

**Der Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen ins
sozialpsychiatrische Hilfesystem zur Entstigmatisierung
psychischer Störungen**

Bachelorarbeit Sommersemester 2021

An der Hochschule Hannover – Fakultät V – Abteilung Soziale Arbeit

Eingereicht von Noel Geerligs

Erstprüfer: Christian Bremer

Zweitprüfer: Prof. Dr. Michael Eink

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Goffmans Stigmatheorie	3
2.1 Der Begriff des Stigmas	3
2.2 Diskreditierte und Spannungen.....	7
2.3 Diskreditierbare und Informationsmanagement	8
2.4 Die Schwierigkeit des Täuschens	9
2.5 Gruppenausrichtungen und Ich-Identität	12
2.6 Normativität und Stigmatisierung	13
3. Link und Phelans Stigmakonzepktualisierung	14
4. Stigmatisierung psychischer Störungen	18
4.1 Begriff der psychischen Störung und Diagnose	18
4.2 Stigmatisierung durch psychiatrische Fachexpert*innen	22
4.3 Einstellungen in der Bevölkerung.....	24
4.4 Formen und Folgen der Stigmatisierung	26
5. Entstigmatisierung durch Erfahrene und Erfahrungsexpert*innen	32
5.1 Empowerment und Recovery	33
5.2 Begriff der Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen.....	34
5.3 Die Kontakthypothese	36
5.4 Trialogveranstaltungen und Trialog.....	39
5.5 Erfahrene und Erfahrungsexpert*innen in Antistigma-Programmen	43
5.6 Erfahrungsexpert*innen außerhalb von Antistigma-Programmen	47
5.7 Barrieren und Lösungsansätze	51
6. Aufgaben und Möglichkeiten der Sozialen Arbeit	54
6.1 Soziale Arbeit	54
6.2 Soziale Arbeit in der Psychiatrie	58
7. Fazit	61
Literaturverzeichnis	63
Eidesstattliche Erklärung	73

1. Einleitung

In der Bevölkerung ist in den letzten Jahrzehnten die Ansicht, dass Menschen mit psychischen Störungen Stigmatisierung erfahren würden, zurückgegangen (vgl. Angermeyer et al. 2017: 385). Angesichts der hohen Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen von rund 50 % wäre dies eine erfreuliche Entwicklung (vgl. Jacobi/Müllender 2017: 2; vgl. Hengartner 2017: 4). Einer näheren Betrachtung hält diese Annahme jedoch nicht stand: 2011 wurden Zwangsmaßnahmen gegen Menschen mit psychischen Störungen positiver bewertet, als es noch 1993 der Fall war. Auch eine Sterilisation von Menschen mit psychischen Störungen befürworteten in einer Studie immer noch rund 19 % der Befragten, 31 % waren sich ‚nicht sicher‘ (vgl. Angermeyer et al. 2014a: 268).

Die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen scheint daher noch keinesfalls bewältigt zu sein. Ebenso dürfen die Auswirkungen der Stigmatisierung nicht unterschätzt werden. Angesichts der Aussage der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), dass es ohne soziale Teilhabe keine psychische Gesundheit geben könne (vgl. 2020: 2) ist es nicht verwunderlich, wenn beispielsweise Asmus Finzen das Leiden durch Stigmatisierung psychischer Störungen als zweite Krankheit beschreibt (vgl. Finzen 2013: 9). Es kann daher angenommen werden, dass das Stigma psychischer Störungen nicht nur immer noch Bestand hat, sondern einen großen Teil der in dieser Gesellschaft lebenden Menschen zu ihren Lebzeiten maßgeblich negativ beeinflussen wird.

Gerade Klient*innen der Sozialen Arbeit sind häufig vom Stigma psychischer Störung direkt oder indirekt betroffen, auch außerhalb sozialpsychiatrischer Arbeitssettings (vgl. Kröger 2017: 673). Die Auseinandersetzung mit Stigmatisierung lässt sich darüber hinaus auch aus dem professionellen Mandat der Sozialen Arbeit ableiten. Umso wichtiger scheint es, sich gegen diese Form der Stigmatisierung einzusetzen. Wie kann dies jedoch erfolgreich und nachhaltig geschehen? Bei Antistigma-Maßnahmen sei laut Gaebel et al. der Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen zum Standard geworden (vgl. 2010: 26). Thomas Bock geht sogar so weit zu sagen, echte Antistigma-Arbeit könne nur unter Einbezug Betroffener, beziehungsweise Erfahrener, geschehen (vgl. Bock 2020: 8). Eine theoretische Begründung, wieso der Einbezug ein Standard sein müsse, oder echte Antistigma-Arbeit nur unter Einbezug geschehen könne, findet sich selten. Diese Arbeit soll dazu beitragen, diese Lücke zu schließen. Die zentrale Fragestellung lautet: *Wie kann durch den Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen ins sozialpsychiatrische Hilfesystem der Stigmatisierung psychischer Störungen begegnet, beziehungsweise diese reduziert werden?* Der Begriff des sozialpsychiatrischen Hilfesystems wird in dieser Arbeit eher breit ausgelegt, da auch präventive Maßnahmen und Psychiatrieprojekte im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit einbezogen werden.

Um diese Frage zu beantworten, wird zunächst die Stigmatisierung psychischer Störungen in ihren theoretischen Grundlagen erklärt und die Verbreitung sowie Arten und Folgen von Stigmatisierung betrachtet. In diesem Rahmen erfolgt auch eine kritische Diskussion des Begriffs der psychischen Störung, beziehungsweise Krankheit. Als theoretische Grundlagen dienen Goffmans Stigmatheorie und die Konzeptualisierung der Stigmatisierung von Link und Phelan. Aufgrund der unterschiedlichen Machtpositionen erfolgt daraufhin die Betrachtung von stigmatisierenden Einstellungen bei Fachexpert*innen und in der Bevölkerung getrennt.

Der Begriff der Fachexpert*innen wurde in dieser Arbeit statt dem Begriff der ‚Profis‘ oder ‚Professionellen‘ bewusst gewählt, um auch sprachlich Machtasymmetrien keinen Raum zu geben. Er steht dementsprechend – anders als der Begriff der Erfahrungsexpert*innen – für psychiatrisch Tätige, welche nicht aus der Rolle eigener Erfahrungen mit psychischen Krisen heraus arbeiten.

Unter Rückgriff auf diese Grundlagen schließt sich der zweite Teil der Arbeit an, welcher sich mit dem Einfluss der Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen auf Stigmatisierung auseinandersetzt. Dafür wird sich zunächst mit Definitionen von grundlegenden Begriffen wie Recoveryorientierung, Empowerment, sowie Erfahrene und Erfahrungsexpert*innen befasst. Nachdem neben der Recoveryorientierung der Dialog und die Kontakthypothese als Kernprinzipien für den Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen untersucht wurden, schließen sich die realen Umsetzungsmöglichkeiten der Einbindung an. Dabei wird unterschieden zwischen dem Einsatz von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen bei spezifischen Antistigma-Interventionen und den entstigmatisierenden Auswirkungen des Einbezugs von Erfahrungsexpert*innen ins sozialpsychiatrische System. Das Kapitel schließt mit einer Analyse gängiger Barrieren und möglichen Lösungsansätzen für diese.

Zuletzt werden der Bezug zur und die Konsequenzen für die Soziale Arbeit untersucht. Dabei wird überprüft, inwieweit der Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen ins sozialpsychiatrische Hilfesystem zur Entstigmatisierung psychischer Störungen mit dem professionellen Mandat der Sozialen Arbeit übereinstimmt, und es werden Handlungsempfehlungen für Sozialarbeitende aufgestellt. Konkretisierend werden beide Schritte für das Arbeitsfeld der sozialpsychiatrischen Sozialen Arbeit wiederholt. Abschließend werden die Erkenntnisse dieser Arbeit zusammengefasst und die eingangs aufgeworfene Fragestellung zusammenfassend beantwortet.

Die Position und Rolle von Angehörigen kann im Umfang dieser Arbeit leider nicht bearbeitet werden.

2. Goffmans Stigmatheorie

Ein theoretisches Verständnis von Stigmatisierung ist essenziell, um ihre Wirkmechanismen und Folgen für Betroffene nachzuvollziehen und ihnen entgegenwirken zu können. Erving Goffmans Stigmatheorie befasst sich mit grundlegenden Konzepten und den Interaktionsmustern zwischen sogenannten ‚Normalen‘ und ‚Stigmatisierten‘, sowie deren Bewältigungsversuchen. Goffmans Werk stellt die historische Grundlage für nahezu alle weiteren Arbeiten dar, welche sich mit Stigmatisierung beschäftigen (vgl. Finzen 2013: 38; vgl. Finzen 2017a: 30). Sie soll daher im Folgenden eine kritische Betrachtung erfahren.

Anfangs wird zunächst der Begriff des Stigmas, zentrale weitere Begriffe und Goffmans These zum Aufbau des Stigmas erläutert. Anschließend wird das Spannungsmanagement bei Diskreditierten und das Informationsmanagement bei Diskreditierbaren mit seinen Herausforderungen diskutiert. Darauffolgend wird Goffmans Begriff der Ich-Identität und damit auch die persönliche Sicht auf das eigene Stigma näher erklärt. Zuletzt folgt eine kurze Auseinandersetzung mit Normativität und der Funktion von Stigmatisierung.

2.1 Der Begriff des Stigmas

Goffman leitet den Begriff des Stigmas aus dem Griechischen ab: Dort war ein Stigma ein körperlich, meist gewaltsam zugefügtes Symbol, um einen gesellschaftlich ‚fehlerhaften‘ Status zu markieren. Träger eines solchen Symbols seien beispielsweise Sklav*innen, Verbrecher*innen oder Verräter*innen gewesen und sollten daher gemieden werden. Heutzutage werde der Begriff weiterhin in seiner Sinnhaftigkeit als Zeichen über den moralischen Zustand einer Person genutzt, beziehe sich aber zumeist nicht auf eine körperliche Manifestation dieses Zeichens (vgl. Goffman 2014: 9).

Laut Goffman würden die Mitglieder einer Gesellschaft in unterschiedliche Kategorien eingeteilt. Es werde eine Sammlung von Attributen aufgestellt, welche man bei den Mitgliedern einer sozialen Kategorie als inhärent natürliche und gewöhnliche Eigenschaften empfinde. Der soziale Raum wiederum, in dem man sich momentan aufhalte, etabliere welche Personenkategorien vermutlich angetroffen werden könnten. Als Folge daraus werde zu jedem Zeitpunkt anderen Personen ein Attributsspektrum zugeordnet, welches sich nicht zwangsweise an realen Eigenschaften orientiere. Diese Zuordnung geschehe nicht als bewusster ‚erster Eindruck‘, sondern ist eine zunächst unterbewusste, normative Erwartung, die den Anderen fordert, die ihm zugeschriebene Attributionen aufzuzeigen (vgl. ebd.). Goffman spricht hier von den „antizipierten Anderen“ (ebd.: 10).

Diese jeweils nur zugeschriebene erste Charakterisierung, welche sowohl strukturelle Merkmale wie die Art des Berufes, aber auch Charaktereigenschaften vereint, nennt Goffman

virtuale soziale Identität. Diejenigen Attribute, welche der Person tatsächlich bewiesen werden konnten, werden als aktuelle soziale Identität bezeichnet (vgl. Goffman 2014: 10).

Besitze nun eine Person ein evident gewordenes Attribut, welches sie sehr von Angehörigen der ihr zugesprochenen Personenkategorie unterscheidet¹, dabei stark diskreditierend sei und nicht ermögliche, die Person in eine wohlantizipierte, neue soziale Kategorie einzuordnen, so werde dieses Attribut ein Stigma genannt (vgl. ebd.: 10f.).

Stigmata sind also relational. Die Eigenschaft, die für eine Person ein Stigma sei, könne für eine andere normalisierend wirken (vgl. ebd.: 11). Eine Eigenschaft an sich sei also grundsätzlich weder stigmatisierend noch normalisierend.

Diese zunächst gelieferte Definition greift aber zu kurz, ihr fehlt ein wichtiges Element welches Goffman nicht ausdrücklich nennt, aber immer wieder implizit beschreibt. So schreibt er in seiner Begriffsableitung aus dem Griechischen noch, dass dort ein Stigma als Zeichen über den moralischen Zustand der Betroffenen zu verstehen gewesen sei. Das heißt, mit der eigentlichen Eigenschaft werden eine Reihe weiterer negativer Attributionen verbunden und dies erklärt Goffman zu einem späteren Zeitpunkt auch selbst. So schreibt auch Hohmeier:

„Die Wahrnehmung des Merkmals ist mit Vermutung über andere vorwiegend unvoreilhaftige Eigenschaften der Person gekoppelt. Es findet eine Übertragung von einem Merkmal auf die gesamte Person, von den durch das Merkmal betroffenen Rollen auf andere Rollen der Person, den tatsächlich eingenommenen wie den tendenziell einzunehmenden, statt. Diese Zuschreibung weiterer Eigenschaften kennzeichnet Stigmatisierung als Generalisierung, die sich auf die Gesamtperson in all ihren sozialen Bezügen erstreckt. Das Stigma wird zu einem ‚Master Status‘.“ (1975, zit. n. Grausgruber 2005: 21)

Diese Auslegung ist auch stimmiger mit weiteren Stigmadefinitionen von beispielsweise Link und Phelan oder von Jones et al., bei denen ein Stigma ein Attribut oder Mal ist, welches mit einem negativen Stereotyp verbunden wird (vgl. Jones et al. 1984, ref. n. Grausgruber 2005: 22).

Dadurch erklärt sich auch, wieso eine Eigenschaft, die man Stigma nennt, stark diskreditierend ist, eben weil ihr eine ganze Reihe weiterer unerwünschter Eigenschaften zugeschrieben werden und auf deren Basis mit den Betroffenen interagiert wird. Wenn im Weiteren also von Stigma geredet wird, darf dieses nicht nur als diskreditierendes Attribut verstanden werden, sondern als ein Attribut, welches ein Individuum mit einem negativen Stereotyp beziehungsweise weiteren negativen Eigenschaften verbindet und in dieser Gesamtheit und ihrer Unvereinbarkeit mit der virtualen sozialen Identität das Individuum diskreditiert.²

¹ Die aktuelle soziale Identität entspreche also nicht der virtualen sozialen Identität.

² Die Frage, wieso ein bestimmtes Attribut ein Individuum mit einem derart negativen Stereotyp verbindet, wird bei Goffman nicht geklärt.

Nicht von einer Antizipation Abweichende bezeichnet Goffman als ‚Normale‘ (vgl. Goffman 2014.: 13). Dieser Begriff wird zur korrekten Darstellung Goffmans Stigmatheorie in diesem Kapitel in einfachen Anführungszeichen übernommen, ist jedoch selbst Teil einer stigmatisierenden Sprache.

Weiterhin unterscheidet Goffman zwischen den Diskreditierten und den Diskreditierbaren. Als diskreditiert gelte diejenige Person, die annehmen würde, ihre stigmatisierende Eigenschaft sei bekannt, oder zumindest nach außen deutlich erkennbar. Diskreditierbar hingegen sei, wer annehmen würde, es sei weder bekannt noch nach außen erkennbar (vgl. ebd.: 12). Später fügt er auch das tatsächliche Wissen um das Stigma aufseiten der ‚Normalen‘ hinzu (vgl. ebd.: 56). Diese binäre Trennung ist jedoch nur eine konstruierte Sprachhilfe, da sich im Alltag viele Stigmatisierte je nach Situation und Kontext auf einem Spektrum zwischen diskreditiert und diskreditierbar bewegen. Wenn Goffman also diese Begrifflichkeiten nutzt, geht es eigentlich um die Personengruppen, welche sich im Durchschnitt in sozialen Situationen eher auf einer bestimmten Seite des Spektrums aufhalten, oder um eine bestimmte Perspektive.

Menschen mit psychischen Erkrankungen werden sich aufgrund der in der Regel fehlenden sichtbaren körperlichen Manifestation bei Kontakten häufiger als Diskreditierbare wiederfinden. Da dies aber nicht immer der Fall sein muss, wird im weiteren Verlauf auch die Position der Diskreditierten dargestellt.

Sogenannte ‚Normale‘ sähen die Stigmatisierten nicht als vollkommen menschlich an und konstruieren eine Ideologie, welche versuche, die Unterlegenheit von oder Gefährdung durch die Stigmatisierten zu beweisen. Das Stigma diskreditiere in solch einem Ausmaß, dass alle anderen Eigenschaften und die sozialen Ansprüche, die sie eigentlich stellen, dahinter verblassen und ignoriert werden würden (vgl. ebd.: 14). Im Rahmen dieser Begrifflichkeiten würden auch Stigmatermini genutzt und konstruiert werden, die im Alltag über die eigentliche Bedeutung hinaus als Metaphern genutzt werden (vgl. ebd.: 24 f.).³

Goffman erklärt, es gäbe bei Personen mit einem bestimmten Stigma eine ähnliche Lernerfahrung bezüglich ihres Stigmas und ihrer Selbstauffassung. Diese wird in der deutschen Übersetzung als „moralischer Werdegang“ bezeichnet (ebd.: 45). Wie Finzen allerdings anmerkt, handelt es sich dabei um eine ungenaue Übersetzung des eigentlichen Begriffs ‚moral career‘, welcher treffender mit ‚moralische Karriere‘ übersetzt werden sollte (vgl. 2013: 43).

In Anfangsstadium dieser Karriere gäbe es zwei Phasen: In einer Phase würde die gesellschaftliche Ansicht bezüglich eines Stigmas erlernt und verinnerlicht werden. In der anderen

³ Zur Schizophrenie als Metapher siehe beispielsweise Finzen (vgl. 2013: 22-25).

werde gelernt, dass man Träger*in eines bestimmten Stigmas sei und welche realen Auswirkungen dieses auf einen habe. Die Kombination und Abfolge dieser beiden Phasen forme verschiedene Muster im Anfangsstadium der moralischen Karriere (vgl. Goffman 2014: 45f.). Für den Bereich der psychischen Störungen am relevantesten sei Goffmans zweites Muster (vgl. Grausgruber 2005: 22). Bei diesem erfahre oder erhalte der oder die Betroffene den entweder neu auftretenden – oder auch schon lange vorhandenen, aber nicht bewussten – Status als stigmatisierte Person erst, nachdem gesellschaftliche Normalitätsvorstellungen erlernt und verinnerlicht wurden. Der*die Betroffene trägt in sich also dieselben normativen gesellschaftlichen Erwartungen wie alle anderen auch. Daraus folge, wenn auch ungewollt, die Erkenntnis über die eigene Unzulänglichkeit, eben diese Ideale zu erfüllen; Goffman schreibt hier von der Scham aus der Differenz des Ich und des Ich-Ideals (vgl. 2014: 16). Aus diesem Verlauf folge meist ein Problem mit der Neuidentifizierung und eine negative Haltung zu sich selbst (vgl. ebd.: 47 f.). Es ändere sich auch die Beziehung zu anderen ‚Normalen‘ und ebenso Stigmatisierten (vgl. ebd.: 49 f.). Ein Stigma könne aber auch zu einer Ressource werden. Es könne eine Lernerfahrung sein, die einem essenzielle, subjektive Wahrheiten über das Leben bebringe, oder ursprüngliche Konzepte von ‚Normalität‘ erweitere (vgl. ebd.: 20 f.).

Je nach Art und Umstand des Stigmas würden Kontakte zu Personen derselben Stigmakategorie in unterschiedlichen Intensitäten entstehen (vgl. ebd.: 50).

Vor allem bei der Aufnahme in Institutionen wie Psychiatrien werde das Bild des eigenen Stigmas durch den Kontakt verändert. Die innere Diskrepanz zwischen dem Kennenlernen anderer, ebenso Stigmatisierter, und der Erkenntnis, nun zu dieser Gruppe zugehörig zu sein, könne vor allem in der Anfangsphase schwer auszuhalten sein. Gleichzeitig werde dort oft gelernt, dass andere Betroffene grundsätzlich auch nur Menschen seien und die bestehenden Vorurteile diesen Personen nicht gerecht werden würden (vgl. ebd.: 52 f.). Auf Kontakt als Möglichkeit zur Veränderung von Stigmatisierung wird in Abschnitt 5.3 eingegangen. Die weitere moralische Karriere werde davon geprägt, in welcher Art und Intensität die Beziehung zur informellen Gemeinschaft und formellen Organisation der Stigmagruppe besteht. Handele es sich um etablierte Gruppen mit gegebenenfalls langer, eigener Tradition, so sei auch die Menge an annehmbaren Identifikations- und Partizipationsaspekten eine andere, gleichzeitig aber auch der Anspruch der Gemeinschaft an das Individuum (vgl. ebd.). Der Anschluss von Menschen mit psychischen Störungen an Betroffenenengruppen könnte daher das Selbstbild stärken. Goffman zufolge können auch Sekundärerfahrungen wie Literatur ein adäquates Mittel sein, um ein neues Bild auf das jeweilige Stigma – und damit hier auch das eigene Stigma – zu erlangen (vgl. ebd.: 55).

2.2 Diskreditierte und Spannungen

In diesem Abschnitt wird sich mit Diskreditierten und den Folgen dieser Rolle im Alltag beschäftigt. Zunächst wird sich der Rolle der Diskreditierten und damit auch Spannungen und dem Spannungsmanagement zugewandt.

Spannungen im Kontakt mit ‚Normalen‘ seien praktisch vorprogrammiert. Bevor der eigentliche Kontakt beginne, würden bereits oft die Grenzen der Privatsphäre von stigmatisierten Personen überschritten werden. Neben starrenden Blicken und möglicherweise einem visuell erkennbaren Stigma, welches an sich bereits private Informationen preisgeben könne, würden Betroffene immer wieder zur Befriedigung der Neugierde von ‚Normalen‘ auf das angebliche Erkennungsmerkmal ihres Stigmas angesprochen (vgl. Goffman 2014: 26 f.).

Bei jedem Kontakt bestehe weiterhin eine Grundunsicherheit darum, welche Haltung sich und dem eigenen Stigma entgegengebracht werde. Unsicherheit auch deshalb, weil Freundlichkeiten immer auch als oberflächlicher Deckmantel interpretiert werden könnten, welche nur dazu dienten, die stigmatisierende Einstellung gegenüber dem*der anderen zu verbergen (vgl. ebd.: 23 f.). Die Folge sei Unbehagen in Kontakt und Konversation. Betroffene würden entweder in eine fälschliche Personenkategorie eingeordnet, oder einfach missachtet werden. Statt der eigentlichen Interaktion stehe somit die Differenz zwischen dem ‚Ich‘ und der ‚Fremdheit‘ im Mittelpunkt. Kaum zu ignorieren sei die Vermeidung plötzlich tabuisierter Alltagsworte, das beständige ‚Anderswohinstarren‘ und weitere Besonderheiten (vgl. ebd.: 30).

Goffman erklärt:

„Jede mögliche Quelle von Peinlichkeit für den Stigmatisierten in unserer Gegenwart wird zu etwas, wovon wir instinktiv spüren, dass er sich dessen bewusst ist, auch bewusst, dass wir uns dessen bewusst sind, ja sogar bewusst unserer Situation von Bewusstheit hinsichtlich seiner Bewusstheit; dann ist die Bühne bereitet für den unendlichen Regress wechselseitiger Rücksichtnahme, von dem uns die Meadsche Sozialpsychologie zwar das Wie des Beginns, aber nicht das Wie des Aufhörens verrät.“ (ebd.: 29).

Diese Schwierigkeiten im Kontakt bestünden also ebenso für die ‚Normalen‘.

Die aus dem Stereotyp entstehende Realitätsannahme über die stigmatisierte Person führe dazu, dass eigentlich unbedeutende Fertigkeiten und Interessen als Besonderheit herausgestellt werden würden. Eben diese Hervorhebung spiegele aber die eigentliche Erwartung wider, die Person wäre zu eben solch einer eigentlich ‚unbedeutenden Fertigkeit‘ nicht in der Lage. Andererseits würden Fehler oder Fehlleistungen als Ausdruck des Stigmas gedeutet werden, obwohl die Fehler nicht auf das Stigma zurückzuführen seien (vgl. ebd.: 24 f.). Defensive Reaktionen auf die Stigmatisierung seitens der Stigmatisierten würden wiederum als direkter Ausdruck der unerwünschten Eigenschaften gesehen werden und das Stigma dementsprechend als gerechte Genugtuung, beziehungsweise Sanktion, für etwas gesehen, dass die Betroffenen, oder deren zugehöriges Umfeld getan haben sollten (vgl. ebd.: 15).

Die Reaktionen auf diese Spannungen seien vielfältig. Das negative Feedback durch ‚Normale‘ fürchtend, könnten Diskreditierte versuchen, den Kontakt gänzlich zu meiden (vgl. ebd. 23 f.). Statt dem Rückzug oder der Verhaltenskontrolle könne zur Bewältigung auch das feindselige, überkompensierende Verhalten gewählt werden, oder eine abwechselnde Mischung der verschiedenen Strategien (vgl. ebd.: 28).

2.3 Diskreditierbare und Informationsmanagement

Im Gegensatz zu den Diskreditierten, sei der zentrale Konflikt der Diskreditierbaren nicht das Spannungsmanagement zwischen virtueller und aktueller sozialer Identität. Vielmehr gehe es um die Informationskontrolle, die ermögliche, dass es gar nicht erst zu einer Diskrepanz zwischen beiden komme (vgl. Goffman 2014: 56). Es stelle sich die Frage, inwieweit die nicht bekannten Informationen über sich selbst Anderen eröffnet werden und in welcher Form dies geschehen sollte. Zentrales Mittel der Informationskontrolle sei das Täuschen (vgl. ebd.:56 f.).

Für das Täuschen seien Symbole, soziale Informationen sowie die persönliche Identität zentral. Soziale Informationen seien Informationen, die von der jeweiligen Person körperlich, in unmittelbarer Anwesenheit der Empfangenden vermittelt werden und Aufschluss über mehr oder weniger bleibende, charakteristische Eigenschaften geben. Symbole seien als klassische Informationsträger institutionalisierte Zeichen, welche soziale Informationen vermittelten. Symbole könnten auch Sprache oder Verhaltensweisen sein (vgl. ebd.: 58 f.). Sie können in Prestigesymbole und Stigmasymbole eingeteilt werden (vgl. ebd.: 59 f.). In welche Kategorie ein Symbol fällt und ob ein Zeichen überhaupt als Symbol gedeutet wird, hänge dabei immer auch vom Kontext ab. Es gebe eine gewisse Unschärfe, ob ein Zeichen seinen Ursprung beispielsweise im Stigma habe, oder ob es anders verursacht wurde. Weiterhin hänge die Deutungsweise eines Zeichens maßgeblich vom gesellschaftlichen Rahmen und der beurteilenden Person ab (vgl. ebd.: 62 f.).

Oben genannte Symbole könnten sowohl zum Selbstzweck als Symbol getragen werden – denkbar wären hier beispielsweise Abzeichen oder spezielle Tattoos –, könnten aber auch Beiprodukt eines ursprünglich anderen Zweckes sein, wie Narben von selbstverletzendem Verhalten (vgl. ebd.: 60 f.). Wenn auch keine formellen Symbole, so könne und werde auch das personelle Umfeld und deren virtuelle soziale Identitäten als Zeichen genutzt, welches laut Annahme Information über die virtuelle soziale Identität des im Umfeld Befindlichen gibt (vgl. ebd.: 63).

Unter persönlicher Identität versteht Goffman die Kombination eines sogenannten Identitätsaufhängers – wie zum Beispiel der Name, der Körper, ein Ausweis, oder ein Fingerabdruck

bei einer Behörde – und der einzigartigen Zusammenstellung biographischer und charakterlicher Fakten einer Person. Goffman schreibt:

„Persönliche Identität hat folglich mit der Annahme zu tun, dass das Individuum von allen anderen differenziert werden kann und dass rings um dies Mittel der Differenzierung eine einzige kontinuierliche Liste sozialer Fakten festgemacht werden kann, herumgewickelt wie Zuckerwatte, was dann die klebrige Substanz ergibt, an der noch andere biographische Fakten festgemacht werden können.“ (Goffman 2014: 74).

Die persönliche Identität begründet daher im Kontakt die aktuelle soziale Identität. Bei Diskreditierten ist die persönliche Identität in der Art bekannt, – oder Teile ihrer nach außen evident – dass sie die aktuelle soziale Identität so beeinflusst, dass eine Diskrepanz zu der virtualen sozialen Identität entsteht. Bei diskreditierbaren Personen hingegen schlägt sich dieser Teil der persönlichen Identität nicht automatisch in der aktuellen sozialen Identität nieder. Sofern mit Identitätsaufhängern eine bestimmte persönliche Identität – die im Kontakt mit anderen ja jeweils teilweise zur aktuellen sozialen Identität werde – nicht ausreichend belegt werden könne, entstehe die Möglichkeit zum Täuschen. So könne beispielsweise durch Symbole eine soziale Identität begründet werden, welche keine vollständige oder akkurate Widerspiegelung der persönlichen Identität darstellt (vgl. ebd.: 80).

2.4 Die Schwierigkeit des Täuschens

Wenn das Individuum gelernt hätte, welche gesellschaftlichen Standards bestünden und welchen es nicht entspräche, mitsamt den dazugehörigen Folgen, erfolge in einer späteren Phase das Erlernen des Täuschens. Dabei stehe zunächst die Erfahrung, dass das Stigma, welches einem selbst bekannt sei, nicht den anderen in der gleichen Art und Weise auffalle oder geläufig sei (vgl. Goffman 2014: 102 f.). Aus unwissentlichem Täuschen könne versehentliches und später absichtsvolles Täuschen werden (vgl. ebd.).

Goffman zufolge stellt sich die Frage, inwieweit Informationen über das eigene Stigma geteilt werden und dementsprechend auch, wie Täuschungen erfolgen können, um die Information über das Stigma nicht zu teilen und es somit nicht als Teil der persönlichen Identität biographisch bekannt zu fixieren (vgl. ebd.: 85). Denn das Täuschen an sich gehe mit einigen Hindernissen einher: An Individuen bestehe grundsätzlich der Anspruch, bestimmte Informationen über sich Preis zu geben (vgl. ebd.: 83). Diese Erwartung begründe überhaupt erst die Not, aktiv zu täuschen. Gleichzeitig biete das Täuschen die Vorteile, als ‚Normale*‘ gesehen zu werden (vgl. ebd.: 96).

Goffman führt an, dass es in Bezug auf die persönliche Identität wissende und unwissende und damit relevante oder nicht relevante Andere gebe (vgl. ebd.: 85). Es gäbe im Alltagsleben vieler Personen lange Zeiträume, in denen sie betreffende Ereignisse für niemanden der Erinnerung wert sein würden, im Kontakt mit Fremden also beispielsweise nur die aktuelle soziale Identität eine Rolle spiele, nicht aber eine persönliche Identifizierung und damit ein Kontakt zur persönlichen Identität geschaffen werde (vgl. ebd.: 88 f.). Es bei diesen

Kontakten der ‚Nicht-Identifizierung‘ zu belassen, biete eine Möglichkeit der Informationskontrolle. Es gibt jedoch immer Situationen, in denen das eigene Stigma trotz sonstiger Diskreditierbarkeit nach außen hin sichtbar wird oder gemacht werden muss, beispielsweise bei Besuch einer psychiatrischen Beratungsstelle. Die Gefahr besteht aber darin, in diesen Momenten auf Personen zu treffen, die in der Lage sind, eine persönliche Identifizierung zu vollziehen. Die Informationskontrolle, bei der möglichst nur Kontakte der ‚Nicht-Identifizierung‘ gesucht werden, könne aber auch in der Art wirken, dass Gruppen von Angehörigen der eigenen Stigmakategorie gemieden werden. So sollen eine wechselseitige Identifizierung durch Angehörige dieser in der Öffentlichkeit sowie die potenzielle Frage nach dem Grund der gegenseitigen Bekanntheit vermieden werden (vgl. Goffman 2014: 87 f.). Damit einhergehend reduzieren sich die Möglichkeiten zum Austausch über das Stigma, oder der Aufbau zu Beziehungen mit sympathisierenden Anderen. Es könne sogar gänzlich versucht werden, neue Kontakte zu vermeiden, da sie zu einer Offenbarung des Stigmas führen könnten (vgl. ebd.: 111). Man kann daher annehmen, dass Stigmatisierung soziale Kontakte reduziert und als Barriere zum Hilfesystem fungieren kann.

Generell erfolge die Täuschung beim Stigmabesitz aber nur selektiv. So werde einigen Personenkategorien das eigene Stigma offen dargelegt, während es vor anderen systematisch versucht werde zu verbergen (vgl. ebd.: 95). Bei psychiatrischen Interventionen, dem Kontakt mit Ärzt*innen, Krankenkassen, der Polizei, oder der Justiz müssen psychische Erkrankungen beispielsweise zum Teil offenbart werden, – auch weil Stigmasymbole dies teils erfordern –, in Arbeitskontexten oder dem privaten Umfeld wird hingegen eher von Täuschung Gebrauch gemacht.

Ob getäuscht werde oder nicht, könne weiterhin zu einem inneren Konflikt führen, denn auf der einen Seite sei die Enthüllung aufgrund des gegebenenfalls privaten Charakters möglicherweise gesellschaftlich unangemessen oder nachteilhaft, auf der anderen Seite würden Beziehungen „durch das gegenseitige Bekenntnis unsichtbarer Mängel ratifiziert“ (ebd.: 95). Der Akt des Täuschens könne auch dazu führen, dass sich in Lügen verstrickt werde, dass die ungefilterte Meinung zu Personen der eigenen Gruppe von ‚Normalen‘ erfahren werde, dass die Tatsache des Täuschens als Mittel zur Erpressung genutzt werde, oder dass die Diskreditierung durch die Offenlegung der Täuschung umso größer werde, je komplexer und langanhaltender die Täuschung aufgebaut sei (vgl. ebd.: 107 f.).

Auch kann das, was eigentlich auf das Stigma begründende Attribut zurückzuführen wäre, aufgrund der Täuschung als ein anderes unerwünschtes Attribut durch Beobachtende interpretiert werden (vgl. ebd.: 107). Ein Beispiel dafür wäre, wenn Medikamentennebenwirkungen als Trunkenheit gedeutet werden.

Die Angst entdeckt zu werden, Gefühle von Selbstverachtung und Illoyalität die entstehen, da kein Einwand gegen negative Bemerkungen bezüglich der eigenen Stigmakategorie

erhoben werden könne ohne sich zu offenbaren und der Wandel von Routineangelegenheiten zu Managementproblemen, würden weitere die Psyche belastende Effekte des Täuschens sein (vgl. Goffman 2014: 111–113).

Eine Art des Täuschens sei auch das Verstecken von Stigmasymbolen. Beispielhaft sei das Auswählen von unauffälligen Körperstellen für den intravenösen Substanzkonsum, um Narben und Einstichmarkierungen zu vermeiden (vgl. ebd.: 117). Denkbar ist auch das Tragen langer Kleidung oder Übersminken zur Verhüllung von Zeichen selbstverletzenden Verhaltens, oder das Tragen weicher Kleidung, um Folgen von Essstörungen zu verstecken. Daran angelehnt kann auch versucht werden, die Zeichen des Stigmas als Zeichen eines weniger diskreditierenden Attributs darzustellen.

Zur Informationskontrolle könnten auch selektive Gruppen geschaffen werden, in denen das Stigma bekannt ist (vgl. ebd.: 120). Dadurch würden andere, oft nahestehende Personen beim Täuschen, beziehungsweise dem Erhalt des Status als Diskreditierbare*r, unterstützen (vgl. ebd.: 122 f.). Diese Helfer*innen seien sympathisierende Andere, welche Betroffene als menschlich und grundsätzlich ‚normal‘ betrachteten (vgl. ebd.: 30 f.).

Sympathisierende Andere sind oft Angehörige derselben Stigmakategorie. Diese fänden sich meist in kleinen Sozialgruppen zusammen, welche durch Vertreter*innen repräsentiert werden (vgl. ebd. 33–35). Diese Vertreter*innen würden entweder Angehörige der Stigmakategorie oder ‚normale‘ sympathisierende Andere sein, die öffentlichkeitswirksam agieren oder Anliegen der Gruppe vortragen. Funktion der Vertreter*innen sei klassischerweise die Beeinflussung der Gesellschaft zur Nutzung milderer sozialer Bezeichnungen für die jeweilige Kategorie, aber auch das Unterstützen von Publikationen verschiedener Arten, um auf Missstände und Stigmatisierung, oder auf Erfolgsgeschichten aufmerksam zu machen (vgl. ebd.: 36 f.). Stigmatisierung könne auf sympathisierende Andere abfärben, was Goffman als ‚Ehrenstigma‘ bezeichnet. Diese Tendenz führe allerdings möglicherweise auch dazu, solche sozialen Verbindungen systematisch zu meiden (vgl. ebd.: 42 f.).

Die Informationskontrolle kann also, genau wie das Stigma selbst, über die eigentlichen Betroffenen hinaus gehen. In der Regel sind somit Angehörige oder Fachexpert*innen durch das ‚Ehrenstigma‘ oder der Hilfe bei Informationskontrolle ebenso den Folgen von Stigmatisierung ausgesetzt.

Eine letzte Form der Informationskontrolle sei die eigenständige Veröffentlichung von Informationen. Goffman spricht hier von der Aufgabe des Informationsmanagements, hin zum bereits erläuterten Spannungsmanagement (vgl. ebd.: 126). Dies sei auch durch konstantes Tragen eines Stigmasymbols möglich. Diese Form, möglicherweise die zum Teil auf der Einstellung beruhe, dass Selbstakzeptanz und -respekt damit einhergehe, seinen

scheinbaren ‚Fehler‘ nicht zu verheimlichen, sei eine – zumeist letzte – Phase der bereits erwähnten moralischen Karriere (vgl. Goffman 2014: 128). Die eigenständige, unterstützte Veröffentlichung als Methode der Antistigma-Arbeit wird auch in Abschnitt 5.5 behandelt.

2.5 Gruppenausrichtungen und Ich-Identität

Goffman stellt den Begrifflichkeiten der sozialen Identitäten und der persönlichen Identität, welche beide primär der Definitionsmacht anderer Personen unterworfen seien, die Ich-Identität gegenüber, welche vor allem auf dem eigenen subjektiven Bild basiere (vgl. Goffman 2014: 132). Das Konzept der Ich-Identität erlaube uns zu betrachten, was das Individuum über das Stigma und sein Management empfinden mag (ebd.: 133). Die Ich-Identität sei allerdings nur scheinbar eine rein subjektiv gebildete, eigene ‚Lebensphilosophie‘. Vor allem sei sie eine durch soziale Erfahrungen erhaltene und von äußeren Gruppen diktierte Haltung (vgl. ebd.: 136 f., 140). Verhaltensnormen und Ansichten zum eigenen Stigma könnten dabei größtenteils entweder an der Gruppe der gleichfalls Stigmatisierten ausgerichtet sein oder an der Gruppe der ‚Normalen‘. Goffman bezeichnet dies als In-Group- und Out-Group-Ausrichtungen (vgl. ebd.: 140, 143).⁴ Themen, die durch diese Ausrichtungen behandelt werden, seien:

„Ein wünschenswertes Muster von Enthüllen und Verbergen [...]; Formeln, wie man mit heiklen Situationen fertig wird; die Hilfe, die man seinesgleichen gewähren sollte; der Typus von Fraternisierung mit Normalen, an den man sich halten sollte; die Arten von Vorurteilen gegen seinesgleichen, die man ignorieren, und die Arten, die man offen attackieren sollte; das Ausmaß, in dem man sich als eine Person, so normal wie jeder andere, präsentieren sollte, und das Ausmaß, in dem man für sich eine leicht andersartige Behandlung beanspruchen sollte; die Fakten über seinesgleichen, auf die man stolz sein sollte.“ (ebd.: 136 f.)

Es besteht die Möglichkeit, dass Aspekte beider Ausrichtungen, je nach Situation, in unterschiedlicher Intensität aufgegriffen werden. Beide Zuordnungen könnten jedoch auch negative Folgen haben:

Bei der In-Group-Ausrichtung könnte durch Vertreter*innen behauptet werden, Betroffene würden nur der In-Group angehören, andere Gruppen seien ‚nicht real‘ und man müsse sich diesen gegenüber aktiv präsentieren, diese sogar zum Teil als Gegenspieler oder Feind betrachten (vgl. ebd.: 140, 142). Hier ergebe sich allerdings das Problem, dass – sofern es das Ziel des oben genannten Verhaltens sei, die Gruppe vom Stigma zu befreien – einerseits das Individuum sein eigenes Leben durch diese Politisierung erst recht ‚entnormalisiere‘ und andererseits die scheinbare Andersartigkeit von sich und den Mitstigmatisierten und deren Zusammengehörigkeit als Gruppe verstärkt etabliere, auch wenn so durch die Klarheit in sozialen Interaktionen möglicherweise Entspannung geschaffen werde. Goffman stellt aber

⁴ Verschiedene Gründe, die eher zu einer In-Group-Ausrichtung, oder eher zu einer Out-Group-Ausrichtung führen können finden sich bei Goffman (vgl. 2014: 133–136).

auch heraus, dass Bemühungen solcher Art zu mehr langfristiger Akzeptanz der Stigmakategorie führen könnten (vgl. Goffman 2014: 140 f.).

Dem gegenüber stehe die Out-Group Ausrichtung, bei der sich an Personen außerhalb der eigenen Stigmakategorie orientiert werde (vgl. ebd.: 143). Bei dieser würde das Individuum zum Teil aufgefordert werden, sich selbst als Mensch wie jeder andere auch zu sehen und sich weder für sein ‚Gebrechen‘ zu schämen, noch es zu verstecken. Sofern die Person in einigen Situationen Ausschließung erfahren würde, sei dies ja nur eine Ausschließung aus einem Bereich des sozialen Lebens und nicht aus dem gesamten sozialen Leben. Folglich müssten auch die für alle Menschen geltenden gewöhnlichen Standards durch harte Arbeit und Selbsttraining möglichst vollkommen erfüllt werden (vgl. ebd.: 144). Die Orientierung an den ‚Normalen‘ bedeute auch, dass in sozialen Spannungssituationen möglichst die Spannung, die ‚Normale‘ empfinden, bearbeitet werden solle. Sie sollten dafür freundlich unterstützt und ‚feinfühlig umerzogen‘ werden. Spannungssituationen könnten durch Humor aufgebrochen und angebotene Hilfen oder Fragen – auch wenn sie grenzüberschreitend seien – angenommen oder beantwortet werden, um das Gefühl zu vermitteln, dass die ‚Anderen‘ sich wahrhaftig richtig und gut verhalten würden. Eben dadurch, dass die ‚Normalen‘ die Situation dann als gewöhnlich und weniger außergewöhnlich erlebten, profitiere auch das stigmatisierte Individuum (vgl. ebd.: 145, 147).

Goffman kritisiert diese Ausrichtung, da es sich nur um eine scheinbare Akzeptanz handle. Während die betroffene Person sich selbst als den ‚Normalen‘ grundlegend gleich sehen soll, würde zugleich gefordert werden, sie solle jede Situation oder Forderung meiden, in dem die ‚Normalen‘ Schwierigkeiten haben könnten, dieser Ansicht zuzustimmen (vgl. ebd.: 150–152). Die Stigmatisierung besteht in dieser Art also weiterhin. Goffman merkt aber auch an, dass ironischerweise eben diese Haltung noch am meisten ermöglicht, ein (scheinbar) ‚normales‘ Leben zu führen (vgl. ebd.: 152).

Es kann jedoch auch produktive Zwischenformen geben, welche in Abschnitt 5.3 behandelt werden.

2.6 Normativität und Stigmatisierung

Zuletzt geht Goffman auf die Funktion von Stigmata ein. So gäbe es zuerst eine allgemeine Funktion, „die Funktion nämlich, unter denjenigen Unterstützung für die Gesellschaft zu gewinnen, die nicht von ihr unterstützt werden“ (Goffman 2014: 171). Das bedeutet, Stigmatisierungsprozesse dienen dazu, auch diejenigen, die nicht die allgemeingeltenden gesellschaftlichen Identitätsnormen erfüllen, dazu zu bringen, trotz dieses Umstands an jenen Normen ebenso festzuhalten, wie alle anderen es tun. Stigmata könnten aber auch weitere, spezifischere Funktionen haben, die sich je nach Art des Stigmas unterscheiden. Beispielhaft sei die Stigmatisierung zur formalen sozialen Kontrolle oder das Ausschalten

von anderen konkurrierenden ethnischen Gruppen (vgl. Goffman 2014: 171). Einen weiteren Erklärungsansatz liefern Prüß et al.: Ein impliziter Konsens über das, was das ‚Menschsein‘ von anderen Spezies unterscheidet, sei unser Verstand und unsere Vernunft. Psychische Störungen als Muster gestörter Wahrnehmung und Unvernunft gingen jedoch dieser Selbstzuschreibung entgegen (vgl. Prüß et al. 2013: 124 f.). Die Möglichkeit, Menschen mit psychischen Störungen abzuwerten, aus der eigenen Gruppe der ‚normalen‘ und ‚gesunden‘ Menschen auszuschließen, könne demnach als Wiederherstellung der positiven Zuschreibung der eigenen Gruppe verstanden werden (vgl. ebd.: 124). Je mehr negative Eigenschaften ihnen zugeschrieben werden, desto mehr entfernen sich die ‚psychisch Kranken‘ von der Restgesellschaft und desto weniger müssen psychische Störungen und Krisen als Teil der *Conditio Humana* akzeptiert werden.

Eine kritische Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Identitätsnormen findet sich bei Goffman jedoch kaum. Alle genannten Prozesse der Stigmatisierung, des Spannungsmanagements und der Informationskontrolle werden als Mittel zum Erhalt der allgemeinen Identitätsnormen beschrieben. Gerade diese Prozesse und Handlungen führen allerdings zur Reproduktion der allgemeinen Identitätsnormen und damit auch zur weiteren Stigmatisierung. Die Bildung und Aufrechterhaltung von Normativitätsannahmen werden schlichtweg nicht, oder nur in Nebensätzen, thematisiert. Woher die Erwartung des ‚Normalen‘ eigentlich kommt, findet keine Erwähnung. Dementsprechend wird auch die Auflösung von gesellschaftlichen Identitätsnormen von Goffman nicht behandelt und damit auch nicht die Frage, inwiefern und wie eine Auflösung von Stigmatisierung überhaupt möglich ist.

Finzen beispielsweise positioniert sich hier klarer und sagt, es sei „eine gefährliche Illusion zu glauben, Stigmatisierung als soziales Phänomen könne aufgehoben werden“ (2013: 42). In dieser Arbeit wird jedoch die Auffassung von Gaebel geteilt, dass die Stigmareduktion über verschiedene – wenn auch herausfordernde – Mechanismen möglich und nötig ist (vgl. Gaebel/Priebe 2005: 218). Ansätze hierfür ergeben sich unter anderem aus der Stigmakonzepualisierung von Link und Phelan.

3. Link und Phelans Stigmakonzepualisierung

Während Goffman sich vor allem mit den Interaktions- und Bewältigungsmustern von stigmatisierten Menschen beschäftigte, beschreibt Link und Phelans Stigmakonzepualisierung eher den gesellschaftlichen Prozess der Stigmatisierung. Sie stellt eine differenzierte Ergänzung zu Goffmans Werk dar und ihr modifizierter Etikettierungsansatz gilt auch 20 Jahre nach Veröffentlichung noch als eines der einflussreichsten Modelle in der Stigmaforschung (vgl. Zäske 2017: 142). Im Folgenden wird ihr Ansatz kontextualisiert, in seinen Kernaussagen dargestellt und Besonderheiten verdeutlicht werden.

Bereits 1989 wandte sich die Arbeitsgruppe um Bruce Link und Jo Phelan erstmals gegen die damals populäre Idee, dass Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht relevant oder nur ein Resultat ihres eigenen Verhaltens sei (vgl. Link et al. 1989: 400 f.). Dazu brachten sie den sogenannten modifizierten Etikettierungsansatz hervor, der auf der Grundlage von Scheffs⁵ Etikettierungsansatz basiert. Die Konzeptualisierung wurde 2001 weiterentwickelt und popularisiert.

Ziel war die Abkehr von der dominanten sozialpsychologischen Forschung, indem sie wieder zu einer soziologischeren Perspektive zurückkehrten und dabei mehrere gängige Kritikpunkte auflösten (vgl. Link/Phelan 2001: 364). Ihre Definition sollte verschiedene bereits existierende Verständnisse des Stigmabegriffs ineinander vereinen, ohne dabei an Nützlichkeit zu verlieren oder von der damaligen Verwendung des Stigmabegriffs abzuweichen. Damit wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass sogar Goffman selbst in seinem 1963 veröffentlichten Werk teilweise unterschiedliche oder sich widersprechende Stigma-Definitionen genutzt hat, wie in Abschnitt 2.1 erläutert wurde. Die akkurate Einteilung in differenzierte Teilprozesse, welche das Stigma begründen, – wie die Etikettierung, Stereotypisierung, Exklusion und Diskriminierung – vermeide, dass der Stigmabegriff genutzt werde, um nur einen dieser Teilprozesse zu beschreiben (vgl. ebd.: 377).

Die Konzeptualisierung orientiere sich vor allem an der Nützlichkeit und erkläre nicht jeden Aspekt der Stigmatisierung, beispielsweise gehe sie nicht auf mögliche evolutionäre Ursprünge ein (vgl. Link/Phelan 2010: 579). Die Autoren definierten vier verbundene Merkmale, die chronologisch in den Stigmatisierungsprozess eingeordnet werden könnten: Stigmatisierung trete auf, wenn Elemente von Etikettierung, Stereotypisierung, Abgrenzung, Statusverlust und Diskriminierung in einer Machtsituation zusammentreffen, die es ermöglicht, die Komponenten von Stigma zu entfalten (vgl. Link/Phelan 2001: 367). Im Folgenden sollen diese vier Elemente näher erläutert werden.

Etikettierung: Zwar gäbe es immer Unterschiede zwischen Menschen, viele davon würden jedoch gar nicht beachtet werden und hätten in sozialen Kontexten keine Auswirkungen. Es gäbe dementsprechend eine Selektion von Unterscheidungsmerkmalen, die einen gesellschaftlichen Unterschied konstituierten, oder dies nicht täten. Die genutzten Kategorisierungen würden stark simplifizierend sein. Nuancen gingen hier bereits verloren. Attribute, die in dem spezifischen soziokulturellen Kontext als etwas betrachtet werden, was eine Unterscheidung schafft, werden dementsprechend nicht einfach nur als Attribut benannt, sondern als ‚Etikett‘ (vgl. ebd.: 268). ‚Attribut‘ impliziere eine tatsächliche Eigenschaft, während ein Etikett zugeordnet wird und generalisierend sei. Die Etikettierung ‚psychisch krank‘ basiere

⁵ Dazu Scheff (vgl. 1999).

dementsprechend auf einer bereits früh im Leben durch die Sozialisierung erworbenen Idee darüber, was es bedeute und welchen sozialen Stellenwert es habe psychisch krank zu sein (Link/Phelan 2010: 573). Hier findet sich eine Überschneidung zur ersten Phase der moralischen Karriere bei Goffman.

Stereotypisierung: Bei der Stereotypisierung werden dem eigentlichen Etikett weitere Stereotype zugeordnet. Dieser Aspekt des Stigmas ist bei Goffman sehr dominant und wurde dort ausführlich eruiert. Dabei handele es sich meist um automatische kognitive Prozesse. Stereotypisierung sei wichtig, um im Alltag schnell Entscheidungen zu treffen, hätte aber auch fatale Konsequenzen (vgl. Link/Phelan 2001: 369 f.)

Abgrenzung: Ähnlich wie in Abschnitt 2.6 angesprochen geht mit Stigmatisierung eine Abgrenzung von der Eigengruppe einher. Der Unterteilung in ‚Sie‘ und ‚Uns‘ folge immer die Implikation, dass die ‚Gruppe der Anderen‘ für die eigene Gruppe eine Gefahr oder Benachteiligung bedeuten könne (vgl. ebd.: 370). Diese Gefahr werde über die vorhergegangenen Stereotypen, die nicht als Stereotypen, sondern als Wahrheiten wahrgenommen werden, begründet. Gleichzeitig ermögliche diese selbstwertdienliche Distanzierung zur Fremdgruppe, die ja wie auch Goffman sagte als nicht ganz menschlich wahrgenommen werde, ihr noch weiteren Stereotype anzudichten (vgl. ebd.: 370).

Statusverlust und Diskriminierung: Der Statusverlust und die Diskriminierung müssten nach Link und Phelan als Teil des Stigmas gesehen werden. Sie seien keine mögliche Folge, sondern immer eine notwendige Bedingung, damit man von Stigmatisierung sprechen könne (vgl. ebd.: 370 f.). Dies trifft auch auf Goffmans Diskreditierbare zu, welche wie in Kapitel 2 beschrieben auch ohne direktes Zutun anderer durch das internalisierte Stigma und das antizipierte Stigma ihr eigenes Leben einschränken und für andere unbewusste Abwertung erfahren.

Ein wichtiges Framing für diese Faktoren sei – und an dieser Stelle erweitern die Autoren Goffmans Stigmakzept maßgeblich –, dass die Faktoren unter Zuhilfenahme sozialer, ökonomischer und politischer Macht realisiert werden (vgl. ebd.: 367). In einigen Fällen sei die Rolle der Macht bei der Stigmatisierung offensichtlich. Beispielhaft kann die Macht der Nazis zur Stigmatisierung der Juden genannt werden (vgl. ebd.: 375). Andere Fälle seien jedoch weniger auffällig. Wenn Patient*innen Pfleger*innen etikettieren, dem Etikett negative Stereotype zuordnen und sich ihnen deswegen gegenüber feindseliger verhalten, führe das noch nicht zu einer Stigmatisierung der Pflege, weil dazu die Macht fehle. Zur Machtidentifizierung schlagen Link und Phelan folgende Frage vor:

„Haben die Menschen, die stigmatisieren könnten, die Macht, dafür zu sorgen, dass die von ihnen erkannte und etikettierte menschliche Andersartigkeit in der Kultur weithin identifiziert wird? Haben die Menschen, die stigmatisieren könnten, die Macht, sicherzustellen, dass die Kultur die Stereotypen, die sie mit den gekennzeichneten Unterschieden verbinden, anerkennt und zutiefst akzeptiert? Haben die Menschen, die stigmatisieren könnten, die Macht,

„uns‘ von ‚ihnen‘ zu trennen und dafür zu sorgen, dass die Benennung bestehen bleibt? Und kontrollieren diejenigen, die stigmatisieren könnten, den Zugang zu wichtigen Lebensbereichen wie Bildungseinrichtungen, Arbeitsplätzen, Wohnraum und Gesundheitsfürsorge, um die von ihnen gezogenen Unterscheidungen wirklich konsequent durchzusetzen?“ (Link/Phelan 2001: 276, Übers. des Verf.).

Können diese Fragen verneint werden, so sei es möglich, dass zwar einige der kognitiven Komponenten von Stigmatisierung vorhanden sind, nicht aber Stigmatisierung im herkömmlichen Sinne stattfindet (vgl. Link/Phelan 2001: 376). Hieraus ergibt sich auch die Herausforderung bei der Stigmabekämpfung: Versuche man nur einzelne Wirkmechanismen der Stigmatisierung aufzulösen oder zu umgehen, würden diesen, solange das Machtgefälle vorherrsche, einfach durch einen anderen Stigmatisierungsmechanismus ersetzt werden können. Einzelne zielgruppenspezifische Interventionen seien wegen ihrer Simplität verführerisch, aus eben demselben Grund aber zum Scheitern verurteilt. Link und Phelan ziehen daher zwei Konsequenzen: Erstens müsse jeder Antistigma-Ansatz verschiedene Facetten und Ebenen von Stigmatisierung beachten.⁶ Zweitens und deutlich wichtiger, müsse die fundamentale Grundlage von Stigmatisierung beeinflusst werden – und damit entweder die tief verankerten Überzeugungen der machthabenden Gruppen geändert, oder ihre Macht in Bezug auf Etikettierung, Stereotypisierung und Diskriminierung verringert, beziehungsweise die Macht der Betroffenen gestärkt werden (vgl. ebd.: 381).

Der Ansatz von Link und Phelan verdeutlicht zudem, dass Stigmatisierung in verschiedenen Abstufungen existieren kann. So kann die Anzahl der verbundenen negativen Stereotype, die Stärke der Verbindung zum Etikett, der Grad der Exklusion und der Diskriminierung oder der gesellschaftlichen Macht unterschiedlich sein. Damit verbunden sind ‚Stigmatisierte‘ nicht, wie der Begriff implizieren mag, passive Rezipienten.

„Wir können sehen, dass Menschen in stigmatisierten Gruppen aktiv verfügbare Ressourcen nutzen, um sich den stigmatisierenden Tendenzen der mächtigeren Gruppe zu widersetzen und dass es in dem Maße, in dem sie dies tun, unangebracht ist, sie als passive Empfänger von Stigma darzustellen.“ (ebd.: 378, Übers. des Verf.).

Die Auswirkungen von Stigmatisierung dürften jedoch nicht nur in ihrem direkten Umfeld betrachtet werden. Ein geringerer Status in einem Lebensfeld habe zur Folge, dass Betroffene auch in anderen Lebensfeldern einen Statusverlust erfahren. Der Statusverlust selbst könne somit unabhängig von der eigentlichen negativen Stereotypisierung eigenständig zu weiterer Diskriminierung führen (vgl. ebd.: 373). Diese Auswirkungen dürften nicht vergessen werden, auch wenn sie durch ihre scheinbare Distanz zur Etikettierung und negativen Attribuierung weniger mit der Stigmatisierung in Verbindung gebracht werden mögen (vgl. ebd.).

Link und Phelan haben eine bedeutende Erweiterung zu Goffmans Stigmatheorie im Hinblick auf das Verständnis und zu Möglichkeiten einer Bearbeitung von Stigmata geschaffen.

⁶ Dazu auch Gaebel et al. (vgl. 2010: 67–70).

4. Stigmatisierung psychischer Störungen

In den vorangegangenen Abschnitten wurde vor allem auf theoretische Aspekte von Stigmatisierung eingegangen. So wurde Goffmans Stigmatheorie, welche bis heute die Stigma-literatur prägt, samt wichtigen Konzepten und Begriffen analysiert und dargestellt. Goffmans Stigmaansatz wurde durch den modifizierten Etikettierungsansatz und der Konzeptualisierung des Stigmabegriffs, hauptsächlich durch Link und Phelan, erweitert. Dabei fanden sich im Einzelnen bereits Anwendungen auf den Bereich der psychischen Störungen.

In diesem Kapitel soll konkreter beantwortet werden, was der Begriff der psychischen Störung meint, wer wichtige stigmatisierende Akteure sind – hier unterteilt in Fachexpert*innen und die Allgemeinbevölkerung –, welche Formen Stigmatisierung annehmen kann und welche Folgen diese für Betroffene haben.

Der Fokus der folgenden Abschnitte liegt dabei auf psychischen Störungen und ihrem Stigma im Allgemeinen und nicht auf spezifischen Diagnosen. Dies hat mehrere Gründe: So sind, wie auch schon durch die Darstellung der Stigmatheorien im Ansatz gezeigt werden konnte, Ursachen und Folgen zu großen Teilen diagnoseübergreifend. Auch die genaue Diagnose von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen spielt, wie in Abschnitt 5.3 weiter ausgeführt wird, im Kontakt zur Entstigmatisierung nur eine geringe Rolle. Ebenso sind die meisten Antistigma-Interventionen diagnoseübergreifend (vgl. Gaebel et al. 2010: 26).

Darüber hinaus ist die fachlich zumindest kritikwürdige Konzeptualisierung einzelner Diagnosen erwähnenswert, wie auch die lebensweltlich-biografische Diskontinuität und Varianz von Diagnosen bei Betroffenen.⁷ Die fachliche Konzeptualisierung wird im nächsten Abschnitt genauer untersucht.

Es soll Betroffenen jedoch nicht abgesprochen werden, dass unterschiedliche Diagnosen mit unterschiedlichen Stigmaerfahrungen einhergehen können. Trotz des diagnoseübergreifenden Ansatzes werden Unterschiede dementsprechend teilweise aufgegriffen, ihnen kann aber nicht vollumfänglich Rechnung getragen werden.⁸

4.1 Begriff der psychischen Störung und Diagnose

Eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Stigmatisierung aufgrund psychischer Störungen erfordert eine Auseinandersetzung mit der Konzeptualisierung psychischer Störungen und Diagnosen. Wie auch in Kapitel 3 erklärt wurde, handelt es sich beim Etikett der psychischen Störung nicht um eine rein objektive Bestimmung, die unabhängig von Gesellschaft und Kultur verläuft, sondern ist als Etikett vor allem ein Produkt der Gesellschaft (vgl. Finzen 2018: 22 f., 27). Eine nähere Erläuterung des Begriffs ist dementsprechend auch

⁷ Dazu auch Maier (vgl. 2017: 40–44), Finzen (vgl. 2018: 135–140) und Rüschi (vgl. 2021: 11).

⁸ Dazu Rüschi (vgl. 2021: 114–146) und Henderson (vgl. 2017).

eine Erläuterung des Etiketts der psychischen Störung. In der Allgemeinbevölkerung sei oft die Rede von psychischen Krankheiten, wenn Verhalten nicht nachvollziehbar oder normabweichend scheine (vgl. Finzen 2018: 13). In der psychiatrischen Wissenschaft hingegen ist der Begriff, trotz des häufigen Gebrauchs und der zentralen Stellung, nur schwer zu fassen und zu konzeptualisieren (vgl. Rüschi 2021: 11; vgl. Heinz 2015a; vgl. Finzen 2018).

Weltweit werden die Klassifikationssysteme ICD-10 Kapitel V und das DSM-V zur Diagnostikstellung genutzt. ICD-10 und DSM-V verwerfen den Begriff der psychischen Krankheit und beziehen sich nur auf psychische Störungen (vgl. Dilling et al. 2015: 26; vgl. Finzen 2018: 31, 83). Damit soll der biopsychosozialen Natur psychischer Störungen Rechnung getragen werden, anstatt nur einem medizinisch-biologischen Verständnis (vgl. Kröger 2017: 673). So führt die Vorstellung psychischer Störungen als biologische Phänomene zu stigmatisierenden Einstellungen (vgl. Schomerus et al. 2014; Angermeyer et al. 2011). Vorstellungen von psychischer Gesundheit und Krankheit als Kontinuum hängen hingegen mit weniger stigmatisierenden Einstellungen zusammen (vgl. Peter et al. 2021: 722 f.).

Trotz der eigentlich zentralen Stellungen findet sich weder im ICD-10 Kapitel V noch im Lexikon zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störung eine tiefgehende Begriffsbestimmung der psychischen Störung (vgl. Dilling 2009). Das ICD-10 vermerkt nur, dass eine psychische Störung als „klinisch erkennbare[r] Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten“ (Dilling et al. 2015: 26) verstanden werden könne, der mit Funktionsbeeinträchtigungen auf der Individual- und Gruppenebene einherginge. Rein soziale Abweichungen oder Konflikte ohne persönliche Beeinträchtigungen sollten jedoch nicht unter den Begriff der psychischen Störung fallen. Kröger beschreibt im Fachlexikon der Sozialen Arbeit psychische Störungen als Verhaltens- und Erlebensmuster, die Wahrnehmung, Denken, emotionale Regulationsmöglichkeiten und Kompetenzen der zwischenmenschlichen Interaktion beeinflussen und zu Leid sowie zu Beeinträchtigung zentraler Lebensbereiche für Betroffene und Umstehende führen (vgl. Kröger 2017: 673). Die Störung wird hier eher bei Betroffenen verortet. Für den Begriff psychischer Störungen setzt Heinz differenzierter als Bedingungen einen ausgeprägten Leidenszustand und/oder eine schwere Beeinträchtigung sozialer Teilhabe voraus, welche – sollte man von psychischen Krankheiten sprechen – auch mit einer Beeinträchtigung universell lebenswichtiger Funktionen einhergingen (vgl. Heinz 2015a: 349 f.; vgl. Heinz 2015b: 40 f.).

Daran angelehnt beschreibt Rüschi eine gängige Nutzung des Begriffs psychischer Störungen als eine Kombination, welche aus subjektivem Leid, einer Störung der sozialen Teilhabe und Kernsymptomen der unterschiedlichen Syndrome besteht. Die sozialen Funktionseinschränkungen entstünden auch aus dem Umfeld der Person, beispielsweise durch Stigmatisierung (vgl. 2021: 11). Dieser Definition liegt ein Verständnis zugrunde, in dem der Störungscharakter nicht nur in der Person selbst, sondern auch in der Interaktion mit dem

Umfeld entsteht. Je nachdem, welche Definition wir nutzen, werden sich auch unsere Lösungsansätze unterscheiden. In dieser Arbeit wird sich grundsätzlich an Rüschs Begriffsverständnis orientiert, dieses soll jedoch auch um Grundannahmen der Recoveryorientierung⁹ ergänzt werden: ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ können nebeneinander bestehen. Gesundheit kann sogar aus dem erwachsen, was wir als Krankheit oder Störung beschreiben. Psychische Störungen sind vor allem zutiefst menschlich (vgl. Knuf 2016: 37 f.) und auch diejenigen Symptomkomplexe, die wir als psychische Störung beschreiben, sind in der Regel normale Reaktionen (vgl. Finzen 2018: 9). Um einer biologisch basierten Reifikation vorzubeugen, wird in dieser Arbeit, ähnlich dem ICD-10, statt von psychischen Krankheiten von psychischen Störungen gesprochen, auch wenn der Störungsbegriff ebenso zum Teil negativ konnotiert ist.

Bezüglich Diagnosen erfolge die Klassifizierung durch ICD und DSM atheoretisch, eine Ursachenorientierung erfolge dementsprechend nicht. Dies sei laut Finzen jedoch ein Trugschluss, da den Klassifizierungssystem immer eine Systematik, eine Konzeptualisierung zugrunde liege, welche auf theoretischen Annahmen aufbauen müsste (vgl. 2018: 83).

Dabei würden die Klassifikationssysteme stark abstrahieren: Um ihre Nützlichkeit zu gewährleisten, müsse jedes Störungsbild auf wenige Kernsymptome zusammengefasst werden. Sie können somit niemals tatsächliche Symptomkonstellationen von individuell Betroffenen umfänglich abbilden, sondern nur eine Schnittmenge statistisch häufiger, gemeinsam auftretender Symptome beschreiben, die unter einem Oberbegriff, einem Etikett, zusammengefasst werden (vgl. Finzen 2018: 89). Die Klassifikationssysteme seien somit auch ungeeignet zur individuellen Diagnostik, sofern keine individuelle Erhebung stattfindet, die die persönliche Lebensgeschichte und psychopathologische Symptome beachtet, die in der Klassifikation gar nicht erst auftreten (vgl. ebd.: 89). Das komplexe psychische Erleben wird auf meist defizitär verstandene, mit negativen Zuschreibungen konnotierte medizinische Sichtweisen reduziert. Auch Verhaltensweisen, die nicht zwangsweise etwas mit der eigentlichen Diagnose zu tun haben, könnten in diesem Rahmen umgedeutet und der Diagnose zugeordnet werden (vgl. Wunder 2021: 16).

„Psychiatrische Symptome sind Zeichen, Unregelmäßigkeiten und Auffälligkeiten, die als Abweichung von der Norm verstanden oder empfunden werden und nicht mehr als „normal“ durchgehen. Ihre Gewichtung ist dabei eine Frage des Ermessens. Die vielen Skalen, die auch in der Psychiatrie üblich geworden sind, vermitteln eine Scheinobjektivität, denn gemessen werden nicht Tatsachen, sondern die Ergebnisse von Beobachtungen, Selbstauskünften und Beurteilungen. [...] Psychiatrische Skalen und Tests täuschen eine Objektivität vor, die sie wegen ihrer vagen Grundlage niemals haben können.“ (Finzen 2018: 68 f.)

Begreifen wir diese Art der Vermessung jedoch als einzige, vollumfängliche Wahrheit, besteht das Risiko, am eigentlichen sozialen Subjekt vorbeizulaufen (vgl. Weinmann 2019: 15).

⁹ Mehr dazu in Abschnitt 5.1.

Auch die Zahl der Diagnosen habe sich in 50 Jahren beim DSM und ICD rund um den Faktor 15 vergrößert (vgl. Finzen 2018: 19).

Finzen schließt daher kritisch:

„Ich halte es für unwahrscheinlich, dass man auch nur einen einzigen Menschen findet, für den man unter den fast vierhundert DSM-Diagnosen keine für ihn passende finden würde. Somit sind sie vorrangig Abrechnungsziffern im System der Krankenkassen.“ (ebd.: 127)

Auch Juckel und Mavrogiorgou folgern, da das gesamte Gesundheitssystem auf Diagnosen und Kodierungen basiere, könne man sagen, was nicht dokumentiert und kodiert sei, existiere nicht, sei keine Störung und erhalte keine Finanzierung (vgl. 2016: 91). Die Aufnahme von Diagnosen und Diagnosekriterien erfolge jedoch nicht nur aus rein fachlichen Aspekten, sondern sei teilweise auch wirtschaftlich interessengeleitet (vgl. Finzen 2018: 136 f.).¹⁰

Bezogen auf eine kritische Betrachtung der Diagnosen laut Klassifikationssystemen, kann demnach gesagt werden, dass Diagnosen nach ICD und DSM Konstruktionen sind, welche versuchen die Vielfalt menschlichen Verhaltens und ihrer Reaktionen zu kategorisieren und überschaubar zu machen, jedoch nicht reale Krankheitseinheiten abbilden müssen (vgl. Margraf/Milenkovic 2009: 198).

Trotz der hier formulierten Kritik an Diagnosen und psychischen Störungen, können sie hilfreiche Konstrukte sein: Vorteile sind die Verbesserung der Kommunikation und damit auch internationale Vergleichbarkeit, die zum Teil sinnvolle Informationsreduktion, die praktische Fundierung durch überdurchschnittlich oft zusammen auftretende Symptomcluster und daraus möglicherweise auch standardisierbare Behandlungsansätze sowie Diagnosen und Nutzung als subjektive Erklärungsmuster für Betroffene. Das Etikett ermöglicht dementsprechend auch Betroffenen einen leichteren Austausch, auch in Form von einem erleichterten Zugang zu spezifischer Literatur oder Selbsthilfegruppen, oder führt zu mehr Verständnis im sozialen Umfeld. Diagnosen würden weiterhin den Zugang zu Behandlungen und anderen Unterstützungsleistungen, zu Krankschreibungen, arbeitsrechtlichen und zum Teil juristischen Schutz ermöglichen (vgl. Rüsck 2021: 10). Ein einfaches Abschaffen oder Umbenennen von Diagnose scheint nicht sinnig.¹¹ Sofern Grenzen von Diagnosen und dem Konzept der psychischen Störung anerkannt werden, können Probleme wie der Informationsverlust oder die Reifikation der künstlichen Diagnosen kompensiert werden. Es braucht jedoch einen vorsichtigen und bewussten Umgang mit diesem Etikett (vgl. Peter et al. 2019; vgl. Nischk/Merz 2017: 359 f.). Sie können als Werkzeug im Koffer der Fachkräfte dienen – aber eben auch nur als eines von vielen.

¹⁰ Dazu auch Weinmann (vgl. 2019: 90 f.) und Moncrieff (vgl. 2003).

¹¹ Unterschiedliche Darstellungen dazu bei Maruta und Matsumoto (vgl. 2017: 571–579) und Rüsck (vgl. 2021: 238–241).

4.2 Stigmatisierung durch psychiatrische Fachexpert*innen

Die Psychiatrie als Fachgebiet hat unter anderem die Aufgabe, Menschen in psychischen Krisen zu behandeln und ihre Versorgung sicherzustellen. Sie könne aber auch als professionelle Instanz verstanden werden, an die die Gesellschaft Last und Verantwortung abgibt (vgl. Weinmann 2019: 28). Dadurch komme sie allerdings auch in den Zugzwang, Erklärungen für scheinbar unverständliches Verhalten zu finden und dieses zu lösen. In dieser gesellschaftlichen Rolle als für Menschen mit psychischen Störungen zuständiges System und dem damit einhergehenden Einfluss sowohl auf die Gesellschaft als auch auf Betroffene, verdienen die Psychiatrie und darüber hinaus die psychiatrischen Fachexpert*innen eine eigenständige Betrachtung in Bezug auf Stigmatisierung. Nicht zuletzt erfolgt die institutionalisierte Diagnosevergabe durch das psychiatrische System und damit auch die biografische Festsetzung des Etiketts.

Als wissenschaftliches Feld und aufgrund des intensiven praktischen Kontakts könnte die Annahme aufgestellt werden, die Psychiatrie und Fachexpert*innen in diesem Feld würden nicht zu der Stigmatisierung psychischer Störungen beitragen. Auch Goffman beschreibt Fachexpert*innen als sympathisierende Andere. Diese Annahme hält aber bereits einer historischen Betrachtung nicht stand: Vorurteile in der Bevölkerung seien die Lehrmeinungen der Psychiatrie von gestern, so Finzen (vgl. 2013: 104–114). Je nach Studie würden 16 % bis 44 % der Patient*innen in psychiatrischen Einrichtungen Diskriminierungserfahrungen machen, weswegen sich Henderson et al. mit den Einstellungen von Mitarbeiter*innen aus dem Gesundheitswesen in einer systematischen Literaturrecherche auseinandergesetzt haben (vgl. 2014: 467).

Zwar würden auch teilweise mehr positive Stereotype und weniger stigmatisierende Ansichten als bei der Gesamtbevölkerung vorhanden sein, insgesamt ergebe sich aber auch bei Fachexpert*innen ein stigmatisierendes Bild psychischer Störungen (vgl. ebd.: 469–471; vgl. Loch/Rössler 2017: 117).¹² Eine Differenzierung zwischen den beteiligten Berufsgruppen gab es in der Regel nicht, daher kann nur schwer beurteilt werden, inwiefern dieses Bild auch auf die beteiligten Sozialarbeitenden zutrifft. Einzelne Untersuchungen, die sich mit stigmatisierenden Attitüden und Einstellungen von Sozialarbeitenden in Deutschland im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung beschäftigen, konnten leider nicht gefunden werden. Aus Untersuchungen zu Studierenden der Sozialen Arbeit im amerikanischen Raum (vgl. Covarrubias/Han 2011: 321), regionalen Untersuchungen zu Einstellungen von Studierenden der Sozialen Arbeit (vgl. Eink/Waagenar 2019: 19) und oben genannten Studien, welche Sozialarbeitende einschließen, lässt sich jedoch begründet annehmen, dass auch Sozialarbeiter*innen stigmatisierende Einstellungen haben. Die Berücksichtigung verschiedener

¹² Dazu auch Vogt (vgl. 2017: 311).

Variablen, die mit Stigmatisierung von Fachexpert*innen korrelieren könnten, wie Alter, Geschlecht oder Ausbildungsstand führten nicht zu eindeutigen Ergebnissen (vgl. Vogt 2017: 312).

Gründe für stigmatisierende Einstellungen bei Fachexpert*innen können vielfältig sein: Die Wahrnehmung von Fachexpert*innen ist nicht neutral. Die meisten der Klient*innen, denen es beispielsweise nach einer ersten psychotischen Phase wieder besser geht, besuchen die Institutionen in der Regel nicht mehr. Wer auffällt und vor allem im Gedächtnis bleibt, sind diejenigen mit ungünstigem Verlauf, die immer wieder zurückkommen. (vgl. Finzen 2013: 58 f.; Freimüller/Wölwer 2012: 36). Weiterhin treffen Fachexpert*innen in ihrer Arbeit vor allem die Personen an, die es nicht mehr schaffen ihren Alltag zu bewältigen. Wer hingegen kreativ mit der Störung zu leben lernt, diese versteckt hält, oder gar gesundet, geht nicht in das gedankliche Konstrukt einer Person mit psychischer Störung ein (vgl. Finzen 2013: 14). Dieser Effekt wird durch Stigmatisierung als Behandlungsbarriere noch verstärkt.

Menschen mit psychischen Störungen als unheilbar oder unberechenbar abzustempeln, hat auch einen entscheidenden Vorteil für Fachexpert*innen: Es sind selbstwertdienliche Verzerrungen, wieso es dem*der Klient*in noch nicht besser geht und erklärt Verhalten, welches nicht nachvollzogen werden kann (vgl. Freimüller/Wölwer 2012: 62). Der Begriff der Unheilbarkeit steht hier auch im Spannungsfeld eines speziellen binären Gesundheitsverständnisses, welches bereits im Abschnitt 4.1 aufgegriffen wurde. Das Bild von Betroffenen bei Fachexpert*innen ist also negativ verzerrt. Weiterhin sind Fachexpert*innen wie der Rest der Gesellschaft in ihrer Sozialisierung stigmatisierenden Bildern von Menschen mit psychischen Störungen ausgesetzt gewesen und haben diese zumindest teilweise verinnerlicht. Solch eine weit verbreitete, pessimistische psychiatrische Grundhaltung kann aber auch dazu führen, dass Betroffene keine angemessene, effektive Behandlung erfahren und sich Strukturen wie die der Verwahrspsychiatrie verfestigen (vgl. Finzen 2013: 145). Ein Beispiel ist die Tatsache, dass Therapeut*innen dazu neigen, Menschen mit schweren, scheinbar chronischen Verläufen abzulehnen und Betroffene mit leichten affektiven Störungen zu bevorzugen (vgl. Krumm/Becker 2005: 188). Weiterhin gäbe es beispielsweise auch einen Zusammenhang zwischen dem körperlichen Status von Menschen mit Opiatabhängigkeit und deren Gefühl der Diskriminierung durch Fachpersonal (vgl. Vogt 2017: 318). Vogt stellt auch die Hypothese auf, dass als Folge von Vorurteilen und Stigmata in Bezug auf spezifische Störungsbilder bei Professionellen weniger Empfehlungen für eine ambulante Psychotherapie ausgesprochen oder diese unterstützt werden. Außerdem seien Psychotherapeut*innen bei Menschen mit Psychosen deutlich seltener bereit, eine Behandlung einzugehen (vgl. ebd.: 313 f.). Auch der häufige Ausschluss von ambulanten Therapien von Menschen mit Suchtstörungen stellt eine Form der Stigmatisierung dar (vgl. Rüschi 2021: 135). Ebenso

können Zwangsmaßnahmen durch Stigmatisierung bedingt sein (vgl. Morandi 2014: 251 f.). Die Vorstellung von Menschen mit psychischen Störungen als Personen mit verminderten Kompetenzen und mangelnder Urteilsfähigkeit kann in Paternalismus münden.

So werde oft versucht, positive Zielvorstellungen, die jedoch mit Risiken verbunden sind, auszureden (vgl. Henderson et al. 2014: 474). Das oberste Paradigma sei die Symptombefreiheit oder Reduzierung der Symptome, statt Recovery. Als Beispiele können hier das Entmutigen beim Absetzen von Medikamenten oder bei der Aufnahme einer Tätigkeit genannt werden. Auch die fehlende Umsetzung von Supported Employment oder Housing First könnten auf professionelle Stigmata zurückgeführt werden, dazu mehr in Abschnitt 4.4. Vorurteilsbehaftete Einstellungen bei Fachexpert*innen führen auch zu einer pessimistischeren Einstellung bezüglich den Recoverymöglichkeiten von Klient*innen und führen durch verschlechterte Behandlungen zu schwerwiegenderen Störungsverläufen (vgl. Stull et al. 2017: 37).

Professionelle mit weniger stigmatisierenden und paternalistischen Einstellungen werden hingegen als sensibler, verständnisvoller und verlässlicher wahrgenommen (vgl. Henderson et al 2014: 473). Eine professionelle Reflexion eigener stigmatisierender Einstellungen und gezielte Antistigma-Interventionen in psychiatrischen Institutionen sollte angesichts der Machtstellung psychiatrisch Tätiger und deren stigmatisierenden Einstellungen Pflicht sein.

Immer wieder meinen auch psychiatrisch Tätige, für ihre Arbeit stigmatisiert zu werden (vgl. Gaebel et al. 2014). Zwar kann das Vorliegen negativer Stereotype bestätigt werden, von Stigmatisierung im Sinne Link und Phelans kann aufgrund fehlender oder mangelhaft belegter Stigmakomponenten und noch wichtiger – einem fehlenden Machtgefälle – jedoch nicht gesprochen werden (vgl. Prüß et al. 2014).

4.3 Einstellungen in der Bevölkerung

Gegenüber den Einstellungen von Fachexpert*innen stehen Einstellungen der Bevölkerung. Eine Betrachtung dieser ist wichtig, da laut Link und Phelan aus ihnen Stigmatisierung resultiert, beziehungsweise sie das Stigma widerspiegeln. Die psychiatrische Einstellungsfor-schung gibt somit einen Überblick über gängige Stereotypen, aus deren Natur sich gängige Diskriminierungen aber auch Gegenstrategien ableiten lassen, sowie darüber, wie weit und in welchem Maße stigmatisierende Einstellungen vorhanden sind und damit auch wie akut der Bedarf zur Entstigmatisierung ist.

Angermeyer, Matschinger und Schomerus untersuchten 2017 mehrere systematische Übersichten von 1966 bis 2015 aus dem deutschen Raum. Vor 1990 hätten Untersuchungen zur Einstellung der Bevölkerung meist auf lokaler oder regionaler Ebene stattgefunden, erst 1990 kam es zu repräsentativen Bevölkerungsumfragen auf einer nationalen Ebene

(vgl. Angermeyer et al. 2017: 382). Repräsentative, gut vergleichbare Daten sind daher nur für die Jahre 1990 bis 2011 vorhanden.¹³ Die Bereitschaft psychiatrische Hilfe zu empfehlen habe deutlich zugenommen, ebenso die Akzeptanz psychiatrischer Behandlungsmethoden. Auch psychiatrische Krankenhäuser hätten inzwischen ein deutlich besseres Image. Die Einstellung zu Menschen mit Schizophrenie habe sich jedoch verschlechtert, die zu Depressionen und Alkoholerkrankungen sei relativ unverändert. Gleichzeitig sei jedoch die Ansicht, dass Menschen mit psychischen Störungen Diskriminierung erfahren, zurückgegangen (vgl. ebd.: 385; vgl. Angermeyer et al. 2014b: 394). Psychiatrische Behandlungen generell haben in den letzten Jahren ein besseres Image bekommen, die Unterstützung für die Gemeindepsychiatrie habe jedoch abgenommen (vgl. Schomerus/Bauch 2017: 303).

Diagnoseübergreifend kann gesagt werden, dass in Kernannahmen über Menschen mit psychischen Störungen diese als gefährlich, inkompetent und unberechenbar betrachtet werden (vgl. Rüscher 2021: 82). Alkoholismus und Schizophrenie führen tendenziell die Liste der am meisten stigmatisierten Störungsbilder, wobei bei der Schizophrenie der Stereotyp der Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit und bei dem Alkoholismus der Stereotyp der Eigenverantwortung für die Störung überwiegt (vgl. Schomerus/Angermeyer 2011: 352).

Konkreter liefern auch Angermeyer et al. erschreckende Ergebnisse einer Untersuchung der Einstellung von mehr als 400 zufällig ausgewählten, 2011 befragten Personen (vgl. 2014a): 40 % stimmten der Aussage zu, jemand mit einer psychischen Störung solle zwangseingewiesen werden, wenn er*sie seine verschriebenen Medikamente nicht nehme, 61 % forderten eine Zwangseinweisung, sollte der*die Betroffene öffentlich ‚Unruhe stiften‘, und zumindest 24 %, sollte es seine*ihre Familie so wollen (vgl. Angermeyer et al. 2014a: 267). 26 % waren der Meinung, Menschen mit psychischen Störungen sollten bei Parlamentswahlen nicht wählen dürfen und eine Schwangere mit psychischer Störung sollte ihr Kind abtreiben. Zuletzt befürworteten 19 % die Sterilisation von Menschen mit psychischen Störungen und 31 % waren sich nicht sicher, wie ihre Haltung zu dem Thema sei. Bei der genaueren Nachfrage beider Gruppen, ob Menschen mit psychischen Störungen auch gegen ihren Willen sterilisiert werden sollte, stimmten weiterhin 16 % dafür, 42 % wussten keine Antwort (vgl. Angermeyer et al. 2014a: 268). Die Ergebnisse schneiden bezüglich Grundrechtseinschränkungen geringfügig besser, bezüglich Zwangsmaßnahmen schlechter ab als bei einer vergleichbaren Studie mit mehr als 2000 Teilnehmer*innen 1993 (vgl. Angermeyer et al. 2014a: 266–268).

Von einer Auflösung der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen kann also – auch wenn diese Ansicht vermehrt aufzukommen scheint – nicht die Rede sein.

¹³ Gemäß einer persönlichen Mitteilung von Herrn Schomerus werden Daten aus der neusten Bevölkerungsbefragung 2020, welche methodisch identisch zu den Befragungen aus den Jahren 2001 und 2011 aufgebaut ist, momentan noch ausgewertet und im Jahr 2021 veröffentlicht.

4.4 Formen und Folgen der Stigmatisierung

Stigmatisierung wird gängigerweise in Selbststigmatisierung, in öffentliche Stigmatisierung, beziehungsweise individuelle Stigmatisierung und in strukturelle Stigmatisierung unterschieden (vgl. Rüschi 2021: 42 f.). Dabei handelt es sich um eine Auftrennung eines eigentlich zusammengehörenden gesamtgesellschaftlichen Prozesses (vgl. Finzen 2013: 64), welche uns jedoch eine Betrachtung von unterschiedlichen Teilaspekten erlaubt. Im Folgenden wird auf diese Unterscheidungen eingegangen und Folgen von Stigmatisierung werden beleuchtet. Das Wissen um Folgen der Stigmatisierung ist zentral für die professionelle Antistigma-Arbeit: Es verdeutlicht, in welchen Bereichen Menschen mit psychischen Störungen besondere Benachteiligungen erfahren und damit auch, wo besondere Unterstützungen oder zielgruppenspezifische Antistigma-Interventionen wichtig sind. Dabei werden durch Überschneidungen zwangsweise auch Folgen von psychischen Krisen auf die psychosoziale Lebenssituation von Betroffenen angeschnitten, eine ausführliche Darstellung dieser außerhalb des Stigmaraumens kann jedoch nicht stattfinden. Die Darstellung der Folgen erfolgt ausschnitthaft, nicht jeder Aspekt kann angesprochen werden.

Der Begriff der Selbststigmatisierung ist eine gängige Beschreibung, um die Anwendung von diskriminierenden Stereotypen von Betroffenen auf sich selbst mitsamt deren Folgen zu beschreiben. Er drückt eine bestimmte Form der von Goffman beschriebenen Ich-Identität aus. Dem gegenüber lehnt beispielsweise Finzen den Begriff der Selbststigmatisierung ab, da er eine aktive Teilhabe unterstelle, statt nur ein gegen sich selbst wendendes Wertesystem aus ‚gesunden Tagen‘ zu beschreiben (vgl. ebd.: 65). Um dieser Kritik Rechnung zu tragen, wird der Begriff des internalisierten Stigmas genutzt, denn einen Begriff zur Abgrenzung zur individuellen und strukturellen Stigmatisierung zu schaffen, scheint sinnvoll: So kann es bei dem internalisierten Stigma, wie von Link und Phelan postuliert, nicht zu einer Abgrenzung von den Stigmatisierten in eine Außengruppe kommen, die fundamental anders ist als die Eigengruppe. Vielmehr muss der Konflikt bewältigt werden, dass man nun selbst zu dieser Gruppe gehört. Die Abwertung der eigenen Person kann weitreichende Einflüsse auf das Leben der Betroffenen haben. Außerdem verdeutlicht der Begriff, dass das Stigma nicht aus sich selbst heraus entstanden ist, sondern einen gesellschaftlichen Ursprung hat. Wichtig für das internalisierte Stigma sind nicht nur eigene Stigmatisierungserfahrungen, sondern vor allem auch antizipierte Stigmatisierung. Wer Stigmatisierung fürchtet oder erwartet, greift möglicherweise zu den bei Goffman beschriebenen Strategien zum Stigma-management und nimmt sich damit selbst diverse Möglichkeiten oder schränkt sich ein (vgl. Corrigan et al. 2010: 260).

Antizipierte Stigmatisierung kann so als selbsterfüllende Prophezeiung wirken: Es braucht keine tatsächliche Stigmatisierung auf dem Arbeitsmarkt, wenn die antizipierte Stigmatisierung dazu führt, dass Betroffene sich gar nicht erst für Stellen bewerben.

Auch ohne bewusste Stigmatisierungserfahrungen gemacht zu haben, erwartet die überwiegende Mehrheit von Betroffenen von anderen bei einer Offenbarung stigmatisiert zu werden (vgl. Speck 2018: 105 f.). So korreliert eine stigmatisierendere gesellschaftliche Einstellung auch mit stärkerem internalisiertem Stigma (vgl. Evans-Lacko et al. 2012: 1750). Von einem internalisierten Stigma kann gesprochen werden, wenn es ähnlich wie bei Link und Phelan, ein Bewusstsein über die assoziierten Stereotype der Gruppe gibt, man sich der Gruppe zuordnet, den Stereotypen zustimmt und sie auf sich selbst anwendet, wodurch in der Regel ein niedrigeres Selbstwertgefühl entsteht, und Hoffnung verloren geht.¹⁴

Individuelle Stigmatisierung meint individuell stigmatisierende Einstellungen oder Verhalten von Personen. Der Begriff wird teilweise synonym zu den Begriffen der ‚interpersonellen‘ oder ‚öffentlichen Stigmatisierung‘ genutzt. Die meisten der relevanten Aspekte wurden bereits im Kapitel zu Goffmans Stigmatheorie behandelt. Individuelle Stigmatisierung ist weiterhin eng verwandt mit den Einstellungen in der Bevölkerung, welche im vorherigen Abschnitt behandelt wurden. Individuelle Stigmatisierung entfaltet ihre Wirkung nicht nur über offensichtlich diskriminierendes Verhalten, sondern vor allem über alltägliche, kumulativ wirkende Andersbehandlung (vgl. Sheehan et al. 2017: 50). Auch hierfür wurden bereits einige Beispiele im Kapitel zu Goffmans Stigmatheorie gegeben.

Strukturelle Stigmatisierung bezeichnet diejenige Stigmatisierung, die sich in Ungleichgewichten und Ungerechtigkeiten in sozialen, kulturellen, ökonomischen, juristischen und politischen Strukturen manifestiert. Dabei kann es trotz fehlender individueller Stigmatisierung durch institutionelle Praktiken zur Benachteiligung kommen (vgl. Angermeyer 2004: 247). Anders als zu Stigmaeinstellungen gibt es keine Untersuchungen zur Veränderung von struktureller Diskriminierung in den letzten Jahren oder Jahrzehnten (vgl. Schomerus/Bauch 2017: 302). Formen der strukturellen Stigmatisierung scheinen im öffentlichen Bewusstsein weniger präsent als Beispiele für individuelle Stigmatisierung. So fordern auch Angermeyer et al., in der Einstellungsforschung wieder mehr Aufmerksamkeit der soziologischen, statt nur der individualpsychologischen Perspektive zu widmen (vgl. 2017: 386 f.).

¹⁴ Dazu auch Corrigan et al. (vgl. 2011).

Die Folgen von Stigmatisierung sind vielfältig. Verschiedene Auswirkungen wurden bereits behandelt, beispielsweise die Ungleichbehandlung durch Fachexpert*innen, oder die bei Goffman beschriebenen Verhaltensänderungen.

Stigmatisierung belastet weiterhin Lebensqualität, soziale Kontakte, Familienbeziehungen und Selbstwert negativ. Sie führt zu sozialem Ausschluss (vgl. Rössler 2016: 1251) und Stigmaerfahrungen korrelieren negativ mit Gesundheit, Wohnen, Freizeit, der beruflichen Situation sowie dem Lebensstandard (vgl. Speck 2018: 197). Internalisiertes Stigma geht mit einer verringerter Selbstwirksamkeit und Scham einher und diese wiederum mit sozialem Rückzug (vgl. Rüschi 2021: 89 f.).

Legt man psychischen Störungen ein biopsychosoziales Modell zugrunde, wie es in der klinischen Sozialarbeit der Standard ist (vgl. Pauls/Gahleitner 2017: 511; vgl. Walther/Deimel 2017: 42 f.), scheint es dementsprechend schlüssig, dass die Stigmatisierung als soziales Phänomen mit ihren negativen Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden den Verlauf oder die Ausbildung einer psychischen Störung negativ beeinflusst. So fand sich in einer Längsschnittstudie, dass es bei Personen mit einem erhöhten Psychoserisiko später häufiger zu tatsächlichen Psychosen kam, sofern die Personen erhöhten Stigma-Stress erlebten (vgl. Rüschi et al. 2015: 48). Eine Vielzahl weiterer Studien fand einen Zusammenhang zwischen Stigmaerfahrungen und einer verschlechterten psychischen Gesundheit (vgl. Colizzi et al. 2020: 721). Auch internalisiertes Stigma, Selbstetikettierung und eine Erhöhung des Stigmastresses gingen mit einer erhöhten Suizidalität einher, unabhängig von soziodemographischen und klinischen Merkmalen. Als vermittelnder Faktor werde soziale Isolation betrachtet (vgl. ebd.; vgl. Oexle/Rüschi 2018: 780). Auch Selbstbewusstsein, depressive Symptomatiken und die Lebensqualität werden durch internalisiertes Stigma beeinflusst (vgl. Kao et al. 2016: 192). Um nicht vom Diskreditierbaren zum Diskreditierten zu werden, verheimlichen viele Betroffene eine psychische Störung (vgl. Corrigan et al. 2010: 270 f.). Dadurch entsteht ein bereits angesprochener negativer Kreislauf. Je stigmatisierender eine Gesellschaft ist, desto höher wird das antizipierte und internalisierte Stigma sein. Dies führt jedoch wiederum zur verstärkten Geheimhaltung, was die Stigmatisierung der Gesellschaft aufrechterhält und zu schlechteren Lebensbedingungen führen kann: Sozialer Rückzug kann die Möglichkeit nehmen, neue Menschen kennenzulernen. Geheimhaltung führt möglicherweise zu Schuldgefühlen und weniger Unterstützung durch andere, weil diese nicht über die Problematik Bescheid wissen. Eine selektive Offenbarung geht mit der Anstrengung einher, sich je nach Situation anders zu verhalten, und bietet die Gefahr, dass die Information als Druckmittel genutzt wird (vgl. Buchholz/Corrigan o.D.: 5). Bei totaler Geheimhaltung wird weiterhin anderen Diskreditierbaren die Möglichkeit genommen, in einen Austausch miteinander zu gehen. Lügen über das Privatleben müssen erfunden, positive Aspekte der Erfahrung können nicht geteilt und Stolz über die Bewältigung verschwiegen

werden. Auch gesellschaftliche Vorbilder zur Identifikation fehlen. Damit geht möglicherweise auch eine höhere gesamtgesellschaftliche Stigmatisierung einher, da fehlender Kontakt Stigmatisierung begünstigen kann.¹⁵ Wenn nur diejenigen ihre psychische Störung nicht verheimlichen, die aufgrund der Schwere dieser keine andere Wahl haben als sie zu offenbaren, muss zwangsweise ein öffentlicher Bias bezüglich der Wahrnehmung psychischer Störungen entstehen. Im Folgenden sollen die Aspekte des Stigmas als Behandlungsbarriere, Stigmatisierung und Arbeitslosigkeit, Stigmatisierung und Wohnungslosigkeit sowie Stigmatisierung im Gesundheitssystem näher betrachtet werden.

Ein großer Teil von Menschen mit psychischen Störungen hat keinen Kontakt zum Gesundheitssystem. Genaue Zahlen sind jedoch schwer festzulegen. Die Rate an Personen mit Behandlungsbedarf aber ohne minimal adäquate Behandlung liege im Bereich von 40 % bis 65 % (vgl. Stocker et al. 2016: 12; vgl. Herrera-Ferrá 2020: 134). In Deutschland hatten 68 % der Menschen mit einer Diagnose einer einzelnen psychischen Störung eigenen Aussagen zufolge keinen Kontakt zum Gesundheitssystem bezüglich der Störung (vgl. Jacobi et al. 2014: 84). Dabei schwanken die Werte je nach Störung und Studie sehr: Der Anteil von Menschen mit Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit die im letzten Jahr keinen Kontakt zum Gesundheitssystem gehabt hätten, liege beispielsweise bei 74 % bis 90 % (vgl. Jachertz 2013: 270; vgl. Degenhardt et al. 2017: 304). Der Gedanke, dass Stigmatisierung als Barriere zum Hilfesystem fungiert, liegt nahe. Clement et al. konnten in einem umfassenden Literaturreview den negativen Einfluss des Stigmas verschiedener psychischer Störungen auf die Hilfesuche belegen, einschließlich der Beteiligung verschiedener Elemente wie internalisiertem Stigma sowie die Antizipierung von individuellem Stigma und strukturellem Stigma als Barriere. Auch Angst vor ‚Ehrenstigma‘ bei Angehörigen spielte eine Rolle (vgl. 2015: 20 f.).

Vor allem Jugendliche und junge Erwachsene erfahren oft keine Behandlung (vgl. Werlen et al. 2020: 9). Neben Jugendlichen sind weitere überproportional betroffene Gruppen bezüglich des Stigmas als Barriere zum Hilfesystem Männer, ethnische Minderheiten, Soldat*innen und Gesundheitspersonal (vgl. ebd.: 24). So konnten in einer qualitativen Untersuchung zur Inanspruchnahme von Hilfen bei Bundeswehrsoldat*innen alle Elemente der Stigmatisierung nach Link und Phelan sowie internalisiertes Stigma als Barriere zum Hilfesystem nachgewiesen werden (vgl. Schuy et al. 2019: 148–150). Ein besonderes Ausmaß an Stigmatisierung wird der hohen Normativität, Uniformität und dem Leistungsanspruch der Bundeswehr zugrunde gelegt, welche zu einer schnelleren Etikettierung und zur Abgrenzung als andersartig führen würden (vgl. ebd.: 151).

¹⁵ Mehr dazu in Abschnitt 5.3.

Fraglich ist, ob der fehlende Kontakt zum Hilfesystem nicht gewünscht oder benötigt wird, oder ob der Kontakt aus Angst vor Stigmatisierung oder eigenen stigmatisierenden Einstellungen nicht hergestellt wird. Die geringe Behandlungsrate muss außerdem auf weitere Faktoren als nur den der Stigmatisierung zurückgeführt werden.¹⁶ Sich gegen eine Behandlung zu entscheiden, kann auch Ausdruck der eigenen Autonomie sein. Stigmatisierung führt jedoch auch dazu, dass Personen ihre Situation gar nicht erst als hilfsbedürftig einschätzen (vgl. Schnyder et al. 2017: 265). Dies kann als Produkt der Dissonanz zwischen Selbstbild und dem verinnerlichten stereotypen Bild von Menschen mit psychischen Störungen gesehen werden. Ein verspäteter Behandlungsbeginn führt bei bestimmten Störungsbildern möglicherweise auch zu einem schlechteren Behandlungsverlauf, beziehungsweise schlechteren Recoverychancen (vgl. Zäske 2017: 143).

Die Behandlungsteilnahme wird durch Scham, zur Vermeidung der Etikettierung und durch strukturelle Diskriminierung, die zum Beispiel Behandlungsmöglichkeiten verringert, negativ beeinflusst.

Arbeitslosigkeit kann sowohl Ursache als auch Folge psychischer Störungen sein (vgl. Kahl/Lauber 2013: 122 f.). Die Beschäftigungsrate von Menschen mit psychischen Störungen ist geringer als die von Menschen mit Körperbehinderungen (vgl. Rüschi 2021: 172).

Rüschi zufolge sei das Stigma psychischer Störungen eine der höchsten Hürden dafür, wieder Arbeit zu finden (vgl. ebd.: 172). Arbeitgeber stellen Menschen mit psychischen Störungen bei gleicher Qualifikation wie Menschen ohne psychische Störung seltener ein (vgl. Hippe et al. 2016: 21; vgl. Rüschi et al. 2018: 384). Bei Einstellung erfahren Menschen mit psychiatrischen Störungen am Arbeitsplatz Diskriminierung bezüglich ihrer Leistungen und in kollegialen Interaktionen (vgl. Russinova et al. 2011: 235 f.). Als Folge werden Störungen verschwiegen, beziehungsweise wird sich teilweise gar nicht erst auf Stellen beworben. Das verhindert aber auch eine Anpassung des Arbeitsplatzes und ehrliche Kommunikation (vgl. Brouwers 2020: 3). Sowohl das Offenbaren als auch das Verheimlichen der psychischen Störungen führen daher zu Nachteilen.

Auch Modelle wie das der Teilzeit-Arbeitsunfähigkeit seien in Deutschland nicht existent (vgl. Rüschi 2021: 167 f.). Die größten strukturellen Hindernisse in Deutschland seien vor allem die fehlende Umsetzung des Prinzips der Reha vor Rente und das Nischendasein von Supported Employment¹⁷, obwohl dieses in den DGPPN Leitlinien empfohlen werde und die

¹⁶ Dazu auch Kohn et al. (vgl. 2004: 859) und Rüschi (vgl. 2021: 100 f.).

¹⁷ Beim Supported Employment erhalten Personen, ähnlich dem Housing First Prinzip, zuerst einen Arbeitsplatz am ersten Arbeitsmarkt und werden dann in diesem individuell begleitet, statt außerbetrieblich oder in Sondereinrichtungen generelles Training zu erfahren, um später möglicherweise in den ersten Arbeitsmarkt zu gelangen. Es sei vor allem Produkt der amerikanischen klinischen Sozialarbeit (vgl. Sommerfeld/Rüegger 2013: 398f.).

Evidenz deutlich besser sei als für momentan genutzte Konzepte (vgl. Rüschi 2021: 173–176). Der Ausschluss aus dem Arbeitsleben und die fehlende Umsetzung wirksamer Interventionen festigen somit, neben Faktoren der individuellen Stigmatisierung und des internalisierten Stigmas, strukturelle Ungleichheiten. Hierbei entsteht ein Teufelskreis, denn Arbeit kann die psychische Gesundheit schützen und die Lebensqualität von Menschen mit psychischen Störungen verbessern (vgl. Stengler/Riedel-Heller 2017: 186 f.).

Wohnungslosigkeit und psychische Störungen weisen einen hohen Grad an Überschneidung auf. Wohnungslosigkeit ist ähnlich der Arbeit sowohl ein begründender als auch Folgefaktor psychischer Störungen (vgl. Schreiter et al. 2017: 669; vgl. Balasuriya et al. 2020).

Die Fragmentierung des Versorgungssystems führe neben einer mangelhaften Versorgung teilweise dazu, dass Angebote für wohnungslose Menschen die Inanspruchnahme von psychiatrischer Unterstützung ausschließen oder beispielsweise Suchtproblematiken für Angebote der Wohnungslosenhilfe disqualifizieren würden. Auch Housing First Konzepte würden trotz umfangreichen Erfolges praktisch nicht umgesetzt werden (vgl. Rüschi 2021: 178–180). Rüschi beschreibt dies als ein „verharren in paternalistischen Modellen“ (ebd.: 181). Mit Arbeitslosigkeit und Wohnungslosigkeit gehen neben einem geringeren sozioökonomischen Status und damit auch einer in der Regel geringeren Machtposition in der Gesellschaft weitere belastende Sekundäreffekte einher. Betroffene werden außerdem doppelter Stigmatisierung ausgesetzt: Sowohl dem Stigma psychischer Störung als auch dem der Wohnungslosigkeit oder Arbeitslosigkeit.

Über Stigmatisierung durch psychiatrisch Tätige wurde bereits in Abschnitt 4.2 geschrieben. Negative Einstellungen finden sich jedoch auch bei Allgemeinmediziner*innen, beispielsweise Hausärzt*innen. Der negative Bias kann dazu führen, dass Symptome einer Erkrankung fälschlicherweise auf die psychische Störung zurückgeführt werden und es zu einer schlechteren Behandlung kommt (vgl. Vistorte et al. 2018: 334). Die Überschneidung mit Faktoren wie Arbeits- und Wohnungslosigkeit auf der einen Seite und fehlenden Ressourcen durch die Störungen selbst auf der anderen Seite, führe zu einer besonderen Vulnerabilität gegenüber der fragmentierten und im Vergleich zum somatischen Bereich schlechteren Versorgung für Menschen mit psychischen Störungen (vgl. Rüschi 2021: 188). Die Fragmentierung des Versorgungs- und Sozialsystems geht auch mit getrennten Finanzierungen einher, was wiederum zu paradoxen Versorgungseffekten führen kann, welche nicht im Sinne des*der Patient*in oder des Gesamthilfesystems sein müssen, sondern oft nur dem Leistungserbringer zugutekommen.

Weiterhin fänden sich zahlreiche Lücken im Versorgungssystem, welche vor allem zu einer Benachteiligung von Menschen mit schweren psychischen Störungen führen (vgl. ebd.: 191;

vgl. Berger 2016: 221 f.). Auch das Finanzierungssystem der Psychiatriepersonalverordnung zwingt Kliniken, ihre Patient*innen deutlich unterhalb der S3-Leitlinien für verschiedene psychische Störungen zu behandeln (vgl. Berger 2016: 223 f.; vgl. Deutscher Bundestag 2019: 64–73, 412 f.). Psychiatriehistorisch und durch heutige Widerstände von Gemeindegliedern in Kommunen bedingt (vgl. Amering/Schmolke 2012: 232), liegen psychiatrische Kliniken teilweise weiterhin außerhalb der Stadt, oder sind weniger sichtbar beziehungsweise schlechter erreichbar als somatische Einrichtungen (vgl. Rüscher 2021: 194). Auch die Medien tragen zu einer verzerrten Wahrnehmung bei und berichten einseitig. Eine ausführliche Bearbeitung dieser Problematik würde jedoch eine eigene Arbeit erfordern.¹⁸ Strukturelle Benachteiligung findet man auch im Bereich der Forschungsförderung, welche bei psychischen Störungen deutlich geringer ausfällt als bei anderen Störungsbildern im Gesundheitssystem (vgl. ebd.: 106 f.). Uneingeschränkte Wahlrechte für alle Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland bestehen erst seit 2019 (vgl. BVerfG 2019). Ein weiteres umstrittenes Beispiel ist die Fahrerlaubnis-Verordnung, laut der Menschen in akuten Psychosen, manischen Phasen oder schweren Depressionen nicht geeignet seien ein Fahrzeug zu führen (FeV Anlage 4). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Stigmatisierung psychischer Störungen kaum einen Lebensbereich auslöst: Arbeit, Wohnen, soziale Kontakte und Teilhabe, Gesundheit und die Beziehung zu sich selbst werden beeinflusst. Einschränkungen sind jedoch vielfältig und nicht immer direkt ersichtlich.

5. Entstigmatisierung durch Erfahrene und Erfahrungsexpert*innen

Im Hinblick auf die Forschungsfrage wurden in vorherigen Kapiteln bereits die theoretische Fundierung, zentrale Akteure und praktische Auswirkungen der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen beleuchtet. Im Folgenden wird auf dieser Basis erläutert werden, inwiefern der Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen ins Hilfesystem der Stigmatisierung entgegenwirken kann. Zunächst werden dafür Arbeitsdefinitionen genutzter Begriffe erläutert. Die Kontakthypothese als eine der Grundlagen der entstigmatisierenden Wirkung von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen wird dargestellt und auf den Dialog als Basis des Einbezugs Erfahrener eingegangen. Der Einbezug wird unter dem Aspekt der Entstigmatisierung jeweils einzeln für den Einbezug in Antistigma-Maßnahmen und den Einbezug ins sozialpsychiatrische Hilfesystem außerhalb spezifischer Antistigma-Maßnahmen betrachtet. Schlussendlich finden auch Hindernisse und deren Lösungsmöglichkeiten Beachtung, da nur durch Überwindung dieser der Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen wirklich gelingen kann.

¹⁸ Dazu Finzen (vgl. 2013: 93–103), Ross et al. (vgl. 2019) und Rüscher (vgl. 2021: 206–220).

5.1 Empowerment und Recovery

Eine Arbeit zum Einbezug von Erfahrungsexpert*innen kommt nicht umhin, die Konzepte des Empowerments und Recovery anzureißen. Empowerment meint in diesem Kontext Selbstermächtigung oder -befähigung. Diese meint hier die Entwicklung der persönlichen Stärken, sowie die Möglichkeit zur Einflussnahme auf das eigene Leben und auf die Gesellschaft (vgl. Knuf 2016: 35).¹⁹ Empowerment ist eine Voraussetzung für Recovery. Die Recoveryorientierung stammt vor allem aus der Betroffenenbewegung und dem Trialog – und ist daher auch bei Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen zentrales Thema (vgl. ebd.). Definitionen von Recovery sind äußerst heterogen und daher schwer bestimmbar (vgl. Amering/Schmolke 2012: 25–34). In dieser Arbeit bezeichnet Recovery einen Prozess und eine Haltung, welche sich an den individuellen Werten und Zielen Betroffener orientiert und sich durch Empowerment, Ressourcenorientierung, der gesellschaftlichen Teilhabe, Integration der Störung in das eigene Selbstbild und die eigene Biografie sowie Hoffnung und Zufriedenheit als Zielvorgaben auszeichnet. Im Vergleich zu Ansätzen klassischer Psychiatrie sind daher nicht alle Bestrebungen auf die Symptomreduktion fokussiert, sondern auf die individuelle zufriedene Lebensführung, gegebenenfalls auch mit Symptomen.²⁰ In der Recoveryorientierung wird somit auch die binäre Unterteilung in ‚gesund‘ und ‚krank‘, die wie bereits geschildert eher zu stigmatisierenden Ansichten führt, zugunsten eines holistischeren Verständnisses von Gesundheit und Krankheit aufgelöst, bei dem beide in verschiedenen Dimensionen unterschiedlich ausgeprägt seien und nebeneinander stehen können (vgl. Sielaff/Utschakowski 2016: 273). Rüschi beschreibt die Recoveryorientierung als grundsätzlich entstigmatisierend und fasst bildlich zusammen: „[M]anche Profis [meinen], ein Rauschen im Radio abstellen zu müssen, doch manche ihrer Patienten stören sich nicht am Rauschen, sondern sie wollen zu ihrer Lebensmusik tanzen oder vorangehen, mit oder ohne Rauschen“ (2021: 98).

Die Recoveryorientierung ist in mehreren englischsprachigen Ländern bereits zum offiziellen Leitprinzip der psychiatrischen Versorgung geworden (vgl. Utschakowski et al. 2016: 276; vgl. Amering 2016: 61). Elke Prestin sieht in der Recoverybewegung den Ausdruck eines gesellschaftlichen Wandels und die Umsetzung der Behindertenrechtskonventionen der Vereinten Nationen im Sinne der Achtung der individuellen Autonomie sowie die Ermöglichung der gesellschaftlichen Teilhabe. Menschen mit psychischen Störungen würden vom behandelten Objekt zum selbstbestimmten Subjekt werden (vgl. Prestin 2020: 4 f.).

Empowerment im Sinne der Recoveryorientierung gehe als Selbstermächtigung über die reine Selbstbefähigung hinaus: Sollten psychiatrisch Tätige Klient*innen tatsächlich ermächtigen wollen, gehe dies mit einer echten Machtverschiebung auf individueller und

¹⁹ Eine umfängliche Darstellung bei Herringer (vgl. 2020).

²⁰ Dazu auch Knuf (vgl. 2016: 35-49), Amering/Schmolke (vgl. 2012) und Burr et al. (vgl. 2013).

struktureller Ebene einher. Dies deckt sich mit Link und Phelans Beschreibung der Rolle der Macht im Stigmakonzept. Prestin warnt allerdings auch:

„Selbstermächtigung sollte [...] nicht bedeuten, dass jede Gruppe ihre je eigenen Interessen gegen die anderen Gruppen durchzusetzen versucht. Vielmehr muss das Ziel darin bestehen, die jeweils Schwächeren soweit zu stärken, dass sie auf Augenhöhe mit den Menschen ihres Umfeldes diskutieren und mit ihnen gemeinsam um den für alle besten Weg ringen können.“ (Prestin 2020: 6)

5.2 Begriff der Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen

In der Literatur finden sich je nach Kontext die verschiedensten Begrifflichkeiten, um Menschen zu beschreiben, die Erfahrungen mit psychischen Krisen oder der Psychiatrie gemacht haben. Psychiatrieerfahrene, Ex-INler*innen, Peerarbeiter*innen, Peerspezialist*innen, Genesungsbegleiter*innen und weitere Begriffe werden teilweise synonym, teils mit nuancierten Unterschieden genutzt. Für die generelle Betrachtung die hier erfolgt, wird nur in Betroffene, Erfahrene und Erfahrungsexpert*innen unterteilt.

Betroffene bezeichnet vor allem Menschen in Phasen der psychischen Krise, während Erfahrene in der Regel in ihrem Recoveryprozess weiter fortgeschritten sind und ihr Erfahrungswissen einsetzen. Beide Begriffe schließen sich jedoch nicht aus, da sie eher Perspektiven als Personen beschreiben.

Bereits jetzt arbeiten zehntausende Betroffene und ehemalige Betroffene im psychiatrischen Hilfesystem, oder sind in diesem direkt oder indirekt involviert. Bei einer wie in der Einleitung bereits erwähnten Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen von rund 50 % und unter Einbezug der Tatsache, dass beispielsweise Sozialarbeitende bei Krankenkassen die Statistik der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Depressionen zusammen mit Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege mit anführen (vgl. Grobe/Steinmann 2015: 15), kann die Vorstellung des*der immer ‚gesunden‘ Fachexpert*in nur eine Illusion sein. Das Verschweigen des eigenen aktuellen oder ehemaligen seelischen Leids stellt eine eigene, eng mit Stigmatisierung verbundene Problematik dar (vgl. Rüscher 2021: 185 f.). Wenn in dieser Arbeit vom Einbezug von Erfahrenen ins Hilfesystem gesprochen wird, meint dies jedoch nicht all die psychiatrisch Tätigen, die auch Psychiatrieerfahrungen haben. Erfahrene oder Erfahrungsexpert*innen bezeichnet besonders die Menschen, die in und aus der Rolle des*der Erfahrenen heraus agieren. Nach Goffmans Systematik geht die Perspektive des*der Erfahrenen also mit der des*der Diskreditierten einher.

Die Unterscheidung zwischen den Begriffen der ‚Erfahrenen‘ und ‚Erfahrungsexpert*innen‘ ist in der deutschen Literatur unüblich, findet sich jedoch bereits implizit in Buchtiteln wie „Vom Erfahrenen zum Experten“ (Utschakowski et al. 2009). Erfahrungsexpert*innen im Sinne dieser Arbeit haben ihr Wissen in einer formalisierten Ausbildung reflektiert, sich mit einer Vielzahl anderer Personen über deren Erfahrungen ausgetauscht und dadurch ein geteiltes Erfahrungswissen gebildet. Erfahrungsexpert*innen verfügen daher nicht wie

Erfahrene nur über ‚Ich-Wissen‘, sondern zusätzlich über ein geteiltes, erworbenes ‚Wir-Wissen‘ (vgl. Utschakowski 2016a: 84). Die spezifischen Erfahrungen basieren nicht nur auf dem Erleben außergewöhnlicher Bewusstseinszustände, sondern auch auf Ausschluss, Diskriminierung und der Erfahrung institutioneller Machtausübung (vgl. Heumann et al. 2019: 36). Begriffe wie ‚Psychiatrieerfahrene‘, ‚Peerarbeiter*innen‘, ‚EX-INler‘ und ähnliche wären hingegen irreführend: Nicht jede*r Erfahrene hat Erfahrung mit der Psychiatrie, Erfahrungsexpert*innen arbeiten nicht in jedem Feld nur mit Peers und der Weg vom Erfahrenen zum*zur Erfahrungsexpert*in führt nicht nur über die EX-IN Ausbildung. Die Unterscheidung in Betroffene, Erfahrene, Erfahrungsexpert*innen und Fachexpert*innen ist daher eine geeignete Rollentrennung für die in dieser Arbeit relevanten Gruppen. Die Begriffe der Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen können ebenso auf Angehörige angewandt werden, auch wenn in dieser Arbeit der Fokus auf den Betroffenen liegt.

Die EX-IN Ausbildung soll jedoch als eine der bekanntesten und verbreitetsten Ausbildungen auf dem Weg zum*zur Erfahrungsexpert*in zum besseren Verständnis kurz vorgestellt werden: An 34 Standorten in Deutschland unterstützt der Verein EX-IN Deutschland e.V. die Weiterbildung zu Erfahrungsexpert*innen und kontrolliert die Qualitätsstandards der Ausbildung. Das Label EX-IN sei inzwischen ein anerkanntes „Markenzeichen“ (DGPPN 2019: 88). Im Mittelpunkt der Ausbildung stehe, anders als bei formellen Ausbildungen, die gemeinsame Entwicklung von Erfahrungswissen und nicht die Vermittlung von Wissen (vgl. Utschakowski 2016a: 87). Durch das Reflektieren von eigenen Erfahrungen entstehe bereits erwähntes ‚Ich-Wissen‘. Durch den gemeinsamen Austausch über jeweiliges ‚Ich-Wissen‘ und Überschneidungen zwischen diesen bildet sich das bereits beschriebene kollektive ‚Wir-Wissen‘ (vgl. Utschakowski 2016a: 88 f.). Ziel ist, den Einfluss von Erfahrenen auf das Versorgungssystem zu stärken, diskriminierende Angebote zu mindern und Betroffene zu unterstützen (vgl. ebd.: 86). Die EX-IN Ausbildung besteht aus zwölf Modulen: Gesundheitsfördernde Haltungen, Empowerment, Erfahrung und Teilhabe, Recovery und Dialog als Basismodule sowie die Selbsterforschung, Fürsprache, Assessment, Begleiten und Unterstützen, Krisenintervention, Lehren und Lernen als Aufbaumodule (vgl. EX-IN Niedersachsen o.D.: 4).²¹ Der Kurs dauert inklusive zwei Praktika und einem Portfolio rund ein Jahr und richtet sich vor allem an Menschen, die schwere psychische Krisen durchlebt haben, aber inzwischen krisenfrei sind. Geleitet wird er durch eine*n Erfahrungsexpert*in und eine*n Fachexpert*in, welche einen besonderen Trainerkurs absolviert haben (vgl. Mahlke et al. 2019: 215 f.).

²¹ Genauere Beschreibungen der einzelnen Module finden sich bei EX-IN Niedersachsen (vgl. o.D.: 4-10).

5.3 Die Kontakthypothese

Der Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen kann verschiedene Folgen auf Stigmatisierung haben, welche in den weiteren Abschnitten erläutert werden. Ganz direkt kommt es jedoch in der Regel zum Kontakt zwischen den Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen und Fachexpert*innen, Betroffenen oder der Allgemeinbevölkerung, und zwar im gegenseitigen Wissen um die Rolle der Beteiligten. Angermeyer et al. beschreiben den Zusammenhang zwischen Kontakt und geringerer Ablehnung als einen der „konsistentesten Befunde der psychiatrischen Einstellungsforschung“, der „die empirische Grundlage für eine der wichtigsten Strategien zur Bekämpfung des Stigmas psychischer Krankheit“ bilde (Angermeyer et al. 2017: 383).

Bereits 1954 veröffentlichte der Psychologe Gordon Allport das Buch „The Nature of Prejudice“. Ein Kapitel widmete er der sogenannten Kontakthypothese, welche nachfolgend eine umfangreiche Forschung und Literatur anstieß (vgl. Pettigrew/Tropp 2005: 262). Sie sei inzwischen einer der bekanntesten Ansätze zur Verringerung von Vorurteilen (vgl. Christ/Kauff 2019: 146).

Allports Kontakthypothese geht im Kern davon aus, dass Kontakt zwischen Personen aus verschiedenen sozialen Gruppen zu weniger Vorurteilen führt, jedoch nur, wenn vier Faktoren den Kontakt ausmachen würden: ein gleicher Status zwischen den Gruppen, geteilte Ziele und dadurch Solidarität, die Entdeckung gemeinsamer Interessen und geteilter Menschlichkeit sowie die Unterstützung durch Autoritäten, dem Gesetz oder von Bräuchen. Dabei bräuchten nicht alle vier Faktoren zu jeder Zeit in vollem Umfang gegeben sein, je weniger stark die Faktoren ausgeprägt seien, desto höher sei jedoch die Chance, dass es zu mehr Vorurteilen komme, statt diese abzubauen (vgl. Allport 1971: 285 f.; vgl. Pettigrew/Tropp 2005: 264). Dass nicht jeder Kontakt Vorurteile und Stigmatisierung abbauen muss, konnte schon in Abschnitt 4.2 gezeigt werden. Vorurteile meinen Einstellungen gegenüber Personen aus anderen Gruppen, die sich in kognitiven Komponenten, affektiven Komponenten und einer Prädisposition, sich gegenüber diesen Personen negativ zu verhalten, äußern (vgl. Christ/Kauff 2019: 146). Bezug auf Link und Phelans Stigmakonzept können Vorurteile sowohl als erlernte Relevanz bestimmter Etikettierungen als auch als Zuordnung von Stereotypen zu den Etiketten verstanden werden.

Allport wandte sich mit seiner Hypothese gegen die reine Edukation zum Abbau von Vorurteilen. Seiner Meinung nach führe das Erlernen von Tatsachen nur zum baldigen Vergessen dieser oder zur falschen Darstellung, um die eigene Einstellung zu rechtfertigen. Der Edukation müsse immer eine Änderung der Einstellung vorangehen (vgl. Allport 1971: 482).

Pettigrew und Tropp testeten in der zu diesem Thema bisher umfangreichsten Metaanalyse mit 515 Studien 2005 sowohl die Validität der Kontakthypothese im Generellen als auch die Relevanz der vier oben genannten Faktoren (vgl. Pettigrew/Tropp 2006). Die Metaanalyse

ergab, dass höhere Level an Intergruppenkontakten mit niedrigeren Leveln an Vorurteilen korrelierten und dass der Kontakt mit einzelnen Personen aus der Fremdgruppe auf die ganze Gruppe generalisiert wurde (vgl. Pettigrew/Tropp 2006: 766). Der gemessene Effekt war jedoch geringer, wenn es in den Studien um psychische Störungen ging und nicht beispielsweise um unterschiedliche Ethnien oder sexuelle Orientierung. Pettigrew und Tropp führen dies teilweise darauf zurück, dass es durch die Stigmatisierung psychischer Störungen schwieriger sein könnte, in Studien einen tatsächlich gleichen Status zu schaffen (vgl. Pettigrew/Tropp 2005: 268).

Weiterhin konnte bei denjenigen Studien, die in ihrer Struktur Allports vier Bedingungen berücksichtigten, eine deutlich höhere Effektstärke festgestellt werden als bei denjenigen, die dies nicht taten. In den allermeisten Fällen konnten jedoch, entgegen Allports ursprünglicher Hypothese, auch positive Effekte bei denjenigen Kontakten festgestellt werden, welche nicht die genannten Vorbedingungen beachteten (vgl. Pettigrew/Tropp 2006: 766 f.). In einer weiteren Metaanalyse untersuchten Pettigrew und Tropp, wodurch Kontakt Vorurteile reduzierte, und fanden drei verschiedene Mediatoren. Der erste Faktor war Wissen: Kontakt erhöhe das Wissen um die Eigenschaften und Ähnlichkeiten der Fremdgruppe. Wissen habe von den drei Faktoren jedoch die geringste Effektstärke (vgl. Pettigrew/Tropp 2008: 923, 927). Weitaus einflussreicher sei die Reduktion von Angstgefühlen in Bezug auf die Fremdgruppe. Der dritte Faktor sei die Erhöhung der Empathie und Förderung der Fähigkeit zum Perspektivwechsel (vgl. ebd.: 927). Weiterhin korrelierten Angstgefühle negativ mit Wissen und Empathie. Zwischen Wissen und Empathie fanden sich aber keine Korrelation (vgl. ebd.). Affektive Faktoren spielen also bei der Verringerung von Vorurteilen über Kontakt eine mindestens genauso große, wenn nicht sogar größere Rolle als rein kognitive Faktoren. Die meisten der beschriebenen Erkenntnisse aus der Metaanalyse von Pettigrew und Tropp im Jahre 2006 konnten in einer weiteren Metastudie im Jahre 2019 trotz deutlich strengerer Studienauswahl repliziert werden (vgl. Paluck et al. 2019: 129, 152). Unterschiede gab es jedoch in der Effektivität von Kontakt bei physischen und psychischen Störungen. Dieser war nicht wie bei Pettigrew und Tropp weniger wirksam als bei ethnischen Unterschieden oder Unterschieden in der sexuellen Orientierung, sondern deutlich wirksamer. Weiterhin wurde die mangelnde Überprüfung und damit nur schwache Evidenz für die von Allport genannten vier Faktoren kritisiert (vgl. ebd.: 152).

Im gleichen Jahr erschien eine weitere Metaanalyse von Maunder und White, die sich spezifisch mit der Effektivität von Intergruppenkontakten beim Stigma psychischer Krankheiten auseinandersetzte. Analysiert wurden 101 Studien. Kontaktinterventionen hatten einen mittelstarken Einfluss auf die Stigmatisierung. Beeinflusst wurden die Einstellung, affektive Reaktionen, Handlungsintentionen und Vorurteile. Kontaktbasierte Edukation unterschied sich in der Wirksamkeit nicht signifikant von reinen Kontaktinterventionen. Kontaktbasierte

Interventionen hatten einen stärkeren Einfluss in nicht-westlichen Ländern (Hong Kong, Malaysia, Indien, Japan, Saudi-Arabien, Iran, Israel) als in westlichen Ländern (vgl. Maunder/White 2019: 5). Es gab keine signifikanten Unterschiede bei der Stigmareduktion im Vergleich verschiedener psychischer Störungen (vgl. ebd.: 8). Effekte waren auch nach 16 bis 52 Wochen feststellbar, ob sie auch länger als ein Jahr wirksam waren, wurde in den Studien nicht geprüft (vgl. ebd.: 9).

Darüber hinaus wurde festgestellt, dass der stigmareduzierende Effekt nicht nur auf das Störungsbild der Kontaktperson begrenzt war. Kontakt mit einem Menschen mit bipolarer Störung könnte beispielsweise auch die Stigmatisierung gegenüber Menschen mit Depressionen, Psychosen oder Kokainabhängigkeit verringern (vgl. ebd.).

Kontakt reduzierte Stigmatisierung bei Studierenden und Fachexpert*innen mehr als bei „community members“ (ebd.: 10). Anders als im psychiatrischen Alltag war bei den Kontaktinterventionen der Studien ein gleicher Status gegeben und der Fokus lag auf einer gemeinsamen, positiven Kontaktsituation. Inzwischen konnte sogar gut belegt werden, dass die Kontakthypothese auch auf nicht-direkte Kontakte zutrifft. Allein das Wissen um die Beziehung eines Eigengruppenmitglieds zu einem Fremdgruppenmitglied reduziert die eigenen Vorurteile gegenüber der Fremdgruppe (vgl. Zhou et al. 2018: 23). Auch die Beobachtung von positivem Kontakt zwischen Eigengruppen- und Fremdgruppenmitglieder (vgl. Christ/Kauff 2019: 149) oder die Imagination von diesem (vgl. Miles/Crisp 2014: 21 f.; vgl. Crisp/Turner 2009: 238) scheinen Vorurteile zu reduzieren.

Offenbarungen von Erfahrungen mit psychischen Krisen bei Personen des öffentlichen Lebens sowie positive Repräsentation von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen in den Medien könnten dementsprechend entstigmatisierend wirken. Interessant scheint auch die Frage, ob das alleinige Wissen um die Berufsgruppe der Erfahrungsexpert*innen in der Psychiatrie bereits Vorurteile reduzieren könnte.

Aktuelle Übersichtsarbeiten bewerten außerdem das Modell der wechselseitigen Differenzierung von Brown und Hewstone aus dem Jahre 2005 als weiterhin maßgebliches Modell bei der Gestaltung von Gruppenkontakten (vgl. Christ/Kauff 2019: 151). Dieses postuliert das Beibehalten von Gruppenzugehörigkeit und -identität, ohne besondere Hervorhebung dieser im Intergruppenkontakt. Unterschiedliche Gruppen erkennen gegenseitig positive Eigenschaften und Gemeinsamkeiten an, ohne dabei jegliche Unterschiede zu leugnen. Schwächen von vorherigen Modellen, in denen nur versucht wurde, die Gruppenunterschiede absichtlich weniger zu betonen oder in denen nur die Gemeinsamkeiten betont wurden, werden hier laut Brown und Hewstone eliminiert. Abgesehen davon, dass Unterschiede gegebenenfalls offensichtlich sind und Gruppenmitglieder ihre Gruppenidentität auch nicht reduzieren oder aufgeben wollen würden, sei auch fraglich, ob positive Erfahrungen mit

Fremdgruppenmitgliedern auf die Fremdgruppe generalisiert werden, wenn die Personen nicht als Mitglieder der Gruppe erkannt werden (vgl. Brown/Hewstone 2005: 266 f.).

McKeown und Dixon bieten eine kritischere Sicht auf die Kontakthypothese. So kritisieren sie die vor allem in den letzten 20 Jahren aufkommende Tendenz jedwedem Kontakt vorurteilsreduzierende Eigenschaften zuzuschreiben. Negativer Kontakt könne auch Vorurteile verstärken, beziehungsweise könne Kontakt gar nicht nur diametral in negativ und positiv eingeteilt werden. In der wissenschaftlichen Literatur gäbe es zu negativen Kontakten eine Lücke, die es zu füllen gelte (vgl. 2017: 2 f.). Praktische Forschung müsse gegenüber labor- und umfragenbasierter Forschung einen höheren Stellenwert erhalten (vgl. ebd.: 5). Zuletzt stellen McKeown und Dixon heraus, dass eine Verbesserung des Intergruppenkontakts nicht automatisch bedeute, dass soziale Chancengleichheit und eine Veränderung der Zustände entstehen. Die zunehmende Harmonie könne auch dazu führen, dass strukturell benachteiligte und diskriminierte Gruppen weniger das Bedürfnis verspüren, gegen Ungleichheiten zu protestieren, diese klar sichtbar zu machen, anzuprangern und sich politisch einzusetzen (vgl. ebd.: 6). So würden beispielsweise hierarchische Machtstrukturen als legitimer betrachtet werden, sofern es vorher einen Kontakt gab, der Gleichheiten betonte, als wenn es keinen Kontakt gab oder Kontakt, der die Unterschiede betonte (vgl. ebd.: 7). Dabei sei die Forderung der Autoren nicht, Kontaktprogramme nicht mehr zu nutzen. Stattdessen fordern sie, die Rahmenbedingungen, in denen sie stattfinden, klarer zu definieren, Bedingungen, die beim Kontakt soziale Veränderungen langfristig reduzieren, zu erforschen und sich der Zielsetzung des Kontakts bewusster zu werden (vgl. ebd.: 9).

Eine kritische Soziale Arbeit muss Kontaktinterventionen auch unter diesem Blickwinkel betrachten. Der Einbezug Erfahrener und Erfahrungsexpert*innen darf daher nicht nur im Sinne des individuellen Antistigma-Kontakts betrachtet, sondern wie schon bei Link und Phelan betont auch aus einer machttheoretischen Perspektive und unter dem Aspekt der sozialen Veränderung gesehen werden. Die in den folgenden Abschnitten dargestellten Möglichkeiten zum Einbezug nutzen die hier dargestellte Form des Kontakts und zeichnen sich auch durch die überwiegende Einhaltung der von Allport genannten Rahmenbedingungen aus.

5.4 Trialogveranstaltungen und Trialog

1989 wurde das erste Psychoseseminar durch Dorothea Buck und Thomas Bock ins Leben gerufen. Dieses hätte erstmals die Möglichkeit zum Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachexpert*innen in einem möglichst herrschaftsfreien Raum geboten und damit zum Trialog (vgl. Berg-Peer 2017: 163 f.; vgl. Bock et al. 2013: 244). Zur Entstigmatisierung beizutragen sei einer der Beweggründe für die Gründung der Psychoseseminare

gewesen, weswegen diese und daraus hervorgegangene Trialogveranstaltungen bezüglich Entstigmatisierung auch heute noch eine Rolle spielten (vgl. Tilly 2020: 15). Auch die moderne Peearbeit in Deutschland sei unter anderem aus den Hamburger Psychoseseminaren entstanden und daher von der Idee des Trialogs geprägt (vgl. Mahlke et al. 2019: 215; vgl. Bock 2020: 9). Trialogveranstaltungen und der Trialog sollen daher hier eine kurze Betrachtung erfahren.

Trialogveranstaltungen können als besondere Lern- und Verständigungsräume betrachtet werden, deren konstituierenden Eigenschaften Entstigmatisierung fördern: Bereits die formelle Kontextualisierung von Trialogveranstaltungen als gegenseitiger Lernraum fördert Offenheit und Nachfragen, statt Abgrenzung und Schweigen.

Auch klassische Rollen und Beziehungsdynamiken sind bei Trialogveranstaltungen verändert: Psychiatrisch Tätige sind für Betroffene und Angehörige bei Trialogveranstaltungen nicht verantwortlich, Angehörige und Betroffene haben keine tiefe persönliche emotionale Verflechtung und Betroffene sind nicht Objekt der Behandlung der Fachexpert*innen. Es bietet sich somit eine besondere Möglichkeit des Austauschs (vgl. Bock et al. 2013: 245). Die Betroffenen gelten hier als Expert*innen, während die psychiatrisch Tätigen sich einen Zugang erarbeiten (vgl. Bock 2020: 7 f.). Im persönlichen Kontakt könnten außerdem Betroffene ihre eigenen Gefühle, ihren Alltag und Einflüsse der psychischen Störung sowie Parallelen zwischen ihrem und dem Leben der Kontaktpartner*innen aufzeigen und dadurch Empathie und Nähe ermöglichen (vgl. Rüscher et al. 2013: 487). Obwohl die unterschiedlichen Rollen weiter bestehen, lösen sich die klassische Trennung in ‚wir‘ und ‚sie‘ sowie typische Machtverhältnisse auf. Es geht um das Ringen um einen herrschaftsfreien Diskurs, ohne verändern zu müssen, aber eben dadurch Veränderung zu schaffen (vgl. Bock 2020: 7).

Die Betroffenenberichte würden, anders als in einem therapeutischen Gespräch, nicht nur als Ausdruck der eigenen Problemsituation oder des Leidens gewertet: für die Trialogpartner*innen seien die Erfahrungsberichte eine Lernmöglichkeit und erhielten allein dadurch eine Komponente der Wertschätzung (vgl. Bock et al. 2013: 248). Der kommunikative Charakter führt weiterhin zu einer Strukturierung der eigenen Erfahrung und Inkontextsetzung zur eigenen Biografie, während verschiedene Blickwinkel der Trialogpartner*innen gegen oder miteinander abgewogen und gegebenenfalls integriert werden können. Es werde ein Raum aufgemacht, in dem auf neue Art von der eigenen Erfahrung gesprochen werden könne (vgl. Bock et al. 2020: 13). Das Störungsbild erhält einen Platz außerhalb der rein pathologischen, atheoretischen Krankheitsklassifizierung. Dies sei unabdinglich, denn ein stärkerer Bezug auf die eigene Lebenserfahrung gehe auch mit einer positiveren Einstellung und erhöhten Lebensqualität einher (vgl. Bock et al. 2013: 248). Diese Art des Austauschs kann zur Ausbildung idiosynkratischer Krankheitskonzepte führen. Die Erfahrungen sind nichts, was dem eigenen Identitätskonzept entgegenstehen muss, sondern ein

wertvoller Teil davon. Eine Perspektive, in der Symptome nicht nur als Ausdruck einer Krankheit gesehen, sondern auch als menschliche Reaktion verstanden werden, führe auch zu einer geringeren Stigmatisierung (vgl. Bock et al. 2017: 471 f.). Sie schwächt die Unterscheidung in ‚uns‘ und ‚sie‘ und steht entgegen erlernten Vorstellungen der Natur psychischer Störungen. Der Dialog habe somit eine anthropologische Sicht psychischer Störungen belebt und eine neue Basis gegeben (vgl. Bock et al. 2013: 244). Eine anthropologische Sichtweise sei sowohl ein Beitrag zur nachhaltigen Entstigmatisierung als auch zur inneren Wiederaneignung des Erlebten (vgl. ebd.: 248; vgl. Bock 2021: 8). Während in der bei Goffman beschriebenen stigmatisierenden Sichtweise Betroffene als nicht ganz menschlich verstanden werden, wird die psychische Störung hier als zutiefst menschliche Reaktion gedeutet. Besonders Lernende wie Student*innen könnten profitieren: Der Dialog biete die „Chance der rechtzeitigen Verunsicherung“ (Bock et al. 2013: 245), um die Verschiedenheit von Menschen mit gleicher Diagnose zu erleben, bevor sich akademische Kategorisierungen zu stark festigen.

Dialogveranstaltungen können auch als Übungsfeld gesehen werden, über die eigenen Lebenserfahrungen zu sprechen und durch wertschätzende Anerkennung dieser auch in Kontexten außerhalb des Dialogs zu sich zu stehen (vgl. Bock et al. 2020: 13).

Dialogveranstaltungen ermöglichen überdies auch den Sachaustausch zum Thema Stigmatisierung, Stigmamangement und Entstigmatisierung. So kann auf natives Wissen anderer zugegriffen werden. Dies kann sowohl zwischen Peers erfolgen, wenn also beispielsweise Betroffene von anderen Erfahrenen Möglichkeiten zum Umgang mit individueller Diskriminierung erhalten, oder Fachexpert*innen von anderen Fachexpert*innen Möglichkeiten zu Antistigma-Interventionen in Einrichtungen erlernen, als auch zwischen verschiedenen Gruppen, beispielsweise wenn Fachexpert*innen über Stigmatisierungsmomente in Einrichtungen durch Psychiatrieerfahrene lernen.

Dialogveranstaltungen fördern durch den besonderen Kontakt eine über die Dialogveranstaltungen hinausgehende Zusammenarbeit zwischen Fachexpert*innen, Betroffenen und Angehörigen sowie den Vereinen dieser Gruppen (vgl. Schäfer/Schöttes 2016: 194). Es kann ein Netzwerk entstehen, von dem alle Beteiligten profitieren.

Dialog als moderner Begriff geht jedoch über Dialogveranstaltungen hinaus:

Dialog meint die gleichberechtigte Begegnung von Betroffenen, Angehörigen und psychiatrisch Tätigen als Expert*innen auf Augenhöhe, sowohl in Behandlung und Lehre als auch in Psychiatrieplanung, Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätssicherung, bei Antistigma-Arbeit oder auch in Wissenschaft und Forschung (vgl. Bock et al. 2013: 243). Er kann in nahezu jeder Form der Kampagne oder Einrichtung gelebt werden. Das wechselseitige Verstehen, Lernen, Annähern und Aushandeln stehe im Mittelpunkt (vgl. Mahlke et al. 2019: 214 f.). Dabei

müssen sich nicht immer alle einig sein, aber „auch zum Streiten brauchen wir eine gemeinsame Sprache und eine gleiche Ebene der Verständigung“ (Bock et al. 2020: 12). In seinen Kernannahmen basiert der Dialog auf der bereits vorgestellten Recoveryorientierung und versucht paternalistische Modelle wie das der Compliance und Krankheitseinsicht durch Kooperation und gemeinsames Handeln, beispielsweise durch Behandlungsvereinbarungen, zu ersetzen (vgl. Bock et al. 2013: 250). Weiterhin ist eine Subjektorientierung ein Ziel und damit auch die Auflösung von Kategorien wie ‚die Schizophrenen‘ oder ‚die psychisch Kranken‘.

Die Auflösung streng medizinischer Krankheitskonzepte sowie die gemeinsame Zusammenarbeit zum gegenseitigen Verständnis, die Wertschätzung der Erfahrungen und Kontextualisierung dieser in einem biographischen Sinnzusammenhang, die gleichwertigen Machtpositionen und die Begegnung in denen Gemeinsamkeiten beleuchtet, aber auch Unterschiede akzeptiert werden, führen zu einer Schwächung der Etikettierung, Stereotypisierung, Abgrenzung und zum Abbau klassischer Machtstrukturen. So kann es zu einer Verringerung von internalisiertem Stigma und Stigmatisierung auf Seiten der Betroffenen, Fachexpert*innen und Angehörigen kommen.

Obwohl der Dialog zwar entstigmatisierend wirkt, wird er gleichzeitig durch Stigmatisierung behindert (vgl. Schäfer/Schöttes 2016: 195). Betroffene distanzieren sich selbst vom Etikett ‚psychisch krank‘ und Angehörige erfahren nicht vom Zustand jener Betroffenen. Fachexpert*innen können die dialogische Zusammenarbeit aufgrund von Stigma ablehnen und Betroffene, die in ihren Erfahrungen nie einen positiven Wert erlebt haben, werden gegebenenfalls gar nicht erst in der Peer- oder Antistigma-Arbeit aktiv werden. Möglicherweise wird das Stigma sogar als gerechtfertigt und Entstigmatisierung dementsprechend als überflüssig erlebt. Die Arbeit als Erfahrungsexpert*in oder auch das Veröffentlichen von Literatur aus dieser Position heraus geht mit einem Wechsel vom Status des*der Diskreditierbaren zum*zur Diskreditierten einher und zwingt damit möglicherweise zum Stigmamanagement. Strukturelle Probleme, zum Beispiel bei der Finanzierung dialogischer Arbeit, können als Barrieren fungieren.

Sollte das Ziel sein, das Stigma psychischer Störungen weiter zu verringern, kann über den Abbau dieser Barrieren das Momentum für weitere dialogische Praxen geschaffen werden, die den Abbau beschleunigen. Andersherum muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass bei einer Radikalisierung der Gesellschaft und einer geringer werdenden Toleranz für scheinbar Fremdes, bereits Geschaffenes verloren gehen kann.

5.5 Erfahrene und Erfahrungsexpert*innen in Antistigma-Programmen

Ein klassischer Ansatz zur Reduktion von Stigmatisierung ist die Nutzung von Antistigma-Kampagnen. Interventionen können danach strukturiert werden, ob sie vor allem auf internalisiertes Stigma, individuelle Stigmatisierung oder strukturelle Stigmatisierung ausgelegt sind. Zwar wird durch die Verwobenheit der Stigmaformen jede Intervention, die eine dieser Stigmaformen beeinflusst, auch die anderen Formen beeinflussen, eine Trennung kann zur Strukturierung trotzdem hilfreich sein. Wie in der Einleitung bereits erwähnt, könne eine ‚echte‘ Antistigma-Arbeit laut Thomas Bock jedoch nur unter Einbezug Betroffener, beziehungsweise Erfahrener geschehen (vgl. Bock 2020: 8). Auch Gaebel schrieb bereits vor elf Jahren, dass der Einbezug bei Antistigma-Maßnahmen zum Standard geworden sei (vgl. Gaebel et al. 2010: 26). Wie kann dieser Einbezug aber exemplarisch aussehen und was kann er über die in Abschnitt 5.3 und 5.4 dargelegten Folgen hinaus bewirken?

Schomerus und Angermeyer formulieren bezüglich der grundsätzlichen Vorteile von Antistigma-Kampagnen unter Einbezug Erfahrener:

„Initiativen von und mit Betroffenen [haben] wesentliche Vorzüge gegenüber Initiativen von Außenstehenden [...]: Sie besitzen das höchste Maß an Glaubwürdigkeit und Authentizität. Sie verhindern, dass auf gutgemeinte Weise auch durch fremdbestimmte Anti-Stigma-Initiativen die Eigenständigkeit der Betroffenen unterminiert wird („Benevolenz-Stigma“). Sie nutzen beinahe automatisch die bisher am besten belegte Anti-Stigma-Strategie, den direkten Kontakt mit psychisch Kranken.“ (Schomerus/Angermeyer 2011: 350)

In dieser Arbeit getrennt dargestellte Ansätze müssen jedoch, wie bereits in Kapitel 3 erwähnt, in der Praxis immer kombiniert werden: Stigmatisierung kann als gesamtgesellschaftliches Phänomen auch nur in einem gesamtgesellschaftlichen Rahmen begriffen und bearbeitet werden, auch wenn spezifische Interventionen den Anstoß dazu bieten können.

Historisch beliebt zur Verringerung von Stigmatisierung in der Bevölkerung sind Edukationskampagnen. Wüsste die Bevölkerung mehr über psychische Störungen und Menschen mit psychischen Störungen, würde sich auch die Stigmatisierung auflösen, so die Annahme. Edukationskampagnen sind der Kontakthypothese entsprechend jedoch nicht ausreichend zu einer Verringerung von Stigmatisierung, sofern diese nicht auch von Begegnungen begleitet werden (vgl. Speck 2018: 109; vgl. Bock et al. 2017: 470).

So arbeitet der Verein ‚Irre menschlich Hamburg‘ mit mehreren zielgruppenspezifischen Kontaktinterventionen. Er ging 1980 aus den Psychoseminaren hervor und gilt als eines der ersten Antistigma-Projekte Deutschlands (vgl. Bock et al. 2014: 191). Die dialogische Arbeit und die direkte Begegnung mit Psychiatrieerfahrenen sei Grundprinzip der Arbeit von ‚Irre menschlich Hamburg‘. Das bedeute, dass so weit wie möglich alle Unterprojekte, Plakate und Filmspots dialogisch produziert oder angeleitet werden (vgl. Bock et al. 2014: 193; vgl. Bock et al. 2017: 475). Die meiste Arbeit des Vereins sei auf Schüler*innen

verschiedener Jahrgänge fokussiert. Zusätzlich gebe es Aufklärungs- und Informationsprojekte in verschiedenen Hamburger Betrieben, Aus- und Fortbildungsveranstaltungen für Journalist*innen, Polizist*innen, Lehrer*innen, Pastor*innen und für Berufsgruppen im Bereich der Jugendhilfe, der Gesundheitsberufe²² und der Wohnungswirtschaft. Weiterhin würden öffentliche Aktivitäten organisiert werden, unter anderem kulturelle Veranstaltungen wie Ausstellungen, Filmdarbietungen und Theaterveranstaltungen (vgl. Bock et al. 2014: 191; vgl. Bock et al. 2017: 475). Informationen werden darüber hinaus von Expert*innen in Talkshows, Zeitungen, TV-Berichten, Artikeln in Fachzeitschriften und im Rundfunk der Öffentlichkeit zugänglich gemacht (vgl. Irre menschlich Hamburg e.V. o.D.a; Bock et al. 2014: 193). Die Arbeit des Irre menschlich Hamburg e.V. ist somit breit gefächert: Einerseits wird an diversen gesellschaftlichen Stigmatisierungsorten angeknüpft wie bei Medien, Arbeit, Wohnen, oder Berufsgruppen, die Betroffene in besonderem Maße stigmatisieren können, andererseits bei der Gruppe der Schüler*innen und Student*innen.

Die Hauptzielgruppe der Schüler*innen sei bewusst ausgewählt worden, da bei diesen Vorurteile noch nicht gefestigt seien und Lernprozesse, die beispielsweise im späteren Leben Selbststigmatisierung verhindern und die Annahme von Hilfen erleichtern, noch möglich seien (vgl. Bock et al. 2014: 198). Jugendliche würden so außerdem erleben, dass über Themen wie Psychosen gesprochen werden kann und diese nicht gesellschaftliche tabuisiert sein müssen (vgl. ebd.: 198). Dadurch kann möglicherweise auch die Angst, vom Diskreditierbaren zum Diskreditierten zu werden, und damit das nötige Ausmaß der Informationskontrolle verringert sowie der Austausch mit Peers erhöht werden. In Bezug auf Goffmans Begriff der ‚moralischen Karriere‘ werden hier also Personengruppen angesprochen, die noch im Prozess des Erlernens des gesellschaftlichen Bildes über ein bestimmtes Stigma sind. Durch die dadurch entstehende Schwächung der Verbindung zwischen stigmatisierendem Attribut und dem dazu bestehenden Stereotyp wird gegebenenfalls das Attribut nicht mehr als unvereinbar mit der virtuellen sozialen Identität gesehen.

Die Kontakte und Inhalte werden an Zielgruppen angepasst: Während es in der Arbeit mit der Polizei eher darum gehe, Ängste abzubauen und spezielle Bedürfnisse sowie Umgangsweisen zu verdeutlichen, solle der Kontakt und Austausch mit Erfahrungsexpert*innen bei denen Recovery möglich war und die Psychiatrieerfahrungen gemacht haben, bei Fachexpert*innen Hoffnung, Zuversicht und eine Reflexion der eigenen Handlungsweisen erzeugen – und damit auch entstigmatisierend wirken (vgl. Scholz 2016: 255).

²² Eine ausführliche Darstellung eines Antistigma-Moduls für Medizinstudierende findet sich auf der Website von Irre menschlich Hamburg (vgl. Irre menschlich Hamburg e.V. o.D.b).

Auch bei internalisiertem Stigma scheinen rein psychoedukative Antistigma-Programme nur eine geringe bis keine Wirksamkeit zu haben (vgl. Rüscher 2021: 252). Der Einsatz von Erfahrungsexpert*innen scheint jedoch förderlich. Auf der Seite der Expert*innen sorgt die Unterstützung von Anderen und Mitwirkung an beispielweise Antistigma-Projekten für Empowerment. Nicht nur die Fähigkeit anderen zu helfen, sondern auch die eigenen sonst stigmatisierten Erfahrungen werden ähnlich dem Dialog wertgeschätzt und andere profitieren von ihnen. Auch der Austausch im Rahmen von EX-IN Kursen kann unterstützend wirken. Die genannten Faktoren wirken sich positiv auf die Stigmaresistenz und Recovery aus (vgl. Hegedüs et al. 2021: 454 f.; vgl. Utschakowski et al. 2016: 277).

Auf der anderen Seite beeinflusst jede Antistigma-Arbeit, welche individuelle oder strukturelle Stigmatisierung reduziert, auch das internalisierte Stigma, da sich dieses durch Erfahrungen oder durch in der Sozialisation erlernten Stereotypen und Erwartungen an Ansichten und Handeln anderer ausbildet. Schwächt der Besuch eines*einer Erfahrungsexpert*in mit Erfahrung einer Psychose in einer Schulklasse beispielsweise das negative Bild, welches Schüler*innen von Menschen mit Psychoseerfahrungen haben, führt dies den Stigmamodellen von Goffman und Link und Phelan entsprechend bei eigener Betroffenheit später zu einem weniger ausgeprägtem internalisiertem Stigma. Erfahren Betroffene bei der Wohnungs- und Arbeitssuche, im sozialen Umfeld oder in Medien nicht dauerhafte Ablehnungen oder Abwertung aufgrund der psychischen Störungen, kann sich auch das mit der Störung verbundene Selbstbild positiv ändern. Dies gilt nicht nur, wenn sich die Menge an negativen Darstellungen reduziert, sondern insbesondere auch dann, wenn positive Vorbilder aus der Eigengruppe dargestellt werden. Ebenso kann Partizipation zu einer höheren Selbstwirksamkeit und damit auch besserem Selbstbild führen. Auch Selbsthilfegruppen als Form des Peer-Support können zur Bewältigung des internalisierten Stigmas beitragen (vgl. Hundertmark-Mayser 2020: 27).

Hierfür gibt es jedoch auch spezielle, peergeleitete Programme. Ziele seien dabei die wahrgenommene Legitimität des Stigmas kritisch zu hinterfragen, die Identifikation – speziell die positive Identifikation – mit der Eigengruppe zu verstärken, die Störung außerhalb einer reinen Defizit- und Krankheitsorientierung in der eigenen Lebensgeschichte zu integrieren, und einen konstruktiven Umgang mit dem Gefühl der Scham zu vermitteln. Zuletzt sei auch das bereits angesprochene Empowerment unabdingbar, was jedoch vor allem durch den Einbezug in Behandlung und Gesellschaft aufgebaut werde (vgl. Rüscher et al. 2013: 488 f.). Wie bereits in vorherigen Kapiteln angesprochen, verheimlicht ein hoher Anteil von Betroffenen ihre psychische Störung. Dies wird durch Stigmatisierung unterstützt, obwohl die Offenbarung zu einer höheren Lebensqualität führen kann (vgl. Corrigan et al. 2010: 270 f.). Ein peergeleitetes Gruppenprogramm, welches von Patrick Corrigan erstellt wurde und sich mit dieser Verheimlichung auseinandersetzt, ist das Programm ‚Coming Out Proud‘

beziehungsweise später ‚Honest, Open, Proud‘ und im Deutschen ‚In Würde zu sich stehen‘ (IWS). Das Programm hat als Ziel, im Sinne des Stigmamanagements bei einer autonomen Entscheidung zur Offenlegung oder Geheimhaltung der eigenen Erfahrungen zu unterstützen. Im Optimalfall müssen Aspekte der eigenen Identität nicht mehr verheimlicht werden und Teilnehmer*innen erhalten Ressourcen, um Stigmatisierung im Alltag selbstbewusst zu begegnen. Auch der Austausch bezüglich gemachter Erfahrungen kann einen Perspektivwechsel ermöglichen. Gruppenleiter*innen sollten, wenn möglich, Peers im doppelten Sinne sein: Handelt es sich beispielsweise um eine IWS-Gruppe von Bundeswehrsoldat*innen in psychischen Krisen, so sollte auch die Peer-Leitung durch Soldat*innen mit Erfahrung von psychischen Krisen erfolgen (vgl. Rüscher et al. 2019: 100). Die Position der Erfahrungsexpert*innen sollte für Authentizität und Nähe zur Lebens- und Erfahrungswelt der Teilnehmenden (vgl. ebd.).

In der ersten von vier Lektionen werden Vor- und Nachteile von Offenlegung mit Teilnehmenden diskutiert. Ziel ist es, zu einer selbstbewussten, reflektierten Entscheidung zu kommen, ohne dass diese mit Scham besetzt ist (vgl. Zuaboni et al. 2018: 22). Beim IWS-Programm wird also nicht jedwede Geheimhaltung in allen Lebenskontexten verurteilt (vgl. Rüscher 2021: 256). Geheimhaltung kann immer auch mit Vorteilen einhergehen und muss wie bei Goffman dargestellt als Bewältigungsverhalten verstanden werden. In diesem Rahmen werden auch Ziele und Erwartungen an die Offenlegung angesprochen und es wird individuell behandelt, zu welchem Grad die Teilnehmenden sich als ‚psychisch krank‘ definieren. In der zweiten Lektion werden verschiedene Stufen der Offenlegung thematisiert, da Offenlegung auf einem Spektrum stattfindet. Weiterhin werden Möglichkeiten erörtert, um abzuschätzen, wem gegenüber man die psychische Störung offenbaren will. In der dritten Lektion werden Arten und Weisen ermittelt und geübt, die eigene Geschichte zu erzählen. Ausgangspunkte dafür sind Erzählungen von anderen Menschen mit psychischen Störungen, die im IWS-Arbeitsbuch zu finden sind. In einer vierten Lektion, einen Monat nach den vorherigen Sitzungen, wird über die bis dahin abgelaufene Entscheidung zur Offenlegung oder Geheimhaltung gesprochen und gemachte Erfahrungen werden geteilt (vgl. Rüscher et al. 2019: 99f.).

Das IWS-Programm gibt es in unterschiedlichen zielgruppenspezifischen Adaptionen (beispielsweise für selbst erkrankte Fachexpert*innen, für Soldat*innen oder Jugendliche), welche alle durch partizipative Forschung entwickelt wurden (vgl. Rüscher 2021: 258). Verschiedene Studien zu IWS konnten einen Rückgang von Stigmastress und positive Effekte auf internalisierte Stigmatisierung feststellen. Bei Jugendlichen scheint das Programm darüber hinaus Lebensqualität, Recovery und Behandlungsteilnahme zu verbessern (vgl. ebd.: 259). Es kann auch davon ausgegangen werden, dass bei einer höheren Rate an Offenlegungen gegenüber dem Umfeld, wie im Abschnitt zu Allports Kontakthypothese geschildert,

stigmatisierende Einstellungen durch Kontakt bei anderen Personen reduziert werden, sowohl im direkten Kontakt als auch bei Personen, die indirekt vom Kontakt erfahren.

Programme speziell gegen strukturelle Stigmatisierung unter Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen scheint es kaum zu geben. Protest gegen strukturelle Stigmatisierung kann jedoch ebenfalls als Antistigma-Arbeit gesehen werden. Am Protest sind in der Regel Betroffene bereits in hohem Maße beteiligt. Erfahrene und Erfahrungsexpert*innen könnten hier gegebenenfalls bei der Protestkoordinierung und -organisation, oder bei der Vernetzung und Zusammenarbeit von beispielsweise Betroffenen- und Angehörigenverbänden sowie dem Psychiatriesystem unterstützen. Auch der professionalisierte Zusammenschluss in Verbänden kann als Mittel zur höheren Einflussnahme auf die Politik gewertet werden und damit stigmatisierende Strukturen verändern.

Auch hier kann angenommen werden, dass eine Änderung der individuellen Stigmatisierung und der Ansichten in der Bevölkerung zu einem Abbau der strukturellen Stigmatisierung führt.

5.6 Erfahrungsexpert*innen außerhalb von Antistigma-Programmen

Erfahrungsexpert*innen arbeiten – und das zu einem überwiegenden Teil – außerhalb von direkten Antistigma-Projekten. Ein verbreiteter Einsatz ist die Arbeit in Kliniken als Genesungsbegleiter*innen. Weitere relevante Einsatzmöglichkeiten sind in der Qualitätssicherung, in Ombudsstellen, Ethikkommissionen, Krisenteams, der Psychiatrieplanung oder als Leitung von Selbsthilfegruppen. Klassischer Peer-Support, welcher den Einsatz von Erfahrenen voraussetzt, hat eine lange Geschichte (vgl. Ibrahim et al. 2020: 285). In diesem Abschnitt wird aufgrund der Verbreitung, der Literaturlage und aus Platzgründen vor allem die Arbeit als Genesungsbegleiter*innen untersucht.

Professioneller Peer-Support werde weltweit vermehrt angenommen, um das psychiatrische Feld und darin enthaltene Organisationen zu einer recoverybasierten Orientierung zu transformieren und bereits begonnene Entwicklungen zu fördern (vgl. ebd.: 285 f.). Gleichzeitig beschreibt Puschner Peer-Support als noch global ungenutzte Ressource (vgl. Puschner 2018: 413). Auch in Deutschland finden sich mehr und mehr Bemühungen, den Einbezug von Erfahrungsexpert*innen als Fachstandard zu etablieren. So listet die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie für die Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik den stationären Einsatz von Genesungsbegleiter*innen als Qualitätsempfehlung (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2020: 9). Auch die S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien empfiehlt den Einsatz von Genesungsbegleiter*innen (vgl. DGPPN 2019: 37). In allen Hamburger Kliniken seien

beispielsweise in Kooperation mit dem Projekt ‚psychenet‘²³ an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung Peer-Berater*innen beziehungsweise Genesungsbegleiter*innen etabliert worden (vgl. Bock et al. 2014: 195). Die Stellen der Berater*innen seien zweifach besetzt, einmal durch Personen, die eigene Erfahrungen mit psychischen Krisen gemacht haben, aber auch durch Angehörige, die andere Angehörige beraten würden (vgl. Bock et al. 2017: 481).

Zur Arbeit von Genesungsbegleiter*innen schreiben Mahlke et al.:

„GenesungsbegleiterInnen verstehen sich als Ansprechpartner auf Augenhöhe mit gleichen oder ähnlichen Erfahrungen, die ein ressourcen- und recoveryorientiertes Denken als Grundlage der Gesprächsführung bieten und Empowerment fördern. Sie begleiten in Alltagsfragen, vermitteln in andere Hilfen, fördern Ressourcen und soziale Kontakte der KlientInnen und vermitteln bei Konflikten zwischen BehandlerInnen, Angehörigen und PatientInnen. Sie fördern Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein und besprechen Zukunftsfragen.“ (2019: 215)

Durch den Einsatz der Erfahrungsexpert*innen verschiebt sich also der Behandlungsfokus zu einer verstärkten Recoveryorientierung. Statt der reinen Störungs- und Symptombehandlung steht die Lebenszufriedenheit und Partizipation mehr im Mittelpunkt – und damit auch Phänomene wie Stigmatisierung, die nicht aus der Symptomatik selbst erwachsen, sondern aus der sozialen Einbettung von Betroffenen.

Wenn Genesungsbegleiter*innen und Erfahrungsexpert*innen in Einrichtungen die Recoveryorientierung beziehungsweise eine triadische Organisationskultur stärken, erfüllt sich dadurch außerdem eine besondere Form der Antistigma-Arbeit bezüglich der Fachexpert*innen: Wie bei Allports Kontakthypothese erläutert, ist nur der Kontakt zu Menschen in akuten Krankheitsphasen aufgrund der Umstände nicht geeignet, stigmatisierende Einstellungen zu reduzieren. Der positive Kontakt zu Erfahrenen in einer stabilen Lebensphase, während auf einer ähnlichen Machtebene und mit geteilten Zielen gearbeitet wird – wie es bei Genesungsbegleiter*innen in der Theorie der Fall sein soll – scheint hingegen geeignet, Stigmatisierung abzubauen (vgl. Henderson et al. 2014: 472).

Die gleichberechtigte Arbeit mit Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen zwingt Fachexpert*innen weiterhin zum Perspektivwechsel (vgl. Sielaff/Utschakowski 2016: 273; vgl. Jahnke 2014: 40). Die Kolleg*innen von Genesungsbegleiter*innen würden dadurch mehr Empathie und Zuversicht bezüglich Recovery entwickeln (vgl. Utschakowski 2016b: 20), woraus wiederum weniger Stigmatisierung resultiert (vgl. Amering/Schmolke 2012: 374).

Durch die Einbeziehung der Klient*innen in Arbeitsprozesse und als Hilfe bei der Organisationsentwicklung als Folge einer zunehmenden Recoveryorientierung sowie durch die Ressourcenorientierung, wandelt sich die Rolle von Klient*innen von behandlungsbedürftigen

²³ ‚psychenet – das Hamburger Netz psychische Gesundheit‘ entwickelte und evaluierte während der geförderten Projektlaufzeit von 2011 bis 2015, mit mehr als 100 Einrichtungen und über 190 niedergelassenen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, in elf wissenschaftlichen Teilprojekten ein Gesamtkonzept zur besseren Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Hamburger Metropolregion (vgl. Brandes et al. 2017: 135).

Patient*innen hin zu vollwertigen Menschen, auch mit vielen gesunden, wertvollen und lehrreichen Anteilen. Die Störung als dominierender Master-Status der Betroffenen wird aufgelöst.

Sielaff und Utschakowski beschreiben Projekte wie EX-IN dementsprechend auch als Politikum. Der Einsatz von Erfahrungsexpert*innen in Kliniken und die Zusammenarbeit führe zu einem Paradigmenwechsel, zu einem Gesinnungswandel, welcher schlussendlich auch direkt und indirekt Einflussnahme auf die momentane Gesundheitspolitik ermögliche (vgl. 2016: 275). Erfahrungsexpert*innen können so als Kulturträger verstanden werden (vgl. Zuhoni/Werder 2013: 115).

Auch in der direkten Zusammenarbeit mit Klient*innen offenbaren sich entstigmatisierende Elemente. Genesungsbegleiter*innen stellen durch die Ebene der geteilten Erfahrungen schneller eine Beziehung zu Betroffenen her. Ihnen werde oft offener begegnet, auch weil bei ihnen eine geringere Stigmatisierung antizipiert werde (vgl. Utschakowski 2016b: 17). Auch geben Erfahrungsexpert*innen bereits durch ihren Status Informationen über sich preis, wodurch Unterstützungsbeziehungen weniger asymmetrisch sein könnten (vgl. Utschakowski 2015: 22). Weiterhin gibt es meist einen doppelt geteilten Erfahrungshintergrund: den der psychischen Krisen einschließlich Stigmatisierung sowie die Erfahrung mit dem psychiatrischen Hilfesystem (vgl. Utschakowski 2016b: 19). Erfahrungsexpert*innen seien nahbarer und weniger klassifizierend (vgl. Heumann et al. 2019: 37). Aufgrund ihrer speziellen Position können sie daher eine Brücke zwischen Betroffenen und Hilfesystem darstellen.

In Wechselwirkung mit der näheren Beziehung kann ihre Genesung weiterhin als Recoveryvorbild und sie als Hoffnungsträger*innen gesehen werden (vgl. Mahlke et al. 2019: 216). Finzen zufolge wäre gerade für junge Menschen mit Schizophrenieerkrankung nichts wichtiger als positive Identifikationsfiguren (vgl. Finzen 2017b: 192). Das Modell des*der genesenen Peerbegleiter*in kann daher erlernten Bilder von Menschen mit psychischen Störungen entgegenwirken. Ungenauigkeiten von Stereotypen wie dem der Unheilbarkeit, der Unberechenbarkeit oder Gefährdung werden sichtbar. Über die gemeinsame Erkundung eines individuellen Störungsmodells kann das Etikett der psychischen Störung geschwächt werden. Ebenso kann sich ein positiver Bezug zur Peergroup bilden und eine Identifikation mit dieser ist nicht mehr nur an eine Abwertung der eigenen Person gekoppelt. Die Vorbildfunktion und das Wissen um falsche Stereotype wird möglicherweise nicht nur für einen eigenen Recoveryverlauf übernommen, sondern kann ebenso motivieren, die

eigenen Erfahrungen zu teilen und sich gegen Stigmatisierung einzusetzen. Dadurch kann auch internalisiertem Stigma begegnet werden.²⁴

In Studien sorgten Teams mit Erfahrungsexpert*innen im Vergleich zu Teams ohne für eine größere Verbesserung der Lebensqualität. Effekte schienen dann besonders groß, wenn die Erfahrungsexpert*innen auch speziell in dieser Rolle ausgebildet wurden (vgl. Utschakowski 2016b: 19 f.). In einer weiteren Studie fühlten sich Betroffene von Genesungsbegleiter*innen eher verstanden und waren offener und lernbereiter für geteilte Informationen, was zu einem geringeren Grad der Selbststigmatisierung führte. Auch ein positives Gefühl der Gruppenzugehörigkeit wurde festgestellt (vgl. Conner et al. 2015: 189, 191). Die Arbeit mit Peerbegleiter*innen erhöhe die Motivation, die Hoffnung auf Besserung und führe zu einer besseren Beziehung zu den Anbietern, reduziere Notaufnahmen sowie Zwangsmaßnahmen und führe zur Erweiterung des sozialen Netzwerkes (vgl. Mahlke et al. 2019: 217, 219; vgl. Bellamy et al. 2017: 162–165).

Zwar konnten nicht alle propagierten positiven Einflüsse von Genesungsbegleitung empirisch nachgewiesen werden (vgl. Lloyd-Evans et al. 2014: 8 f.), vor allem die positiven Effekte auf Genesungsbegleiter*innen und positive Effekte auf Empowerment, Selbstbewusstsein sowie soziale Integration und Funktionsfähigkeit von Klient*innen seien jedoch konsistent vorzufinden (vgl. Shepherd/Repper 2017: 593–595).

Der Einsatz von Erfahrungsexpert*innen in der Genesungsbegleitung, aber auch in Vorständen, Krisenteams, Ombudsstellen und anderen Positionen hat wie bereits angedeutet einen signifikanten Einfluss auf Machtverhältnisse: Betroffene und Erfahrungsexpert*innen werden empowert, also im wahrsten Sinne des Wortes ermächtigt. Sie gelten als Expert*innen für ihre eigenen Erfahrungen, haben an echter Partizipation und Mitbestimmung im Psychiatriesystem teil, werden zur Zusammenschließung, zur gegenseitigen Unterstützung und politischen Partizipation ermutigt. Wenn diese Arbeitsweise tatsächlich gelebt und umgesetzt wird und nicht nur als Etikett auf die unveränderte psychiatrische Arbeit ‚geklebt‘ wird, dann werden die von Link und Phelan geforderten Bedingungen zu einer tatsächlichen Beeinflussung von Stigmatisierung umgesetzt: Tief verankerte Überzeugungen der machthabenden Gruppen werden verändert und ihre Macht in Bezug auf Etikettierung, Stereotypisierung und Diskriminierung verringert, beziehungsweise die Macht der Betroffenen gestärkt.

²⁴ Dazu auch Shepherd und Repper (vgl. 2017: 607–610) und Pyle et al. (vgl. 2018).

5.7 Barrieren und Lösungsansätze

Zwar wird, wie im vorherigen Abschnitt angesprochen, der Einsatz von Erfahrungsexpert*innen oft empfohlen, ist in der Praxis jedoch noch nicht breitflächig umgesetzt. Neben der relativen Neuheit gibt es auch verschiedene Barrieren, welche eine weitere Implementierung verhindern oder erschweren. Wenn durch den Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen ins sozialpsychiatrische Hilfesystem Stigmatisierung begegnet werden soll, muss auch geklärt werden, wie dieser Einbezug umgesetzt werden kann und welche Hindernisse dem entgegenstehen. In diesem Abschnitt werden daher die gängigsten Barrieren aufgezeigt und Lösungsmöglichkeiten dargestellt.

Eine deutsche, qualitative Studie beschäftigte sich mit den Hindernissen bei der Implementierung von Erfahrungsexpert*innen in psychiatrischen Kliniken, unter anderem um die Übereinstimmung von Barrieren im deutschen Raum mit denen aus angelsächsischer Literatur bekannten zu überprüfen (vgl. Otte et al. 2020: 264). Dabei stellte sich heraus, dass die Probleme der Implementierung von Erfahrungsexpert*innen relativ unabhängig von soziokulturellen Kontexten und dem spezifischen Psychiatriesetting zu sein scheinen (vgl. ebd.: 268).

Eine gängige Problemstellung war der Pionierstatus und dadurch entstehender Druck, erfolgreich zu sein. Viele Erfahrungsexpert*innen hätten das Gefühl, dass in Zukunft möglicherweise keine weiteren Erfahrungsexpert*innen eingestellt werden würden, wenn sie ihre Rolle nicht etablierten, zwischendurch krank seien, oder nicht die volle Leistung bringen würden. Auch Überforderungsgefühle und Gefühle der fehlenden Kompetenz traten bei der Konfrontation mit Klient*innen mit anderen Störungsbildern oder anderen Erfahrungen als die der Erfahrungsexpert*innen auf (vgl. ebd.: 265 f.).

Die Erfahrung aus anderen Studien, dass es oft keine klare Rollenverteilung und Aufgabenzuweisung für Erfahrungsexpert*innen geben würde und Unsicherheiten bezüglich der Zuständigkeiten auf beiden Seiten daraus entstünden, konnte auch in dieser Studie bestätigt werden (vgl. ebd.: 266). Teilweise bestand aufgrund von Rollenüberschneidung sogar bei Fachexpert*innen die Angst, wegen der geringeren Bezahlung durch Erfahrungsexpert*innen ersetzt zu werden, auch weil diese oft aus demselben Budget bezahlt werden (vgl. ebd.: 266; vgl. Aretz/Jungbauer 2019: 435). Konkurrenz kann auch dadurch entstehen, dass die in vorherigen Kapiteln thematisierte Machtverschiebung mit Ressourcen- und Machtverlust auf Seiten von Fachexpert*innen einhergehen kann – und dies nicht immer akzeptiert wird (vgl. Rüscher 2021: 266). Die Unklarheit der Rolle von Erfahrungsexpert*innen zeigte sich auch in Konflikten durch unterschiedliche Betrachtung bezüglich Grenzsetzung und Beziehungsnähe. Die besondere Position und dadurch auch teilweise nähere Beziehung von Erfahrungsexpert*innen zu Klient*innen wurde von einigen Fachexpert*innen als

unprofessionelle Nähe erlebt. Die unterschiedlich gelebten Beziehungen führten außerdem dazu, dass Erfahrungsexpert*innen in bestimmten Situationen das Gefühl hatten, sich für eine Seite entscheiden zu müssen (vgl. Otte et al. 2020: 268). Verstärkt sei dieser Eindruck auch dadurch worden, dass Erfahrungsexpert*innen den Eindruck hatten, die psychiatrisch Tätigen würden sie nicht als vollwertige*n Mitarbeiter*in oder Kolleg*in betrachten, sondern eher als Patient*innen (vgl. ebd.: 266).

Ein weiteres Risiko kann sein, dass Erfahrungsexpert*innen durch das psychiatrische System so vereinnahmt werden, dass eine Assimilation zu den Fachexpert*innen erfolgt (vgl. Rüschi 2021: 203; vgl. Utschakowski 2016b: 23). Hier muss mit besonderer Vorsicht darauf geachtet werden, dass die Arbeit von Erfahrenen, die historisch bedingt eher psychiatriekritisch orientiert war und versuchte die Psychiatrie zu verändern, nicht aufgrund von Machtasymmetrien unter- und eingeordnet wird und ihren progressiven Charakter verliert. Machtasymmetrien könnten auch entsprechend Abschnitt 5.3 zu einer weniger entstigmatisierenden Wirkung führen.

In diesem Kontext muss auch die Vergütung diskutiert werden: Einerseits kann eine Bezahlung, im Gegensatz zu einer ehrenamtlichen Tätigkeit, zu einer Abhängigkeit und Machtdominanz von und durch die Institution führen. Andererseits kann ohne finanzielle Unterstützung der Institution infrage gestellt werden, wie die Ausbildungskosten von rund 2400€ (vgl. EX-IN e.V. o.D.) finanziert werden sollen. Für eine angemessene Entlohnung der Arbeit spricht auch eine Gleichstellung mit Fachexpert*innen, welche ebenso Lohn und damit eine Anerkennung des Werts ihrer Arbeit erhalten. Sie kann weiterhin der Angst von Fachexpert*innen, aufgrund geringerer Kosten ersetzt zu werden, entgegenwirken. In der Praxis würden Erfahrungsexpert*innen momentan meist auf dem Niveau von Hilfskräften entlohnt werden (vgl. Utschakowski 2015: 54).

Hier bereits angerissene Barrieren, wie eine ungünstige Organisationskultur, unklare Rollendefinition, Konflikte zu Fachexpert*innen und finanzielle Konflikte, aber auch fehlende Ressourcen zur erfolgreichen Umsetzung der Arbeit, fehlende Supervision und eine mangelhafte Ausbildung konnten in einem aktuellen systematischen Review zu Einflüssen auf die Implementierung von Peer-Arbeit in psychiatrischen Bereich als größte Barrieren bestätigt werden (vgl. Ibrahim et al. 2020: 289 f.)

Aus diesen Barrieren ergibt sich bereits, dass die erstmalige Beschäftigung von Erfahrungsexpert*innen nicht mit der Einstellung einer neuen Fachkraft vergleichbar ist, jedenfalls nicht, solange ‚Erfahrungsexpert*in‘ nicht als gängige Berufsgruppe im sozialpsychiatrischen System etabliert ist. Utschakowski zufolge setze die Einstellung oft eine Änderung der Organisation bezüglich Methoden, Sichtweisen und Strukturen voraus. So sei ein Einsatz nur da sinnvoll, wo bereits eine grundsätzliche Recovery- und Empowermentorientierung vorliege

(vgl. Utschakowski 2016c: 72 f.). Ansonsten würden die Erfahrungsexpert*innen in einem und gegen ein System arbeiten, welches konträr zu ihrem Auftrag agiert. Erfahrungsexpert*innen selbst könnten vorbereitend eingesetzt werden, um die Implementierung von beispielsweise Genesungsbegleiter*innen vorzubereiten (vgl. ebd.: 75). So kann durch edukative Elemente und den erstmaligen Kontakt mit Erfahrungsexpert*innen eine generelle Offenheit geschaffen, Rollenabgrenzungen geklärt und Rivalität möglicherweise vermieden werden. Ein besseres Verständnis der Rolle wirkt zusätzlich dem Absprechen der Professionalität durch Fachexpert*innen entgegen. Auf dieser Basis können das Profil und die Zuständigkeiten bei der Einstellung und im Bewerbungsverfahren klar definiert werden (vgl. Afting-ljeh/Etspüler 2016: 142). Klare Aufgabendefinitionen und das Wissen um diese bei allen Beteiligten verhindern daher Irritationen, Kompetenzkämpfe und Unsicherheiten auf allen Seiten (vgl. Utschakowski 2016c: 78 f.).²⁵

Ein möglicher Lösungsansatz für den Erwartungsdruck könnte die oft empfohlene Einstellung von zwei oder mehr Erfahrungsexpert*innen sein (vgl. Utschakowski 2016b: 23). Dadurch hätten diese auch eine fachnahe Person zum regelmäßigen Austausch, die persönliche Verantwortung wäre geringer und die Vielfalt höher. Durch eine eigene Supervision und Unterstützung von der Teamleitung sollten Erfahrungsexpert*innen als Gruppe gestärkt werden (vgl. Afting-ljeh/Etspüler 2016: 139 f.). Beide Maßnahmen wirken zudem einer Vereinnahmung durch das bestehende System entgegen.

Im Generellen sollten Dialogprozesse mit Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen als Therapiestandards in ambulanten und stationären Einrichtungen etabliert werden (vgl. Schäfer/Schöttes 2016: 196). Das erfordert sowohl legislative Änderungen, auch in Bezug auf eine angemessene Bezahlung, als auch Unterstützung von Verbänden. Auch die Kommunikationsaufnahme und -verbesserung zu Selbsthilfe- und Angehörigenverbänden kann ein Mittel sein, um den Dialog weiter zu etablieren und darüber hinaus eine bessere Versorgung zu gewährleisten.

Der Einbezug ist jedoch nicht unumstritten: Laut Schäfer und Schöttes sei im modernen Dialog der Anspruch an Stabilität und Belastbarkeit von Erfahrenen deutlich gewachsen und werde dadurch einer gegebenenfalls geringeren Belastbarkeit nicht gerecht. Durch mögliche Ausfälle werde der Dialog gefährdet (vgl. 2016: 201 f.). Sollte nur den stabilsten Erfahrenen ein Zugang zum Dialog gewährt werden, ist wie beim Kapitel zu Goffman bereits erwähnt, infrage zu stellen, ob es nicht einen Bias zu einem bestimmten Typus Erfahrungsexpert*innen gibt.²⁶ Schäfer und Schöttes hinterfragen außerdem, ob Dialogprozesse nötig und

²⁵ Eine ausführliche Beschäftigung mit der Vorbereitung, Implementierungsplanung und Durchführung des Einsatzes von Erfahrungsexpert*innen findet sich bei Utschakowski (vgl. 2015).

²⁶ Dazu auch Amering (vgl. 2016: 66 f.).

angemessen seien. So könnten Angehörige allein aus rechtlichen Gründen nicht immer vollumfänglich einbezogen werden. Weiterhin bestehe eine Rollenungleichheit: Die Expertise bezüglich der Behandlung würde immer noch bei Fachexpert*innen liegen. Konzepte wie die des informed consent seien damit möglich, eine von allen gleichwertig gestaltete Therapie jedoch nicht (vgl. Schäfer/Schöttes 2016: 204). „Der Dialog ist dort stark, wo jeder der Beteiligten versucht, seine Rolle und Möglichkeiten optimal auszufüllen und nicht in die fachliche oder auch persönliche Kompetenz des anderen einzugreifen“ (ebd.: 205). Dass zu unterschiedliche Behandlungsansätze, Grundverständnisse und Arbeitsweisen zu Konflikten und Fehlbehandlungen führen können, wird bei der oben formulierten Kritik jedoch nicht berücksichtigt.

6. Aufgaben und Möglichkeiten der Sozialen Arbeit

Die Kernpunkte der eingangs gestellten Frage konnten bereits beantwortet werden. Ungeklärt ist jedoch noch, in welchem Zusammenhang der Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen als Methode zur Entstigmatisierung zur Sozialen Arbeit steht, inwiefern diese durch ihr professionelles Mandat begründet den Auftrag hat, dargestellte Prozesse zu unterstützen und wie diese Unterstützung aussehen kann.

Im Folgenden soll zunächst ein grundlegendes Verständnis der Sozialen Arbeit geschaffen werden. Aufbauend auf diesem Grundverständnis werden die in dieser Arbeit dargestellten Möglichkeiten zum Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen ins sozialpsychiatrische Hilfesystem mit Zielsetzungen der Sozialen Arbeit verglichen und die Entstigmatisierung psychischer Störungen als Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit in der Sozialpsychiatrie etabliert werden. Schlussendlich sollen konkrete Handlungsmöglichkeiten für Sozialarbeitende sowie für die Profession gegeben werden, um den dargestellten Einbezug zu unterstützen.

6.1 Soziale Arbeit

Das Verständnis der Sozialen Arbeit als Profession folgt in dieser Ausarbeitung der Definition der International Federation of Social Workers beziehungsweise der deutschsprachigen Übersetzung durch den Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH):

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen.²⁷ Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein.“ (DBSH 2016: 2)

²⁷ Indigenes Wissen meint hier auch „reflektiertes Erfahrungswissen beruflich-biografischer Praxen und kulturelles Kontextwissen“ (DBSH 2016:2).

In dem Kommentar des DBSH zur oben aufgeführten Definition findet sich außerdem, dass die Motivation sozialarbeiterischen Handelns sei, Strukturen, welche zu Ausgrenzung und Unterdrückung führen, kritisch zu reflektieren und zu beseitigen, wodurch Partizipation und Inklusion gefördert werde. Explizit wird zudem die Bekämpfung der Armut, Befreiung von Unterdrückten und Förderung der sozialen Wiedereingliederung genannt. Dabei müsse holistisch, auf unterschiedlichen Systemebenen, multiprofessionell und biopsychosozial gearbeitet werden (vgl. DBSH 2014: 1).

Unter Bezugnahme auf die in dieser Arbeit geschilderten Charakteristika und Auswirkungen von Stigmatisierungen kann daher ohne jeden Zweifel gesagt werden, dass die Bewältigung vom Stigma psychischer Störungen in den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit fällt.

Die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen wirkt entsprechend der Natur des Stigmabegriffs entgegen dem sozialen Zusammenhalt, der Achtung von Vielfalt, der sozialen Gerechtigkeit und der gemeinsamen Verantwortung. In ihren Folgen entmutigt Stigmatisierung Menschen, behindert in der Lebensbewältigung, verschlechtert das Wohlergehen und schwächt nicht zuletzt auch durch Einschränkungen in der Lebensführung die Autonomie. So schrieb auch der DBSH Sachsen in einer Stellungnahme zu menschenverachtenden Tendenzen in der Gesellschaft: „In der Sozialen Arbeit haben wir als Fachkräfte eine besondere Verantwortung, uns für Personen und Bevölkerungsgruppen einzusetzen, die diskriminiert, angefeindet und ausgegrenzt werden“ (DBSH Sachsen 2018: 1).

Sofern die Soziale Arbeit versucht Ungleichheitsstrukturen zu begegnen, ist das Thema der Stigmatisierung auch außerhalb seiner direkten Folgen relevant: Zu den psychosozialen und soziokulturellen Risikofaktoren für psychische Störungen zählen beispielsweise ungünstige Bindungserfahrungen in der Kindheit, Vernachlässigung, die Zugehörigkeit zur ‚unteren‘ sozialen Schicht, Migration, Diskriminierungserfahrungen, Arbeitslosigkeit, Gewalterfahrungen und ungünstiges Gesundheitsverhalten, beziehungsweise körperliche Krankheiten (vgl. Jacobi/Müllender 2017: 4 f.). Stigmatisierung und psychische Störungen führen jedoch auch zu Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit, einer schlechteren Gesundheit und Armut (vgl. Link/Phelan 2001: 363; vgl. Sommerfeld/ Rüeegger 2013: 396). Das bedeutet, soziale Ungleichheit in verschiedenen Dimensionen verursacht, erhält und ist Folge von psychischen Störungen und deren Stigmatisierung (vgl. Walter/Deimel 2017: 45 f.). Angesichts dieser Tatsache ist es nicht verwunderlich, dass Klient*innen der Sozialen Arbeit besonders häufig von psychischen Störungen – und damit auch der Stigmatisierung aufgrund dieser – betroffen sind (vgl. Kröger 2017: 673). Intersektionalität kann die Folge sein.²⁸ Die Antistigma-

²⁸ Exemplarisch bei Staiger et al. (vgl. 2018) und Eylem et al. (vgl. 2020).

Arbeit wirkt dementsprechend Folgen und Ursachen sozialer Ungleichheit entgegen und entspricht den Prinzipien und Zielen Sozialer Arbeit.

Wird die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession verstanden, ergibt sich der Auftrag für die sozialarbeiterische Praxis gegen Stigmatisierung vorzugehen auch aus Artikel 1 in Verbindung mit Artikel 2 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte. Konkretere Aspekte finden sich außerdem in der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) als Menschenrechtskonvention wieder. Die UN-BRK ist keine Empfehlung, sondern rechtlich verpflichtend. Sie findet gemäß Artikel 1 UN-BRK auch Anwendung bei langfristigen seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen. Ziele seien gemäß Artikel 3 b) bis f) die Nichtdiskriminierung, volle gesellschaftliche Teilhabe, Achtung und Akzeptanz der Unterschiedlichkeit als Teil menschlicher Vielfalt, Chancengleichheit und Zugänglichkeit. Deutschland als Vertragspartner hat sich gemäß Artikel 4 Abs. 1 a) und e) UN-BRK verpflichtet, „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“ und „alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung aufgrund von Behinderung durch Personen, Organisationen oder private Unternehmen zu ergreifen“. Die verschiedenen Formen von Stigmatisierung werden hier aufgegriffen.

Der Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen zur Entstigmatisierung kann also – sofern er, wie in Kapitel 5 dargelegt, als geeignetes Mittel zur Entstigmatisierung betrachtet wird – durch die UN-BRK begründet werden. Speziell zum Einbezug und zur Mitarbeit von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen können jedoch auch Artikel 4 Absatz 1 i) und Absatz 3 herangezogen werden. Diese verlangen die Förderung der Schulung von Personen, welche mit Menschen mit Behinderung auf dem Gebiet der in der UN-BRK anerkannten Rechte arbeiten – und damit auch von Personen im Bereich der Antistigma-Arbeit zur Herstellung der vollen Teilhabe. Sie verlangen außerdem bei der Ausarbeitung und Umsetzung des Übereinkommens und anderen Entscheidungsprozessen mit Betroffenen zusammenzuarbeiten und sie aktiv einzubeziehen. Der in Kapitel 5 dargestellte Einsatz von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen ist außerdem geeignet, zur positiven Bewusstseinsbildung in verschiedenen Dimensionen, wie in Artikel 8 UN-BRK verlangt, beizutragen. Ebenso fordert Artikel 24 a) bezüglich Bildung die Unterstützung durch Peers als Maßnahme zu nutzen, um lebenspraktische Fertigkeiten und soziale Kompetenzen zu erwerben und die gleichberechtigte Teilhabe an der Bildung und als Mitglied der Gemeinschaft zu erleichtern. Auch Artikel 26 Absatz 1 listet bezüglich der Habilitation und Rehabilitation die Unterstützung durch Peers als Möglichkeit, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, verschiedenen Fähigkeiten und die volle Einbeziehung in allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu erhalten.

Neben der grundsätzlichen Eignung des Einbezugs von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen zur Zielerreichung der Entstigmatisierung durch die Soziale Arbeit, ist diese Strategie auch durch weitere Eigenschaften für die Soziale Arbeit besonders geeignet: Methodisch werde in der Sozialen Arbeit soweit möglich mit, anstatt für Menschen gearbeitet. Soziale Arbeit würde über Empowerment repressiven Machtverhältnissen und strukturellen Quellen für Ungerechtigkeiten entgegentreten (vgl. DBSH 2014: 4). Der in dieser Arbeit vorgestellte Ansatz erfüllt nicht nur diese beiden Kriterien, sondern findet auch wie eingangs gefordert auf unterschiedlichen Systemebenen statt. Er ist außerdem grundsätzlich förderlich für die Selbstbestimmung und nutzt – wie vom DBSH beschrieben – indigenes Wissen im Sinne von Erfahrungswissen.

Die Unterstützung dieses Ansatzes durch die Soziale Arbeit ist nötig und sinnvoll, denn die Möglichkeiten zur Selbstorganisation sind in der Gesellschaft nicht gleich verteilt, sondern orientieren sich an klassischen Ungleichheitsdimensionen wie Bildung, Einkommen und Macht (vgl. Herriger 2020: 176). „Soziale Ungleichheit setzt sich auf der Ebene der Verteilung von Partizipationschancen fort“ (Schnurr 2018: 634). Ein Mindestmaß an sozialer und ökonomischer Sicherheit ist darüber hinaus eine Grundvoraussetzung, bevor von Betroffenen die Thematisierung von sozialer Benachteiligung erwartet werden kann (vgl. ebd.: 634 f.). Die Soziale Arbeit steht hier in der Verpflichtung, beim Aufbau von generellen Ressourcen und Fähigkeiten zur Selbstorganisation zu unterstützen, um empowernd zu wirken.

„Damit Menschen ihre Anliegen, Bedürfnisse und Interessen entdecken und artikulieren und in informellen oder formalisierten Aushandlungssituationen mit Aussicht auf Erfolg vertreten können, brauchen sie Wissen und Fähigkeiten. Die Bereitschaft zur Mitwirkung erhöht sich, wenn Menschen einmal erfahren haben, dass sie sich und ihre Themen einbringen konnten, dass sie gehört und als Anliegen anerkannt worden sind. In den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit bieten sich unzählige Gelegenheiten zur Partizipation.“ (Schnurr 2018: 643)

Die Soziale Arbeit muss Klient*innen darin unterstützen, ihre Ansichten, Bedürfnisse und Problemlagen zu formulieren. Sie muss sicherstellen, dass diese in Politik und Öffentlichkeit gehört und ernst genommen werden, beziehungsweise Klient*innen in Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden, ohne dabei jedoch für Klient*innen zu entscheiden oder sich selbst in den Mittelpunkt zu stellen. Dies kann beispielsweise durch Serviceeinrichtungen der Selbsthilfe geschehen, welche Bürg*innen vermitteln, Starthilfen für neue Organisationen bieten, Weiterbildungen fördern, Selbsthilfeorganisationen untereinander vernetzen und auch versuchen, diese mit politischen, sozialen und gesundheitsbezogenen Diensten zu verknüpfen (vgl. Herringer 2020: 176–178).

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Antistigma-Arbeit Teil des professionellen Mandats der Sozialer Arbeit ist und der Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen zu diesem Zweck in besonderem Maße den Handlungsmaximen der Sozialen Arbeit entspricht. Insbesondere Staub-Bernasconis Machttheorie liefert Aufgabenstellungen für die Soziale Arbeit: Stigmatisierung muss als ‚Soziales Problem‘ als Folge von Machtstrukturen erkannt,

bewusst gemacht und kritisiert werden. Über den Aufbau von Gegenmacht muss Behinderungsmacht reduziert, sowie Begrenzungsmacht verstärkt werden (vgl. 2018: 121, 132). Eine besondere Verantwortung kommt dabei der sozialpsychiatrischen Sozialen Arbeit zu.

6.2 Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Die Soziale Arbeit ist schon lange im Gesundheitswesen und spezieller auch in der Psychiatrie miteingebunden (vgl. Sommerfeld/Rüegger 2013: 396 f.). Die Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit setze anders als beispielsweise die Klinische Psychologie an der sozialen Perspektive an und versuche „das Unterstützungspotenzial durch Kompensation defizitärer sozialstruktureller Situationsfaktoren im Alltag zu mobilisieren“ (Pauls/Gahleitner 2017: 511). Ihre Zielvorstellungen seien dabei vor allem salutogenetisch (vgl. Homfeldt/Gahleitner 2018: 43). Sie übernimmt Verantwortung für die soziale Seite eines biopsychosozialen Störungsbildes in der Sozialpsychiatrie, wobei diese Verantwortung Folgen und Ursachen einschließt (vgl. Walther 2017: 36; vgl. Sommerfeld/Rüegger 2013: 402 f.).

Die Gruppe der ‚Clinical Social Workers‘ in den Feldern der psychischen Gesundheit und Krankheit bilde in den USA sogar die größte Gruppe von Sozialarbeitenden. Die Sozialarbeit habe dort mit der hier erwähnten Recoveryorientierung eine eigene Lektorientierung und sei eine der führenden Professionen des Fachgebiets, während sie im deutschsprachigen Raum eher delegierte Aufgaben im Rahmen der medizinischen Psychiatrie übernehme und eine untergeordnete, wenn auch wichtige Rolle übernehme (vgl. Sommerfeld/Rüegger 2013: 397). Ziele seien die Prävention und Reduktion psychosozialer Belastungen, Erhöhung des Handlungsrepertoires, Überwindung der Folgen akuter und chronischer Krisen sowie die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe und Partizipation (vgl. Walter/Deimel 2017: 39). Konkret ermögliche die Soziale Arbeit die Sicherstellung der Anschlussversorgung nach einem Klinikaufenthalt und fungiere als Schnittstelle zum sozialen Sicherungssystem (vgl. Sommerfeld/Rüegger 2013: 398). Sie vermittele oder unterstütze bei der Wohnungssuche, Renten- und Sozialhilfeanträgen und übernehme die Teilhabeermittlung und damit auch die Ermöglichung von Leistungen, wie die des ambulant betreuten Wohnens oder der ambulant psychiatrischen Pflege. Weiterhin unterstütze sie bei der Aufrechterhaltung von Integrationsoptionen, also der Aktivierung sozialer Netze, dem Aufrechterhalten der Wohnung oder des Arbeitsplatzes und der Bewältigung von Schulden (vgl. ebd.). Außerdem übernehme die Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie, beispielsweise durch Case-Management, die Rolle der Fallkoordination und Verknüpfung verschiedener Akteur*innen im Netzwerk (vgl. ebd.: 399). Die Soziale Arbeit könne auch an der psychiatrietytischen Behandlung der Störung durch Methoden der psychosozialen Beratung und Soziotherapie teilnehmen (vgl. ebd.: 400). Mehr noch im englischsprachigen Raum als im deutschen,

unterstütze die Soziale Arbeit die gesellschaftliche Partizipation und Alltagsbewältigung (vgl. ebd.: 398 f.).

Die hier formulierten Ziele und Methoden sozialpsychiatrischer Sozialer Arbeit stimmen mit denen des Einbezugs von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen zur Entstigmatisierung ähnlich wie auch schon bei der generelle Sozialen Arbeit überein. Durch den Arbeitsschwerpunkt auf Menschen mit psychischen Störungen und deren sozialen Gefügen sowie den daraus resultierenden Arbeitskontexten, können sozialpsychiatrisch tätig Sozialarbeitende besonders stark Einfluss nehmen: Bei Antistigma-Kampagnen, Präventionsveranstaltungen oder auch in Kliniken können sie dafür eintreten, dass Betroffene, Angehörige, Erfahrene und Erfahrungsexpert*innen miteinbezogen werden. In Kliniken können sie vorbereitend versuchen, eine Recoveryorientierung zu etablieren, Aktionen wie Patient*innenzeitungen unterstützen und dialogische Entscheidungsprozesse fördern. Dazu kann auch die Vernetzung von Kliniken oder anderen sozialpsychiatrischen Akteur*innen mit Betroffenen- sowie Angehörigenverbänden dienen. Sozialarbeitende können kritisch auf stigmatisierende Einstellungen von Kolleg*innen, aber auch von Betroffenen selbst hinweisen. Auch eine Arbeit an eigenen stigmatisierenden Einstellungen scheint angesichts der in Abschnitt 4.2 dargestellten Zusammenhänge sinnvoll. Sofern Erfahrungsexpert*innen als Kolleg*innen eingesetzt werden, können sie deren Beiträge wertschätzen und unterstützen und entgegen den in Abschnitt 5.7 genannten Barrieren arbeiten. Sie sind in der Lage die Anbindung von Betroffenen an Selbsthilfeverbände zu fördern und sie zu ermutigen, ihre Erfahrungen für Peers einzusetzen. Sie können auf Ombudsstellen verweisen und interne Abläufe transparent machen. Weiterhin können sie über Arbeit in Fachverbänden politisch Einfluss nehmen. Zuletzt müssen Sozialarbeitende, wie im vorherigen Kapitel erläutert, Klient*innen darin unterstützen, sich Gehör zu verschaffen und in diesem Prozess durch den Einbezug von Erfahrungsexpert*innen bereit sein, selbst Macht abzugeben. Bei all diesen Zielen muss darauf geachtet werden, dass diese zu einer tatsächlichen Fehlerkultur und Machtänderung im psychiatrischen System führen und nicht als „Spielwiese für die Absorption von Protestpotentialen“ (Schulte-Kemna 2020: 29) genutzt werden.

Darüber hinaus kritisieren Sommerfeld und Rügger, dass die deutsche Soziale Arbeit aufgrund der psychiatrischen Strukturen, die meist durch Ärzt*innen hierarchisch dominiert werden, nur selten außerhalb der Kernleistungen der Sozialdienste aktiv seien (vgl. 2013: 400). Dies gehe entgegen dem, was eigentlich den professionellen Kern der Sozialen Arbeit ausmachen würde, der in diesem Kapitel beschrieben wurde. Die Autor*innen fordern die Kombination unterschiedlicher Wissensarten in einer interprofessionellen Zusammenarbeit und damit vor allem einen vollständigen, gleichberechtigten Einbezug der Sozialen Arbeit und

die Verwirklichung einer biopsychosozialen Sozialpsychiatrie (vgl. ebd.: 404). Damit stehen sie nicht allein da. Stefan Weinmann formuliert in seinem psychiatriekritischen Buch „Die Vermessung der Psychiatrie“ ein Plädoyer, den Blick für das Soziale in der Psychiatrie neu zu öffnen:

„Wenn wir Psychosen, aber auch Depressionen und andere nicht direkt organisch bedingte schwere psychische Erkrankungen als eine Störung der Verbundenheit von Menschen mit ihrer Umgebung begreifen, muss der Schwerpunkt der Behandlung in der Verringerung sozialer Isolation und in der Förderung von Integration, Anerkennung und gesellschaftlichen Miteinanders im Sinne von Teilhabe sein. [...] Die Leugnung oder Nichtbeachtung psychosozialer Determinanten schwerer psychischer Erkrankungen ist auch eine Form von Ungerechtigkeit gegenüber den Betroffenen.“ (Weinmann 2019: 212)

Wenn die Psychiatrie sich weiterentwickeln wolle, sei der Einbezug von Erfahrungsexpert*innen dafür zentral (vgl. ebd.: 248). Rüschi geht sogar so weit, ein Machtgefälle zugunsten Erfahrener zu fordern (vgl. 2021: 270). Ebenso fordert Thomas Bock in einem kürzlich erschienenen Beitrag, dass die Sozialpsychiatrie wieder politischer und gesellschaftskritischer werden müsse. Der Dialog sei „Sozialpsychiatrie pur“ (Bock 2021: 8) und fördere diese dementsprechend, müsse aber auch von ihr gefördert und gefordert werden. Erfahrungsexpert*innen müssten ein Teil der Multiprofessionalität der Sozialpsychiatrie werden (vgl. ebd.: 9).

Diese Art der Antistigma-Arbeit entspricht nicht nur dem professionellen Mandat der Sozialen Arbeit und den Interessen von Klient*innen, sondern kann ebenso im Interesse der restlichen Gesellschaft ausgelegt werden. Von einer vielfältigeren, offeneren, weniger ausgrenzenden Gesellschaft profitieren Betroffene, Angehörige und alle anderen Mitglieder. Dieser Zugewinn kann nicht nur auf einer menschlich-gesellschaftlichen Ebene betrachtet werden. Auch auf einer ökonomischen Ebene könnten positive Auswirkungen feststellbar werden: Die direkten Kosten für Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege aufgrund psychischer Störungen lagen 2008 in Deutschland bei 28,7 Milliarden Euro, wobei hier noch die indirekten Kosten durch Arbeitsausfallzeiten, Leistungsminderung und ähnlichem fehlen (vgl. Jacobi/Müllender 2017: 8 f.). Die Stigmatisierung psychischer Störungen ist, wie in Abschnitt 4.4 dargelegt, an Faktoren beteiligt, die diese Kosten bedingen.

Konzepte wie die des Dialogs entsprechen der Sichtweise und dem Professionsverständnis der Sozialen Arbeit.²⁹ Es ist ein Teil ihrer Verantwortung, die Recoveryorientierung, den Dialog und Einbezug Erfahrener und Erfahrungsexpert*innen zu begleiten und zu unterstützen. Dies kann jedoch nur geschehen, sofern Sozialarbeitende dieses professionelle Selbstverständnis teilen und umsetzen.

„Es ist die Verantwortung der Sozialarbeiter auf der ganzen Welt, die [...] dargelegten Werte und Grundsätze zu verteidigen, zu bereichern und zu verwirklichen. Eine Definition Sozialer Arbeit ist nur dann wirklich sinnvoll, wenn sich die Sozialarbeiter aktiv für ihre Werte und Vision einsetzen.“ (DBSH 2014: 1)

²⁹ Dazu auch Utschakowski (vgl. 2017: 306).

7. Fazit

Zusammenfassend zeigt sich, dass ein Stigma wie bei Goffman beschrieben als relationales Attribut definiert werden kann, welches durch die Zuschreibung weiterer Stereotypen mit der virtualen sozialen Identität für Außenstehende als unvereinbar gelte und dadurch als Master-Status die ganze Person diskreditiert. Die Entstehung des Stigmas kann in vier Teilprozesse eingeteilt werden: Die Etikettierung, Stereotypisierung, Abgrenzung und Diskriminierung. Daraus folgen unterschiedliche Bewältigungsaufgaben im Alltag von Diskreditierbaren und Diskreditierten, welche zu weitreichenden Belastungen führen. Die Folgen sind vielfältig und tiefgreifend und beeinflussen zentrale Lebensbereiche wie Wohnen, Arbeit, soziale Beziehungen und Gesundheit negativ. Die Stigmatisierung wird dabei von Betroffenen selbst, anderen Individuen und auch gesellschaftlichen Strukturen reproduziert. Dies gilt sowohl für die Allgemeinbevölkerung als auch für Fachexpert*innen.

Die vier genannten Teilprozesse führen jedoch nur zur Stigmatisierung, wenn es eine gesellschaftliche Machtasymmetrie gibt. Entstigmatisierung kann daher nur unter Auflösung dieser Machtverhältnisse geschehen. Antistigma-Ansätze, welche nicht die verschiedenen Ebenen und Teilprozesse von Stigmatisierung bearbeiten und zuletzt auch Betroffenen Macht geben oder die Macht anderer Akteure verringern, scheinen daher nicht zielführend. Unzweifelhaft ist somit, dass es einen Bedarf gibt, der Stigmatisierung psychischer Störungen unter Einbezug neuer Ansätze, welche die oben genannten Bedingungen erfüllen, zu begegnen.

Der Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen ins sozialpsychiatrische Hilfesystem stellt solch einen Ansatz dar. Er verändert das gesellschaftliche Miteinander sowie das Verständnis von psychischen Krisen und deren Bewältigung. Dies gilt sowohl für spezifische Antistigma-Interventionen als auch für die entstigmatisierende Wirkung beim Einbezug in andere sozialpsychiatrische Strukturen. Anstelle von normativen, biomedizinischen Vorstellungen, welche nur eine Symptomreduktion anstreben, fördern Erfahrene und Erfahrungsexpert*innen recoveryorientierte Modelle. Der direkte Kontakt stellt dabei einen der wichtigsten Wirkfaktoren dar; er unterscheidet sich in seinen Rahmenbedingungen maßgeblich von alltäglichen Kontakten mit Menschen mit psychischen Störungen. Die von Allport geforderten Bedingungen für eine entstigmatisierende Kontaktwirkung werden somit erfüllt. Dieser Ansatz ist auch für eine mehrdimensionale Nutzung bei verschiedenen Arten und verschiedenen Kernbereichen der gesellschaftlichen Stigmatisierung nutzbar. So ist ein Einsatz von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen in nahezu allen Bereichen der Sozialpsychiatrie denkbar. Eine der wichtigsten Unterscheidungen von anderen Antistigma-Maßnahmen ist jedoch die von Link und Phelan geforderte Veränderung von Machtstrukturen. Betroffene werden einerseits von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen empowert. Sie motivieren an Partizipation teilzuhaben und sich für ihre eigenen Belange einzusetzen. Auf der anderen

Seite stellt bereits die Mitarbeit von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen eine Form der Partizipation und Machtverschiebung dar. In Organisationen, als Berufsgruppe und durch Fachverbände nehmen sie Einfluss auf die Institutionen, Kolleg*innen, Politik, Gesellschaft und andere Akteure. Allein die Rahmung als Expert*in aus Erfahrung spricht Kompetenzen zu und bricht mit dem Bild des passiven Leidtragenden von psychischen Störungen und gesellschaftlicher Ausgrenzung.

Der Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen kann jedoch nur unter Bewältigung bisheriger Barrieren erfolgreich ablaufen. Die Soziale Arbeit steht hier in der Verantwortung diese Entwicklung zu unterstützen: Ausgrenzung zu vermeiden, gesellschaftliche Ungleichheiten zu beseitigen und Selbstbestimmung zu fördern sind Paradigmen der Sozialen Arbeit. In dieser Arbeit konnte jedoch nicht nur gezeigt werden, dass die Entstigmatisierung psychischer Störungen ein Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit ist und verschiedene sozialarbeiterische Arbeitsfelder berührt, sondern auch, dass der Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen zur Entstigmatisierung mit den Arbeitsmethoden und -haltungen der Sozialen Arbeit übereinstimmt. Speziell der sozialpsychiatrischen Sozialen Arbeit kommt eine besondere Rolle zu.

Was in dieser Arbeit nicht geleistet werden konnte, ist die Darstellung der Rolle von und Konsequenzen für Angehörige in den Prozessen der Stigmatisierung und der Entstigmatisierung. Dabei sind auch Angehörige von Stigmatisierung betroffen und auch Angehörige können Erfahrene sein – wie beispielsweise der Abschnitt zum Dialog zeigt. Eine tiefergehende Betrachtung ist hier besonders aufgrund der weitgehenden Nichtbeachtung von Angehörigen in der Psychiatrie (vgl. Schäfer/Schöttes 2016: 202) nötig. Auch der Bereich der partizipativen Forschung und die Rolle der Medien bei Stigmatisierung konnten nicht dargestellt werden. Weitere Forschungsmöglichkeiten bieten die Fragen nach dem Zusammenhang zwischen der Recoveryorientierung und Entstigmatisierung, sowie zwischen Einsatzmöglichkeiten von Erfahrungsexpert*innen außerhalb der Genesungsbegleitung und Entstigmatisierung. Zum jetzigen Zeitpunkt finden sich weiterhin keine Daten dazu, wie viele Organisationen bereits Erfahrungsexpert*innen beschäftigen.

Die verberuflichte Gruppe der Erfahrungsexpert*innen ist noch jung. Wie in Abschnitt 5.7 dargestellt, begegnet sie dementsprechend noch oft Ressentiments und Barrieren bei der Implementierung. Auch die problematische Finanzierungssituation wurde angesprochen. Da das Stigma psychischer Störungen selbst als Barriere für den Einbezug von Erfahrenen und Erfahrungsexpert*innen fungiert, muss besondere Vorsicht gelten, in welche Richtung sich unsere Gesellschaft in den kommenden Jahren entwickelt.

„Das Stigma psychischer Erkrankungen geht uns alle an. Es ist nicht nur das Problem derjenigen, die eine psychische Erkrankung haben. Es ist soziales Unrecht. Betroffene haben ein Recht darauf, ohne Stigma und all seine Folgen zu leben.“ (Rüsch 2021: 273)

Literaturverzeichnis

Afting-Ijeh, M.; Etspüler, S. (2016): Chancen und Herausforderungen der Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitern. In: Utschakowski, J.; Sielaff, Gyöngyvér S.; Bock, T.; Winter, A. (Hrsg.): *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag, 136–144.

Allport, G. (1971): *Die Natur des Vorurteils*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.

Amering, M. (2016): „Kunst ist schön, macht aber viel Arbeit“. Hindernisse und Widerstände gegen Peerarbeit aufseiten der professionellen Helferinnen und Helfer. In: Utschakowski, J.; Sielaff, G.; Bock, T.; Winter, A. (Hrsg.): *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag, 60–71.

Amering, M.; Schmolke, M. (2012): *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. 5. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.

Angermeyer, M. (2004): Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft. *Psychiatrische Praxis* 31 (2), 246–250.

Angermeyer, M. C.; Matschinger, H.; Schomerus, G. (2014a): Attitudes of the German public to restrictions on persons with mental illness in 1993 and 2011. *Epidemiology and psychiatric sciences* 23 (3), 263–270.

Angermeyer, M.; Holzinger, A.; Carta, M.; Schomerus, G. (2011): Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 199 (5), 367–372.

Angermeyer, M.; Matschinger, H.; Carta, M.; Schomerus, G. (2014b): Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists* 29 (6), 390–395.

Angermeyer, M.; Matschinger, H.; Schomerus, G. (2017): 50 Jahre psychiatrische Einstellungsforschung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 44 (7), 377–392.

Balasuriya, L; Buelt, E.; Tsai, J. (2020): The Never-Ending Loop: Homelessness, Psychiatric Disorder, and Mortality. *Psychiatric Times* 37 (5), 12-14.

Bellamy, C.; Schmutte, T.; Davidson, L. (2017): An update on the growing evidence for peer support. *Mental Health and Social Inclusion* 21 (3), 161–167.

Berger, M. (2016): Unethische Aspekte des deutschen Versorgungssystems für psychisch Erkrankte unter dem besonderen Aspekt der Psychotherapie. In: Juckel, G.; Hoffmann, K. (Hrsg.): *Ethische Entscheidungssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie*. Lengerich: Pabst, 220–237.

Bock, T. (2020): Vom Psychoseseminar zum „mobilen Recovery-College“. Geschichte und Verbreitung des Trialogs. *Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie* 38 (4), 7–10.

Bock, T. (2021): Die Chancen der Sozialpsychiatrie. Ist die Sozialpsychiatrie wichtiger, mächtiger, politischer, als sie es selbst denkt? *Soziale Psychiatrie* 45 (2), 8–10.

Bock, T.; Meyer, H.; Rouhiainen, T. (2013): Trialog – Eine Herausforderung mit Zukunft. In: Rössler, W.; Kawohl, W. (Hrsg.): *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung*. Stuttgart: Kohlhammer, 243–255.

Bock, T.; Schulz, G.; Fischer, R. (2020): Erfahrungsschatz des Trialogs. 30 Jahre Praxis Psychoseseminare. *Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie* 38 (4), 12–13.

Bock, T.; Urban, A.; Schulz, G.; Sielaff, G.; Kuby, A.; Mahlke, C. (2017): „Irre menschlich Hamburg“ – An Example of a Bottom-Up Project. In: Gaebel, Wolfgang; Rössler, Wulf; Sartorius, Norman (Hrsg.): *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?* Cham, Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer International Publishing, 469–484.

- Bock, T.; Urban, A.; Schulz, G.; Sielaff, G. (2014):** Antistigma-Arbeit und Prävention. In: Graf Schimmelmann, B.; Resch, F. (Hrsg.): *Psychosen in der Adoleszenz. Entwicklungspsychopathologie, Früherkennung und Behandlung*. Stuttgart: Kohlhammer, 185–201.
- Brandes, A.; Lambert, M.; Härter, M. (2017):** psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit. Vision, Organisation und Umsetzung eines Forschungs- und Versorgungsnetzes in der Metropolregion Hamburg. In: Pfannstiel, M.; Focke, A.; Mehlich, H. (Hrsg.): *Management von Gesundheitsregionen II. Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 133–149.
- Brouwers, E. (2020):** Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC psychology* 8 (36), 1–7.
- Brown, R.; Hewstone, M. (2005):** An Integrative Theory of Intergroup Contact. In: Zanna, M. (Hrsg.): *Advances in experimental social psychology*, Band 37, 255–343.
- Buchholz, B.; Corrigan, W. (o.D.):** „Coming Out“ Might Be Worth It! URL: <http://www.comingoutprogram.org/images/ComingOutMightBeWorthIt.pdf> [Abruf: 30.05.2021].
- Burr, C.; Schulz, M.; Winter, A.; Zuaboni, G. (Hrsg.) (2013):** *Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- BVerfG (2019):** Beschluss des zweiten Senats vom 29. Januar 2019. – 2 BvC 62/14 -, Rn. 1-142. URL: http://www.bverfg.de/e/cs20190129_2bvc006214.html [Abruf: 10.05.2021].
- Christ, O.; Kauff, M. (2019):** Intergroup Contact Theory. In: Sassenberg, K.; Vliek, M. (Hrsg.): *Social Psychology in Action. Evidence-Based Interventions from Theory to Practice*. Cham: Springer International Publishing, 145–161.
- Clement, S.; Schauman, O.; Graham, T.; Maggioni, F.; Evans-Lacko, S.; Bezborodovs, N.; Morgan, C.; Rüsch, N.; Brown, J.; Thornicroft, G. (2015):** What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine* 45 (1), 11–27.
- Colizzi, M.; Ruggeri, M.; Lasalvia, A. (2020):** Should we be concerned about stigma and discrimination in people at risk for psychosis? A systematic review. *Psychological Medicine* 50, 705–726.
- Conner, K.; McKinnon, S.; Ward, C.; Reynolds, C.; Brown, C. (2015):** Peer education as a strategy for reducing internalized stigma among depressed older adults. *Psychiatric rehabilitation journal* 38 (2), 186–193.
- Corrigan, P.; Rafacz, J.; Rüsch, N. (2011):** Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry research* 189 (3), 339–343.
- Corrigan, P.; Morris, S.; Larson, J.; Rafacz, J.; Wassel, A.; Michaels, P.; Wilkniss, S.; Batia, K.; Rüsch, N. (2010):** Self-stigma and coming out about one's mental illness. *Journal of community psychology* 38 (3), 259–275.
- Covarrubias, I.; Han, M. (2011):** Mental health stigma about serious mental illness among MSW students: social contact and attitude. *Social work* 56 (4), 317–325.
- Crisp, R.; Turner, R. (2009):** Can imagined interactions produce positive perceptions? Reducing prejudice through simulated social contact. *The American psychologist* 64 (4), 231–240.
- DBSH (2014):** Kommentar zur „Global Definition of Social Work“ URL: https://www.dbsh.de/media/dbsh-www/downloads/2014_DBSH_Dt_%C3%9Cbersetzung_Kommentar_Def_SozArbeit_02.pdf [Abruf: 06.05.2021].
- DBSH (2016):** Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit des Fachbereichstages Soziale Arbeit und DBSH. Berlin. URL: https://www.dbsh.de/media/dbsh-www/redaktionell/bilder/Profession/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_01.pdf [Abruf: 06.05.2021].

DBSH Sachsen (2018): Stellungnahme. Menschenverachtenden Tendenzen in unserer Gesellschaft entschieden entgegenwirken. URL: <https://www.dbsh.de/profession/berufspolitische-veroeffentlichungen/berufsethische-veroeffentlichungen.html> [Abruf: 15.05.2021].

Degenhardt, L.; Glantz, M.; Evans-Lacko, S.; Sadikova, E.; Sampson, N.; Thornicroft, G.; Aguilar-Gaxiola, S.; Al-Hamzawi, A.; Alonso, J.; Andrade, L.; Bruffaerts, R.; Bunting, B.; Bromet, E.; Caldas de Almeida, J.; de Girolamo, G.; Florescu, S.; Gureje, O.; Haro, J.; Huang, Y.; Karam, A.; Karam, E.; Kiejna, A.; Lee, S.; Lepine, J.; Levinson, D.; Medina-Mora, M.; Nakamura, Y.; Navarro-Mateu, F.; Pennell, B.; Posada-Villa, J.; Scott, K.; Stein, D.; Have M.; Torres, Y.; Zarkov, Z.; Chatterji, S.; Kessler, R. (2017): Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World Mental Health Surveys. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 16 (3), 299–307.

Deutscher Bundestag (2019): Gemeinsamer Bericht zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG des KGV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. und der Deutsche Krankenhausgesellschaft e.v., Drucksache 19/12850, 28.06.2019. URL: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/128/1912850.pdf> [Abruf: 28.04.2021].

DGPPN (2019): *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie.* 2. Auflage. Berlin: Springer.

DGPPN (2020): Dossier. Psychische Erkrankungen in Deutschland: Triologische Perspektiven. URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6fae81e9ed5838d300e2a656f30b40b20c9d5a45/DGPPN_Dossier_2020.pdf [Abruf: 17.05.2021].

Dilling, H. (Hrsg.) (2009): *Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie, der Psychotherapie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie.* 2. Auflage. Bern: Huber.

Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. (Hrsg.) (2015): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien.* Weltgesundheitsorganisation. 10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015. Bern: Hogrefe Verlag.

Eink, M.; Waagenar, M. (2019): Stigmatisierung psychisch Erkrankter durch professionelle HelferInnen? Haltungen zu Psychiatrie und psychisch Erkrankten bei Studierenden der Sozialen Arbeit und der Medizin. *sozialpsychiatrische informationen* 49 (4), 15–20.

Evans-Lacko, S.; Brohan, E.; Mojtabai, R.; Thornicroft, G. (2012): Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological medicine* 42 (8), 1741–1752.

EX-IN e.V. (o.D.): Fragen & Antworten. URL: <https://ex-in.de/fragen-antworten/> [Abruf: 03.05.2021].

EX-IN Niedersachsen (o.D.): Curriculum zur Qualifizierung von Experten durch Erfahrung in der Gesundheitsversorgung. URL: <https://www.ex-in-niedersachsen.de/ausbildung/hannover/> [Abruf: 28.04.2021].

Eylem, O.; Wit, L.; van Straten, A.; Steubl, L.; Melissourgaki, Z.; Danişman, G.; de Vries, R.; Kerkhof, A.; Bhui, K.; Cuijpers, P. (2020): Stigma for common mental disorders in racial minorities and majorities a systematic review and meta-analysis. *BMC public health* 20, Art. 879.

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

Finzen, A. (2017a): Stigma and Stigmatization Within and Beyond Psychiatry. In: Gaebel, W.; Rössler, W.; Sartorius, N. (Hrsg.): *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?* Cham, Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer International Publishing, 29–42.

Finzen, A. (2017b): Die Krankheit verstecken: Stigma und Stigmabewältigung bei psychischen Störungen. In: Hauth, I.; Falkai, P.; Deister, A. (Hrsg.): *Psyche, Mensch, Gesellschaft. Psychiatrie und*

Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 191–200.

Finzen, A. (2018): *Normalität. Die ungezähmte Kategorie in Psychiatrie und Gesellschaft*. Köln: Psychiatrie Verlag.

Freimüller, L.; Wölwer, W. (2012): *Antistigma-Kompetenz in der psychiatrisch psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis. Das Trainingsmanual*. Stuttgart: Schattauer.

Gaebel, W.; Ahrens, W.; Schlamann, P. (2010): Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis. URL: <https://www.seelischegesundheit.net/images/stories/publikationen/konzeption-und-umsetzung-von-interventionen-zur-entstigmatisierung-seelischer-erkrankungen.pdf> [Abruf: 10.05.2021].

Gaebel, W.; Priebe, S. (2005): Pro und Kontra: Machen Antistigmakampagnen Sinn? *Psychiatrische Praxis* 32 (5), 218–220.

Gaebel, W.; Zäske, H.; Zielasek, J.; Cleveland, H.; Samjeske, K.; Stuart, H.; Arboleda-Florez, J.; Akiyama, T.; Baumann, A.; Gureje, O.; Jorge, M.; Kastrup, M.; Suzuki, Y.; Tasman, A.; Fidalgo, T.; Jarema, M.; Johnson, S.; Kola, L.; Krupchanka, D.; Larach, V.; Matthews, L.; Mellsop, G.; Ndeti, D.; Okasha, T.; Padalko, E.; Spurgeoun, J.; Tyszkowska, M.; Sartorius, N. (2014): Stigmatization of psychiatrists and general practitioners: results of an international survey. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 265 (3), 189–197.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL). URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/> [Abruf: 25.04.2021].

Goffman, E. (2014): *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Engl. Originalausgabe 1963, 22. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Grausgruber, A. (2005): Formen und Entstehungsmodelle. In: Gaebel, W.; Möller, H.; Rössler, W. (Hrsg.): *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer, 18–40.

Grobe, T.; Steinmann, S. (2015): *Depressionsatlas 2015. Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnung*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.

Hegedüs, A.; Burr, C.; Pfluger, V.; Sieg, D.; Nienaber, A.; Schulz, M. (2021): Peer support worker training: Results of the evaluation of the Experienced Involvement training programme in Switzerland and Germany. *International journal of mental health nursing* 30 (2), 451–460.

Heinz, A. (2015a): *Der Begriff der psychischen Krankheit*. 2. Auflage. Berlin: Suhrkamp.

Heinz, A. (2015b): Krankheit vs. Störung. Medizinische und lebensweltliche Aspekte psychischen Leidens. *Der Nervenarzt* 86 (1), 36–41.

Heinz, A. (2017): Illness Models and Stigma. In: Gaebel, W.; Rössler, W.; Sartorius, N. (Hrsg.): *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?* Cham, Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer International Publishing, 485–496.

Henderson, C. (2017): Disorder-specific Differences. In: Gaebel, W.; Rössler, W.; Sartorius, N. (Hrsg.): *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?* Cham, Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer International Publishing, 83–110.

Henderson, C.; Noblett, J.; Parke, H.; Clement, S.; Caffrey, A.; Gale-Grant, O.; Schulze, B.; Druss, B.; Thornicroft, G. (2014): Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry* 1 (6), 467–482.

- Hengartner, M. (2017):** Lebenszeitprävalenzen psychischer Erkrankungen. *Obsan Bulletin* 5/2017. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Herrera-Ferrá, K. (2020):** Global mental health and the treatment gap: A human rights and neuroethics concern. *Global Mental Health and Neuroethics*, Band 54, 133–143.
- Herringer, N. (2020):** *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. 6., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heumann, K.; Schmid, C.; Wilfer, A.; Bolkan, S.; Mahlke, C.; Peter, S. (2019):** Kompetenzen und Rollen(-erwartungen) von Genesungsbegleitern in der psychiatrischen Versorgung – Ein partizipativer Forschungsbericht. *Psychiatrische Praxis* 46 (1), 34–40.
- Hipes, C.; Lucas, J.; Phelan, J.; White, R. (2016):** The stigma of mental illness in the labor market. *Social science research* 56, 16–25.
- Homfeldt, H.; Gahleitner, S. (2018):** Gesundheit und Krankheit. In: Graßhoff, G.; Renker, A.; Schröer, W. (Hrsg.): *Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung*. Wiesbaden: Springer, 43–54.
- Hundertmark-Mayser, J. (2020):** Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und Psychotherapie. *Psychotherapie Aktuell* 12 (2), 27–32.
- Ibrahim, N.; Thompson, D.; Nixdorf, R.; Kalha, J.; Mpango, R.; Moran, G.; Mueller-Sierlin, A.; Ryan, G.; Mahlke, C.; Shamba, D.; Puschner, B.; Repper, J.; Slade, M. (2020):** A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 55 (3), 285–293.
- Irre menschlich Hamburg e.V. (o.J.a):** Journalisten. URL: <https://www.irremenschlich.de/projekte/journalisten> [Abruf: 22.05.2021].
- Irre menschlich Hamburg e.V. (o.J.b):** Projekte. URL: <https://www.irremenschlich.de/download/Ver%C3%B6ffentlichungen/Projekte/> [Abruf: 22.05.2020].
- Jachertz, N. (2013):** Psychische Erkrankungen. Hohes Aufkommen, niedrige Behandlungsrate. *Deutsches Ärzteblatt* 110 (7), 269–270.
- Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L.; Busch, M. A.; Maske, U.; Hapke, U.; Gaebel, W.; Maier, W.; Wagner, M.; Zielasek, J.; Wittchen, H.-U. (2014):** Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 85, 77–87.
- Jacobi, F.; Müllender, S. (2017):** Psychische Störungen als individuelles und gesellschaftliches Gesundheitsproblem. In: Hauth, I.; Falkai, P.; Deister, A. (Hrsg.): *Psyche, Mensch, Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1–15.
- Jahnke, B. (2014):** *EX-IN Kultur-Landschaften. Zwölf Gespräche zur Frage: Wie gelingt Inklusion*. Neumünster: Paranus.
- Juckel, G.; Mavrogiorgou P. (2016):** Reflexionen zu den Grenzen von psychiatrischem Wissen im Zeitalter der Evidenz-basierten Medizin. In: Juckel, G.; Hoffmann, K. (Hrsg.): *Ethische Entscheidungssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie*. Lengerich: Pabst, 85–100.
- Kao, Y.; Lien, Y.; Chang, H.; Wang, S.; Tzeng, N.; Loh, C. (2016):** Evidence for the indirect effects of perceived public stigma on psychosocial outcomes: The mediating role of self-stigma. *Psychiatry research* 240, 187–195.
- Kawohl, W.; Lauber, C. (2013):** Arbeit und psychische Gesundheit. In: Rössler, W.; Kawohl, W. (Hrsg.): *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis- Band 1: Grundlagen*. Stuttgart: Kohlhammer, 117–126.

- Knuf, A. (2016):** Recovery, Empowerment und Peearbeit. In: Utschakowski, J.; Sielaff, G.; Bock, T.; Winter, A. (Hrsg.): *Experten aus Erfahrung. Peearbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag, 35–59
- Kohn, R.; Saxena, S.; Levav, I.; Saraceno, B. (2004):** The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization* 82 (11), 858–866.
- Kröger, C. (2017):** Psychische Störung. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): *Fachlexion der Sozialen Arbeit*. 8. völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Baden-Baden: Nomos, 673.
- Krumm, S., Becker, T. (2005):** Behandlung und Versorgung psychisch Kranker zwischen Stigma und Integration. In: Gaebel, W.; Müller, H.; Rössler, W. (Hrsg.): *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer, 179–196.
- Link, B.; Cullen, F.; Struening, E.; Shrout, P; Dohrenwend, B. (1989):** A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review* 54 (3), 400–423.
- Link, B.; Phelan, J. (2001):** Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociology* 27, 363-385.
- Link, B.; Phelan, J. (2010):** Labeling and Stigma. In: Scheid, T.; Brown, T. (Hrsg.): *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. 2. Auflage. New York: Cambridge University Press, 571–581.
- Lloyd-Evans, B.; Mayo-Wilson, E.; Harrison, B. (2014):** A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 14, Art. 39.
- Loch, A.; Rössler, W. (2017):** Who Is Contributing? In: Gaebel, W.; Rössler, W.; Sartorius, N. (Hrsg.): *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?* Cham, Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer International Publishing, 111–123.
- Mahlke, C.; Schulz, G.; Sielaff, G.; Nixdorf, R.; Bock, T. (2019):** Einsatzmöglichkeiten von Peearbegleitung in der psychiatrischen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 62 (2), 214–221.
- Maier, W. (2017):** Lebenskrise oder Krankheit? Psychische Störungen richtig diagnostizieren. In: Hauth, I.; Falkai, P.; Deister, A. (Hrsg.): *Psyche, Mensch, Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 31–48.
- Margraf, J.; Milenkovic, N. (2009):** Klassifikation psychischer Störungen. In: Margraf, J.; Schneider, S. (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen*. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 181–201.
- Maruta, T.; Matsumoto, C. (2017):** Stigma and the Renaming of Schizophrenia. In: Gaebel, W.; Rössler, W.; Sartorius, N. (Hrsg.): *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?* Cham, Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer International Publishing, 571–579.
- Maunder, R.; White, F. (2019):** Intergroup contact and mental health stigma: A comparative effectiveness meta-analysis. *Clinical psychology review* 72, Art. 101749.
- McKeown, S.; Dixon, J. (2017):** The “contact hypothesis”: Critical reflections and future directions. *Social and Personality Psychology Compass* 11 (1), 1–13.
- Miles, E.; Crisp, R. (2014):** A meta-analytic test of the imagined contact hypothesis. *Group Processes & Intergroup Relations* 17 (1), 3–26.
- Moncrieff, J. (2003):** *Is psychiatry for sale? An examination of the influence of the pharmaceutical industry on academic and practical psychiatry*. London: King's College London, Institute of Psychiatry.

- Morandi, S. (2014):** Place de la stigmatisation dans la contrainte en psychiatrie: l'exemple des mesures ambulatoires. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* 165 (7), 249–253.
- Nischk, D.; Merz, P. (2017):** Vom psychiatrischen Fachbegriff zur schädlichen Plattitüde – Eine kognitionspsychologische Analyse. *Psychiatrische Praxis* 44 (6), 356–360.
- Oexle, N.; Rüschi, N. (2018):** Stigma – Risikofaktor und Konsequenz suizidalen Verhaltens: Implikationen für die Suizidprävention. *Der Nervenarzt* 89 (7), 779–783.
- Otte, I.; Werning, A.; Nossek, A.; Jochen, V.; Juckel, G.; Gather, J. (2020):** Challenges faced by peer support workers during the integration into hospital-based mental health-care teams: Results from a qualitative interview study. *The International Journal of Social Psychiatry* 66 (3), 263–269.
- Paluck, E.; Green, S.; Green, D. (2019):** The contact hypothesis re-evaluated. *Behavioural Public Policy* 3 (2), 129–158.
- Pauls, H.; Gahleitner, B. (2017):** Klinische Sozialarbeit. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*. 8. völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Baden-Baden: Nomos, 512.
- Peter, L.; Schindler, S.; Sander, C.; Schmidt, S.; Muehlan, H.; McLaren, T.; Tomczyk S.; Speerforck, S.; Schomerus, G. (2021):** Continuum beliefs and mental illness stigma: a systematic review and meta-analysis of correlation and intervention studies. *Psychological Medicine*, 716–726.
- Peter, O.; Lang, J.; Stein, K.; Wirth, K.; Jungbauer, J. (2019):** „Ich bin nicht die Diagnose – aber sie ist auch ein Teil von mir“ – Eine qualitative Interviewstudie zu Sichtweisen von psychisch erkrankten Menschen. *Psychiatrische Praxis* 46 (1), 27–33.
- Pettigrew, T.; Tropp, L. (2005):** Allport's Intergroup Contact Hypothesis: Its History and Influence. In: John F. Dovidio, Peter Glick und Laurie A. Rudman (Hrsg.): *On the Nature of Prejudice*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 262–277.
- Pettigrew, T.; Tropp, L. (2006):** A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of personality and social psychology* 90 (5), 751–783.
- Pettigrew, T.; Tropp, L. (2008):** How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *Eur. J. Soc. Psychol.* 38 (6), 922–934.
- Prestin, E. (2020):** (Selbst-)Ermächtigung in der Psychiatrie. Überlegungen zu Grundlagen, Möglichkeiten und Grenzen. *Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie* 38 (4), 4–7.
- Prüß, S.; Bachmann, A.; Schomerus, G. (2013):** Warum werden Menschen mit psychischen Krankheiten diskriminiert? Überlegungen aus einer sozialpsychologischen Perspektive. *PDP – Psychodynamische Psychotherapie* 12 (3), 119–128.
- Prüß, S.; Speerforck, S.; Bahlmann, J.; Freyberger, H.; Schomerus, G. (2014):** Werden Psychotherapeuten, Psychiater oder die Psychotherapie stigmatisiert? Systematische Literaturrecherche. *Psychotherapeut* 14 (4), 275–282.
- Puschner, B. (2018):** Peer support and global mental health. *Epidemiology and psychiatric sciences* 27 (5), 413–414.
- Pyle, M.; Pilling, S.; Machin, K.; Allende-Cullen, G.; Morrison, A. (2018):** Peer support for internalised stigma experienced by people with psychosis: rationale and recommendations. *Psychosis. Psychological, Social and Integrative Approaches* 10 (2), 146–152.
- Ross, A.; Morgan, A.; Jorm, A.; Reavley, N. (2019):** A systematic review of the impact of media reports of severe mental illness on stigma and discrimination, and interventions that aim to mitigate any adverse impact. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 54 (1), 11–31.
- Rössler, W. (2016):** The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO reports* 17 (9), 1250–1253.

- Rüsch, N. (2021):** *Das Stigma psychischer Erkrankungen. Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung.* München: Elsevier.
- Rüsch, N.; Corrigan, P.; Waldmann, T.; Staiger, T.; Bahemann, A.; Oexle, N.; Wigand, M.M Becker, T. (2018):** Attitudes Toward Disclosing a Mental Health Problem and Reemployment: A Longitudinal Study. *The Journal of nervous and mental disease* 206 (5), 383–385.
- Rüsch, N.; Dubi, M.; Ranft, K. (2013):** Antistigma-Interventionen in Zusammenarbeit Psychiatrie-Erfahrener, Angehöriger und in der Psychiatrie Arbeitender. In: Rössler, W.; Kawohl, W. (Hrsg.): *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung.* Stuttgart: Kohlhammer, 484–494.
- Rüsch, N.; Heekeren, K.; Theodoridou, A.; Müller, M.; Corrigan, P.; Mayer, B.; Metzler, S.; Dvorsky, D.; Walitza, S.; Rössler, W. (2015):** Stigma as a stressor and transition to schizophrenia after one year among young people at risk of psychosis. *Schizophrenia research* 166 (1-3), 43–48.
- Rüsch, N.; Oexle, N.; Reichhardt, L.; Ventling, S. (2019):** In Würde zu sich stehen – Konzept und Wirksamkeit eines peer-geleiteten Programms zu Offenlegung und Stigmabewältigung. *Psychiatrische Praxis* 46 (2), 97–102.
- Russinova, Z.; Griffin, S.; Bloch, P.; Wewiorski, N.; Rosoklija, I. (2011):** Workplace prejudice and discrimination toward individuals with mental illnesses. *Journal of Vocational Rehabilitation* 35 (3), 227–241.
- Schäfer, M.; Schöttes, H. (2016):** Ethik des Dialogs in der Psychiatrie. In: Juckel, G.; Hoffmann, K. (Hrsg.): *Ethische Entscheidungssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie.* Lengerich: Pabst, 193–207.
- Scheff, Thomas J. (1999):** *Being mentally ill. A sociological theory.* 3. Auflage. New York: Aldine de Gruyter.
- Schnurr, S. (2018):** Partizipation. In: Graßhoff, G.; Renker, A.; Schröer, W. (Hrsg.): *Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung.* Wiesbaden: Springer, 631–650.
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2017):** Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 210 (4), 261–268.
- Scholz, T. (2016):** Dolmetschen im Perspektivenwechsel. In: Utschakowski, J.; Sielaff, G.; Bock, T.; Winter, A. (Hrsg.): *Experten aus Erfahrung. Peearbeit in der Psychiatrie.* Köln: Psychiatrie Verlag, 252–256.
- Schomerus, G.; Angermeyer, M. (2011):** Stigmatisierung psychisch Kranker. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date* 5 (6), 345–356.
- Schomerus, G.; Bauch, A. (2017):** Hat sich die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Krankheiten verändert? Befunde aus Bevölkerungsstudien der letzten 25 Jahre. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 49 (2), 297–306.
- Schomerus, G.; Matschinger, H.; Angermeyer, M. (2014):** Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness: a comparative analysis of schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychological medicine* 44 (2), 303–314.
- Schreiter, S.; Bempohl, F.; Krausz, M.; Leucht, S.; Rössler, W.; Schouler-Ocak, M.; Gutwinski, S. (2017):** The Prevalence of Mental Illness in Homeless People in Germany. *Deutsches Ärzteblatt international* 114 (40), 665–672.
- Schulte-Kemna, G. (2020):** Beschwerdemöglichkeiten als Beitrag zur Selbstermächtigung? Die IBB-Stellen in Baden-Württemberg. *Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie* 38 (4), 38–39.
- Schuy, K.; Brants, L.; Dors, S.; Ströhle, A.; Zimmermann, P.; Willmund, G.; Rau, H.; Siegel, S. (2019):** „Treffer im Kopf“ – Stigma psychischer Erkrankungen als Einflussfaktor auf die

Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch VeteranInnen der Bundeswehr. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 81 (8/9), 146–153.

Sheehan, L.; Nieweglowski, K.; Corrigan, P. (2017): Structures and Types of Stigma. In: Gaebel, W.; Rössler, W.; Sartorius, N. (Hrsg.): *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?* Cham, Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer International Publishing, 43–66.

Shepherd, G.; Repper, J. (2017): Empowerment and Inclusion: The Introduction of Peer Workers into the Workforce. In: Gaebel, W.; Rössler, W.; Sartorius, N. (Hrsg.): *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?* Cham, Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer International Publishing, 591–612.

Sielaff, G.; Utschakowski, J. (2016): EX-IN – aus einem Ausbildungsangebot wird eine psychiatrieverändernde Bewegung. In: Utschakowski, J.; Sielaff, G.; Bock, T.; Winter, A. (Hrsg.): *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag, 272–275.

Sommerfeld, P.; Rügger, C. (2013): Soziale Arbeit in der Sozialen Psychiatrie. In: Rössler, W.; Kawohl, W. (Hrsg.): *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 2: Anwendung*. Stuttgart: Kohlhammer, 396–407.

Speck, A. (2018): Fokus Stigma: Ein Teilhaberrisiko? In: Speck, A.; Steinhart, I. (Hrsg.): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen*. Köln: Psychiatrie Verlag, 103–111.

Staiger, T.; Waldmann, T.; Oexle, N.; Wigand, M.; Rüschi, N. (2018): Intersections of discrimination due to unemployment and mental health problems: the role of double stigma for job- and help-seeking behaviors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 53 (10), 1091–1098.

Staub-Bernasconi, S. (2018): *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität. 2., vollständig überarbeitete u. aktualisierte Ausgabe*. Opladen, Toronto, Leverkusen: utb.

Stengler, K.; Riedel-Heller, S. (2017): Arbeit und psychische Gesundheit – oder: Wann macht Arbeit krank. In: Hauth, I.; Falkai, P.; Deister, A. (Hrsg.): *Psyche, Mensch, Gesellschaft. Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 185–190.

Stocker, D.; Stettler, P.; Jäggi, J.; Bischof, S.; Guggenbühl, T.; Abrassart, A.; Ruesch, P.; Künzi, K. (2016): *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Stull, L.; McConnell, H.; McGrew, J.; Salyers, M. (2017): Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness as Predictors of Recovery Attitudes of Assertive Community Treatment Practitioners. *The Israel journal of psychiatry and related sciences* 54 (1), 31–37.

Tilly, K. (2020): Ermutigung zum Mutig-Sein. Dialogische psychosoziale Versorgung braucht Hoffnung, Ausdauer und Mut. *Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie* 38 (4), 14–16.

Utschakowski, J. (2016a): Die Ausbildung von Experten durch Erfahrung. Das Projekt EX-IN. In: Utschakowski, J.; Sielaff, G.; Bock, T.; Winter, A. (Hrsg.): *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag, 82–92.

Utschakowski, J. (2016b): Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Herausforderungen. In: Utschakowski, J.; Sielaff, G.; Bock, T.; Winter, A. (Hrsg.): *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag, 16–24.

Utschakowski, J. (2016c): Voraussetzungen und Bedingungen der Peerarbeit. In: Utschakowski, J.; Sielaff, G.; Bock, T.; Winter, A. (Hrsg.): *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag, 72–81.

Utschakowski, J. (2015): *Mit Peers arbeiten. Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung*. Köln: Psychiatrie Verlag.

- Utschakowski, J. (2017):** Psychiatrie-Erfahrung anerkennen und nutzen. In: Bischkopf, J.; Deimel, D.; Walther, C.; Zimmermann, R. (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch*. Köln: Psychiatrie Verlag, 292–307.
- Utschakowski, J.; Sielaff, G.; Bock, T.; Winter, A. (Hrsg.) (2009):** *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Utschakowski, J.; Sielaff, G.; Winter, A.; Bock, T. (2016):** Symbol und Instrument der Veränderung – Ausblick. In: Utschakowski, J.; Sielaff, G.; Bock, T.; Winter, A. (Hrsg.): *Experten aus Erfahrung. Peearbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag, 276–278.
- Vistorte, A.; Rojas, R.; Wagner, S.; Jaen, D.; Jorge, M.; Evans-Lacko, S.; Mari, J. (2018):** Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review. *International journal of psychiatry in medicine* 53 (4), 317–338.
- Vogt, I. (2017):** Nobody is perfect: Einstellungen von Angehörigen der Gesundheitsberufe zu psychisch Kranken. Ein Überblick über die Forschungsergebnisse. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 49 (2), 307–323.
- Walther, C. (2017):** Soziale Arbeit und Psychiatrie. In: Bischkopf, J.; Deimel, D.; Walther, C.; Zimmermann, R. (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch*. Köln: Psychiatrie Verlag, 18–37.
- Walther, C.; Deimel, D. (2017):** Theorie Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie. In: Bischkopf, J.; Deimel, D.; Walther, C.; Zimmermann, R. (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch*. Köln: Psychiatrie Verlag, 38–58.
- Weinmann, S. (2019):** *Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Werlen, L.; Puhan, M.; Landolt, M.; Mohler-Kuo, M. (2020):** Mind the treatment gap: the prevalence of common mental disorder symptoms, risky substance use and service utilization among young Swiss adults. *BMC public health* 20 (1), Art. 1470.
- Wunder, M. (2021):** Überlegungen zur psychiatrischen Diagnostik. Zwischen Zuschreibung und Erkenntnis. *Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie* 39 (1), 16–18.
- Zäske, H. (2017):** The Influence of Stigma on the Course of Illness. In: Gaebel, W.; Rössler, W.; Sartorius, N. (Hrsg.): *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?* Cham, Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer International Publishing, 141–156.
- Zhou, S.; Page-Gould, E.; Aron, A.; Moyer, A.; Hewstone, M. (2018):** The Extended Contact Hypothesis: A Meta-Analysis on 20 Years of Research. *Personality and social psychology review: an official journal of the Society for Personality and Social Psychology* 23 (2), 132–160.
- Zuaboni, G.; Sloksnath-Bernetta, D.; Rüschi, N. (2018):** In Würde zu sich stehen. Peergeleitetes Angebot zur individuellen Auseinandersetzung mit Stigmatisierung. *Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie* 36 (4), 21–23.
- Zuaboni, G.; Werder, B. (2013):** Von der Patientin zum Profi. In: Burr, C.; Schulz, M.; Winter, A.; Zuaboni, G. (Hrsg.): *Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte*. Köln: Psychiatrie Verlag, 113–125.

Eidesstattliche Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die Arbeit selbstständig verfasst und andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt habe.

2. Ich bin mit der Einstellung meiner Bachelorarbeit in die Bibliothek der HsH einverstanden.

Lehrte, der 08.06.2021