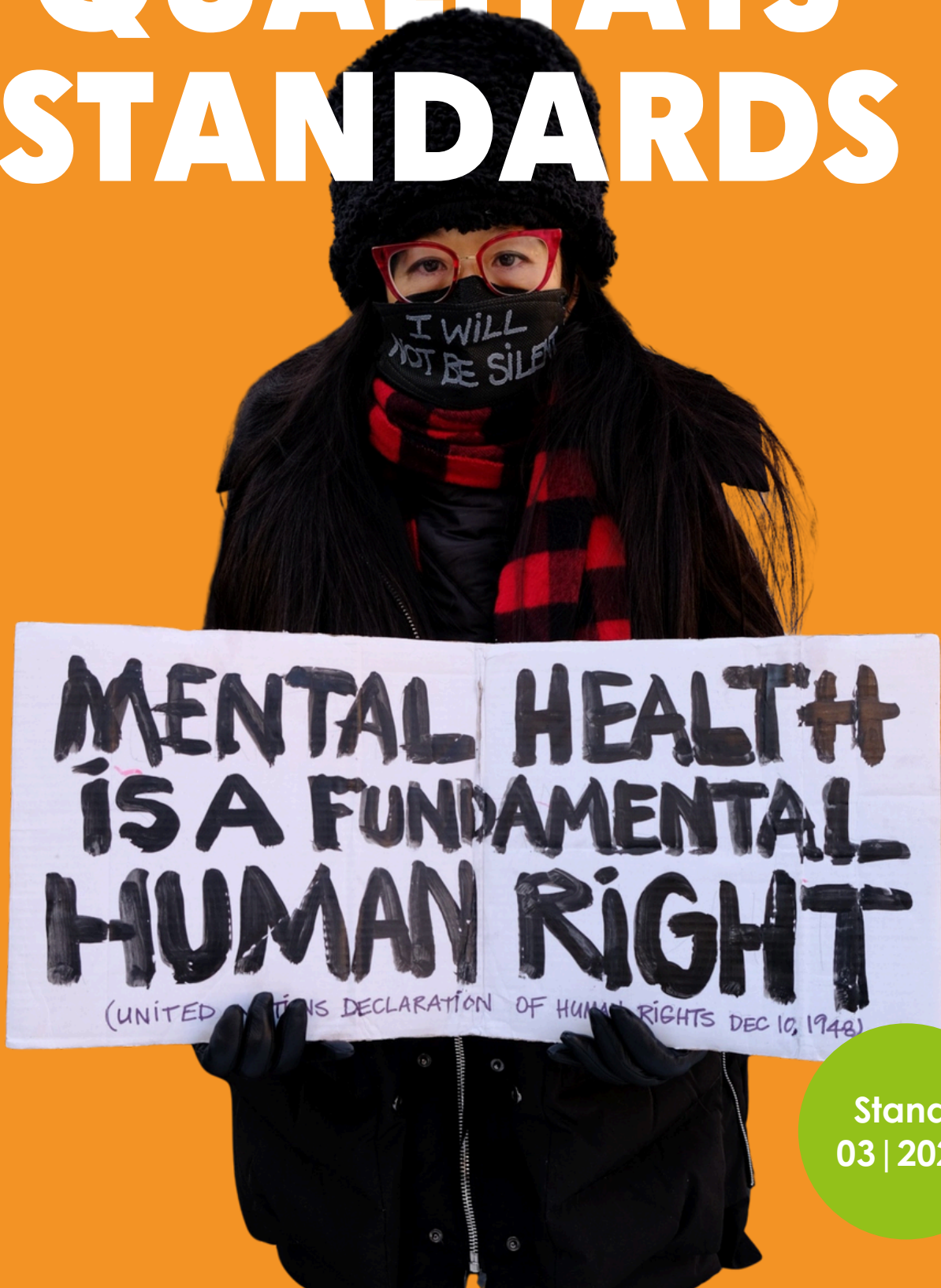


Kontaktbasierte Anti-Stigma-Arbeit

QUALITÄTS- STANDARDS



Stand:
03 | 2026

Inhalt

1

DANKE

2

1 | HINTERGRUND

4

2 | KONTAKTBASIERTE
INTERVENTIONEN IN
DER ANTI-STIGMA-
ARBEIT

6

3 | GRUNDLEGENDE
VORAUSSETZUNGEN

10

4 | VORBEREITUNG,
DURCHFÜHRUNG UND
NACHBEREITUNG VON
KONTAKTBASIERTEN
INTERVENTIONSFORMEN

10

4.1 | VORBEREITUNG

15

4.2 | DURCHFÜHRUNG

16

4.3 | NACHBEREITUNG

18

REFERENZEN

20


FOTONACHWEIS &
IMPRESSUM

DANKE

Die vorliegenden Qualitätsstandards sind ein Gemeinschaftsprojekt. Sie wurden im Team entwickelt, durchdacht und besprochen.

Neben den Mitarbeitenden des Landesverbands Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. Anke Wagner, Antje Werner, Julia Möller und Karsten Giertz waren Prof. Dr. Andreas Speck (Hochschule Neubrandenburg), Andreas Zobel (ehemaliges Vorstandsmitglied des Landesverbands Sozialpsychiatrie MV e.V.) und die Regionalgruppen des Präventionsprogramms "Verrückt? Na und!" aus Mecklenburg-Vorpommern beratend beteiligt.

Wir bedanken uns bei allen Akteur*innen, die uns fachlich beraten und unterstützt haben!



“Psychische Erkrankung ist nichts, wofür man sich schämen muss, aber Stigmatisierung und Vorurteile beschämen uns alle.”

Bill Clinton

1 | HINTERGRUND

Menschen mit psychischen Erkrankungen erfahren in unserer Gesellschaft sehr häufig Stigmatisierung. Unter dem Begriff **Stigmatisierung** verstehen wir einen gesellschaftlichen Prozess, bei dem Menschen aufgrund von bestimmten Merkmalen, Verhaltensweisen oder Umständen, die von bestehenden gesellschaftlichen Normen oder Erwartungen abweichen, diskriminiert, ausgegrenzt oder herabgewürdigt werden (vgl. Goffmann 1963).

Wissenschaftliche Untersuchungen legen nahe, dass abwertende Einstellungen, negative Vorbehalte oder Tendenzen zur Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten zugenommen haben (vgl. Angermeyer et al. 2017; Schomerus et al. 2022).

Stigmatisierung wirkt sich bei Betroffenen und ihren Angehörigen negativ auf das individuelle Wohlbefinden und die soziale Teilhabe aus. Die Angst vor negativen Zuschreibungen kann sie zudem davon abhalten, notwendige Behandlungs- und Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen (vgl. Corrigan 2018; Finzen 2013). Interventionen, die eine Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen fördern, verbessern daher nicht nur die Lebenssituation der Betroffenen, sondern dienen auch der Prävention und Gesundheitsförderung (Expert*innenrat der Bundesregierung 2025).

Als effektive Interventionsformen haben sich kontaktbasierte Interventionen erwiesen, die Vorurteile durch die Begegnung und den direkten Austausch mit Menschen mit psychischen Erkrankungen abbauen (vgl. Maunder & White 2019; Rüscher 2021). Bei der Umsetzung von kontaktbasierten Interventionen müssen fachliche Standards und ethische Grundhaltungen berücksichtigt werden, die die Würde und die Einzigartigkeit des Menschen in den Mittelpunkt stellen.





Zudem ist eine sorgfältige Planung notwendig, um Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen abzubauen und ein akzeptierendes, differenziertes und recoveryorientiertes Verständnis von psychischer Gesundheit und Erkrankung zu vermitteln. So lässt sich auch die Gleichberechtigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft fördern.

Gemeinsam mit seinen Mitgliedsorganisationen und Kooperationspartner*innen setzt sich der Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. seit vielen Jahren für die Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen ein. Zur Umsetzung von kontaktbasierten Interventionen hat der Verband 2025 die vorliegenden Qualitätsstandards entwickelt, unter Beteiligung von Expert*innen aus Erfahrung, Mitarbeitenden aus der psychosozialen Praxis und Expert*innen aus der Wissenschaft. Dabei ist auch die internationale Fachliteratur zur Stigmaforschung und zu Anti-Stigma-Interventionen eingeflossen.

Die Qualitätsstandards sollen dabei helfen, kontaktbasierte Interventionen vorzubereiten, durchzuführen und nachzubereiten. Sie dienen als Orientierung und fördern günstige Rahmenbedingungen für die Begegnung zwischen allen Teilnehmenden. Die Empfehlungen richten sich an alle Akteur*innen, die sich im Bereich der Aufklärung und Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen engagieren und kontaktbasierte Interventionsformen in unterschiedlichen Settings wie Fort- und Weiterbildung, Öffentlichkeitsarbeit oder Kultur umsetzen.



2 | KONTAKTBASIERTE INTERVENTIONEN IN DER ANTI-STIGMA-ARBEIT

Kontaktbasierte Interventionen sind neben öffentlichen Kampagnen oder Aufklärungsprogrammen ein wichtiger Ansatz in der Anti-Stigma-Arbeit (vgl. Rüschi 2021). Dabei unterscheiden wir in Kontakt- und Aufklärungsinterventionen. Aufklärung ist die häufigste Form von Anti-Stigma-Interventionen. Sie vermittelt differenziertes Wissen über psychische Erkrankungen und deren Behandlung und entlarvt Mythen über psychische Erkrankungen mit Hilfe wissenschaftlich basierter Fakten (Corrigan 2011). Kontaktinterventionen beinhalten geplante Interaktionen zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen und bestimmten Zielgruppen, entweder in Präsenz oder über Videokontakt oder weitere medienbasierte Möglichkeiten. Die Forschung zeigt, dass die Kombination aus Kontakt bzw. Kontaktinterventionen und Aufklärungsinterventionen die größte Wirkung erzielt (Corrigan et al. 2012).

Kontaktbasierte Interventionen gehen auf die Idee zurück, dass der direkte Kontakt zwischen Menschen, die Stigmatisierung erfahren, und Menschen, die nicht von Stigmatisierung betroffen sind, dabei helfen kann, negative Vorurteile und Einstellungen abzubauen (vgl. Rüschi 2021).

Dabei verfolgen kontaktbasierte Interventionen folgende Ziele:

Wer ein Rad ab hat ...



... kommt zum Innehalten!

- Abbau von negativen Vorurteilen, Einstellungen und Tendenzen zur Diskriminierung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Förderung von Empathie, Akzeptanz und Verständnis von psychischen Erkrankungen
- Vermittlung von differenziertem Wissen über psychische Erkrankungen und Beratungs-, Unterstützungs- und Behandlungsangeboten
- Förderung von sozialer Integration und Gleichberechtigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

NICHT MEHR ALLE LATTEN AM ZAUN?

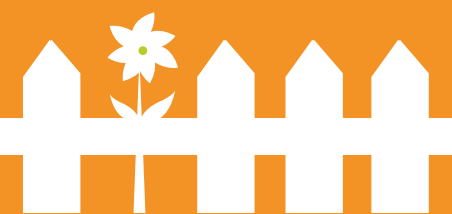
Eröffnet neue Perspektiven

Kontaktbasierte Interventionen können unterschiedlich gestaltet werden. Die Begegnung von Menschen mit und ohne psychische Erkrankungen kann über Workshops erfolgen, bei denen die Teilnehmenden sich zu ihren Erfahrungen austauschen oder gemeinsam Aufgaben bewältigen. Auch Schul- oder Bildungsprogramme, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen über die Thematik aufklären sowie kreative Theater- oder Kunstprojekte von und mit Betroffenen sind Formen der kontaktbasierten Anti-Stigma-Arbeit. Denkbar als medienbasierte Kontaktinterventionen sind ebenfalls Videofilme, in denen psychisch erkrankte Menschen über ihre Erfahrungen sprechen.

Dabei muss stets gewährleistet sein, dass die Teilnehmenden wissen, dass die einbezogene Person, zu der ein Kontakt hergestellt wird, eine psychische Erkrankung hat. Wenn dies nicht gegeben ist, handelt es sich nicht um eine kontaktbasierte Intervention im hier verwendeten Sinne (vgl. Rüschi 2021).

Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass kontaktbasierte Interventionsformen besonders effektiv sind, um negative Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen zu reduzieren (vgl. Corrigan et al. 2012, Maunders & White 2019; Rüschi 2021). Der aktiv hergestellte Kontakt verringert unmittelbar, kurz- und mittelfristig die Stigmatisierungseinstellungen bei den Teilnehmenden. Besonders wirksam sind kontaktbasierte Interventionen, wenn die Begegnung mit einer edukativen Aufklärung kombiniert und Wissen zu psychischer Gesundheit und Erkrankung vermittelt wird. Video- oder imaginäre Kontakte zu Menschen mit psychischen Erkrankungen können Stigmatisierung auch reduzieren, sind jedoch nicht so wirksam wie eine direkte persönliche Begegnung (Maunders & White 2019).

Kontaktbasierte Interventionen wirken sich nicht nur positiv auf die Einstellung gegenüber den Personen aus, die sich direkt an der Intervention beteiligen. Die Einstellungen und Vorbehalte verändern sich auch gegenüber der gesamten Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen und mit unterschiedlichen Diagnosen. Vor allem Jugendliche und junge Erwachsene profitieren davon, weil sie aufgrund ihres Alters noch flexibel hinsichtlich Einstellungsveränderungen sind (Corrigan et al. 2012).



3 | GRUNDLEGENDE VORAUSSETZUNGEN

Damit kontaktbasierte Interventionen wirken können, sollten übergreifende fachliche Standards beachtet werden, die sich an der internationalen Fachliteratur zur Stigmaforschung und Anti-Stigma-Interventionen orientieren.

Eine Zusammenfassung:

1. GEZIELTE AUSWAHL DER ZIELGRUPPE UND LOKALER KONTAKT

Um die Stigmatisierung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen nachhaltig abzubauen, ist die Fokussierung auf eine bestimmte Zielgruppe notwendig (Corrigan 2011). Kontaktinterventionen sind effektiver, wenn sie sich an bestimmte Schlüsselgruppen richten, bei denen Veränderungen in der Einstellung für Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders wichtig sind (bspw. Lehrpersonal, Arbeitgeber*innen, Ärzt*innen, Mitarbeitende in Presse, Politik und Behörden). Die Definition der Zielgruppe gibt entscheidende Hinweise dafür, was sich im Rahmen der kontaktbasierten Intervention verändern, welche Themen aufgegriffen werden und wie negative Einstellungen und Verhaltensweisen in positive umgewandelt werden könnten.

Auch lokale Rahmenbedingungen und Strukturen müssen berücksichtigt werden. Dazu zählen geopolitische Faktoren wie urbaner oder ländlicher Lebensraum, die Verfügbarkeit von bestehenden Selbsthilfeinitiativen, Beratungs-, Behandlungs- und Unterstützungsangeboten oder bestehende Diversitätsmerkmale innerhalb der Bevölkerung.

2. ZIELGRUPPENORIENTIERUNG

Die Inhalte der kontaktbasierten Interventionen sollten auf die spezifischen Bedürfnisse und Merkmale der Zielgruppe abgestimmt sein (Corrigan et al. 2013). Alter, Geschlecht, kultureller Hintergrund und bisherige Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen sowie vorherrschende Vorurteile und negative Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten berücksichtigt werden.

Eine sorgfältige Analyse der Zielgruppe bei der Vorbereitung und Planung ermöglicht es, relevante Inhalte und Formate auszuwählen, die die Teilnehmenden einbinden und zielgruppenspezifische negative Einstellungen gegenüber Betroffenen aufgreifen (z.B.: "Menschen mit psychischen Erkrankungen sind gefährlich.", "Menschen mit psychischen Erkrankungen sind so beeinträchtigt, dass sie keiner regulären Arbeit nachgehen können.")). Positive Einstellungen und Verhaltensweisen, die durch die Intervention gefördert werden sollen, müssen auf die Zielgruppe zugeschnitten sein (z.B. Arbeitgeber*innen stellen Menschen mit psychischen Erkrankungen ein, Schüler*innen sind bereit, bei psychischen Problemlagen rechtzeitig Hilfe aufzusuchen).

3. EINBEZIEHUNG VON ERFAHRUNGSEXPERT*INNEN

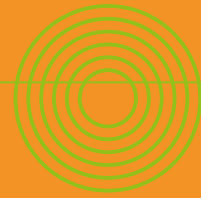
Ein zentraler Qualitätsstandard bei kontaktbasierten Interventionen ist die aktive Einbeziehung von Menschen mit psychischen Erkrankungen als Erfahrungsexpert*innen. Im Rahmen der Intervention können sie ihre psychische Erkrankung offenlegen und über Schwierigkeiten, Behandlung und Genesung berichten (Corrigan et al. 2013). Die persönlichen Perspektiven der Erfahrungsexpert*innen sind entscheidend, um authentische und wirkungsvolle Botschaften zu vermitteln und bei den Teilnehmenden Einstellungsveränderungen zu erzielen. Zudem spiegeln die Erfahrungsexpert*innen mit ihrer persönlichen Geschichte die Vielfalt von Menschen mit psychischen Erkrankungen wider, wodurch verallgemeinernde Zuschreibungen und Vorurteile relativiert werden. Darüber hinaus können Erfahrungsexpert*innen Hoffnung vermitteln und deutlich machen, dass im Sinne des Recovery-Konzepts ein gutes Leben mit psychischen Gesundheitsproblemen möglich ist.

Erfahrungsexpert*innen sollten, wenn möglich, in allen Phasen der Intervention (Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung) als Gleichgesinnte oder Botschafter*innen auftreten, um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen (ebd.). Die Erfahrungsexpert*innen sind unbedingt aktiv einzubeziehen, um zu zeigen, dass sie über die eigene Geschichte hinaus Kompetenzen besitzen, eine kontaktbasierte Intervention zu leiten. Daher ist es notwendig, im Voraus ausreichende Ressourcen einzuplanen.

Im Idealfall passen die Erfahrungsexpert*innen zur Zielgruppe (ebd.). Das bedeutet: Ist die Zielgruppe Polizist*innen, sollten die einbezogenen Erfahrungsexpert*innen Polizist*innen mit einer psychischen Erkrankung sein, um authentische, glaubwürdige und überzeugende Inhalte zu vermitteln. Alternativ ist auch eine gemeinsame Tandemkonstellation möglich, aus Erfahrungsexpert*in und Vertreter*in aus der Zielgruppe ohne eine psychische Erkrankung.

Es ist förderlich, dass die Erfahrungsexpert*innen nur mäßig durch besondere Merkmale von der Gruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen abweichen (z.B. berühmte Persönlichkeit, Menschen mit besonderen intellektuellen, künstlerischen oder sportlichen Leistungen, besonders attraktive, finanzielle oder berufliche Merkmale) (Corrigan et al. 2021). Ansonsten ist ein Bumerangeffekt möglich, durch den die Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht abgebaut werden, sondern die Erfahrungsexpert*innen im Sinne von „die Ausnahme bildet die Regel“ als „Überflieger“ oder „Ausnahme“ klassifiziert und dadurch nicht mit der allgemeinen Gruppe der Betroffenen in Zusammenhang gebracht werden (Rüsch et al. 2005).





4. EINBEZIEHUNG EINER FACHLICHEN BEGLEITUNG

Die Interventionen sollte von Fachpersonen begleitet werden, die über Kenntnisse im Bereich psychischer Gesundheit und Erkrankungen sowie im Bereich der Beratung-, Behandlungs- und Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen verfügen. Kontaktinterventionen, die ausschließlich durch Erfahrungsexpert*innen durchgeführt werden, sind kritisch im Vorfeld zu überprüfen, da am wirksamsten ergänzend, gemeinsam und dialogisch gearbeitet wird. Fachpersonen können nicht nur ergänzende Inhalte vermitteln, sondern auch auf Fragen und Bedenken der Teilnehmenden eingehen und eine unterstützende Umgebung schaffen. Während der Intervention ist es sinnvoll, dass Fachpersonen und Erfahrungsexpert*innen auf Augenhöhe handeln. Dadurch wird eine partnerschaftliche Zusammenarbeit verdeutlicht, was dazu beitragen kann, Ängste und Barrieren gegenüber dem psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem aber auch gegenüber den Mitarbeitenden aus den Beratungs-, Behandlungs- und Unterstützungsangeboten abzubauen.

5. BERÜCKSICHTIGUNG VON FACHLICHEN STANDARDS UND RECOVERYORIENTIERTEN BOTSCHAFTEN BEI DER EDUKATIVEN AUFKLÄRUNG

Die persönlichen Erfahrungen der Erfahrungsexpert*innen sind ein wichtiger Bestandteil der kontaktbasierten Intervention. Die Inhalte der Erfahrungsgeschichte beziehen sich sowohl auf die mit der Erkrankung einhergehenden Belastungen als auch auf den Weg der Genesung und Bewältigung. Neben den erkrankungsbedingten Problemen ist es wichtig, respektvoll und wertschätzend Botschaften zu vermitteln (vgl. Corrigan et al. 2013). Wesentliche Bestandteile der Geschichte sollten sein:

- persönliche Ressourcen, Stärken und Genesung
- Stolz auf erreichte Ziele, die über die psychische Erkrankung hinausgehen
- bekräftigende Zielaussagen (z.B.: "Menschen mit psychischen Erkrankungen sind gute Mitarbeiter*innen.")
- für die Zielgruppe relevante Inhalte und Bezüge
- Grundwerte (wie Recovery, Inklusion, Gleichberechtigung) der Anti-Stigma-Intervention

“Wir teilen die Gewissheit, dass Menschen mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung in erster Linie und vor allem menschliche Wesen sind. Unser Leben ist kostbar und von unendlichem Wert.”

Patricia E. Deegan

Trotz des persönlichen Leids, das mit einer psychischen Erkrankung einhergeht, ist es wichtig, bei der kontaktbasierten Intervention Provokationen oder polarisierende Aussagen gegenüber den Teilnehmenden zu vermeiden (z.B.: „Menschen, die keine psychische Erkrankung haben, sind nicht sensibel genug.“, „Meine Missbrauchserfahrungen haben mich stark gemacht.“, „Das Personal in den Kliniken hat eh keine Zeit.“). Vertrauen bildet eine zentrale Grundlage für einen wertschätzenden, respektvollen und informellen Austausch zwischen allen Teilnehmenden. Unbefriedigende Behandlungserfahrungen sowie prekäre regionale Versorgungsbedingungen können durchaus angesprochen werden, sollten jedoch nicht den Austausch mit den Teilnehmenden dominieren, sondern lösungsorientiert mit den Fachleuten bearbeitet werden.

Damit kontaktbasierte Interventionen wirken können, ist die Kombination mit edukativer Aufklärung vielversprechend (Corrigan et al. 2012). Dabei werden wichtige Informationen zu psychischer Gesundheit, zu psychischen Erkrankungsbildern sowie Beratungs-, Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten vermittelt. Neben der Zielgruppenorientierung sollten sich die edukativen Inhalte am biopsychosozialen Modell der Weltgesundheitsorganisation (2001) zu psychischer Gesundheit und Erkrankung sowie an den Gesundheits- und Erkrankungstheorien Recovery (Amering & Schmolke 2012), Resilienz (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse 2019) und Salutogenese (Antonovsky 1987) orientieren. So lassen sich eindimensionale Erklärungsansätze vermeiden. Stattdessen steht ein differenziertes, ganzheitliches und kontinuumorientiertes Verständnis von psychischer Gesundheit und Erkrankung im Fokus.

Informationen zu Beratungs-, Behandlungs- und Unterstützungsempfehlungen sollten sich an aktuellen wissenschaftlich evaluierten medizinischen Leitlinien (z. B. DGPPN 2019; NICE 2014; WHO 2021) orientieren.

6. BESTEHENDE UND WEITERFÜHRENDE STRUKTUREN BEACHTEN UND EINBEZIEHEN

Kontaktbasierte Interventionen finden idealerweise in einem Umfeld statt, das die zwischenmenschliche Begegnung, kooperative Interaktion und informelle Diskussion zwischen allen Teilnehmenden fördert. Dazu nehmen die Erfahrungsexpert*innen und die fachlichen Expert*innen gegenüber den Teilnehmenden weitestgehend eine gleichberechtigte Rolle ein. Daher ist es wichtig, dass Leitungspersonen aus den Einrichtungen, in denen die Interventionen stattfinden, diese Rahmenbedingungen aktiv fördern (Corrigan et al. 2012).

Für langfristige Veränderungen bei der Entstigmatisierung sollten die kontaktbasierten Interventionen in ein regionales Gesamtkonzept eingebettet sein. Es ist wichtig, nachhaltige Strukturen zu schaffen und einzubeziehen, die den Austausch und die Sensibilisierung auch nach der Intervention fortführen. Dafür bieten sich weiterführende Treffen, Netzwerkmöglichkeiten, Beratungsangebote oder Informationsmöglichkeiten an, die den Dialog bzw. Dialog zum Thema fortführen und den Teilnehmenden im Nachgang Informationen und Unterstützung ermöglichen (Corrigan 2011).

4 | Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von kontaktbasierten Interventionsformen

Die Phasen der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung sollten von den beteiligten Erfahrungsexpert*innen und fachlichen Expert*innen gemeinsam gestaltet werden. Folgende Reflexionsfragen und Empfehlungen können dabei helfen, die fachlichen Standards zu berücksichtigen.



4.1 | VORBEREITUNG

Gezielte Auswahl der lokalen Zielgruppe:

- In welchen gesellschaftlichen Bereichen sind Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders von Stigmatisierung betroffen?
- Bei welcher Zielgruppe profitieren Menschen mit psychischen Erkrankungen, wenn negative Zuschreibungen oder Vorbehalte abgebaut werden?
- Wer könnte durch die kontaktbasierte Intervention als Multiplikator*in fungieren und zur Entstigmatisierung beitragen?
- Wie kann ein Zugang zur Zielgruppe, an die sich die Intervention richten soll, hergestellt werden?
- Welche Barrieren müssen möglicherweise bei der Kontaktaufnahme beachtet werden?
- Welche Interessen oder Motive können bei der Zielgruppe aufgegriffen werden, damit die Intervention erfolgreich umgesetzt werden kann?
- Welche Personen müssen konkret angesprochen und einbezogen werden, um einen Zugang zur Zielgruppe zu erhalten?
- Welche regionalen und lokalen Bedingungen müssen bei der Umsetzung der Intervention beachtet werden?

“Scham gedeiht durch Geheimhaltung, Schweigen und Verurteilung.”

Brené Brown



Zielgruppenorientierung:

- Wer ist Zielgruppe? Sind es z. B. minderjährige Kinder, Jugendliche oder Erwachsene? Oder sind es Multiplikator*innen? In welchem rechtlichen und institutionellen Rahmen bewegt sich diese Zielgruppe?
- Welche Erfahrung hat die Zielgruppe mit dem Thema psychische Gesundheit und Erkrankung?
- Welche Erfahrung hat die Zielgruppe mit Menschen mit psychischen Erkrankungen?
- Welche Vorbehalte gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen könnten bei der Zielgruppe bestehen?
- Welche konkreten negativen Einstellungen möchten wir bei der Zielgruppe verändern?
- Über welches Wissen verfügt die Zielgruppe in Bezug auf bestehende Beratungs- Behandlungs- und Unterstützungsangebote?
- Welches Wissen möchten wir über psychische Erkrankungen vermitteln?
- Wie sollten wir die Zielgruppe ansprechen und welche didaktischen Methoden sollte wir auswählen, so dass sie uns und die Inhalte verstehen?
- Wie wollen wir sprechen und gemeinsam auftreten?
- Welchen zeitlichen und örtlichen Rahmen müssen wir beachten, damit die Zielgruppe an der Intervention gut teilnehmen kann?
- Wann findet die Intervention statt?
- Wie viel Zeit brauchen wir für die Vorbereitung?
- Wo findet die Intervention statt?
- Wie kommen wir dort hin?
- Wann müssen wir da sein, um noch genügend Zeit für Vorbereitungen und Absprachen zu haben?
- Mit wem müssen wir vorher noch was absprechen?
- Wie viele Personen sind während der Intervention anwesend?



Erfahrungsexpert*innen und fachliche Expert*innen:

- Befinde ich mich im Zeitraum der Intervention in einem psychisch stabilen Gesundheitszustand?
- Habe ich genügend Abstand zu meiner eigenen Erkrankung, um anderen von meinen Erfahrungen berichten zu können, ohne dass ich dadurch selbst in eine psychische Krise komme?
- Habe ich bereits stigmatisierende Erfahrungen mit der Zielgruppe gemacht? Wenn ja, habe ich sie schon so gut reflektiert, dass ich genügend Abstand wahren kann?
- Wie kann ich dazu beitragen eine vertrauensvolle Atmosphäre während der Intervention zu schaffen?
- Wie kann ich meine eigene Geschichte im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung und im Sinne von Ermutigung und Hoffnung für andere gut darstellen?
- Auf welche Probleme im Zusammenhang mit meiner eigenen psychischen Erkrankung möchte ich aufmerksam machen?
- Auf welche Faktoren und Stärken möchte ich aufmerksam machen, die mir bei der Bewältigung der Erkrankung geholfen haben?
- Wie vermittele ich positive und zielorientierte Botschaften und Sätze, die mir auf meinen Weg der Genesung geholfen haben?
- Welche allgemeinen Informationen über psychische Erkrankungen sind für die Zielgruppe sinnvoll?
- Wie können wir die ausgewählten Informationen zu psychischen Erkrankungen für die Zielgruppe gut aufarbeiten und vermitteln?
- Welche allgemeinen Informationen zu bestehenden Beratungs-, Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen sind für die Zielgruppe sinnvoll?
- Wie können wir die ausgewählten Informationen zu den bestehenden Beratungs-, Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für die Zielgruppe verständlich und zielführend aufarbeiten?
- Welche Hauptbotschaften möchten wir durch die Intervention vermitteln?

Bestehende und weiterführende Strukturen beachten und einbeziehen:

- Welche bestehenden und weiterführenden Strukturen (z. B. Beratungsstellen, Behandlungsangebote, Informationsmöglichkeiten) sind vor Ort vorhanden und müssen in der Intervention einbezogen werden?
- Wie können Informationen dazu für die Zielgruppe aufbereitet und zur Verfügung gestellt werden?
- Welche Möglichkeiten sind für die Zielgruppe vorhanden, um nach der Intervention das Thema weiter zu verfolgen?





Beispiele für Hauptbotschaften

Psychische Erkrankungen sind in der Bevölkerung genauso häufig wie Herz-Kreislauf-Störungen, Diabetes oder Übergewicht.

Es sind viele Menschen davon betroffen - mehr, als wir denken.

Wenige Personen sprechen über ihre psychische Erkrankung. Wir laden sie ein, darüber zu sprechen.

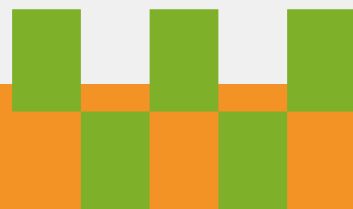
Ich bin nicht schuld an meiner psychischen Erkrankung.

Ich darf mir Hilfe holen, wenn es mir nicht gut geht.



Anderen Personen geht es auch so. Wenn ich eine psychische Erkrankung habe oder jemand in meiner Familie mit einer psychischen Erkrankung habe, bin ich nicht allein.

Es gibt nicht DEN einen Weg der Genesung, sondern viele verschiedene individuelle Wege, wie Menschen mit Erkrankungen umgehen und Besserung erfahren.





Es gibt nicht die eine Hilfe, sondern viele verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten, die je nach Person und zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Erkrankung helfen können oder zu einem gewissen Zeitpunkt auch weniger sinnvoll sein können.

Wir wollen Menschen dazu einladen, sich über psychische Erkrankungen zu informieren und Vorurteile abzubauen und ein gesundheitsförderliches Klima schaffen.

Auch helfende Personen wie Fachleute oder Ärzt*innen sind „nur“ Menschen und haben auch mal schlechte Tage. Wir laden dazu ein, sich in dem Fall bei einer anderen Stelle oder Person Unterstützung zu holen.



Wir laden Menschen dazu ein, sich möglichst früh Unterstützung zu holen, wenn es ihnen nicht gut geht. Erkrankungen können sich verfestigen oder weitere Symptome oder Erkrankungen dazu kommen. Behandlungen dauern zum Teil länger oder können weniger gut wirken, umso länger Erkrankungen bestehen. In dieser Zeit leiden Betroffene und Angehörige oft sehr.





4.2 | DURCHFÜHRUNG

Zielgruppenorientierung:

- Wie schaffen wir mit der Begrüßung und Vorstellung eine vertrauensvolle Atmosphäre?
- Wer spricht wann?
- Wann werden welche Inhalte besprochen?
- Welche Ziele haben wir und sind die Ziele den Teilnehmenden bekannt?
- Wie ist der Ablauf und ist der Ablauf den Teilnehmenden bekannt?
- Wann gibt es Pausen?
- Welche Gruppenregeln vereinbaren wir, um Vertrauen und einen informellen Austausch zu gewährleisten?
- Bestehen bei den Teilnehmenden Fragen oder Unklarheiten?
- Ist eine Triggerwarnung notwendig bzw. was können Teilnehmende tun, wenn es ihnen in der Veranstaltung nicht gut geht (z.B. Handzeichen vereinbaren)?

- Gibt es Umgangsregeln für kritische Situationen (bspw. wenn die Teilnehmenden immer wieder laut werden oder diskriminierende Dinge sagen)?
- Konnten alle Fragen der Teilnehmenden beantwortet werden?
- Wurden ausreichende Informationen zum Thema psychische Gesundheit vermittelt?
- Ist etwas bei den Teilnehmenden offen geblieben?
- Gab es eine Abschlussrunde, um zu überprüfen, ob die ausgewählten Hauptbotschaften wahrgenommen wurden?

Erfahrungsexpert*innen und fachliche Expert*innen:

- Treten Erfahrungsexpert*innen und fachliche Expert*innen während der Intervention als gleichberechtigte Partner*innen auf?
- Vermeiden wir es, uns in persönlichen Berichten zu verlieren?

- Vermeiden wir es, uns in fachliche Diskussionen zu verstricken?
- Steht die Zielgruppe im Fokus?
- Gibt es Möglichkeiten für einen informellen Austausch?
- Haben die Teilnehmenden Raum für Fragen?
- Sind wir auf alle Teilnehmenden eingegangen?

Bestehende und weiterführende Strukturen beachten und einbeziehen:

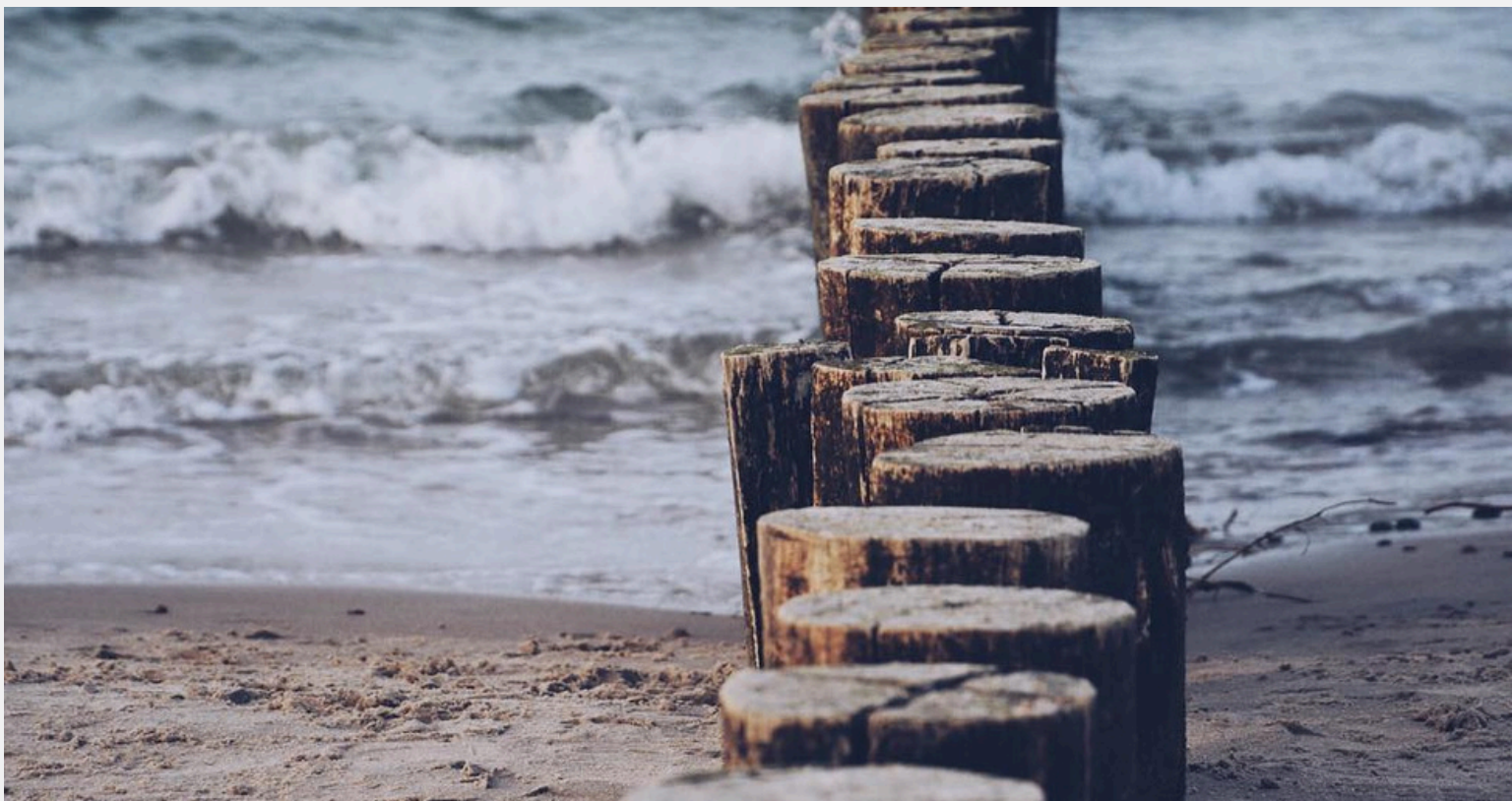
- Haben die Teilnehmenden Informationen über weiterführende Beratungsmöglichkeiten zu psychischen Erkrankungen erhalten?
- Sind den Teilnehmenden die verfügbaren Selbsthilfe-, Beratungs-, Behandlungs- und Unterstützungsangebote vor Ort bekannt?
- Konnten die Teilnehmenden Lücken im bestehenden System thematisieren?
- Haben wir vereinbart, wer in welcher Form die thematisierten (Fehl-)Bedarfe ins bestehende System rückkoppelt?

Verbindliche Evaluation:

- Können die Teilnehmenden ein schriftliches und anonymes Feedback abgeben, so dass wichtige Impulse für die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung generiert werden können?

4.3 | NACHBEREITUNG

- Gibt es eine Reflexion zwischen Erfahrungsexpert*in und Fachexpert*in?
- Was ist heute gut gelungen?
- Was ist heute nicht gut gelungen? Wie möchte ich es beim nächsten Mal anders machen?
- Gab es schwierige Situationen? Wie meistere ich diese beim nächsten Mal?
- Gibt es offene Fragen? Mit wem und wann werde ich diese klären?
- Sind für das nächste Mal andere Methoden sinnvoll? Wenn ja, welche?
- Ist sonst noch etwas offen?
- Was kann in den nächsten Tagen bereits für die nächste Veranstaltung vorbereitet werden?



Empfehlungen

für Erfahrungsexpert*innen und
Fachexpert*innen während der
Durchführung in kritischen Situationen



Um Stigmatisierungen durch kontaktbasierte Interventionen gezielt abzubauen sind positive Botschaften zentral. Weniger hilfreich ist es, den Teilnehmenden Ratschläge zu vermitteln, was sie bspw. in einer psychisch belasteten Situation tun oder lassen sollen (z.B. "Mir als Erfahrungsexpert*in hat geholfen..." oder "Ich als Fachexpert*in konnte anderen helfen mit...").

Es gibt nicht die eine Lösung, die allen hilft. Jede*r trägt eigene Lösungen in sich, die individuell gefunden werden müssen. Hilfreiche Formulierungen in diesem Kontext könnten lauten:

„Wenn es Dir nicht gut geht, wünsche ich Dir sehr / möchte ich Dich einladen, Dir Unterstützung zu holen. Hast Du eine Idee, wer Dir helfen kann? Kennst Du solche Situationen bereits? Was hat Dir da geholfen?..."

Prinzipiell sollte darauf geachtet werden, dass Themen wie (körperliche, psychische oder sexualisierte) Gewalt oder Suizidversuche zwar als Themen angesprochen, jedoch nicht im Detail beschrieben werden. Das kann bei den Teilnehmenden Bilder erzeugt, auf die sie nicht vorbereitet sind oder verdrängte Themen hervorrufen und psychische Krisen auslösen. Stattdessen ist ein Hinweis sinnvoll, dass es Hilfsmöglichkeiten gibt - und welche.



REFERENZEN

Amering, M. & Schmolke, M. (2012). Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit. Köln: Psychiatrie Verlag, 5. überarbeitete Aufl.

Antonovsky, A. (1987). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1997.

Angermeyer, M., Matschinger, H. & Schomerus, G. (2017). 50 Jahre psychiatrische Einstellungsforschung in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis, Vol. 44, No. 07, S. 377-392.

Corrigan, P. W. (2011). Strategic Stigma Change (SSC): Five Principles for Social Marketing Campaigns to Reduce Stigma. In: Psychiatric Services, Vol. 62, No. 8, pp. 824-826.

Corrigan, P. W. (2018). The Stigma Effect: Unintended Consequences of Mental Health Campaigns. New York, Columbia University Press.

Corrigan, P. W., Kundert, C. & Laique, A. (2021). The Impact of Contact and Fame on Changing the Public Stigma of Mental Illness. In: Community Mental Health Journal, Vol. 58, No. 4, pp. 673-678.

Corrigan, P. W., Larson, J., Sells, M., Niessen, N. & Watson, A. C. (2006). Will Filmed Presentations of Education and Contact Diminish Mental Illness Stigma? In: Community Mental Health Journal, Vol. 43, No. 2, pp. 171-181.

Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D. & Rüsch, N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. In: Psychiatric Services, Vol. 63, No. 10, pp. 963-973

Corrigan, P. W., Vega, E., Larson, J., Michaels, P. J., McClintock, G., Krzyzanowski, R., Gause, M. & Buchholz, B. (2013). The California schedule of key ingredients for contact-based antistigma programs. In: Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 36, No. 3, pp. 173-179.

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2019). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Springer Verlag, 2. Aufl.

ExpertInnenrat der Bundesregierung (2015). 10. Stellungnahme des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“ Prävention und Gesundheitsförderung durch Entstigmatisierung. Abrufbar unter <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2332310/d9c4dddc092fd9908b4e3adad7ef07f6/2025-01-28-10-stellungnahme-expertinnenrat-data.pdf?download=1> (letzter Zugriff 05.04.2025).

Finzen, A. (2013). Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen. Köln, Psychiatrie Verlag.

Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2019). Resilienz. München, Ernst Reinhardt Verlag, 5. aktualisierte Aufl.

Goffman, E. (1963). Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main, Suhrkamp, 22. Aufl.

Mauder, R. D. & White, F. A. (2019). Intergroup contact and mental health stigma: A comparative effectiveness meta-analysis. In: *Clinical Psychology Review*, Vol. 72:101749, doi: 10.1016/j.cpr.2019.101749.

NICE – National Institute for Health Care and Care Excellence (2014). Psychosis and schizophrenia in adults. The NICE guideline on treatment and management. Update Edition 2014. London, NICE Clinical Guideline 178. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11681/> (05.08.2025).

Rüsch, N. (2021). Das Stigma psychischer Erkrankung: Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung. München, Elsevier.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. In: *European Psychiatry*, Vol. 20, No. 8, pp. 529-539.

Schomerus, G., Schindler, S., Baumann, E. & Angermeyer, M. C. (2022). Changes in continuum beliefs for depression and schizophrenia in the general population 2011–2020: a widening gap. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 58, No. 1, S. 17-23.

WHO – World Health Organisation (2001). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organisation abrufbar unter. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390> (08.04.2025).

WHO – World Health Organization (2021). Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707> (19.01.2021).

**“Psychische
Gesundheit
ist ein
integraler
Bestandteil
von
Gesundheit;
tatsächlich
gibt es keine
Gesundheit
ohne
psychische
Gesundheit.”**

**World Health
Organization**

FOTONACHWEIS

Titel: Katie Godowski auf Pexels 11213432

Seite 2, 3, 15, 17: Kristina Timmerman

Seite 4, 5: Anti-Stigma-Kampagne Mecklenburg-Vorpommern

Seite 11, 14: Psychiatriewegweiser Mecklenburg-Vorpommern

Seite 12, 16, 17: Tanja Bodendorf

Seite 13: Qualitätsstandard zur Umsetzung des Gesamtplanverfahrens für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen der Landesarbeitsgruppe Gesamtplan-/ Teilhabepanverfahren des Landesverbands Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesverband Sozialpsychiatrie MV e.V.

www.sozialpsychiatrie-mv.de

Carl-Hopp-Straße 19a, 18069 Rostock

Alle Rechte vorbehalten.

V.i.S.d.P.:

Karsten Giertz, Geschäftsführer des Landesverbands

Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.





**LANDESVERBAND
SOZIALPSYCHIATRIE MV E.V.**

2026

