen • Ministerien mit entsprechenden Zuständigkeitsbereichen (Soziales, Gesundheit, Arbeit, Bildung, Kunst und Kultur)

gelbe Markierung: Kategorie Rahmenbedingung

Quelle und Darstellung: GÖG

4 Ausblick

Der vorliegende Endbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung ist das Ergebnis eines mehrjährigen Arbeitsprozesses zur Erarbeitung eines Empfehlungskatalogs für ein multistategisches Vorgehen gegen das Stigma psychischer Erkrankungen in Österreich. Die Empfehlungen folgen den internationalen Empfehlungen und setzen an unterschiedlichen Ebenen (kulturelle, strukturelle und direkte Stigmatisierung sowie Selbststigmatisierung) an, um dem komplexen Stigmazprozess auch effektiv entgegenwirken zu können. Sie adressieren die von den Expertinnen und Experten ausgewählten zentralen Handlungsfelder, Ansatzstellen und Maßnahmen, die den größtmöglichen Synergieeffekt bei der Beseitigung von Stigma und der Förderung der Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen erzielen sollen. Dabei soll auch der Stellenwert psychischer Gesundheit in der Bevölkerung neu positioniert werden – mit der Zielsetzung, dass „in allen Lebenswelten der Gesellschaft ein Klima des offenen und selbstverständlichen Umgangs mit individueller Vielfalt von psychosozialer Gesundheit und Krankheit herrscht.“ (Österreichisches Gesundheitsziel 9, Wirkungsziel 3). Dies trägt zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, zur Senkung der volkswirtschaftlichen Kosten und zur Stärkung des Zusammenhalts in der Gesellschaft bei.

Um die Empfehlungen des Expertengremiums erfolgreich in die Umsetzung bringen zu können, sollen in einem nächsten Schritt die Rahmenbedingungen für eine Umsetzung (das Umsetzungskonzept) gemeinsam mit den Ländervertretungen sowie weiteren relevanten Akteurinnen und Akteuren festgelegt werden. Wesentliche Rahmenbedingungen für die Umsetzung sind die Etablierung von Koordinationsstrukturen auf nationaler und regionaler Ebene sowie die regionale Vernetzung mit zentralen Stakeholderinnen und Stakeholdern sowie Umsetzungspartnern. Die Empfehlungen knüpfen – wo vorhanden und möglich – an bereits in Österreich bestehende Strukturen und Projekte an. Die Finanzierung dieser Maßnahmen soll entweder im Rahmen dieser bereits bestehenden Strukturen erfolgen oder über definierte Förderschienen (z. B. EU-Projekt-, Forschungsförderung) lukriert werden oder muss noch mit den jeweils zuständigen Stellen – das sind unter anderem die jeweils zuständigen Ressorts von Bund, Ländern und Gemeinden (z. B. Gesundheit, Soziales, Arbeit, Bildung, Kunst und Kultur, Medien, Justiz, Inneres, Wissenschaft, Familien, Jugend), die Zielsteuerungspartner, psychosoziale Einrichtungen und Trägerorganisationen, Krankenhäuser, Universitäten, Fachhochschulen, berufsausbildende Institutionen, Forschungseinrichtungen – abgestimmt werden. Dennoch gibt es auch zentrale Maßnahmen, die eine eigene Finanzierung benötigen (z. B. die Etablierung eines Medienmonitorings, der Ausbau eines Referentenpools von Erfahrungsexpertinnen und -experten für eine kontaktbasierte Sensibilisierung im Rahmen von Schulungen und Veranstaltungen). Hierfür ist die Zusammenarbeit zwischen Politikbereichen gefragt und ist die Etablierung von Finanzierungsmodellen für sektorübergreifende Anti-Stigma-Projekte und -Strukturen zu erarbeiten und abzustimmen. Als Bestandteil der Umsetzungsstrategie empfiehlt sich die Durchführung begleitender Öffentlichkeitsarbeiten der Umsetzungsverantwortlichen und der beteiligten umsetzenden Stellen, um für das Thema breitenwirksam zu sensibilisieren und Anti-Stigma-Maßnahmen bekannt zu machen. Die Umsetzung der Strategie erfordert zudem eine laufende Evaluation, um auf aktuelle Entwicklungen reagieren und neue Schwerpunkte setzen zu können.

Um die Nachhaltigkeit der Umsetzungsstrategie zu fördern, soll die Verankerung des Themas Entstigmatisierung auf unterschiedlichen Ebenen angestrebt werden, um längerfristige Struktu-

ren zu etablieren, die ein Vorantreiben des Themas sicherstellen. Die Teilnahme an und die Vernetzung mit internationalen Expertengruppen wie der aktuellen Initiative der Europäischen Kommission („drafting group on stigma and discrimination“) und der „Global Anti-Stigma Alliance“ (GASA) sollen durch Erfahrungsaustausch zur Qualitätssicherung einer effektiven und nachhaltigen Anti-Stigma-Strategie in Österreich beitragen.

Aufgrund des hohen Priorisierungsdrucks bei einem so breiten Themenfeld (Stigma psychischer Erkrankungen) wurden Spezialthemen (z. B. Intersektionalität³⁷) und spezifische Problemlagen (z. B. Suchterkrankung) in diesem Rahmen nicht ausführlich behandelt. Diese Themen können und sollen zu einem späteren Zeitpunkt als Erweiterungsmodule an die Gesamtstrategie anschließen.

³⁷ Intersektionalität beschreibt sich überschneidende Diskriminierungsmechanismen im Zusammenhang mit Alter, Behinderung, ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, geografischer Lage, sozioökonomischem Status, Sexualität usw.

Literatur

- All-Party Parliamentary Group on Arts, Health and Wellbeing (2017): Creative Health: The Arts for Health and Wellbeing. Second Edition, <https://ncch.org.uk/appg-ahw-inquiry-report>
- Amnesty International Österreich (2024): Als würdest Du zum Feind gehen. Hürden beim Zugang zur Sozialhilfe in Österreich. Amnesty International Österreich, Wien
- Arias, Daniel; Saxena, Shekhar; Verguet, Stéphane (2022): Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *eClinicalMedicine*, 54, Elsevier
- Bähr, Sebastian; Collischon, Matthias (2022): Erwerbsarbeit erfüllt wichtige psychologische Funktionen. IAB-Forum, Nürnberg
- BMASGK (2019): Gesundheitsziel 9. Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern Ergänzer Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMJ (2015): Arbeitsgruppe Maßnahmenvollzug – Bericht an den Bundesminister für Justiz über die erzielten Ergebnisse Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2016): UN-Behindertenrechtskonvention. Deutsche Übersetzung der Konvention und des Fakultativprotokolls, Wien
- BMSGPK (2020): Positionspapier des Beirates für psychische Gesundheit zur Sicherstellung einer bundesweiten Regelfinanzierung für die Betroffenenvertretung. unveröffentlicht. Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2022): Nationaler Aktionsplan Behinderung 2022–2030. Österreichische Strategie zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Brosey, Dagmar (2019): Unterstützte Entscheidungsfindung im aktuellen Diskurs. In: Selbstbestimmung und Solidarität Unterstützte Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Praxis. Hg. v. Zinkler, Martin; Mahlke, Candelaria; Marschner, Rolf. Psychiatrieverlag, Köln
- Busch-Geertsema, Volker (2019): Housing First – Housing Plus. In: Festschrift 20 Jahre BAWO Wohnungslosenhilfe von A bis Z. Hg. v. Wohnungslosenhilfe, BAWO – Bundesarbeitsgemeinschaft, Wien. S. 111-S. 127
- Ciampi, Luc; Dauwalder, Hans-Peter; Maier, Christian; Aebi, Elisabeth (1991): Das Pilotprojekt «Soteria Bern» zur Behandlung akut Schizophrener. I, Konzeptuelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen. In: *Nervenarzt* 62/7:428-435
- DGPPN (2018): S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Ravensburg

- DGPPN (2019): Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V., Berlin
- DGPPN (2021): Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland – Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. Deutsche Gesellschaft Für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V., 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 (2000): Psychose und Stigma. Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen. Psychiatrie-Verlag gem. GmbH, Bonn
- Griebler, Robert; Winkler, Petra; Delcour, Jennifer; Leuprecht, Eva; Nowotny, Monika; Schmutterer, Irene; Sax, Gabriele; Juraszovich, Brigitte; Pochobradsky, Elisabeth; Kucera, Sabrina (2023): Österreichischer Gesundheitsbericht 2022. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Hatzenbuehler, Mark L.; Phelan, Jo C.; Link, Bruce G. (2013): Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. In: Am J Public Health 103/5:813-821
- Henderson, Claire; Evans-Lacko, Sara; Thornicroft, Graham (2013): Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. In: Am J Public Health 103/5:777-780
- Herrman, Helen; Allan, John; Galderisi, Silvana; Javed, Afzal; Rodrigues, Maria; Care, WPA Task Force on Implementing Alternatives to Coercion in Mental Health (2022): Alternatives to coercion in mental health care: WPA Position Statement and Call to Action. Wiley Online Library
- Jahoda, Marie (1983): Wieviel Arbeit braucht der Mensch?: Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert. Beltz, Weinheim
- Knapp, Martin; Wong, Gloria (2020): Economics and mental health: the current scenario. In: World Psychiatry 19/1:3-14
- Lehmann, Peter; Stastny, Peter (2013): Statt Psychiatrie 2. Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, Berlin
- Link, Bruce G.; Phelan, Jo C. (2001): Conceptualizing stigma. In: Annual review of sociology 27/1:363-385
- Link, Bruce G.; Yang, Lawrence H.; Phelan, Jo C.; Collins, Pamela Y. (2004): Measuring mental illness stigma. In: Schizophr Bull 30/3:511-541
- Littig, Beate; Spitzer, Markus (2011): Arbeit neu. Erweiterte Arbeitskonzepte im Vergleich. Literaturstudie zum Stand der Debatte um erweiterte Arbeitskonzepte. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

- Meise, Ullrich (2020): Stigma psychischer Erkrankung. In: Bestandserhebung Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich – Teil 1 Ergebnisbericht. Hg. v. Nowotny, Monika; Strizek, Julian; Ladurner, Joy. Gesundheit Österreich GmbH, Wien S. 5-6
- Nowotny, Monika; Puhm, Alexandra; Strizek, Julian (Hg.) (2025): Empfehlungen zur Reduktion kultureller Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung Gesundheit Österreich, Wien
- OECD (2011): Perspectives on Global Development 2012. Perspectives on Global Development. OECD Publishing
- Olszewski, Konrad; Jäger, Matthias (2015): Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. In: InFo Neurologie & Psychiatrie 17/:56-63
- Phelan, Jo C.; Lucas, Jeffrey W.; Ridgeway, Cecilia L.; Taylor, Catherine J. (2014): Stigma, status, and population health. In: Soc Sci Med 103/:15-23
- Pieh, Christoph; Plener, Paul L; Probst, Thomas; Dale, Rachel; Humer, Elke (2021): Mental health in adolescents during COVID-19-related social distancing and home-schooling. SSRN Electronic Journal, DOI:10.2139/ssrn.3795639
- Puhm, Alexandra; Nowotny, Monika; Strizek, Julian (Hg.) (2023): Empfehlungen zur Reduktion von Selbststigmatisierung im Kontext psychischer Erkrankungen. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Gesundheit Österreich, Wien
- Rüsch, Nicolas (2020): Das Stigma psychischer Erkrankung. Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung. Elsevier, München
- Schomerus, G. (2009): Steine auf dem Weg – Stigma und Hilfesuchverhalten. In: Psychiatr Prax 36/2:53-54
- SO-PSY (o. D.): "No Force First": Positionspapier der Deutschschweizer Sektion der Schweizerischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SO-PSY) zum Thema Reduktion von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie. Bern, Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie
- 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.) (2025): Empfehlungen zur Reduktion struktureller Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Gesundheit Österreich, Wien
- Stuart, Heather (2017): What has proven effective in Anti-Stigma Programming. In: The Stigma of Mental Illness – End of the Story? Hg. v. Gaebel, Wolfgang; Rössler, Wulf; Sartorius, Norman. Springer International Publishing Switzerland, Cham S. 497-514
- Thornicroft, Graham; Sunkel, Charlene; Alikhon Aliev, Akmal; Baker, Sue; Brohan, Elaine; el Chammay, Rabih; Davies, Kelly; Demissie, Mekdes; Duncan, Joshua; Fekadu, Wubalem; Gronholm, Petra C.; Guerrero, Zoe; Gurung, Dristy; Habtamu, Kassahun; Hanlon, Charlotte;

Heim, Eva; Henderson, Claire; Hijazi, Zeinab; Hoffman, Claire; Hosny, Nadine; Huang, Fiona-Xiaofei; Kline, Sarah; Kohrt, Brandon A.; Lempp, Heidi; Li, Jie; London, Elisha; Ma, Ning; Mak, Winnie W. S.; Makhmud, Akerke; Maulik, Pallab K.; Milenova, Maria; Morales Cano, Guadalupe; Ouali, Uta; Parry, Sarah; Rangaswamy, Thara; Rüschi, Nicolas; Sabri, Taha; Sartorius, Norman; Schulze, Marianne; Stuart, Heather; Taylor Salisbury, Tatiana; Vera San Juan, Norha; Votruba, Nicole; Winkler, Petr (2022): The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 1-43

United Nations (2017): Report of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities A/72/55. United Nations, New York

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

Vereinte Nationen (2023): Abschließende Bemerkungen zum kombinierten zweiten und dritten periodischen Bericht Österreichs. Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, CRPD/C/AUT/CO/2-3

Wagner, Gudrun; Zeiler, Michael; Waldherr, Karin; Philipp, Julia; Truttmann, Stefanie; Dür, Wolfgang; Treasure, Janet L; Karwautz, Andreas FK (2017): Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. In: *European child & adolescent psychiatry* 26/12:1483-1499

Wancata, Johannes (2017): Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Unveröffentlichter Forschungsbericht, Wien

WHO (2003): *Advocacy for mental health*. World Health Organization, Geneva

WHO (2021a): *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. World Health Organization, Geneva

WHO (2021b): *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization, Geneva

WHO (2022): *WHO guidelines on mental health at work*. World Health Organization, Geneva

Wolf Perez, Edith (Hg.) (2023): *Arts and Health – Österreich im internationalen Kontext*. transcript Verlag, Bielefeld