

Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in der heutigen Gesellschaft

Wie kann Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker
Personen aufgelöst werden bzw. welchen Beitrag kann die Soziale
Arbeit dabei leisten?

Welche Rolle kann die SA in der Entstigmatisierung psychisch kranker
Personen einnehmen?

Bachelorarbeit im Studiengang Soziale Arbeit

vorgelegt von

Judith Klopp

25937

Judith.klopp@stud.hs-merseburg.de

Erstgutachter: In: Rayla Metzner

Zweitgutachter: In: Prof. Dr. Heinz Voß

Merseburg, 03.01.2023

Inhaltsverzeichnis

Abstrakt	1
Abstract	2
Einleitung.....	3
1. Begriffe	4
1.1 Begriffsklärung	4
1.1.1 Der Begriff – Stigma	4
1.1.2 Der Begriff – Stigmatisierung	5
1.1.3 Formen von Stigmatisierungen	5
1.2 Prozesse von Stigmatisierung.....	7
1.3 Funktionen und Ursachen von Stigmatisierungs- und Diskriminierungsprozessen.....	8
1.4 Der Begriff – Diskriminierung	12
1.5 Welche Erscheinungsformen können Stigmatisierungs- und Diskriminierungsprozessen annehmen?	13
2. Der gesellschaftliche Blick zu psychischen Erkrankungen in der heutigen Gesellschaft und Einfluss der Medien.....	15
2.1 Das Laienbild	15
2.1.2 Was prägt das Laienbild?	17
2.2 Ein Medienexkurs.....	18
2.2.1 Positive Berichterstattungen.....	22
2.3 Der öffentliche Umgang mit psychischen Erkrankungen	23
2.4 Wo entstehen Stigmata?.....	25
2.5 Folgen von Stigma, Stigmatisierungen und Diskriminierungen	27
2.6 Aktuelle Veränderungen	30
3. Die Rolle der medizinisch-biologischen und sozialarbeiterischen Sicht in entstigmatisierenden Prozessen	31
3.1 Darstellung der medizinisch-biologischen Sicht auf psychische Erkrankungen.....	31
3.2 Die sozialarbeiterische Betrachtung auf Menschen mit psychischen Erkrankungen	32
3.2.1 Das psychosoziale Modell zu Krankheit und Gesundheit.....	33
3.2.2 Die sozialpsychiatrische Haltung	35
3.2.3 Der systemische Blick	37
3.3. Bedeutung der medizinisch- biologischen und sozialarbeiterischen Betrachtungsweisen für Betroffene.....	37
4. Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Entstigmatisierung psychisch kranker Personen.....	40

4.1 Wie kann die Stigmatisierung psychisch kranker Personen in der Sozialen Arbeit aufgegriffen werden?.....	40
4.2 In welchen Bereichen kann die soziale Arbeit dabei einen Beitrag leisten?	44
4.3 Ist die soziale Arbeit ein Bindeglied in der Entstigmatisierung psychisch kranker Personen?.....	50
5. Fazit	52
6. Eidesstattliche Erklärung	60
7. Literaturverzeichnis.....	61

Abstrakt

Stigmatisierung psychisch kranker Personen in der heutigen Gesellschaft ist ein ernstzunehmendes Thema. Betroffene und deren Angehörige sind von gesellschaftlichem Ablehnungsverhalten und struktureller Diskriminierung bedroht. Mediale Berichterstattungen tragen einen wesentlichen Teil zur gesellschaftlichen Benachteiligung bei. Die Folgen für Betroffene und deren Angehörigen sind diffamierend und existenzgefährdend. Die Soziale Arbeit spielt in der Entstigmatisierung psychisch Erkrankter und Abbau von Stigmatisierungs- und Diskriminierungsstrukturen eine bedeutende Rolle.

Ziel der Arbeit soll es sein, zu untersuchen, wie Stigmatisierung psychisch kranker aufgelöst bzw. abgebaut werden kann und welche Rolle die Soziale Arbeit in der Entstigmatisierung einnimmt.

Durch wissenschaftliche Literatur sollen Grundlagen und Methoden erarbeitet werden, um die Fragestellung der Arbeit zu beantworten.

Stigmatisierung und Diskriminierung sind sozial konstruierte Phänomene. Gesellschaftlich wurde dieses Problem erkannt und wird durch sozialrechtliches Eingreifen interveniert. Eine gesamtgesellschaftliche Umsetzung, sowie Auflösung und Abbau von Stigmatisierung ist aufgrund von Desinteresse, sozialer Ungleichheit und fehlendem Kontakt zu Betroffenen noch nicht möglich. Die Soziale Arbeit als mandatierte Gewalt ist an der Umsetzung unmittelbar beteiligt und nimmt gleichzeitig eine Vermittlung - und Aufklärungsrolle in der Entstigmatisierung psychisch kranker Personen ein. Jedoch fehlt es ihr noch an gesellschaftlicher Anerkennung, um ihrer Aufgabe gerecht zu werden.

Abstract

Stigmatization of mentally ill persons in today's society is a serious issue. Affected persons and their relatives are threatened by social rejection and structural discrimination. Furthermore, media coverage contributes significantly to social disadvantage. The consequences for affected persons and their relatives are defamatory and threaten their existence. Social work has an important role to play in destigmatizing mentally ill people and reducing stigmatization and discriminatory structures.

The aim of this work is to examine how stigmatization of mentally ill people can be dissolved or reduced and to characterize the role of social work in destigmatization.

Methods and fundamentals are substantiated by scientific literature and the research question of the thesis is thereby answered.

Stigmatization and discrimination are socially constructed phenomena. Society has recognized this problem and intervenes by social legal intervention. A society-wide implementation, as well as dissolution and reduction of stigmatization is yet not possible due to disinterest, social inequality and lack of contact to affected persons. Social work as a mandated force is not just directly involved in the implementation but also has a mediating and awareness taking role in the destigmatization of mentally ill persons. Though, the lack of social recognition diminish the outcome of its tasks and efforts.

Einleitung

Die Soziale Arbeit ist eine faszinierende Querschnittswissenschaft, die es vermag, durch fundierte Methoden, Kreativität und Geschick, lösungsorientiert Herausforderungen zu bewältigen. Sie dient als Vermittlung zwischen Staat und gesellschaftlichen Prozessen. Die Soziale Arbeit ist überall dort, wo es prekär ist und wird (vgl. Kraus 2016, S. 18 ff.).

Die Psychiatrie ist ein großer Bestandteil der Sozialen Arbeit, was früher die Fürsorgerinnen waren, sind heute Sozialarbeitende. Sie gibt denjenigen eine Stimme, die es selbst nicht können, macht auf Missstände aufmerksam und fungiert als Brückenbauer zwischen Professionen, bewegt sich gleichzeitig aber auch zwischen Spannungsfeldern großer Verantwortung und ethischen Forderungen (vgl. Herwig-Lempp 2022, S. 37).

Die Soziale Arbeit bietet psychisch kranken Personen eine Chance gesellschaftliche Partizipation zu erlangen und durch Unterstützung selbstbestimmt das Leben zu meistern (vgl. Kraus 2016, S. 18 ff.).

Stigmatisierung psychisch kranker Personen ist ein ernstzunehmendes Problem in der heutigen Gesellschaft. Durch Vorurteile und Zuschreibungsprozesse der Allgemeinbevölkerung fällt es Betroffene und deren Angehörigen sehr schwer, neben den ohnehin existierenden Leidendruck durch psychische Erkrankungen, Hilfeleistungen in Anspruch zu nehmen, ihren Alltag zu bewältigen oder offen mit der Erkrankung umzugehen (vgl. Rüschi et al. 2020, S.1- 31 ff.).

Medien haben eine große Reichweite und bilden Urteile. Die Darstellung psychischer Erkrankungen in den Medien sind durch Vorurteile und Stereotype geprägt, die einen bedeutenden Einfluss auf die Bevölkerung hat (vgl. von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 137 ff.).

In meiner Bachelorarbeit beschäftige ich mich daher mit den Fragen: Wie kann Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Personen aufgelöst bzw. abgebaut werden und welchen Beitrag kann die soziale Arbeit dabei leisten? Des Weiteren frage ich, welche Rolle die Soziale Arbeit in der Entstigmatisierung psychisch kranker Personen einnehmen kann.

1. Begriffe

1.1 Begriffsklärung

Zu Beginn der Arbeit werde ich die Begriffe *Stigma*, *Stigmatisierung* und *Diskriminierung* in der Wortbedeutung erklären. Damit soll ein etymologisches Verständnis geschaffen werden, das gleichzeitig als Grundlagenwissen für weitere Ausführungen dient.

1.1.1 Der Begriff – Stigma

Das Wort Stigma, wie wir es heute kennen und verwenden, findet seine ursprüngliche Bedeutung in der altgriechischen Sprache und kann als jemanden *brandmarken* oder *richten* am besten ins Deutsche übersetzt werden (vgl. Rüscher et al. 2020, S.38).

In der *Allgemeinbevölkerung*, damit sind alle Menschen gemeint, die explizit nicht psychisch erkrankt sind oder wenig bis kaum Kontakt zu psychisch erkrankten Personen haben, wird das Wort Stigma häufig in einem missverständlichen Zusammenhang gebraucht (vgl. Rüscher et al. 2020, Glossar und S. 38 f.). So wie Stigma in der Laiensprache verwendet wird, müsste es exakter als Diskriminierung bezeichnet werden (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 39). „Festzuhalten ist, dass ein Stigma immer sozial konstruiert ist, denn der soziale Kontext, der historisch-gewachsen sowie durch kulturelle und gesellschaftliche Normen geprägt ist, bestimmt, ob ein Merkmal als Stigma definiert wird oder nicht“ (Aydin/Fritsch 2015). Heruntergebrochen ist das Wort Stigma zunächst einmal „eine soziale Zuschreibung und Markierung“, die durch die vorherrschende Kultur erfolgt, wenn eine „Anormalität“ vorliegt, die aber unter Umständen eine Gefahr signalisiert (Rüscher et al. 2020, S. 39; vgl. Schmidt 2014, S.36 f.; vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 248). Eine Stigmatisierung findet dann statt, wenn eine Person vom Wertesystem abweicht und erst dadurch weitere Prozesse wie z. B. Stigmatisierung, Vorurteile, Selbststigmatisierung, Diskriminierung und andere angestoßen werden (vgl. Schmidt 2014, S. 37 und vgl. Rüscher et al. 2020, S. 39).

1.1.2 Der Begriff – Stigmatisierung

Nachdem eine Person nun durch ein Stigma, wie beispielsweise die Aussage, dass Menschen mit einer Schizophrenie unberechenbar seien, gekennzeichnet wurde, erfolgt die Umsetzung dieser Zuschreibung (vgl. Schmidt 2014, S. 36 – 37; vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 248). Dazu gehören Vorurteile, das Erschaffen von Stereotypen sowie Diskriminierungen, die unter bestimmten Umständen zur Stigmatisierung führen können (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 39; vgl. Schmidt 2014, S. 41f.).

Die Stigmatisierung ist demnach nur ein Oberbegriff und bezeichnet den Handlungsprozess von Menschen, der sich aufgrund eines Stigmas ausbildet (vgl. Schmidt 2014, S. 36- 37,41; vgl. Rüscher et al. 2020, S. 39). Als Folge dieses Prozesses, ist die Wahrnehmung der stigmatisierten Person durch Eigenschaften wie z. B. deviantes Verhalten aufgrund psychischer Erkrankungen, die zum Stigma führen, getrübt, das heißt psychisch kranke Personen erfahren eine symptomgeleitete Definierung ihrer Selbst. Die Gesamtheit der Person wird durch die Allgemeinbevölkerung ausgeblendet und findet keine Beachtung (vgl. Aydin/Fritsch 2015; vgl. Rüscher et al. 2020, Glossar).

1.1.3 Formen von Stigmatisierungen

Zuordnen und Kategorisieren sind Grundbedürfnisse des Menschen, um seine Lebenswelt überschaubar zu machen, die systemische und persönliche Sicherheit sowie den Erhalt der eigenen Identität zu gewährleisten (vgl. Schmidt 2014, S. 44 f.; vgl. Rüscher et al. 2020, S. 48). Jedoch ist der Begriff „*Stigma [...] nicht schwarz oder weiß, ganz oder gar nicht. Es gibt Abstufungen*“, Schnittstellen, „*Grautöne*“ sowie teils unklare Abgrenzungen zu artverwandten Themen und ist daher nur bedingt präzise einzuordnen (Rüscher et al. 2020, S. 43; vgl. auch ebd. et al. 2020, S. 43).

Stigmatisierung kann in direkte Merkmale und indirekte Merkmale unterschieden werden (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 247). Direkte Merkmale erklären sich fast von allein: Wie es der Begriff schon sagt, zählen dazu Charakteristika, die offensichtlich, also von

außen unverkennbar sind, wie z. B. physische Beeinträchtigungen, „*Hautkrankheiten oder Adipositas*“ (Aydin/Fritsch 2015, S. 247).

Zu den indirekten Merkmalen gehören die Phänomene, die nicht oder nicht sicher auf den ersten Blick erkennbar sind, wie z. B. Infektionskrankheiten, Suchtkrankheiten oder auch Institutionserfahrungen wie Haft- oder Psychiatrieaufenthalte (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 247). Psychische Erkrankungen gehören demzufolge zu den indirekten Merkmalen, da Auswirkungen nicht unmittelbar zu erkennen sind (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 247). Betroffene bemühen sich, sich entsprechend der anerkannten Norm und angepasst zu verhalten (vgl. Oexle/Rüsch 2017, S. 779). Dabei wird versucht, die Erkrankung weitestgehend zu verheimlichen und/oder zu verbergen (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 247; vgl. Oexle/Rüsch 2017, S. 779). Diese Copingstrategien und Umgangsmethoden von Betroffenen werden als „*Stigma-Management*“ bezeichnet und können als Selbststigma-Management erweitert werden (Aydin/Fritsch 2015, S. 247).

Eine andere Einteilung von Stigmatisierungsformen unternimmt der Ulmer Mediziner Nicolas Rüsch et al. (2020) in *öffentliches Stigma* und *Selbststigma* (vgl. Rüsch et al. 2020, S. 42 – 43). Ein *öffentliches Stigma* zeigt sich durch voreingenommene Meinungen der Allgemeinbevölkerung gegenüber psychischen Erkrankungen und das daraus folgende diskriminierende Verhalten gegenüber betroffenen Personen (vgl. Rüsch et al. 2020, S. 42-43). Es wird beispielsweise angenommen, dass Personen mit Depressionen behäbig seien und kein Durchhaltevermögen besäßen (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 247). Dadurch erfahren Betroffene in öffentlichen Einrichtungen z. B. bei Bundesagenturen für Arbeit oder Krankenkassen ein Vorurteils- und Ablehnungsverhalten (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 247; vgl. Rüsch et al. 2020, S. 92f.). Diese und weitere Erfahrungen aus anderen Lebensbereichen wie z. B. Schule, Arbeit oder Freizeit, führen unweigerlich zur zweiten Kategorie, der Selbststigmatisierung (vgl. Rüsch et al. 2020 S. 42f.). „*Werden Stereotype über die eigene soziale Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen als zutreffend beurteilt und verinnerlicht, kommt es [...] zur Selbstabwertung*“ (Oexle/Rüsch 2017, S. 779). Die öffentlichen Vorurteile werden initialisiert und anerkannt (vgl. Oexle/Rüsch 2017, S. 779). So verlieren Betroffene zusätzlich an Selbstsicherheit, welches durch die gegenwärtige Erkrankung oftmals ohnehin bereits geschädigt ist (vgl. Oexle/Rüsch 2017, S. 779; vgl. Rüsch et al. 2020, S. 42 f.).

1.2 Prozesse von Stigmatisierung

Die Begriffe Einstellungen, Vorurteile, Stereotype und Kategorisierungen bilden die Grundelemente der Stigmatisierung (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 37, 39 – 42, 48ff; vgl. Schmidt 2014, S. 41ff.).

Einstellungen sind „[...] als subjektiv positiv oder negativ [...]“ wahrgenommene, festgesetzte Thesen „[...] von Personen [...]“ gegenüber anderen Haltungen, Werten, Auffassungen oder Sichtweisen (Schmidt 2014, S. 41). Diese Überzeugungen beziehen sich auf die eigene Person oder andere Individuen, auf persönliche oder fremde Tatsachen und Perspektiven (vgl. Schmidt 2014, S. 41f.). Einstellungen bestehen aus drei Bestandteilen mit jeweiligen funktionalen Bezugsebenen, die im Folgenden erläutert werden (vgl. Schmidt 2014, S. 41).

Vorurteile betreffen die Kognition, also das Beobachten bzw. Wahrnehmen von Situationen, Verhaltensweisen oder Ähnlichem und das daraus resultierende Verknüpfen mit erlernten Zusammenhängen, woraus wiederum individuelle Annahmen erzeugt werden (vgl. Schmidt 2014, S. 41).

Stereotype beziehen sich auf die dynamisch-sinnliche Gefühlsebene und dienen zur sozialen Orientierung und Einordnung der Umwelt (vgl. Schmidt 2014, S. 41; vgl. Rüscher et al. 2020, S. 50).

Die dritte Komponente der Einstellungen umfasst das zielgerichtete Handeln eines Individuums gegenüber einer kognitiv empfundenen Andersartigkeit und kann bereits als Diskriminierungsebene bezeichnet werden (vgl. Schmidt 2014, S. 41). Auf dieser Ebene werden Verhaltenstendenzen, wie z. B. Benachteiligung, realisiert (vgl. ebd. 2014, S. 41).

Ein weiteres wichtiges Hauptelement, um Stigmatisierungsprozesse zu verstehen, ist die Kategorisierung (vgl. Rüscher et al. S. 48). Das Kategorisieren ist ein inneres Bedürfnis des Menschen, die Umwelt überschaubar zu machen, eine soziale Identität und einen für sich sicheren Handlungsrahmen zu schaffen (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 48). Diese Zuteilung „[...] erfolgt in einer oft sehr komplexen sozialen Umwelt in der Regel ‘von selbst’, also automatisch. Das entlastet die wahrnehmende Person, sodass sie gleichzeitig andere

Aufgaben wahrnehmen kann. Kategorisierung liefert in diesem Sinne viele Informationen ohne großen [Denk-]Aufwand“ (Rüsch et al. 2020, S. 48). Das Kategorisieren unternimmt zunächst noch keine Bewertung zu festgelegten Eigenschaften, sondern lediglich eine allgemeine Zuordnung in Gattungen oder Gruppen und geht somit dem Drang nach einer sozialen Zugehörigkeit bzw. Identität nach (vgl. Rüsch et al. 2020, S. 48 – 49).

Gruppenzugehörigkeiten und Kategorisierungen sind nicht nur auf andere Individuen bezogen, sondern erfolgen auch in jeder Person selbst (vgl. Rüsch et al. 2020, S. 48 – 49). Dieses Phänomen nennt sich Selbstkategorisierung (vgl. Rüsch et al. 2020, S. 48 – 49). Ähnlich wie um andere Personen, Situationen oder Gegenstände erleb- und händelbar zu machen, findet auch eine intrapersonelle und identitätsstiftende Eingliederung statt (vgl. Rüsch et al. 2020, S. 48 – 49). Kategorisierung ist ein Bestandteil der menschlichen Wahrnehmungsverarbeitung und basiert auf der Grundlage von sozialen Konstrukten und der Wertevermittlung, was dynamische und veränderbare Prozesse sind (vgl. Rüsch et al. 2020, S. 48 ff.).

Es kann festgehalten werden, dass Stigmatisierung und die zugehörigen Prozesse immer sozial konstruiert sind und sich an dem Wertekompass der Gesellschaft orientieren (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 247). Stigmatisierungsprozesse können nicht nur in ein Schema von Gut und Böse eingeordnet werden, da sie zum Teil wichtige Aufgaben zur Selektion der Umwelt erfüllen (vgl. Schmidt 2014, S. 47 ff.; vgl. Rüsch et al. 2020, S. 58 ff.).

1.3 Funktionen und Ursachen von Stigmatisierungs- und Diskriminierungsprozessen

Die wahrscheinlich fundamentalste Motivation zur Stigmatisierung, ist die Identitätsentstehung und -erhaltung, sowie die Angst vor dem Identitätsverlust (vgl. Schmidt 2014, S: 44,48 f.). Um dieses Problem zu bewältigen, sich abzugrenzen und die Umwelt einzuordnen ergeben sich die Funktionen von Stigmatisierung und Diskriminierung (vgl. Schmidt 2014, S. 47 f.; vgl. Rüsch et al. 2020 S. 48ff.).

Stigmatisierungsprozesse können auf zwei großen Ebenen eingeteilt werden, der „*Mikro- und Makroebene*“, die sich voneinander abgrenzen aber auch überschneiden können (Schmidt 2014, S. 47 ff.; vgl. Rüsç 2020, S. 58ff.).

Auf der Mikroebene, die die habituellen Ereignisse des Einzelnen in einer Gesellschaft beschreibt, liegen solche Verhaltensweisen, die zum Identitätserhalt dienen und unter Umständen auch von eigenen und anderen Gruppengefügen ausgeübt werden (vgl. Schmidt 2014, S. 47f.). Rüsç et al. (2020) beschreibt eines dieser Phänomene als „*Abwärtsvergleich*“, was bedeutet, dass wir andere abwerten, um uns zum Einen abzugrenzen, zum Anderen die Umgebung kategorisieren und den eigenen Status zu erhalten (Rüsç et al. 2020, S. 59). So neigen wir dazu, Menschen aus schlechteren z. B. anderen ökonomischen Milieus zu degradieren, um uns selbst besser zu fühlen (vgl. Rüsç et al. 2020, S. 59; vgl. Schmidt 2014, S. 48). Durch Aufwertungsverhalten der eigenen Gruppe und das Abwertungsverhalten anderer Gruppen, erfolgt eine Einkategorisierung, um die soziale Identität zu definieren und zu erhalten (vgl. Rüsç et al. 2020, S. 60). Zeitgleich erfolgt eine schemenhafte Bewertung und Abwertung (vgl. Schmidt 2014, S. 48). Um bekannte, gesellschaftliche Gefüge und Normen zu wahren, wird deviantes Verhalten bestraft und konformes Verhalten belohnt (vgl. Schmidt 2014, S. 48).

Eine weitere Funktion auf der Mikroebene ist die Sicherung der eigenen Weltanschauung vor Bedrohungen (vgl. Rüsç et al. 2020, S. 59). Grundursache dafür ist die archaische Furcht vor dem Unbekannten (vgl. Schmidt 2014, S. 48). Um diese Angst kontrollieren zu können, beginnen Menschen schon mit der Sozialisation einzukategorisieren und in Gut und Schlecht einzuteilen, bzw. die Welt in ein Schwarz-Weiß-Schema zu binden und somit die Umgebung vorhersehbar sowie berechenbar zu machen (vgl. Schmidt 2014, S. 48; vgl. Rüsç et al. 2020, S. 59).

Des Weiteren zählt zu der Mikroebene der Glaubenssatz der Gerechtigkeit zwischen Gruppen – getreu der Redensart alle seien ihres eigenen Glückes Schmied (vgl. Rüsç et al. 2020, S. 61). Stigmas und sozialisierte, vorurteilsbehaftete Einstellungen können die eigenen Werte so bestätigen, dass z. B. eine psychische Erkrankung als Resultat von Gerechtigkeitsverteilung der Welt angesehen werden kann (vgl. Rüsç et al. 2020, S. 61).

Unterstützung von Betroffenen und Schuldzuweisungen dienen dabei zur Auf – und Abwertung bzw. zur Bestätigung der eigenen oder der gesamten Gruppenidentität (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 61).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der Erhalt und die Kontinuität der eigenen Sicherheit, Gesundheit und des Lebens (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 59). Situationen, in denen Menschen an einer Erkrankung, ob physisch oder psychisch, leiden, machen unwillkürlich die Sensibilität in Bezug auf die Gesundheit und die Vergänglichkeit des Lebens bewusst (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 59). Um dieser Bedrohung zu entgehen, werden Kategorien gesucht, die die Ursache ausmachen, wie z. B. Rauchen und Nichtrauchen, ist jemand religiös oder nicht religiös, gebildet oder nicht gebildet, war es eine gute oder schlechte Kindheit etc. (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 59). Daraufhin wird verglichen, eingeordnet und bewertet (vgl. ebd. et al. 2020, S. 59). Dabei ist es einfacher, deviantes Verhalten Anderer im Vergleich zum Eigenen negativ zu bewerten und sich dadurch in persönlichen Konstrukten Bestätigung und Erleichterung zu ermöglichen (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 59)

In Gruppenkonstellationen erfüllen Stigmatisierungsprozesse gewisse Geltungs- und Besitzfunktionen. Ein Machtgefälle signalisiert die Verteilung von Eigentum, Herrschaft sowie Kapital und definiert und erhält durch Be-, Auf- und Abwertung die soziale Identität. (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 60). Gleichzeitig reduziert das Machtgefälle aber auch Konflikte zwischen Gruppen mit ähnlichem Status (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 60).

Die Makroebene beschäftigt sich mit gesamtgesellschaftlichen Vorgängen, Stigmatisierungsprozesse erfüllen daher auf dieser Ebene eine „*Systemstabilisierungsfunktion*“ (Schmidt 2014, S. 49).

Veränderungen sind oftmals unvorhersehbar in ihrer Entwicklung und unbequem in ihrer Umsetzung (vgl. Schmidt 2014, S. 49). Zum Erhalt des bekannten politischen Systems oder der vertrauten Lebensumstände werden Stigmatisierungen Anderer deshalb als gerechtfertigt betrachtet (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 62). Vorurteile und Stereotype sorgen für eine Überschaubarkeit und schützen vor „*Verunsicherungen [...] eine[r] schwer verständlichen Welt*“ (ebd. et al. 2020, S. 62).

Wenn der Mensch die eigene Lage und die der Gesamtgesellschaft akzeptieren kann, ist er weniger nach Veränderungen bestrebt (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 62). Das erklärt auch, warum Personen, die Diffamierung erfahren, z. B. psychisch kranke Menschen, notgedrungen ihre stereotypen Bezeichnungen akzeptieren (ebd. Rüscher et al. 2020, S. 62). Der Ausweg würde einen Mindsetwechsel, Konfrontation, psychotherapeutische Unterstützung und somit eine zusätzliche, persönliche Hürde für Betroffene darstellen (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 62).

Eine weitere Stigmafunktion auf der Makroebene für die Gesellschaft, basiert auf dem evolutionärem Fortpflanzungsprinzip in modernen Gesellschaften (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 63). Menschen suchen sich zur Fortpflanzung Personen, die ihrer Meinung nach am attraktivsten und klügsten sind und damit eine gute Grundlage für gesundes Leben, finanzielle Absicherung und unversehrte Gene bieten (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 63). Es geht dabei nicht nur um die Weitergabe von geeignetem Erbgut und „*Vermeidung von Krankheit*“, sondern auch um einen möglichst hohen Bildungsgrad und passenden „*sozialen Status*“ für das eigene als auch für das entstehende Leben (Rüscher et al. 2020, S. 63 f.).

Zusammenfassend kann behauptet werden, dass sich die häufigsten Ursachen für Stigmatisierungen grundsätzlich in den Identitätskonflikt und der instinktiven Ablehnung vor dem Unbekannten eingrenzen lassen (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 63 - 64). Hierbei geht es wiederholt um die Vermeidung des Verlustes der Identität und was für den Identitätskampf getan bzw. nicht getan und wie gehandelt bzw. zielgerichtet diskriminiert und vermieden werden kann (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 63 – 64). Die Angst vor dem Unbekannten bzw. der Andersartigkeit ist so alt wie die Menschheit selbst. Dies kann lähmend sein, aber auch eine treibende Kraft darstellen (vgl. ebd. et al. 2020, S. 63 – 64, S. 148). Eine Triebkraft mit potenziell fatalen Ausmaßen, wenn es um Folgen für die Betroffenen geht (vgl. ebd. et al. 2020, S. 63 – 64, S. 148).

1.4 Der Begriff – Diskriminierung

Diskriminierung ist die Benachteiligung von Menschen, „aus Gründen der Rasse oder wegen der ethischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität“ (§1 AGG). Diskriminierung beruht auf der Grundlage von subjektiven und gesellschaftlichen Einstellungen, Vorurteilen und „individuellen Handlungen“, die „starre Theorien von Personen“ über „Meinungen, Vorstellungen und Überzeugungen“, „der eigenen Person, fremde Personen/-gruppen, Sachverhalte, unbelebte Objekte etc. [...] bezeichnet“ (Schmidt 2014, S. 41; vgl. Homel 2010, S. 9). Von diskriminierendem Verhalten wird dann gesprochen, wenn „gewöhnliche Äußerungen und Handlungen, (...) sich in herabsetzender oder benachteiligender Absicht gegen Angehörige bestimmter sozialer Gruppen richten“ (Hormel 2010, S. 7). Obwohl die Diskriminierung ähnlich der Stigmatisierung schwer in Kategorien einzugliedern ist, folgt im Anschluss ein Versuch der Einteilung.

Diskriminierung hat mehrere Facetten, es kann in direkter und indirekter, struktureller und institutioneller, sowie mehrdeutigen Zuschreibungen, Diskriminierung in Intersektionalität, sowie Selbstdiskriminierung unterschieden werden (vgl. humanrights.ch 2022; vgl. Rüschi et al. 2020, S. 43, 45f., 47f., 72f.; vgl. Homel, S. 61 ff.). Es sei erwähnt, dass für diese Arbeit die Formen von „individueller Diskriminierung“, „struktureller Diskriminierung“, und „Diskriminierung aufgrund von Selbststigmatisierung“ beschrieben werden, da weitere Ausführungen den Rahmen überschreiten (Angermeyer 2004, S. 246).

Individuelle Diskriminierung beschreibt eine direkt zielgerichtete Abwertung oder Benachteiligung von Personen oder Personengruppen, aufgrund von vorurteilsbehafteten Einstellungen und oder Abwertung durch offensichtliche, stereotype Merkmale von Diskriminierten (vgl. humanrights.ch 2022).

Von struktureller Diskriminierung ist die Rede, „wenn die Benachteiligung einzelner Gruppen in der Organisation der Gesellschaft begründet liegt“ (humanrights.ch 2022). Genannt sei hier die Regelung des Jobcenters und der Bundesagentur für Arbeit, bei Erhalt von Grundsicherung, wie z. B. Arbeitslosengeld II (ALG II) (vgl. Bundesagentur für

Arbeit 2022). Bei Antragstellung muss eine Eingliederungsvereinbarung unterzeichnet werden, in der die Rechte und Pflichten der hilfebedürftigen Person aufgeschlüsselt sind (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2022). Bei Erhalt von ALG II und ggf. dem nicht nachkommen der Pflichten, bedeute das eine Minderung der Auszahlungshöhe der zustehenden Leistungen (vgl. § 31a Abs. 1 S. 1 SGB II). Bei unter 25-Jährigen können die Leistungen, bei Pflichtverletzung, zusätzlich in Gänze sanktioniert werden (vgl. § 31a Abs. 2 S. 2 SGB II). Die Leistungen wiederum orientieren sich am Existenzminimum, was im Umkehrschluss bedeutet, dass die Person, die die Minderung erhält, gezwungen ist unter dem Existenzminimum zu leben bzw. junge Erwachsene gar kein Einkommen beziehen und somit frühzeitig von Armut bedroht sein können (vgl. BMAS 2022). Das Bundesverfassungsgericht hat diese Regelungen 2019 als verfassungswidrig eingestuft (vgl. Bundesverfassungsgericht, 2022).

Die dritte Form der Diskriminierung umfasst internalisierte Selbstbenachteiligung in individuellen als auch gesellschaftlichen Kontexten (vgl. Angermeyer 2004, S. 247). Betroffene haben durch sozialisierte Wertevermittlung das Bildnis von Gesundheit und Krankheit verinnerlicht, was darin resultiert, dass sie sich z. B. auf Stellenausschreibungen, trotz Qualifizierung, nicht bewerben, weil die Sorge vor dem Ausschluss im Bewerbungsprozess, soziale Ablehnung am Tätigkeitsort oder anderen Stigmatisierungsformen bei bekannt werden ihrer Erkrankung besteht (vgl. Angermeyer 2004, S. 247).

Es kann festgehalten werden, dass Diskriminierungen die praktische Ausführung von Stigmatisierungsvorgängen ist und jede Person, ob psychisch krank oder nicht, davon betroffen sein kann (vgl. Angermeyer 2004, S. 248).

1.5 Welche Erscheinungsformen können Stigmatisierungs- und Diskriminierungsprozessen annehmen?

Menschen, die durch ein Stigma gekennzeichnet sind wie z. B. einer Schizophrenie, werden aufgrund der gesellschaftlichen, persönlichen oder sozialen Einstellungen, Vorurteile und Stereotypen ausgeschlossen und als nicht „*vollwertige Mitglieder einer*

Gesellschaft anerkannt und akzeptiert“ (Aydin/Fritsch 2015, S. 252). Bereits im Kleinkindalter lernen Menschen andere Personen in abwertende Kategorien einzuordnen und sich dementsprechend zu verhalten (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 68). Diese Kategorien wie z. B. das Stigma psychischer Erkrankungen werden durch Sozialisation und gesellschaftliche Werte mit negativen Vorurteilen und Stereotypen besetzt, die später von Betroffenen, als auch von nicht Betroffenen internalisiert werden und zu einer Definition der Personen führen (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 68; vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 250). Was wiederum zu Selbststigmatisierung und konflikthaften Krankheitserleben, sowie den Umgang mit der Krankheit der Betroffenen und Angehörigen führen kann (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 250 f.).

Nicht nur bei der Wertevermittlung treten erste Stigmatisierungen in Erscheinung, sondern auch in ganz alltäglichen Situationen, wie z. B. dem Sprachgebrauch mit psychiatrischen Ausdrücken (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 252). So kommt es nicht selten vor, dass über Menschen mit einer psychischen Erkrankung in der Öffentlichkeit als „Schwachsinnig“, „Irre“ oder „Psychos“ gesprochen wird (Aydin/Fritsch 2015, S. 252). Aber auch Hilfeformen und -konzepte werden durch unreflektierte Termini wie z. B. „Seelenklempner“ oder „Klappmühle“ ersetzt (Aydin/Fritsch 2015, S. 252). Häufig dienen ähnliche Ausdrücke als Beschimpfung oder zur Demonstration von Ärger: „Der ist doch schizophren“, oder „Ich bin doch kein Schizo“ (Aydin/Fritsch 2015, S. 252). Auch professionelles Personal gelingt es nicht, trotz fachübergreifendem Wissen einen entstigmatisierenden Sprachstil zu pflegen (vgl. Helmchen 2012, S. 335 ff.). So wurden Patient:Innen noch bis in die 1960er Jahre hinein mit ihren Diagnosecodes personifiziert, gleichwertig nur mit der Krankheit selbst betitelt oder Krankheitsbezeichnungen mit „*Schwachsinn*“ offiziell anerkannt (Helmchen 2012, S. 336; vgl. auch Helmchen 2012, S. 336).

Die Erscheinungsformen sind vielfältig und begegnen uns tagtäglich, egal ob im engeren oder weiteren sozialen Umfeld (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 252). Wichtig ist zu verstehen, dass *„Sprache [...] Realität (formt), und unreflektierte Äußerungen in der Alltagssprache [...] zur Manifestation des Stigmas bei(tragen)“* (Aydin/Fritsch 2015, S. 252). Daher haben sowohl medizinisches Personal, Angehörige, Betroffene und nicht Betroffene als auch Bildung, Politik und besonders die Medien eine zentrale Aufgabe, auf Stigmatisierungen

aber mehr noch auf die Entstehung und Erscheinungsformen dieser aufmerksam zu machen und abzubauen.

Es kann festgehalten werden, je komplexer moderne Gesellschaftssysteme sind, desto mehr Ungleichheit besteht unter den Mitgliedern. Fakt ist, Stigmatisierungs- und Diskriminierungsprozesse führen signifikante Funktionen aus, die zum Teil einen Schutz als auch Entlastung der Umwelteinflüsse bewirken, aber großen Schaden für Betroffene anrichten können.

2. Der gesellschaftliche Blick zu psychischen Erkrankungen in der heutigen Gesellschaft und Einfluss der Medien

In diesem Abschnitt wird die Laienperspektive auf psychische Erkrankungen und Betroffene behandelt. Zunächst wird der Begriff des Laienbildes erläutert und anschließend erörtert, wie es zu dieser Perspektive kommen kann.

Anschließend wird der Einfluss der Medien auf die allgemeine Meinungsbildung zu psychischen Erkrankungen betrachtet.

2.1 Das Laienbild

In der Allgemeinbevölkerung werden Menschen mit einer oder mehreren psychischen Erkrankungen häufig als etwas Absonderliches oder Bizarres betrachtet (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 208). Durch voreingenommene Einstellungen, die durch „*riskante Berichterstattungen*“ (Heydendorff/Dreßing 2016, S. 134) vermittelt werden und stereotypisierte Eigenschaften beinhalten, werden Betroffene zu etwas Fremden gemacht und entpersonalisiert (vgl. von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 135 ff.; vgl. Rüscher et al. 2020, S. 208).

Studien der letzten 50 Jahre belegen, dass sich vorurteilsbehaftete Einstellungen zu psychischen Erkrankungen und die stereotype Sicht auf Betroffene eher verschlimmerte, als besserte (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 83). Der deutsche Psychiater und Psychotherapeut

Georg Schomerus, der seit vielen Jahren zur Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und deren Wahrnehmung in der Gesellschaft forscht, „*untersuchte die Entwicklung sozialer Distanz*“ (Rüsch et al. 2020, S. 83) gegenüber psychisch kranken Personen im Abstand von etwa 10 Jahren (vgl. ebd. et al. 2020, S. 83). Heraus kam, dass das Bedürfnis der Allgemeinbevölkerung nach Abstand deutlich anstieg (vgl. Rüsch et al. 2020, S. 83). Bestimmte mentale Krankheiten werden mehr oder weniger stigmatisch behandelt (vgl. ebd. et al. 2020, S. 83). Dabei wird danach beurteilt, was über die jeweilige Krankheit bekannt ist und wie anerkannt die Leiden der Betroffenen in der Gesellschaft sind (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S.249).

Die Gesellschaft unterscheidet bei der Toleranz von Erkrankungen stark zwischen Art und Ausprägungen des psychischen Leidens, d.h. dem Krankheitsbild und den erkenntlichen Anzeichen (vgl. Rüsch et al. 2020, S. 83).

Die Depression erfährt beispielsweise seit einigen Jahren eine breite gesellschaftliche Akzeptanz als Erkrankung (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 249). Wohingegen sich die Vorurteile gegen Schizophrenieerkrankte in den letzten Jahren deutlich verstärkt haben (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 249). Gründe dafür liegen in Aufklärungs- und Anti-Stigmaarbeit durch Kampagnen, als auch an der Erkrankungsrate, die in den letzten Jahren deutlich anstieg (vgl. Rüsch et al. 2020, S.166 ff.; vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 249 ff.). Dadurch ist die Depression greifbarer und realitätsnäher geworden, wohingegen die Schizophrenie durch fehlende Auseinandersetzung und Bekanntheit von der Gesellschaft eher aus vermeintlicher Angst vor ungewissem Verhalten abgelehnt wird (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 249).

Psychische Erkrankungen sind in der Gesellschaft immer noch ein Tabuthema und Betroffene haben mit Ausgrenzung und starker Benachteiligung in überlebenswichtigen Bereichen wie bspw. auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt sowie in der Gesundheitsversorgung zu kämpfen (vgl. Rüsch et al. 2020, S. 166 ff.; vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 250 f.).

2.1.2 Was prägt das Laienbild?

Wie bereits angedeutet, gelangen Informationen von psychischen Erkrankungen und davon Betroffene, hauptsächlich durch die Medien in die Allgemeinbevölkerung (vgl. Aydin/Fritsch, S. 249). Medien übermitteln Berichte oftmals einseitig und unzureichend, häufig werden nur die Krankheitssymptome und Gefahren beschrieben, die von der Person ausgehen (vgl. ebd. S. 249). Betroffene bekommen daher den "Stempel" der "böartigen Wahnsinnigen" aufgedrückt, die mutwillig auf Verwüstung und Zerstörung aus sind, alles vernichten, was ihnen in den Weg kommt und ohne Rücksicht auf Verluste angriffslustig und gewaltbereit sind (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 82). In Film und Fernsehen haben Täter:Innen häufig psychische Erkrankungen, was schließlich als Ursache für Delinquenz und ggf. zu anschließendem Suizid führen kann (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 208). Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass Kriminalität, Suizidalität und mentales Leiden kognitiv in der Allgemeinbevölkerung miteinander verknüpft sind (vgl. von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 137). Häufig wird die Vandalismusperspektive abgelöst von Mitleid und Fürsorge, ein Autonomiegedanke und Partizipation wird Betroffenen abgesprochen und überhaupt nicht als möglich erachtet (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 82 f.). Print oder Onlinemedien beschreiben häufig Momentaufnahmen von Akutsituationen, die ein lückenhaftes Bildnis vermitteln und somit Vorurteile, Stereotype und Stigmatisierungen bestätigen, die zur „*Enthumanisierung*“ und folglich zur Diskriminierung führen (Rüscher et al. 2020, S. 82; vgl. von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 138 f.). Dabei wird oftmals auch vermittelt, dass die Entstehung von Krankheiten durch ein eindimensionales, biologisches Krankheitsmodell geprägt ist, was psychische Krankheiten als degenerative Dispositionen in Erbanlagen vermittelt und wichtige Komponenten, wie Umwelt, sozioökonomischer Status oder traumatische Erfahrungen vernachlässigt (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 86).

Ein weiterer Aspekt der Einstellungsbildung über psychische Krankheiten und deren Betroffene ist die mediale historische Darstellung als auch die Vergangenheit der Institution Psychiatrie an sich (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 18 ff.). Epochale Filme zeigen Menschen mit psychischen Erkrankungen als degenerierte und hospitalisierte Wesen, die keinen eigenen Willen besitzen (vgl. ebd. et al. 2020, S. 207 ff.). Die Institution

Psychiatrie ist in Filmen ein grausamer, trister Ort, der brutale Behandlungsmethoden anwenden muss, um die Sicherheit für Leib und Leben des Personals als auch der Allgemeinbevölkerung zu gewährleisten (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 21 ff.; S. 206 ff.). Filme wie: „*Einer flog über das Kuckucksnest (1975)*“ oder „*Das Schweigen der Lämmer (1991)*“ (Rüscher et al. 2020, S. 209) erzeugen durch die Darbietung der Protagonist:Innen eine groteske Brutalität, sodass Furcht, Angst und Schrecken eine logische Konsequenz bedeutet (vgl. ebd. et al. 2020, S. 209).

Die NS-Zeit stellt in der Psychiatriegeschichte das dunkelste Kapitel dar (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 20). So wurden psychische Erkrankungen als unwürdig und unmenschliches Leben betrachtet, Betroffene wurden „*zwangssterilisiert*“ (Rüscher et al. 2020, S. 20) zu Laborversuchen missbraucht, in Arbeitslager gebracht oder es wurde die direkte Tötung angeordnet (vgl. ebd. 2020, S. 20 ff.). Nach dem zweiten Weltkrieg entwickelte sich aufgrund der Kriegsoffer, überfüllter Psychiatrien und miserabler klinischer Zustände eine „*Antipsychiatriebewegung*“, die diese Phänomene stark kritisierte und auf Missstände aufmerksam machte (Rüscher et al. 2020, S. 22; vgl. auch ebd. 2020, S. 22).

Es kann geschlussfolgert werden, dass entweder psychiatrische Themen und Erkrankungen kollektiv missbraucht, tabuisiert und kriminalisiert oder die Institution Psychiatrie und deren Personal zu Recht verurteilt und verachtet wurden. Deshalb ist es auch nicht überraschend, dass es sowohl aufgrund von medialen als auch historischen Auslösern, es gesellschaftlich kaum möglich war, eine sachliche Haltung zu psychiatrischen Krankheiten als auch zur Institution Psychiatrie zu entwickeln und bzw. oder weiter zu vermitteln. Die Leidtragenden dabei sind nach wie vor psychisch kranke Personen und deren Angehörige.

2.2 Ein Medienexkurs

Medien sind von großer Bedeutung und besitzen eine zentrale Aufgabe in Gesellschaften (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 213 f.). Medien, egal in welcher Form, ob Printmedien, Onlinemedien, Soziale Medien, Radio, Streamingdienste oder lineares Fernsehen sind allgegenwärtig und kaum noch wegzudenken. Sie werden auch „*in demokratischen*

Systemen [...] als vierte Gewalt“ neben der Legislative, Exekutive und Judikativen, bezeichnet (Rüsch et al. 2020, S. 213; vgl. ebd. et al. 2020, S. 213). Sie sind für Berichterstattungen, Meinungsbildung und zur allgemeinen Aufklärung über gesellschaftliche Phänomene verantwortlich (vgl. ebd. et al. 2020, S. 213). Dabei sollen sie die Berichterstattung nach ethischen Richtlinien möglichst neutral und informativ, sowie seriös und gewissenhaft gestalten und einen angemessenen Haltungscharakter entwickeln (vgl. von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 138; vgl. Rüsch et al. 2020, S. 219). Sensible Themen sollen demnach detailarm aber fundiert behandelt und dramaturgische Stilmittel vermieden werden, um kein Bedrohungsgefühl oder Angst bei Lesenden auszulösen (vgl. von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 138; vgl. Rüsch et al. 2020, S. 219). In Anbetracht dieses „*Pressekodex*“ (von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 138) ist es sehr überraschend, in welchem Rahmen und mit welchen Methoden Medien teilweise über offensichtlich gesellschaftlich schwierige Themen Bericht erstatten (vgl. von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 138 – 139).

In diesem Abschnitt wird die Rolle der Medien in Bezug auf Stigmatisierungen durch Zeitungen, Bücher, Film und Fernsehen betrachtet. Um die Dimensionen von journalistischer Berichterstattung darzustellen, soll eine Studie zur Veranschaulichung genutzt werden, die die mediale Stigmatisierung psychisch kranker Personen nach der Germanwings-Katastrophe im Jahre 2015 untersuchte (vgl. von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 134).

Die folgenden Überschriften sollen den medialen Umgang und die Darstellung von psychischen Erkrankungen und Personen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, veranschaulichen, die nach einem Flugzeugabsturz 2015 vielfältig genutzt wurden. Die dabei verwendeten Quellen beziehen sich auf die reichweitenstärksten Printmedien der deutschsprachigen Bevölkerung, wie z. B. „*Frankfurter Allgemeine Zeitung*“, „*Frankfurter Rundschau*“, „*Süddeutsche Zeitung*“, „*Die Welt*“, „*Handelsblatt*“, „*Der Tagesspiegel*“, „*BILD-Zeitung*“, „*die tageszeitung*“, „*Der Spiegel*“, „*Focus*“ und „*Stern*“, als auch aus fachliteraturbezogenen Beispielen (von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 135; vgl. auch von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 135).

Die Mediziner von Heydendorff und Dreßing untersuchten nach dem 2015 vorgefallenen „Germanwings“-Flugzeugabsturz, ob in diesem Fall eine Stigmatisierung psychisch kranker Personen durch die mediale Berichterstattung vorlag (von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 135 vgl. auch ebd. 2016, S. 135). Was von vornherein feststand war, dass die Ursache des Unglücks größtenteils auf die psychische Erkrankung des Kopiloten bezogen wurde und die Medien ein umstrittenes Bild von Betroffenen psychischer Krankheiten zeichneten (vgl. von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 134). Die Studie wurde inhaltlich in verschiedene Kategorien geteilt, um stigmatische Äußerungen und tatsächliche Herabsetzung messbar zu machen (vgl. von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 135f.). Einige dieser inhaltlich verwendeten Messkomponenten sind: „Wertungen“, „Metaphorik/Dramatisierungen“, „Kriminalität“, „Berufliche Einschränkungen“, „Symptome“ und „Informationen“ über die Erkrankung, sowie „Suizid“ (ebd. 2016, S. 135), die in Art und Weise der Berichterstattungen den Gesamteindruck ausmachen (vgl. ebd. 2016, S. 135 - 136). In den Tatsachenbeschreibungen durch die vorher angeführten Zeitungsartikel wurden in der Rubrik „Metaphorik/Dramatisierungen“ und „Wertungen“ u. a. Wortlaute wie: „Irre“, „Verrückte“, „Geisteskranke“ oder „Wahnsinnige“ genutzt, aber auch Krankheitsbezeichnungen für Depressionen durch „Die im Dunkeln“ oder „Vielgestaltiges Monster“, sowie „dunkle Macht“ bezeichnet (von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 135; S. 138; vgl. auch ebd. 2016, S. 135). Andere Printmedien verwendeten unsachliche und polemische Formulierungen aus den Kategorien Wertungen und berufliche Einschränkungen, wie „verrückte Piloten“, „schwer gestört“ oder formulierten manipulative Fragestellungen wie „Berufsverbot für Depressive?“ (von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 135; vgl. auch ebd. 2016, S. 135). Des Weiteren wurden absichtlich Informationen über Krankheiten und Behandlungsmethoden verbreitet, die schlichtweg falsch waren und verkehrte Schlussfolgerungen sowie Verallgemeinerungen zulassen (vgl. von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 138). So wurde beispielsweise gemutmaßt, dass bestimmte Medikamente, die im psychiatrischen Bereich eingesetzt werden, die Absicht des Copiloten bestärkt hätten, das Flugzeug zum Absturz zu bringen (vgl. von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 138). Diese Schlussfolgerung kurbelte schließlich in der Allgemeinbevölkerung die Annahme an, dass psychische Krankheiten mit kriminellen Absichten gleichzusetzen wären und eine Gefahr für die Menschheit darstellen würden (vgl. ebd. 2016, S. 138).

Das Ergebnis der Studie über die mediale Berichterstattung nach dem Flugzeugabsturz war, dass in den meisten Komponenten eine „explizite Stigmatisierung“ (von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 137) stattgefunden hat, besonders aber „eine kausale Verknüpfung zwischen psychiatrischer Erkrankung und krimineller Tat vorgenommen, ohne dass auf die umfangreiche wissenschaftliche Datenlage zu den Zusammenhängen zwischen psychischer Erkrankung und Kriminalität Bezug genommen wurde“ (ebd. 2016, S. 137).

Medien bedienen sich gern psychiatrischer Begrifflichkeiten, um Sachverhalte sinnbildlich darzulegen, und vor allem dadurch zu bewerten (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 210). So kommt es nicht selten vor, dass über artfremde Bereiche wie „Politik“ oder „Sport“ mit Bezeichnungen wie „schizophren“ berichtet wird (Rüscher et al. 2020, S. 210; vgl. auch ebd. et al. 2020, S. 210). Wie bereits erwähnt, tritt laienhafter Begriffsgebrauch in vielen Lebensbereichen auf und wird von der Allgemeinbevölkerung hauptsächlich als Abwertung oder Beleidigung bzw. als unreflektierte Aussagen genutzt (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 252)

Medien besitzen die Macht, durch Darstellungen psychischer Erkrankungen und deren Betroffenen vorgefertigte Einstellungen bedienen oder entkräften zu können (vgl. von Heydendorff/Dreßing 2016, S. 138; vgl. Rüscher et al. 2020, S. 213 f.). Zeitgleich bewegen sie sich in einem Spannungsfeld zwischen Erwartungen von fundierter, zügiger Informationsvermittlung und seriöser Diplomatie, also auch effizienter Unterhaltung und profitabler Wirtschaftlichkeit (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 216 f.; vgl. von Heydendorff/Dreßing 2016, S.139).

Fakt ist: ereignisreiche Schicksale sind spannend und bekommen unmittelbare Aufmerksamkeit, ausschlaggebend dabei ist, wie die Darstellung dessen erfolgt (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 213f.). Stigmatisierung, Diskriminierung und Diffamierung in medialen Berichterstattungen haben negative Auswirkungen auf Betroffene und Angehörige (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 213f.). Menschen bilden sich durch Medien ihre Meinung und Einstellung zu bestimmten Themen (vgl. von Heydendorff/Dreßing 2016,

S.134). Deshalb ist es von großer Bedeutung, reflektiert und umfangreich über Krankheitsbilder, Symptome, Verläufe, Therapien, medizinische, als auch sozioökonomische Hintergründe zu Betroffenen deren Angehörige und das soziale Umfeld zu recherchieren und zu reflektieren (vgl. von Heydendorff/Dreßing 2016, S.139). Studien zeigten, dass eine Schulung Journalismusstudierender zum Thema, entstigmatisierender Berichterstattungen psychischer Erkrankungen, eine positive Auswirkung auf Tatsachenbeschreibungen hatte (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 210).

2.2.1 Positive Berichterstattungen

Negative Berichterstattungen über psychische Erkrankungen kamen in den letzten Abschnitten nun häufig zum Vorschein. Es gibt aber auch Ausnahmen, die ich im Folgenden kurz erläutern möchte.

„*Good Will Hunting (1997)*“, „*A beautiful Mind (2001)*“ (Rüscher et al. 2020, S. 209) und „*Honig im Kopf*“ (2014) sind Spielfilme, die psychische Erkrankungen in ein positives Licht rücken und eine gegensätzliche Perspektive aufzeigen (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 209). „*Good Will Hunting (1997)*“ (Rüscher et al. 2020, S. 209) stellt den Blick aus Sicht eines praktizierenden Psychiaters dar, der durch Empathie, Verständnis und dem Medium Kunst eine Bewusstseins- und Verhaltensänderung, sowie eine Resozialisierung erreicht (vgl. ebd. 2020, S. 209). In dem Film „*A beautiful Mind (2001)*“ (Rüscher et al. 2020, S. 209) liegt der Fokus auf dem an Schizophrenie Erkrankten selbst (vgl. ebd. 2020, S. 209). Das Publikum erfährt eine menschliche Darstellung der Erkrankung mit allen Facetten, besonders aber der des Wahns und dem nicht unterscheiden können zwischen Realität und Fiktion (vgl. ebd. 2020, S. 209). Die deutsche Produktion „*Honig im Kopf (2014)*“ zeigt die Alzheimer-Erkrankung eines alten Mannes vom Ausbruch bis ins Endstadium, und wie die Familie, besonders die Enkeltochter, damit umgeht. Alzheimer bzw. das Demenzsyndrom ist eine Gehirnerkrankung, bei der die Hirnmasse abbaut und somit motorische, vegetative und vor Allem sozio-emotionale Veränderungen auftreten, die für

Betroffene, einen langsamen körperlichen, geistigen und psychischen Verfall bedeuten (vgl. ICD-10-GM-2022).

Ob Krankheitssymptome, medizinische Hilfen oder die Angehörigen, der Fokus liegt bei allen Filmen auf verschiedenen Schwerpunkten. Betroffene und psychische Erkrankungen werden in ihrer menschlichen Natur dargestellt und der soziale Sicherheitsabstand der Allgemeinbevölkerung verringert, da mentales Leiden jede Person betreffen kann (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 209).

Trotzdem werden psychische Erkrankungen auch in positiven Berichterstattungen beschönigt und Realitäten verzerrt (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 209). Meist haben die Protagonisten:Innen der genannten Filme eine Besonderheit, die in der Bewältigung hilfreich ist, wie z. B. sehr schlau und kreativ zu sein, oder ein funktionierendes familiäres und soziales Umfeld, welches für die Versorgung aufkommt (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 209). Dadurch wird ein karikiertes Bild gezeichnet, dass nur Personen mit vorzüglichen Eigenschaften auch psychisch krank sein dürfen (vgl. ebd. 2020, S. 209). Doch die Realität sieht etwas anders aus, denn Personen mit psychischen Erkrankungen (aber auch ohne) besitzen nicht immer die notwendigen Ressourcen, die einen gesunden Umgang gewährleisten (vgl. ebd. 2020, S. 209). Im folgenden Abschnitt soll der wirklichkeitsgetreue Umgang mit psychischen Erkrankungen aufgezeigt werden.

2.3 Der öffentliche Umgang mit psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind in der Gesellschaft immer noch ein stark tabuisiertes Thema (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 248 ff.). Die Diskrepanz auf Seiten der „Nichtstigmatisierten“ als auch auf der, der „Stigmatisierten“ ist groß und die Fronten verhärtet (Rüscher et al. 2020, S. 79; vgl. auch Rüscher et al. 2020, S. 79 ff.). Stereotype Vorstellungen und Unsicherheiten beherrschen die Sicht auf Betroffene, egal ob diese einvernehmlich befürwortet oder abgelehnt werden (vgl. ebd. et al. 2020, S. 79f.). Durch die gesellschaftliche Ablehnung, das entstandene Selbststigma und das Verbergen der Erkrankung von Betroffenen gibt es kaum Berührungspunkte mit der Gesellschaft (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 248; vgl. Rüscher et al. 2020, S. 79). Wenn doch, sind es eskalierende

oder Extremsituationen, welche in den Medien durch „*riskante Berichterstattungen*“ (von Heydendorff/Dreßing 2016, S.134) an die Öffentlichkeit gelangen und wonach das Verhalten von Betroffenen bewertet wird (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 79 f.).

Kommt jedoch eine Schnittstelle zustande, bestehen Bedenken auf beiden Seiten. Nichtstigmatisierte haben Angst davor, etwas Falsches, etwas Stigmatisierendes und Diskriminierendes zu äußern, während Stigmatisierte versuchen, bestehende Vorurteile und Stereotype in ihrem Auftreten zu vermeiden (vgl. ebd. et al. 2020, S. 79f.). Die Verständigungen und Beziehungen zueinander sind verkrampft, reserviert und förmlich, ein Austausch mit gegenseitiger Sympathie und Verständnis ist kaum möglich (ebd. et al. 2020, S. 79f.).

In der folgenden Studie von dem deutschen Mediziner und Psychiatriepionier Matthias Claus Angermeyer, wurde die deutsche Allgemeinbevölkerung zu ihrem Verhältnis und Annäherung an Schizophrenie und einer schweren Depression Erkrankten befragt (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 248).

Tab. 1 Ausgewählte Items zur Erfassung der emotionalen Reaktionen gegenüber psychischen Störungen in der deutschen Bevölkerung im Jahr 2011 (N= 2951). (Mod. nach [2])

	Schizophrenie (%)	Major-Depression (%)
Ich habe das Bedürfnis, ihm/ihr zu helfen	60	68
Er/sie tut mir leid	68	67
Ich verspüre Sympathie für ihn/sie	24	32
Ich fühle mich unbehaglich	49	30
Er/sie lässt mich unsicher fühlen	30	21
Er/sie macht mir Angst	37	20

Tab. 2 Erfassung des Bedürfnisses nach sozialer Distanz in der deutschen Bevölkerung im Jahr 2011 (N= 2951). (Mod. nach [2])

Ich würde in Bezug auf diese Person ablehnen, ...	Schizophrenie (%)	Depression (%)
sie als Nachbarn zu haben	60	68
mit ihr zusammen zu arbeiten	68	67
sie einem Freund vorzustellen	24	32
sie für einen Job vorzuschlagen	49	30
ihr ein Zimmer zu vermieten	30	21
in ihre Familie einzuheiraten	37	20
auf diese aufzupassen (im Fall eines Kindes)	37	20

Abb. 1 nach Aydin/Fritsch 2015, S. 248

Die Studie zeigt, dass bei Deutschen zwar ein Mitgefühl besteht, aber dass das Bedürfnis nach einem Sicherheitsabstand zu beiden Erkrankungen stärker ausgeprägt ist (vgl. ebd. 2015, S. 249).

Es kann festgehalten werden, dass psychisch kranke Personen einer harten, öffentlichen Stigmatisierung und Diskriminierung ausgesetzt sind, was unweigerlich zu selbststigmatisierendem Verhalten führt (vgl. ebd. 2015, S. 250). Stigmatisierung kann deshalb auch als „zweite Krankheit“ für Betroffene betrachtet werden, die gesellschaftlich konstruiert ist (Aydin/Fritsch 2015, S. 248; vgl. auch ebd. 2015, S. 250). Wenn diese wahrnehmbaren Diskrepanzen und Verhaltensweisen weiterhin bestehen bleiben, wächst der ohnehin bestehende Druck auf betroffene Personen weiter an, der Leidensdruck verschlimmert sich und die Lebensbewältigung wird immer schwieriger (vgl. ebd. 2015, S. 250).

2.4 Wo entstehen Stigmata?

Psychische Krankheiten sind nicht nur das Resultat von genetischer Disposition, zerrütteten Familien oder fehlender Mutterliebe, sondern auch Ausdruck von sozialem Status oder gesellschaftlichen Haltungen (vgl. ebd. et al. 2020, S. 86).

Wie bereits erläutert, gibt es drei wesentliche Ursachen und Funktionen, die zur Ausbildung und Entwicklung von Stigmatisierungen führen und beitragen: die Vermeidung des Identitätsverlustes bzw. Identitätskonfliktes, die Fremdenangst und die Systemrechtfertigung bzw. -stabilisierung (vgl. Rüscher et al. 58 ff.; vgl. Schmidt 2014, S. 47 ff.).

Funktionen und Ursachen geben aber noch keine ausreichende Begründung dafür, dass Stigmatisierung und Diskriminierung in modernen Gesellschaften existieren und jederzeit auftreten können (vgl. Schmidt 2014, S. 37 f.). Die Entstehungsherde sind vielfältig und kontextabhängig divers (vgl. ebd. 2014, S. 37 f.). Da der Fokus dieser Arbeit auf Stigmas gegenüber und Stigmatisierungen von psychisch kranken Personen abzielt, soll im Folgenden die „soziologische Bedeutung von Devianz“, (Schmidt 2014, S. 37) der

Entstehung von Stigma betrachtet werden (vgl. ebd. 2014, S. 37 f.). Im Anschluss möchte ich die medialen Berichterstattungen als Voraussetzung kurz aufgreifen.

Moderne Gesellschaften leben in einem sozialen Konstrukt, aus bestimmten sozialisierten Werten und Erwartungen, sowie kollektiv festgelegten Gesetzen und Normen, die die Rolle jedes Individuums bestimmen (vgl. Bildung 2022). Gleichzeitig sorgen diese Normen für Kalkulierbarkeit und Sicherheit der Teilhabenden einer Gesellschaft (vgl. Bildung 2022). Bei Missachtung bis hin zu Gesetzesbruch, werden diese durch z.B. Strafen wie Bußgeld oder Strafvollzug sanktioniert (vgl. Bildung 2022). Divergenzen sind in dem Sinne, ein nicht befolgen der sozialen Verhaltensregeln bzw. Abweichen von sozialen Rollen und werden mit kollektiver Zurückweisung oder Ablehnung in Form von Vorurteilen, Stereotypisierung und Diskriminierung bestraft (vgl. Bildung 2022; vgl. Schmidt 2014, S. 38 f.).

Psychisch kranke Personen sind deshalb von deviantem Verhalten besonders betroffen und werden als Resultat gesellschaftlich sanktioniert, da die krankheitsspezifischen Symptome häufig zu einer Diskrepanz im Verhalten und konditionierten Rollenbildern führen können (vgl. Schmidt 2014, S. 38).

Auch für die Betroffenen selbst bedeutet dieser Kontrast Unsicherheiten im eigenen Auftreten und resultiert nicht selten in sozialem Rückzug (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 250 f.). Im schlimmsten Fall führt es zu Verheimlichung und Unterdrückung der Erkrankung bis hin zur Selbststigmatisierung (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 250 f.).

Mediale Berichterstattungen tragen einen wesentlichen Teil zu negativen Stigmatproduktionen bei (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 252). Zwar tauchen in den Medien immer wieder positive Reportagen auf, wenn es jedoch um Spannung und Feindbilder geht, überwiegt die Zahl der Täter: Innen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 206 ff.). Mentale Krankheiten werden verzerrt dargestellt (ebd. et al. 2020, S. 206 ff.). Häufig werden lediglich diagnostetypische Krankheitssymptome angerissen, die zudem eine einseitige Sicht auf Krankheitsmodelle und Krankheitsverständnis haben (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 86).

Fakt ist, Stigmas entstehen überall dort, wo nicht genügend Wissen vorhanden ist oder nur einseitiges Wissen vermittelt wurde (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 34). Jedoch geht es nicht nur um Wissen oder Unwissenheit bzw. Informationsabgabe über Krankheiten und Symptome, sondern darum, den gesellschaftlichen Blickwinkel nachhaltig zu verändern, dahingehend dass eine Person mit einer psychischen Erkrankung nicht nur krank ist, sondern diese Person in der Summe ihrer Anteile, ein vollwertiges Individuum und Mitglied der Gesellschaft ist (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 34).

2.5 Folgen von Stigma, Stigmatisierungen und Diskriminierungen

In dieser Arbeit wurden die Folgen von Stigmatisierung und Diskriminierung bereits angedeutet. Dieser Abschnitt soll nun die Folgen für die Betroffenen genauer beleuchten, dabei wird der Fokus sowohl auf die Folgen von Selbststigmatisierung und Diskriminierung als auch auf gesellschaftliche Teilhabebereiche gelegt.

Stigmatisierung und Diskriminierung sind Phänomene, die im kollektiven Bewusstsein zwar vorhanden sind, aber die Folgen wenig Berücksichtigung erfahren (vgl. Rüscher et al. 2020, S: 70). Wie in Punkt 2.3 bereits erwähnt, werden Stereotype durch Nichtbetroffene zwar abgelehnt, die aversiven Verhaltenseinstellungen der Allgemeinbevölkerung gegenüber Betroffenen bleiben aber bestehen und verunsichern auf beiden Seiten – besonders aber die psychisch Erkrankten (vgl. ebd. 2020, S. 71f.).

Die allgemeine Wertevermittlung, die in Sozialisationsprozessen stattfindet, wird in allen Milieus, also auch an Stigmatisierte vermittelt (vgl. ebd. 2020, S. 21f.). Benachteiligte Personengruppen wissen deshalb genau Bescheid, dass sie Teil gewisser Randgruppen sind (vgl. ebd. 2020, S. 21f.). Mit diesem Wissen und zusätzlichen Stigmatisierungserfahrungen ist es sehr schwer, vor allem für junge Betroffene, ein gesundes Selbstbild und Selbstbewusstsein zu entwickeln (vgl. ebd. 2020, S. 71f.). Die internalisierten Verhaltensweisen führen somit zur Selbststigmatisierung, wodurch sich Betroffene oft in Identitätskrisen wiederfinden, da sie nicht wissen, wie sie sich verhalten sollen (vgl. Schmidt 2014, S. 59). Auf der einen Seite möchte das stereotype Bild nicht

bedient werden, weshalb Betroffene versuchen, sich gesellschaftskonform zu verhalten. Andererseits besteht die psychische Erkrankung, die ein schweres Leiden durch krankheitsspezifische Symptome verursacht. Dies ist ein dyadischer Ballast, der deshalb auch als eine „zweite Krankheit“ angesehen werden kann (Aydin/Fritsch 2015, S. 251f; vgl. auch Aydin/Fritsch 2015, S. 251f.).

Es besteht ein stetiges inneres Spannungsfeld, was zu enormen emotionalen Druck führen und sich auf die Entwicklung des Selbstwertgefühls sowie die eigene Glaubwürdigkeit negativ auswirken kann, und oftmals von Scham und Schuldgefühlen geprägt ist (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 250f.). Ein unerbittlicher Stressfaktor, der im Laufe des Lebens zu zusätzlichen physischen und weiteren psychischen Erkrankungen führen kann (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 74). Psychisch kranke Personen, die häufiger und langanhaltender Stigmatisierung sowie Diskriminierung ausgesetzt sind, haben deshalb ein höheres Risiko Herz- und Suchterkrankungen zu entwickeln und wesentlich früher zu Sterben als Nichtstigmatisierte (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 74; S.181)

Stigmabelastungen und selbststigmatisierendes Verhalten können zudem einen großen Einfluss auf die Selbstgefährdung haben und die Suizidalität von Betroffenen maßgeblich beeinflussen (vgl. Oexle 2017, S. 780). Die erfahrenen Mehrfachbelastungen erschweren sowohl den individuellen als auch öffentlichen Krankheitsumgang, die Krankheitsbewältigung und die „soziale Teilhabe“ (Aydin/Fritsch 2015, S. 251f; vgl. auch Aydin/Fritsch 2015, S. 245).

Die Folgen von Selbststigmatisierung für Betroffene ein ständiges Gefühl der „Hoffnungslosigkeit und fehlender sozialer Verbundenheit“ (Oexle 2017, S. 780), „emotionale Vereinsamung, weniger Partnerbeziehungen, Arbeitslosigkeit und damit finanzielle Not“ mit sich (Aydin/Fritsch 2015, S. 250 - 251). „Betroffene vermeiden den privaten und den beruflichen Kontakt mit Menschen, die „nicht eingeweiht“ sind, um sich vor Abwertungen jeglicher Art zu schützen [...]. Diese Vermeidungs- und Rückzugstendenzen wirken sich wiederum negativ auf die Lebensqualität der betroffenen Personen aus, sodass die psychische Belastung der Erkrankung erhalten bleibt und nicht gemindert wird“ (Aydin/Fritsch 2015, S. 250 – 251).

Nicht nur auf emotionaler Ebene wirken sich Stigmatisierungen verheerend aus, sondern erreichen von dort gravierenden Effekten (vgl. Aydin/Fritsch 2015, S. 250 ff.). Aufgrund der Stigmaerfahrungen, mangelnden Selbstvertrauens und fehlendem Vertrauen in die Umwelt, werden therapeutische Angebote und gesundheitsversorgende Hilfeleistungen oftmals vermieden (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 178; S. 182). Diese Bedrohungen sind real, denn wie mehrfach erwähnt, kann reflektiertes und professionelles Auftreten auch nicht in medizinisch-therapeutischen Versorgungskontexten vorausgesetzt werden (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 178).

Durch die Ablehnung von Hilfsangeboten besteht nicht nur das Risiko, die psychische Erkrankung zu verschlimmern, sondern führt häufig auch dazu, dass Betroffene langfristig von Arbeits- und schließlich von Wohnungslosigkeit bedroht sind (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 167; S. 176). Es kann bei Erwerbsfähigkeit zu langen Ausfallzeiten und folgender „sozialer Ausgrenzung“ (Rüscher et al. 2020, S. 166) durch z. B. Arbeitskolleg:Innen und anschließender Arbeitslosigkeit kommen, was nachweislich den Gesundheitszustand zusätzlich verschlechtert (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 167; vgl. Paul o. D.).

Die Frage nach den individuellen Ursachen von psychischer Erkrankung ist sehr komplex und lässt sich selten auf eine Ursache zurückführen. Fakt ist, ein prekäres Umfeld verschlimmert den Gesundheitszustand, besonders aber ein unsicheres und schwieriges Wohnverhältnis, was auch eine Konsequenz von schweren psychischen Krankheiten sein kann (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 176 ff.). Die Lücken in Hilfesystemen, wie z. B. die fehlende Unterbringung nach Strafvollzug oder Klinikaufenthalten, verstärken diese Verhältnisse (vgl. ebd. et al. 176 ff.). Wohnungslose Menschen haben zum großen Teil eine schwierige Vergangenheit und sind psychiatrisch auffällig oder bereits psychisch krank (vgl. ebd. et al. 176 ff.). Außerdem ist das Risiko einer zusätzlichen Substanzabhängigkeit sehr hoch (vgl. ebd. 2020, S. 176 ff.). Diese Tatsachen führen zur Beschaffungskriminalität und Strafvollzug und schließlich zum gesellschaftlichen Ausschluss und harter Stigmatisierung und Diskriminierung (vgl. ebd. et al. 2020, S. 176 ff.). Für Betroffene ist das eine ausweglose Drehtür-Situation in Gesundheitssystem und Sicherheitsversorgung (vgl. ebd. et al. 2020, S. 176 ff.).

2.6 Aktuelle Veränderungen

Es wurden bereits viele Aspekte und die Bedeutung der Stigmatisierung und Diskriminierung von und für psychisch Erkrankte in der heutigen Gesellschaft betrachtet.

Wie die Arbeit bisher zeigt, ist die Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Personen ein ernstzunehmendes Thema. Der gesellschaftliche Umgang, als auch der der Medien ist diffamierend und existenzgefährdend für die Betroffenen. Die soziale Ungleichheit nimmt durch diskreditierende Handlungen auf beiden Seiten der Stigmatisierung auffallend zu.

Ein Versuch der Verbesserung von benachteiligten Personengruppen durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG), der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX, dem allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) oder dem „*betrieblichen [Wieder] Eingliederungsmanagement*“ (BEM) (Rüsch et al. 2020, S. 170) erfolgt zunächst auf der sozialpolitischen Ebene (vgl. Rüsch et al. 2020, S. 170). Eine gesellschaftliche Annäherung durch bildungspolitische Kampagnen, Anti-Stigmakampagnen, Schulungsangebote für Mitarbeitende und Führungskräfte tritt immer öfter in Erscheinung, jedoch noch mit zu geringer Reichweite und Nachhaltigkeit, wie die bisherigen Schilderungen verdeutlichen.

All diese genannten Konfliktherde und Ansätze sind unter anderem Teilgebiete der Sozialen Arbeit, somit fungiert sie als Vermittlung zwischen Bürger:Innen und dem Staat (vgl. Kraus 2016, S. 18 ff.). Gesellschaftsprozesse sind dynamisch und lebhaft, um stets auf dem neuesten Stand zu bleiben, benötigt es fundierte Forschung und Aufklärung (vgl. Kraus 2016, S. 21 - 22). Daher besitzt die Soziale Arbeit einen dritten akademischen Aspekt (vgl. Kraus 2016, S. 21f.). Diese Grundlagen sind wichtig, um gesellschaftliche Tendenzen zu beobachten, wahrzunehmen und angemessen auf die Umstände reagieren zu können (vgl. Kraus 2016, S. 21f.).

3. Die Rolle der medizinisch-biologischen und sozialarbeiterischen Sicht in entstigmatisierenden Prozessen

In diesem Teil meiner Arbeit möchte ich das geläufige medizinisch-biologische Krankheitsmodell in der Gesellschaft betrachten und erörtern, welche Bedeutung das für die Betroffenen hat.

Anschließend sollen andere wissenschaftliche Modelle zum Krankheits- und Gesundheitsverständnis, wie die des psychosozialen Standpunktes oder aus der Sozialpsychiatrie angesehen werden, die besonders im sozialarbeiterischen Kontext Anwendung erfahren und für die praktische Sozialarbeit sowie für entstigmatisierende Prozesse als Grundlage genutzt werden

3.1 Darstellung der medizinisch-biologischen Sicht auf psychische Erkrankungen

Das biomedizinische Krankheitsmodell prägt seit etwa 200 Jahren das westliche Verständnis von Gesundheit und Krankheit (vgl. Franke 2012, S. 133). Entstanden in einer Zeit, in der Infektionskrankheiten vorherrschend und weit verbreitet waren, versuchte man, die Ursachen dieser zu erklären (vgl. Franke 2012, S. 133 ff.). Daraus entwickelte sich die rationale Vorstellung, dass Krankheit der Wegfall des Normalzustandes ist, dem explizite Ursachen zugrunde liegen (vgl. Franke 2012, S. 133 ff.). Der Normalzustand entspricht in dieser Annahme aber nicht der Gesundheit, der Gesundheitsaspekt kommt in der Betrachtung von Krankheit nicht vor und wird ungeachtet gelassen (vgl. Franke 2012, S. 133 ff.). Der Normalzustand wird als gegeben angesehen, besitzt aber keine genaue Definition (vgl. Franke 2012, S. 133 ff.). Es wird davon ausgegangen, dass es ein Status ist, in dem die Krankheitserreger nicht vorhanden sind und erst mit der Erkrankung den Normalzustand beenden (vgl. Franke 2012, S. 133 ff.).

Der Mensch wird als funktionierender Organismus betrachtet, der entweder erkrankt oder nicht erkrankt sein kann (vgl. Franke 2012, S. 133 ff.). Das individuelle Wesen des Menschen und sein Umfeld wird nicht betrachtet (vgl. Franke 2012, S. 133 ff.). Der Fokus

liegt auf den körperlichen Reaktionen, die Ursache von Veränderungen in der hirnorganischen Struktur, Funktionseinschränkungen im Bewegungsapparat oder Abweichungen der Erbanlagen sein können (vgl. Franke 2012, S. 134 ff.). Ausgehend von den Ursachen und der Beschaffenheit des Körpers, ist es lediglich Aufgabe der wissenschaftlichen Medizin darüber fachspezifische Kenntnisse zu erlangen, somit liegt die Verantwortung zur Beseitigung der Beschwerden und vor allem die Ursachenbekämpfung bei qualifiziertem Personal (vgl. Franke 2012, S. 134 f.). Betroffene sind weitestgehend „*nicht verantwortlich*“ (Franke 2012, S. 135) für die Erkrankung und nehmen die Rolle von Patient:Innen ein (vgl. ebd. 2012, S. 135). Können erkrankte Personen von Symptomen nicht befreit werden, wurde die Ursache nicht gefunden. Die Ursache kann dann möglicherweise durch andere Symptome wieder in Erscheinung treten oder mit dem Tod enden (vgl. Franke 2012, S. 135). Behandlungen werden anhand fundierter Parameter, aufgeteilt in Ursachen sowie auftretende Symptome, als erfolgreich oder gescheitert unterschieden (vgl. Franke 2012, S. 135 ff.). Durch Krankheitsursachen, die entweder das Gehirn, das muskuloskelettale System oder die Genetik betreffen, wurde auch versucht, psychische Erkrankungen zu definieren, dies scheiterte aber an der genauen Kategorisierung (vgl. Franke 2012, S. 135).

Einige psychische Erkrankungen sind durchaus mit Veränderungen der biochemischen Zusammensetzung verbunden, haben eine genetische Komponente oder führen zu körperlichen Veränderungen, sie können aber nicht nur darauf reduziert werden (vgl. Franke 2012, S. 137).

3.2 Die sozialarbeiterische Betrachtung auf Menschen mit psychischen Erkrankungen

In Bezug auf die Institution der Psychiatrie hat die Soziale Arbeit eine lange Tradition: Was früher Fürsorger:Innen waren, sind heute Sozialarbeitende (vgl. Brake/Deller 2014, S. 77 ff.). Besonders im psychiatrischen Bereich, benötigt es fachkundiges Personal, eine professionelle Haltung sowie respektvollen Umgang gegenüber den Klient:Innen, als auch

ein gesundes Netzwerk der Hilfeleistungen, um eine angemessene und zügige Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können (vgl. Röh et al. 2022, S. 23 ff.).

In den folgenden Abschnitten möchte ich die Perspektiven psychosozialer Sichtweisen auf psychische Erkrankungen, die der sozialpsychiatrischen Haltung und die des systemischen Blicks näher betrachten und im Anschluss eine kurze Zusammenfassung geben, welche Bedeutung die gesamten Blickpunkte auf Betroffene mit psychischen Erkrankungen haben kann.

In der psychiatrischen Sozialarbeit mit Betroffenen gibt es neben dem üblichen biomedizinischen Modell von Krankheit und Gesundheit, noch zwei weitere Betrachtungen von Menschen mit sozialen und gesundheitlichen Schwierigkeiten, die für die praktische als auch theoretische soziale Arbeit von großer Relevanz sind (vgl. Röh et al. 2022, S. 24 ff.; vgl. Hosemann/Geiling 2013, S. 10, S. 23 ff.).

3.2.1 Das psychosoziale Modell zu Krankheit und Gesundheit

Die psychosoziale Betrachtung von Menschen mit psychischen Erkrankungen charakterisiert sich vor allem durch die ganzheitliche Sicht auf das Individuum (vgl. Gühne et al. 2019, S. 48). Dabei soll nicht nur die Krankheit mit spezifischen Symptomen vermieden werden, sondern ein umfassender Blick auf biografische Erlebnisse, Verhaltensursachen, Lebenswelt, Bewältigungsstrategien und gesellschaftliche Teilhabe erlangt werden (vgl. Gühne et al. 2019, S. 48). Ziel der psychosozialen Perspektive soll es sein, den beeinträchtigten Menschen physisch und psychisch zu stärken, den Antrieb zu fördern, die eigenen Stärken zu entdecken und auszubauen, als auch die Schwächen zu kennen und somit eine Perspektive für selbstbestimmtes und autonomes Leben zu ermöglichen (vgl. Gühne et al. 2019, S. 48).

Die psychosozialen Grundsätze beinhalten die „*Recovery*“, den „*Umweltbezug*“, die „*Beziehungsgestaltung und partizipative Entscheidungsfindung*“, die Reflexion über Stigmatisierung in Gesellschaft, als auch der eigenen Profession und „*Antistigmainterventionen*“ (Gühne et al. 2019, S. 48; S.55; S.58; S. 60), die ich im Folgenden kurz erläutern möchte (vgl. ebd. et al. 2019, S. 48).

Das Recovery-Konzept verfolgt als oberste Prämisse, eine Verbesserung der Lebensqualität und die gesellschaftliche Reintegration, durch Reduktion der krankheitsspezifischen Symptome bzw. Wiederherstellung der Gesundheit und sozialen Identität, als auch der Arbeitsfähigkeit und das Führen eines eigenen Haushaltes (vgl. Gühne et al. 2019, S. 48). Durch den „*Empowerment*“-Gedanken (Gühne et al. 2019, S. 50), was einen großen Teil der psychosozialen Perspektive ausmacht, finden bei der Zielsetzung die Interessen und Bedürfnisse der Klient:Innen Beachtung und Anerkennung (vgl. Gühne et al. 2019, S. 50 ff.). Dadurch wird eine „*Selbstbefähigung*“ (Gühne et al. 2019, S. 51) erwirkt, die Selbstwirksamkeit entdeckt und fördert und schließlich durch ein gesundes Selbstbewusstsein die Handlungsfähigkeit in persönlichen und gesellschaftlichen Kontexten wiederherstellt (vgl. ebd. et al. 2019, S. 51 ff.). Dieser Ansatz findet bereits im sogenannten „*Casemanagement*“ (Gühne et al. 2019, S. 54) Anwendung, was einen Arbeitsbereich der praktischen Sozialen Arbeit ausmacht und sich nach vorheriger Indikationsprüfung als sehr hilfreich für Klient:Innen erweisen kann (vgl. Gühne et al. 2019, S. 54; S. 123f.). Das Casemanagement bietet für Betroffene die Möglichkeit, sich selbstwirksam und kontinuierlich an Hilfsangeboten zu beteiligen, als auch stetige Begleitung und Unterstützung in der Lebensbewältigung durch Sozialarbeitende zu erfahren (vgl. Gühne et al. 2019, S. 129).

Um herauszufinden, wie sich Betroffene in ihrem gewohnten Umfeld managen, ist es notwendig die Umgebungsfaktoren, d. h. die gegenwärtigen Gegebenheiten, wie Wohnverhältnisse, Beziehungsführung und -gestaltung, sowie Peergroups, die Verkehrsanbindung, Arbeitswege, Einkaufsmöglichkeiten, Bildungsangebote und Gesundheitsversorgung etc. zu erfahren (vgl. Gühne et al. 2019, S. 55 ff.). So können Ressourcen und Defizite aufgedeckt werden, die bei der Lebensführung förderlich oder beeinträchtigend wirken (vgl. Gühne et al. 2019, S. 55 ff.).

Einer der wichtigsten Grundsätze der psychosozialen Betrachtung, ist die „*Beziehungsgestaltung*“ zu fachkundigem Personal, als auch die „*partizipative Entscheidungsfindung*“ der Krankheitsbetroffenen (Gühne et al. 2019, S. 58). Aufmerksames Zuhören, Empathie, Verständnis und Zugewandtheit, vermittelt eine Begegnung auf Augenhöhe mit Respekt und vermeidet die Stagnation in der Opferhaltung der Klient:Innen (vgl. Gühne et al. 2019, S. 58 ff.). Durch diese erfahrene

Wertschätzung, die Sichtbarkeit des Leidens und aktive Mitbestimmung des Behandlungsplans, haben Betroffene die Möglichkeit sich selbst neu zu begegnen, Scham zu überwinden und sich selbst zu ermächtigen, um mehr Autonomie und Selbstbestimmung zu erleben (vgl. Gühne et al. 2019, S. 58 ff.). In Institutionen, wie z. B. ambulant betreutem Wohnen oder sozialpsychiatrischen Einrichtungen findet dieses Konzept durch pädagogisches bzw. sozialarbeitendes Personal bereits Anwendung (vgl. Gühne et al. 2019, S. 56 ff.).

Die Reflexion des eigenen Verhaltens, besonders das des professionellen Auftretens, ist nicht immer gegeben werden (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 178). Die psychosoziale Haltung jedoch, zählt die Aufklärung über Stigmataprozesse, die Sichtbarmachung von Stigmatisierungen und „*Antistigmainterventionen*“ zu einem ihrer Grundsätze (Gühne et al. 2019, S. 60; vgl. auch Gühne et al. 2019, S. 60 ff.). So ist man sich bewusst, dass es auch innerhalb dieser Konzeption zu Stigmatisierungen kommen kann, wie z. B. lange Wartezeiten für Kassenpatient:Innen bzw. Betroffene für einen Psychotherapieplatz (vgl. Gühne et al. 2019, S. 60). Je länger Betroffene auf einen Therapieplatz warten müssen, desto mehr verschlechtert sich der Gesundheitszustand, die Symptome verstärken und der Behandlungserfolg verringert sich (vgl. Gühne et al. 2019, S. 60; vgl. Rüscher et al. 2020, S. 26 ff.).

3.2.2 Die sozialpsychiatrische Haltung

Die Grundlage der Sozialpsychiatrie ist das eben erläuterte (bio)psychosoziale Modell zum Krankheits- und Gesundheitsverständnis (vgl. Schöny 2017, S. 6 ff.). Ähnlich der psychosozialen Betrachtung zu genannten Phänomenen findet hier der biologische Aspekt zusätzlich Anwendung (vgl. Schöny 2017, S. 7ff.). Der Mensch wird demnach als organisch, funktionierendes Wesen wahrgenommen, dass durch und von der Umwelt geprägt ist, darin verankert und als ganzheitlich und allumfassend betrachtet wird (vgl. Schöny 2017, S. 7; vgl. Gühne et al. 2019, S. 357).

Die Sozialpsychiatrie als Wissenschaft umfasst drei Grundprinzipien (vgl. Schöny 2017, S. 6 ff.). So beschäftigt sie sich mit der fundierten Forschung, Gesetzgebungen und deren

gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie Zusammenhängen und der Unterstützung von Betroffenen durch ausführende Professionen (vgl. Schöny 2017, S. 6 ff.).

Darüber hinaus beschäftigt sich die Sozialpsychiatrie mit den legislativen Phänomenen, die in einer Gesellschaft vorherrschend und ausschlaggebend für das Zusammenleben sind (vgl. Schöny 2017, S. 54). Gemeint sind damit z. B. die Definition und Umsetzung von (sozialen) Normen, wie z. B. der Gesundheitsversorgung (Krankenkassenleistungen) und Krankenunterstützung, sowie alle sozialrechtlichen Gegebenheiten und sozial-administrativen Hürden, die sich für Betroffene bei Hilfebedarf ergeben könnten (vgl. ebd. 2017, S. 54). Des Weiteren ist eine Berücksichtigung der politisch-parteilichen Führung von großer Wichtigkeit, um über finanzielle, rechtliche, als auch wirtschaftliche Lagen wie z. B. Bewilligung von Hilfen durch rehabilitative Trägerschaften etc. einen Überblick zu behalten und so den sozialpsychiatrischen Handlungsrahmen abzuschätzen (vgl. Schöny 2017, S. 54; S. 94). Als unmittelbar ausführende Gewalt des gesetzlichen Rahmens, sei hier der sozialpsychiatrische Dienst genannt, deren Handlungsleitlinien durch das Bundesland bzw. im weitesten Sinne durch die Kommunen bestimmt wird und stets mit gesundheitspolitischen Veränderungen umgehen muss (vgl. SächsPsychKG § 7).

Neben den soeben erläuterten psychosozialen Grundsätzen, ist vor allem eine dezentrale, schnell zu erreichende Hilfeleistung für die Sozialpsychiatrie von Bedeutung (vgl. Schöny 2017, S. 9). Dazu zählen nicht nur stationäre Hilfestellungen, sondern auch die allumfassende sozialmedizinische Anbindung und Integration an und in Hilfesystemen, die möglichst nahe zu erreichen und dementsprechend zu installieren sind (vgl. ebd. 2017, S. 7).

Die professionelle Ausführung von Hilfen in der Sozialpsychiatrie, charakterisiert sich im Kontakt mit Betroffenen durch eine stärkenbasierte Förderung, anstatt durch Schwächen geleitetes Vorgehen sowie das Arbeiten nach systemischen Konzepten, die im Folgenden betrachtet werden (vgl. Thimm 2019, S. 68 - 69).

3.2.3 Der systemische Blick

Ähnlich wie die psychosoziale und sozialpsychiatrische Betrachtung geht die Systemtheorie von der Ganzheitlichkeit des Menschen aus (vgl. Wagner 2020, S. 41 ff.). Jedoch basiert diese nicht auf einer äußeren Expert:Innenperspektive, sondern nimmt die unitäre, subjektive Wahrnehmung der Klient:Innen als Ausgangspunkt für weitere Prozesse in den Fokus (vgl. Wagner 2020, S. 41 ff.).

Die theoretische Grundlage bildet u. a. der Konstruktivismus, d. h. jeder Mensch kreiert aufgrund seiner biografischen Erfahrungen und Erlebnisse seinen eigenen Wertekompass (vgl. Wagner 2020, S. 41ff.). Individuen schaffen sich so ein eigenes System mit bestimmten Sachverhalten und Interessengebiete, denen mehr oder weniger Gewichtung verliehen wird, je nachdem, was der Person als nützlich im Leben und für das Überleben erscheint (vgl. Wagner 2020, S. 42 ff.). Somit geht die Theorie nicht von als negativ bewerteten und fehlerhaften Unzulänglichkeiten und Differenzen aus, sondern von Gegebenheiten und subjektiven Voraussetzungen (vgl. Wagner 2020, S. 42 ff.).

Die systemischen Anwendungsgebiete nehmen diese offene Betrachtung als Haltungsfundament: Betroffene werden nicht per se als hilfebedürftig, sondern als Spezialist:Innen für ihr eigenes Leben angesehen (vgl. Hosemann/Geiling 2013, S. 32 ff.). Besonders in der Sozialen Arbeit sind Autonomie, Selbstbestimmung und Respekt vor dem System Mensch Grundsätze und ermöglichen eine Arbeit auf Augenhöhe und mit professionellem Anspruch (vgl. Hosemann/Geiling 2013, S. 32 ff.).

3.3. Bedeutung der medizinisch- biologischen und sozialarbeiterischen Betrachtungsweisen für Betroffene

Abschließend sollen die verschiedenen Perspektiven unter dem Aspekt betrachtet werden, welche Bedeutung diese für Betroffene von psychischen Krankheiten haben.

Die bio-medizinische Erklärung von Krankheit, Gesundheit sowie von psychischen Erkrankungen, ist organismusorientiert und vernachlässigt die Lebensweltbetrachtung

der Betroffenen (vgl. Franke 2012, S. 134 ff.). Krankheitsheilung und Behandlung ist nur durch fachmedizinisches Personal möglich, Betroffene werden in der Rolle der Patient:Innen wahrgenommen (vgl. Franke 2012, S. 134 f.). Psychische Erkrankungen werden lediglich auf physische Ursachen untersucht und behandelt (vgl. Franke 2012, S. 134 f.). Die soziale Rolle des*der Patient:Innen, bedeutet einen Opferstatus und die Autonomieabgabe der betroffenen Person an das Fachpersonal, wodurch ein selbstbestimmter Handlungsspielraum nur begrenzt, möglich ist (vgl. Franke 2012, S. 134 f.).

Das Fernbleiben von Krankheit bzw. der Erhalt des Normalzustandes, wird im biomedizinischen Modell „zur Sache der Einzelnen [ge]macht und die Verantwortlichkeit sozialer und gesellschaftlicher Faktoren für Gesundheit und Krankheit ausgeblendet“ (Franke 2012, S. 137; vgl. auch ebd. 2012, S. 137). Die gesellschaftliche Verantwortung für Gesundheit und Krankheit wird aberkannt und abweichendes, „*krankes Verhalten*“ als unnormale und atypisch betrachtet (Franke 2012, S. 135 ff.).

Die sozialarbeiterische Betrachtung, bestehend aus psychosozialen, sozialpsychiatrischen sowie systemischen Konzepten von Gesundheit und Krankheit, hat einen Fokus. In dieser Betrachtungsweise gibt es einen ganzheitlichen Blick auf das Individuum innerhalb des Lebensraums in Bezug auf Vorsorge, Versorgung und Nachsorge (vgl. Gühne et al. 2019, S. 48 ff.). So kann in verschiedenen Lebensbereichen eine Absicherung und Beihilfe erfolgen (vgl. Thimm 2019, S. 67 f.; vgl. Gühne et al. 2019, S. 48 ff.). Psychisch kranke Personen werden nicht durch die Erkrankung definiert, sondern als gleichberechtigte und eigenständige Individuen aufgefasst (vgl. Thimm 2019, S. 67f; vgl. Schöny 2017, S. 6 ff.). Ihre Souveränität und Selbstbestimmung wird anerkannt und respektiert und im Verlauf der Versorgung be- und geachtet sowie unterstützt (vgl. Thimm 2019, S. 67f.; vgl. Schöny 2017, S.6 ff.).

Systemische Konzepte helfen dabei, die Lebenswelt aus der Perspektive von Betroffenen zu sehen (Wagner 2020, S. 43). Der Schwerpunkt liegt dabei nicht per se auf Problemen, sondern bietet selbst erarbeitete Lösungsansätze und befähigt eigene Ressourcen als auch Defizite zu nutzen und „*Multiperspektiven*“ für das eigenes Leben zu bilden (Wagner 2020, S. 43; vgl. auch Wagner 2020, S. 46 ff.).

Die Grundsätze der Versorgung erfolgen durch stetige Vernetzungsarbeit unter den Hilfseinrichtungen, damit eine wohnortnahe, möglichst passende und zuverlässige Hilfe entsteht (vgl. Schöny 2017, S. 89 – 90). Durch den politischen Anspruch der Konzepte, bekommt die gesellschaftliche Verantwortung für Krankheit und Gesundheit ein großes Gewicht und ermöglicht psychische Erkrankungen reflektiert sichtbar zu machen und auf Missstände wie z. B. den gesellschaftlichen Umgang mit mentalem Leiden, Stigmatisierung und Diskriminierung hinzuweisen und aufzuklären (vgl. Wagner 2020, S. 46 ff.; vgl. Gühne et al. 2019, S. 60). Besonders Erkrankten kann somit klar gemacht werden, dass ihre aktuelle Situation nicht nur von persönlichen Defiziten abhängig ist, sondern auch politische und institutionelle Gegebenheiten eine große Rolle spielen (vgl. Wagner 2020, S. 46 ff.).

Für Betroffene von psychischen Erkrankungen bedeutet ein systemischer Umgang und eine sozialpsychiatrisch-psychoziale Sozialarbeit und Versorgung, eine Umwelt umfassende und effektive Unterstützung, um eine gesellschaftliche Teilhabe und gesicherten Umgang mit der Erkrankung zu gewährleisten (vgl. Thimm 2019, S. 67 f.; vgl. Gühne et al. 2019, S. 48 ff.; vgl. Schöny 2017, S. 6 ff.).

Die systemische Soziale Arbeit ist eine maßgebliche Ausrichtung und Haltung in der Arbeit mit sozialen Problemen und prekären Verhältnissen (vgl. Hosemann/Geiling, 2013, S. 22 ff.). Sie bildet Brücken unter Professionen, bewegt sich zwischen Spannungsfeldern, fungiert als gesellschaftliches Sprachrohr für Schwächere und dient als Vermittlerin in Notlagen, bei Missständen und Bedürftigkeit (vgl. Kraus 2016, S. 19 ff.). Im nächsten Abschnitt sollen diese Funktionen der Sozialen Arbeit aufgegriffen und im Anschluss die Eingangsfrage untersucht werden, welche Rolle die Soziale Arbeit in der Entstigmatisierung psychisch kranker Personen einnimmt.

4. Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Entstigmatisierung psychisch kranker Personen

Die Arbeitsfelder der sozialen Arbeit sind divers und vielfältig wie ihre Adressat: Innen (vgl. Kraus 2016, S. 18 ff.). Der Arbeits- „Gegenstand“ sind „soziale Probleme und“ die „Problembewältigung“ von Menschen aus unterschiedlichen Milieus und in verschiedenen Lebenslagen (Kraus 2016, S. 19; vgl. auch Kraus 2016, S. 19 f.). Soziale Arbeit findet vor allem im Alltag von Personen statt, erfolgt, zum großen Teil, aufsuchend, wirkt unterstützend und partizipativ (vgl. Kraus 2016, S. 19 ff.). „Autonomie und Selbstbestimmung“, stehen an oberster Stelle und sollen stets gewahrt werden (Kraus 2016, S. 21; vgl. auch Kraus 2016, S. 19 ff.). Sie bildet den Kontaktpunkt zwischen gesellschaftlicher Förderung sowie Forderung und den Anforderungen, sowie Bedarfen von Hilfsempfangenden (vgl. Kraus 2016, S. 21 f.). Ihre Aufgabe ist es im Interesse vom Staat, der Wissenschaft, als auch ihren Adressat: Innen zu agieren und zu vermitteln (vgl. Kraus 2016, S. 19 ff.).

In diesem Abschnitt soll nun die Eingangsfrage aufgegriffen und auf Grundlage der bisherigen Ausführungen versucht werden zu beantworten.

4.1 Wie kann die Stigmatisierung psychisch kranker Personen in der Sozialen Arbeit aufgegriffen werden?

Eines der größten und wichtigsten Handlungsfelder der sozialen Arbeit ist die Psychiatrie bzw. die Sozialpsychiatrie (vgl. Röh et al. 2022, S. 6 ff.). Wie eben erwähnt, basiert der Tätigkeitsbereich auf dem Alltag der Betroffenen, deshalb sind Sozialarbeitende stets dort zu finden, wo sich die Klient:Innen aufhalten (vgl. Kraus 2016, S. 19 ff.). Sozialpsychiatrische Soziale Arbeit kann sich daher sowohl im stationären, teilstationären als auch im ambulanten Bereich bewegen (vgl. Röh et al. 2022, S. 24 ff.). In diesem Gebiet treffen Sozialarbeitende auf unterschiedlichste Perspektiven von Stigmatisierung und Diskriminierung, deren Auswirkungen und Folgen (vgl. Röh et al. 2022, S. 52 ff.). Sozialarbeitende haben Kontakt zu Personen mit psychischen Erkrankungen, zu deren

Angehörigen, zu Psychiatrie-Interessierten und auch zur Allgemeinbevölkerung (vgl. Röh et al. 2022, S. 28 ff.). Bevor die oben genannte Frage aufgegriffen wird, sollen zunächst die Aufgaben und Funktionen der Sozialen Arbeit im (sozial-)psychiatrischen Bereich erläutert werden, um ein besseres Verständnis der Rahmenbedingungen und Handlungsmöglichkeiten zu bekommen.

Zu den wichtigsten Funktionen und Aufgaben gehören Hilfestellungen für Betroffene psychischer Erkrankungen im Umsetzen von tagesaktuellen Tätigkeiten und das Schaffen einer selbst erarbeiteten, angemessenen Tagesstrukturierung (vgl. Röh et al. 2022, S. 23). Dazu zählen z.B. das Koordinieren von Terminen, das Erlernen und Halten von gesunden Beziehungen, die Begleitung zu Ämtern, Umgang mit Geld, Einkauf und Haushalt (vgl. Stadt Leipzig, 2022). Des Weiteren stehen Sozialarbeitende bei Kriseninterventionen zur Seite, informieren und beraten Betroffene, als auch deren Angehörigen über z.B. passende Hilfen und leiten ggf. an andere Instanzen oder Einrichtungen weiter (vgl. Röh et al. 2022, S. 23; vgl. Stadt Leipzig, 2022) Dieses Handeln benötigt daher stetige Vernetzung und Netzwerkarbeit zu anderen Versorgungsleistungen und Hilfestellungen (vgl. Stadt Leipzig, 2022). Eine weitere wichtige funktionelle Aufgabe ist daher, die Teilnahme und Beisitz in Ausschüssen und Gremien, um sozialpolitische Gegebenheiten zu verfolgen, die beauftragten, als auch Profession bedingten Interessen zu kommunizieren und zu vertreten (vgl. Stadt Leipzig, 2022).

Es wird deutlich, dass die Soziale Arbeit eine zentrale Rolle in der Gesundheitssystem- und Versorgung zuteilwird und demzufolge eine große Reichweite besitzt. Aufgrund dessen kann die Entstigmatisierung psychisch kranker Personen, ausgehend von der sozialarbeiterischen Perspektive, in unterschiedliche Gesellschaftsschichten gebracht werden. Wie kann die Entstigmatisierung nun aber aufgegriffen werden?

Wie bereits in 2.4 zusammengefasst, sind Stigmatisierungsprozesse häufig ein Mangel an ausreichend Informationen, bzw. eine unzureichende Wertevermittlung innerhalb der Sozialisation, die Vorurteile, Einstellungen, Selbststigmatisierung, Stereotype und Diskriminierung begünstigen (vgl. Rüsck et al. 2020, S. 34 ff.).

Zunächst sei gesagt, dass der erste und wichtigste Ansatz, die allgemeine Wissensvermittlung über psychische Erkrankungen, Stigmatisierung und deren Folgen

durch Sozialarbeitende sein kann (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 230 ff.). Dabei ist es wichtig, in unterschiedlichen Milieus verschiedene Herangehensweisen und Vermittlung der Entstigmatisierung zu beachten, um diskriminierendes Verhalten zu reflektieren, statt Sorgen und Ängste zu schüren und eine nachhaltige Veränderungsmotivation zu erzielen (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 230 ff.). Bei der Anti-Stigmaarbeit wären drei Gruppen von Menschen zu unterscheiden: Betroffene, Angehörige und die Allgemeinbevölkerung bzw. die Gesamtgesellschaft (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 230 ff.).

Eines der größten Hürden der Anti-Stigmaarbeit stellen die, zum Teil, sozialisierten, vorurteilsbehafteten Einstellungen der Allgemeinbevölkerung dar (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 34). Im schulischen Kontext, durch unter anderem Schulsozialarbeit, findet bereits eine edukative Aufklärung über psychische Krankheiten, Stigmatisierung, Diskriminierung und deren Folgen, statt (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 230 ff.). Jedoch sollte man sich vergegenwärtigen, dass eine Schulsituation eine teilweise erzwungene Situation darstellt, an die Lernende teilnehmen müssen, weshalb die Reichweite und Erfolgsquote hoch ist (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 230 ff.). Die Wissensvermittlung erfolgt dort unter anderen Voraussetzungen als z.B. im Lohnarbeitskontext oder im Alltag (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 230). Im Arbeitsalltag, als auch in Freizeit, sorgen bereits Anti-Stigmakampagnen, Bildungsangebote oder Stadtteilprojekte analog, als auch digital dafür, dass sich Stigmatisierte von psychischen Erkrankungen und die Allgemeinbevölkerung annähern (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 230). Die Reichweite und die Erfolgchancen eines kontinuierlichen und nachhaltigen, gesellschaftlichen Wandels ist deutlich geringer als im schulpflichtigen Rahmen (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 230 ff.).

Wie in 2.4 bereits erläutert, sind Gründe für Stigmatisierung, aber auch ein Desinteresse an psychische Erkrankung vielfältig, hängen unter anderem mit medialen Berichterstattungen, sozialen Normen, persönliche Erfahrungen, geringem Bildungsstand, internalisierten Krankheitsmodellen oder auch fehlenden Kontakt zu Betroffenen, zusammen (vgl. Rüscher et al. S.58 ff., S. 231 ff.; vgl. Schmidt 2014, S. 47 ff.). Besonders der Kontakt zu und direkte Erfahrungsberichte von Betroffenen psychischer Erkrankungen haben großen Erfolg in der Anti-Stigmaarbeit (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 242 ff.). Als Beispiel dienen hier die bayerische Anti-Stigmakampagne „*BASTA – das Bündnis für psychisch erkrankte Menschen*“ und den Leipziger Verein „*Irrsinnig Menschlich*“, die

in einem Team bestehend aus Betroffenen und gesundheitsfach bezogenem Personal, Schulen, Polizeieinrichtungen oder kulturelle Veranstaltungen aufsuchen, um dort präventive Aufklärungsarbeit zu leisten (Rüsch et al. S. 247 – 249; vgl. auch ebd. et al. 2020, S. 247 – 249).

An der Planung und Durchführung der oben genannten Projekte sind unter anderem vor allem Sozialarbeitende beteiligt, wobei Netzwerkarbeit zu Politik, Kommunen als auch zu pädagogischen und medizinischem Fachpersonal wichtig ist (vgl. Röh et al. 2022, S. 144 f.; vgl. Hosemann/Geiling 2013, S. 24 ff.). In diesem Sinne besteht die Verantwortung zur edukativen Anti-Stigmavermittlung nicht nur bei Sozialarbeitenden, sondern auch in Politik und Medizin (vgl. Rüsch et al. 2020, S. 265 ff.; vgl. Röh et al. 2022, S. 30 ff.).

Häufig bilden die ersten Probleme bei Hilfesuche durch Angehörige oder Betroffene selbst, die Hürden des Gesundheitssystems (vgl. Rüsch et al. 2020, S. 261 ff.; vgl. Gühne et al. 2019, S. 110 f.). Lange Wartezeiten, unzureichende Krankheitsaufklärung, strukturelle Diskriminierung, notdürftige Vor- und Versorgung, sowie Nachsorge und Mangel an Therapieplätzen, erschweren den persönlichen Behandlungsweg von Betroffenen (vgl. Gühne et al. 2019, S. 110 f.). Hinzu kommen familiäre Konflikte, Angst vor Angehörigenstigmatisierung oder das Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit von Angehörigen bei Leidensdruck ihrer erkrankten Verwandtschaft (vgl. Gühne et al. 2019, S. 110 f.). Durch die Niederschwelligkeit von sozialpsychiatrischer Sozialarbeit, in z.B. häuslichen Umfeld, können Angehörige über Möglichkeiten, Maßnahmen aber auch Grenzen, Stigmaentstehung und Bewältigungsstrategien, Angebote oder unterstützende Verhaltensweisen informiert werden und haben aktiv die Chance an der Behandlung teilzunehmen und gleichzeitig für ihre psychische Gesundheit zu sorgen (vgl. Gühne et al. 2019, S. 129).

Im Betroffenenkontext kann besonders auf Selbststigmatisierung reagiert werden, bzw. Möglichkeiten und Maßnahmen angeboten werden, die einer Selbst- und Fremdstigmatisierung entgegenwirken (vgl. Rüsch et al. 2020, S. 252 ff.). Sozialarbeitende können gerade in diesem Bereich Schritte einleiten, begleiten oder vermitteln (vgl. Stadt Leipzig, 2022).

Es kann festgehalten werden, dass die Soziale Arbeit Stigmatisierung in der Betroffenen- und Angehörigenarbeit, als auch im gesellschaftlichen Kontext aufgreifen und informieren und aufklären kann.

Im nächsten Abschnitt werden Konzepte, die unter anderem entstigmatisierende Wirkung haben und eine große Schnittstelle zur Sozialer Arbeit bilden, vorgestellt.

4.2 In welchen Bereichen kann die soziale Arbeit dabei einen Beitrag leisten?

Die Soziale Arbeit hat, durch ihr diverses Tätigkeitsfeld, eine große Reichweite in verschiedenen Milieus (vgl. Kraus 2016, S. 19 ff.). Wie im letzten Abschnitt bereits angedeutet, ist die Wissensvermittlung und angemessene Übermittlung über stigmatisierende und diskriminierende Vorgänge, ein zentraler Schritt der Anti-Stigmaarbeit (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 230 ff.).

Die Arbeit mit mental erkrankten Klient:Innen, findet unter anderem in der sozialen Arbeit im sozialpsychiatrischen Kontext statt, welche ambulant, stationär, als auch teilstationär oder aufsuchend erfolgen kann (vgl. Röh et al. 2022, S. 24 ff.). Sozialarbeitende stehen dabei vielen Möglichkeiten zur entstigmatisierenden Unterstützung zur Verfügung, jedoch immer mit dem Hintergrund, dass eine Hilfe zur Selbsthilfe angestrebt wird und die Teilhabe und Mitbestimmung von Betroffenen Priorität hat (vgl. Röh et al. 2022, S. 134 ff.).

Die Wissensvermittlung sollte dabei auf eine angemessene Art und Weise erfolgen, d.h. Themengebiete und Informationen so auswählen, dass diese nicht abschreckend wirken oder sogar Ablehnung provozieren, sondern Denkstrukturen in ihrem Grundsatz erkennen und ggf. entkräften (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 230 ff.). Häufig begegnen Sozialarbeitende vorgefertigte Einstellungen zur Stigmatisierung psychischer Erkrankungen aus allen sozialen Schichten, hierbei ist es ratsam, auf die Überzeugungen nicht mit lehrerhafter Erziehung zu reagieren, sondern hinzuhören, Ängste und Sorge aufzugreifen, zu filtern und gemeinsam zu sortieren (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 230 ff.).

Die psychosoziale Beratung ist eines der fundamentalsten und charakteristischsten Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit, die sich besonders gut für Anti-Stigmaarbeit eignet (vgl. Röh et al. 2022, S. 144 ff.). Durch verschiedene Gesprächsführungsstrategien und Beratungsmethoden, können Probleme und Konflikte, sowie sozialadministrative und sozialrechtliche Angelegenheit unterstützend und selbstbestimmt bearbeitet sowie, eine emanzipierte Lebensführung erarbeitet werden (vgl. Röh et al. 2022, S. 145 f.). Im betroffenen Beratungskontext kann besonders durch psychoedukative Er- und Aufklärung über psychologische Vorgänge der Emotionen und Gefühle, selbststigmatisierendes Verhalten reduziert werden (vgl. Rüscher et al. 2020, S. 252 f.). „*Antistigma – Psychoedukationsprogramme klären also typischerweise auf über Formen, Ursachen, Verlauf und Behandlung psychischer Erkrankungen, über öffentliches und Selbststigma und seine Folgen und über Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit Stigma*“ (Rüscher et al. 2020, S. 252).

Eine psychosoziale Beratung ersetzt jedoch keine Therapie und unterscheidet sich vor allem durch die lösungsorientierte Akutbewältigung von Notsituationen und Schwierigkeiten (vgl. Röh et al. 2022, S. 145 f.). Systemische Konzepte und Gesprächsführungen unterstützen Sozialarbeitende dabei, die Welt der Betroffenen zu verstehen und gemeinsam zu einem Klärungsansatz zu gelangen (vgl. Hosemann/Geiling 2013, S. 26 ff.).

Die Sozialtherapie ist eine angewandte Maßnahme in der klinischen Sozialarbeit (vgl. Röh et al. 2022, S. 156 f.). Der Fokus liegt hier auf der betroffenen Einzelperson (vgl. ebd. et al. 2022, S. 156 f.). Durch therapeutische und sozialarbeiterische Methoden sollen soziale Kompetenzen erarbeitet und im sicheren Rahmen getestet werden, eine Befähigung zur selbstwirksamen Teilhabe durch z.B. „*Sicherung der sozialen Rechte*“ geschaffen, als auch eine Verbesserung der Lebensperformance oder Umgang mit Konfliktbewältigung erzielt werden (Röh et al. 2022, S. 156; vgl. ebd. et al. 2022, S. 156 f.). Nicht zu verwechseln ist die Sozialtherapie „*mit der Soziotherapie nach § 37a SGB V*“, die (vorwiegend) Personen mit chronisch, psychischen Krankheiten in Anspruch nehmen können, wenn aufgrund der Schwere der Erkrankung eine eigene Strukturierung und Planung der Behandlung nicht mehr möglich ist (Röh et al. 2022, S. 157).

Der Dialog bildet eine besondere Art der psychiatrischen Interventionsform, da sie durch ihre Mehrfachperspektivität einen einzigartigen Stellenwert einnimmt (vgl. Röh et al. 2022, S. 136 f.). Sie ist gekennzeichnet durch gemeinsamen Erfahrungsaustausch in Gesprächsrunden bestehend aus psychiatrisch Erkrankten, deren Verwandtschaft und Freunden, sowie fachspezifisches, professionelles Personal (vgl. Röh et al. S. 136 f.). Betroffene und Angehörige bilden dabei eine Perspektive, das Fachpersonal eine andere, eine dritte Perspektive entsteht erst durch das gemeinsame Dia – bzw. Dialog (vgl. Röh et al. 2022, S. 136 f.). Der Dialog oder auch „*Psychose – Seminare* [genannt], *sind demnach keine theorievermittelnden Lehrveranstaltungen, sondern ermöglichen und befördern den Austausch [...]; hierbei können alle Teilnehmenden ihre subjektiven Sichtweisen zu Gesundheit, Krankheitsbildern (Psychosen), Krisen, Medikation, Klinikaufhalten und Behandlungsformen miteinander teilen*“ (Röh et al. 2022, S. 136). Die dialogische Begegnung hat ihren Weg bereits aus der Psychiatrie in andere gesellschaftliche Bereiche gefunden, so wird sie beispielsweise in schulischen, beruflichen und politischen Kontexten oder in anthropogenen Lehrgängen oder Gemeinden verwendet, in denen Erkrankte und oder deren Angehörige über ihren Werdegang berichten (vgl. Röh et al. 2022, S. 137).

Weitere sozialarbeiterische Interventionen zur Entstigmatisierung psychisch kranker Personen sind z.B. soziale Gruppenarbeit, in denen durch niedrigschwellige, interaktive Angebote, neu oder wieder erworbene Fähigkeiten und Fertigkeiten im therapeutischen, sozialpsychiatrischen Kontext erprobt werden können (vgl. Röh et al. 2022, S. 152).

Die Beziehungsarbeit stellt in der sozialen Arbeit die Grundvoraussetzung für einen gelingenden und nachhaltigen Umgang mit Betroffenen und Angehörigen, als auch interdisziplinären Professionen dar, um Interessen verstehen, erkennen und vor allem angemessen und authentisch vertreten zu können (vgl. Röh et al. 2022, S. 158 f.).

Eines der bedeutendsten Aufgaben sozialpsychiatrischer und sozialarbeiterischer Tätigkeiten ist die politische Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Röh et al. 2022, S. 142 ff.).

Auf Grundlage des deutschen Sozialstaats, ist die Soziale Arbeit durch das Doppel- bzw. Tripelmandat [1] verpflichtet, auf allen bundes-, landes- und kommunalpolitischer Ebene, an der Gestaltung, Planung und Ausbau von regionalen Versorgungsprogrammen mitzuwirken (vgl. Röh et al. 2022, S. 142 ff.; vgl. Kraus 2016, S. 21 ff.). Diese verantwortungsvolle Rolle beinhaltet professionsübergreifende Kenntnisse von Hilfsangeboten, Trägerschaften, sowie Anbietenden bzw. potenzielle Kooperationspartner:Innen, um die psychiatrischen Hilfeleistungen stets weiter auszubauen, eine multidisziplinäre Vernetzung, als auch eine engmaschigere Sozial – und Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (vgl. Röh et al. 2022, S. 142 ff.).

Um Betroffene wirksam zu erreichen, benötigt es einen sozialraumorientierten, niedrighschwelligen Zugang, daher hat die Arbeit auf kommunalpolitischer Ebene eine besondere Bedeutung (vgl. SächsPsychKG § 7). Als Beispiel dient hier die gesundheitsamtliche Versorgung der Stadt Leipzig, die durch ihren Verbund gemeindenaher Psychiatrie (VgP) an fünf Standorten der Stadt vertreten und an das städtische Krankenhaus St. Georg Klinikum angegliedert ist (vgl. Thimm 2019, S. 57 f.). Die Standorte sind mit einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) und dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SPDI) ausgestattet, ein Standort besitzt sogar eine Tagesklinik (vgl. Thimm 2019, S. 57 ff.).

Sozialarbeitende sind unmittelbar von politischen Entscheidungen betroffen, z.B. sind sie als Einzelfallhelfende (Casemangement) durch das Bundesteilhabgesetz (BTHG) an der Umsetzung der Leistungen beteiligt (vgl. Röh et al. 2022, S. 159 ff.; vgl. Berlin.de, 2022; vgl. BMAS, 2022).

Es ist unter anderem ihre Aufgabe, im direkten Kontakt mit Erkrankten, die sich im Behandlungsrahmen befindlichen Möglichkeiten, mit individuellen Bedürfnissen und Anliegen abzugleichen, anzupassen, Ziele zu setzen und das weitere Vorgehen zu besprechen (vgl. Röh et al. 2022, S. 159 ff.; vgl. BMAS, 2022).

[1] Die Mandatierung in der Sozialen Arbeit besteht aus einem zwei-bzw. dreiteiligen Verhältnis. Erstens agiert die Soziale Arbeit im Auftrag des Staates deren Rechte und Pflichten auszuüben, um gleichzeitig (zweitens) die Interessen der Bürger:Innen zu vertreten und drittens, durch stetige fundierte wissenschaftliche Forschung und Lehre, auf dem neusten Kenntnisstand zu sein, um professionell handeln zu können (vgl. Kraus 2016, S. 21 – 22)

In Berlin findet dieser Auftrag, mit dem Namen: „*Bedarfsermittlung mit dem Teilhabeinstrument Berlin (TIB)*“, bereits Anwendung (Berlin.de, 2022). Diese Form der sozialpolitischen als auch individuellen Unterstützung, kann ein Versuch sein, Betroffene vor struktureller Diskriminierung zu schützen (vgl. Röh et al. 2022, S. 159 ff.).

Weitere Beiträge zur Entstigmatisierung psychisch kranker Personen können nicht nur durch Teilgebiete und Interventionen der Sozialen Arbeit geleistet werden, auch Betroffene und Angehörige selbst, haben die Möglichkeit, sich durch Selbsthilfe aktiv zu engagieren (vgl. Röh et al. 2022, S. 134 f., S. 140 f.).

Selbsthilfegruppen sind Zusammenkünfte von Personen mit ähnlicher oder gleicher mentaler Ausprägung der Erkrankung, bei denen kaum eine Beteiligung von psychiatrisch ausgebildetem Personal oder Sozialarbeitenden vonnöten ist (vgl. Röh et al. 2022, S. 134 f.). Betroffene oder deren Angehörige leiten und führen die Gruppen selbstständig (vgl. Röh et al. 2022, S. 134 f.). Es findet unter anderem ein dynamischer Austausch über den Alltag, individuelles Krankheitserleben und Bewältigung, sowie die eigene Bedeutung von Gesundheit und Krankheit in Gesellschaft statt (vgl. Röh et al. 2022, S. 135). Besonders chronisch psychisch Kranke haben dadurch die Möglichkeit, ihren Leidensdruck zu teilen, Partizipation zu erfahren und Selbstwirksamkeit, abseits der Medikation zu erleben (vgl. Röh et al. 2022, S. 136 f.).

Die Peer-to-Peer – Gruppen sind spezielle Hilfegruppen mit examiniertem Anspruch (vgl. Röh et al. 2022, S. 140 f.). Das Konzept stammt aus der pädagogischen Jugendhilfe und folgt dem Prinzip, dass Betroffene für Betroffene durch eine professionelle (Aus)Bildung ins Hilfesystem integriert werden (vgl. ebd. et al. 2022, S. 140 f.). Dadurch soll ein barrierefreier Zugang und ein Arbeiten mit Erkrankten auf Augenhöhe möglich gemacht werden (vgl. ebd. et al. 2022, S. 140 f.).

Um die Methode in eine qualitative Ausführung anzupassen, entwickelte sich aus dem Peer-to-Peer – Verfahren, der EX – IN – Ansatz, mit der Absicht: „*Psychiatrieerfahrene an der psychiatrischen Versorgung durchgängig zu beteiligen und dafür im Vorfeld zu qualifizieren ...*“ (Röh et al. 2022, S. 140). Konfliktfrei ist die Ausführung der ausgebildeten EX-In Expert:Innen jedoch trotzdem nicht, da sie sich, aufgrund des

Anstellungsverhältnisses in einer Institution, immer wieder mit den Interessen der Einrichtung und die der Klient:Innen konfrontiert sehen (vgl. ebd. et al. 2022, S. 140 f.).

Anfänglich war die Peer-to-Peer Methode kaum umsetzbar, da auch im professionellen Kontext die Vorurteile hartnäckig bestanden, dass Betroffene, vor allem chronisch, psychische Erkrankungen, die Belastungen in einem bestehenden Arbeitsverhältnis kaum bis nicht ausreichend aushalten könnten (vgl. ebd. et al. 2022, S. 140 f.). Nachdem die Befürchtungen sich nicht bewahrheiteten, im Gegenteil sogar einen positiven Effekt für beide Seiten auslösten, wurde diese Technik in die Praxis dauerhaft integriert und hat in der Umsetzung bis heute einen großen Erfolg (vgl. ebd. et al. 2022, S. 140 f.).

Ausschlaggebend für Erfolge oder Misserfolge von psychiatrischer Versorgung sind vielfältig, hängen aber zum großen Teil von den Gegebenheiten, Strukturen und deren Führung, sowie von Verständnis und Umsetzung von sozialen und gesundheitlichen Fachbereichen und von gesellschaftlicher Entwicklung ab (vgl. Mahler et al. 2013, S. 19 ff.). *„In den letzten Jahren wurde der Bedarf an grundlegenden Veränderungen der psychiatrischen Versorgung deutlich, wie es die [hier] aufgeführte Anzahl an [bereits] integrierten [Konzept]modellen [...] zeigt. Auch wir sehen darin die Zukunft der Psychiatrie“* (Mahler et al. 2013, S. 23; vgl. auch ebd. et al. 2013, S. 23 f.).

Das Weddinger Modell, ist ein in Berlin entstandenes psychiatrisches Konzept, welches *„einen Perspektivwechsel in der gängigen stationären psychiatrischen Behandlung“* [anstrebt], *mit dem Ziel, die Individualisierung von Therapie und Genesung in der Psychiatrie zu fördern“* (Mahler et al. 2013, S. 18). Das Weddinger Modell hat sich zum Auftrag genommen, bestehende psychiatrische Gefüge, Verständnis und Handlungsmuster, sowie biomedizinisch geprägte Vermittlung von Krankheit und Gesundheitsauffassung, zu verändern und mehr gesundheitliche Nachhaltigkeit in der psychiatrischen Versorgungslandschaft zu schaffen (vgl. Mahler et al. 2013, S. 20 ff.). Multiperspektivität, dialogische Methoden und ein vielfältiges interdisziplinäres Behandlungsteam sind die Grundbausteine und ist so konzipiert, dass die Bestandteile auf jede psychiatrische Einrichtung angewendet werden können (vgl. Mahler et al. 2013, S. 21). Der Fokus liegt dabei auf stärkebasierten Behandlungscharakter, Stärkung der

Resistivität, sowie Mit- und Selbstbestimmung der Klient:Innen über therapeutische Vorgehensweisen und Entwicklungen (vgl. Mahler et al. 2013, S. 20 ff.).

Es kann festgehalten werden, dass sozialarbeiterische Interventionen im (sozial)psychiatrischen Bereich, als auch in der Politik eine wichtige Unterstützungsfunktion und Mitbestimmungsrelevanz besitzen.

4.3 Ist die soziale Arbeit ein Bindeglied in der Entstigmatisierung psychisch kranker Personen?

Die Soziale Arbeit hat aufgrund ihrer diversen Erscheinungsformen, viele Schnittstellen mit unterschiedlichen Gesellschaftsschichten und Ebenen, als auch zu artverwandten und komplementären Professionen (vgl. Kraus 2016, S. 18 f.). Durch den Alltagsbezug ihrer Klient:Innen, greift sie mit anderen Professionen (Medizin, Psychologie, Soziologie, Erziehungswissenschaften, Rechtswissenschaften etc.) ineinander und kann daher als gesellschaftliches Bindungsstück unter handlungsorientierten Wissenschaften betrachtet werden (vgl. Kraus 2016, S. 19 ff.). Sie erlebt verschiedene Perspektiven und Meinungen zur Stigmatisierung psychischer Erkrankungen z.B. von Betroffenen, Angehörigen, Psychiatricerfahrenen, Professionellen oder der Allgemeinbevölkerung und hat im Umkehrschluss auch die Möglichkeit, in genannten Milieus über Selbst – und Fremdstigmatisierung, stereotype Vorurteile und Einstellungen zu informieren und entstigmatisierende Prozesse in Gang zu setzen (Gühne et al. 2019, S. 60; vgl. Röh et al. 2022, S. 23 ff., S. 142 f.).

Die Soziale Arbeit ist eine wichtige Vertreterin und Bindeglied in der Entstigmatisierung psychisch kranker Personen, da ihr Allroundblick

1. eine Perspektivenvielfalt und Hintergrundverständnis zulässt (vgl. Wagner 2020, S. 43),
2. die, eine große Reichweite und Vernetzung in Gesellschaft und Politik besitzt (vgl. Röh et al. 2022, S. 142 f.),

3. auf kulturelle, politische und soziale Ebenen tätig ist, um Interessen zu vertreten und zwischen Professionen zu vermitteln besitzt (vgl. Röh et al. 2022, S. 142 f.),
4. die erlernten sozialarbeiterischen Methoden und Strategien aus handlungsorientierten Wissenschaften stammen und in allen Gesellschaftsschichten angewendet werden können (vgl. Kraus 2016, S. 21 f.),
5. aufgrund des Doppel – bzw. Tripelmandates einen Anspruch an fundierter Wissenschaft, moderner Disziplin und reflexiver Praxis vertritt (vgl. Kraus 2016, S. 21 f.).

Trotz des professionellen Auftretens, besteht in der Sozialen Arbeit seit vielen Jahren ein innerer Identitätskonflikt (vgl. Gräber 2019, S. 9ff.). Als Schlüsselfigur zwischen staatlichem Auftrag und Interessenvertretung der Bürger:Innen, besteht eine große Debatte, welcher Wissenschaft der Sozialen Arbeit nun zugrunde liegt (vgl. Gräber 2019, S. 9ff.). Entsprungen aus der praktischen Fürsorge, ist sie heute eine angewandte Querschnittswissenschaft, bestehend aus vielen symmetrischen Professionsgebieten und daher ständig auf der Suche nach einem eigenen „*beruflichen Selbstverständnis*“ (Gräber 2019, S. 9; vgl. auch Gräber 2019, S. 9 ff.; vgl. Müller 2013, S. 11 ff.; vgl. Kraus 2016, S. 18ff.). Aufgrund der fehlenden Konkretisierung bedarf es immer wieder Aushandlungsprozesse, was die Gegenstände der Sozialen Arbeit genau sind, bzw., was darunter verstanden wird (vgl. Gräber 2019, S. 9 ff.; vgl. Kraus 2016, S. 18ff.).

Es kann bis hierher festgehalten werden, dass die Wirksamkeit sozialarbeiterischen Handelns in der Arbeit mit psychisch kranken Personen unumstritten ist (vgl. Röh et al. 2022, S. 140 ff.; vgl. Mahler et al. 2013, S. 19 ff.). Die Soziale Arbeit ist unter anderem eine Gesellschaftswissenschaft (vgl. Gräber 2019, S. 9 ff.). Eine Gesellschaft ist nicht starr, sondern ständigem Wandel, Wachstum und Veränderung unterlegen, darum benötigt ein prozesshafte Entwicklung auch eine dynamische Wissenschaft und Praxis (vgl. Gräber 2019, S. 9 ff.; vgl. Kraus 2016, S. 18ff.). Deshalb kann die Soziale Arbeit „*in ihren Grundzügen also immer [als] Forschungsarbeit*“ betrachtet werden (vgl. Gräber 2019, S. 26).

5. Fazit

Stigmatisierung und Diskriminierung sind sozial konstruierte Phänomene, die sich durch Sozialisationsprozesse und Wertevermittlung, vor allem im sozialen Nahfeld, entwickeln und ausprägen. Vorurteilsbehaftete Einstellungen, Stereotypisierungen, Kategorisierung, Selbst – und Fremdstigmatisierung und Diskriminierung sind Erscheinungsformen von Stigmatisierung und treten in allen Gesellschaftsschichten auf. Besonders aber dort, wo starke soziale Ungleichheiten zu spüren sind.

Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden gesellschaftlich abgelehnt, ausgegrenzt und erfahren strukturelle Benachteiligung, besonders in Wohn- und Arbeitskontexten, als auch in der Gesundheitsversorgung.

Auch wenn Stigmatisierung und Diskriminierung, Funktionen und Ursachen besitzen, die mit Identitätskonfliktvermeidung, Fremdenangst und Systemstabilisierung begründet werden könnten, so helfen diese, Prozesse zu verstehen, berechtigen aber nicht zur Umsetzung von Benachteiligung, Ablehnung bzw. stigmatisierendem Verhalten.

Denn die Folgen für Betroffene und deren Angehörigen haben weitreichende bis existenzgefährdende Konsequenzen. Aufgrund der erlernten Rollenverteilung und daraus resultierendes bekannte Verhalten jeder Rolle, wird sogar erwartet, dass sich psychisch kranke Personen auffällig und nonkonform verhalten. Werden die Rollen erwartungsgemäß erfüllt, bestätigt das das konditionierte Bild und das folgende Verhalten der Ablehnung. Werden die Rollen nicht erfüllt, besteht genauso eine Unsicherheit und Ablehnung. In beiden Fällen führt dieses Dilemma zur Vermeidung von gegenseitigem Kontakt, wobei gerade der Kontakt zum Rückgang von Stigmatisierung und Diskriminierung verhilft. Des Weiteren führen die Folgen zu Kontaktabbruch, Vermeidung von medizinischen und pädagogischen, sozialarbeiterischen Interventionen. Symptome verschlimmern sich und die Folgen reichen von Arbeits- und Wohnungslosigkeit, Drogenabhängigkeit, Beschaffungskriminalität bis hin zum Suizid. Die Stress- und Symptombelastungen nehmen in allen Lebensbereichen erheblich zu, Hilfe zu suchen bedeutet auch die Kraft und Überwindung dafür aufbringen zu können, woran viele Betroffene aber scheitern.

Für sozialarbeiterische niedrigschwellige Angebote bedeutet das, dass vor allem chronisch psychisch Kranke Behandlungen verweigern und aus Angst vor Ablehnung und Benachteiligung Hilfestellungen vermeiden. Diese Tatsache ist ein großes Problem, da psychisch kranke Personen so nicht präventiv versorgt werden können, bzw. im schlimmsten Fall erst dann, wenn ein ungewollter Kontakt zur Allgemeinbevölkerung durch Selbst- oder Fremdgefährdung entsteht. Die folgenden Interventionen sind häufig traumatisierend und gewaltbelastet, da auch polizeilicher Einsatz und Zwangshandlungen nötig sind.

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal festhalten, dass die Entstehung, als auch die Folgen von Stigmatisierung und Diskriminierung gesellschaftlich konstruiert sind und für die Betroffenen, als auch für die gesamtgesellschaftliche Gesundheits- und die Beschäftigungsversorgung ein enormer sozioökonomischer Druck bedeutet.

Die Allgemeinbevölkerung hat kaum Schnittstellen zu psychisch kranken Personen, die nicht im sozialen Umfeld mittelbar oder unmittelbar betroffen sind. Lediglich durch mediale Berichterstattungen erfahren unbeteiligte Menschen einen Zugang zu psychischen Erkrankungen. Häufig fehlt es in der Allgemeinbevölkerung an wichtigem Hintergrundwissen, wie z.B. Umgang und Begleitung im Alltag oder der Weg und Möglichkeiten der Hilfestellungen. Bekannt ist oft nur der Gang zum Fachpersonal, wie z.B. Psychiater:Innen und/oder Psychologen:Innen bzw. die Verschreibung von Medikation. Die Betrachtung des sozioökonomischen Status oder die Hürden der Gesundheitsleistungen im Versorgungssystem werden außer Acht gelassen

Medien zeichnen ein verzerrtes, angstbesetztes, unrealistisches Bild von psychischer Erkrankung und daraus resultierendem Verhalten. Auch die inadäquate Nutzung von psychiatrischen Begriffen in Berichterstattungen, die leidvolle Symptomatiken beschreiben und die zur Darstellung von etwas folgewidrig oder fehlerhaft genutzt werden, verschärft Stereotype und Vorurteile über psychische Erkrankungen und hinterlässt falsche Annahme. Betroffene werden entpersonalisiert, verlieren ihren Wert als Mensch und werden artfremd gemacht, diskriminiert, marginalisiert und schließlich aus der Gesellschaft exkludiert. Deshalb ist es wichtig, das journalistische Personal, zu

psychischen Erkrankungen und Stigmatisierungen, zu schulen und über Risiken und Nebenwirkungen von *riskanten Berichterstattungen* aufmerksam zu machen.

So könnten die ermittelten Forschungsergebnisse zur Messbarkeit stigmatisierender Berichterstattung, aus der Germanwings-Studie, die in dieser Arbeit vorgestellt wurde, genutzt und auf andere Bereiche ausgeweitet werden. Tatsachenberichte könnten so auf reißerische und unsachgemäße Darstellungen untersucht, ggf. hingewiesen und durch entstigmatisierenden Fakten ergänzt werden. Betroffene, Angehörige, Psychiatrieinteressierte und psychiatrisches Fachpersonal bzw. geschultes Personal, könnten Hand in Hand mit medialen Unternehmen arbeiten und sich für eine öffentliche Entstigmatisierung einsetzen. Medien besitzen eine verantwortungsvolle Aufgabe und beträchtliche Reichweite in Berichterstattungen und somit eine mittelbare Verpflichtung zur medialen Entstigmatisierung psychisch kranker Personen.

Ob bei klinischen Behandlungen oder in der gesellschaftlichen Teilhabe, der Blick richtet sich oft auf Defizite, selten auf die Ressourcen von Betroffenen. Nicht selten berichten psychisch kranke Personen nicht ernst genommen, bevormundet oder auch bemitleidet zu werden. Menschen mit psychischer Erkrankung werden durch ihre Beschwerden definiert und internalisieren dieses Bild von sich selbst, obwohl das Individuum aus viel mehr Facetten besteht.

Medial, stigmatisierende Berichterstattungen, als auch die Einschätzung des klassischen biomedizinischen Modells zu psychischer Krankheit, befeuert die Opferperspektive zu Betroffenen und lässt kaum ein Autonomieverständnis derer zu. Die Vollständigkeit zur Erklärung von psychischen Erkrankungen legt den Fokus lediglich auf physische und biochemische Zusammenhänge des Körpers, statt auf eine ganzheitliche Betrachtung und Einbezug des sozialen Umfeldes. Das duale Verständnis des biomedizinischen Krankheitsmodells, lässt keine anderen Variablen als krank oder nicht krank und demzufolge auch kaum eine andere Behandlungsperspektive zu. Im Umkehrschluss und im Zusammenhang mit gesellschaftlichen, klerikalen, konservativen Werten, bedeutet das eine Gute oder Schlecht - Perspektive, welche sich in der Allgemeinbevölkerung als Schwarz-Weiß-Schema kenntlich macht.

Wie in dieser Arbeit bereits mehrmals erwähnt, ist eine Mehrfachperspektive auf psychische Erkrankungen nötig, sowie die Verknüpfung bestehender Angebote mit modernen Konzepten, um eine beständige Genesung zu generieren. Daher ist eine Annäherung und Stärkung der biomedizinischen Sicht und psychosozialen Betrachtung von psychischen Erkrankungen notwendig, um die Komplexität der gesellschaftlichen Strukturen gerecht zu werden und dahingehend eine diverse, angemessene und möglichst breitgefächerte Behandlungsspielräume zu schaffen.

Neben der psychosozialen Betrachtung, sozialpsychiatrischer Versorgung und sozialarbeiterischen Angeboten, könnte das biomedizinische Verständnis von psychischen Erkrankungen als vierter Grundpfeiler in der psychiatrischen Versorgungslandschaft betrachtet werden. Die körperlichen und organischen Aspekte mentalen Leidens könnten so im stetigen Zusammenspiel mit Umwelteinflüssen beobachtet und ggf. interveniert werden. Wegen der großen Reichweite und Verbreitung, müsste das biomedizinische Krankheitsmodell seine Vermittlung- und Kooperationsposition, neben beispielsweise Pharmakonzernen, viel weiter ausbauen und dazu verpflichtet werden, mindestens ein oder mehrere psychosoziale, sozialpsychiatrische oder sozialarbeiterische Angebote zu rezeptieren.

Um psychische Erkrankungen zu entstigmatisieren, bräuchte es generell einen gesamtgesellschaftlichen, veränderten Blick auf psychische Erkrankung und Hilfsangebote. Denn nicht selten herrscht noch immer eine schambesetzte Stimmung, sowohl von Nichtbetroffenen als auch von Betroffenen, darüber, Hilfen im psychiatrischen Bereich in Anspruch zu nehmen, bzw. überhaupt über persönliche Beschwerden zu sprechen. Auch gesellschaftlich wird oft nur eine Art von Erkrankungen und Behinderungen akzeptiert und legitimiert, nämlich die, die offensichtlich sind, wie z.B. ein Beinbruch oder eine Körperbehinderung. Fest steht, wenn mit psychischen Leiden und Erkrankungen gesellschaftlich so umgegangen würde, wie mit physischen Beschwerden, gäbe es mehr kollektives Verständnis und weniger Stigmatisierung und Diskriminierung. Neben Anti-Stigma-Programmen in Form von Kontakt, Erfahrungsberichten, schulische als auch öffentliche Anti-Stigmaarbeit, digitalen, als auch analogen Kampagnen, bräuchte es eine gesellschaftliche Veränderungsmotivation und

Offenheit zu alternativen Konzepten, neben den klassischen Kenntnissen, wie Verwahrung und Medikation.

Wir leben in einer Gesellschaft, in der stetige Selbstoptimierung und Leistungssteigerung vermeintlichen Erfolg suggerieren. Der gesellschaftliche Druck wächst immer weiter, dass die Zunahme von psychischen Erkrankungen eine logische Konsequenz daraus sein muss. In Anbetracht dieser Entwicklung, ist es umso wichtiger zu verstehen, dass wir trotz des Optimierungsgedankens in einer Gemeinschaft leben, die Stigmatisierung und Diskriminierung produziert, aber gleichzeitig soziale Ungleichheit und Benachteiligung durch festgesetzte Normen wie z.B. das Bundesteilhabegesetz (BTHG), der UN – Behindertenrechtskonvention oder das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG), ablehnt. Eine Gesellschaft, in der diese rechtlichen Bedingungen einen Handlungsrahmen vorgeben, aber durch die deutsche Bevölkerung kaum verstanden und umgesetzt wird, wer nicht selbst davon betroffen ist oder durch Bildung oder Eigeninteresse damit in Berührung kommt. Ein gesellschaftliches Dilemma, was die Menschen konkurrierend um Ressourcen (z.B. Wohnraum) auseinandertreibt, sozialökonomisches Unverständnis (Lohnarbeit gegen Sozialhilfeleistungen) schafft und somit Stigmatisierung und Diskriminierung eher befeuert als abbaut.

Viele innovative, antistigmatische Konzepte, wie z.B. das Weddinger Modell, dialogische und Peer-to-Peer Ansätze, sowie psychosoziale Beratung, existieren bereits, sind in der Allgemeinbevölkerung aber noch nicht angekommen. Gründe dafür sind vielfältig, häufig aber aufgrund von Unwissen von Allgemeinmediziner: Innen, mangelnde Finanzierbarkeit der individuellen Gesundheitsleistungen, individuelle Ablehnung von Hilfen aus Angst vor Selbst- und Fremdstigmatisierung oder fehlende präventiver Hilfeleistungen.

Unsere Gesellschaft wird immer komplexer, Probleme und Lösungen lassen sich nicht mehr nur durch einzelne Variablen bestimmen, sondern benötigen eine viel umfassendere Betrachtung. Die Psychotherapeutin und Oberärztin der Charité in Berlin und Gründerin des Weddinger Modells, Lieselotte Mahler, fasst die psychiatrischen Herausforderungen einer wandelnden Gesellschaft im folgenden Zitat sehr gut zusammen:

„Dies erfordert einen Perspektivwechsel und zieht grundlegende Veränderungen der klinischen Praxis und Stationsstrukturen nach sich [...]. Spätestens seit der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit [...] Behinderungen von 2006 [...] sind psychiatrische Modelle gefordert, die grundlegende Rechte wie Selbstbestimmung, Barrierefreiheit, Partizipation, Inklusion und Chancengleichheit für Menschen mit psychischen Erkrankungen berücksichtigen [...]“ (Mahler et al. 2013, S. 22 – 23). Es benötigt eine „Anpassung der Strukturen an die Bedürfnisse und nicht die Anpassung der betroffenen Personen an die Strukturen“ (Mahler et al. 2013, S. 23).

Die Profession der Sozialen Arbeit hat als Gegenstand nicht nur soziale Probleme, sondern ist eine essenzielle Antwort auf soziale Konflikte. Deshalb müsste sie einen viel wichtigeren Stellenwert und größere Handlungsbefugnis in der Gesellschaft und in der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen bekommen. Die Funktionen und Aufgaben der Sozialen Arbeit sollten viel mehr genutzt werden, um eine weitere und schnellere Vernetzung und Vermittlung von Hilfsangeboten und Behandlungsmöglichkeiten für psychisch Kranke zu gewährleisten, als auch über Missstände und Ungleichheiten hinzuweisen und aufzuklären.

Zwar besteht innerhalb der sozialen Arbeit ein Identitätskonflikt, wer genau diese sozialen Probleme definiert und was diese ausmacht. Jedoch würde sich dieser Zwiespalt auflösen, wenn die soziale Arbeit mehr gesellschaftliches Gehör bekommen würde. So hätte sie die Möglichkeit sich zu anderen Professionen z.B. Erziehungswissenschaften, Soziologie oder Psychologie abzugrenzen und ihren Standpunkt klarzumachen. Durch eine größere gesellschaftliche Achtung könnte sie nicht nur auf soziale Probleme reagieren, was die kritische Soziale Arbeit an der sozialen Arbeit stark kritisiert. Es würde ihr auch leichter fallen, sich stärker zu vernetzen und aktiv gegen soziale Konflikte etwas zu unternehmen. Ich sehe die Praxisorientiertheit der Sozialen Arbeit nicht als ein Problem, wie es ältere Wissenschaften bewerten, sondern eher als einen prozesshaften Gewinn. Gerade weil die Soziale Arbeit noch eine sehr junge Wissenschaft ist, profitiert sie von neuesten wissenschaftlichen, fundierten Erkenntnissen und hat ein hohes Entwicklungspotenzial.

Der Wandel der Gesellschaft fordert eine Flexibilität, Anpassungsfähigkeit, Reflexion, Diversität und Mut zur Veränderung. Eigenschaften, die die Soziale Arbeit bietet, denn dynamische Prozesse benötigen eine dynamische Forschung, Lehre und vor allem auch eine dynamische und flexible Praxis. Gesellschaftliche Veränderungen benötigen eine Profession, die auf Wechselhaftigkeit nicht nur theoretisch, sondern aufgrund ihrer diversen Erfahrungen auch praktisch reagieren kann und durch konzeptionelle Innovationen eine zusätzliche Resonanz bildet.

Ein Umdenken hängt nicht nur von sozialarbeiterischen Aufklärungsversuchen, Angeboten, einzelnen Institutionen ab oder ist alleinige Sache der Bildung und Politik, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die in jedem einzelnen Kopf beginnen muss.

Die Erscheinungsformen sind kognitiv gesteuerte Phänomene, die durch Lernprozesse beeinflussbar und veränderbar sind, deshalb muss im Kindesalter angefangen werden, den Wertekompass so zu stellen, dass Andersartigkeit nicht mit Ablehnung, sondern z.B. mit Neugier begegnet wird. Dabei liegt es schon in der Verantwortung der Eltern, Lehrenden, Auszubildenden, Vermietenden, ÄrztInnen, Sozialarbeitenden und jedes Mitglied der Gesellschaft, zu reflektieren, welchen Einstellungen und Überzeugungen diese im Alltag vertreten, ob und wo stigmatisierendes und diskriminierendes Verhalten gelebt werden und welche Konsequenzen eigenes Handeln mit sich bringen.

Für diese Arbeit kann festgehalten werden, dass die Entstigmatisierung in Bevölkerung und der Sozialen Arbeit eine eigene Biographiearbeit und Reflexionsfähigkeit des eigenen Verhaltens fordert, um grundlegende gesellschaftliche Veränderung im Umgang und Perspektiven zu psychischen Erkrankungen und deren Betroffenen zu bewirken. Es stellt sich daher nicht die Frage, wie Stigmatisierung, Stereotype, Vorurteile, Kategorisierungen oder Diskriminierung abgeschafft bzw. sanktioniert werden sollen, sondern wie diese zunächst abgebaut und transformativ erlebbar gemacht werden können.

Bezüglich des Umfangs der Arbeit muss auf weiterführende Inhalte verzichtet werden. Weitere bedeutungsvolle Bereiche wie Stigmatisierung und Diskriminierung in der Jugend und bei Menschen mit Migration können nicht mit einbezogen werden. Die Arbeit dient als kurzer Überblick über das aktuelle Forschungsfeld von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Personen in der heutigen Gesellschaft.

Auch wenn die praktischen Erfolge in der sozialen Arbeit für betroffene Klient:Innen maßgeblich und erprobt sind, hat sie jedoch noch Schwächen in der quantitativen Belegbarkeit der Ergebnisse, was für eine geachtete Profession maßgeblich ist.

Um die Eingangsfrage noch einmal aufzugreifen und zu beantworten, ist es der deutschen Bevölkerung noch nicht möglich, Stigmatisierung aufzulösen. Die sozioökonomischen Unterschiede sind zu groß, die sozialmarktwirtschaftlichen Strukturen zu starr, die gesundheitliche Versorgung bietet zu viele Hürden und das allgemeine Verständnis von Krankheit und Gesundheit ist zu einseitig, dass eine nachhaltige und konstante Veränderung im kollektiven Bewusstsein bewirkt werden könnte.

Abschließend kann genannt werden, dass die Soziale Arbeit eine vermittelnde und aufklärende Rolle in der Entstigmatisierung psychisch kranker Personen in der heutigen Gesellschaft darstellt. Dieser Standpunkt ist eine günstige Position, um konzeptionelle Ansätze für Anti-Stigmaarbeit zu leisten. Gleichzeitig ergibt sich so die Chance auf soziale Probleme nicht nur zu reagieren, sondern aktiv dagegen vorzugehen und somit wieder ein Stück an der eigenen professionellen Autorität zu arbeiten, um eines Tages als versorgender Grundpfeiler im Gesundheitssystem zu existieren.

Eine weiterführende Frage könnte daher lauten: Wie könnte ein Entstigmatisierungskonzept in der psychosozialen Sozialarbeit aussehen?

6. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Textpassagen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Leipzig, 29.12.2022

Name (Unterschrift)

7. Literaturverzeichnis

- Angermeyer, Matthias C. (2004): Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft, in: *Psychiatrische Praxis*, Georg Thieme Verlag KG, Bd. 31, S. 246–250, [online] doi:10.1055/s2004-828477
- Aydin, Nilüfer/Katrin Fritsch (2015): Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten, in: *Psychotherapeut*, Springer Science and Business Media LLC, Bd. 60, Nr. 3, S. 245–257, [online] doi:10.1007/s00278-015-0024-9.
- Berlin.de (2022) - Bedarfsermittlung mit dem Teilhabeinstrument Berlin (TIB) -: [online] <https://www.berlin.de/sen/soziales/besondere-lebenssituationen/menschen-mit-behinderung/eingliederungshilfe-sgb-ix/bedarfsermittlung-tib/> [abgerufen am 11.12.2022].
- Bildung, Bundeszentrale Für Politische (2022): Die Rollentheorie, bpb.de, [online] <https://www.bpb.de/lernen/angebote/grafstat/krise-und-sozialisation/240816/die-rollentheorie/> [abgerufen am 03.11.2022].
- BMAS - Arbeitslosengeld II (2022): www.bmas.de, [online] <https://www.bmas.de/DE/Arbeit/Grundsicherung-Arbeitslosengeld-II/Arbeitslosengeld-II/arbeitslosengeld-2.html> [abgerufen am 19.10.2022].
- BMAS - Bundesteilhabegesetz (2020): www.bmas.de, [online] <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/bundesteilhabegesetz.html> [abgerufen am 26.10.2022].
- Bundesagentur für Arbeit (2022): ALG II: Rechte, Pflichten, Minderungen – [online] <https://www.arbeitsagentur.de/arbeitslosengeld-2/rechte-pflichten-minderungen> [abgerufen am 30.10.2022].
- Bundesverfassungsgericht (2022): Presse - Sanktionen zur Durchsetzung von Mitwirkungspflichten bei Bezug von Arbeitslosengeld II teilweise verfassungswidrig [online] <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2019/bvg19-074.html> [abgerufen am 30.11.2022].
- Brake, Roland/Ulrich Deller (2014): *Soziale Arbeit: Grundlagen für Theorie und Praxis*, 1. Aufl., UTB GmbH.
- Franke, Alexa (2012): *Modelle von Gesundheit und Krankheit: Lehrbuch Gesundheitswissenschaften.*, 3., überarb. u. erw., Hogrefe AG.

- Gräber, Doris (2019): *Flüchtlingssozialarbeit im Kontext von Krankheit und Behinderung: Eine qualitative Studie zum professionellen Selbstverständnis von Sozialarbeitenden*, 1. Aufl. 2020, Springer VS.
- Gühne, Uta/Stefan Weinmann/Steffi Riedel-Heller/Thomas Becker (2019): *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*, New York, Vereinigte Staaten: Springer Publishing.
- Helmchen, H. (2012): Anmerkungen zur Sprache des Psychiaters und Stigmatisierung psychisch Kranker, in: *Der Nervenarzt*, Springer Science and Business Media LLC, Bd. 84, Nr. 3, S. 334–339, [online] doi:10.1007/s00115-012-3519-4.
- Herwig-Lempp, J. (2022). *Systemische Sozialarbeit: Haltungen und Handeln in der Praxis*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hormel, Ulrike (2010): *Diskriminierung: Grundlagen und Forschungsergebnisse (German Edition)*, 2010. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hosemann, Wilfried/Wolfgang Geiling (2013): *Einführung in die Systemische Soziale Arbeit*, 1. Aufl., UTB GmbH.
- humanrights.ch (o. D.): Formen der Diskriminierung – [online]<https://www.humanrights.ch/de/ipf/menschenrechte/diskriminierung/diskriminierungsverbot-dossier/juristisches-konzept/formen-der-diskriminierung/> [abgerufen am 24.10.2022].
- ICD-10-GM-2022: F00.-* Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-+) - [icd-code.de](https://www.icd-code.de/icd/code/F00.-*.html) (o. D.): [online] https://www.icd-code.de/icd/code/F00.-*.html [abgerufen am 12.11.2022].
- Kraus, Björn (2016): Was ist Soziale Arbeit? Zur internationalen Definition und nationalen Bestimmungsversuchen, in: *Forum Sozial*, Nr. 2, S. 18–23.
- Mahler, Lieselotte/Ina Jarcho/Jádi/Christiane Montag/Jürgen Gallinat (2013): *Das Weddinger Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext (Fachwissen)*, 1. Aufl., Psychiatrie-Verlag.
- Müller, Wolfgang (2013): *Wie Helfen zum Beruf wurde: Eine Methodengeschichte der Sozialen Arbeit*, Weinheim, Deutschland: Beltz Verlag.
- Oexle, N./N. Rüschi (2017): Stigma – Risikofaktor und Konsequenz suizidalen Verhaltens, in: *Der Nervenarzt*, Springer Science and Business Media LLC, Bd. 89, Nr. 7, S. 779–783, [online] doi:10.1007/s00115-017-0450-8.

Paul, Karsten (o. D.): Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit, FAU Friedrich-Alexander-Universität Erlangen - Nürnberg [abgerufen am 15.11.2022]

Röh, Dieter/Elisabeth Schreieder/Rudolf Bieker (2022): *Sozialpsychiatrie als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit (Grundwissen Soziale Arbeit, 44, Band 44)*, 1. Aufl., W. Kohlhammer GmbH.

SächsPsychKG (o. D.): REVOsax Landesrecht Sachsen - Sächsisches Psychisch-Kranken-Gesetz –: [online] <https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/2015-Saechsisches-Psychisch-Kranken-Gesetz> [abgerufen am 22.11.2022].

Schöny, Werner (2017): *Sozialpsychiatrie – theoretische Grundlagen und praktische Einblicke: eBook inside*, 1. Aufl. 2018, Springer.

Schmidt, Annika (2014): *Die Verletzung psychischer Integrität: Die soziale Ausgrenzung von Menschen mit Behinderung und psychischer Krankheit*, 1. Aufl., disserta Verlag.

Stadt Leipzig, (2022) Beratungsangebote für Menschen mit psychischen Problemen [online] <https://www.leipzig.de/jugend-familie-und-soziales/gesundheit/psychiatrische-und-psychosoziale-hilfe/beratungsangebote-fuer-menschen-mit-psychischen-problemen> [abgerufen am 07.12.2022].

Thimm, J. (2019). *Sozialpsychiatrie in Leipzig Von der psychiatrischen Fürsorge der DDR bis zur Sozialen Arbeit der Gegenwart* [Masterarbeit]. Hochschule Fulda Fachbereich: Sozialwesen Soziale Arbeit im Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie.

UN-Behindertenrechtskonvention [Praetor Intermedia] (o. D.): UN-Behindertenrechtskonvention - Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, UN-Behindertenrechtskonvention,[online] <https://www.behindertenrechtskonvention.info/>.

von Heydendorff, Steffen/Harald Dreßing (2016): Mediale Stigmatisierung psychisch Kranker im Zuge der „Germanwings“-Katastrophe, in: *Psychiatrische Praxis*, Georg Thieme Verlag KG, Bd. 43, Nr. 03, S. 134–140, [online] doi:10.1055/s-0042-101009.

Wagner, Elisabeth (2020): *Praxisbuch Systemische Therapie (Leben Lernen, Bd. 313): Vom Fallverständnis zum wirksamen psychotherapeutischen Handeln in klinischen Kontexten*, 1. Aufl. 2020, Klett-Cotta.

