

Zweitveröffentlichung



Anders, Petra; Demke, Elena; Fellingner, Matthäus; u. a.

Empfehlungen zur Reduktion kultureller Stigmatisierung durch Theorien, Konzepte und daraus abgeleitete Praktiken

Datum der Zweitveröffentlichung: 26.09.2025

Verlagsversion (Version of Record), Beitrag in Sammelwerk

Persistenter Identifikator: urn:nbn:de:bvb:473-irb-110491x

Erstveröffentlichung

Anders, Petra; Demke, Elena; Fellingner, Matthäus; u. a. (2025): Empfehlungen zur Reduktion kultureller Stigmatisierung durch Theorien, Konzepte und daraus abgeleitete Praktiken, in: M. Nowotny, J. Strizek, und A. Puhm (Hrsg.), Empfehlungen zur Reduktion kultureller Stigmatisierung psychischer Erkrankungen : Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung, Wien: Gesundheit Österreich GmbH, S. 39–53, <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4347/>.

Rechtehinweis

Dieses Werk ist durch das Urheberrecht und/oder die Angabe einer Lizenz geschützt. Es steht Ihnen frei, dieses Werk auf jede Art und Weise zu nutzen, die durch die für Sie geltende Gesetzgebung zum Urheberrecht und/oder durch die Lizenz erlaubt ist. Für andere Verwendungszwecke müssen Sie die Erlaubnis der Rechteinhaberinnen und Rechteinhaber einholen.

Für dieses Dokument gilt das deutsche Urheberrecht.

4 Empfehlungen zur Reduktion kultureller Stigmatisierung durch Theorien, Konzepte und daraus abgeleitete Praktiken

4.1 Ausgangslage

Theorien können als Versuch verstanden werden, gesellschaftliche Phänomene verstehbar zu machen, zu erklären und einordnen zu können (Collins/Stockton 2018). Das Zusammenleben in der Gesellschaft einerseits und Theorien andererseits, die über dieses Zusammenleben Wissen generieren und strukturieren, bedingen sich dabei gegenseitig: Das Zusammenleben spiegelt Theorien wider, es erzeugt selbige zugleich jedoch auch, d. h. Theorien entstehen in keinem Vakuum, sondern in der Gesellschaft und sind in gesellschaftliche Praktiken eingebettet, die zu analysieren sie helfen. Theorien – verstanden als Narrative und in diesem Sinn als „Storytelling“ über unser gesellschaftliches Zusammenleben – stellen dabei nach Goodson (2009, xiii) selbst Praktiken dar. Flick (2000) spricht in diesem Zusammenhang⁸⁰ von „mannigfaltigen Wirklichkeiten“ und „Versionen der Welt“. Wesentlich ist dabei, nicht außer Acht zu lassen, dass es neben wissenschaftlichen Theorien, die strengen wissenschaftlichen Kriterien unterliegen und nach anerkannten und gültigen Methoden generiert werden, zudem sowohl Alltagstheorien als auch ideologische sowie religiöse Vorstellungen und Konzepte gibt, die mit beeinflussen, wie wir uns der Reflexion unseres gesellschaftlichen Zusammenlebens nähern.

Dementsprechend ist es wesentlich, zu reflektieren und zu erfassen, welche Positionen auf Basis welcher Theorien und Konzepte eingenommen werden, wenn es um die Frage (ent)stigmatisierender Praktiken, Ansichten und Herangehensweisen geht: Das Perpetuieren beziehungsweise der Abbau von Stigmatisierung ist eng mit der Frage verbunden, wie auf theoretischer Ebene Stereotype und Vorurteile verbreitet werden, wie Machtverhältnisse und -strukturen gedacht werden und wie Inklusions- und Exklusionsmechanismen sowie -prozesse und sozialer Zusammenhalt verstanden werden können. Aus diesem Grund bedarf es entsprechender Ansätze zur Analyse und theoretischen Einordnung von Machtverhältnissen, in die bestimmte Normen eingebettet sind, durch welche die Machtverhältnisse weitertradiert werden. Foucaults Herangehensweise an Machtverhältnisse und an die Machtwirksamkeit von Wissen bildet hierbei die Brücke zwischen der theoretischen Reflexion von Normen und Werten und deren Einbettung in Machtstrukturen (Foucault et al. 1991; Lemke et al. 2000).

Ein anschauliches Beispiel, welche zentrale Rolle Theorien für den Exklusions- bzw. Inklusionsprozess spielen können, lässt sich am Paradigmenwechsel vom medizinisch geprägten individuellen hin zum sozialen Modell von Behinderung nachzeichnen: Das medizinische Verständnis von Behinderung konzentriert sich auf das Individuum und definiert Behinderung als angeborenen oder erworbenen pathologischen Zustand, durch den die Möglichkeiten, ein „normales“ Leben zu führen, eingeschränkt und Betroffene daher auf Institutionalisierung, Rehabilitation und wohl-

⁸⁰ unter anderem nach Schütz (1971 zitiert in Flick 2000)

fahrtsstaatliche Unterstützung angewiesen seien. Nach dem medizinischen Modell bringt die Lebenssituation mit einer Behinderung Menschen in eine Abhängigkeits- und Ohnmachtsposition mit wenigen Handlungsmöglichkeiten. Das von Behindertenaktivistinnen und -aktivisten entwickelte soziale Modell von Behinderung hingegen unterscheidet zwischen *impairment* (der körperlichen, sensorischen oder intellektuellen Beeinträchtigung oder der wahrgenommenen Beeinträchtigung) und *disability* (Behinderung als negative und behindernde gesellschaftliche Reaktion auf die Beeinträchtigung)⁸¹. Durch diese Neudefinition und Verlagerung des Problems (und somit auch der Verantwortung) vom Individuum hin zur Gesellschaft konnte der Weg für die Behindertenrechtsbewegung mit dem Erfolg einer sukzessiven Beseitigung sozialer und kultureller Benachteiligung sowie jenem der Wiederherstellung von Handlungsmöglichkeiten für eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bereitet werden (Beresford et al. 2010).

Medizinische Wissenschaften (und damit auch die Psychiatrie) haben im Laufe des 20. Jahrhunderts zunehmend einen biomedizinischen, technischen und individualistischen Fokus auf Gesundheit, Krankheit und deren Behandlung gelegt, wodurch der Bezug zu den sozialen und kulturellen Einflüssen auf psychische Gesundheit weitgehend verloren ging (z.B. Datta 2016; Patuzzo/Ciliberti 2017; Whitley 2014). Versuche, dieser Entwicklung entgegenzusteuern, existieren innerhalb des medizinischen Diskurses in Form des biopsychosozialen Modells von Gesundheit und Krankheit (Engel 1977) bzw. ganzheitlich orientierter Ansätze (wie z.B. Musalek 2015); allerdings bleibt forschungsseitig die Beschäftigung mit den kulturellen und sozialen Aspekten von (psychischer) Erkrankung nach wie vor weitgehend unterbelichtet. Ohne umfassende Arbeiten zur Neupositionierung von Gesundheit und Krankheit in deren kulturellem und sozialem Entstehungskontext bleiben Krankheitsmodelle und die daraus abgeleiteten Versorgungsansätze weiterhin vorzugsweise auf das Individuum fokussiert. Ein bloßer Wissenstransfer durch Assimilation der Wissensbestände aus Nachbardisziplinen und ihre Integration in die medizinischen Modelle der Spezialdisziplinen kann diesen Perspektivenwechsel nicht leisten. Hierfür ist eine inter- und transdisziplinäre *Kooperation* notwendig, durch die auf Basis wissenschaftlicher Perspektivenvielfalt die Grundannahmen der einzelnen Disziplinen reflektiert und neue Zugänge und Theorien entwickelt werden können. Dies betrifft insbesondere die historisch aus dem Spannungsverhältnis psychischen Leides zwischen Kultur und Natur geprägte Fachdisziplin Psychiatrie, die immer schon eine Sonderstellung als Grenzdisziplin zwischen Natur-, Geistes- und Sozialwissenschaften einnahm (Brückner 2023). Soziologische, ethnografische sowie generell interdisziplinäre Forschung – nicht zuletzt die Disability Studies und die Mad Studies – verfolgen Ansätze, welche die Klassifizierung psychischer Vielfalt in „krank versus gesund“ grundlegend hinterfragen. Da gerade diese Wissensbestände anschlussfähig im Hinblick auf das Selbstverständnis Betroffener sind und insofern ihre Berücksichtigung der Formulierung wie auch der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) entspricht (BMSGPK 2016), ist die Deutungsmacht der Medizin durch eine Berücksichtigung wissenschaftlicher Perspektivenvielfalt zu relativieren. Durch inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit – und damit auch durch die kooperative Teilung der Deutungsmacht – sollen das wissenschaftliche Verständnis und damit auch die möglichen Handlungsspielräume im gesellschaftlichen Umgang mit psychischer Vielfalt erweitert werden.

⁸¹ für eine ausführlichere Behandlung des Themas siehe z. B. Waldschmidt (2005)

In der akademischen Forschung wurde auch die Bedeutung von Erfahrungsexpertise für den wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt zunehmend (an)erkannt. Die Teilhabe im traditionellen Wissenschaftsbetrieb und somit auch an der Definitionsmacht im wissenschaftlichen Diskurs hat neue(re) Disziplinen wie die bereits erwähnten Disability Studies und Mad Studies sowie eigene Forschergruppen mit Mitgliedern mit gelebter Erfahrung hervorgebracht. Diese Disziplinen und Forschergruppen entwickeln alternative Theorien, Konzepte und Diskurse zur biomedizinischen Psychiatrie, beforschen die aus Sicht der benachteiligten Gruppen relevanten Themen und zeigen die Benachteiligung innerhalb der akademischen Wissensproduktion auf (z.B. Sweeney 2016; Sweeney/Beresford 2020). Sprague et al. (2019) argumentieren, dass bei der Erforschung bestimmter Themen, z. B. gesundheitsbezogenen Stigmas, eine partizipatorische Forschungspraxis einen Imperativ darstelle, einerseits um validere sowie auch relevantere Studien hervorzubringen, andererseits aber auch um eine weitere Marginalisierung sowohl innerhalb⁸² der Wissensproduktion als auch durch diese zu vermeiden. Der gleichberechtigte Austausch und die Zusammenarbeit sind dabei im oben angesprochenen Sinn nicht nur zwischen wissenschaftlichen Fachrichtungen relevant, sondern ebenso mit Erfahrungsperspektiven in Bezug auf Stigma und Benachteiligung; dies wiederum kann die Theoriweiterentwicklung in Bezug auf (Ent-)Stigmatisierung maßgeblich beeinflussen.

Eine der umstrittensten Praktiken in der psychiatrischen Versorgung ist die Anwendung von Zwangsmaßnahmen⁸³. Diese dürfen ausschließlich zur Abwendung einer ernstlichen und erheblichen Gefahr in Form von Selbst- und/oder Fremdgefährdung bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung angewandt werden, wenn alternative Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten (insbesondere in der außerstationären Versorgung) nicht möglich sind oder nicht ausreichen. Im Jahr 2021 waren in Österreich 17.115 Personen mit insgesamt 25.480 Unterbringungen ohne Verlangen gemäß Unterbringungsgesetz (UbG) gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Abteilung untergebracht. Rund ein Drittel dieser Unterbringungen war mit zumindest einer weitergehenden Beschränkung der Bewegungsfreiheit verbunden (Sagerschnig et al. 2023).

Seit dem 18. Jahrhundert hat sich die Zwangspraxis in den modernen westlichen Ländern durch die Aufwertung der Person und ihrer Rolle in der Gemeinschaft sowie durch die zunehmende gesellschaftliche Priorisierung der Prinzipien der Autonomie und Selbstbestimmung gewandelt. Zur Verbesserung des Rechtsschutzes von Patientinnen und Patienten wurden in vielen Ländern

⁸² Miranda Fricker prägte den Begriff „epistemic injustice“ (epistemische Ungerechtigkeit) für den Ausschluss marginalisierter Gruppen aus der Wissensproduktion in ganz unterschiedlichen Kontexten (siehe dazu Fricker 2007).

⁸³ „Zwangsmaßnahmen im medizinischen Sinn sind alle Handlungen, die gegen den expliziten, verbal oder non-verbal zum Ausdruck gebrachten Willen des Patienten gerichtet sind. Dazu gehören:

- Die Zwangseinweisung/Unterbringung in eine/r Klinik zur Behandlung. Diese setzt in den meisten Gesetzgebungen eine psychische Störung mit Selbst- oder Fremdgefährdung voraus, die mit weniger einschneidenden Maßnahmen nicht abwendbar ist.
- Sicherungsmaßnahmen, die mit einer Einschränkung der Bewegungsfreiheit einhergehen, wie Isolation (d. h. die zeitlich begrenzte Unterbringung eines Patienten allein in einem geschlossenen Raum), Fixation (d. h. die Einschränkung der körperlichen Beweglichkeit 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 des Patienten durchgeführte orale oder parenterale Abgabe von Medikamenten, meist Antipsychotika und Sedativa).
- Die Zwangsbehandlung 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 unbehandelt zu schwerwiegenden Gefährdungen führen würde. Je nach Gesetzgebung kann für diese Behandlung ein gerichtlicher Beschluss nötig sein (Olszewski/Jäger 2015).

Gesetze eingeführt⁸⁴. Die gesetzlichen Grundlagen wie auch die Anwendungen (Form und Frequenz) freiheitsbeschränkender Maßnahmen unterscheiden sich sowohl international als auch mitunter national deutlich und deren Einsatz ist mit einer Reihe ethischer und therapeutischer Spannungs- und Problemfelder behaftet. Die ethische Debatte darüber bewegt sich zwischen den beiden Polen eines Menschenrechtsansatzes⁸⁵, der die sofortige und vollkommene Abschaffung der Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie fordert, und dem Fürsorgeansatz, der in Ausnahmefällen die Einschränkung der persönlichen Freiheit zur Wahrung der persönlichen oder auch gesellschaftlichen Sicherheit legitimiert (für eine detaillierte Darstellung der ethischen Debatten siehe z.B. Chieze et al. 2021; Steinert 2017). Die Anwendung von Zwang stellt das Gesundheitspersonal vor große ethische Herausforderungen und ist auch mit einer Reihe therapeutisch relevanter negativer Folgen für Betroffene behaftet, weshalb die World Psychiatric Association (WPA) und ihre nationalen Fachgesellschaften das Ziel verfolgen, Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie weitestgehend zu vermeiden und hier alternative Wege zu finden (DGPPN 2018; Herrman et al. 2022; SO-PSY o. D.). Dies erfordert eine eingehende Beschäftigung mit der eigenen Haltung, Menschenrechten, gesetzlichen Bestimmungen, ethischen Aspekten, politischen, wirtschaftlichen und finanziellen Rahmenbedingungen, Versorgungsstrukturen sowie den zugrunde liegenden wissenschaftlichen Theorien und Definitionen, die das Handeln in der psychiatrischen Praxis leiten.

Für eine kritische Reflexion der Rolle von Theorien und Konzepten im Stigmatisierungs- und sozialen Exklusionsprozess müssen nicht zuletzt auch die Stigmakonzepte und die daraus abgeleiteten Interventionsstrategien selbst unter die Lupe genommen werden. Das Nachdenken über Stigma psychischer Erkrankungen setzte bereits in den 1950er-Jahren – vor dem begriffsprägenden Standardwerk von Goffman (1963) – ein (für einen historischen Abriss der Stigma Forschung siehe z.B. Link/Stuart 2017). Der mikrosoziologische Ansatz von Goffman prägte die Stigmaforschung der folgenden Jahrzehnte maßgeblich, während kultur- und sozialwissenschaftliche Perspektiven, welche die strukturellen und strukturierenden Bedingungen und Faktoren auf den Meso- und Makroebenen sowie die gesamtgesellschaftliche Rolle bzw. Funktion von Stigma betrachten und analysieren, vernachlässigt wurden (z.B. Scambler 2009; Tyler/Slater 2018). In der Sozialpsychologie wurde ein kognitiv-emotionales Erklärungsmodell für Stigma und diskriminierendes Verhalten auf Basis dreier Komponenten – Stereotyp, Vorurteil und Diskriminierung – entwickelt, das bis heute als primäre theoretische Basis für eine Reihe von Anti-Stigma-Maßnahmen dient. Mit dem soziologischen Konzept von Link und Phelan (2001; Link et al. 2004) wurden im Gegensatz zu individualistischen Ansätzen die soziale Genese, der Machtaspekt und die sozialen Funktionen von Stigma in den Mittelpunkt gestellt und wurde der Raum für die Analyse struktureller Faktoren eröffnet (Krumm 2022). Auf der Basis neuerer Forschungszweige wie der Disability Studies und der Mad Studies werden rezent aus einer Selbsterfahrungsperspektive (im Sinne emanzipativen Wissen-Schaffens) heraus neue theoretische Perspektiven auf Stigma eröffnet, die dazu beitragen können, neue Handlungsperspektiven zu erschließen und Entstigmatisierungsprozesse einzuleiten (Lüthi 2022).

⁸⁴ Das derzeit in Österreich geltende Unterbringungsgesetz (UbG) trat mit 1. Jänner 1991 in Kraft und löste die aus dem Jahr 1916 stammenden Bestimmungen der Entmündigungsordnung über die Anhaltung in geschlossenen Anstalten ab (Geretsegger 2010).

⁸⁵ Die Anwendung von Zwang verstößt nach der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gegen die Persönlichkeitsrechte, insbesondere die Rechte nach Artikel 12 (Gleiche Anerkennung vor dem Recht), Artikel 14 (Freiheit und Sicherheit der Person), Artikel 15 (Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe), Artikel 16 (Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch) und Artikel 17 (Schutz der Unversehrtheit der Person).

4.2 Zielsetzungen

Zur Unterstützung des in der Einleitung erwähnten übergeordneten strategischen Ziels (vgl. Kapitel 1) werden folgende operative Zielsetzungen verfolgt:

- Identifikation stigmatisierender Aspekte von (wissenschaftlichen, ideologischen, religiösen) Theorien und Konzepten sowie ihrer konkreten praktischen Auswirkungen und die Beseitigung dieser stigmatisierenden Aspekte
- Ableitung und Umsetzung konkreter gesundheits- und gesellschaftspolitischer Maßnahmen
- Schaffung epistemischer Gerechtigkeit in Form einer gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit gelebter Erfahrung am wissenschaftlichen Diskurs in Forschung und Praxis
- Förderung der inter- und transdisziplinären Erforschung kultureller und sozialer Entstehungsbedingungen von (psychischer) Gesundheit und Krankheit
- Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie sowie Anpassung der theoretischen Grundlagen, die Zwang als Praxis legitimieren oder fördern
- Förderung eines „wertschätzenden Sprachgebrauchs“ in allen Gesundheits- und Sozialberufen, um einen Kulturwandel im Umgang mit psychischen Erkrankungen anzustoßen und zu forcieren
- kritische Reflexion und (Weiter-)Entwicklung vorhandener Stigmakonzepte und Anti-Stigma-Interventionen

4.3 Empfehlungen

4.3.1 Etablierung und Ausbau der inter- und transdisziplinären Forschung sowie der partizipativen Forschungspraxis im Bereich Mental Health

Forschung, die Wissen über psychische Vielfalt bereitstellt, deren Herausforderungen systematisch reflektiert sowie die daraus erwachsenden Chancen für eine offene Gesellschaft untersucht, sollte in Österreich gezielt gefördert und ausgebaut werden. Ein interdisziplinärer Dialog mit Theorien und Konzepten der medizinischen Wissenschaften und Gesundheitswissenschaften (in diesem Kontext konkret des Fachgebiets der Psychiatrie und der PSY-Disziplinen) gehört ebenso dazu wie die Auseinandersetzung mit erkenntnistheoretischen, ethischen und gesellschaftspolitischen Fragen der Klassifizierung von Menschen in psychisch gesund/krank und mit den daraus resultierenden Stigmata wie auch Versorgungsansprüchen. Hier sind Methoden und Theorien geistes- und sozialwissenschaftlicher Disziplinen und ein Anschließen an vorhandene Forschungsergebnisse zum Thema Mental Health aus diesen Disziplinen (z. B. Disability Studies, Mad Studies, Medical Anthropology, Soziologie) gefragt.

Bestrebungen, diese interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern, werden durch das wachsende inter- und transdisziplinäre Forschungsfeld der Medical Humanities sichtbar. Eine weltweit zunehmende Anzahl von Forschergruppen, Kooperationsnetzwerken, Forschungszentren und Studienprogrammen befasst sich aus den Perspektiven der Geistes-, Sozial-, Sprach-, Bildungs-

Kunst- und Kulturwissenschaften mit Themen und Konzepten der medizinischen Wissenschaften⁸⁶.

Speziell für den Bereich Mental Health existieren interdisziplinäre Forschungsinitiativen und Netzwerke⁸⁷. An der University of Birmingham gibt es beispielsweise ein „Mental Health Humanities“-Netzwerk von Akademikerinnen und Akademikern aus der gesamten Universität mit dem Ziel, Medical Humanities in die psychiatrische Versorgung und Ausbildung zu integrieren⁸⁸.

Neben der Förderung der inter- und transdisziplinären Forschung sind vor allem die Aufwertung und die Anerkennung von Erfahrungswissen in der Wissenschaft anzustreben sowie die Voraussetzungen für seine Anwendung in innovativen, auf Recovery und Stärkung der Autonomie Betroffener zielenden „Versorgungsformen“ zu erforschen. Die Anerkennung von Erfahrungsexpertise und der Definitionsmacht von Menschen mit psychischen Erkrankungen, wie es bei einer durch Erfahrungsexpertinnen und -experten geleiteten und durchgeführten Forschung üblich ist⁸⁹, sollte ein Element sämtlicher Bemühungen bilden, der in diesem Feld besonders ausgeprägten epistemischen Ungerechtigkeit entgegenzuwirken. Konkret bedeutet das Folgendes:

- Wissenschaftliche Einrichtungen wie Universitäten, Hochschulen und Forschungsinstitute sollen der menschenrechtlichen Empfehlung nachkommen, Informationen zur (Ent-)Stigmatisierung psychischer Erkrankungen zu sammeln und den Betroffenen zur Verfügung zu stellen (BMSGPK 2016, Art. 31).
- Die Deutungshoheit medizinischer Wissenschaften über die Kategorisierung psychischer Gesundheit ist über inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit aufzubrechen und ihre Perspektive zu erweitern; hierbei kann das ideologiekritische und reflexive Potenzial der Geistes-, Geschichts-, Kultur- und Sozialwissenschaften genutzt werden.
- Epistemische Ungerechtigkeit im wissenschaftlichen Umgang mit psychischer Vielfalt ist als gesellschaftliches Problem anzuerkennen und inner- und außerhalb der Medizin, Gesundheits- und Versorgungsforschung zu problematisieren und abzubauen.
- Eine durch Erfahrungsexpertinnen und -experten geleitete und durchgeführte Forschung (user-led research) (Rose 2022) und die Möglichkeiten ihrer Nutzung in den Wissenschaften, stellen ein Desiderat im deutschsprachigen Raum dar, das ebenso öffentlich zu fördern ist wie die trans- und interdisziplinären Disability Studies und Mad Studies, deren Ergebnisse in der Medizin-, Versorgungs- und Gesundheitsforschung bislang kaum genutzt werden (Lüthi 2022).

⁸⁶ Beispiele aus dem angloamerikanischen Raum sind etwa das Johns Hopkins Center for Medical Humanities & Social Medicine (siehe <https://hopkinsmedicalhumanities.org>), Medical Humanities als eigenes Studienfach an der Columbia University (siehe <https://icls.columbia.edu/undergraduate-program/medical-humanities-major>) und The Centre for the Humanities and Health am King's College London (siehe <https://www.kcl.ac.uk/research/the-centre-for-the-humanities-and-health>). Im deutschsprachigen Raum wurde ein wissenschaftliches Netzwerk an der Akademie der Wissenschaften Schweiz aufgebaut (siehe <https://akademien-schweiz.ch/de/themen/gesundheit/medical-humanities>). In Österreich besteht das Forschungszentrum Medical Humanities an der Uni Innsbruck (siehe <https://www.uibk.ac.at/de/fz-medical-humanities>). An der Universität Wien gibt es eine einschlägige Forscherinnengruppe an der Philologisch-Kulturwissenschaftlichen Fakultät (siehe: <https://medicalhumanities.univie.ac.at>). [allesamt abgerufen am 20.07.2023]

⁸⁷ siehe z. B. Mental Health Research Matters: <https://mentalhealthresearchmatters.org.uk> [abgerufen am 20.07.2023]

⁸⁸ siehe <https://www.birmingham.ac.uk/research/mental-health-humanities/index.aspx> [abgerufen am 20.07.2023]

⁸⁹ siehe z. B. Good-Practice-Beispiele aus dem Europäischen Raum: SURE (Service User Research Enterprise) vom King's College London <https://www.kcl.ac.uk/research/sure> [abgerufen am 03.08.2023], AG sozialpsychiatrische und partizipative Forschung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, <https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/forschung/ab-partizipation.html> [abgerufen am 20.07.2023]

- Darüber hinaus ist in der medizinischen Forschung aus Traditionen partizipativer Forschung zu schöpfen, etwa bezüglich geeigneter Verfahren der Datenerhebung und -auswertung (Von Unger 2014; WHO 2023).

Forschungsprojekte sollen insbesondere in folgenden **Themenbereichen** gefördert werden:

- kritische Beschäftigung mit dem akademischen Diskurs über Krankheitsmodelle, Konzepte der medizinisch-psychiatrischen Wissenschaften, um ein differenziertes Verständnis psychischer Gesundheit und Krankheit, der Heilungsprozesse und der Versorgungspraxis nach sozialen und kulturellen Dimensionen psychischer Krankheit und Gesundheit zu erzielen
- Identifikation kultureller, religiöser und sozialer Exklusionsprozesse gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen und Entwicklung von Maßnahmen, welche diesen Prozessen entgegensteuern
- kritische Reflexion gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen an der Schnittstelle psychische Gesundheit / Gesellschaft

Tabelle 14: Erste Überlegungen für eine mögliche Umsetzung der Empfehlung „Etablierung und Ausbau der inter- und transdisziplinären Forschung sowie der partizipativen Forschungspraxis im Bereich Mental Health“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
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 • Stärkung der Studiengänge Disability Studies, Mad Studies, Mental Health Humanities • Förderung der partizipativen Forschungspraxis in allen wissenschaftlichen Fächern • 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 • gezielte Förderung von Programmen zur Besetzung akademischer Stellen mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen⁹⁰ und gegebenenfalls Adaption derartiger Unterstützungsangebote im Hinblick auf psychische Vielfalt. • Berücksichtigung psychischer Vielfalt im Rahmen universitärer Diversity-Programme und -Maßnahmen
mögliche Umsetzende, Partner:innen für Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Universitäten, Fachhochschulen, Forschungsinstitute, berufsbildende Schulen, Einrichtungen, die auch Versorgungsforschung betreiben (z. B. pro mente)
mögliche Finanzierung/Ressourcen	Forschungsförderungen, Bundesministerien, Länder, Universitäten, Fachhochschulen, berufsbildende Schulen, Einrichtungen der Versorgungsforschung (z. B. pro mente)
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem, Umsetzungsarbeit, partizipative Entwicklungsarbeit

Quelle: AG Theorien, Konzepte und daraus abgeleitete Praktiken; Darstellung: GÖG

4.3.2 Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung sowie Reflexion der theoretischen Grundlagen, die Zwang als Praxis legitimieren oder fördern

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung und ihre Nachteile werden sowohl von den Menschen, die mit Zwang in der psychiatrischen Versorgung konfrontiert sind, als auch von im psychiatrischen Kontext Tätigen immer breiter und intensiver diskutiert, und ihre Vermeidung, einschließlich der Einführung praktikabler Alternativen, rückt stärker in den Vordergrund (Méndez 2013; Rodrigues et al. 2020; Saya et al. 2019; Tan/Rodrigues 2020; UN 2014). Weltweit gibt es eine Reihe von (globalen, nationalen und lokalen) Initiativen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen. An erster Stelle sind hier die Bemühungen und Ausarbeitungen der trialogischen Arbeitsgruppe der World Psychiatric Association in puncto „Supporting and implementing alternatives to coercion in mental health care“⁹¹ zu erwähnen, welche die we-

⁹⁰ Beispiele geförderter Stellen und Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderungen: Pilotprojekt „Promotion ohne Limit“ (PromoLi), siehe <https://uniko.ac.at/themen/personal/promoli> [abgerufen am 2.8.2023], „Promotion inklusive“ (PROMI), siehe <https://promi.uni-koeln.de> [abgerufen am 02.08.2023], „inklusive Expert*innen-Netzwerk“ (iXnet), siehe <https://ixnet-projekt.de> [abgerufen am 2.8.2023], „Akademiker*innen mit Behinderung in die Teilhabe- und Inklusionsforschung“ (AKTIF), siehe <https://hf.uni-koeln.de/40913> [abgerufen am 30.10.2024]

⁹¹ siehe: WPA Supporting and implementing alternatives to coercion in mental health care, siehe <https://www.wpanet.org/alternatives-to-coercion> [abgerufen am 20.07.2023]

sentlichen Empfehlungen und Ressourcen auch für die unmittelbare Umsetzung zusammengetragen hat. Auf europäischer Ebene ist die 2020 gestartete Initiative „Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services“ (FOSTREN)⁹² zu nennen, deren Ziel es ist, ein nachhaltiges, multidisziplinäres Forschungsnetzwerk zu etablieren, das sich für ein besseres Verständnis der Möglichkeiten zur Reduktion von Zwang in psychiatrischen Einrichtungen einsetzt. Österreich ist mit der „Initiative for Coercion Prevention in Psychiatric Services in Austria“ (ICOPPA) aktiv in diesem Forschungsnetzwerk vertreten. Von besonderer Relevanz für den deutschsprachigen Raum ist die S3-Behandlungsleitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), deren Umsetzung das Auftreten gefährlicher Situationen in der psychiatrischen Versorgung verhindern soll und Zwang zu vermeiden helfen soll (DGPPN 2018). Um die Umsetzung in die klinische Praxis zu erleichtern, wurde ein Zwölf-Punkte-Programm mit konkreten Empfehlungen auf Stationsebene entwickelt, dessen Umsetzung derzeit in einer Pilotstudie untersucht wird⁹³. Darauf aufbauend wird derzeit eine Bestandsaufnahme der in Österreich bestehenden Maßnahmen zur Prävention und Reduktion von Zwang in der Psychiatrie vorbereitet (State of Coercion and its Prevention in Psychiatric Services in Austria – SCOPPA). Darüber hinaus soll ein Netzwerk der zentralen Ansprechpersonen in den Abteilungen, der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung, der Angehörigenvertretungen sowie aller im Rahmen der Unterbringung nach UbG involvierten Systempartner:innen aufgebaut werden, die gemeinsam zwangsreduzierende Konzepte, Best-Practice-Beispiele (Rodrigues et al. 2020) und Zugänge reflektieren und eine **Strategie zur flächendeckenden Umsetzung** (inkl. Prävention, Frühintervention) entwickeln sollen. Davon unabhängig sollen evidenzbasierte Initiativen und Implementierungen, die explizit auf die Umsetzung von Alternativen zum Zwang abzielen (Rodrigues et al. 2020), direkt gefördert, personelle Ressourcen für eine adäquate Behandlung bereitgestellt und Angebote wie die Quality-Rights-Initiative mit Schulungs- und Assessmentmaterialien der WHO⁹⁴ durch Übersetzung aus dem Englischen zugänglicher gemacht werden.

Begleitend sollen **inter- und transdisziplinäre Forschungsprojekte** gefördert werden, welche die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung auf theoretischer und praktischer Ebene reflektieren und alternative Konzepte entwickeln (Zinkler/von Peter 2019, vgl. Empfehlung 3.1.). Durch den Aufbau eines österreichweiten Datenregisters nach internationalen Vorbildern⁹⁵ soll zudem eine solide Datenbasis für Erforschung, Evaluation, Monitoring und Transparenz der Anwendung von Zwangsmaßnahmen in Österreich bereitgestellt werden.

Das Ziel hierbei ist, die therapeutischen Ergebnisse zu optimieren und die Rechte sowie die Genesung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und damit verbundenen psychosozialen Behinderungen zu fördern. Entscheidend ist dabei die Einbindung von Menschen, die Erfahrung

⁹² siehe COST Funded Action FOSTREN: Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services, siehe <https://fostren.eu> [abgerufen am 20.07.2023]

⁹³ PreVCo-Studie, siehe <https://www.prevco.de> [abgerufen am 31.07.2023]

⁹⁴ siehe WHO online training on rights-based mental health services (<https://www.who.int/news/item/12-04-2022-global-roll-out-of-who-online-training-on-rights-based-mental-health-services-begins> [abgerufen am 20.07.2023]); WHO QualityRights Tool Kit, siehe <https://who.int/publications/i/item/9789241548410> [abgerufen am: 30.10.2024]

⁹⁵ siehe z. B. das Datenregister in Baden-Württemberg (Flammer/Steinert 2019)

gen mit psychischen Erkrankungen haben, sowie jene ihres sozialen Umfelds (Familie, Freundinnen und Freunde), da sich daraus entscheidende Erkenntnisse und Impulse ergeben können, und zwar unabhängig davon, wo sich die Dienste in ihrer Entwicklung hin zu einer menschenrechtsbasierten Versorgung befinden. Ein wirksamer und dauerhafter Wandel kann aus heutiger Sicht nur in einem Gesundheitssystem erfolgen, das nach dem Recovery-Ansatz ausgerichtet ist (Amering/Schmolke 2007; Rodrigues et al. 2020).

Tabelle 15: Erste Überlegungen für eine mögliche Umsetzung der Empfehlung „Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung sowie Reflexion der theoretischen Grundlagen, die Zwang als Praxis legitimieren oder fördern“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung der bereits geplanten 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 • Reflexion der handlungsleitenden Theorien und Umsetzungskonzepte zum Thema Zwang sowie der vorhandenen Ansätze zur Reduktion von Zwang • Aufbau eines österreichweiten Datenregisters in Sachen Anwendung von Zwangsmaßnahmen nach UbG (Transparenz, Benchmarking, Forschung) • Entwicklung eines Umsetzungskonzepts zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie in Österreich
mögliche Umsetzende, Umsetzungspartner:innen	<ul style="list-style-type: none"> • ICOPPA – Initiative for Coercion Prevention in Psychiatric Services in Austria • Psychiatrische Abteilungen, IDEE Austria, HPE, im Rahmen der Unterbringung nach UbG befasste Systempartner:innen aus Justiz, Polizei, Medizin, Psychiatrie, Patientenanwaltschaft und außerstationärer psychosozialer Versorgung
mögliche Finanzierung/ Ressourcen	Bund, z. B. per Schaffung eines eigenen Förderungstopfes (für Menschenrechtsfragen) über NAP Behinderung (Umsetzung der UN-BRK), Landesgesundheitsfonds
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem, Entwicklungsarbeit, Umsetzungsarbeit

Quelle: AG Theorien, Konzepte und daraus abgeleitete Praktiken; Darstellung: GÖG

4.3.3 Entwicklung von Leitlinien zur Förderung des wertschätzenden Sprachgebrauchs in den Gesundheits- und Sozialberufen

Berger und Luckmann (1969) verweisen in der „Gesellschaftlichen Konstruktion von Wirklichkeit“ auf die Bedeutung von Sprache in zweierlei Hinsicht, um die Verbundenheit zwischen individuellen Erfahrungen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu skizzieren: Einerseits werden durch Sprache individuelle und subjektive Erfahrungen „objektiviert“ und auf eine abstrahierte Weise damit für andere Menschen erst einer Erfahrung zugänglich gemacht (ebenso wie bei anderen kulturellen Erzeugnissen wie Symbolen oder Zeichen). In diesem Sinne ist „Sprache der Speicher angehäufter Erfahrungen und Bedeutungen“ (Berger/Luckmann 1969, S. 35). Andererseits wird dem Individuum die scheinbar objektive soziale Welt über Sprache vermittelt, welche die Ordnung der Welt in sich logisch erscheinen lässt. Sprache legitimiert soziale oder institutionelle Ordnung durch ihre Funktion als gesellschaftlich zugänglicher Wissensvorrat, der als solcher als Gewissheit hingenommen wird (Berger/Luckmann 1969).

Die Verwendung stigmatisierender Bezeichnungen, die Menschen auf ihre psychischen Erkrankungen reduzieren (z. B. „die/der psychisch Kranke“, „die/der Schizophrene“ oder „der/die Alkoholiker:in“), ist in den Fachdisziplinen der Gesundheits- und Sozialberufe noch eine weitgehend

gängige Praxis, die sich auch in wissenschaftlichen Publikationen, in der wissenschaftlichen Lehre und Vortragstätigkeit sowie in Lehrbüchern niederschlägt und somit auch an die nachfolgenden Fachgenerationen weitergegeben wird.

Die Zielsetzung dieser Empfehlung ist daher die **systematische Veränderung des professionellen Sprachgebrauchs** in den Fachdisziplinen des Gesundheits- und Sozialwesens. Durch eine solche Veränderung des Sprachgebrauchs sollen nicht nur stigmatisierende Begrifflichkeiten aus dem professionellen Sprachgebrauch verbannt werden, sondern soll auch eine Sensibilität für die Macht der Sprache gefördert sowie eine Kultur einer wertschätzenden Haltung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Fachdisziplinen gestärkt werden. Den einleitend skizzierten Überlegungen folgend, soll eine solche Veränderung dadurch erreicht werden, dass Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialbereich dabei unterstützt werden, ihren eigenen Sprachgebrauch zu reflektieren, um auf diese Weise dazu beizutragen, dass die sprachlich vermittelte Realität hinsichtlich Menschen mit psychischen Erkrankungen weniger stigmatisierende Elemente aufweist, als dies derzeit der Fall ist.

Empfehlungen zu einem nichtdiskriminierenden Sprachgebrauch im Bereich der Medien bestehen in Österreich⁹⁶ sowie in zahlreichen anderen Ländern. Sie können als Vorlage verwendet werden, benötigen aber gegebenenfalls eine Anpassung an die Zielgruppe der Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialbereich. Zudem können grundlegende Ideen aus angrenzenden bzw. anderen Versorgungsbereichen (Suchterkrankungen, Diabetes) übernommen werden, die sich ebenfalls mit der Wirkung von Sprache auseinandergesetzt haben⁹⁷.

Darauf aufbauend gilt es zunächst dialogisch (Personen mit gelebter Erfahrung, Angehörige, Fachkräfte) die Leitlinien im Sinne von Orientierungshilfen für einen wertschätzenden sprachlichen Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erarbeiten. Eine Lang- und eine Kurzfassung können dabei helfen, unterschiedliche Zielgruppen zu erreichen bzw. verschiedene Disseminationsstrategien zu bedienen.

Um die Bedeutung eines solchen Leitfadens zu steigern, sollen eine Unterstützungserklärung seitens Berufsgruppenvertretungen und Fachgesellschaften und im Idealfall eine Kooperation mit ihnen⁹⁸ sowie ein Austausch mit anderen deutschsprachigen bzw. internationalen Fachgesellschaften⁹⁹ angestrebt werden.

⁹⁶ siehe www.stigma-frei.at [abgerufen am 20.07.2023]

⁹⁷ Publikationen in sehr unterschiedlicher Ausführlichkeit finden sich etwa für den Bereich von Suchterkrankungen (z. B. Canadian Centre on Substance Use and Addiction: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Language-of-Addiction-Words-Matter-Fact-Sheet-2017-en.pdf>; National Institute on Drug Abuse: <https://nida.nih.gov/nidamed-medical-health-professionals/health-professions-education/words-matter-terms-to-use-avoid-when-talking-about-addiction>) [abgerufen am 31.07.2023], für den Bereich Diabetes (z. B. Deutsche Diabetes Gesellschaft: https://www.language mattersdiabetes.com/files/ugd/09baf1_5071e8ae8b2046e3b41a27eb2a16288f.pdf) [abgerufen am 31.07.2023]; auf internationaler Ebene: <https://www.language mattersdiabetes.com> [abgerufen am 31.07.2023]) oder für den Bereich psychische Gesundheit (z. B. Mental Commission of Canada: https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2020-08/language_matters_cheat_sheet_eng.pdf [abgerufen am 31.07.2023]; Hogg Foundation for Mental Health: <https://hogg.utexas.edu/who-we-are/vision-mission-values> [abgerufen am 31.07.2023])

⁹⁸ insbesondere die Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP), die Bundesfachgruppe Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, der Österreichische Berufsverband für Psychotherapie (ÖBVP), der Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP), der Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit (OBDS), der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (ÖGKJPP)

⁹⁹ z. B. European Psychiatric Association (EPA), World Psychiatric Association (WPA)

Zur **Dissemination der Leitlinien** bzw. ihrer zentralen Inhalte sollen unterschiedliche Möglichkeiten zum Einsatz kommen:

- gezielte Kontaktaufnahme mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die für eine systematische Umsetzung der Leitlinien relevant sind: Fachgesellschaften und Berufsgruppenvertretungen sowie Bildungseinrichtungen der Gesundheits- und Sozialberufe (Leitlinien für Lehrende), wissenschaftliche Verlage (Leitlinien für Autorinnen und Autoren, Reviewer:innen und Herausgeber:innen von Lehrbüchern) und Fachkongressveranstalter (Leitlinien für Kongressbeiträge)
- Bekanntmachen der Leitlinien z. B. über Newsletter oder durch Publikation in den Zeitschriften der Fachverbände
- Organisation und Durchführung von Vorträgen bzw. Workshops als Vertiefung zum Thema „wertschätzende Sprache“ auf einschlägigen Fachkongressen

Tabelle 16: Erste Überlegungen für eine mögliche Umsetzung der Empfehlung „Entwicklung von Leitlinien zur Förderung des wertschätzenden Sprachgebrauchs in den Gesundheits- und Sozialberufen“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> • ausführliche Recherche bestehender Initiativen • Schaffung einer trialogischen Arbeitsgruppe zur Erstellung von Leitlinien für einen wertschätzenden sprachlichen Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen • Erstellen eines Grundlagenpapiers (ggf. in Kurz- und Langfassung) • Kontaktaufnahme mit Berufsgruppenvertretungen und Fachgesellschaften, um fachliche Unterstützung zu sichern • Kontaktaufnahme mit anderen Fachgesellschaften im deutschsprachigen Raum bzw. international
mögliche Umsetzende, Umsetzungs-partner:innen	<ul style="list-style-type: none"> • koordinierende und umsetzende Institution (eine der Partnerinstitutionen oder GÖG in Zusammenarbeit mit der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung) • Dachverband IDEE Austria • Angehörigenorganisationen (HPE) • Fachgesellschaften und Berufsverbände der Gesundheits- und Sozialberufe (siehe Fußnote 99)
mögliche Finanzierung/ Ressourcen	Projektfinanzierung; ggf. BMSGPK/FGÖ/DVSV zusätzliche Finanzierung des Arbeitsaufwands insbesondere von Personen ohne institutionelle Anbindung bzw. aus Organisationen ohne Basisfinanzierung
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem

Quelle: AG Theorien, Konzepte und daraus abgeleitete Praktiken; Darstellung: GÖG

4.3.4 Kritische Reflexion und (Weiter-)Entwicklung vorhandener Stigmakonzepte und entstigmatisierender Strategien

Die Notwendigkeit eines Mehr-Ebenen-Ansatzes von Anti-Stigma-Strategien wird von internationalen Expertinnen und Experten propagiert (z.B. Gaebel et al. 2017; Stuart 2017; Thornicroft et al. 2022). Die vorhandenen Stigmakonzepte weisen aber je nach Fokus Lücken auf, die es noch zu überwinden gilt, um eine koordinierte Herangehensweise direkt ableiten zu können. Hierfür bedarf es umfassender Analysen des Stigmaprozesses, die sowohl die Mikro- und die Meso- als auch die Makroebene berücksichtigen (Krumm 2022; Scambler 2009). Neben der fehlenden theoretischen Breite der vorhandenen Konzepte ist auch der fehlende explizite Fokus auf die

kulturelle Ebene der Stigmatisierung ein Kritikpunkt. Stereotype und Vorurteile werden zwar unter dem unscharfen Begriff des öffentlichen Stigmas als die Interaktionen zwischen Menschen wesentlich prägende Elemente definiert, diese werden aber vollkommen isoliert von der Einbettung in ein machtdynamisches Werte- und Normensystem betrachtet. Durch eine Erweiterung der theoretischen Basis soll das Verständnis der komplexen Zusammenhänge und diskursiven Praktiken erhöht werden, um neue Ansatzpunkte für auf mehreren Ebenen wirksame Anti-Stigma-Strategien zu identifizieren. Eine verstärkte inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit sowie eine partizipative Forschungspraxis können dazu beitragen, neue theoretische Perspektiven zu integrieren (Birbeck et al. 2019; Clair et al. 2016; Lüthi 2022).

Ein weiterer theoretischer Ansatz, der gleichzeitig verfolgt werden soll, ist die (Weiter-)Entwicklung universeller Stigmatheorien, die den Fokus auf individuelle Lebenslagen (oder Erkrankungen) überbrücken, um zentrale Exklusionsmechanismen zu identifizieren und damit direkt an Solidaritätstheorien anschließen zu können. Inklusion¹⁰⁰ soll dabei auch über gesellschaftspolitische Strategien zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts erreicht werden.

Für die (Weiter-)Entwicklung erfolgreicher Strategien zur Reduktion von Stigma und Diskriminierung müssen nicht nur die zugrunde liegenden Stigmakonzepte, sondern insbesondere auch die daraus abgeleiteten Strategien, Interventionen und Evaluationsmethoden weiterentwickelt werden. Stigmaexpertinnen und -experten betonen die Notwendigkeit einer kritischen Reflexion der verfolgten Ansätze und Ziele unter Abwägung der jeweiligen Vor- und Nachteile (z. B. Corrigan 2016).

Viele der derzeit im Einsatz befindlichen Good-Practice-Beispiele basieren vorwiegend auf dem sozialpsychologischen Modell und verfolgen das Ziel, vorhandene Stereotype und Vorurteile zu korrigieren, um dadurch diskriminierendes Verhalten und soziale Distanz in der Bevölkerung zu verringern. Hierfür werden weltweit sowohl Aufklärungskampagnen als auch zielgruppenspezifische kontaktbasierte Schulungen eingesetzt und ausgerollt. Im Rahmen von Evaluationsstudien werden stigmaspezifische Wirkungen gemessen, unerwünschte Wirkungen identifiziert und Interventionen im Sinne einer Effektivitätssteigerung weiterentwickelt. Diese Studien haben durch die Entwicklung standardisierter Messinstrumente und ein verstärktes Augenmerk auf die Nachhaltigkeitsmessung an Qualität und Vergleichbarkeit gewonnen¹⁰¹. Die eingesetzten Instrumente beruhen jedoch weitgehend auf dem sozialpsychologischen Modell und messen je nach Interventionsfokus vorwiegend kognitive und emotionale Veränderungen sowie Verhaltensabsichten von Einzelpersonen (für einen Überblick siehe z. B. Antony 2021; Fox et al. 2018).

Mit der Zielsetzung einer nachhaltigeren Reduktion von Stigma und Diskriminierung verfolgen nationale Strategien aber mittlerweile zunehmend einen Mehr-Ebenen-Ansatz unter stärkerer Berücksichtigung struktureller Stigmatisierung. Die Aufnahme des rechtsbasierten Ansatzes durch konsequente Berücksichtigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei der Umsetzung der UN-BRK und die partizipative Gestaltung von Anti-Stigma-Initiativen und -Maßnah-

¹⁰⁰ Inklusion, basierend auf der Akzeptanz von Vielfalt (siehe UN-BRK) und nicht Anpassen-Müssen an eine Norm oder an ein Ideal (vgl. Peter/Waldschmidt 2017)

¹⁰¹ Siehe dazu die Arbeiten des internationalen Forschungsnetzwerks INDIGO Network: <https://www.indigo-group.org/> [abgerufen am 20.07.2023]

men durch Beteiligung von Menschen mit gelebter Erfahrung auf allen Ebenen (in Leitung, Planung, Entwicklung und Umsetzung von Programmen und Maßnahmen) wurden zu Prinzipien jeder Anti-Stigma-Maßnahme erhoben (Thornicroft et al. 2022). Gleichzeitig bedarf es insbesondere einer Erweiterung der Evaluationsmethoden für Interventionsarten unterschiedlicher Ebenen sowie vermehrt kritischer Reflexion der kulturellen Auswirkungen breitenwirksamer Anti-Stigma-Maßnahmen. Als Beispiel seien hier die Effekte von Aufklärungs- und Schulungsmaßnahmen, die vorwiegend professionelles (medizinisches) Wissen in die Bevölkerung tragen, genannt. Trotz positiver Evaluationsergebnisse¹⁰² schließt dies nicht aus, dass damit nicht gleichzeitig auch gegenteilige Effekte erzielt werden, die eine nähere Betrachtung erfordern. Kritikpunkte sind hier einerseits, dass professionelles Wissen zu wenig an Alltagstheorien anschließt und die Bevölkerung daher mit den Interventionen nicht ausreichend erreicht wird. Andererseits wird durch die Aufklärung über Erkrankungen der Unterschied (Menschen mit versus solche ohne psychische Erkrankung) und somit auch die Kluft zwischen Stigmatisierenden und Stigmatisierten verstärkt, statt sie zu überbrücken (Walsh/Foster 2020; Walsh/Foster 2022). Auch mögliche gesamtgesellschaftliche Auswirkungen einer breiten Ausrollung professionellen Wissens in Richtung einer „Psychiatisierung“ der Gesellschaft sollen kritisch reflektiert werden (Beeker et al. 2021). Alternative Ansätze wie z. B. die Förderung des Bewusstseins für psychische Vielfalt in der Bevölkerung (siehe dazu insbesondere Kapitel 2) müssen noch (weiter)entwickelt werden.

Für eine erfolgreiche Umsetzung auf mehreren Ebenen wirksamer Anti-Stigma-Strategien ist ein Mental Health in All Policies (MHiAP) Ansatz mit einer breiten intersektoralen Beteiligung erforderlich. Durch die Schaffung von begleitenden interdisziplinär, multiperspektivisch und intersektoral besetzte Experten- und Steuerungsgremien soll sichergestellt werden, dass Forschungsergebnisse über akademische Kreise hinaus genutzt und umgesetzt werden.

¹⁰² Vor dem Hintergrund des Gesamtziels, einen sozialen Wandel anzustoßen, sind schwache Effekte nicht überraschend und durchaus als positiv zu sehen.

Tabelle 17: Erste Überlegungen für eine mögliche Umsetzung der Empfehlung „Kritische Reflexion und (Weiter-)Entwicklung vorhandener Stigmakonzepte und entstigmatisierender Strategien“

Eckdaten	Kurzbeschreibung
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 • Stärkung des Wissenstransfers von Stigmaforschung mit Fokus auf strukturelle und kulturelle Stigmatisierung durch Schwerpunktsetzungen sowie die Einladung von Expertinnen und Experten in die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung
mögliche Umsetzende, Umsetzungspartner:innen	<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)
mögliche Finanzierung/Ressourcen	Forschungsförderungstöpfe, Ministerien, FGÖ, gegebenenfalls DVSV
Art der Umsetzung	Adaption von Bestehendem, Entwicklungsarbeit, Umsetzungsarbeit

Quelle: AG Theorien, Konzepte und daraus abgeleitete Praktiken; Darstellung: GÖG