

Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis

Im Rahmen des Antistigma-Projekts

Entwicklung und Umsetzung einer Strategie zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen

des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit



Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf
Dipl.-Pol. Wiebke Ahrens MA, Berlin
Dipl.-Psych. Pia Schlamann, Düsseldorf



Juli 2010

Korrespondenzadressen

Wolfgang Gaebel, Pia Schlamann
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
LVR Klinikum
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf
Tel.: +49 211 922 2000
Fax: +49 211 922 2020
E-Mail: wolfgang.gaebel@uni-duesseldorf.de

Wiebke Ahrens
Aktionsbündnis Seelische Gesundheit
Reinhardtstr. 14
10117 Berlin
Tel.: +49 30 240 477 214
Fax: +49 30 240 477 229
E-Mail: koordination@seelischegesundheits.net
URL: Internet: www.seelischegesundheits.net

Inhalt

Inhalt	
1 Einleitung	4
2 Antistigma-Forschung – Erkenntnisse aus internationalen Publikationen	6
2.1 Theorien zur Entstehung von Stigma und abgeleitete Interventionsansätze	6
2.2 Wirkfaktoren zur Reduktion der Stigmatisierung von Minderheiten	9
2.3 Wirkfaktoren zur Reduktion der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	10
2.3.1 Erkenntnisse aus Übersichtsartikeln	10
2.3.2 Erkenntnisse aus der Interventionsforschung	13
2.4 Schlussfolgerungen	18
3 Interventionen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen weltweit – Ergebnisse internationaler Literatur	20
3.1 Antistigma-Interventionen weltweit	21
3.2 Analyse einzelner Zielgruppen	28
3.3 Analyse einzelner Interventionsarten	37
3.4 Best-Practice-Interventionen	39
3.5 Schlussfolgerungen	42
4 Interventionen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage	44
4.1 Antistigma-Interventionen in Deutschland	44
4.2 Schlussfolgerungen	51
5 Bedarfsanalyse zu themen- und zielgruppenbezogenen Antistigma- Interventionen: Ergebnisse aus Forschung und Befragungen von Vertretern der Selbsthilfeverbänden sowie von Betroffenen	53
5.1 Wahrnehmung von Stigmatisierung und Diskriminierung durch die Betroffenen	53
5.2 Erfahrungen und Empfehlungen der Selbsthilfeverbände	55
5.3 Empfehlungen aus der Sicht von Betroffenen	60
5.4 Schlussfolgerungen	65
6 Zusammenfassung: Empfehlungen für die Konzeption und Umsetzung von Antistigma-Interventionen	67
7 Modellprojekte	71
7.1 Modellprojekt 1: „Medienberichterstattung ohne Tabu, Sensation und Vorurteil“	72
7.2 Modellprojekt 2: „Prävention und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in Unternehmen“	73
7.3 Modellprojekt 3: „Betroffene stärken, Stigmatisierung in der psychiatrischen Versorgung vermeiden“	74
8 Danksagung	75
9 Anhang	76
Anhang 1 Fragebogen zur Erfassung von Interventionen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in Deutschland	77
Anhang 2 Konzept zur Umsetzung der Fokusgruppen	79
Anhang 3 Interviewleitfaden Verbändeinterview	81
Anhang 4 Mitgliederliste des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit	83
10 Literaturverzeichnis	85

1 Einleitung

Jeder dritte bis vierte Deutsche erkrankt im Laufe seines Lebens an einer psychischen Störung. Dennoch sind psychische Erkrankungen ein Tabu in unserer Gesellschaft und mit Diskriminierung und Stigmatisierung in der Schule, am Arbeitsplatz, in der Familie und im Freundeskreis verbunden. Stereotype über psychische Krankheiten sind in der Allgemeinbevölkerung weit verbreitet, zu psychisch erkrankten Menschen wird im allgemeinen Distanz hergestellt, über eigene seelische Erkrankungen nicht gesprochen. Obwohl das Thema seelische Gesundheit seit einiger Zeit eine immer zentralere Bedeutung in der politischen und gesellschaftlichen Debatte bekommt, so z.B. im Zusammenhang mit dem Europäischen Pakt zur psychischen Gesundheit (2008) und den WHO- und EU-Konferenzen zur seelischen Gesundheit am Arbeitsplatz, ist die Diagnose „psychisch krank“ noch immer mit einem Stigma versehen, das gravierende Folgen für die Betroffenen hat. Es schadet dem Selbstwertgefühl und den sozialen Netzwerken, verschlechtert den Krankheitsverlauf und reduziert die Lebensqualität. Zugleich ist es der Früherkennung psychischer Erkrankungen abträglich und damit auch der Prävention schwerer psychischer Störungen. Vor diesem Hintergrund werden in Deutschland seit ca. fünf Jahren von verschiedenen Institutionen und Organisationen Antistigma-Projekte durchgeführt. Diese Projekte fokussieren insgesamt auf einige wenige Zielgruppen, sind häufig nicht breitenwirksam implementiert und nur zum Teil auf ihre Wirksamkeit hin geprüft worden – häufig unter Verwendung mangelhafter Evaluationsmethoden. Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Antistigma-Projekts des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit soll diesen Defiziten begegnet werden. Vorgesehen ist die Umsetzung einer wissenschaftlich fundierten und evaluierten Intervention in einem relevanten Bereich mit dem Ziel einer nachhaltigen Reduktion von Stigma und Diskriminierung auf Grund psychischer Erkrankung in unserer Gesellschaft.

Der Konzeption der geplanten Maßnahme geht eine wissenschaftliche Analyse voraus, die im Folgenden zusammenfassend dargestellt wird. In der Analyse werden der aktuelle Forschungsstand zu den Wirkfaktoren von Antistigma-Maßnahmen sowie international durchgeführte Antistigma-Projekte erfasst und durch eine Auswertung bisher nicht erfasster in Deutschland durchgeführter Maßnahmen sowie eine Bedarfsanalyse unter Betroffenen und deren Angehörigen ergänzt. Hierzu werden zunächst die Ergebnisse der aktuellen Grundlagen- und Interventionsforschung im Bereich Stigma ausgewertet (Kapitel 2). Mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche wird eine Übersicht über die Umsetzung von Antistigma-Maßnahmen auf internationaler Ebene erstellt und im Hinblick auf die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen analysiert. Dies dient dazu, besonders erfolgreiche und nachhaltige Strategien zu identifizieren, sowie zu ermitteln, welche Zielgruppen in der Antistigma-Arbeit bereits umfassend berücksichtigt werden und welche bisher zu wenig Beachtung finden (Kapitel 3). Die in Kapitel 3 dargestellten Antistigma-Maßnahmen unterscheiden sich von der in Kapitel 2 analysierten Interventionsforschung vor allem durch ihre Zielsetzung: Während die Interventionsforschung im Rahmen von Studiensettings die Wirkfaktoren von Strategien zur Bekämpfung des Stigmas erst identifizieren will, ist das Ziel der Antistigma-Maßnahmen die Bekämpfung des Stigmas psychischer Krankheit an sich. Erstmals werden auch die in Deutschland umgesetzten, jedoch nicht im Rahmen wissenschaftlicher Publikationen veröffentlichten Maßnahmen zur Aufklärung und Entstigmatisierung

psychischer Erkrankungen mit Hilfe eines Fragebogens erfasst und ausgewertet, um ein umfassendes Bild der aktuellen Antistigma-Landschaft in Deutschland zu gewinnen (Kapitel 4) und dieses im Rahmen der Konzeption und Umsetzung der geplanten Maßnahme des Aktionsbündnisses zu berücksichtigen. Dieser Untersuchung der aktuellen Praxis in der Antistigma-Arbeit wird schließlich eine Bedarfsanalyse gegenübergestellt, mit deren Hilfe der Bedarf an themen- und zielgruppenbezogener Antistigma-Arbeit in Deutschland aus Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen erfasst wird (Kapitel 5). Unter Einbeziehung der Grundlagen- und Interventionsforschung ergeben sich daraus Schlussfolgerungen für die Konzeption und Umsetzung wirksamer künftiger Antistigma-Maßnahmen in Deutschland (Kapitel 6). Abschließend werden drei Modellprojekte skizziert (Kapitel 7), von denen eines im Rahmen des Antistigma-Projekts des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit umgesetzt werden soll.

2 Antistigma-Forschung – Erkenntnisse aus internationalen Publikationen

Die Antistigma-Forschung, d.h. die wissenschaftliche Beschäftigung mit den Ursachen der Entstehung von Stigmatisierung und Vorurteilen sowie mit der Ermittlung erfolgreicher Strategien zur Bekämpfung von Stigmatisierung ist eine verhältnismäßig junge Disziplin. Als erstes wissenschaftliches Werk im Bereich Stigma gilt das Buch von Goffmann aus dem Jahr 1963 („Stigma: notes on the management of spoiled identity“). Erste Forschungsstudien über Strategien zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen stammen aus den 70er Jahren.

Zur Erfassung des aktuellen Stands der Grundlagen- und Interventionsforschung im Bereich Antistigma wurden verschiedene wissenschaftliche Publikationen analysiert:

- Theorien zur Entstehung von Stigmatisierung und Vorurteilen. Diese erläutern, wie Stigma aus sozialpsychologischer Sicht entsteht und welche Interventionsansätze aus diesen Erklärungsansätzen ableitbar sind (Kap. 2.1 & 2.2).
- Übersichtsartikel¹ im Bereich „Interventionen zur Reduktion von Stigmatisierung“ sowohl allgemein in Bezug auf somatische Erkrankungen (z.B. HIV/AIDS) oder ausgegrenzte Minderheiten (z.B. Schwarze, Homosexuelle) als auch bezogen auf seelische Erkrankungen (Kap. 2.3.1).
- Interventionsforschungsstudien² aus dem Bereich „Stigma psychischer Erkrankungen“. Diese verfolgen den Zweck, Strategien zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen (Kap 2.3.2).

2.1 Theorien zur Entstehung von Stigma und abgeleitete Interventionsansätze

Unterschiedliche Ansätze zur Erklärung und Reduktion von Vorurteilen und Stigmatisierung werden häufig anhand der Ebene, auf der sie angesiedelt sind, unterschieden (Paluck & Green, 2009; Heijnders & van der Meij, 2006; Wagner et al., 2002; Wagner & Farhan, 2008). In Anlehnung an die Kategorisierung von Wagner et al. wird heute zwischen Ansätzen auf individueller (sog. Mikro-Ebene), interpersoneller oder intergruppaler Ebene (sog. Meso-Ebene) und gesellschaftlicher Ebene (sog. Makro-Ebene) unterschieden (vgl. Tabelle 1).

1 Übersichtsartikel fassen die Studienergebnisse mehrerer Einzelforschungspublikationen zusammen.

2 Hier werden Einzelforschungspublikationen ausgewertet.

Erklärungsebene	Ursache von Vorurteilen	Resultierender Interventionsansatz (ergänzt nach Wagner & Farhan, 2008)
Makro-Ebene: Gesellschaft	<p>Soziale Normen und gesellschaftliche Stereotype (n. Corrigan et al., 2003)</p> <p><i>Kognitive Erklärungsansätze:</i> Stereotype als realistische Beschreibung einer Gruppe, die zumindest einen Kern Wahrheit enthält (kernel of truth, Allport, 1954)</p> <p><i>Sozial-kognitive Erklärungsansätze:</i> Attributionstheorie (Vorurteile entstehen aus der wahrgenommenen Verantwortung für Ursache und Veränderung des stigmatisierten Merkmals; Weiner, 1993)</p>	<p>Informationskampagnen, Öffentlichkeitskampagnen, Veränderung der Medienberichterstattung</p> <p><i>Es besteht die Gefahr, dass Stereotype lediglich unterdrückt werden oder sozial akzeptablere Formen annehmen und so scheinbar im Einklang mit sozialen Normen stehen (z.B. Moderner Rassismus oder moderner Sexismus).</i></p>
	<p><i>Motivationale Erklärungsansätze:</i> System Justification Theory (zugeschriebene Stereotype legitimieren die bestehende gesellschaftliche Hierarchie, Jost & Banaji, 1994; Cuddy et al., 2007)</p>	<p>Veränderung des sozialen Gefüges im Hinblick auf soziale und materielle Teilhabe, z.B. durch legislative Veränderungen.</p>
Meso-Ebene: Interpersonale/ intergrupale Erfahrungen	<p>Theorie des realistischen Gruppenkonfliktes (Vorurteile als Resultat der Konkurrenz um materielle Ressourcen)</p>	<p>Kontakt (Pettigrew, 1998; Pettigrew & Tropp, 2006): erhöht Wissen, fördert neue Verhaltensweisen, verändert Einstellung (z.B. kooperatives Lernen)</p> <p>Veränderung der Gruppenwahrnehmung (z.B. Rekategorisierung; Crisp & Hewstone, 2007)</p> <p>Verbesserung der sozialen Integration (z.B. durch aufsuchende Sozialarbeit, Bildungsförderung)</p>
	<p>Social Identity Theory (Vorurteile gegenüber einer anderen Gruppe dienen der Aufwertung der eigenen Gruppe und Identität)</p>	
	<p>Threat Theory (Subjektiv wahrgenommene Bedrohung durch eine andere Gruppe führt zu Vorurteilen, Erweiterung des Ansatzes von Sherif um „symbolische“ Bedrohung d.h. Verletzung von Werten und Normen ebenso bedrohlich wie Konkurrenz um materielle Ressourcen)</p>	
	<p>Relative Deprivation Theory (Vorurteile resultieren aus wahrgenommener relativer Benachteiligung der eigenen Person oder der eigenen Gruppe unabhängig von der eigenen Situation)</p>	
	<p>Desintegrationstheorie (Mangel an materieller Absicherung, kultureller Teilhabe und sozialer Anerkennung führt zu Gewalt und Abwertung anderer Gruppen)</p>	
Mikro-Ebene: Individuelle Eigenschaften Voraussetzungen	<p>Social Dominance Orientation (Menschen, die eine klare Hierarchisierung von gesellschaftlichen Gruppen befürworten, haben mehr Vorurteile)</p>	<p>Maßnahmen zur Moralentwicklung (z.B. value confrontation technique; Grube et al., 1994), Förderung der Perspektivübernahme und Empathiefähigkeit (z.B. Blue Eyes/Brown Eyes Training; Stewart et al., 2003), Moralförderung (z.B. Denkzeit), Schulung des kritischen Denkens und logischen Schlussfolgerns (z.B. ANCOVA Reasoning Program; Schaller et al., 1996)</p> <p>Wissensvermittlung (z.B. Lernprogramm Culture Assimilator; Cushner & Landis, 1996)</p>
	<p>Autoritarismus (Menschen, die gekennzeichnet sind durch eine strikte Unterwerfung unter Autoritäten und ein hohes Maß an Konventionalität haben mehr Vorurteile gegenüber Normabweichlern)</p>	
	<p>Mangelndes Wissen (mangelndes Wissen über stigmatisierte Gruppen führt zu verstärkter Bedrohungswahrnehmung)</p>	

Tabelle 1: Schematischer Überblick über Theorien zur Erklärung von Vorurteilen und daraus ableitbaren Ansätzen zur Intervention

Erklärungen auf der individuellen oder Mikro-Ebene gehen davon aus, dass die Ursachen für Vorurteile und Stigma bei der stigmatisierenden Person zu suchen sind und beispielsweise in mangelndem Wissen oder bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen begründet liegen. Entsprechend zielen Interventionen auf Individualebene darauf ab,

2.1 Theorien zur Entstehung von Stigma

diese individuellen Eigenschaften und Einstellungen einer Person zu verändern. Individuumszentrierte Interventionsansätze umfassen Programme zur Moralentwicklung (z.B. durch Aufzeigen einer Diskrepanz zwischen eigenen Werten und Normen und stigmatisierenden Einstellungen und Verhaltensweisen; Value Confrontation Technique), zur Verbesserung der Fähigkeit zur Perspektivübernahme (z.B. vermittelt über Unterhaltungsmedien wie Bücher oder Filme) oder sie zielen darauf ab, das spezifische Wissen über die stigmatisierte Gruppe zu erhöhen.

Erklärungsansätze auf der interpersonellen oder intergruppalen Ebene (Meso-Ebene) erklären beschreiben Vorurteile als das Resultat eines Vergleichs der eigenen Person oder Gruppe mit der stigmatisierten Gruppe (vgl. Tabelle 1). Hier angesiedelte Programme zielen darauf ab, die Wahrnehmung der stigmatisierten Gruppe zu verändern, beispielsweise durch die Betonung einer übergeordneten gemeinsamen Identität (z.B. „Wir sind alle Europäer/Mütter/Menschen“) oder indem eine Möglichkeit zum persönlichen Kontakt geschaffen wird, bei dem eigene Stereotype überprüft werden können (Pettigrew, 1998; Pettigrew & Tropp, 2006).

Erklärungsansätze auf der gesellschaftlichen oder Makro-Ebene weisen darauf hin, dass Vorurteile und Stereotype gesellschaftlich tief verankert sein können und in Form von Stereotypen ständig kommuniziert werden (Link et al., 1989). Entsprechend können Interventionen darauf abzielen, gesellschaftliche Stereotype zu hinterfragen, beispielsweise durch die Veränderung der Medienrepräsentation stigmatisierter Gruppen oder mittels groß angelegter Aufklärungskampagnen, die außerdem das Image stigmatisierter Gruppen verändern können. Die Einbindung Prominenter als Vorbilder kann hier helfen, eine neue Norm hinsichtlich der Akzeptanz stigmatisierender Einstellungen zu etablieren. Auch eine Veränderung der legislativen Rahmenbedingungen (z.B. die Einführung von Gleichbehandlungsgesetzen) kann einen langfristigen Effekt auf gesellschaftlich vorhandene Stereotype haben. Wenn Stereotype die Funktion haben, bestehende Ungleichheiten zu rechtfertigen, dann verlieren sie diese Funktion, sobald die Ungleichheiten beseitigt sind.

Insgesamt ist zu beachten, dass Interventionen in der Regel auf mehreren Ebenen gleichzeitig wirken. So trägt beispielsweise eine Veränderung der Gesetzgebung (Makro-Ebene) in Bezug auf die gemeinsame Beschulung von Kindern mit und ohne Behinderungen nicht nur zur Veränderung der sozialen Normen bei, sondern ermöglicht auch persönliche Kontakte zwischen diesen Kindern (Meso-Ebene) und kann so das Wissen über Behinderungen verbessern und die sozialen Kompetenzen der Beteiligten schulen (Mikro-Ebene).

Ursachen des Stigmas seelischer Erkrankungen

Im Hinblick auf die Ursachen des Stigmas seelischer Erkrankungen konnten einige der o.g. Theorien empirisch bestätigt werden. So fanden Angermeyer und Matschinger (1997; 2003; 2005), dass die stereotype Wahrnehmung von psychisch erkrankten Menschen als gewalttätig, unverantwortlich und unberechenbar mit einem erhöhten Wunsch nach sozialer Distanz einhergeht. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass die selektive, häufig auf vereinzelte Gewalttaten fokussierende Medienberichterstattung (Wahl, 1995/2003) diese Stereotype nicht nur vermittelt, sondern auch einen messbaren negativen Effekt auf die Einstellungen der Mediennutzer hat (Angermeyer & Matschinger, 1996; Thornton & Wahl, 1996). Ein weiterer relevanter Aspekt zur Erklärung von

Vorurteilen gegenüber seelisch erkrankten Menschen ist die wahrgenommene Ursache der Erkrankung. Im Sinne der o.g. Attributionstheorie (d.h. die Zuschreibung von Ursachen zur Erklärung des Verhaltens anderer Menschen) zeigte sich, dass Menschen, die davon ausgehen, dass eine Erkrankung durch unkontrollierbare Faktoren wie Vererbung, eine belastende Lebenssituation oder durch sexuellen Missbrauch entstanden war, ein geringeres Maß an sozialer Distanz anstreben, als Menschen, die die Verantwortung für eine Erkrankung bei der erkrankten Person suchen. Menschen, die Drogenmissbrauch als ursächlich für die Erkrankung ansehen, erzielten niedrigere Werte auf einer Skala zur Messung der sozialen Distanz (Van't Veer et al., 2006). Empirische Studien (Link et al., 1999; Phelan et al., 2000) bestätigten darüber hinaus einen Zusammenhang zwischen subjektiv wahrgenommener Gefährlichkeit und Stigmatisierung, häufig vermittelt über die ausgelöste Angst (z.B. Corrigan et al., 2001). Auf individueller Ebene schließlich hängen ein mangelndes Wissen über (Holmes et al., 1999; Jorm, 2000) und geringe persönliche Erfahrungen mit psychischen Krankheiten (Couture & Penn, 2003) mit stigmatisierenden Einstellungen zusammen.

2.2 Wirkfaktoren zur Reduktion der Stigmatisierung von Minderheiten

Die Erforschung von Strategien zur Entstigmatisierung ist hinsichtlich seelischer Erkrankungen im Vergleich zu weiteren ausgegrenzten Minderheitengruppen (z.B. Homosexuelle, HIV/AIDS-Kranke) weniger fortgeschritten. Um die Erkenntnisse der intensiver beforschten Bereichen zu berücksichtigen und von diesen zu profitieren, folgt eine Zusammenfassung der in Übersichtsartikeln ermittelten Wirkfaktoren für Interventionen zur Reduktion von Stigmatisierung und Vorurteilen.

Obwohl die Mehrheit der Interventionen zur Vorurteilsreduktion unzureichend evaluiert sind (Paluck & Green, 2009), lassen sich aus der Überblicksarbeit von Paluck und Green (2009) Merkmale erfolgreicher Interventionen ableiten: Beispielsweise hat sich die Vermittlung von Informationen über andere ethnische Gruppen mittels eines Lernprogramms als effektives Mittel zur Reduktion von ethnischen Vorurteilen erwiesen („Culture Assimilator“ Lernprogramm, Cushner & Landis, 1996). Viele Interventionen basieren auf der Kontakthypothese von Allport (1954), die besagt, dass Kontakt mit einem Vertreter einer stigmatisierten Gruppe unter bestimmten Bedingungen zur Verringerung von Vorurteilen führt. Als wichtige Voraussetzungen für die Wirksamkeit von Kontakt benennt Allport die Unterstützung durch eine übergeordnete Autorität, eine gemeinsame Aufgabe oder ein gemeinsames Ziel der Akteure, die persönliche und interaktive Natur des Kontaktes sowie die Begegnung von Akteuren mit gleichem Status. Anwendung findet dieses Paradigma beim sogenannten „Kooperativen Lernen“, bei dem sich Schüler unterschiedlicher Ethnizität zu Lern- und Arbeitsgruppen zusammenfinden, wobei das gemeinsame Arbeitsergebnis nur durch Kooperation der Beteiligten zu erzielen ist. Eine Erweiterung der Kontakthypothese besagt, dass auch das Wissen, dass Menschen, mit denen man sich identifiziert, einen positiven Kontakt zu einer stigmatisierten Person haben, zur Reduktion von Vorurteilen führen kann. Schließlich hat sich gezeigt, dass eine Veränderung der sozialen Normen – beispielsweise durch das Vorleben nicht-stigmatisierender Verhaltensweisen durch ein Vorbild, legislative Veränderungen oder häufige nicht-stigmatisierende Darstellung in Medien - zur

Vorurteilsreduktion beitragen kann. Auch Interventionen, die auf die Förderung der Empathiefähigkeit und Perspektivübernahme abzielen, haben sich als wirksam zur Reduktion von Stigmatisierung erwiesen. Hierzu zählen beispielsweise Rollenspiele, Filme oder Bücher.

Reviews zur Reduktion krankheitsbezogener Stigmata wie HIV/Aids, Epilepsie, psychische Erkrankung, Lepra und Tuberkulose (Heijnders & van der Meij, 2006; Brown et al., 2003) kommen zu dem Schluss, dass erfolgreiche Antistigma-Interventionen an verschiedenen Zielgruppen und auf verschiedenen Ebenen ansetzen, da es „keine ‚magische Kugel‘ gibt, um etwas so Komplexes wie das Stigma einer Krankheit zu verändern (Brown et al., 2003, S.66, ÜdA)³. Heijnders und Meij (2006) betonen dabei die Bedeutung patientenzentrierter Interventionen, die betroffene Personen an der Entwicklung und Implementierung von Kampagnen und Programmen zur Bekämpfung der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen beteiligen.

2.3 Wirkfaktoren zur Reduktion der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Wie oben erläutert ist das Feld der Antistigma-Forschung im Bereich seelische Erkrankungen noch weniger beforscht als die Entstigmatisierung bzgl. anderer ausgegrenzter Minderheitengruppen. Dennoch gibt es einige Literaturreviews zur Wirksamkeit verschiedener Interventionsstrategien hinsichtlich der Reduktion von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, die im Folgenden zusammengefasst dargestellt werden.

2.3.1 Erkenntnisse aus Übersichtsartikeln

Nach Corrigan & O'Shaughnessy (2007) können drei Ansätze zur Bekämpfung von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen unterschieden werden: Protest, Aufklärung und Kontakt.

Protest

Corrigan & O'Shaughnessy beschreiben in ihrer Literaturübersicht zwei Wirkebenen von Protest. Öffentlicher Protest gegen falsche und diskriminierende Darstellungen von psychischen Erkrankungen soll auf ökonomischer Ebene durch Boykottierung eines Produktes den Medien die Botschaft vermitteln, solche Inhalte nicht mehr zu präsentieren. Dies kann beispielsweise der Boykott eines Filmes mit stigmatisierenden Inhalten sein. Zudem werde die Gesellschaft dazu angehalten, den negativen Darstellungen psychischer Erkrankungen keinen Glauben zu schenken. Auf moralischer Ebene versucht Protest Scham hervorzurufen, um Umdenken und eine Verbesserung von Einstellungen zu fördern. Den Autoren zufolge gibt es wenig empirische Untersuchungen zum psychologischen Einfluss von Protestkampagnen, dennoch könne Protest sogar einen „attitude rebound“ hervorrufen. Menschen ließen sich ihre Meinung nicht vorschreiben und Protest führe somit teilweise sogar zu einer Verstärkung ihrer negativen Einstellungen. Die Datenlage zur Wirksamkeit von Protest ist den Autoren zufolge aufgrund der geringen Anzahl empirischer Untersuchungen nicht gesichert.

3 Zitat: „... no 'magic bullet' is available to alter something as complex as the stigma of a disease.“

Aufklärung

Ziel von Aufklärung ist die Bekämpfung des Stigmas psychischer Erkrankungen durch Aufklärung über gesellschaftlich bestehende Vorurteile und die Vermittlung von Wissen über psychische Erkrankungen. Im Bereich der Aufklärung über die Ursachen psychischer Erkrankungen können biologische und psychosoziale Erklärungsmodelle unterschieden werden. Im Rahmen biologischer Erklärungsmodelle werden psychische Erkrankungen als „Krankheit wie jede andere auch“ dargestellt. Read et al. (2006) konnten in ihrer Literaturübersicht zeigen, dass biologische oder biogenetische Erklärungen psychischer Erkrankungen zwar Schuldzuweisungen und -gefühle reduzieren, jedoch u.a. zu einer Verstärkung der wahrgenommenen Gefahr und Unberechenbarkeit, die von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgeht, führen, was mit größerer Angst und dem Wunsch nach sozialer Distanz einherginge. Dies galt insbesondere im Fall der Schizophrenie. Psychosoziale Erklärungen dagegen konnten den Autoren zufolge nachweislich zu einer verbesserten Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen führen und Angst verringern. Ziel sollte Read et al. zufolge die Vermittlung eines multikausalen Ursachenansatzes in Antistigma-Programmen sein, die eine zu allgemeine, dekontextualisierte Verwendung biogenetischer Erklärungen vermeidet.

Corrigan & O’Shaughnessy geben in ihrer Literaturübersicht an, dass nach der Durchführung von Aufklärungsprogrammen eine Verbesserung der Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verzeichnen sei, jedoch seien Ausmaß und Nachhaltigkeit der Verbesserung möglicherweise limitiert und mit dem Vorwissen der Teilnehmer korreliert. Dies erschwere die Beurteilung des eigentlichen Effekts solcher Aufklärungsprogramme, da die Teilnehmer möglicherweise schon vorher mit der Botschaft der Programme übereingestimmt hätten.

Kontakt

Kontakt ist Corrigan & O’Shaughnessy (2007) zufolge die effektivste Methode zur Reduktion der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, wobei Kontakt mit von psychischer Krankheit betroffenen Nachbarn, Mitarbeitern, Familienmitgliedern etc. einen stärkeren Effekt haben kann als die öffentliche Bekanntmachung einer eigenen psychischen Erkrankung durch prominente Persönlichkeiten. Kontakt führe in den untersuchten Studien zu stärkeren Einstellungsänderungen als Protest, Aufklärung und Kontrollbedingungen (d.h. die im Rahmen der Kontrollgruppen angewendeten Maßnahmen). Zudem bleibe diese Einstellungsänderung über die Zeit erhalten und stehe mit Änderungen im Verhalten in Zusammenhang. Ein früher Beginn der Kontaktvermittlung bereits in Vorschule und Grundschule spielt den Autoren zufolge eine wesentliche Rolle. Dies ist auch das Ergebnis einer systematischen Analyse von 40 Studien zu Interventionen an Schulen von Schachter et al. (2008). Die Autoren unterscheiden drei Arten schulbasierter Interventionen: (1) Aufklärung, (2) Kontakt und (3) eine Kombination aus beiden Maßnahmen. Aufgrund teils erheblicher methodischer Mängel der untersuchten Studien war den Autoren zufolge lediglich eine qualitative Synthese der Studien möglich ohne klare Bestimmung, welche Interventionsart unter welchen Bedingungen am besten funktioniere. Schachter et al. empfehlen jedoch die Entwicklung eines Curriculums, das die Entwicklung von Empathie und dadurch die Orientierung hin zu sozialer Inklusion fördere. Hierbei sollte den Autoren zufolge bereits

2.3 Stigmatisierung: Menschen mit psychischen Erkrankungen

in möglichst jungen Jahren und über die Schuljahre hinweg wiederholt Kontakt zu Menschen mit psychischen Erkrankungen hergestellt werden.

Auch die systematische Literaturübersicht von Couture & Penn (2003) zeigt, dass sowohl retrospektiver als auch prospektiver Kontakt stigmatisierende Ansichten über Personen mit psychischen Erkrankungen reduzieren kann. So zeigten Personen, die zuvor Kontakt zu Menschen mit psychischen Erkrankungen hatten (z.B. in der Familie, im Freundeskreis) weniger soziale Distanz, eine stärker akzeptierende Haltung und schätzten Personen mit psychischen Erkrankungen als weniger gefährlich ein. Dies galt unabhängig davon, ob der Kontakt zuvor auf freiwilliger oder unfreiwilliger Basis stattfand. Auch in prospektiven Studien, bei denen die Teilnehmer im Zusammenhang mit der Studie erstmalig Kontakt zu Betroffenen haben, zeigt sich den Autoren zufolge eine Verbesserung der Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen, durchschnittlich in Höhe einer Drittel Standardabweichung. Hierbei beruhe die effektivste Form von Kontakt zur Reduktion negativer Einstellungen auf Freiwilligkeit. Auch die initial angegebene negative Einstellung spiele eine Rolle. Je negativer die Einstellung zu Beginn einer Untersuchung gewesen sei, desto größer sei der Effekt des Kontakts. Couture & Penn weisen jedoch darauf hin, dass beide Studiendesigns methodische Schwierigkeiten aufweisen, die es bei der Durchführung einer Interventionsstudie zu beachten gelte. Bei im Rahmen retrospektiver Studien erhobenen Daten kann beispielsweise nicht klar bestimmt werden, ob Personen, die weniger stigmatisierende Einstellungen angeben, diese bereits vor dem Kontakt zu Betroffenen hatten oder erst durch den Kontakt. Zudem ist in diesem Design eine Untersuchung der Faktoren in der Kontaktsituation selbst, die für eine mögliche Einstellungsänderung relevant sind, nicht möglich. Nachteile bisheriger prospektiver Studien liegen in der häufig inkonsistenten Verwendung von Einstellungsmaßen und dem meist künstlichen Setting im Labor. Corrigan & O'Shaughnessy geben als einzigen Nachteil dieser Interventionsform die teils schwierigere Umsetzbarkeit an, beispielsweise im Vergleich zu der Herstellung von Videomaterial für Aufklärungsprogramme.

Aus den genannten Übersichtsartikeln geht persönlicher Kontakt zu Betroffenen als die effektivste Interventionsart zur Bekämpfung des Stigmas psychischer Erkrankungen und Reduktion negativer Einstellungen gegenüber Betroffenen hervor. Corrigan & O'Shaughnessy schließen aus ihrer Literaturübersicht zudem, dass eher Menschen mit psychischen Erkrankungen selbst als Professionelle aus dem Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie die geeigneten Personen zur Bekämpfung des Stigmas und der Diskriminierung seien. Hierbei sei besonders wichtig, dass es nicht bei einer Präsentation der Betroffenen bleibe, sondern zu Interaktion und Diskussion komme. Die aktive Partizipation an der Entwicklung von Programmen zur Reduktion des Stigmas psychischer Erkrankungen im Sinne des Empowerments sei zudem unentbehrlich. Corrigan & O'Shaughnessy nennen gesellschaftliche Kampagnen wie „In Our Own Voice (IOOV)“ (vgl. Kap. 3.4) oder „NAMI“, die unter Einbeziehung Betroffener entwickelt wurden und durch ihr strukturiertes Format eine Möglichkeit bieten, die Wirksamkeit von Kontakt als Intervention zu messen. Wichtige Fragestellungen zukünftiger Studien betreffen die Mechanismen, die bei Kontakt zu Einstellungsänderungen führen, sowie die Frage, wie die Änderung der Einstellung in eine Änderung des Verhaltens überführt werden kann.

2.3.2 Erkenntnisse aus der Interventionsforschung

Interventionsforschung dient dazu, wirksame Methoden der Intervention zu identifizieren. Im Feld der Stigmaforschung geht es also darum, verschiedene Strategien zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen. Auf der Basis dieser Interventionsstudien können Grundlagen und Empfehlungen für die Umsetzung von Antistigma-Maßnahmen gemacht sowie Wirkfaktoren für die praktische Antistigma-Arbeit entwickelt werden.

Von den in Kapitel 3 dargestellten Antistigma-Projekten unterscheidet sich die Interventionsforschung in erster Linie durch die Zielsetzung. Während die Interventionsforschung, wie erläutert, zunächst wirksame Strategien zur Bekämpfung des Stigmas identifizieren will, ist das Ziel der Antistigma-Projekte die Bekämpfung des Stigmas psychischer Krankheit an sich. Dies kennzeichnet sich z.B. in einer geringen Probandenzahl oder methodisch besser aufgestellten Evaluation in der Interventionsforschung. Weiterhin werden Interventionsstudien von Forschungsinstitutionen durchgeführt, während Antistigma-Projekte von verschiedenen Institutionen, häufig auch Selbsthilfeorganisationen, durchgeführt werden. Im Rahmen der hier durchgeführten Analyse ist es aus verschiedenen Gründen sinnvoll, diese Unterscheidung vorzunehmen. Zum einen liefern die Interventionsstudien Erkenntnisse und Empfehlungen für die Entwicklung umzusetzender Antistigma-Maßnahmen. Zum anderen soll ein Überblick über aktuelle und vergangene Antistigma-Praxis gegeben werden, um Aussagen z.B. über lückenhaft oder ausreichend berücksichtigte Bereiche machen zu können. Zur Analyse der Interventionsforschung wurden 24 Studien einbezogen, die aus der Literaturrecherche zur Erfassung von Projekten zur Reduktion des Stigmas seelischer Erkrankungen hervorgegangen sind.

Bezüglich der Veröffentlichungsjahre ist eine ansteigende Zahl von Interventionsstudien festzustellen (vgl. Abb. 1). Dieser Anstieg verläuft relativ kontinuierlich, seit dem Jahr 2000 jedoch steiler. Obwohl die erste Interventionsstudie schon im Jahr 1979 veröffentlicht wurde, scheint das Feld der Stigmaforschung erst in den letzten neun Jahren deutlich an Bedeutung zugenommen zu haben.

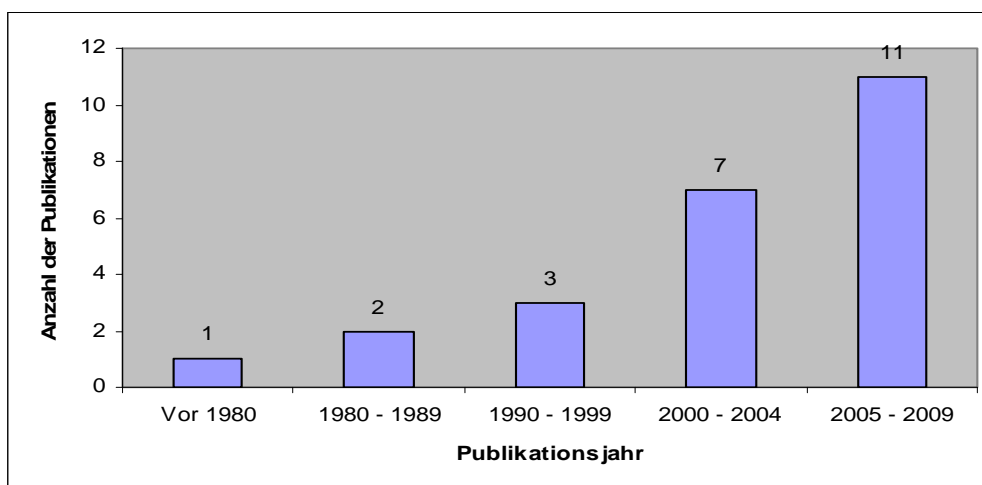


Abbildung 1: Anzahl der pro Jahr international veröffentlichten Interventionsstudien

Fast alle Forschungspublikationen stammen aus englischsprachigen Ländern, hier mit Abstand die Meisten aus den USA (vgl. Abb. 2). Interventionsstudien aus nicht

englischsprachigen Ländern sind kaum vertreten, im deutschen Raum wurde keine Interventionsstudie erfasst. Dies könnte daran liegen, dass es in Deutschland keine Forschungsgruppe gibt, die derartige Studien durchführt. Einzelne Studien mit zum Teil sehr spezifischer Fragestellung wurden zwar durchgeführt, bei der hier durchgeführten systematischen Literaturrecherche jedoch nicht erfasst.

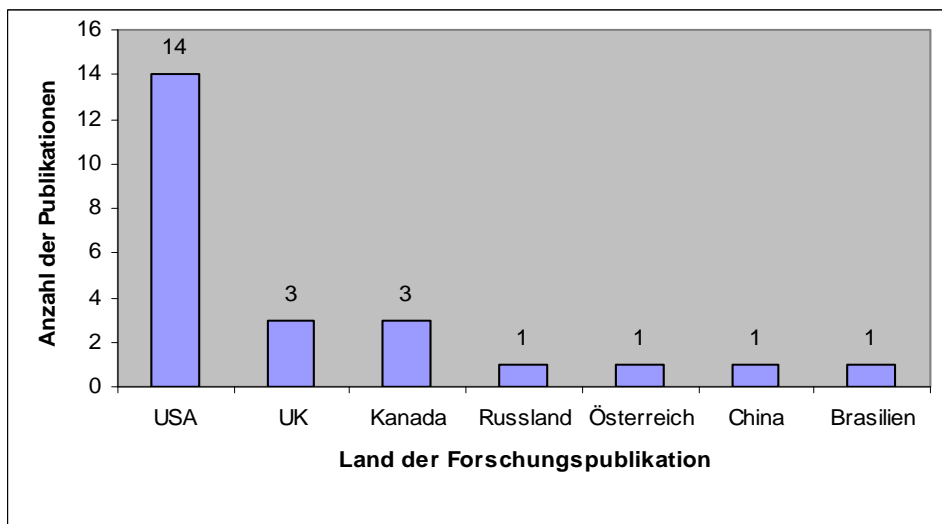


Abbildung 2: Anzahl der pro Land veröffentlichten Interventionsstudien (1963⁴ bis heute)

Die Interventionsstudien beziehen sich immer auf eine bestimmte Zielgruppe (vgl. Abb. 3). Die Auswertung zeigt, dass als Zielgruppen vor allem Studenten und Schüler gewählt wurden. Diese stellen im Rahmen von Schule oder Universität eine leicht erreichbare Personengruppe dar, deren Einstellungen und Verhalten offensichtlich relativ leicht zu verändern sind. Ein Grund hierfür ist vermutlich, dass Stereotype noch nicht so verfestigt sind wie bei der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Sofern die gewonnenen Ergebnisse auf andere Zielgruppen oder die Allgemeinbevölkerung verallgemeinert werden sollen ist diese Zielgruppe bezüglich der Interventionsforschung allerdings in gewisser Hinsicht problematisch, da die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Zielgruppen fraglich ist. Entstigmatisierung innerhalb der Gruppe des Gesundheitspersonals ist ebenfalls gut zu erreichen. Da diese Zielgruppe aus Sicht der Betroffenen besonders relevant ist (vgl. Kap. 5.3), wäre sie bei der Planung zukünftiger Antistigma-Maßnahmen zu berücksichtigen. Eine weitere, von den Betroffenen als wichtig erachtete Zielgruppe, die im Rahmen der ermittelten Forschungsstudien vollkommen unberücksichtigt bleibt, ist die Arbeitswelt (d.h. Arbeitgeber und Unternehmen), die ebenfalls bei der Planung künftiger Maßnahmen einbezogen werden sollten. Die Interventionsstudie mit der Zielgruppe „Betroffene“ bezieht sich auf die Bekämpfung der Selbststigmatisierung.

4 Als Referenz dient das erste wissenschaftliche Werk der Forschung im Bereich "Stigma" von Goffman (1963): "Stigma: notes on the management of spoiled identity".

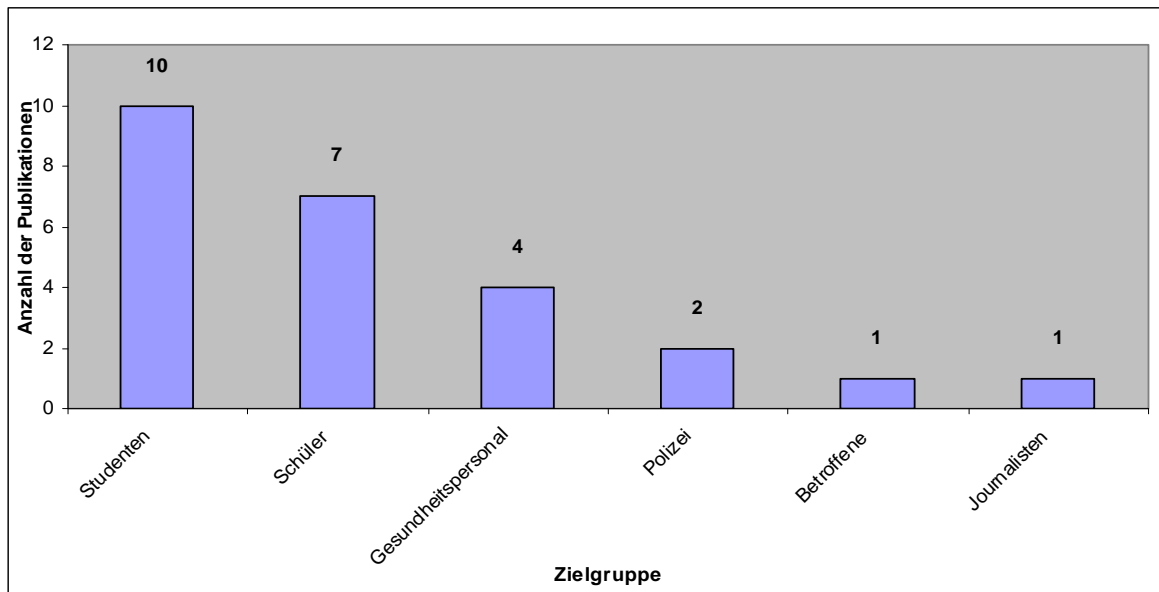


Abbildung 3: Verteilung der im Rahmen von internationalen Interventionsstudien adressierten Zielgruppen⁵

Methoden und Ergebnisse der Evaluation

Im Folgenden werden die im Rahmen von Interventionsstudien zur Evaluation angewandte Methodik sowie die Evaluationsergebnisse dargestellt (vgl. Tabelle 2). Die Güte der Methodik zur Evaluierung der Interventionen ist besonders wichtig im Hinblick auf die Beurteilung der ebenfalls hier aufgeführten Studienergebnisse. Denn werden die Effekte einer Intervention mit unzureichenden Methoden, z.B. ausschließlich Posttest oder selbst entwickelten, nicht validierten Messinstrumenten, getestet, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. Die Gesamtergebnisse der Forschungsstudien werden zunächst allgemein, später aufgeschlüsselt nach Zielgruppen und zuletzt aufgeschlüsselt nach Interventionsstrategien dargestellt, um gut erreichbare Zielgruppen sowie besonders erfolgreiche Interventionsstrategien zu ermitteln.

Die meisten Studien nutzen ein Prä-Posttest-Design, etwas mehr als die Hälfte eine Kontrollgruppe, wobei die Zuteilung der Probanden bei einem Viertel der Studien mit Hilfe der Randomisierung durchgeführt wurde. In 75% der Studien wurden validierte Messinstrumente verwendet. Ein methodischer Mangel hinsichtlich der Beurteilung der Wirksamkeit von Interventionen zur Stigma-Reduktion ist die sehr geringe Zahl (25%) der durchgeführten Untersuchungen zur Nachhaltigkeit der Ergebnisse. Weiterhin wurde in nur einem Drittel der Studien die Veränderung des Wunsches nach sozialer Distanz gemessen, welcher aktuell die am häufigsten genutzte Variable zur Beurteilung stigmatisierenden Verhaltens ist (Link et al., 2004).

Die Studien erzielen insgesamt überwiegend positive Effekte bzgl. der Zielkriterien (vgl. Tabelle 2), wobei nur zwei der 24 Interventionen positive Effekte in allen drei Wirkungsbereichen „Kognition, Emotion, Verhalten“ erzielen. Interventionen, die keine oder negative Effekte bewirken, sind unter den erfassten Publikationen nicht enthalten. Möglicherweise ist dies auf den Publikationsbias zurückzuführen.

5 Tabelle enthält Mehrfachnennungen, da im Rahmen einer Studie zwei Zielgruppen adressiert wurden.

Studiendesign ⁶	Prä-/Posttest oder Baseline – Follow up (nicht direkt an die Intervention anschließend)	17	71 %
	Controlled trial	8	33 %
	Randomised controlled trial	7	29 %
	Follow up (meist 1–3 Monate)	6	25 %
Erfassungsinstrument	validiert	18	75 %
	nicht validiert	3	13 %
	Keine Angaben	3	13 %
Ergebnis der Evaluation	Positives Gesamtergebnis	18	75 %
	teilweise oder überwiegend positive Effekte	6	25 %
	Ohne Effekte	0	0 %
	Teilweise oder überwiegend negative Effekte	0	0 %
	Negatives Gesamtergebnis	0	0 %
	In allen 3 Wirkungsbereichen positive Effekte	2	8 %
	Soz. Distanz positiver Effekt (8 mal gemessen)	6	25 %

Tabelle 2: Verteilung der international im Rahmen von Interventionsstudien verwendeten Methoden sowie Verteilung der Evaluationsergebnisse

Bei der Betrachtung der Studienergebnisse aufgeschlüsselt nach einzelnen Zielgruppen ergeben sich folgende Beobachtungen (vgl. Tabelle 3). Studenten scheinen insgesamt eine Zielgruppe zu bilden, deren Vorurteile, Stereotype und stigmatisierendes Verhalten leicht veränderbar sind. Alle Interventionen zeigen Erfolg, wenn auch nicht immer bezüglich aller Zielkriterien. Auch der Wunsch nach sozialer Distanz, der in dieser Zielgruppe am häufigsten gemessen wurde, scheint gut zu verringern zu sein. Ähnlich wie die Studenten sind auch die Schüler insgesamt eine Zielgruppe, die bzgl. der Zielkriterien gut erreichbar ist. Der Wunsch nach sozialer Distanz wurde hier nur einmal gemessen. In der Zielgruppe Gesundheitspersonal scheint Stigmatisierung am Besten reduzierbar. Alle an diese Zielgruppe gerichteten Interventionen waren erfolgreich. Einschränkend sei hier darauf hingewiesen, dass innerhalb dieser Zielgruppe nur einmal der Wunsch nach sozialer Distanz gemessen wurde. Die Polizei scheint als Zielgruppe etwas schwieriger erreichbar zu sein; diese Aussage ist jedoch mit Vorsicht zu betrachten, da in der hier aufgeführten Übersicht nur zwei Interventionsstudien mit dieser Zielgruppe enthalten sind. Über die Zielgruppen Journalisten und Betroffene ist keine Aussage möglich, zu diesen Personengruppen ist nur je eine Interventionsstudie vertreten.

⁶ Die Tabelle enthält Mehrfachnennungen bzgl. des Studiendesigns, da z.B. die meisten Evaluationen, die eine Kontrollgruppe verwenden auch einen Prä-Posttest durchführen. Alle Prozentangaben beziehen sich hierbei auf die Gesamtzahl von 24 Interventionsstudien, nicht z.B. auf die Zahl der Studien, die eine Prä-Posttest-Untersuchung durchführen.

Zielgruppe	Anzahl	Gesamtergebnis			In allen Wirkungsbereichen positiv	Soziale Distanz positiv/gemessen
		Positiv	Teilweise/überwiegend positiv	Ohne Effekte/negativ		
Studenten	10	70 %	30 %	0 %	20 %	50 %/60 %
Schüler	7	86 %	14 %	14 %	0 %	0 %/14 %
Gesundheitspersonal	4	100 %	0 %	0 %	0 %	25 %
Polizei	2	50 %	50 %	0 %	0 %	0 %
Journalisten	1	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Betroffene	1	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %

Tabelle 3: Verteilung der Evaluationsergebnisse aufgeschlüsselt nach einzelnen Zielgruppen

Die Aufschlüsselung der Studienergebnisse nach verschiedenen Interventionsarten ist in Tabelle 4 dargestellt. Aufklärung in Form von Unterrichtseinheiten stellt eine erfolgreiche Art der Intervention zur Bekämpfung von Stigmatisierung dar, insbesondere in Kombination mit weiteren Elementen (Dokumentarfilm, Computerprogramme, Internet, aktive Elemente). Unterrichtseinheiten sind sowohl in Kombination mit Kontakt als auch ohne erfolgreich. Auch der Einsatz von Medien, wie Spielfilme, Computerprogramme oder Internet, wurde als erfolgreiche Interventionsstrategie identifiziert. Über die Wirksamkeit von Therapie zur Reduktion der Selbststigmatisierung ist keine Aussage möglich, da nur eine der hier vertretenen Interventionsstudie dieses Thema untersucht.

Art der Intervention	Anzahl	Gesamtergebnis			In allen Wirkungsbereichen positiv	Soziale Distanz positiv/gemessen
		Positiv	Teilweise/überwiegend positiv	Ohne Effekte		
Unterricht	6	67 %	33 %	0 %	0 %	0 %
Unterricht + Kontakt	5	60 %	40 %	0 %	0 %	20 %/40 %
Unterricht + Dokumentarfilm	5	100 %	0 %	0 %	0 %	20 %
Aufklärung durch Computerprogramme, Internet	2	100 %	0 %	0 %	50 %	100 %
Unterricht + aktive Elemente	2	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Film	3	67 %	33 %	0 %	33 %	67 %/100 %
Therapie	1	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %

Tabelle 4: Verteilung der Evaluationsergebnisse aufgeschlüsselt nach einzelnen Interventionsarten

In Abbildung 4 ist je Interventionsart die Verteilung der Zielgruppen dargestellt, hier ist also ersichtlich, wie häufig an welcher Personengruppe dieselbe Art der Intervention getestet wurde. Da diese Verteilung heterogen ist, können die Ergebnisse innerhalb einer Interventionsart nicht auf die überwiegende Durchführung an einer bestimmten Zielgruppe zurückgeführt werden.

2.4 Schlussfolgerungen

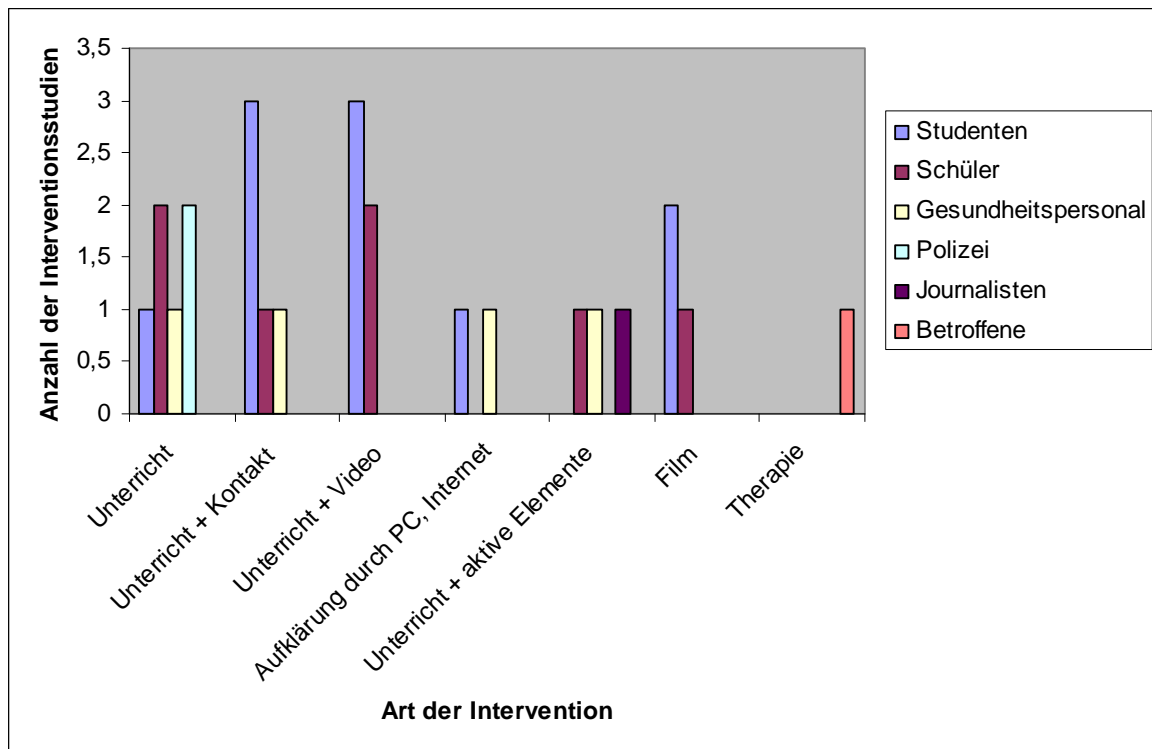


Abbildung 4: Verteilung der je Interventionsart im Rahmen von Interventionsstudien adressierten Zielgruppen

Einige Einschränkungen sind bezüglich der Aussagekraft der vorliegenden Übersicht über Interventionsforschung im Bereich Entstigmatisierung zu machen:

1. Alle Interventionsarten erzielen fast ausschließlich positive Effekte, keine oder negative Effekte sind nicht vertreten, was die Aussagekraft der Ergebnisse einschränkt, da die Vermutung eines Publikationsbias besteht.
2. Der Wunsch nach sozialer Distanz wurde insgesamt nur acht Mal gemessen. Die anderen 16 Interventionen bewirken zwar einen Wissenszuwachs und/oder eine positive Veränderung der Einstellungen hinsichtlich psychischer Erkrankung, ob diese positiven Effekte einen Einfluss auf stigmatisierendes Verhalten der Probanden gegenüber psychisch Kranken haben, bleibt unklar.
3. Die Nachhaltigkeit der Effekte wurde in nur sechs der 24 Forschungsstudien gemessen. Wird diese nicht untersucht, kann nicht beurteilt werden, ob die positiven Effekte einer Intervention auch über einen längeren Zeitraum hinweg anhalten.

2.4 Schlussfolgerungen

Vor dem Hintergrund der hier dargestellten Ergebnisse sollte Folgendes bei der Planung zukünftiger Maßnahmen zur Reduktion der Stigmatisierung seelischer Erkrankungen berücksichtigt werden:

Antistigma-Strategien können auf der gesellschaftlichen oder Makro-Ebene, der interpersonalen oder Meso-Ebene oder auf der intrapersonalen oder Mikro-Ebene ansetzen. Am meisten Erfolg versprechen Strategien, die auf mehreren dieser drei Ebenen gleichzeitig ansetzen. Auf gesellschaftlicher Ebene sind verschiedene Maßnahmen

wie Protest, Veränderungen auf legislativer Ebene – d.h. Veränderungen bestehender Gesetze und Normen – und Informations- oder Öffentlichkeitskampagnen denkbar. Protest als Art der Intervention ist aufgrund der möglichen „rebound“-Wirkung jedoch eher kritisch zu betrachten. Im Sinne des Empowermentansatzes sollten von psychischer Erkrankung Betroffene bei der Entwicklung und Implementierung von Öffentlichkeitskampagnen einbezogen werden. Auf der interpersonalen Ebene wird am sinnvollsten durch die Herstellung von Kontakt zu Betroffenen interveniert. Hierbei ist zu beachten, dass dieser interaktiv gestaltet werden sollte. Die wirksamste Intervention auf der interpersonalen Ebene ist die Aufklärung in Form von Wissens- und Informationsvermittlung, z.B. über die Ursachen seelischer Erkrankung und über Bereiche der Stigmatisierung. Aufklärung kann sowohl wissensbasiert als auch emotionsbasiert erfolgen. Im Rahmen der wissensbasierten Aufklärung über die Ursachen psychischer Erkrankung können rein biogenetische Erklärungsmodelle zu einer Verstärkung der Angst und des Wunsches nach sozialer Distanz führen und sollten daher nicht verwendet werden, sinnvoller sind hier multikausale Ursachenansätze. Bei zukünftigen Antistigma-Maßnahmen wäre zu berücksichtigen, Aufklärung multimethodisch anzulegen, das heißt neben Aufklärung in Form von Vorträgen weitere Elemente einzubeziehen. Der Einsatz von Medien wie Filmen, Computerprogrammen oder dem Internet scheint insgesamt ebenfalls eine erfolgreiche Aufklärungsmethode zu sein. Emotionsbasierte Aufklärung mit Hilfe von Rollenspielen, Filmen oder Büchern kann die Empathiefähigkeit steigern und so das Verständnis für und die Akzeptanz von psychisch erkrankten Menschen erhöhen.

Bezüglich der Zielgruppen für Antistigma-Maßnahmen erweisen sich in erster Linie Schüler und Studenten als gut adressierbare und bezüglich Einstellungen und Verhalten wenig festgelegte Personengruppen. Auch das Gesundheitspersonal scheint bzgl. einer Entstigmatisierung gut erreichbar zu sein. Ein Bedarf an Forschung bzgl. weiterer Zielgruppen, wie Arbeitgeber oder Medien sowie die Betroffenen selbst, wird aus der Analyse deutlich.

3 Interventionen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen weltweit – Ergebnisse internationaler Literatur

Um über die oben erläuterten Interventionsstudien hinaus die Wirksamkeit von Interventionen zur Reduktion von Stigmatisierung und Vorurteilen zu beurteilen, wird hier eine Übersicht über die weltweit aktuell und in der Vergangenheit umgesetzten Antistigma-Maßnahmen gegeben. Es folgt eine Analyse der Wirksamkeit der Maßnahmen, um besonders erfolgreiche und nachhaltige Strategien zu ermitteln.

Zur Erfassung von Publikationen über Maßnahmen zur Reduktion des Stigmas seelischer Erkrankungen wurde eine systematische Datenbank-Recherche durchgeführt. Die Auswahl der Datenbanken, Suchwörter und die zeitliche Eingrenzung werden im Folgenden beschrieben.

Neben der medizinischen Datenbank PubMed⁷ wurden für die Literaturrecherche folgende medizinische, sozialwissenschaftliche und psychologische Datenbanken⁸ mit Hilfe der Datenbankrecherche des DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) erfasst:

- BIOSIS Previews (Biologie und Medizin),
- EMBASE (Medizin und Randgebiete),
- SciSearch (Naturwissenschaften, Technik, Medizin),
- MEDLINE (Medizin und Randgebiete),
- Social SciSearch (Sozial- und Geisteswissenschaften),
- PsycINFO (Psychologie).

Darüber hinaus wurde die Datenbank SCOPUS genutzt, um eine weitere sozialwissenschaftliche Datenbank einzubeziehen. Die gewählten Datenbanken wurden mit Hilfe folgender Schlagwörter-Kombination durchsucht:

(stigma OR antistigma OR stigmatizing OR discrimination) AND (mental illness OR mental health OR psychiatry OR depression OR professionals OR psychologist OR family burden OR caregiver) AND (intervention OR education OR project OR programme OR program OR reduction OR awareness OR campaign).⁹

Als zeitliche Begrenzung wurde das Jahr 1963 gewählt, wobei als Referenz das erste wissenschaftliche Werk der Forschung im Bereich "Stigma" von Goffman (1963): "Stigma: notes on the management of spoiled identity " diente. Die systematische Recherche wurde im Februar 2009 durchgeführt. Nach diesem Zeitpunkt erschienene Publikationen wurden nicht mehr systematisch erfasst. Die ca. 14.000 auf die beschriebene Art ermittelten Publikationen wurden in ein Literaturverwaltungsprogramm übertragen, Dubletten wurden herausgefiltert. Die verbleibenden knapp 10.000

7 PubMed umfasst die Datenbanken MEDLINE, OLDMEDLINE (vor 1966) und PubMed Central und verzeichnet über 5.000 biomedizinische Zeitschriften.

8 Die Auswahl der Datenbanken für die Recherche über das DIMDI erfolgte nach erzielter Anzahl der Publikationen mit den gewählten Suchwörtern. Die sechs genannten Datenbanken erzielten je über 100 Treffer, wurden als relevant befunden und in die Recherche einbezogen. Alle anderen im DIMDI enthaltenen Datenbanken erzielten weniger als 20 Treffer und blieben somit in der Recherche unberücksichtigt.

9 Zur Auswahl der Suchwörter wurden zunächst möglichst viele Schlagwörter gesammelt. Im nächsten Schritt wurden die Wörter aus der Suchwort-Kombination eliminiert, die einen Zuwachs von weniger als 10 Publikationen ausmachten.

Publikationen wurden anhand von Titel und/oder Abstract gescreent, wobei ca. 300 relevant erscheinende Artikel identifiziert und zur weiteren Durchsicht beschafft wurden. Weitere Publikationen wurden durch die Recherche in den Literaturverzeichnissen einschlägiger Publikationen identifiziert. Die ausgewählten Publikationen über Interventionen zur Reduzierung des Stigmas wurden schließlich anhand zuvor entwickelter Kriterien klassifiziert.

3.1 Antistigma-Interventionen weltweit

Insgesamt wurden 99 Publikationen über insgesamt 92 Interventionen (Projekte und Pilotstudien) identifiziert und klassifiziert. Von den 99 ermittelten Publikationen stammen 63 aus der Datenbankrecherche und 26 aus der Recherche in Literaturverzeichnissen relevanter Publikationen.

Rückgang der Antistigma-Aktivitäten seit 2006

Die erste erfasste Publikation über eine Intervention zur Bekämpfung des Stigmas psychischer Krankheit erschien im Jahr 1985 in den USA (vgl. Abb. 5). Erst seit Beginn dieses Jahrzehntes erscheinen vermehrt Publikationen zu diesem Thema. Ab 2003 steigt die Anzahl der Interventionen pro Jahr deutlich an. Hier ist ein Zusammenhang mit der Gründung der Kampagne „Open the Doors“ durch die World Psychiatric Association im Jahr 1996 zu sehen, da die im Rahmen von „Open the Doors“ initiierten Projekte ab 2003 vermehrt publiziert wurden. Neben 2003 bildet 2006 ein Spitzenjahr, seit 2007 nimmt die Zahl der Publikationen über Interventionen zur Reduktion des Stigmas seelischer Erkrankung wieder leicht ab. Die sehr geringe Anzahl an Publikationen im Jahr 2009 begründet sich im Zeitpunkt der Recherche, Februar 2009. Insgesamt zeigt sich, dass der Bereich der Antistigma-Interventionen ein relativ junges Feld ist.

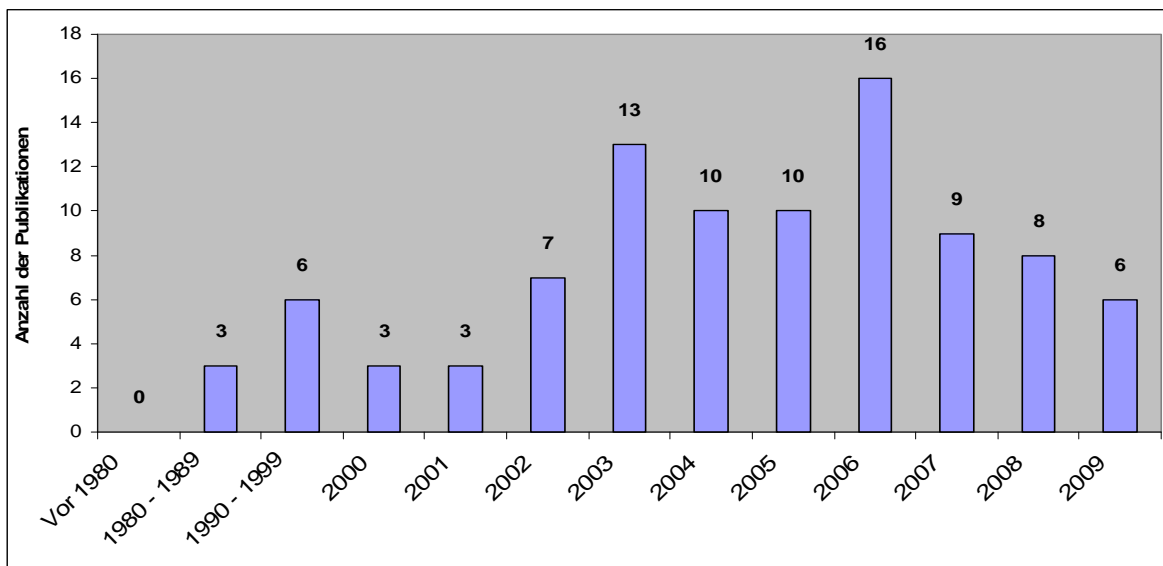


Abbildung 5: Anzahl der pro Jahr international veröffentlichten Publikationen über Antistigma-Interventionen

Stärkste Antistigma-Bewegung im englischsprachigen Raum

Der Großteil der publizierten Antistigma-Projekte stammt aus dem englischsprachigen Raum (vgl. Abb. 6). Ein Grund hierfür liegt vor allem in den zahlreichen Publikationen

3.1 Antistigma-Interventionen weltweit

über groß angelegte, nationale Kampagnen in Großbritannien und Australien wie „Changing Minds“ (Crisp et al., 2004; Crisp et al., 2005; Pilgrim & Rogers, 2005), „Like Minds, Like Mine“ (Peterson et al., 2006; Vaughan & Hansen, 2004), „See me“ (Dunion & Gordon, 2005; Braunholtz et al., 2004), „Time to Change“ (Henderson & Thornicroft, 2009) oder „Beyondblue“ (Hickie, 2004; Jorm et al., 2006). In den USA ist eher eine große Anzahl kleinerer, regionaler Projekte vertreten. Ganz anders als in Bezug auf Interventionsstudien steht nach dem englischsprachigen Raum auch Deutschland weit oben auf der Liste. Hier stammen die publizierten Projekte in erster Linie aus dem „Open the Doors“-Programm. In den übrigen Ländern werden nur vereinzelte, überwiegend kleine Projekte veröffentlicht. Je ein Projekt stammt aus den Ländern: Ägypten, Brasilien, Chile, Griechenland, Indien, Israel, Italien, Korea, Marokko, Neuseeland, Pakistan, Polen, Rumänien Russland, Slowakei und Spanien.

Fast alle national angelegten Programme stammen aus dem englischsprachigen Raum oder wurden im Rahmen von „Open the Doors“ durchgeführt. Neben den groß angelegten, nationalen Kampagnen¹⁰, die meist mit Hilfe unterschiedlicher Interventionen und Aktionen unterschiedliche Zielgruppen ansprechen, sind zahlreiche kleinere Projekte auf lokaler Ebene vertreten (vgl. Abb. 7).

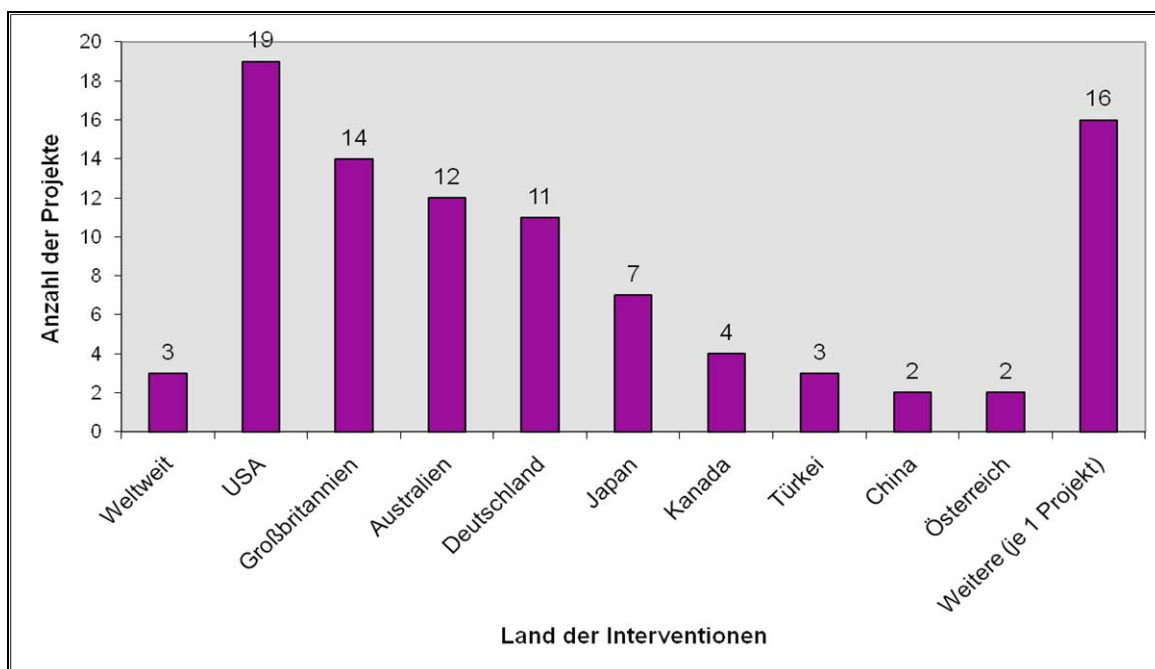


Abbildung 6: Anzahl der pro Land insgesamt durchgeführten Interventionen zur Entstigmatisierung

¹⁰ Als Kampagnen werden hier Antistigma-Projekte bezeichnet, welche verschiedene Zielgruppen mit Hilfe verschiedener Interventionsarten anzusprechen suchen.

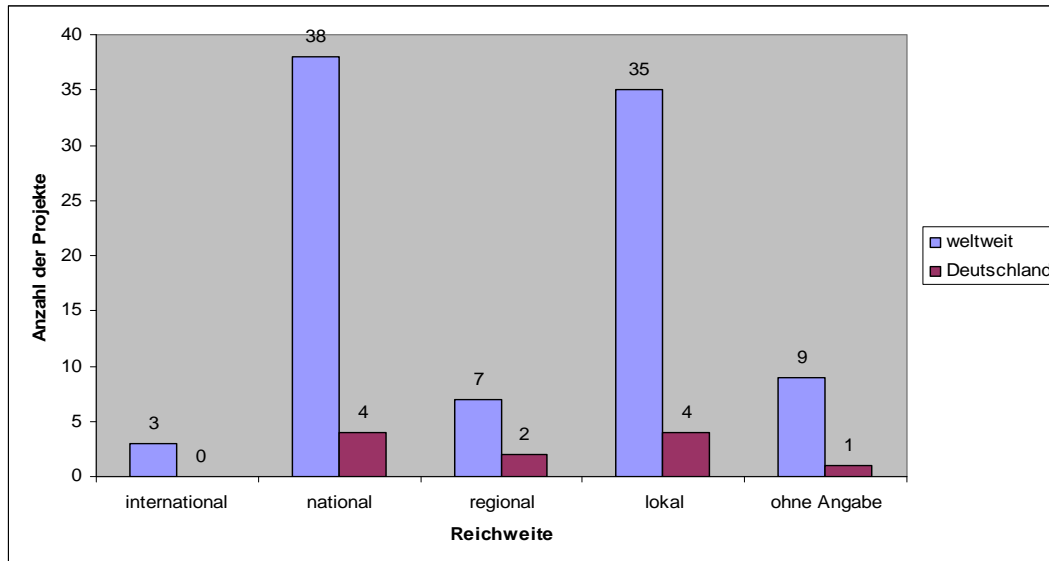


Abbildung 7: Reichweite der durchgeführten Maßnahmen zur Entstigmatisierung

Aufklärung – Interventionsstrategie Nr. 1

Es können verschiedene Arten der Intervention (Interventionsstrategien) unterschieden werden (vgl. Tabelle 5). Die verschiedenen Interventionsarten können wiederum mit Hilfe verschiedener Methoden (Mittel der Aufklärung) umgesetzt werden.

Projekte, die Aufklärung als Interventionsart nutzen		87	95 %
Mittel der Aufklärung	Lehre: Unterrichtseinheiten, Seminar, Workshop, Vortrag, Training	60	65 %
	Medien: Dokumentarfilm, TV, Radio, Website, PC-Programm, Werbung, Presse, Buch, Informationsheft	46	50 %
	Kultur: Theater, Ausstellung, Kunst, Lesung, Konzert, Film	27	29 %
	Diskussion	21	23 %
	Aktionstage/öffentliche Events	14	15 %
	Weitere (Infotelefon, Praktikum, Abenteuercamp)	8	9 %
Begegnung mit Betroffenen		42	46 %
Protest		8	9 %
Therapie/Psychoedukation		8	9 %
Preisvergabe		3	3 %

Tabelle 5: Verteilung der international zur Entstigmatisierung angewendeten Interventionsarten¹¹

Aufklärung, d.h. Vermittlung von Wissen und Informationen über psychische Erkrankungen, wird im Rahmen von 87 der insgesamt 92 Projekte als Art der Intervention eingesetzt. Aufklärung erfolgt mit Hilfe von Mitteln wie Lehre, Medien, kulturellen Veranstaltungen, Diskussionsrunden etc. Kulturelle Veranstaltungen sowie das in einer Intervention durchgeführte Abenteuercamp können als erlebnisbasierte Arten der Aufklärung bezeichnet werden, die übrigen Arten der Aufklärung basieren auf Wissensvermittlung. Diese Einteilung ist nicht immer trennscharf, so gibt es beispielsweise Interventionsarten, die wissensbasierte und erlebnisbasierte Elemente vereinen (z.B. Ausstellung oder Aktionstag). Weiterhin kombinieren die Projektorganisatoren häufig Elemente aus den beiden Bereichen Aufklärung und Kontakt.

11 Tabelle enthält Mehrfachnennungen. Alle Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl von 92 Projekten.

3.1 Antistigma-Interventionen weltweit

Am häufigsten werden wissensbasierte Mittel der Aufklärung wie Unterrichtseinheiten oder Workshops mit der Begegnung mit Betroffenen kombiniert. Indem wissensbasierte und erlebnisbasierte Arten der Aufklärung miteinander kombiniert werden, wird die Wahrscheinlichkeit der Wirksamkeit erhöht (vgl. Kap. 2.3.2). Im Rahmen derartiger Projekte erfolgt die Durchführung der Maßnahme entweder direkt durch einen geschulten Betroffenen oder dieser berichtet nach der Informationseinheit aus seiner Perspektive über Krankheitsepisoden und steht für Fragen zur Verfügung. Die Herstellung von Kontakt zu Psychiatrie-Erfahrenen ist eine mittlerweile viel beforschte und als wirksam beurteilte Interventionsart (vgl. Kap. 2.3.1), welche in Kombination mit weiteren Interventionsstrategien in 42 der vorliegenden Projekte einbezogen wurde.

Abgesehen von der Aufklärung sind vereinzelt Protest, unterschiedliche Therapieformen und Preisverleihungen als Interventionsarten zu finden. Bezüglich der Therapieformen ist anzumerken, dass diese grundsätzlich Betroffene oder Hochrisikogruppen für psychische Erkrankung als Zielgruppe ansprechen. Diese Projekte sind eher in den Bereich Prävention und/oder Integration psychisch kranker Menschen sowie Bekämpfung der Selbststigmatisierung einzuordnen (vgl. Kap. 3.2 Zielgruppe „Hochrisikopersonen“).

Weiterhin ist anzumerken, dass in der Tabelle 5 insgesamt 54 Projekte enthalten sind, die mehrere Interventionsarten verwenden. Dies sind im Einzelnen: 28 Kampagnen sowie 26 Projekte, die eine Zielgruppe mit Hilfe verschiedener Interventionsarten ansprechen (z.B. eine Unterrichtseinheit, die einen Spielfilm, Theaterspiel und eine Gruppendiskussion beinhaltet). Wenn man die Erkenntnisse der Grundlagenforschung zu Grunde legt, ist die Kombination unterschiedlicher Arten der Intervention insgesamt als positiv zu bewerten, da diejenigen Maßnahmen am Erfolgversprechendsten sind, im Rahmen derer auf mehreren Ebenen interveniert wird (vgl. Kap. 2.3.2). Die Evaluation solcher Interventionen bezieht sich meist auf den Gesamteffekt der kombinierten Maßnahmen, was einen Nachteil für die Beurteilung der Effektivität einzelner Interventionsarten darstellt. Im Rahmen der nationalen Kampagnen zur Aufklärung der Allgemeinbevölkerung wird neben anderen, gleichzeitig umgesetzten Interventionsarten, vor allem auf die Medien, Werbung, Presse und Websites gesetzt.

Insgesamt wird vor allem Aufklärung in Form von Unterrichtseinheiten zur Reduktion des Stigmas seelischer Erkrankungen genutzt, in Deutschland abgesehen von Kulturprojekten mit Filmvorführung sogar ausschließlich. Betroffene wurden in Deutschland fast immer einbezogen. Auf die wirksame Kombination von Methoden (vgl. Kap. 2.3.2) oder die Verwendung von in anderen Ländern vielfach eingesetzten Medien wurde in Deutschland bisher kaum gesetzt.

Schüler und Jugendliche werden am häufigsten adressiert

Als Zielgruppe für Antistigma-Maßnahmen stehen in erster Linie Schüler und Jugendliche im Fokus der Aufmerksamkeit (vgl. Tabelle 6). Vor allem Schüler bilden eine relevante Zielgruppe, da es sinnvoll ist, so früh wie möglich mit einstellungsverändernden Maßnahmen anzusetzen. Die Einstellungen junger Menschen sind noch nicht so verfestigt wie bei Erwachsenen. Sie sind selbst noch auf der Suche nach der eigenen Identität, offen für neue Ideen und Ansätze und somit leichter erreichbar. Hinzu kommt, dass insbesondere im Pubertäts- und Jugendalter seelische Krisen gehäuft auftreten, wodurch es den Jugendlichen leichter fällt, sich in psychisch erkrankte Menschen einzufühlen und mit diesen zu identifizieren. Nicht zuletzt spielt sicherlich auch ein gewisser

Pragmatismus eine Rolle bei der Auswahl dieser Zielgruppe, da sie im Rahmen des Schul- oder Universitätsunterrichts vergleichsweise leicht zu adressieren ist. Die zweitgrößte Zielgruppe bildet die allgemeine Öffentlichkeit, die vor allem im Rahmen nationaler Kampagnen und der an „Open the Doors“ angebundene Projekte angesprochen wird. Insgesamt ist das Gesundheitspersonal eine weitere oft gewählte Zielgruppe für Antistigma-Maßnahmen. Ein Grund hierfür liegt vermutlich in der Tatsache, dass Betroffene häufig von Stigmatisierung innerhalb der Gesundheitsversorgung durch das psychiatrische Personal oder durch andere Ärztegruppen berichten (vgl. Kap. 5.3).

In Deutschland werden vor allem Maßnahmen für die Zielgruppen Schüler, Öffentlichkeit und Polizisten umgesetzt, wobei Polizisten als Zielgruppe im internationalen Vergleich überrepräsentiert sind. Studenten bleiben als Zielgruppe in Deutschland vollkommen unberücksichtigt. Verglichen mit internationalen Maßnahmen wird auch in den Bereichen Journalisten und Medien sowie Gesundheitspersonal in Deutschland bisher wenig getan (vgl. Abb. 8). Auch die Zielgruppe Arbeitgeber wurde anders als in anderen Ländern in Deutschland bisher nur im Rahmen eines Projektes einbezogen.

40	Schüler/Jugendliche
33	Öffentlichkeit
27	Gesundheitspersonal (z.B. Allgemeinmediziner, Gesundheitspersonal allgemein/psychische Krankheit)
22	Journalisten, Medien
18	Studenten (Medizin, Krankenpflege, Psychologie, Sozialarbeit, allgemein)
17	Betroffene ¹²
13	Angehörige
9	Polizisten
7	Arbeitgeber
5	Regierung, Politiker
3	Hochrisikogruppe ¹³
12	Weitere
29	Verschiedene (mehr als zwei Zielgruppen)

Tabelle 6: Verteilung der im Rahmen von Antistigma-Interventionen international adressierte Zielgruppe

¹² In der Zielgruppe der Betroffenen strebten die Interventionen wiederum die Bekämpfung der Selbststigmatisierung an.

¹³ In der Zielgruppe Hochrisikopersonen strebten die Interventionen die Verringerung von Vorurteilen an zur Erhöhung der Bereitschaft, sich im Falle von psychischen Problemen Hilfe zu suchen.

3.1 Antistigma-Interventionen weltweit

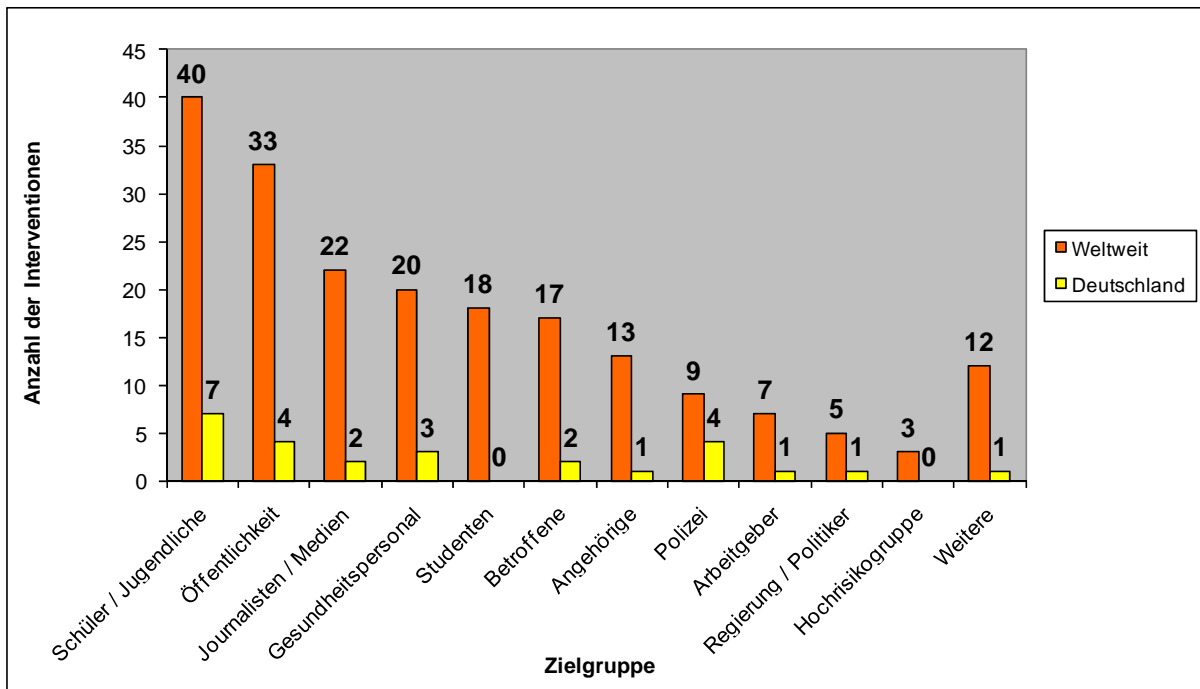


Abbildung 8: Vergleich der international und in Deutschland adressierten Zielgruppen

Einbezug von Psychiatrie-Erfahrenen – Standard in der Antistigma-Praxis

Laut Interventionsforschung ist der Einbezug von Betroffenen bei der Umsetzung von Antistigma-Maßnahmen aus verschiedenen Gründen wichtig. Zum einen werden die Betroffenen selbst gestärkt (Empowerment), zum anderen ist Kontakt zu Betroffenen als Interventionsstrategie besonders wirksam (vgl. Kap. 2.3.1). 56 aller ausgewerteten Projekte beziehen Psychiatrie-Erfahrene bei der Projektplanung und/oder -umsetzung ein, 18 Projekte Angehörige. In 33 Publikationen werden keine Angaben über den Einbezug von Psychiatrie-Erfahrenen und/oder Angehörigen gemacht.

Krankheits-Bezug

Projekte zur Entstigmatisierung beziehen sich entweder auf eine spezifische Erkrankung, setzen sich also zum Ziel beispielsweise das Stigma der Erkrankung „Schizophrenie“ zu reduzieren oder sie beziehen sich auf keine spezielle Erkrankung, sondern verfolgen die Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen im Allgemeinen. International zeigt sich folgendes Bild:

54	59 %	allgemein (z.B. seelische Erkrankung, Psychiatrie etc.)
26	28 %	Schizophrenie
8	9 %	Depression
2	2 %	Epilepsie
1	1 %	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
1	1 %	Selbststigmatisierung

Tabelle 7: Inhaltlicher Bezug der Antistigma-Interventionen hinsichtlich der Krankheitsbilder

Die meisten Projekte beziehen sich nicht auf eine spezifische Erkrankungsgruppe, sondern allgemein auf das Stigma seelischer Erkrankungen. Im Hinblick auf Projekte mit spezifischer Erkrankung als Zielgruppe steht an erster Stelle die Schizophrenie. Hierfür gibt es zwei Gründe. Zum einen sind viele dieser Projekte an die weltweite Kampagne „Open the Doors“ angebunden, dessen Ziel die Entstigmatisierung schizophrener

Erkrankungen ist. Ein weiterer Grund ist die Tatsache, dass die Schizophrenie auf Grund ihrer Erscheinungsform als eine der am stärksten stigmatisierten seelischen Erkrankungen gilt. Die Depression ist ebenfalls eine stark stigmatisierte Erkrankung (Crisp et al., 2000). Der überwiegende Anteil der in Deutschland durchgeführten Interventionen strebt die Reduktion des Stigmas der Schizophrenie an, was in der Anbindung der meisten deutschen Projekte an „Open the Doors“ begründet ist.

Methoden und Ergebnisse der Evaluation von Antistigma-Interventionen

Von den insgesamt 92 Projekten liegen über 72 Projekte Auswertungen vor, über 26 Projekte lediglich Beschreibungen der Maßnahme. Da über manche Projekte mehrere Publikationen mit Evaluation vorliegen, wird in diesem Abschnitt die Anzahl der Publikationen statt die Anzahl der Projekte genannt. Im Folgenden werden sowohl die zur Evaluation verwendeten Methoden als auch die Evaluationsergebnisse dargestellt (vgl. Tabelle 8).

74 % der Publikationen beinhalten eine Evaluation. Als Studiendesign wird in der Regel eine quantitative Vorher-Nachher-Befragung gewählt. Weniger als 30 % der Studien beziehen eine Kontrollgruppe ein, ohne die gemessene Veränderungen jedoch nicht eindeutig auf die Intervention zurückgeführt werden können. Aufgrund der sehr geringen Zahl der Follow up-Untersuchungen lassen sich Aussagen über die Langzeitwirkung der Interventionen meist nicht treffen. Auch bei der Wahl der Erfassungsinstrumente zeigen sich Schwächen, da zu einem großen Teil von den Autoren selbst entwickelte oder modifizierte Testskalen ohne Validierung verwendet werden, wodurch die Aussagekraft der Ergebnisse geschwächt wird. Die Validität ist ein Maß dafür, ob die bei der Messung erzeugten Daten wie beabsichtigt die zu messende Größe repräsentieren. Erst die Validierung eines Messinstrumentes ermöglicht daher die sinnvolle Interpretation der Daten.

Studiendesign	Prä-/Posttest oder Baseline – Follow up (nicht direkt an die Intervention anschließend)	66	90 %
	Controlled trial	21	29 %
	Randomised controlled trial	7	10 %
	Follow up (meist 1–3 Monate)	16	22 %
Erfassungsinstrument	validiert	33	45 %
	nicht validiert	25	34 %
	Keine Angaben	28	38 %
Ergebnis der Evaluation	Positives Gesamtergebnis	38	52 %
	teilweise oder überwiegend positive Effekte	27	37 %
	Ohne Effekte	10	14 %
	Teilweise oder überwiegend negative Effekte	1	1 %
	Negatives Gesamtergebnis	2	3 %
	In allen 3 Wirkungsbereichen positive Effekte	13	18 %
	Soz. Distanz positiver Effekt (30 mal gemessen)	19	26 %
	Publikationen ohne Evaluation	26	-

Tabelle 8: Verteilung der international zur Evaluation von Antistigma-Maßnahmen verwendeten Methoden sowie Verteilung der Evaluationsergebnisse¹⁴

¹⁴ Tabelle enthält Mehrfachnennungen. Alle Prozentangaben beziehen sich auf die Zahl von 73 Publikationen, die eine Evaluation beinhalten (= Gesamtzahl der Publikationen – Zahl der Publikationen ohne Evaluation).

3.2 Analyse einzelner Zielgruppen

Die Zielkriterien der Studien lassen sich in die drei Bereiche „Wissen“, „Emotionen“ und „Verhalten“ einteilen. Die verwendeten Testskalen messen meist den Wissenszuwachs bzgl. psychischer Erkrankung, die Einstellungen gegenüber oder die verinnerlichte Stereotype über Menschen mit seelischer Erkrankung und/oder den Wunsch nach sozialer Distanz¹⁵ gegenüber psychisch erkrankten Personen. Nach dem aktuellen Forschungsstand wird eine Reduktion der Stigmatisierung am besten auf der Verhaltensebene abgebildet, da weder Wissenszuwachs noch Einstellungsveränderungen zwangsläufig eine Verhaltensänderung nach sich ziehen (Fishbein & Ajzen, 2010). In 30 der ermittelten Publikationen wird die Veränderung des Wunsches nach Sozialer Distanz gemessen. Von diesen erreichen 19 Interventionen ihr Ziel der Verringerung sozialer Distanz, wobei lediglich sechs Mal eine Langzeitwirkung der Interventionen auch nachgewiesen wird.

Insgesamt zeigen sich zahlreiche Schwächen und Mängel in der zur Evaluation verwendeten Methodik, aufgrund derer die Beurteilung der Effektivität der Interventionen insgesamt eingeschränkt ist.

3.2 Analyse einzelner Zielgruppen

Im Folgenden werden die einzelnen Zielgruppen getrennt voneinander betrachtet. Es wird beschrieben, welche Interventionsstrategien innerhalb welcher Zielgruppen angewendet und welche Ergebnisse erzielt wurden. Auf diese Art konnten in einem nächsten Schritt besonders erfolgreiche Interventionen, Best-Practice-Interventionen¹⁶, innerhalb der verschiedenen Zielgruppen identifiziert werden.

Zielgruppe „Schüler/Jugendliche“

Insgesamt liegen 40 Antistigma-Interventionen mit der Zielgruppe „Schüler“ oder „Jugendliche“ vor. Am häufigsten wird als Interventionsart Aufklärung in Form von Workshops, Seminaren, Unterrichtseinheiten etc., meist kombiniert mit Kontakt zu Psychiatrie-Erfahrenen, genutzt (vgl. Tabelle 9). An zweiter Stelle steht die Verwendung von Medien wie Werbung, Presse oder Dokumentarfilmen als Mittel der Aufklärung und an dritter Stelle stehen kulturelle Aktivitäten wie Theater spielen oder besuchen, Ausstellungen, Kunst, Lesungen oder Konzerte.

15 Zur Erfassung der sozialen Distanz beurteilen die Studienteilnehmer auf einer mehrstufigen Skala, inwieweit sie eine psychisch erkrankte Person z.B. als Gesprächspartner, Nachbarn, Bekannten oder Partner akzeptieren oder als störend empfinden würden.

16 Definition der Best-Practice-Kriterien siehe unten.

Projekte, die Aufklärung als Interventionsart nutzen		38	95 %
Mittel der Aufklärung	Lehre: Unterrichtseinheiten, Seminar, Workshop, Vortrag, Training	32	80 %
	Medien: Dokumentarfilm, TV, Radio, Website, PC-Programm, Werbung, Presse, Buch, Informationsheft	24	60 %
	Kultur: Theater, Ausstellung, Kunst, Lesung, Konzert, Spielfilm	19	48 %
	Diskussion	11	28 %
	Aktionstage/öffentliche Events	9	23 %
	Infotelefon	3	8 %
Begegnung mit Betroffenen		20	50 %
Protest		5	13 %
Therapie/Psychoedukation		3	8 %
Preisvergabe		3	8 %

Tabelle 9: Verteilung der international zur Entstigmatisierung angewendeten Interventionsarten innerhalb der Zielgruppe „Schüler/Jugendliche“¹⁷

Von den insgesamt 40 Interventionen handelt es sich in 17 Fällen um größere, meist nationale Kampagnen, die verschiedene Zielgruppen mit verschiedenen Interventionsarten ansprechen. 15 dieser Kampagnen beinhalten keine auf die Zielgruppe bezogene Evaluation, die gemessenen Effekte weisen auf die Gesamtwirkung der verschiedenen Interventionen hin. Diese wurden daher nicht bei der Beurteilung der Effektivität bzgl. einzelner Zielgruppen oder Interventionsarten berücksichtigt und aus der weiteren Beschreibung ausgeschlossen. Über die restlichen 25 Schulprojekte liegen insgesamt 26 Evaluationen vor, da über ein Projekt zwei Evaluationsstudien veröffentlicht wurden. Fünf Interventionen erzielen positive Veränderungen in den drei Bereichen Wissen, Einstellungen und Verhalten (vgl. Tabelle 10). Alle fünf sind Aufklärungsprojekte, welche den Kontakt zu Betroffenen einbeziehen. Vier dieser Projekte nutzen Unterrichtseinheiten als Mittel der Aufklärung, eines das Theaterspiel. Insgesamt konnte sieben Mal der Wunsch nach sozialer Distanz reduziert werden, davon zwei Mal nachhaltig.

¹⁷ Tabelle enthält Mehrfachnennungen. Alle Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl von 40 Projekten innerhalb der Zielgruppe „Schüler/Jugendliche“.

3.2 Analyse einzelner Zielgruppen

Studiendesign	Prä-/Posttest oder Baseline – Follow up (nicht direkt an die Intervention anschließend)	21	81 %
	Controlled trial	9	35 %
	Randomised controlled trial	3	12 %
	Follow up (meist 1–3 Monate)	7	27 %
Erfassungsinstrument	validiert	10	38 %
	nicht validiert	12	46 %
	Keine Angaben	7	27 %
Ergebnis der Evaluation	Positives Gesamtergebnis	15	58 %
	teilweise oder überwiegend positive Effekte	9	35 %
	Ohne Effekte	2	8 %
	Teilweise oder überwiegend negative Effekte	0	0 %
	Negatives Gesamtergebnis	0	0 %
	In allen 3 Wirkungsbereichen positive Effekte	5	19 %
	Soz. Distanz positiver Effekt (8 mal gemessen)	7	27 %
Publikationen ohne Evaluation		0	-

Tabelle 10: Verteilung der international innerhalb der Zielgruppe „Schüler/Jugendliche“ zur Evaluation von Antistigma-Maßnahmen verwendeten Methoden sowie Verteilung der Evaluationsergebnisse¹⁸

In der Gruppe der Schulprojekte blieben zwei Interventionen ohne positive Gesamteffekte, eine Studie maß eine Verschlechterung der Zielkriterien. Die erste Intervention basierte auf der Strategie Aufklärung durch Lehre kombiniert mit Kontakt (Ng & Chan, 2002). Die Autoren vermuten, dass die geringe Veränderung der zu allgemein gehaltenen Aufklärung zuschulden sei; besser sei es, auf spezifische Einstellungen abzielen. Die zweite Intervention ist ein kognitiv-behaviorales Internetprogramm (O’Kearny et al., 2005), welches zwar Veränderungen in den Bereichen Wissen und Einstellungen erzielte; letztere hielten sich aber nicht bis zur Nachuntersuchung nach 16 Wochen aufrecht. Der Bereich „Wissen“ hingegen ist, wie oben erläutert, zur Bekämpfung des Stigmas weniger relevant. Die Autoren erläutern, das Programm sei bei Hochrisikopersonen erfolgreicher, welche auf eigene Initiative begonnen haben, mit diesem Programm zu arbeiten. Weiterhin hätten die Schüler die einzelnen Programm-Kapitel nur sehr lückenhaft bearbeitet und vermutlich aufgrund ihres jungen Alters teilweise nicht verstanden. Die im Rahmen der „Open the Doors“-Kampagne in Österreich durchgeführte Intervention (Grausgruber et al., 2009) fand in der Allgemeinbevölkerung eine Verschlechterung der Einstellungen sowie eine Zunahme des Wunsches nach sozialer Distanz nach der Durchführung der Intervention. Die Kampagne beinhaltete über 200 Veranstaltungen, u.a. Informationsveranstaltungen in Schulen, Pressekonferenzen, Kongresse, einen Werbespot, Plakate, Flugblätter, Broschüren, eine Telefonhotline sowie eine Homepage. Die Autoren diskutieren die Frage, ob die gemessenen Ergebnisse auf die Intervention zurückzuführen sind oder möglicherweise durch weitere Einflüsse, z.B. Medienberichterstattung über einen von einem psychisch erkrankten Menschen durchgeführten Mord, begründet sind. Eine Kontrollgruppe, die Aufschluss über diese Frage geben könnte, wurde nicht eingesetzt.

¹⁸ Tabelle enthält Mehrfachnennungen. Alle Prozentangaben beziehen sich auf die Zahl von 26 Publikationen innerhalb der Zielgruppe „Schüler/Jugendliche“, die eine Evaluation beinhalten.

Weiterhin stellen die Autoren in Frage, ob der Fokus der WPA-Kampagne auf die Erkrankung „Schizophrenie“ richtig gewählt sei und bemerken, Antistigma-Aktivitäten müssten langfristiger angelegt werden.

Zielgruppe „Öffentlichkeit“

Insgesamt liegen 33 Antistigma-Interventionen mit der Zielgruppe „Öffentlichkeit“ vor. Davon sprechen zwei Projekte einen bestimmten Teil der allgemeinen Öffentlichkeit an. Dies sind einmal die ländliche Bevölkerung und einmal die afroamerikanische Bevölkerung. Um die Zielgruppe „Öffentlichkeit“ anzusprechen wurden als Mittel der Aufklärung in erster Linie Medien (Presse, TV oder Radio) verwendet (vgl. Tabelle 11). An zweiter Stelle steht wiederum die Aufklärung in Form von Lehre, an dritter kulturelle Veranstaltungen.

Projekte, die Aufklärung als Interventionsart nutzen		31	94 %
Mittel der Aufklärung	Medien: Dokumentarfilm, TV, Radio, Website, PC-Programm, Werbung, Presse, Buch, Informationsheft	22	67 %
	Lehre: Unterrichtseinheiten, Seminar, Workshop, Vortrag, Training	18	55 %
	Kultur: Theater, Ausstellung, Kunst, Lesung, Konzert, Spielfilm	17	51 %
	Aktionstage/öffentliche Events	9	27 %
	Diskussion	8	24 %
	Infotelefon	3	9 %
Begegnung mit Betroffenen		15	45 %
Protest		4	12 %
Therapie/Psychoedukation		2	6 %
Preisvergabe		2	6 %

Tabelle 11: Verteilung der international zur Entstigmatisierung angewendeten Interventionsarten innerhalb der Zielgruppe „Öffentlichkeit“¹⁹

21 der 33 Interventionen sind wiederum größere Kampagnen, die innerhalb der Zielgruppe „Öffentlichkeit“ in die weitere Analyse einbezogen wurden, da der Schwerpunkt dieser Kampagnen meist auf der Adressierung der Öffentlichkeit liegt und es kaum Antistigma-Interventionen gibt, welche ausschließlich die allgemeine Öffentlichkeit adressieren. 2 dieser Kampagnen evaluieren ausschließlich die Effekte von nicht an die Öffentlichkeit gerichteten Teilinterventionen und wurden nicht weiter analysiert. Zu 14 Projekten steht lediglich eine Beschreibung ohne Evaluation zur Verfügung (vgl. Tabelle 12), zu einem Projekt gibt es zwei Evaluationsstudien, so dass insgesamt 18 Evaluationen bzgl. der Zielgruppe „Öffentlichkeit“ in die Auswertung eingehen. Drei Interventionen erzielen positive Veränderungen in den drei Bereichen Wissen, Einstellungen und Verhalten. Neben den unten erläuterten Best-Practice-Interventionen (Zielgruppe „Öffentlichkeit“) ist dies ein Kultur-Projekt, bei dem Schüler und psychisch Kranke in Behandlung gemeinsam Theater spielen (vgl. Best-Practice Zielgruppe „Betroffene und Angehörige“).

¹⁹ Tabelle enthält Mehrfachnennungen. Alle Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl von 33 Projekten innerhalb der Zielgruppe „Öffentlichkeit“.

3.2 Analyse einzelner Zielgruppen

Studiendesign	Prä-/Posttest oder Baseline – Follow up (nicht direkt an die Intervention anschließend)	15	83 %
	Controlled trial	3	17 %
	Randomised controlled trial	1	6 %
	Follow up (meist 1–3 Monate)	3	17 %
Erfassungsinstrument	validiert	6	33 %
	nicht validiert	4	22 %
	Keine Angaben	9	50 %
Ergebnis der Evaluation	Positives Gesamtergebnis	9	50 %
	teilweise oder überwiegend positive Effekte	6	33 %
	Ohne Effekte	2	11 %
	Teilweise oder überwiegend negative Effekte	0	0 %
	Negatives Gesamtergebnis	1	6 %
	In allen 3 Wirkungsbereichen positive Effekte	3	17 %
	Soz. Distanz positiver Effekt (7 mal gemessen)	4	22 %
Publikationen ohne Evaluation		14	-

Tabelle 12: Verteilung der international innerhalb der Zielgruppe „Öffentlichkeit“ zur Evaluation von Antistigma-Maßnahmen verwendeten Methoden sowie Verteilung der Evaluationsergebnisse²⁰

Ohne positive Effekte blieben zwei deutsche Filmprojekte. Zum einen die Vorführung des Spielfilms „Das weiße Rauschen“ im Rahmen der Kampagne „Open the Doors Germany“ (Gaebel & Baumann, 2003), zum anderen das Filmfestival „Ausnahmezustand“ durchgeführt von der Bayrischen Antistigmagruppe BASTA (Winkler et al., 2008). Erstere erzielte zwar zum Teil positive Effekte, in den bzgl. der Stigmatisierung relevanten Bereichen „Stereotypen“ und „soziale Distanz“ bewirkte der Film jedoch eine Verschlechterung der Werte. Das Filmfestival „Ausnahmezustand“ bewirkte je nach Dokumentationsfilm positive, keine oder negative Veränderungen der sozialen Distanz. Den Wunsch nach sozialer Distanz bei den Zuschauern erhöhten vor allem Filme, in denen psychisch Kranke drastisch und befremdlich dargestellt werden, Angst einflößende Filmeffekte verwendet werden oder deren Fokus auf der subjektiven Darstellung psychotischen Erlebens und Verhaltens liegt, was ebenfalls Angst bei den Zuschauern hervorzurufen scheint. Stattdessen sollte die Bewältigung psychischer Krisen und die Wiedereingliederung in den Alltag dargestellt und die Filmvorführung mit Kontakt zu Betroffenen verbunden werden (Gaebel & Baumann, 2003).

Zielgruppe „Studenten“

Insgesamt liegen 17 Antistigma-Interventionen mit der Zielgruppe „Studenten“ vor. Im Einzelnen wurden Studenten der Medizin (9), Krankenpflegestudenten (3), Psychologiestudenten (2), Studenten der Sozialarbeit (1) und Studenten ohne nähere Beschreibung/Spezifizierung (3) adressiert. In einem der Projekte wurden zwei verschiedene Studentengruppen angesprochen. Innerhalb der Zielgruppe „Studenten“ sind ausschließlich Aufklärungs-Projekte vertreten, von denen ca. die Hälfte die Begegnung mit Betroffenen einschließt. Auch in dieser Zielgruppe liegt der Schwerpunkt auf Aufklärung in Form von Unterrichtseinheiten, zum größten Teil kombiniert mit Kontakt zu Psychiatrie-Erfahrenen (vgl. Tabelle 13). Die Verwendung von Medien steht als Mittel

²⁰ Tabelle enthält Mehrfachnennungen. Alle Prozentangaben beziehen sich auf die Zahl von 18 Publikationen innerhalb der Zielgruppe „Öffentlichkeit“, die eine relevante Evaluation beinhalten.

3 Interventionen: Ergebnisse internationaler Literatur

der Aufklärung wiederum an zweiter Stelle. Während die kulturellen Aktivitäten stark in den Hintergrund treten, rückt die Diskussion an die dritte Stelle.

Projekte, die Aufklärung als Interventionsart nutzen		17	100 %
Mittel der Aufklärung	Lehre: Unterrichtseinheiten, Seminar, Workshop, Vortrag, Training	12	71 %
	Medien: Dokumentarfilm, TV, Radio, Website, PC-Programm, Werbung, Presse, Buch, Informationsheft	7	41 %
	Diskussion	4	24 %
	Aktionstage/öffentliche Events	3	18 %
	Praktikum	2	12 %
	Kultur: Theater, Ausstellung, Kunst, Lesung, Konzert, Spielfilm	1	6 %
	Abenteuercamp	1	6 %
Begegnung mit Betroffenen		9	53 %
Protest		1	6 %
Therapie/Psychoedukation		0	0 %
Preisvergabe		0	0 %

Tabelle 13: Verteilung der international zur Entstigmatisierung angewendeten Interventionsarten innerhalb der Zielgruppe „Studenten“²¹

Von den insgesamt 17 Interventionen, die (u.a.) die Zielgruppe Studenten adressieren, handelt es sich bei sechs um größere Kampagnen. Über die übrigen 11 Projekte liegen auswertbare Evaluationen vor, wobei es zu einem Projekten zwei Evaluationen gibt. Vier Interventionen erzielen positive Veränderungen in den drei Bereichen Wissen, Einstellungen und Verhalten (vgl. Tabelle 14); diese nutzen folgende Interventionsformen: zweimal Lehre, davon einmal kombiniert mit Dokumentarfilm und Diskussion, ein Abenteuercamp, eine Gruppendiskussion.

Studiendesign	Prä-/Posttest	11	92 %
	Controlled trial	4	33 %
	Randomised controlled trial	2	17 %
	Follow up (meist 1–3 Monate)	2	17 %
Erfassungsinstrument	validiert	7	58 %
	nicht validiert	2	17 %
	Keine Angaben	2	17 %
Ergebnis der Evaluation	Positives Gesamtergebnis	7	58 %
	teilweise oder überwiegend positive Effekte	2	17 %
	Ohne Effekte	2	17 %
	Teilweise oder überwiegend negative Effekte	1	8 %
	Negatives Gesamtergebnis	0	0 %
	In allen 3 Wirkungsbereichen positive Effekte	4	33 %
	Soz. Distanz positiver Effekt (8 mal gemessen)	7	58 %
Publikationen ohne Evaluation		0	-

Tabelle 14: Verteilung der international innerhalb der Zielgruppe „Studenten“ zur Evaluation von Antistigma-Maßnahmen verwendeten Methoden sowie Verteilung der Evaluationsergebnisse²²

²¹ Tabelle enthält Mehrfachnennungen. Alle Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl von 17 Projekten innerhalb der Zielgruppe „Studenten“.

3.2 Analyse einzelner Zielgruppen

Drei Interventionen erzielten keine positiven Effekte. Das erste Projekt (Altindag et al., 2006), welches im Rahmen von zwei Unterrichtseinheiten Aufklärung, einen Film und Kontakt zu einem Betroffenen umfasst, wies im Rahmen der Evaluation in der überwiegenden Anzahl der Items keine Effekte nach. Eine Begründung benennen die Autoren nicht. Sie weisen lediglich darauf hin, dass einige Items des Fragebogens nicht in direktem Zusammenhang mit den Schwerpunkten des Trainings stünden. Das zweite Projekt (Schmetzer & Lafuze, 2008) besteht aus einem psychiatrischen Praktikum mit Seminar und erzielte zum Teil positive, zum Teil negative und zum Teil keine Effekte. Im Rahmen des dritten Projektes (Shor & Sykes, 2002) wurden von psychischer Erkrankung Betroffene in Unterrichtseinheiten einbezogen. Neben qualitativen Evaluationsmethoden wurde eine Einstellungsskala verwendet, Veränderungen wurden nicht gemessen. Gründe oder Vermutungen bezüglich des fehlenden Erfolges werden bezüglich Projekt zwei und drei nicht genannt.

Zielgruppe „Journalisten/Medien“

In der Gruppe der Projekte, die Journalisten als Zielgruppe einschließen, gibt es lediglich drei Studien, welche eine Aussage über die Wirkung der Intervention speziell auf Journalisten zulassen. 18 der insgesamt 22 Interventionen sind groß angelegte Kampagnen und zwei Studien beinhalten keine Evaluation. Zwei der auswertbaren Publikationen messen positive Effekte, erfüllen jedoch nicht die Best-Practice-Kriterien (vgl. Kap. 3.4). Das erste dieser Projekte, aus dem „Open the Doors“ Programm in Italien entstanden (Sartorius & Schulze, 2005), beinhaltete Protest gegen stigmatisierende Medienberichterstattung sowie die Aufklärung von Journalisten. Erreicht wurde eine erhöhte Anzahl von positiv gefärbten Zeitungsartikeln über psychische Erkrankung. Das zweite Projekt „Sane Media Watch“ aus Australien (Orr & Denton, 2009) setzt sich aus den Elementen Protest gegen ungenaue Medienberichterstattung und Aufklärung für Journalisten über einen verantwortungsvollen Umgang mit dem Thema psychische Krankheit zusammen. Erreicht wurde eine erhöhte Anzahl positiver Medienberichte sowie eine reduzierte Anzahl „negativ gefärbter“ Publikationen. Die dritte Intervention (Stuart, 2003) erzielte keine Effekte. Mit dem Ziel einer ausgewogeneren Berichterstattung über psychische Erkrankung wurden Journalisten mit präzisen Hintergrundinformationen versorgt. 16 Monate nach der Intervention wurde eine erhöhte Anzahl sowohl positiv als auch negativ gefärbter Zeitungsartikel über psychisch Erkrankte gezählt. Den Hauptgrund sieht die Autorin in der Fernsehberichterstattung. Fände parallel zu einer ausgewogenen Berichterstattung in den Zeitungen eine visuelle Sensationsberichterstattung im Fernsehen statt, erdrücke letztere schnell die Wirkung ersterer. Zusätzlich verliehen die ausgewogenen Zeitungsberichte den Fernsehdarstellungen eine erhöhte Glaubwürdigkeit. Das Unvermögen, diesen Effekt zu kontrollieren, wurde als größter Nachteil der Studie und als Hauptgrund für den begrenzten Erfolg gesehen.

Zielgruppe „Gesundheitspersonal“

Insgesamt 20 Antistigma-Maßnahmen schließen die Zielgruppe „Gesundheitspersonal“ ein. Im Einzelnen wurden Allgemeinmediziner (7), Psychiater (2), Krankenpfleger (2) sowie Gesundheitspersonal allgemein (5) oder aus dem Bereich psychische Gesundheit (10) angesprochen, wobei die meisten Projekte mehrere der genannten Personengruppen

22 Tabelle enthält Mehrfachnennungen. Alle Prozentangaben beziehen sich auf die Zahl von 12 Publikationen innerhalb der Zielgruppe „Studenten“, die eine relevante Evaluation beinhalten.

einschließen. Lediglich vier dieser Publikationen beinhalten Evaluationen, die sich direkt auf die Effekte innerhalb dieser Zielgruppe beziehen, wovon keines die Best-Practice-Kriterien erfüllt.

Die vier Projekte, deren Evaluation sich auf die relevante Zielgruppe konzentriert, arbeiten alle mit Aufklärung als Mittel der Intervention. Das erste Projekt, angebunden an „Open the Doors Japan“ (Sartorius & Schulze, 2005) nutzte eine Kombination von Aufklärung, Kontakt zu Betroffenen sowie Diskussion, um die Angst von Pflegepersonal hinsichtlich der Behandlung psychisch kranker Menschen zu reduzieren. Es wurden positive Effekte in den drei Bereichen Wissen, Einstellungen und Wunsch nach sozialer Distanz berichtet, wobei methodische Mängel die Aussagekraft der Evaluationsergebnisse verringern. Es wurde lediglich ein Posttest ohne präinterventionelle Testung oder Nachuntersuchung durchgeführt. Zum Erfassungsinstrument wurden keine Angaben gemacht.

Die zweite Intervention, das dreitägige „New York State Office of Mental Health Core Curriculum Training Program“ (Way et al., 2002), richtete sich an das gesamte Personal einer psychiatrischen Station. Es wurden weder Psychiatrie-Erfahrene noch Angehörige direkt einbezogen, lediglich Patienten der Station im Rahmen der Evaluation über die Stationsatmosphäre befragt. Das New Yorker Programm bewirkte zahlreiche positive Veränderungen mit Auswirkungen auf der Verhaltensebene: Team-Funktionalität, gegenseitige Unterstützung auf Seiten der Patienten und des Personals, wichtige Elemente der Heilung der Patienten (wie Respekt, Autonomie, Einbezug bei Entscheidungen), kulturelle Kompetenz und Autonomie des Personals. Die Methoden zeigen erhebliche Schwächen und soziale Distanz wurde nicht als Zielkriterium erfasst.

Eine der Maßnahmen, Teil der „Open the Doors“-Kampagne in der Türkei (Üçök et al., 2006), richtete sich an Allgemeinmediziner und erzielte teils signifikante, teils nicht signifikante Verbesserungen von Einstellungen. Soziale Distanz gehörte nicht zu den Zielkriterien.

Im Rahmen des vierten Projektes (Kaduszkiewicz et al., 2008), welches aus Deutschland stammt, wurden Allgemeinmediziner und ambulantes Pflegepersonal in Form eines Trainings aufgeklärt mit dem Ziel das Stigma von Demenz zu reduzieren. Es wurden zum Teil positive, zum Teil negative Effekte erzielt, keine der gemessenen Variablen kann jedoch als stigmabezogen bezeichnet werden.

Zielgruppe „Betroffene und Angehörige“

19 Interventionen richten sich an von psychischer Krankheit Betroffene und/oder deren Angehörige. Im Einzelnen beziehen sich elf Projekte auf beide Zielgruppen, sechs Projekte ausschließlich auf die Betroffenen und zwei Projekte ausschließlich auf die Angehörigen. Diese Projekte streben einen Abbau der Selbststigmatisierung, eine erhöhte Nutzung von Therapie-Angeboten/Selbsthilfe und/oder die Integration der Betroffenen an. Lediglich fünf dieser Projekte wurden spezifisch auf ihre Effekte bzgl. dieser Ziele getestet.

Ein Projekt erzielte insgesamt keine Veränderung (Alvidrez et al., 2009). Im Rahmen dieser Intervention aus den USA sollte mithilfe von Psychoedukation das von afroamerikanischen Psychiatrie-Patienten verinnerlichte Stigma bekämpft werden, um so

deren Nutzung von Therapieangeboten zu erhöhen. Signifikante Veränderungen wurden bzgl. keines Zielkriteriums erreicht.

Zielgruppe „Polizisten“

Polizisten sind deshalb eine wichtige Zielgruppe für Maßnahmen zur Entstigmatisierung, da sie in verschiedenen Zusammenhängen Kontakt zu psychisch erkrankten Personen haben. Häufig sind sie die ersten „Helfer“, zu denen Menschen in akuten seelischen Krisen Kontakt haben. Untersuchungen haben außerdem gezeigt, dass Polizisten Vorurteile, wie z.B. das der „Unberechenbarkeit“ gegenüber psychisch kranken Menschen verinnerlicht haben (Godschalx et al., 1984). Im Rahmen der Zielgruppe Polizisten wurden neun Projekte ermittelt, von denen vier wiederum Kampagnen sind, zwei Publikationen enthalten keine Evaluation. Projekte ohne oder mit sehr geringer Wirkung sind nicht vertreten.

Zielgruppe „Hochrisikopersonen“/Prävention seelischer Erkrankungen

Ziel der drei hier vertretenen Projekte ist neben der Entstigmatisierung vor allem die Prävention psychischer Erkrankungen, die Verbesserung des Hilfesuchverhaltens und die erhöhte Nutzung von Gesundheitsservices. Die Zielgruppe dieser Interventionen sind Hochrisikogruppen²³.

Das amerikanische Programm „Fighting the stigma“ (Nelson & Barbaro, 1985) richtete sich mit Hilfe von TV-Spots, Radiodurchsagen und gedrucktem Informationsmaterial an Personen mit erhöhtem Risiko, an einer psychischen Erkrankung zu erkranken. Der Prä-Posttest-Vergleich belegte eine positivere Bewertung des psychiatrischen Versorgungssystems (mental health services) nach der Intervention. Außerdem wurde während der Kampagne eine erhöhte Nutzung psychiatrischer Einrichtungen gemessen.

Im Rahmen der englischen Trauma risk management (TRiM) strategy (Gould et al., 2007) wurden Soldaten präventiv über die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) geschult. Die Ziele des psychoedukativen Programms waren folgende: Einstellungsveränderung bzgl. PTBS, Umgang mit Stress und Hilfesuchverhalten (help-seeking), Training des Militärpersonals zur Identifizierung gefährdeter Menschen sowie Information über Frühintervention. Die Prä-/Posttest-Studie mit Kontrollgruppe belegte nachhaltig (1 month follow up) positiv veränderte Einstellungen bzgl. PTBS, Stress und eine erhöhte Bereitschaft, Hilfe bei TRiM-geschultem Personal zu suchen. Die Bereitschaft bei nicht geschulten Militärärzten oder Unterstützungsnetzwerken Hilfe zu suchen, konnte nicht verändert werden.

Ein australisches internetbasiertes Programm zur Reduktion von Stigma, Information über und Prävention von Depression erzielte insgesamt kein positives Gesamtergebnis (Griffiths et al., 2004). Angewendet wurde zum einen BluePages, eine Informationsseite über Depression, zum anderen MoodGYM, ein Training für kognitiv-behaviorale Fähigkeiten. Zwar konnten die stigmatisierenden Einstellungen innerhalb der Hochrisikogruppe (Personen mit erhöhten Werten auf einer Depressions-Skala) mit Hilfe beider Internetseiten verbessert werden, die Wahrnehmung der stigmatisierenden Einstellungen der Allgemeinbevölkerung jedoch veränderte sich in der Gruppe der BluePages-Nutzer nicht. In der Gruppe der MoodGYM-Nutzer verschlechterte sich diese.

23 Gruppen mit einem erhöhten Risiko, eine psychische Krankheit zu entwickeln.

Die Frage nach der Wirkung der erfassten Interventionen bzgl. der Prävention seelischer Erkrankungen ist nur unzureichend zu beantworten, was darin begründet ist, dass die meisten Studien diesen Aspekt nicht untersuchen. Innerhalb der drei hier vertretenen Projekte, untersucht lediglich eine Studie Effekte auf die Bereitschaft, sich Hilfe zu suchen. Aussagen über einen eventuell präventiven Effekt von Antistigma-Maßnahmen können auf der Grundlage des vorliegenden Datenmaterials nicht getroffen werden.

Weitere Zielgruppen

Im Rahmen von sieben Projekten wurden als Zielgruppe Arbeitgeber bzw. als Setting der Arbeitsplatz einbezogen. Für keine dieser Maßnahmen liegen zielgruppenspezifisch gemessene Effekte vor, da es sich bei allen Projekten um nationale Kampagnen handelt, die Gesamteffekte messen. Auffällig ist, dass, obwohl sieben Projekte die Zielgruppe Arbeitgeber einschließen, kein Projekt erfasst wurde, welches sich allein auf diese Zielgruppe bezieht. Stattdessen wurde die Arbeitswelt bisher im Rahmen nationaler Kampagnen lediglich neben anderen Zielgruppen adressiert. Das Fehlen von auf die Arbeitswelt bezogenen Projekten sowie die Ergebnisse der Bedarfsanalyse (vgl. Kap. 5) sprechen dafür, diese Zielgruppe stärker in den Fokus zu rücken.

Alle fünf Maßnahmen mit der Zielgruppe „Regierung/Politiker“ sind groß angelegte Kampagnen mit verschiedenen Zielgruppen. Im Rahmen der Kampagne „Irrsinnig Menschlich e.V.“ (Winkler et al., 2006) wurde Politikern, die Außergewöhnliches zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit psychischer Erkrankung geleistet haben, der MUT-Preis verliehen. Die internationale Kampagne „Out of the Shadows“ (Reis & Meinardi, 2002) ermutigte Regierungen, die Bedürfnisse von Epilepsie-Patienten zu adressieren, wie z.B. Sensibilisierung, Aufklärung, Diagnose, Behandlung, Pflege, Services, Prävention. Die neuseeländische Kampagne „Like Minds, Like Mine“ (Vaughan & Hansen, 2004) führte unter anderem Aufklärungs- und Trainingsworkshops für Mitarbeiter von Regierungsorganisationen durch. Die Evaluation dieser Kampagnen lässt keine Aussage über die Effekte der Interventionen auf die Zielgruppe „Regierung/Politiker“ zu.

3.3 Analyse einzelner Interventionsarten

Im Folgenden werden die verwendeten Interventionsarten getrennt voneinander betrachtet. Die je Interventionsstrategie erzielten Ergebnisse werden beschrieben, um besonders erfolgreiche Interventionsstrategien zu identifizieren (vgl. Tabelle 16). Im Rahmen zahlreicher Projekte wurden verschiedene Interventionsarten gleichzeitig eingesetzt. Zwei Arten derartiger Projekte können unterschieden werden: Zum einen Kampagnen, die verschiedene Interventionsmittel für verschiedene Zielgruppen verwenden. Es wurden 29 Kampagnen innerhalb der analysierten Publikationen erfasst. Diese sind nicht bzgl. einzelner Interventionsarten evaluiert und können somit nicht zur Beurteilung der Effektstärke herangezogen werden. Daher wurden sie wie oben nicht in die weiteren Evaluationsdaten einbezogen. Zum anderen handelt es sich um Projekte, die eine Zielgruppe mit Hilfe verschiedener Interventionsarten ansprechen, z.B. eine Unterrichtseinheit, die ein Dokumentarfilm, ein Theaterspiel und eine Gruppendiskussion beinhaltet. Auch hier ist die Evaluation nicht trennscharf, sie kann keine Daten darüber liefern, welcher „Teil“ der Intervention erfolgreich ist, welcher nicht. Die in dieser

3.3 Analyse einzelner Interventionsarten

Kategorie erfassten 23 Projekte werden dennoch in die weitere Beurteilung einbezogen, da die Anzahl der Projekte mit nur einer Interventionsart sehr gering ist. Eingeordnet werden diese nach der im Fokus stehenden Interventionsart.

		Aufklärung				
Aufklärung durch:		Lehre	Medien	Kulturveranstaltung	Diskussion	Events
Anzahl Projekte		60	45	27	21	14
Davon:	Kampagnen	22	24	16	10	11
	> 1 Interventionsart	17	22	5	9	2
	Ohne Auswertung	2	4	3	1	1
	Kontakt zu Betroffenen	35	16	15	10	7
Evaluationsergebnisse						
Anzahl relevanter Evaluationen		28	19	10	12	2
Gesamteffekt	Positiv	68 %	42 %	20 %	50 %	0 %
	Teils positiv, teils unverändert	54 %	37 %	40 %	50 %	50 %
	Unverändert	11 %	21 %	30 %	0 %	50 %
	Teils negativ, teils unverändert	4 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	negativ	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
In allen 3 Wirkungsbereichen positive Effekte		21 %	21 %	10 %	17 %	0 %
Soz. Distanz pos. Effekt (davon nachhaltig)		39 % 7 %	16 % 0 %	0 % 0 %	25 % 8 %	0 % 0 %

Tabelle 16: Verteilung der Evaluationsergebnisse unterteilt nach der verwendeten Art der Intervention zur Entstigmatisierung²⁴

Die in Tabelle 5 ebenfalls aufgeführten Interventionsarten Infotelefon, Praktikum, Abenteuercamp und Preisverleihung wurden nur im Rahmen vereinzelter Projekte eingesetzt. Protest als Mittel der Intervention wurde nicht getrennt von anderen Interventionsarten durchgeführt, weswegen dessen Effektivität nicht beurteilt werden kann.

Lehre als Mittel der Aufklärung wird meist kombiniert mit weiteren Methoden wie Aufklärungs-, Diskussionsrunde oder kulturelle Aktivität angewendet. In 35 der insgesamt 60 auf Lehre basierenden Interventionen wird Kontakt zu Betroffenen hergestellt. Wenn zur Aufklärung Medien, d.h. Dokumentarfilme, TV, Radio, Website, PC-Programm, Werbung, Presse, Buch oder Informationsheft, verwendet werden, dann werden meist verschiedene Elemente kombiniert. Innerhalb der 46 Projekte, welche von den Medien Gebrauch machen, sind 100 Mediennutzungen zu zählen. Meist werden mehrere Medien innerhalb der großen Kampagnen eingesetzt. Im Vergleich zu den auf Lehre basierenden Interventionen wird in diesem Bereich relativ selten der Kontakt zu Betroffenen hergestellt. Weiterhin fällt bei diesem Vergleich auf, dass die Medienprojekte im Gesamtergebnis weniger erfolgreich sind. Die Studien aus dem Bereich „Events“, d.h. Aktionstage, Tage der offenen Tür etc., liefern insgesamt keine aufschlussreichen Daten, da elf der 14 vertretenen Projekte Kampagnen sind, die sich nicht zur näheren Analyse eignen.

²⁴ Tabelle enthält Mehrfachnennungen aufgrund der häufig angewendeten Methodenkombination. Die Prozentangaben im Tabellenteil „Evaluationsergebnisse“ beziehen sich auf die jeweilige „Anzahl relevanter Evaluationen“.

3.4 Best-Practice-Interventionen

Vor dem Hintergrund der vorangegangenen Auswertung der positiven Effekte der Interventionen und der kritischen Analyse der Evaluationsmethoden wurden Interventionen identifiziert, die als besonders gut und richtungsweisend gelten können („Best-Practice-Interventionen“). Die Auswahl dieser Interventionen erfolgte nach mehreren Kriterien²⁵. Das erste Kriterium bezieht sich auf die Effektivität einer Intervention. Das heißt, dass nach Möglichkeit nachhaltige, positive Effekte in den drei Bereichen Kognition (Wissen), Emotion (Einstellung und Stereotype) und Verhalten (soziale Distanz) durch die Maßnahme erzielt worden sein sollten. Als zweites Kriterium wurde das Studiendesign gewertet, welches möglichst eine Nachuntersuchung (Follow up) und/oder eine Kontrollgruppe (KG) sowie validierte Messinstrumente enthalten sollte. Weiterhin wurde berücksichtigt, wenn ein Projekt besonders innovative Strategien nutzte. Mit anderen Worten: Die Einstufung einer Intervention erfolgte nicht allein vor dem Hintergrund der positiven Effekte, die durch die Maßnahme erzielt wurden, sondern auch vor dem Hintergrund der Qualität der Evaluierung. Im Folgenden werden unterteilt nach den verschiedenen Zielgruppen, die adressiert werden, Best-Practice-Interventionen vorgestellt. Je nach vertretenen Projekten innerhalb einer Zielgruppe wurde eine, mehrere oder keine Best-Practice-Intervention ausgewählt.

Zielgruppe	Projekt	Evaluation					
		Studien-design	Valid. Messinstrumente	Ergebnisse ²⁶			Kritik
				Kognition	Emotion	Verhalten	
Schüler	BASTA	Prä-Post-test; 1-Monats-Follow up	Ja	Wissen ++	Stereotype ++ (4/7 Items)	Soz. Distanz ++ (8/12 Items)	Keine KG; Follow up nach nur 1 Monat
	Mental Illness Education Programme	Prä-Posttest; Kontrollgruppe	Teils ja/teils nein	Wissen +	Einstellungen +	Soz. Distanz +; Hilfesuchverhalten ²⁷ +	Teils unvalidierte Messinstrumente; kein Follow up
Öffentlichkeit	Like Minds Like Mine	Prä-Post-test (Allgemeinbevölkerung); 8-Monats-Follow up	Keine Angaben	Bewusstsein ++	Einstellungen ++	Wahrgenommene Stigmatisierung ++	Keine Angaben zu Messinstrumenten; keine KG
	See Me	Baseline; 2-Jahres-Follow up	Ja	Wissen ++	Einstellungen ++	Soz. Distanz ++	Keine KG
Studenten	In Our Own Voice	Prä-Posttest; Randomisierte KG	Ja	Wissen +	Einstellungen +	Soz. Distanz +	Kein Follow up; Psychologie-Studenten ²⁸
	mental health advocacy	Prä-Post-test; KG; 3-Monats-Follow up	Keine Angaben	Kognitive Überzeugungen +	Affektive Reaktionen +	Verhaltensintentionen +	Keine Angaben zu Messinstrumenten; Psychologie-Studenten
	Pilotstudie aus Japan	Prä-Posttest; Randomisierte KG	Nein	Wissen +	Einstellungen +	Soz. Distanz +; Respektierung der Rechte Betroffener +	Kein Follow up; unvalidierte Messinstrumente

25 Die Auswahl der Kriterien sowie die Beurteilung der Projekte anhand der gewählten Kriterien erfolgte aus subjektiver Sicht der Autorin.

26 + = positiver Effekt, ++ = nachhaltig positiver Effekt.

27 Bereitschaft der Schüler, sich im Falle von psychischen Problemen Hilfe zu suchen.

28 Die Autoren benennen als Kritikpunkt, dass die freiwillig teilnehmenden Psychologie-Studenten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung über mehr psychologisches Wissen verfügen, gebildeter sind und generell positiver gegenüber seelisch Erkrankten eingestellt sind.

Zielgruppe	Projekt	Evaluation					
		Studien-design	Valid. Messinstrumente	Ergebnisse			Kritik
				Kognition	Emotion	Verhalten	
Betroffene/Angehörige	community art project	Prä-Posttest	Nein	Wissen (Schüler/ Publikum) +	Einstellungen (Schüler) +	Wunsch, zu helfen (Schüler) +	Keine KG; kein Follow up; unvalidierte Messinstrumente
Polizisten	BASTA	Prä-Post-test; 3-Wochen-Follow up	Ja	Keine Angaben	Stereotype +	Soz. Distanz ++	Keine KG; Follow up nach nur 3 Wochen u. nur für Soz. Distanz
	Crisis Intervention Team Training	Prä-Posttest	Teils ja/teils nein	Wissen +	Einstellungen (vermutete Aggressivität) +	Soz. Distanz +; Unterstützung lokaler Therapieprogramme +	Keine KG; kein Follow up

Tabelle 15: Übersicht über Best-Practice-Projekte gegliedert nach Zielgruppen

Zielgruppe „Schüler“

Als Best-Practice-Intervention in der Gruppe der Schulprojekte können zwei Maßnahmen bezeichnet werden (vgl. Tabelle 15). Dies ist zum Einen das Schulprojekt der Bayerischen Anti-Stigma Aktion „BASTA“ (Wundsam, 2004). Das Lernpaket „Psychisch Kranke“ wurde konzipiert für 13- bis 17-jährige Schüler und besteht aus vier Bausteinen, die im Rahmen verschiedener Fachbereiche und angepasst auf die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Schüler angewendet werden können. Der letzte Baustein bezieht je einen Psychiater-Erfahrenen, einen Angehörigen und einen professionellen Helfer ein. Hervorzuheben ist weiterhin, dass die Schüler in einem der Bausteine Passanten auf der Straße über psychische Erkrankung befragen und aufklären. Sie wirken somit als sensibilisierende und aufklärende Multiplikatoren.

Im Rahmen der zweiten Best-Practice-Intervention, das Mental Illness Education Programme (MIE) aus Australien (Rickwood et al., 2004), führten Psychiater-Erfahrene mit Schülern Diskussionen, Rollenspiele und andere interaktive Aktivitäten durch.

Zielgruppe „Öffentlichkeit“

Im Rahmen der nationalen Kampagne „Like Minds, Like Mine“ aus Neuseeland (Vaughan & Hansen, 2004) wurde Aufklärungsarbeit z.B. durch Fernseh- und Radiowerbung geleistet. Zudem wurden jährliche Antistigma-Preise ausgeschrieben und hierzu öffentliche Preisverleihungen durchgeführt. Psychiater-Erfahrene wurden ausgebildet, um selbstständig oder unterstützend Aufklärungs- und Trainingsworkshops für Mitarbeiter von Regierungsorganisationen und Gesundheitseinrichtungen durchzuführen. Weiterhin wurde Aufklärung in Journalismus-Kursen geleistet und Perspektiven von Betroffenen wurden durch Sprecher in den Medien, z.B. im Rahmen von Zeitungsartikeln oder Fernsehnachrichten, dargestellt.

Als zweites Best-Practice-Projekt wird die schottische Kampagne „See me“ (Braunholtz et al., 2004) eingestuft, welche verschiedene Methoden der Stigma-Bekämpfung nutzte. Die Initiative „Stigma Stop Watch“ beobachtete die Medienberichterstattung, um gegen stigmatisierende Berichterstattung zu protestieren. Journalisten wurden Hilfsmittel

angeboten, um stigmatisierende Sprache und irreführende Darstellung zu meiden und stattdessen effektive Antistigma-Botschaften zu nutzen. Menschen mit Stigma-Erfahrung wurden trainiert, um als „media volunteers“ in Fernsehen, Radio und Presse eingesetzt zu werden. Weiterhin wurden eine Website und Werbekampagnen eingesetzt.

Zielgruppe „Studenten“

In der Gruppe der Projekte für Studenten können drei Projekte als Best-Practice-Projekte gelten (vgl. Tabelle 15). Zum einen „In Our Own Voice (IOOV)“ aus den USA (Wood & Wahl, 2006), im Rahmen dessen Psychologiestudenten ein elfminütiges Video gezeigt wurde, in dem neun Personen mit psychischer Erkrankung über ihre Kindheit, Krankheitsepisoden und Psychiatrie-Aufenthalte berichten. Auf den Film folgte eine interaktive Diskussionsrunde. Projektentwicklung, Filmvorführung sowie Diskussionsleitung erfolgten durch Psychiatrie-Erfahrene. Als Wirkfaktoren nennen die Autoren die Mischung aus Aufklärung und Kontakt.

Das zweite Best-Practice-Projekt ist ein Projekt aus Australien (Gee et al., 2007), im Rahmen dessen Psychologie-Studenten in einer freiwilligen Gruppendiskussion über die Bewegung „mental health advocacy“ informiert wurden. Auf diese Art sollten die Studenten überzeugt werden, sich selbst als Unterstützer dieses Programmes gegen Stigma und Diskriminierung zu bezeichnen. Die Studenten wurden je nach Zustimmung oder Ablehnung in Gruppen eingeteilt und entwickelten im Folgenden in Kleingruppen Strategien zur Bekämpfung von Diskriminierung auf dem Campus, welche dann auf einer Website oder in einer Zeitung veröffentlicht wurden. Durch die selbständige Zuordnung zu und Identifikation mit einer Gruppe wird laut Autoren die Unterstützung der Normen und Ziele der Gruppe durch die Studenten vergrößert. Die anschließende Entwicklung des Strategiepapiers verhindere eine nachträgliche Meinungsänderung.

Das dritte Best-Practice-Projekt ist eine Pilotstudie aus Japan (Mino et al., 2001). Im Rahmen einer einstündigen Unterrichtseinheit wurde den Medizinstudenten im ersten Studienjahr das psychiatrische Gesundheitssystem Japans im Vergleich zum Gesundheitssystem Englands und der unterschiedliche Umgang mit psychisch erkrankten Menschen dargestellt. Ziel war, die Einstellungen bzgl. psychischer Krankheit zu verbessern.

Zielgruppe „Betroffene und Angehörige“

Als Best-Practice-Projekt wurde das „community art project“ (Twardzicki, 2008) aus Großbritannien eingestuft. Schüler übten gemeinsam mit psychisch erkrankten Menschen ein Theaterstück ein, welches vor Publikum vorgeführt wurde. Aus Sicht der Betroffenen erzielte dieses Projekt zahlreiche positive Veränderungen, u.a. in den Bereichen: Integration, Vertrauen, Empowerment, Optimismus, Stimmung.

Zielgruppe „Polizisten“

Die erste Best-Practice-Intervention ist das Polizeiprojekt der Bayerischen Anti-Stigma Aktion „BASTA“ (Wundsam et al., 2007), im Rahmen dessen ein Anti-Stigma-Seminar in ein 2-jähriges Aufbaustudium für Polizisten integriert wurde. Dieses dialogische Seminar, an dem Polizisten, Betroffene und Angehörige teilnehmen, ist zu einem festen Bestandteil dieser Weiterbildung an den beiden bayerischen Beamtenfachhochschulen geworden. Das Seminar beinhaltet pro Semester je einen Vormittag mit sechs 45minütigen

3.5 Schlussfolgerungen

Unterrichtseinheiten und soll Berührungsängste abbauen sowie Stereotype bzgl. psychisch Erkrankten verändern. Erwähnenswert ist weiterhin, dass die Beamten, die mit Hilfe dieses Studiums vom mittleren in den gehobenen Dienst wechseln, als Dienstgruppenleiter tätig werden und somit für die Weiterbildung junger Streifenpolizisten zuständig sind. In diesem Feld wirken sie als Multiplikatoren. Als Wirkfaktor betrachten die Autoren den Kontakt zwischen Polizisten, Betroffenen und Angehörigen.

Das zweite Projekt ist das „Crisis intervention team training“ (CIT) aus den USA (Compton et al., 2006). Dieses freiwillige, 40-stündige lokale Trainingsprogramm wurde durchgeführt von Personal aus dem Bereich psychische Gesundheit, Angehörigen psychisch kranker Menschen und Betroffenen-Gruppen. Die Polizisten wurden über psychische Erkrankungen geschult und nahmen an einem Deeskalationstraining teil.

Werden die ermittelten Antistigma-Projekte nach der verwendeten Interventionsart gegliedert, ergeben sich die in Tabelle 17 genannten Projekte als Best-Practice-Interventionen.

Interventionsart	Projekt*
Lehre	BASTA
	Mental Illness Education Programme
	In Our Own Voice
	Pilotstudie aus Japan
Medien	In Our Own Voice
Kulturveranstaltung	Community art project
Diskussion	In Our Own Voice
	Mental Health Advocacy
Events	Keine Best-Practice-Interventionen

Tabelle 17: Übersicht über Best-Practice-Projekte gegliedert nach Zielgruppen

* Vgl. Tabelle 15

3.5 Schlussfolgerungen

Die Antistigma-Bemühungen nehmen seit dem Jahr 2003 zu, mit „Open the Doors“ gab es einen sprunghaften Anstieg bevor ab 2006 die Aktivitäten wieder leicht zurückgehen. Dies zeigt, wie wichtig ein zentraler Impuls und/oder die Anbindung an einen Dachverband bzw. einen nationalen oder internationalen „Impulsgeber“ sind. Da die in Deutschland publizierten Projekte fast alle aus „Open the Doors“ heraus entstanden sind, gibt es hier an größeren Projekten wenig Neues in den letzten Jahren. Neue Aktivitäten und Anstöße scheinen dringend erforderlich. Mit Abstand am Meisten Antistigma-Aktivität ist im englischsprachigen Raum zu finden, aber auch Deutschland ist verhältnismäßig aktiv. Die meisten Publikationen stammen jedoch aus den Ländern, in denen groß angelegte Kampagnen durchgeführt werden, welche auf mehreren Ebenen arbeiten und mehrere Zielgruppen ansprechen. Gerade die Arbeit auf mehreren Ebenen ist aus Sicht der Grundlagenforschung sinnvoll und wirksam (vgl. Kap. 2.2). Diese Kampagnen, die in Deutschland bisher kaum eine Rolle spielen, stellen die wenigen nationalen Projekte dar. Über diese fast alle aus dem englischsprachigen Raum stammenden Kampagnen hinaus, werden Antistigma-Aktivitäten international vor allem auf lokaler Ebene durchgeführt.

International sind die meisten Projekte nicht krankheitsspezifisch, d.h. die Interventionen streben nicht die Entstigmatisierung einer konkreten Erkrankung an, sondern psychischer Krankheit allgemein. In Deutschland hingegen sind die meisten Maßnahmen Schizophrenie-bezogen, was vermutlich in der Anbindung dieser Projekte an „Open the Doors“ begründet ist. Möglicherweise ist dieser internationale Vergleich ein Hinweis darauf, zukünftige Projekte eher allgemein zu halten, d.h. nicht krankheitsspezifisch aufzuklären.

Als Maßnahme gegen Stigmatisierung wird in erster Linie Aufklärung in Form von Unterrichtseinheiten durchgeführt, häufig in Kombination mit Betroffenen-Kontakt. Auch in Deutschland ist diese Art der Intervention am Häufigsten vertreten. Kontakt, laut Grundlagenforschung eine wirksame Interventionsstrategie (vgl. Kap. 2.3.1), wird hier sogar fast immer angewendet. Im internationalen Vergleich steht Deutschland bzgl. der Anwendung von Medien, wie z.B. TV, Zeitung, Internet, als Aufklärungsmittel bisher hinten an. Die ebenfalls wirksame Kombination von Methoden (vgl. Kap. 2.3.2) wird hierzulande selten genutzt, zukünftige Projekte sollten daher mit Hilfe von Methodenkombination vielschichtiger angelegt sein und die Medien mehr einbeziehen. Bezüglich der Zielgruppen für Antistigma-Arbeit stehen international Schüler an erster Stelle. Wie oben erläutert (vgl. Kap. 3.1), ist es sinnvoll, so früh wie möglich mit einstellungsverändernden Maßnahmen anzusetzen, bevor Einstellungen und Stereotype sich verfestigen. Auch die Suche nach der eigenen Identität im Rahmen der Pubertät und die Häufung seelischer Krisen im Jugendalter sind zwei Faktoren, welche die Wirksamkeit von Antistigma-Maßnahmen innerhalb dieser Zielgruppe begünstigen. Die wichtige und außerdem leicht adressierbare Zielgruppe Schüler steht auch in Deutschland an der Spitze, ist im internationalen Vergleich sogar leicht überrepräsentiert. Auch die Polizei als Zielgruppe ist in Deutschland überrepräsentiert. Wenig bis gar nicht werden in Deutschland als Zielgruppe eingebunden: Studenten, Journalisten und Medienvertreter sowie Gesundheitspersonal und Arbeitgeber. Auch die Öffentlichkeit, international die zweitwichtigste Zielgruppe, wird in Deutschland noch wenig angesprochen. Hier richteten sich zwei Filmprojekte an die allgemeine Öffentlichkeit, welche keine bis negative Effekte erzielten. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Literaturrecherche wären unter Einbezug des Bedarfs aus Sicht der Betroffenen (vgl. Kap. 5) neben dem Gesundheitspersonal und den Journalisten/Medien vor allem Arbeitgeber als Zielgruppe bei der Konzeption zukünftiger Antistigma-Maßnahmen zu berücksichtigen.

Die Methoden, die international zur Evaluation von Antistigma-Maßnahmen angewendet werden, weisen vielfach Schwächen auf. Es werden nicht immer validierte Messinstrumente verwendet, selten Kontrollgruppen oder Nachuntersuchungen. Aussagen über die Wirkung und Nachhaltigkeit der Interventionen sind daher oft unzuverlässig. Zukünftig umgesetzte Projekte sollten in jedem Fall gut evaluiert werden, bestenfalls mit validierten Messinstrumenten, Kontrollgruppe sowie Nachuntersuchung in ausreichendem zeitlichen Abstand. Der Einfluss der Intervention auf Stigmatisierung und Vorurteile sollte unter anderem auf der Verhaltensebene erfasst werden. In der Auswahl richtungsweisender Best-Practice-Projekte, d.h. Projekte, deren Evaluierung einen Mindeststandard erfüllen und die auf dieser Grundlage zu positiven Ergebnissen kommen, sind aus Deutschland ein Schulprojekt und ein Polizeiprojekt, beide durchgeführt von der Münchner Gruppe BASTA (Wundsam, 2004; Wundsam et al., 2007), vertreten. Bezüglich anderer Zielgruppen hat Deutschland keine Best-Practice-Interventionen vorzuweisen.

4 Interventionen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage

Neben den in Kapitel 2.3.2 beschriebenen Interventionsforschungsstudien und den in Fachpublikationen veröffentlichten, mehrheitlich evaluierten Projekten (Kap. 3) werden in der Praxis vielfältige Maßnahmen zur Aufklärung über und zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen umgesetzt. Um ein vollständiges Bild über die Antistigma-Aktivitäten in Deutschland zu bekommen, wurde daher die Auswertung der publizierten Projekte ergänzt durch eine Umfrage, mit der insbesondere auch jene Projekte und Maßnahmen erfasst werden sollten, über die es keine Fachpublikation und keinen veröffentlichten Bericht gibt.

Zur Erfassung der Antistigma-Maßnahmen, welche in den vergangenen Jahren in Deutschland umgesetzt wurden oder die aktuell umgesetzt werden, wurde ein Fragebogen entwickelt, der über einen breiten Verteiler in Umlauf gebracht wurde²⁹. Im Fragebogen wurde die Begrifflichkeit zur Erfassung der Maßnahmen durch die Formulierung „Antistigma-Interventionen und Aufklärungsprojekte mit der Zielsetzung der Entstigmatisierung psychisch erkrankter Menschen“ bewusst sehr weit gefasst. Damit sollte sichergestellt werden, dass sich auch die Projektträger angesprochen fühlen, die kleinere und nicht wissenschaftlich fundierte Antistigma-Projekte durchführen. In der Folge waren die Projekte, die eingereicht wurden, sehr heterogen. Nicht immer handelte es sich dabei um Projekte oder Interventionen im klassischen Sinne mit eindeutiger Zielsetzung, genau definierter Zielgruppe und begrenzter Projektlaufzeit. Vielfach wurden verschiedene Einzelmaßnahmen einer Einrichtung oder eines Vereins angegeben, die regelmäßig durchgeführt werden. In einigen Fällen wurde auch der Verein selbst, dessen Zielsetzung die Aufklärung über psychische Erkrankungen ist, als Projekt eingereicht. Insgesamt gingen 126 Rückmeldungen³⁰ von 95 unterschiedlichen Projektträgern³¹ ein. Es wurden alle Projekte erfasst und ausgewertet.

4.1 Antistigma-Interventionen in Deutschland

Mit 126 gemeldeten Projekten war der Rücklauf auf den Fragebogen zur Erfassung von Antistigma- und Aufklärungsmaßnahmen gut. Da der Fragebogen in erster Linie durch

29 Der Fragebogen (siehe Anhang 1) ging per Email an alle Mitglieder des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit (siehe Anhang 4). Die Angeschriebenen wurden aufgefordert, den Fragebogen an ihre Landesverbände und Mitgliedsorganisationen weiterzureichen. Explizit wurden noch einmal einzelne Bündnis-Partner, die über ein breites Netzwerk verfügen, angesprochen:

- o Dachverband Gemeindepsychiatrie
- o Irre menschlich Hamburg/Psychoseseminare
- o Irrsinnig Menschlich
- o Bundesdirektorenkonferenz

Die Mitglieder von open the doors e.V. wurden einzeln per Email angeschrieben sowie alle Bewerber der vergangenen Jahre für den Antistigma-Förderpreis, der von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und Open the doors e.V. jährlich verliehen wird. Der Fragebogen wurde über eine Antistigma-Mailingliste (anti-stigma@domes.de) distribuiert sowie als Download auf der Internetseite des Aktionsbündnisses eingestellt. Über die Suchmaschine Google wurde mit den Stichworten „Antistigma“ und „Entstigmatisierung“ nach weiteren potentiellen Projektträgern recherchiert, die einzeln per Email angeschrieben wurden.

30 Ein Projekt wurde zweimal eingereicht, wurde aber nur einmal in der Aufstellung erfasst.

31 Das heißt, 25 Projektträger haben zwei oder mehr Projekte eingereicht.

das Netzwerk des Aktionsbündnisses und durch Newsletter verbreitet wurde, lässt sich allerdings keine konkrete Aussage über die Quote des Rücklaufs treffen (vgl. hierzu auch Kap. 4.2). Der Rücklauf des Fragebogens zeigt eine sehr vielfältige Auswahl an Maßnahmen, die zur Entstigmatisierung und Aufklärung über psychische Erkrankungen umgesetzt werden (vgl. Tabelle 18). Drei Gruppen lassen sich diesbezüglich bilden:

Film- und Kulturprojekte

Die Präsentation eines Spiel- oder Dokumentarfilms – mit anschließender Diskussion – wird als Weg zur Informationsvermittlung genutzt. Auch die Organisation von weiteren Kulturveranstaltungen (Theater, Lesungen, Kunstaussstellungen) folgt diesem Ansatz.

Schulprojekte

Die Vielzahl der umgesetzten Schulprojekte entspricht dem Trend, der sich auch schon bei der Analyse der publizierten Antistigma-Projekte gezeigt hat. In den meisten Fällen handelt es sich bei den Schulprojekten um Projektstage oder Unterrichtseinheiten, bei denen Informationsvermittlung, der Abbau von Vorurteilen, aber auch die Begegnung mit psychisch erkrankten Menschen sowie der Aspekt, auf Hilfsangebote aufmerksam zu machen, eine Rolle spielen.

Informationsveranstaltungen

Als dritte Gruppe wäre die „klassische“ Informationsvermittlung im Rahmen von Informationsveranstaltungen, Seminaren, Workshops sowie Schulungen und Fortbildungen zu nennen.

Darüber hinaus wurden Projekte genannt, die die Begegnung und den (dialogischen³²) Austausch zum Gegenstand haben. Eine genaue Abgrenzung, welche Maßnahmen primär den Charakter eines Antistigma- oder Aufklärungsprojekts haben und welche eher im Bereich der Selbsthilfe und Rehabilitation anzusiedeln wären, erscheint auf der Grundlage der Angaben im Fragebogen schwierig. Die Zuordnung folgte daher allein auf der Grundlage der Aussage des Projektträgers, der die Maßnahme als Antistigma- und Aufklärungsprojekt eingereicht hat. Somit wurden alle Projekte bei der Auswertung berücksichtigt (siehe auch Kap. 4.2).

Bei 35 Rückmeldungen bezogen sich die Angaben nicht auf ein klar abgegrenztes Projekt, stattdessen wurden verschiedene Projekte, Veranstaltungen und Maßnahmen genannt. Diese wurden bei der Einordnung der Projekte mehrfach erfasst. Darüber hinaus gab es überwiegend Mehrfachnennungen, da die Frage nach den Projektarten offen gestellt war.

32 Unter Dialog wird hier die Zusammenarbeit von Mitarbeitern des psychiatrischen Versorgungssystems, psychisch erkrankten Menschen und deren Angehörigen verstanden.

4.1 Antistigma-Interventionen in Deutschland

36	Vorträge, Seminare, Workshops, Informationsveranstaltungen
35	Filmprojekte (Präsentation einzelner Filme, Umsetzung Filmfestival)
30	Schulprojekte (Projektstage, Schulbesuche etc.)
23	Begegnung, Austausch (Dialogischer Austausch, Psychoseseminar etc.)
19	Fortbildungen, Schulungen
17	Kulturveranstaltungen (Theater, Lesungen, Kunst)
11	Maßnahmen der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
10	Aktionstage, Tage der offenen Tür
34	Weitere Maßnahmen (Ausstellungen, Publikationen, Plakate, Angebote für Betroffene, Website, Sportangebot etc.)
2	Angaben nicht eindeutig

Tabelle 18: Auswertung einer Umfrage zur Erfassung von Antistigma- und Aufklärungsprojekte in Deutschland unterteilt nach Projektarten

Zielgruppen und Zielsetzung

Die Auswertung zeigt, dass die Zielgruppen, die mit den Maßnahmen adressiert werden sollen, häufig nicht klar definiert sind³³. Viele Projekte richten sich an die allgemeine Öffentlichkeit oder an unterschiedliche Zielgruppen gleichzeitig (vgl. Abbildung 9 & Tabelle 19). Zu den häufig genannten Zielgruppen zählt neben Schülern und Lehrern das medizinisch-psychiatrische Personal, wobei sich die Maßnahmen in der Regel nicht ausschließlich an diese Zielgruppe richten. Genauso verhält es sich mit den Betroffenen und Angehörigen, die ebenfalls relativ häufig adressiert werden. Bezüglich der Ergebnisse der internationalen Recherche bestätigt sich die sehr geringe bzw. fehlende Berücksichtigung der Zielgruppen Studenten sowie Arbeitgeber (vgl. Abbildung 8). Insgesamt könnte die Unbestimmtheit bei den Zielgruppen auf eine Schwäche bei den Maßnahmen zur Entstigmatisierung und Aufklärung hinweisen, da die klare Definition der zu adressierenden Personengruppe eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Ansprache einer Zielgruppe ist.

33 Eine Ausnahme sind die Schulprojekte.

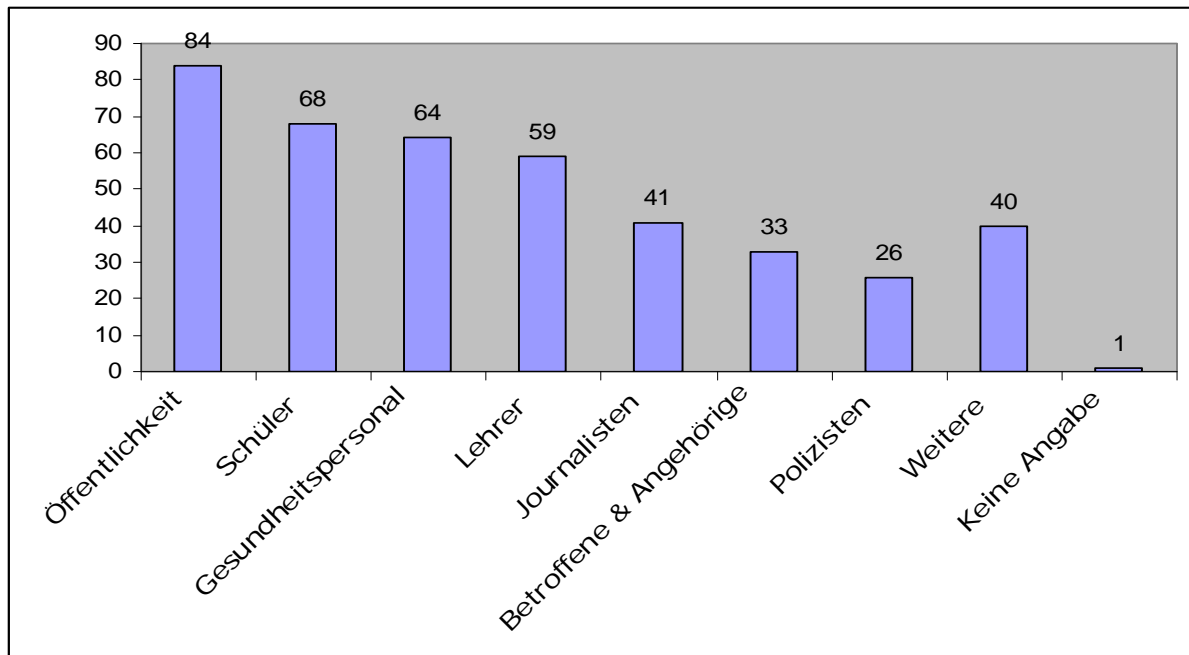


Abbildung 9: Auswertung einer Umfrage zur Erfassung von Antistigma- und Aufklärungsprojekten in Deutschland, unterteilt nach Zielgruppen³⁴

57	max. 2 Zielgruppen gesamt
38	max. 2 Zielgruppen ohne „allg. Öffentlichkeit“
32	3 oder 4 Zielgruppen
35	5 und mehr Zielgruppen

Tabelle 19: Anzahl der Zielgruppen, die im Rahmen der in Deutschland umgesetzten Antistigma- und Aufklärungsprojekte angesprochen werden (quantitative Auswertung)

Auch bei der Zielsetzung der Maßnahmen wurden sehr unterschiedliche und zum Teil mehrere Aspekte gleichzeitig genannt (vgl. Tabelle 20). Vier Gruppen lassen sich bilden:

Aufklärung

Am häufigsten wurden Aufklärung, Wissensvermittlung, Information und Öffentlichkeitsarbeit als Ziele genannt. In diesen Bereich fallen auch die Aspekte Sensibilisierung und Bewusstsein schaffen.

Entstigmatisierung

Das Ziel der Entstigmatisierung wird vor dem Hintergrund, dass bei dieser Umfrage explizit nach Antistigma-Projekt gefragt wurde, vergleichsweise selten benannt. Als Zielsetzungen, die diesem Bereich zuzuordnen sind, werden der Abbau von Diskriminierung, Ausgrenzung und sozialer Distanz sowie Enttabuisierung und der Abbau von Ängsten und Vorurteilen genannt.

Kontakt und Empowerment

Die häufige Nennung der Zielsetzungen Empowerment, Teilhabe fördern, Unterstützung der Betroffenen und Angehörigen sowie Kontakt, Begegnung und Verbesserung des

³⁴ Es wurden verschiedene Zielgruppen vorgeschlagen. Mehrfachnennungen waren möglich ebenso wie die Angabe weitere Zielgruppen.

4.1 Antistigma-Interventionen in Deutschland

Austausches zeigt wie eng diese Aspekte mit der Zielsetzung der Entstigmatisierung verbunden sind bzw. von den in der Antistigma- und Aufklärungsarbeit tätigen Personen miteinander verbunden werden.

Prävention und Versorgung

An vierter Stelle (bei ca. einem Sechstel der Maßnahmen) wurde die Verbesserung der Versorgung, Prävention, Früherkennung und Gesundheitsförderung sowie das Ziel, auf Hilfsangebote aufmerksam zu machen, angegeben. Diese Ziele wurden immer in Kombination mit einer Zielsetzung der genannten ersten drei Gruppen genannt.

Die Analyse der Angaben zur Zielsetzung der Projekte zeigt, dass die Ziele oft nicht (z.B. im Sinne des Projektmanagements³⁵) klar definiert sind. In einigen Fällen wurde die Aufgabenstellung, welche die Projektorganisatoren sich mit dem Projekt gesetzt hatten, als Zielsetzung benannt. In keinem Fall wurde ein quantitatives, messbares Ziel genannt. Dies stellt sicherlich eine Hürde bei der Evaluierung und Bewertung der Wirkung dar. Inwieweit es auch die Wirkung der Projekte schwächt, wäre zu diskutieren.

69	Aufklärung, Wissensvermittlung, Information, Öffentlichkeitsarbeit
45	Antistigma, Entstigmatisierung
38	Enttabuisierung, Ängste abbauen, Vorurteile abbauen
28	Sensibilisierung, Bewusstsein schaffen
24	Empowerment, Teilhabe fördern, Unterstützung Betroffene/Angehörige
19	Kontakt, Begegnung, Austausch verbessern
19	Prävention, Früherkennung, Gesundheitsförderung, auf Hilfsangebote aufmerksam machen
8	Verbesserung der Versorgung
6	Abbau Diskriminierung, Ausgrenzung, soz. Distanz
22	Weitere
3	Keine Angaben, Angaben nicht eindeutig

Tabelle 20: Zielsetzungen der in Deutschland umgesetzten Antistigma- und Aufklärungsprojekte

Akteure: Projektträger, Kooperationspartner und Selbsthilfe

Die Auswertung der Fragebögen weist auf eine sehr zentrale Rolle der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie bezüglich der Antistigma- und Aufklärungsarbeit in Deutschland hin. Über ein Drittel der gemeldeten Projekte werden von Kliniken oder Initiativen, die bei einer psychiatrischen Klinik angesiedelt sind, umgesetzt (vgl. Abbildung 10). In anderen Fällen sind sie Kooperationspartner bei der Durchführung der Maßnahmen (vgl. Tabelle 21). Neben den Kliniken sind sozial- oder gemeindepsychiatrische Einrichtungen (oder deren Träger) sowie öffentliche Einrichtungen wie das Gesundheitsamt, der Psychiatriekoordinator, die Stadt-, Kreis- oder Bezirksverwaltung häufig Projektträger oder engagieren sich als Kooperationspartner im Rahmen des Projektes.

Auch wenn als Kooperationspartner bei der Projektumsetzung am Häufigsten Partner „außerhalb“ des Bereichs der psychiatrischen Versorgung genannt wurden, so ist dies

³⁵ Nach der Definition des Projektmanagements sollten Projektziele spezifisch, messbar, angemessen, realistisch und terminierbar (SMART) sein.

4 Interventionen: Ergebnisse einer Umfrage

letztendlich nur bei 24 Maßnahmen der Fall (d. h. bei weniger als einem Drittel der Maßnahmen) (vgl. Tabelle 21). Vor dem Hintergrund, dass mit den Projekten vielfach externe Zielgruppen angesprochen werden sollen, wäre zu prüfen, ob dieser Aspekt zukünftig stärker berücksichtigt werden sollte. Bei der überwiegenden Anzahl der Projekte sind Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder deren Angehörigen an der Projektumsetzung beteiligt (vgl. Abbildung 11). Dies ist sowohl vor dem Hintergrund des Anspruchs der Teilhabe psychisch erkrankter Menschen als auch vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der Interventions- und Grundlagenforschung positiv zu bewerten. Häufig sind auch Selbsthilfevereine Kooperationspartner.

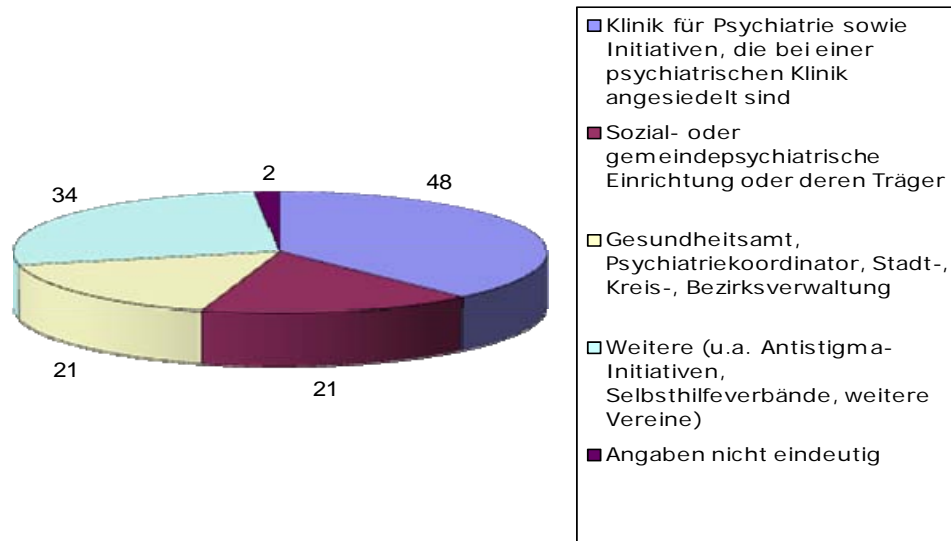


Abbildung 10: Projektträger³⁶ der in Deutschland umgesetzten Antistigma- und Aufklärungsprojekte, die im Rahmen der Umfrage erfasst wurden

24	Kooperationspartner außerhalb des Bereichs „Psychiatrie“ (vielfach Kinos, VHS)
23	Selbsthilfevereine (z.T. Betroffene, Angehörige allg.)
23	(Träger) Soz.-/gemeindepsych. Einrichtungen; sozialpsych. Dienst
19	(Psychiatrische) Kliniken
13	Dachverbände (Aktionsbündnis, DGBS, Dt. Bündnis gegen Depr., DGPPN etc.)
11	Gesundheitsamt, Psychiatriekoord., Stadt-, Kreis-, Bezirksverw., Ministerium
8	Antistigma-Vereine
5	Krankenkassen
2	(Pharma-)Industrie
22	Weitere
26	Keine Kooperationspartner
13	Keine konkreten oder eindeutigen Angaben

Tabelle 21: Antistigma- und Aufklärungsprojekte in Deutschland, unterteilt nach Kooperationspartnern, die an der Umsetzung der Projekte beteiligt waren³⁷

³⁶ Anmerkung: bei einem Projekt wurden zwei Projektträger angegeben.

³⁷ Offen Frage, überwiegend Mehrfachnennungen, wenn keine Angaben gemacht wurden, wurde dies als „keine Kooperationspartner“ gewertet.

4.1 Antistigma-Interventionen in Deutschland

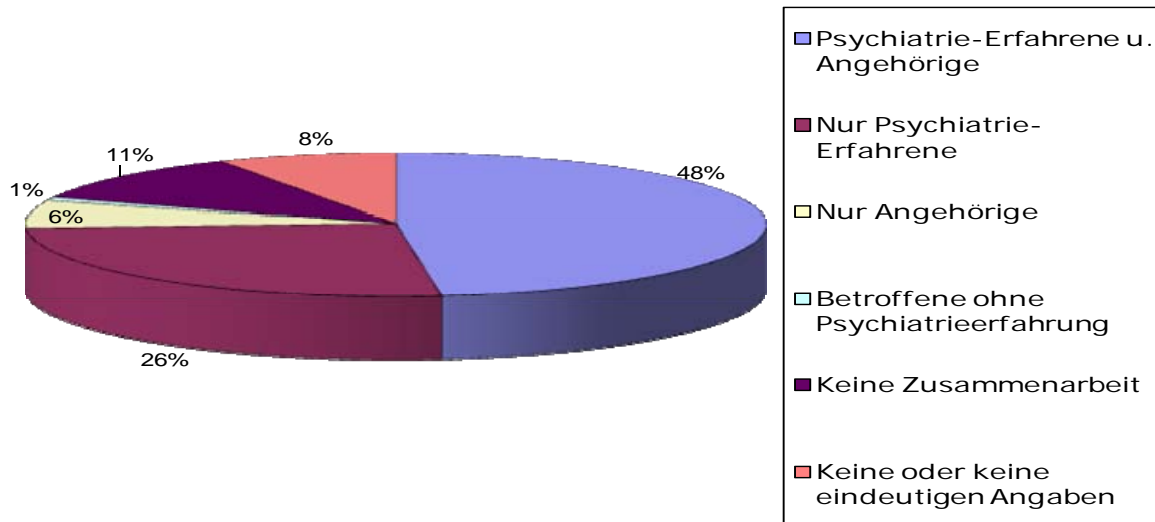


Abbildung 11: Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen u. Angehörigen im Rahmen von Antistigma- und Aufklärungsprojekten in Deutschland

Verbreitung und Nachhaltigkeit

Die Rückmeldungen zeigen, dass es in Deutschland sehr viel Engagement im Antistigma-Bereich insbesondere auf lokaler Ebene gibt (vgl. Abbildung 12). Nur vereinzelt werden Projekte landes- oder bundesweit umgesetzt. Dieses Ergebnis korrespondiert mit der Auswertung der publizierten Antistigma-Interventionen in Deutschland (vgl. Kap. 3.1). In der Mehrzahl werden die Maßnahmen mehrfach oder kontinuierlich seit einigen Jahren umgesetzt (vgl. Tabelle 22). Dies ist positiv im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Maßnahmen zu bewerten.

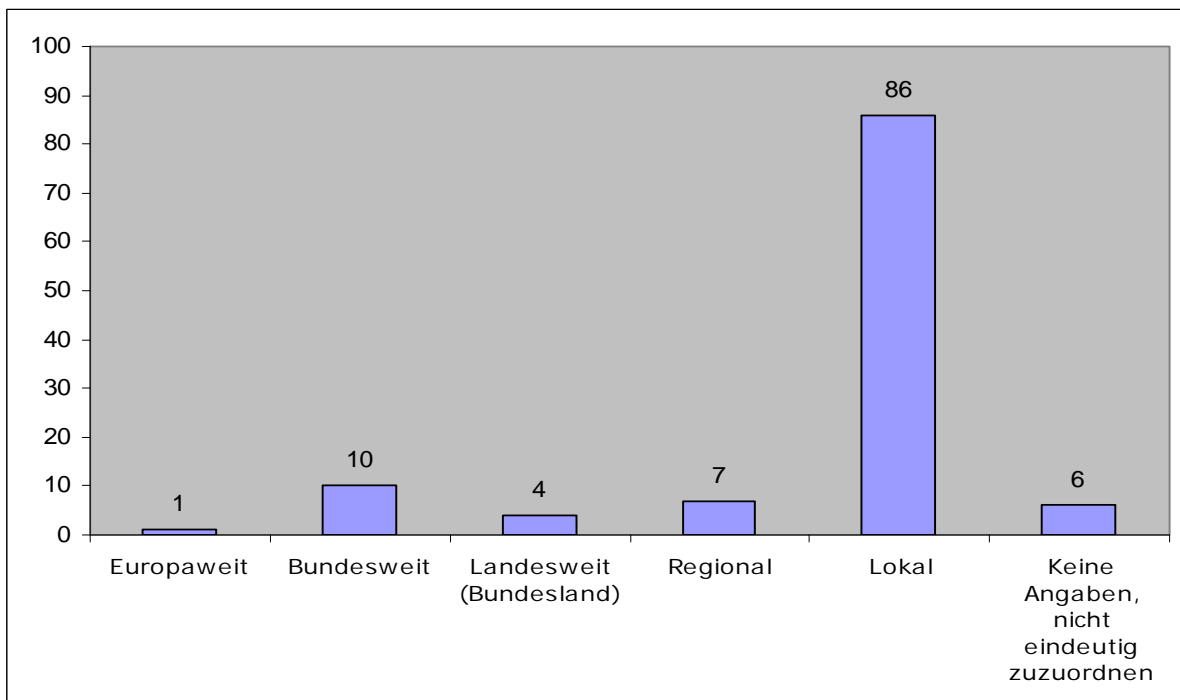


Abbildung 12: Reichweite³⁸ der in Deutschland umgesetzten Antistigma- und Aufklärungsprojekte

38 Definition: lokal: in einer Stadt/in einem Stadtbezirk; regional: in einem Landkreis/in mehreren Städten einer Region.

21	Einmal
32	zwei- bis neunmal
44	zehnmal und mehr
29	keine Angaben, Angaben nicht eindeutig

Tabelle 22: Darstellung, wie oft die im Rahmen der Umfrage erfassten Antistigma- und Aufklärungsprojekte umgesetzt wurden³⁹

Die Auswertung der eingereichten Maßnahmen hat bestätigt, dass die Pilot- und Modellprojekte, wie die Aktivitäten des Bündnisses gegen Depression, die Schulprojekte der Antistigma-Vereine oder auch das Psychoseseminar, von den lokal tätigen Projektträgern von Antistigma- und Aufklärungsmaßnahmen gut angenommen und in der eigenen Region umgesetzt werden (vgl. Tabelle 23). Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die Netzwerke, die sich um diese Projekte gebildet haben, zum Teil noch einmal explizit angeschrieben wurden mit der Bitte, ihre Projekte zur Entstigmatisierung und Aufklärung zu benennen (vgl. Fußnote 29).

10	Irrsinnig Menschlich – Ausnahmezustand (Filmfestival)
8	Irrsinnig Menschlich – Verrückt, na und? (Schulprojekt)
1	BASTA – Schulprojekt
7	Bündnis gegen Depression

Tabelle 23: Regionale/Lokale Umsetzung eines Pilot- oder Modellprojekts⁴⁰ zur Entstigmatisierung und Aufklärung psychische Erkrankungen

4.2 Schlussfolgerungen

Die Auswertung der Umfrage zur Erfassung der Antistigma-Maßnahmen in Deutschland zeigt, dass es insbesondere auf lokaler Ebene viel Engagement gibt, um der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen zu begegnen. Positiv hervorzuheben ist zum einen die Integration bzw. Zusammenarbeit mit von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen und ihren Angehörigen bei der Projektumsetzung sowie die kontinuierliche Umsetzung der Maßnahmen. Das heißt, der überwiegende Anteil der Projekte wurde bereits mehrfach, zum Teil über mehrere Jahre, umgesetzt. Als zentrale Institutionen bei der Umsetzung von Antistigma-Aktivitäten in Deutschland haben sich die psychiatrischen Kliniken herausgestellt. Auch weitere Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung (sozial-/gemeindepsychiatrische Einrichtungen, sozialpsychiatrischer Dienst etc.) spielen eine wichtige Rolle. Die Auswertung der Umfrage-Rückmeldungen weist allerdings auch auf einige Schwächen bei der Umsetzung der Antistigma-Interventionen hin: So sind die Zielgruppen und die Zielsetzungen der Maßnahmen häufig nicht genau definiert. Dies könnte die Wirksamkeit der Maßnahmen schwächen.

Folgende Einschränkungen müssen bzgl. der Aussagekraft der Ergebnisse gemacht werden: Die Rückmeldungen haben gezeigt, dass es ein sehr unterschiedliches Verständnis bzgl. der Definition einer Antistigma-Intervention oder eines Aufklärungsprojektes mit der Zielsetzung der Entstigmatisierung psychisch erkrankter

³⁹ In einigen Fällen wurde die Anzahl von Veranstaltungsreihen angegeben, in anderen Fällen wurden Veranstaltungen innerhalb einer Veranstaltungsreihe einzeln gezählt.

⁴⁰ Zum Teil direkter Verweis auf das Pilot- oder Modellprojekt, zum Teil durch gleichnamigen Projekttitel wie das Modellprojekt und/oder Angabe des Projektträgers des Modellprojekts als Kooperationspartner ersichtlich.

4.2 Schlussfolgerungen

Menschen gibt. Es ist zu vermuten, dass Projektträger, die eine engere Definition des Projektbegriffs haben, ihre Maßnahmen nicht eingereicht haben.

Projekte mit den Zielsetzungen „Austausch, Begegnung“ sowie „Empowerment/Unterstützung Betroffener“ wurden in dieser Auswertung mit aufgenommen. Da diese Aspekte nicht direkt erfragt wurden, ist vor dem Hintergrund der zahlreichen Vereine und Initiativen in diesem Bereich (Selbsthilfegruppen und -verbände, Psychoseseminare), davon auszugehen, dass es viele weitere Maßnahmen mit diesen Zielsetzungen gibt, die nicht rückgemeldet wurden.

Durch die Verbreitung des Fragebogens per E-Mail-Verteiler mit der Bitte um Weiterleitung, kann nicht eindeutig festgestellt werden, wer den Fragebogen tatsächlich erhalten hat. Es konnte daher nicht sichergestellt werden, dass die verschiedenen Einrichtungen und Vereine, die als Projektträger in Frage kommen, in gleichem Maße erreicht wurden. Dadurch, dass einerseits einzelne Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, wie z.B. Veranstaltungen, einzeln eingereicht wurden, andererseits ähnliche Einzelmaßnahmen zusammengefasst und als ein „Projekt“ eingereicht wurde, ist die Aussage über die Anzahl der erfassten Projekte nicht aussagekräftig. Dies muss auch im Hinblick auf die Aussagekraft der weiteren quantitativen Analyse berücksichtigt werden.

5 Bedarfsanalyse zu themen- und zielgruppenbezogenen Antistigma-Interventionen: Ergebnisse aus Forschung und Befragungen von Vertretern der Selbsthilfeverbänden sowie von Betroffenen

Die Zusammenarbeit im Rahmen von Antistigma- und Aufklärungsprojekten mit Personen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind und/oder deren Angehörigen kann mittlerweile als Standard bezeichnet werden (vgl. Kap. 4.1, Tab. 21). Es gibt allerdings nur wenige publizierte Studien, die untersuchen, welche Aspekte bei der Konzeption und Umsetzung zukünftiger Antistigma-Interventionen aus der Sicht von Betroffenen berücksichtigt werden sollten. Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen der vorliegenden Analyse verschiedene Untersuchungen durchgeführt mit dem Ziel, den Bedarf an themen- und zielgruppenbezogener Antistigmaarbeit in Deutschland aus der Sicht Betroffener und deren Angehöriger zu erfassen (Bedarfsanalyse).

Zur Analyse, in welchen Bereichen Stigmatisierung und Ausgrenzung verstärkt stattfindet und/oder von den Betroffenen als besonders relevant wahrgenommen wird sowie in welchen Bereichen Antistigma-Interventionen als besonders sinnvoll erachtet werden, welche Prioritäten im Hinblick auf Setting, Zielgruppen etc. gesetzt würden und welche Aspekte bei der Konzeption und Umsetzung zukünftiger Aktivitäten berücksichtigt werden müssten, wurden folgende, einander ergänzende Maßnahmen umgesetzt:

- Auswertung wissenschaftlicher (z.T. repräsentativer) Studien (vgl. Kap. 5.1 und 5.3),
- Teilstrukturierte Face-to-face-Interviews mit Vertretern der Selbsthilfeverbände (vgl. Kap. 5.2),
- Zwei Gruppendiskussionen (Fokusgruppen) mit psychisch erkrankten Menschen, die nicht auf der Ebene der Selbsthilfeverbänden organisiert sind (vgl. Kap. 5.3).

Die Analyse erfolgte damit größtenteils auf der Grundlage qualitativer Methoden. Durch die verschiedenen Herangehensweisen wurde die Erstellung eines möglichst umfassenden Bildes sichergestellt.

5.1 Wahrnehmung von Stigmatisierung und Diskriminierung durch die Betroffenen

Die Konzeption und Ausrichtung zukünftiger Antistigma-Projekte sollte sich nicht zuletzt daran orientieren, in welchen Bereichen Stigmatisierung und Ausgrenzung verstärkt stattfindet und/oder diese von den Betroffenen als besonders relevant wahrgenommen wird. Hierzu wurden in den vergangenen Jahren einige Studien durchgeführt. Dabei handelte es sich um Interviews oder Gruppendiskussionen mit Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind.

5.1 Wahrnehmung von Stigmatisierung: Betroffenen

Ein Überblick von Angermeyer aus dem Jahr 2003 über die Ergebnisse deutscher wie internationaler Studien, welche das subjektive Erleben von Stigmatisierung untersuchten, zeigte, dass der Bereich der zwischenmenschlichen Kontakte derjenige ist, in dem von den meisten Betroffenen Stigmatisierung wahrgenommen wird (Angermeyer, 2003; vgl. auch Schulze & Angermeyer, 2003). Unter anderem berichteten Patienten darüber, dass in ihrer Anwesenheit abfällig über psychisch Kranke gesprochen wurde, dass sie als weniger kompetent als andere Menschen behandelt wurden oder der Kontakt zu ihnen nach bekannt werden ihrer Erkrankung abgebrochen wurde und dass sich ihre sozialen Kontakte insgesamt reduziert haben. Auch das Bild in der Öffentlichkeit – insbesondere die Medienberichterstattung – ist ein Bereich, in dem Stigmatisierung stark wahrgenommen wird. Weniger häufig genannt wurde hingegen Stigmatisierungserleben im Bereich Arbeit oder bei der Arbeitssuche. Die strukturelle Diskriminierung spielte im Vergleich nur eine geringe Rolle (ebenda).

Neben der tatsächlich erlebten Stigmatisierung untersuchen einige Studien auch die antizipierte Stigmatisierung. Diese kommen zu dem Ergebnis, dass die Erwartung der Betroffenen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen allgemein oder sie selbst persönlich stigmatisiert und diskriminiert werden, größer ist als das tatsächlich erlebte Stigma. Dies trifft insbesondere auf den Bereich des Arbeitslebens zu. Beispielsweise sehen viele Betroffene davon ab, sich für einen Arbeitsplatz zu bewerben, da sie Stigmatisierung aufgrund ihrer Erkrankung antizipieren (Stengler-Wenzke et. al., 2004; Angermeyer, 2003; Thornicroft et al., 2009).

Die aktuelle und viel beachtete internationale Studie von Thornicroft et al. (2009) zur erlebten und antizipierten Diskriminierung von Menschen mit schizophrener Erkrankung kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Auf die Frage, ob die Betroffenen in bestimmten Lebenssituationen oder Bereichen aufgrund ihrer Diagnose anders behandelt wurden, gab knapp die Hälfte der Befragten an (49%; n=732), diesbezüglich negative Erfahrungen gemacht zu haben. Folgende Bereiche wurden von über einem Viertel der Befragten genannt:

1. Eingehen oder Aufrechterhalten von Freundschaften (47%)
2. in der Familie (43%)
3. Erhalt des Arbeitsplatzes (29%)
4. auf irgendeine andere Weise anders als Andere behandelt worden (29%)
5. bei der Arbeitssuche (29%)
6. Beziehungen zu den Nachbarn (29%)
7. Intime oder sexuelle Beziehung (27%)
8. im Bezug auf die persönliche Sicherheit (26%)

Die Ergebnisse der im Rahmen dieser Studie durchgeführten Befragungen in Deutschland stimmen grundsätzlich mit den internationalen Ergebnissen überein. Bei der Frage nach negativen Erfahrungen (d.h. anders als andere behandelt worden zu sein) wird auch hier der Bereich der zwischenmenschlichen Kontakte (Freundschaft, Familie) am häufigsten genannt, allerdings nur von jeweils ca. einem Drittel der Befragten. Bemerkenswert ist, dass gleichzeitig knapp die Hälfte der Befragten (46%) von positiven Erfahrungen innerhalb der Familie berichtete. In Deutschland wurde zudem der Bereich Ausbildung von über einem Drittel der Befragten genannt (26%). Von erlebter Diskriminierung bezüglich der Jobsuche berichteten dagegen nur 15% (Zäske et. al., 2009).

Ein Bereich, der in den genannten Studien weniger Berücksichtigung gefunden hat, ist das psychiatrische und medizinische Versorgungssystem. Hinweise auf erlebte Stigmatisierung im Rahmen der medizinischen Behandlung geben die Ergebnisse einer Studie von Schulze und Angermeyer (2003), in der Betroffene, Angehörige sowie Mitarbeiter der psychiatrischen Versorgung im Rahmen von Fokusgruppen befragt wurden. Berichtet wurde sowohl von Stigmatisierung innerhalb der psychiatrischen Versorgung, welche sich u.a. durch fehlendes Interesse der Behandelnden für die Bedürfnisse der Patienten äußerte, als auch von Stigmatisierungserleben bei der Behandlung einer somatischen Erkrankung durch medizinisches Personal anderer Fachrichtungen. Von einer negativen Erfahrung in letzterem Bereich berichteten auch 15% der Befragten in der Studie von Thornicroft et al. (2009). Hinweise auf Stigmatisierung im Bereich der psychiatrisch- sowie somatisch-medizinischen Versorgung geben auch die Ergebnisse verschiedener Studien aus Großbritannien (Pinfold et al., 2005).

Die Mehrzahl der zur Erfassung des subjektiven Erlebens der Betroffenen durchgeführten Studien untersuchen die Diskriminierung und Stigmatisierung aufgrund einer schizophrenen Erkrankung. Es wird allgemein davon ausgegangen, dass das Stigma der schizophrenen Erkrankungen besonders stark ist im Vergleich zu vielen anderen psychischen Erkrankungen. Tatsächlich konnte eine Studie des Forscherteams um Stengler-Wenske (2004), die einen Vergleich zwischen Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen (Zwangserkrankungen, Depressionen, Schizophrenie) beinhaltete, diese Annahme grundsätzlich bestätigen. Sowohl im Bereich der zwischenmenschlichen Kontakte als auch im Hinblick auf den Zugang zu sozialen Rollen (beinhaltet u.a. den Bereich Arbeit) und beim Erleben struktureller Diskriminierung berichteten Betroffene mit einer schizophrenen Erkrankung häufiger von erlebter Stigmatisierung als Patienten mit einer depressiven oder Zwangserkrankung. Patienten mit den Diagnosen Schizophrenie oder Depression berichteten wiederum häufiger als Patienten mit einer Zwangserkrankung von persönlich als verletzend empfundenen Darstellungen psychisch Kranker in der Öffentlichkeit (Stengler-Wenske et. al., 2004).

5.2 Erfahrungen und Empfehlungen der Selbsthilfeverbände

Viele Selbsthilfegruppen und -verbände der Betroffenen und der Angehörigen psychisch Kranker engagieren sich in der Antistigma-Arbeit. Zum Teil führen sie selbständig Maßnahmen durch, zum Teil sind sie bei der Umsetzung von Antistigma- und Aufklärungsprojekten anderer Träger engagiert. Es gehört zum Selbstverständnis und vielfach auch zu den festgeschriebenen Zielen der Selbsthilfe, sich für Aufklärung, Entstigmatisierung und Integration der Betroffenen zu engagieren.

Methoden

Um die Perspektive der Vertreter der Selbsthilfeverbände zu erfassen, wurden teilstrukturierte Face-to-Face-Interviews durchgeführt. Berücksichtigt wurden dabei folgende Verbände:

- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, BPE (Interview mit Ruth Fricke, Mitglied des geschäftsführenden Vorstands)

5.2 Erfahrungen und Empfehlungen: Selbsthilfeverbände

- Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener, BOPP (Interview mit Reinhard Wojke, Mitglied des Vorstands)
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, BApK (Interview mit Gudrun Schliebener, 1. Vorsitzende)
- Angehörige psychisch Kranker - Landesverband Berlin, APK LV Berlin (Interview mit Jutta Crämer, Mitglied im Vorstand)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft – Selbsthilfe Demenz, DAIZG (Interview mit Heike von Lützow-Hohlbein, 1. Vorsitzende)

Auf diese Art wurden sowohl die Psychiatrie-Erfahrenen als auch die Angehörigen psychisch Kranker auf Bundes- und auf Landesebene berücksichtigt. Mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft wurde zudem ein Verband in die Untersuchung mit einbezogen, der sich mit einer spezifischen Erkrankung beschäftigt und gleichzeitig über umfangreiche Erfahrung in der Aufklärungsarbeit verfügt.

Die Interviews wurden mit der Vorsitzenden oder einem Mitglied des Vorstands des jeweiligen Verbands geführt. Die Gesprächspartner wurden explizit darauf hingewiesen, dass bei dem Interview die persönliche Einschätzung oder Meinung des Verbandsvertreters erfasst werden soll. Die Interviews dauerten im Schnitt ca. eine Stunde. Den Teilnehmern wurde im Vorfeld das Projekt des Aktionsbündnisses erläutert (sofern sie über ihr Engagement beim Aktionsbündnis Seelische Gesundheit nicht bereits mit dem Projekt vertraut waren). Die Interviews wurden aufgezeichnet, es wurde aber vereinbart, dass keine wörtlichen Namenszitate in den Bericht einfließen.

Die Interviews gliederten sich in drei Teile⁴¹:

- Erfahrungen aus Antistigma-Projekten
- Anforderungen an zukünftige Maßnahmen zur Entstigmatisierung
- Planung der Antistigma-Projekte des Aktionsbündnisses

Die Gesprächspartner betonten im Rahmen der Interviews, dass die Arbeit der Selbsthilfeverbände „Antistigmaarbeit per se“ sei. Darüber hinaus führen der BApK (Arbeitsprojekt: Psychisch krank im Job) und die DAIZG (Kampagne: Helfen nicht vergessen/Hände-Kampagne) selbstständig Antistigma-/Aufklärungsprojekte durch. Beide Verbände beteiligen sich an Projekten anderer Träger (Schulprojekte, Woche der Seelischen Gesundheit).

Erfahrungen aus Antistigma-Projekten

Auf die Frage nach Antistigma-Projekten, die aus Sicht der Interviewpartner als besonders positiv bewertet werden, wurden besonders häufig Schulprojekte genannt, wobei kein konkretes Schulprojekt hervorgehoben wurde. Kinder und Jugendliche wurden als eine wichtige Zielgruppe benannt, um langfristig eine Änderung in der Einstellung der Gesellschaft zu erreichen. Die spielerische Herangehensweise im Rahmen der Schulprojekte und der Kontakt mit Betroffenen, der im Rahmen vieler Schulprojekte umgesetzt wird, wurden positiv hervorgehoben („aus den Schulprojekten entwickelt sich ein unverkrampfter Umgang mit den Betroffenen“). Weitere Projekte, die als Positivbeispiele benannt wurden, waren die vom Aktionsbündnis Seelische Gesundheit umgesetzte Berliner Woche der Seelischen Gesundheit sowie eine Kulturveranstaltung

41 Interviewleitfaden: siehe Anhang 3.

von „Open the Doors“ Düsseldorf. Aktivitäten des Bündnisses gegen Depression wurden ebenfalls als Positivbeispiel genannt, hier insbesondere die Zusammenarbeit mit den Hausärzten sowie – mit Verweis auf das Berliner Bündnis gegen Depression – die Fokussierung auf das Thema der psychischen Gesundheit bei Migranten. Zudem wurden vom BApK und von der DAIZG ihre eigenen Projekte benannt.

Die Projektart des Filmfestivals/der Filmvorführung mit anschließender Diskussion wurde unterschiedlich bewertet: einerseits wurde sie als positiv beispielhaft angesehen, andererseits wurde kritisiert, dass man bei diesen Veranstaltungen häufig „unter sich bleibe“, d.h. nicht die allgemeine Öffentlichkeit erreicht würde. Weniger als ein Projekt, aber doch als eine wichtige Maßnahme wurde die Thematisierung psychischer Erkrankungen in Fernsehserien und Spielfilmen genannt. Mit Blick auf Aufklärungsprojekte aus anderen sozialen und Gesundheitsbereichen wurde die Arbeit von Aktion Mensch hervorgehoben sowie die BZgA-Kampagne zu Multiple Sklerose.

Bei der Frage nach beispielhaften Antistigma-Projekten wurde mehrfach kritisch angemerkt, dass weniger einzelne „initiierte“ Antistigma-Projekte eine Entstigmatisierung bewirkten; stattdessen sei es bedeutend, Maßnahmen in die Versorgungsstrukturen zu implementieren, welche die Integration der Betroffenen in den Gemeinden förderten. Negative oder aus Sicht der Befragten weniger erfolgreiche Beispiele von Antistigma-Projekten, wurden nicht benannt. Allgemein wurden kurzfristig angelegte Projekte kritisiert sowie ohne die Beteiligung von Betroffenen entwickelte Interventionen.

Anforderungen an zukünftige Maßnahmen zur Entstigmatisierung

Folgende Themen- und Lebensbereiche wurden genannt, die bislang nicht ausreichend im Rahmen der Antistigmaarbeit in Deutschland berücksichtigt würden bzw. zu denen in Zukunft vordringlich Maßnahmen zur Entstigmatisierung psychisch erkrankter Menschen umgesetzt werden sollten:

- im Bereich der psychiatrischen Versorgung, u.a. in den psychiatrischen Kliniken
- im Bereich Arbeit
- in der Gesellschaft/für die breite Öffentlichkeit
- im Hinblick auf das Gesundheits- und Sozialsystem (Krankenkassen, Sozial- und Arbeitsämter)
- in den Bereichen der Polizei und der Judikative (z.B. Familiengerichte)

Überwiegend in Anlehnung an die genannten Themenbereiche wurden folgende Personengruppen genannt, an die sich zukünftige Maßnahmen zur Aufklärung und Entstigmatisierung richten sollten:

- Mitarbeiter des psychiatrischen Versorgungssystems
- Ärzte (Psychiater, Hausärzte)
- Mitarbeiter, die mit psychisch erkrankten Menschen zu tun haben (neben den Mitarbeitern der medizinischen Versorgung auch Beschäftigte bei Krankenkassen, Sozial- und Arbeitsämtern etc.)
- Medien
- Regisseure/Drehbuchautoren von Fernsehserien und Unterhaltungsfilmern
- Polizei

5.2 Erfahrungen und Empfehlungen: Selbsthilfeverbände

Auf die Frage nach Themen- und Lebensbereichen, die in der Antistigma-Arbeit behandelt werden sollten, wurde besonders häufig der Bereich der psychiatrischen Versorgung benannt. Einerseits findet hier nach Einschätzung der Gesprächspartner häufig stigmatisierendes Verhalten statt, andererseits werden die Mitarbeiter im psychiatrischen Versorgungssystem auch als wichtige Multiplikatoren und als Helfer bezüglich der Reduktion der Selbststigmatisierung angesehen. Zudem könnten im Bereich der psychiatrischen Versorgung Strukturen angelegt werden, die der Stigmatisierung und Ausgrenzung der Betroffenen entgegen wirken könnten. Hier wurde insbesondere auf die Problematik verwiesen, dass durch die bestehenden speziellen Angebote für psychisch erkrankte Menschen – Werkstätten für Menschen mit psychischen Behinderungen, Tagesstätten, Kontakt- und Beratungsstellen mit verschiedenen Freizeitangeboten etc. – automatisch eine Ausgrenzung stattfindet. Daher wurde sowohl vom BPE als auch vom BApK als zentrale Aufgabe benannt, verstärkt Hilfeangebote für psychisch erkrankte Menschen aufzubauen, die diese darin unterstützen, die Freizeitangebote der Gemeinde (Sportvereine, Kirchengemeinden, Volkshochschulen etc.) zu nutzen. Damit, so die Einschätzung der Gesprächspartner, könnten zum einen die Betroffenen selbst gestärkt und der Selbststigmatisierung entgegen gewirkt werden. Zum anderen würde durch die verstärkte Integration der Betroffenen in die Gemeinden auch das Bild psychisch Kranker verändert, da diese in einem normalen Lebenszusammenhang mit ihren spezifischen Fähigkeiten und nicht in erster Linie in Verbindung mit ihrer Erkrankung auftreten.

Insgesamt wurden von den Interviewpartnern vor allem Bereiche (und Zielgruppen) genannt, in denen Möglichkeiten gesehen wurden, der Ausgrenzung und Benachteiligung psychisch erkrankter Menschen entgegen zu wirken und weniger Bereiche, in denen die Aufklärung der Bevölkerung oder bestimmter Personengruppen im Vordergrund stehen würde. Neben dem Bereich des alltäglichen Lebens in den Gemeinden wurde dabei insbesondere der Bereich Arbeit genannt. Eine Ausnahme bildete die Rückmeldung der DAIZG, die sich diesbezüglich von den Antworten der Selbsthilfeverbände der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker unterschied. Sie sah den Fokus insbesondere auf der allgemeinen Öffentlichkeit und führte als Zielgruppe für zukünftige Antistigmamaßnahmen insbesondere Personengruppen des öffentlichen Lebens an (von der Polizei, über Verwaltungsangestellte bis hin zu Frisören und Mitarbeitern des Einzelhandels). Die unterschiedliche Gewichtung im Vergleich zu den anderen Verbänden ist wahrscheinlich in den Spezifika der Alzheimer-Erkrankung begründet. U.a. spielt das psychiatrische Versorgungssystem für diese Patientengruppe eine nicht so zentrale Rolle wie bei anderen psychiatrischen Erkrankungen.

Auf die Frage, welche Maßnahmen zukünftig umgesetzt werden sollten, um negativen Vorurteilen gegenüber psychischen Erkrankungen zu begegnen, wurden eine Reihe unterschiedlicher Aktivitäten genannt:

- Informationsveranstaltungen in der Öffentlichkeit
- aufmerksamkeitsstarke öffentliche Aktionen
- eher gezielte Maßnahmen als breitgestreute Informationskampagnen (Plakataktionen etc.)
- Aufklärung in Unternehmen
- Pressearbeit
- Lobbyarbeit

- Kunstveranstaltungen, die das künstlerische Schaffen von Psychiatrie-Erfahrenen zeigen
- Aus- und Fortbildung für Mitarbeiter des psychiatrischen Versorgungssystems unter Einbezug der Selbsthilfe
- Ansprache von Regisseuren und Drehbuchautoren
- Maßnahmen zur Aktivierung weiterer Unterstützer unseres Anliegens (Entstigmatisierung)

Nicht alle Vorschläge weisen einen Zusammenhang zu den vorher genannten Anforderungen an zukünftige Maßnahmen zur Entstigmatisierung auf. Mehrfach wurde angeregt, bei zukünftigen Maßnahmen die Zusammenarbeit mit den entsprechenden Berufsgruppen bzw. Verbänden der Berufsgruppen zu suchen. Hinsichtlich des Bereichs Arbeit wurde auch die Zusammenarbeit mit Betriebsräten angeregt.

Drei Gesprächspartner sprachen sich dafür aus, im Rahmen zukünftiger Maßnahmen das Thema psychische Erkrankungen diagnoseübergreifend zu behandeln, ein Gesprächspartner befürwortete, dabei auf einzelne Erkrankungen zu fokussieren und ein Gesprächspartner schlug eine zweigleisige Strategie vor; das Thema Entstigmatisierung diagnoseübergreifend zu kommunizieren und die Aufklärung über psychische Erkrankungen spezifisch zu gestalten.

Die zentrale Bedeutung der Selbststigmatisierung und die Notwendigkeit, die Betroffenen und ihre Angehörigen zu stärken, ihnen Schuldgefühle zu nehmen und sie darin zu bestärken, zu ihrer Erkrankung zu stehen, wurde von allen Interviewpartnern im Laufe des Gesprächs mehrfach betont. Konkrete Vorschläge für Maßnahmen zur Reduktion der Selbststigmatisierung wurden nicht genannt. Grundsätzlich wurden zwei Ansätze angeführt: 1. Die Stärkung der Selbsthilfe; Ermunterung der Betroffenen, sich im Rahmen der Selbsthilfe zu engagieren; 2. Bei den Beratern/Mitarbeitern des psychiatrischen Versorgungssystems ansetzen, damit diese die Betroffenen besser unterstützen können.

Planung der Antistigma-Projekte des Aktionsbündnisses

Es zeigte sich im Laufe der Interviews, dass im Rahmen der Fragen nach den Anforderungen an zukünftige Interventionen zur Entstigmatisierung bereits die Bereiche genannt wurden, in denen die Interviewpartner die zukünftigen Aktivitäten des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit sehen. Von zwei Interviewpartnern wurde zudem angeregt, den Aspekt der Prävention in zukünftige Projekte zu integrieren.

Hinsichtlich der Frage nach der Kommunikation des Themas Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen sprachen sich zwei Gesprächspartner dafür aus, einerseits aufzuzeigen, wo Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen stattfinden sowie andererseits mit Positivbeispielen zu arbeiten. Zwei Interviewpartner sprachen sich für die Kommunikation über Positivbeispiele aus; einer befürwortete in diesem Zusammenhang die Einbindung von (betroffenen) prominenten Personen. Folgende Aussagen werden als mögliche Botschaften im Rahmen des Antistigma-Projekts benannt:

- Akzeptanz des Menschen als Ganzes mit seinen Unzulänglichkeiten
- Menschen mit psychischen Erkrankungen sind Menschen „wie Du und ich“

Es wurde angeregt, positive Bilder in der Kommunikation zu vermitteln, „ohne schön zu reden“. Die Aussagen dürften nicht zu plakativ sein.

Die letzte Frage der Interviews bezog sich auf die Rolle der Selbsthilfe im Rahmen der Antistigma- und Aufklärungsprojekte und darauf, was bei deren Konzeption zu beachten wäre, um diese an den Bedürfnissen der Selbsthilfevereine auszurichten. Diesbezüglich wurde in erster Linie die Einbindung der Vertreter der Selbsthilfe sowohl bei der Projektkonzeption als auch bei der Projektumsetzung genannt und betont, dass diese Zusammenarbeit „auf einer Augenhöhe“ stattfinden müsse. Eine direkte Mitarbeit wird positiv bewertet, wobei diesbezüglich die Ressourcen der Selbsthilfe zu berücksichtigen wären und/oder an eine finanzielle Aufwandsentschädigung für die Arbeit zu denken wäre. Es wurde angeregt, für die Projektumsetzung „vor Ort“ Netzwerke zu bilden, in denen die Selbsthilfe integriert wird, sowie Ansprechpartner (bundesweit und lokal) einzurichten, welche den Vertretern der Selbsthilfe Informationen über Einbringungsmöglichkeiten in das Projekt vermitteln können.

5.3 Empfehlungen aus der Sicht von Betroffenen

Wie oben beschrieben, gibt es aktuell nur wenige publizierte Studien, im Rahmen derer die aus Sicht der Betroffenen/Angehörigen relevanten Aspekte hinsichtlich der Planung und Umsetzung von Antistigma-Maßnahmen erfasst werden.

Eine Ausnahme bildet eine Fokusgruppenstudie aus Großbritannien, die diesbezüglich zu folgenden Aussagen kommt (Pinfold et al., 2005):

- Aufklärung als Schlüssel, um der Stigmatisierung entgegen zu wirken
- Hauptzielgruppen für Aufklärungskampagnen: Kinder und Allgemein-/Hausärzte
- Botschaft: „Seht den Menschen, nicht die Behinderung“
- Prioritäten für zukünftige Antistigma-Arbeit: Verbesserung des Gesundheitssystems und der Versorgung, Aufklärung von Allgemein-/Hausärzten, Verhaltensänderung bei psychiatrischem Personal

Diese Priorisierung wird durch eine weitere, breit angelegte Befragung von Betroffenen in Großbritannien unterstützt (Corry & Pinfold, 2003). Inwieweit sich diese Ergebnisse auf Deutschland übertragen lassen, bleibt offen.

Vor diesem Hintergrund wurden zwei so genannte Fokusgruppen durchgeführt, um auch die Einschätzung von betroffenen Menschen stärker zu berücksichtigen, die nicht in Selbsthilfe-Verbänden aktiv sind und damit unabhängig sowie ohne weitreichende Vorkenntnisse über bisherige Antistigma-Aktivitäten an das Thema herangehen.

Die Gruppendiskussionen fanden in Berlin und in Düsseldorf statt. Über Tageskliniken und niedergelassene Psychiater wurden die insgesamt 20 Teilnehmer rekrutiert. Voraussetzung für die Teilnahme war, dass sich die Betroffenen in ambulanter psychiatrischer Behandlung oder in Behandlung in einer Tagesklinik befanden und dass sie nicht auf Verbandsebene der Selbsthilfe organisiert sind⁴². Die Teilnehmer konnten anonym an der Gruppendiskussion teilnehmen und sie erhielten eine finanzielle

42 Im Laufe der Gruppendiskussion in Berlin stellt sich heraus, dass eine Teilnehmerin in einem Selbsthilfeverband engagiert war. Die Teilnehmerin wurde dennoch nicht von der Gruppendiskussion ausgeschlossen.

Aufwandsentschädigung. Zu Beginn der Gruppendiskussion wurden sie gebeten, einige Angaben zu ihrer Person zu machen (Fragebogen), darüber hinaus begann die Diskussionsrunde mit einer Vorstellungsrunde. Die Teilnehmer erhielten im Vorfeld Informationen über das Projekt, in dessen Rahmen die Fokusgruppe stattfand. Sie wurden darauf hingewiesen, dass die Teilnahme freiwillig ist und sie ihre Teilnahme jederzeit beenden sowie selbst wählen können, wenn sie bei einer Frage nicht mitdiskutieren möchten. Die Gruppendiskussionen wurden auditiv aufgezeichnet. Die Teilnehmer waren hierüber informiert und damit einverstanden.

Profil der Teilnehmer		Gesamt	Düsseld.	Berlin
Diagnose*	Depression	12	9	3
	Psychose	6	1	5
	Sucht	5	2	3
	andere Erkrankungen	8	5	1
in psychiatrischer Behandlung seit	max. 1 Jahr	5	5	0
	1–5 Jahre	7	3	4
	über 5 Jahre	8	3	5
Geschlecht	weiblich	11	7	4
	männlich	9	4	5
Alter** (Durchschnitt: 41,2 J.)	20–29 Jahre	3	1	2
	30–39 Jahre	6	5	1
	40–49 Jahre	3	1	2
	50–59 Jahre	4	2	2
	über 60 Jahre	3	2	1
Lebenssituation***	in Ehe/Partnerschaft lebend	8	5	3
	im betreuten Wohnen lebend	2	0	2
	allein lebend	8	5	3
Berufstätigkeit*/**	Vollzeit berufstätig	3	2	1
	Arbeitslos/Hartz IV-Empfänger	9	6	3
	Schüler/Studenten	2	2	0
	Weitere	8	3	5

Tabelle 24: Profil der Teilnehmer an den Fokusgruppen

* z.T. Mehrfachnennungen

** ein Teilnehmer hat keine Angaben gemacht

*** ein Teilnehmer hat widersprüchliche Angaben gemacht

Alle Angaben beruhen auf der Selbstausskunft der Teilnehmer.

Die Teilnehmer der Fokusgruppen wurden gebeten, folgende Fragen zum Thema Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen zu diskutieren⁴³:

- Welche Maßnahmen halten Sie für am besten geeignet, um das Stigma psychischer Erkrankungen zu bekämpfen?
- In welchen Lebensbereichen wäre die Bekämpfung des Stigmas psychischer Erkrankungen besonders wichtig?
- Auf welche Weise sollte das Thema „Stigma psychischer Erkrankungen“ kommuniziert werden?

43 Konzept zur Umsetzung der Fokusgruppen: Siehe Anhang 2.

5.3 Empfehlungen: Betroffene

Die beiden Diskussionsrunden fielen recht unterschiedlich aus. Ursächlich hierfür war neben der eigenständigen Diskussionsdynamik, in die wenig eingegriffen wurde, vermutlich auch die unterschiedliche Zusammensetzung der Gruppen. Während in Düsseldorf die Zahl der Teilnehmer, die an einer Depression erkrankt waren, dominierte, war die Gruppe in Berlin diesbezüglich heterogener zusammengesetzt (vgl. Tabelle 24). Es zeigte sich auch, dass die Teilnehmer aus unterschiedlicher Motivation heraus an den Gruppendiskussionen teilnahmen. Einigen war das Thema der (Ent-)Stigmatisierung sehr wichtig, während bei Anderen die Zahlung einer Aufwandsentschädigung das Motiv gewesen sein könnte.

Obwohl nicht explizit danach gefragt wurde, wurde in Düsseldorf bereits in der Vorstellungsrunde sehr offen über den eigenen Umgang mit der Erkrankung sowie über die persönlichen Erfahrungen mit Stigmatisierung gesprochen. Diese Themen kamen im weiteren Verlauf der Gruppendiskussion des Öfteren zur Sprache. Dabei war die Diskussion um den Umgang mit psychischen Erkrankungen mit einer Kritik an unserer Leistungsgesellschaft verbunden, in der einerseits viel gefordert werde, andererseits Unterstützung für den Einzelnen fehle und „anders sein“ oder „nicht mehr funktionieren“ nicht akzeptiert würde. Auch in Berlin wurde über das eigene Verständnis der Erkrankung berichtet, weniger allerdings über persönliche Erfahrungen mit Stigmatisierung. Einige Teilnehmer erklärten explizit, dass sie keine Stigmatisierung oder Diskriminierung aufgrund ihrer Erkrankung erlebt hätten. Darüber hinaus wurden Fragen nach dem Krankheitsbegriffs (Was ist krank? Was ist gesund?) immer wieder aufgeworfen, wobei mehrfach Kritik an der medizinischen Begrifflichkeit der Erkrankung anklang.

Erlebnisse der Stigmatisierung

Folgende Bereiche wurden genannt, in denen negative Erfahrungen aufgrund der Erkrankung gemacht wurden:

- in der psychiatrischen Klinik
- bei behandelnden Ärzten
- am Arbeitsplatz; durch den Arbeitgeber/Vorgesetzten
- bei der Arbeitsagentur, Arge/Sozialamt
- beim sozialpsychiatrischen Dienst
- im Freundeskreis und in der Familie
- beim Abschluss eines Mietvertrags
- an der Universität
- bei der Krankenkasse

Viele Teilnehmer berichteten allerdings auch, dass sie viel Unterstützung in der Partnerschaft, im Freundeskreis oder in der Familie erlebt hätten.

Das Thema der Selbststigmatisierung wurde in beiden Diskussionsgruppen angesprochen. Zum einen wurde von der Scham gesprochen, die aufgrund der Erkrankung empfunden werde sowie von Schuldgefühlen gegenüber Angehörigen oder Arbeitskollegen. Zum anderen wurde hervorgehoben, dass die Teilnehmer sich aufgrund ihrer Diagnose selbst nichts mehr zugetraut und die Diagnose als eine Verurteilung empfunden hätten, durch die sie aus der Gesellschaft herausgestoßen würden. Ein Teilnehmer berichtete in diesem Zusammenhang, dass er aufgrund seiner eigenen Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen große Schwierigkeiten

gehabt hätte, zu akzeptieren, nun „zu denen“ zu gehören. Kontrovers wurde in beiden Gruppen diskutiert, ob die Diagnose der psychischen Erkrankung bereits stigmatisierend sei. Ein Teilnehmer, der diese als stigmatisierend empfand, betonte die mit der Diagnose verbundenen Aspekte der Chronifizierung und Ausweglosigkeit. Andere argumentierten, dass nicht die Diagnose selbst stigmatisierend sei, sondern diese aufgrund der bestehenden Vorurteile (auch der eigenen) als stigmatisierend empfunden würde. Einige Teilnehmer erläuterten, dass sie es oft für sinnvoll erachten, ihre Erkrankung zu verschweigen, z.B. beim Besuch eines Arztes. Hierbei machen einige Betroffene einen Unterschied zwischen verschiedenen psychischen Erkrankungen. Unter anderem berichtete eine Teilnehmerin, dass sie ihrer Familie zwar die Diagnose „Depression“, nicht aber die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ mitgeteilt habe.

Maßnahmen zur Bekämpfung des Stigmas psychischer Erkrankungen

Im Rahmen der Diskussion über mögliche Maßnahmen zur Bekämpfung des Stigmas psychischer Erkrankungen, wurde in beiden Gruppen der Aspekt der Aufklärung genannt. Diesbezüglich gab es unter anderem die Vorstellung großer Aufklärungskampagnen, die jedoch unterschiedlich bewertet und zum Teil - mit dem Verweis auf HIV/Aids- oder Antirauchkampagnen – kritisch gesehen wurden. Es gab in beiden Gruppen die Einschätzung, dass es schwierig und ein langwieriger Prozess sein werde, über Aufklärung das Denken der Menschen zu verändern. Als Grund hierfür wurden u.a. bestehende Ängste gegenüber dem „Anderen“ gesehen sowie das Konzept der Leistungsgesellschaft, in der wir leben. Folgende Anregungen für die Aufklärungsarbeit wurden angesprochen:

- (leicht zugängliche) Informationen über Anlaufstellen und Netzwerke
- Aufklärung verbunden mit Prävention, z.B. gegen Sucht
- Aufklärung über Psychopharmaka
- Aufklärung, dass psychische Erkrankungen nicht immer chronisch verlaufen
- wichtig, dass der Absender glaubwürdig ist
- mit der Aufklärungsarbeit in den Schulen bzw. bei Kindern und Jugendlichen beginnen

In der Berlin-Gruppe wurde die Rolle der Medien diskutiert. Neben der Kritik an der Medienberichterstattung, z.B. im Zusammenhang mit Straftaten, wurde argumentiert, dass es wichtig wäre, in den Medien psychische Erkrankungen als „Normalität“ darzustellen. Die Medien wurden als ein Instrument zur Aufklärung bewertet.

In beiden Gruppen wurde viel über die Notwendigkeit zu Änderungen im Umgang mit den Betroffenen im Bereich der psychiatrischen und der allgemeinmedizinischen Versorgung diskutiert. Angesprochen wurden folgende Probleme:

- Gefühl, von den Ärzten und Therapeuten nicht ernst genommen zu werden („man wird behandelt, als wenn man blöde wäre“)
- Schwierigkeit, zeitnah einen Therapeuten zu finden; Ärzte und Therapeuten haben wenig Zeit für den einzelnen Patienten (Unterversorgung)
- Unwissenheit oder Desinteresse bei einigen Ärzten und Therapeuten
- fehlender Bezug der Therapiesituation zum tatsächlichen Alltag, es fehlen Angebote für den Übergang von der (stationären) Therapie in den Alltag

5.3 Empfehlungen: Betroffene

Dabei wurden allerdings keine konkreten Vorschläge für Maßnahmen hinsichtlich dieser Probleme genannt.

Ähnliches gilt für die Aufklärung der Betroffenen und deren Stärkung als „Experten in eigener Sache“. Dieser Aspekt wurde als sehr wichtig erachtet, es gab jedoch wenig konkrete Vorschläge, mit welchen Maßnahmen dies zu erreichen wäre bzw. unterstützt werden könne. Es wurde vorgeschlagen, Betroffene verstärkt auf die Angebote der Selbsthilfe aufmerksam zu machen (z.B. über Plakate/Anzeigen im öffentlichen Raum). Zudem wurde die Bedeutung einer frühzeitigen Diagnose (Früherkennung) in diesem Zusammenhang betont.

Folgende Maßnahmen zur Aufklärung, Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und Integration der Betroffenen wurden im Rahmen der Gruppendiskussion als positiv bewertet und angeregt, diese auf- bzw. weiter auszubauen

- Psychoseminare, Ausbau vor allem im ländlichen Raum
- Angehörigengespräche im Rahmen der Therapie, Informationen für Angehörige
- Beratungsstellen, die psychisch Erkrankte wieder in Arbeit bringen
- Kontakt zwischen psychisch kranken Menschen und Gesunden (Vorbild: Integration behinderter Kinder in Allgemeinschulen)
- wissenschaftliche Forschung zum Wesen der Erkrankungen
- Beschwerdestelle für Betroffene verbunden mit einem „Ärzte-Check“
- Veränderung der Kultur in psychiatrischen Kliniken

Hinsichtlich der Frage nach Lebensbereichen, in denen die Bekämpfung der Stigmatisierung besonders wichtig wäre, wurden dieselben Bereiche aufgeführt, die zuvor bereits im Zusammenhang mit den eigenen Stigma-Erfahrungen genannt wurden (psychiatrische Versorgung, Arbeitswelt, Behörden insb. Arbeitsagentur, Familien). Als potentielle Zielgruppen für Antistigma-Maßnahmen wurden insbesondere Arbeitgeber, Ärzte und Therapeuten sowie Mitarbeiter von Behörden und Diensten genannt. In Berlin wurde im Rahmen der Diskussion um die Zielgruppen die Frage gestellt, inwieweit sich Maßnahmen auch an die Politik wenden sollten. Daraufhin wurde diskutiert, dass es sehr hilfreich wäre, Politiker als Unterstützer und Testimonials zu gewinnen, die sich in der Öffentlichkeit zu diesem Thema bekennen und bezüglich der Gesetzgebung z.B. für eine Gleichstellung in der Versorgung von psychischen und somatischen Erkrankungen einsetzen würden.

Kommunikation des Themas „Stigma psychischer Erkrankungen“

Zur Frage, auf welche Weise das Thema „Stigma psychischer Erkrankungen“ kommuniziert werden sollte, wurden folgende Stichworte genannt:

- Humorvoller Umgang, nicht so schwer beladen
- mit Humor und mit Herz
- Betonung der Fähigkeiten von psychisch erkrankten Menschen
- das komplexe Thema der psychischen Erkrankungen nicht verkürzt darstellen
- Hervorheben der Bedeutung der Unterstützung durch die Familie
- Betroffene als Experten in eigener Sache sprechen lassen

Unterschiedliche Meinungen gab es zu der Frage, ob eine provokante Kommunikation sinnvoll wäre. Während sich eine Teilnehmerin, die persönliche Erfahrungen in der HIV/Aids-Aufklärung hat, dafür aussprach, provokante Kommunikation erst einzusetzen, wenn die Aufklärung schon vorangeschritten sei, befürwortete ein anderer Teilnehmer schockierende Aktionen, um Aufmerksamkeit zu bekommen.

5.4 Schlussfolgerungen

Folgende Schlussfolgerungen ergeben sich aus den Ergebnissen der unterschiedlichen Untersuchungen zur Erfassung des Bedarfs an Antistigma-Maßnahmen:

Die Studien, welche das subjektive Erleben von Menschen mit psychischen Erkrankungen untersuchen, kommen zu dem Ergebnis, dass die Betroffenen insbesondere im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen Stigmatisierung und Diskriminierung erleben. Eine Schwierigkeit, diese bei der Konzeption zukünftiger Maßnahmen zu berücksichtigen, wird sein, die sehr unspezifischen Zielgruppen „Freunde“ oder „Bekannte“ zu adressieren. Auch der Bereich Arbeit spielt eine wichtige Rolle, nicht nur im Hinblick auf persönliche Erfahrungen der Betroffenen, sondern verstärkt auch im Hinblick auf die antizipierte Stigmatisierung. Das Bild der Öffentlichkeit über psychisch erkrankte Menschen, das nicht zuletzt durch die Darstellung in den Medien und in (Spiel-)Filmen geprägt wird, ist weiterhin ein Aspekt, über den die Betroffenen Stigmatisierung wahrnehmen. Die in diesem Bereich anzusprechenden Zielgruppen wären Journalisten und Redakteure sowie Drehbuchautoren und Regisseure. Zudem könnte der Bereich der medizinischen und psychiatrischen Versorgung ebenfalls ein Gebiet sein, das bei der zukünftigen Antistigma-Arbeit stärker beachtet werden sollte. Hierzu liegen allerdings nur wenige Studienergebnisse aus Deutschland vor.

Aus den Interviews mit den Vertretern der Selbsthilfeverbände haben sich viele Anregungen für die Konzeption zukünftiger Antistigma-Maßnahmen entwickelt. Es wurden verschiedene interessante Aspekte benannt, darunter:

- die Mitarbeiter der psychiatrischen und medizinischen Versorgung sowie Mitarbeiter von Einrichtungen zur Leistungsbewilligung, Beratung und Vermittlung (Krankenkassen, Ämter etc.) als wichtige Zielgruppen und gleichzeitig als Multiplikatoren
- die Notwendigkeit, Antistigma-Maßnahmen eng mit den bestehenden Strukturen der psychiatrischen Versorgung zu verbinden bzw. diese Strukturen auch über die Antistigma-Maßnahmen weiterzuentwickeln
- das Zusammenspiel von Entstigmatisierung und Integration der Betroffenen in die Gemeindestrukturen/das öffentliche Leben
- die Zusammenarbeit mit den entsprechenden Berufsgruppen bzw. deren Verbänden bei zukünftigen Antistigma-Maßnahmen, die sich an eine bestimmte Zielgruppe (Profession) richten
- die positive Bewertung der laufenden Antistigma-Schulprojekte.

Hinsichtlich der Fragestellung, was bei der Konzeption zukünftiger Antistigma-Maßnahmen zu beachten wäre, um diese an den Bedürfnissen der Selbsthilfevereine auszurichten, wäre zu überlegen, zu einem späteren Zeitpunkt auch mit der lokalen Ebene der Selbsthilfe (Selbsthilfegruppen) zu sprechen.

5.4 Schlussfolgerungen

Obwohl im Rahmen der Gruppendiskussionen (Fokusgruppen) in erster Linie Vorstellungen und Ideen für Maßnahmen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen diskutiert werden sollten, entstand vor allem ein differenziertes Bild über persönliche Stigma-Erfahrungen der Betroffenen und ihre Einschätzung über den Umgang mit psychischen Erkrankungen in unserer Gesellschaft. Dennoch gab es wichtige Anregungen, die bei der Konzeption und Umsetzung zukünftiger Maßnahmen beachtet werden sollten. In beiden Diskussionsgruppen kristallisierten sich Bereiche und Zielgruppen heraus, die zu berücksichtigen wären. Es wäre zu überlegen, die Frage nach der Ausrichtung von Antistigma-Maßnahmen zukünftig anhand von konkreten Projektvorschlägen im Rahmen von Fokusgruppen mit Betroffenen zu diskutieren.

6 Zusammenfassung: Empfehlungen für die Konzeption und Umsetzung von Antistigma-Interventionen

Aus der Zusammenfassung und Integration der in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Ergebnisse ergeben sich die im Folgenden dargestellten Empfehlungen.

Die Analyse der Antistigma-Maßnahmen, die in den letzten Jahren umgesetzt wurden, ergab, dass Antistigma-Arbeit vor allem auf lokaler Ebene erfolgt. Gerade in Deutschland zeigt sich auf dieser Ebene sehr viel Engagement und damit ein großes Potential. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass Impulse durch nationale Kampagnen oder internationale Initiativen entscheidend sind, um die Antistigma-Arbeit voranzubringen. Dies böte auch die Chance, die Qualität der Maßnahmen zu verbessern. Denn die Ergebnisse der Analyse weisen auf eine Schwäche bei der Umsetzung von Antistigma-Maßnahmen hin, die darin zu liegen scheint, dass diese häufig sehr unspezifisch im Hinblick auf Zielgruppe und Zielsetzung aufgebaut sind. Dieses Ergebnis geht einher mit Schwächen in der Evaluierung und damit in der wissenschaftlich fundierten Aussage zur positiven Wirkung der Projekte. Die Konzeption vieler Antistigma-Projekte, die eine Verbindung von Aufklärungsmaßnahmen und Kontakt zu Menschen mit psychischen Erkrankungen vorsieht, ist dagegen sehr positiv zu bewerten.

Die folgenden Tabellen geben einen schematischen Überblick über die abgeleiteten Empfehlungen. Tabelle 25 fasst allgemeine Empfehlungen für die Konzeption und die Umsetzung von Maßnahmen zur Entstigmatisierung zusammen. Tabelle 26 enthält einzelne Projektelemente, die aufgrund der vorgehenden Analysen als Erfolg versprechend hinsichtlich der Reduktion von Stigmatisierung und Vorurteilen gelten. Tabelle 27 stellt die für zukünftige Antistigma-Arbeit relevanten Bereiche und Zielgruppen nach Wichtigkeit absteigend dar.

Projektkonzeption (allgemeine Grundlagen)	Hintergründe
Projekt setzt auf mehreren Ebenen an: gesellschaftlich, zwischenmenschlich, personenbezogen	Modelle zur Entstehung von Stigma setzen auf verschiedenen Ebenen an, diese sollten bzgl. Interventionen berücksichtigt und kombiniert werden (Kap. 2.2)
Konzeption und Umsetzung in Zusammenarbeit mit Betroffenen	Empowerment-Ansatz (Kap. 2.3.1)
Einsatz von verschiedenen Methoden/Medien: Methodenkombination	Mehrgleisige Aufklärung/Strategien sind wirksam (Kap. 2.3.2); in Deutschland bisher kaum genutzt (Kap. 3.1)
Umsetzung unter Einbindung von Multiplikatoren und örtlichen Strukturen	Empfehlung von Seite der Verbände (Kap. 5.2)
Einbindung von/Vernetzung mit erfolgreichen Antistigma-Projekten	Weitreichendes Engagement in der Antistigma-Arbeit auf lokaler Ebene (Kap. 4.1)
Im Anschluss: Entwicklung eines Leitfadens zur selbstständigen Umsetzung des Projektes durch weitere Projektträger	Langfristige Umsetzung von Maßnahmen statt einmaliger Durchführung wird empfohlen (Kap. 5.2)

Tabelle 25: Allgemeine Empfehlungen für den Projektaufbau

6 Zusammenfassung: Empfehlungen

Aus der Antistigma-Forschung wird ersichtlich, dass Maßnahmen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankung auf verschiedenen Ebenen parallel ansetzen sollten (vgl. Tabelle 25), um sowohl gesellschaftliche und strukturelle Veränderungen anzuschließen als auch durch zwischenmenschlichen Kontakt und Aufklärung die Bevölkerung bzw. einzelne Personengruppen zu erreichen. Bei der Umsetzung der Maßnahmen wäre auf eine Methodenvielfalt zu achten. Darüber hinaus sollte überlegt werden, wie man zukünftig das vielfältige lokale Engagement stärken und zusammenführen kann.

Projektelemente	Hintergründe
Aufklärungsseminar, Vermittlung von Wissen: <ul style="list-style-type: none"> • über psychische Erkrankung (z.B. multikausale Erklärungsmodelle, Behandlungsmethoden) • über Bereiche der Stigmatisierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Auf personenbezogener Ebene wird Aufklärung empfohlen (Kap. 2.1) • Biogenetische Ursachenmodelle sind kontraproduktiv (Kap. 2.1) • Empfehlung von Betroffenen (Kap. 5.2 & 5.3)
Herstellung von interaktivem Kontakt zu Betroffenen (z.B. Diskussion im Rahmen von Aufklärungsseminaren)	<ul style="list-style-type: none"> • Ansatz auf zwischenmenschlicher Ebene (Kap. 2.1, 2.2) • Wirksamste Strategie laut Übersichtsartikeln (Kap. 2.3.1) • Verbindung von Aufklärung und Kontakt weltweit eingesetzt und wirksam (Kap. 3.1)
Dokumentarfilm über psychisch erkrankte Menschen im Rahmen von Aufklärungsseminaren	<ul style="list-style-type: none"> • Medien: wirksames Interventionsmittel (Kap. 2.3.2); in Deutschland bisher kaum genutzt (Kap. 3.1) • Dokumentarfilm: Förderung der Empathiefähigkeit (Kap. 2.1) • Methodenkombination (Kap. 2.3.2)
Aktive Elemente im Rahmen von Aufklärungsseminaren (z.B. Rollenspiel, Perspektivübernahme)	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Empathiefähigkeit durch Rollenspiel, Perspektivübernahme (Kap. 2.1) • Methodenkombination (Kap. 2.3.2)
Informationsmaterial (Broschüre, Website)	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung mit Hilfe von Methodenkombination wird empfohlen (Kap. 2.3.2) • Medien: wirksames Interventionsmittel (Kap. 2.3.2); in Deutschland bisher kaum genutzt (Kap. 3.1)
Etablierung von Strukturen: <ul style="list-style-type: none"> • Veränderung bestehender Strukturen und/oder • Schaffen neuer Strukturen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesellschaftliche Ebene: normative/strukturelle Veränderung (Kap. 2.2) • Nachhaltigkeit, Empfehlung von Verbänden (Kap. 5.2) • Veränderung der Struktur in psychiatrischen Kliniken von Betroffenen empfohlen (Kap. 5.3)
Plakat, PR-Kampagne	<ul style="list-style-type: none"> • Gesellschaftliche Ebene: Kampagnen (Kap. 2.1) • Empfehlung von Betroffenen (Kap. 5.3)
Informationen für Betroffene über Anlaufstellen (z.B. durch Plakate, Anzeigen)	<ul style="list-style-type: none"> • Empfehlung von Betroffenen (Kap. 5.3)
Stärkung der Selbsthilfe (z.B. durch Ausbau von Psychoseseminaren)	<ul style="list-style-type: none"> • Empfehlung von Betroffenen (Kap. 5.2 & 5.3)

Tabelle 26: Empfohlene Elemente für den Projektaufbau

Um die Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen in unserer Gesellschaft messbar zu reduzieren, wäre die Umsetzung von Maßnahmen in verschiedenen Bereichen und auf verschiedenen Ebenen notwendig (vgl. Tabelle 26). Dabei sollte die Möglichkeit der Verbindung von Aufklärungsmaßnahmen mit strukturellen Veränderungen verstärkt geprüft werden, um Nachhaltigkeit sicherzustellen. Ebenfalls wäre auf eine qualitativ

6 Zusammenfassung: Empfehlungen

hochwertige Evaluationsmethodik zu achten, um fundierte Aussagen über die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der umgesetzten Maßnahmen treffen und diese gegebenenfalls verbessern zu können.

Bereich	Zielgruppe	Ziele	Hintergründe	Best-Practice international
Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitgeber • Betriebsräte/ Gewerkschaften • Betriebsärzte/ Verbände der Arbeitsmediziner • Arbeitsamt (siehe Behörden/Ämter) 	<ul style="list-style-type: none"> • Abbau von Vorurteilen bei Vorgesetzten und Kollegen • Arbeitsplatzergänzung • Erleichterung der beruflichen Reintegration 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarf (Kap. 5.2 & 5.3) • In Deutschland bisher kaum Maßnahmen, im internationalen Vergleich unterrepräsentiert (Kap. 3.1 & 4.1) • Arbeit mit Verbänden empfohlen (Kap. 5.2) 	Kein den Kriterien entsprechendes Projekt erfasst
Gesundheitswesen	<ul style="list-style-type: none"> • Personal psychiatrischer Kliniken • Sozialpsychiatrischer Dienst • Niedergelassene Psychiater/Psychotherapeuten • Allgemein- und Fachmediziner • Studenten/Auszubildende im Gesundheitswesen 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion stigmatisierenden Verhaltens • Adressierung der Selbststigmatisierung durch Unterstützung der Erkrankten • Multiplikatorenfunktion der Mitarbeiter im Gesundheitswesen nutzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitspersonal in Deutschland als Zielgruppe unterrepräsentiert (Kap. 3.1) • Studenten: gut erreichbar (Kap. 2.3.2) und in Deutschland unterrepräsentiert (Kap. 3.1) • Bedarf im Bereich psychiatrische & medizinische Versorgung (Kap. 5.2 & 5.3) • Wichtige Zielgruppe bzgl. Selbststigmatisierung (Kap. 5.2) 	<i>„In Our Own Voice“</i> (Wood & Wahl, 2006) <i>Projekt aus Australien</i> (Gee et al., 2007)
Öffentlichkeit /Medien	<ul style="list-style-type: none"> • Journalisten • Redakteure/Programmverantwortliche • Regisseure • Drehbuchautoren • Studenten im Bereich Medien/Journalismus 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion der negativen/falschen Medienberichterstattung • Sensibilisierung • Medien als Multiplikator zur Aufklärung der allg. Öffentlichkeit gewinnen • Stärkung der laufenden Antistigma-Projekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarf bzgl. Bild der Öffentlichkeit (Kap. 5.1) • Öffentlichkeit; Journalisten/Medien in Deutschland bisher kaum adressiert (Kap. 3.1) • Studenten: gut erreichbar (Kap. 2.3.2) und unterrepräsentiert (Kap. 3.1) 	<i>„Like Minds, Like Mine“</i> (Vaughan & Hansen, 2004) <i>„See me“</i> (Braunholtz et al., 2004)
Behörden/ Ämter	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsagentur • Arge • Krankenkassen 	<ul style="list-style-type: none"> • Abbau von Vorurteilen • erhöhte Kompetenz im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen • Adressierung der Selbststigmatisierung durch Unterstützung der Erkrankten von Seiten der Berater 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarf im Bereich Arbeitssuche (Kap. 5.1) • Bedarf bzgl. Behörden & Ämtern (Kap. 5.3) 	Kein den Kriterien entsprechendes Projekt erfasst

Bereich	Zielgruppe	Ziele	Hintergründe	Best-Practice international
Zwischenmenschliche Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige • Freunde • Nachbarn • Schüler 	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensvermittlung bzgl. psychischer Erkrankung • Abbau von Vorurteilen • Reduktion stigmatisierenden Verhaltens • Unterstützung bzgl. Selbststigmatisierung • Angehörige/Freunde als Multiplikatoren nutzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarf in Zwischenmenschlichen Beziehungen (Kap. 5.1) • Bedarf in Familie & Freundeskreis (Kap. 5.3) • Schüler: gut erreichbare Zielgruppe (Kap. 2.3.2); in Deutschland überrepräsentiert (Kap. 3.1 & 4.1) 	Kein den Kriterien entsprechendes Projekt erfasst
Kinder und Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorurteile abbauen • Einstellungen und Verhalten bzgl. psychisch Kranken verändern 	<ul style="list-style-type: none"> • Schüler: gut erreichbare Zielgruppe (Kap. 2.3.2); in Deutschland überrepräsentiert (Kap. 3.1 & 4.1) • Schulprojekte positiv bewertet (Kap. 3.1 und 5.2) • Möglichst früh ansetzen (Kap. 2.3.2 & Kap. 5.3) 	<i>Schulprojekt „BASTA“ (Wundsam, 2004)</i> <i>Mental Illness Education Programme (MIE) (Rickwood et al., 2004)</i>
Gemeinde	<ul style="list-style-type: none"> • Allg. Öffentlichkeit in der Kommune • Nachbarschaft 	<ul style="list-style-type: none"> • Abbau von Vorurteilen • Aufklärung über psychische Erkrankungen • Förderung des Kontakts mit psychisch erkrankten Menschen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbändeinterviews (Kap. 5.2) 	Kein den Kriterien entsprechendes Projekt erfasst

Tabelle 27: Relevante Bereiche/Zielgruppen für Antistigma-Interventionen

Ein wichtiger Bereich für die Antistigma-Arbeit ist die Ansprache von Kindern und Jugendlichen (vgl. Tabelle 27). Hier ist Deutschland bereits relativ gut aufgestellt, sowohl quantitativ mit einer Vielzahl von Schulprojekten, als auch qualitativ (Best-Practice). Aus der Bedarfsanalyse ergaben sich darüber hinaus folgende Bereiche, in denen vorrangig Maßnahmen umgesetzt werden sollten: der Bereich der psychiatrischen Versorgung, der zwischenmenschliche Bereich (Familie, Freunde), die Bereiche Ämter und Behörden sowie Arbeit inklusive Arbeitsvermittlung, der Bereich der medizinischen Versorgung sowie die allgemeine Öffentlichkeit inklusive Medienberichterstattung sowie dem Umfeld der Betroffenen in den Gemeinden. Da diese Bereiche mit sehr unterschiedlichen Zielgruppen sowie verschiedenen Aspekten der Stigmatisierung verbunden sind, wären verschiedene Einzelmaßnahmen notwendig, um alle zu adressieren. Idealerweise wären diese durch eine gemeinsame Struktur verbunden, um sich gegenseitig zu verstärken. Für ein Projekt in kleinerem Umfang sollte eine Fokussierung auf einen Bereich erfolgen, der sich im Rahmen der Bedarfsanalyse als besonders wichtig herausgestellt hat. Diesbezüglich stehen unter Einbezug der Ergebnisse international und national erfasster Antistigma-Interventionen vor allem die Arbeitswelt, die psychiatrische Versorgung sowie Öffentlichkeit und Medien im Vordergrund.

7 Modellprojekte

Auf der Basis der dargelegten Empfehlungen werden im Folgenden drei Projektskizzen für zukünftige Maßnahmen zur Aufklärung über psychische Erkrankungen und Entstigmatisierung der Betroffenen entwickelt. Eine dieser Projektskizzen soll im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Antistigma-Projekts des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit umgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund wurde auch die Zielsetzung und Ausrichtung des Aktionsbündnisses bei den Entwürfen berücksichtigt. Zunächst wurden drei Bereiche identifiziert, in denen die Umsetzung zukünftiger Maßnahmen empfohlen wird:

1. Im internationalen Vergleich ist der Bereich der Medien bei deutschen Antistigma-Projekten, zu denen eine wissenschaftliche Evaluierung vorliegt, unterrepräsentiert. Gleichzeitig werden Journalisten bei vielen Antistigma- und Aufklärungsmaßnahmen, die in Deutschland überwiegend auf lokaler Ebene umgesetzt werden, als Teil-Zielgruppe (das heißt, nicht als einzige bzw. primäre Zielgruppe einer Maßnahme) genannt, ohne dass spezielle Maßnahmen für diese Zielgruppe umgesetzt werden. Im Rahmen der Bedarfsanalyse wurde die Medienberichterstattung mehrfach als wichtiger Aspekt der Stigmatisierung bzw. Entstigmatisierung genannt. Über die Medien kann die breite Öffentlichkeit erreicht werden.

2. Im Bereich der Arbeitswelt lassen sich wichtige Aspekte miteinander verbinden: die Aufklärung über psychische Erkrankungen, die Entstigmatisierung der Betroffenen mit dem Ziel der Verbesserung der gesellschaftlichen Akzeptanz und die Integration psychisch erkrankter Menschen. Das Berufsleben wurde ebenfalls im Rahmen der Bedarfsanalyse als wichtiger Bereich für zukünftige Maßnahmen identifiziert. Es gibt in Deutschland bereits einige Maßnahmen in diesem Bereich, auf denen aufgebaut werden kann und die ggf. in das Projekt integriert werden könnten. International wurde der Bereich der Arbeitswelt im Rahmen einiger nationaler Kampagnen adressiert. Die Erkenntnisse aus diesen Projekten könnten bei Aufbau und Umsetzung eines zukünftigen Projektes des Aktionsbündnisses genutzt werden.

3. Der Bereich der psychiatrischen Versorgung wurde insbesondere in der Bedarfsanalyse als wichtiger Bereich für zukünftige Maßnahmen identifiziert. Er wurde bislang weder bei den Interventionen im internationalen Raum noch bei den Aufklärungs- und Antistigma-Projekten in Deutschland in besonderem Maße berücksichtigt. Allerdings gilt es zu berücksichtigen, dass sich ein Projekt in diesem Bereich nicht in erster Linie an die breite Öffentlichkeit oder an gesellschaftliche Bereiche bzw. Menschen außerhalb des psychiatrischen Systems richtet und somit die Zielsetzung, die Verbesserung der gesellschaftlichen Akzeptanz psychisch erkrankter Menschen, nur mittelbar verfolgt.

Im Weiteren wurde bei allen drei Projektvorschlägen die Möglichkeit der Verstetigung der Maßnahmen über den geförderten Projektzeitraum hinaus angelegt. Auf die Verbindung des Projektes mit den jeweiligen Strukturen und/oder den Entscheidungsträgern des jeweiligen Bereichs wurde ein weiterer Schwerpunkt gesetzt. Besonderer Wert wurde zudem auf die Qualität der Projektevaluierung gelegt. Bei allen drei Projektskizzen werden mehrere Ebenen (Makro-, Meso- und/oder Mikro-Ebene) berücksichtigt. Die Umsetzung ist bei allen drei Projektvorschlägen unter Beteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder deren Angehörigen geplant.

7.1 Modellprojekt 1: „Medienberichterstattung ohne Tabu, Sensation und Vorurteil“

Setting: Öffentlichkeit, Medien

Zielgruppe: Journalisten, Redakteure, Programmverantwortliche

Ziele: Reduktion der negativen/falschen Medienberichterstattung, Sensibilisierung, Medien als Multiplikator zur Aufklärung der allg. Öffentlichkeit gewinnen, Stärkung der laufenden Antistigma-Projekte

Umsetzung: Journalistenworkshops zu verschiedenen Themen

Pressemappe mit Informationsmaterial

Initiierung eines „Roundtables“ zur Erarbeitung eines Kodex zur Medienberichterstattung

Pressearbeit

Ausbau: Informationsangebot (Workshop) zur Pressearbeit für Träger von Antistigma-Projekten

Seminar für Studenten (Journalistik, Publizistik, Kommunikations- und Kulturwissenschaften) zur Berichterstattung über psych. Erkrankungen

Wettbewerb für Schülerzeitungen

Evaluierung: Prä-/Posttest-Messungen zu den Veranstaltungen (Teilnehmer) mit Kontrollgruppe und Follow up; qualitative und quantitative Medienanalyse

7.2 Modellprojekt 2: „Prävention und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in Unternehmen“

Setting:	Arbeitswelt/Unternehmen
Zielgruppe:	Personalverantwortliche in mittleren und größeren Unternehmen, insb. Geschäftsführung und Mitarbeiter des mittleren Managements (Gruppen- und Abteilungsleiter); Entscheidungsträger Arbeitgeber-/Arbeitnehmervertretung, Sozialversicherungen
Ziele:	Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt enttabuisieren und entstigmatisieren; Hilfsstrukturen in Unternehmen aufbauen (Grundlage für Prävention und Integration); Personalverantwortlichen und Kollegen Hilfestellung im Umgang mit psychisch erkrankten und gefährdeten Mitarbeitern geben
Umsetzung:	<p>Informations- und Fortbildungsangebote für Mitarbeiter (Schwerpunkt: Personalverantwortliche)</p> <p>Angebote zur Vernetzung mit den psychiatrischen Versorgungsangeboten und Hilfsangeboten für psychisch erkrankte Menschen in der Region</p> <p>Aufbau von regionalen Kooperationsstrukturen zur weiteren Umsetzung des Projekts; Entwicklung und Umsetzung eines „Train-the-Trainer“-Seminars</p> <p>Vernetzung der Antistigma-Projekte der Bündnispartner im Bereich Arbeitswelt, z.B. „Psychisch krank im Job. Was tun?“ des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranke oder „Aktionsnetz Depression am Arbeitsplatz“ der Stiftung Depressionshilfe.</p> <p>Initiierung eines Runden Tisches zum Thema „Aufklärung und Entstigmatisierung in der Arbeitswelt“ auf Bundesebene</p>
Ausbau:	Pressearbeit; Entwicklung und Umsetzung eines Presseworkshops zum Thema „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt“
Evaluierung:	Evaluierung der Fortbildungs-Workshops über Prä-/Postbefragungen der Workshop-Teilnehmer mit Follow up und Kontrollgruppe; Evaluierung des Modellprojekts in Unternehmen über Befragungen der Mitarbeiter

7.3 Modellprojekt 3: „Betroffene stärken, Stigmatisierung in der psychiatrischen Versorgung vermeiden“

- Setting: Psychiatrische Versorgung
- Zielgruppe: Mitarbeiter der psychiatrischen Versorgung (Pfleger, Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter, Therapeuten)
- Ziele: Adressierung der Selbststigmatisierung durch Unterstützung der Erkrankten von Seiten des psychiatrischen Personals und durch Einbindung der Familien, Reduktion der Stigmatisierung in der psychiatrischen Versorgung
- Umsetzung: Fortbildungsseminar für das psychiatrische Personal auf der Grundlage des Antistigma-Kompetenz-Workshops (Kompetenznetz Schizophrenie)
- Workshops zur Etablierung neuer Strukturen in der psychiatrischen Klinik auf der Grundlage der Soteria-Wirkfaktoren⁴⁴, Begleitung bei der Umsetzung der strukturellen Veränderungen
- Einführung eines dialogischen Austauschs (Sprechstunde/Seminar)
- Ausbau: (internetbasiertes) Informationsangebot, Informationsmaterialien, Plakate
- Einführung von Antistigma-Seminaren für Studenten der Medizin, Psychologie, Sozialarbeit sowie Auszubildende in Gesundheits- und Krankenpflege
- Evaluierung: Prä-/Posttest-Messungen zu den Veranstaltungen (Teilnehmer) mit Kontrollgruppe und Follow up; Messung der strukturellen Veränderungen nach ca. einem Jahr

44 Von Kroll (1998) entwickelte Wirkfaktoren der Soteria, als alternativer Behandlungsort für Menschen mit schizophrenen Erkrankungsbildern.

8 Danksagung

Wir danken Frau Marie Marekwica und Frau Helen-Rose Cleveland für die Unterstützung bei der Erstellung des zweiten Kapitels. Für die Durchführung der Fokusgruppen bedanken wir uns herzlich bei Herrn Harald Zäske, für Hilfe bei der Formatierung Herrn Carsten Burfeind. Ganz besonderer Dank gilt auch den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fokusgruppen sowie den Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfeverbände, die ihre Zeit für die Gruppendiskussionen und Interviews im Rahmen der Bedarfsanalyse zur Verfügung gestellt haben.

9 Anhang

- Anhang 1 Fragebogen zur Erfassung von Interventionen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in Deutschland
- Anhang 2 Konzept zur Umsetzung der Fokusgruppen
- Anhang 3 Interviewleitfaden Verbändeinterviews
- Anhang 4 Liste der Mitglieder des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit (Stand: Juli 2010)

Anhang 1

Fragebogen zur Erfassung von Interventionen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in Deutschland



Erfassung von Antistigma-Interventionen und Projekten zur Aufklärung über psychische Erkrankungen mit dem Ziel der Entstigmatisierung psychisch erkrankter Menschen

Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit
Anschrift: Reinhardtstraße 14; 10117 Berlin
Email: koordination@seelischegesundheits.net
Tel.: 030/ 2809 6795; Fax: 030/ 2809 6794

Fragebogen

1. Name des Projektes _____

2. In welcher Stadt/Region wird/wurde das Projekt durchgeführt? _____

3. Zeitraum der Durchführung (seit wann läuft das Projekt oder von wann bis wann wurde das Projekt durchgeführt?): _____

4. Wie oft haben Sie Aktionen durchgeführt? _____
Durchschnittliche Anzahl der Teilnehmer (falls bekannt): _____

5. Auf welche Zielgruppe bezieht sich das Projekt? (Bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich.)

- Schüler
- Lehrer
- Medizinisches/psychiatrisches Personal
- Polizisten
- Journalisten
- Allgemeine Öffentlichkeit
- Andere _____

6. Kurze Beschreibung des Projektes (z.B. Ausstellung, Filmabend, Diskussionsrunde):

7. Welches sind/waren Ihre Projektziele? _____

- 2 -

8. Wie viele Mitarbeiter sind/waren an dem Projekt beteiligt? _____
davon Anzahl hauptamtliche Mitarbeiter: _____
davon Anzahl ehrenamtliche Mitarbeiter: _____

9. Haben Sie das Projekt in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern durchgeführt?
 Ja, mit folgenden Organisationen oder Personen: _____

Nein

10. Wurden Psychiatrie-Erfahrene und/ oder deren Angehörige in das Projekt einbezogen? (Bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

Psychiatrie-Erfahrene Angehörige Nein

11. Gibt es Publikationen über das Projekt?
 Ja, Titel/ Erscheinungsort: _____
 Nein

12. Gibt es eine Beschreibung des Projektes, z.B. auf einer Homepage, in einem Zeitungsartikel, einem Flyer?
 Ja, Webadresse: _____
 Ja, folgende Veröffentlichung: _____
 Nein

KONTAKTDATEN

Name und Anschrift der Organisation/ Einrichtung, in der Sie tätig sind:

Organisation _____

Straße _____
PLZ/ Ort _____

Ihre Kontaktdaten:

Name: _____
Email-Adresse: _____
Telefonnummer: _____

Anhang 2

Konzept zur Umsetzung der Fokusgruppen

Dauer: 90 Minuten Kernzeit (insgesamt ca. 120 min)

Alle Zeitangaben sind Richtwerte.

(5 min.) Begrüßung und (10 min.) Ausfüllen des Teilnehmerbogens

=== Start der Kernzeit ===

(5 min.) Einführung: Allgemeines zum Projekt (BMG/Aktionsbündnis: Empfehlungen für Antistigma-Interventionen)

Organisatorisches (Freiwilligkeit, Tonaufnahme, Anonymität, Aufwandsentschädigung)

(30 min.) Vorstellungsrunde (3 min./Teilnehmer)

Kurze Information zur eigenen Person und zur eigenen Erkrankung (Diagnose, Dauer, Behandlung). Warum ich an dieser Runde teilnehme.

(40 min.) Offene Diskussion (3 Fragen je ca. 10–15 min., Hauptpriorität haben die Fragen 1 und 2)

FRAGE 1: Welche Maßnahmen halten Sie für am besten geeignet, um das Stigma psychischer Erkrankungen zu bekämpfen?

[Beispiele: Aufklärung (worüber?), Protest (wogegen?), Überprüfung von Gesetzen (in welchen Bereichen?), Beschwerdestelle, öffentlichkeitswirksame Aktionen (lokal oder überregional), kulturelle Veranstaltungen, Begegnungsmöglichkeiten: Tage der offenen Tür, Gemeindeleben]

NACHFRAGE: Gibt es Maßnahmen, die bislang zu wenig berücksichtigt worden sind oder die unbedingt umgesetzt werden sollten?

FRAGE 2: In welchen Lebensbereichen wäre die Bekämpfung des Stigmas psychischer Erkrankungen besonders wichtig? Warum? [Beispiele: Arbeitsplatz, Schulen, öffentliche Versorgungseinrichtungen]

NACHFRAGE: Welche Personengruppen sind bei der Bekämpfung des Stigmas psychischer Erkrankungen besonders wichtig? Warum?

[Beispiele: Journalisten, Politiker, Jugendliche, Arbeitgeber, Mitarbeiter der Arbeitsagenturen, Juristen, Polizisten, in der Psychiatrie Arbeitende]

NACHFRAGE: Gibt es Personenkreise, für die eigene Antistigma-Interventionen entwickelt werden sollten, falls es diese noch nicht gibt?

FRAGE 3: Auf welche Weise sollte das Thema „Stigma psychischer Erkrankungen“ wenn möglich kommuniziert werden?

[Beispiele: Vermittlung von wissenschaftlichen Fakten über die Erkrankungen (Ursachen, Behandelbarkeit, Prognose); Darstellung der besonderen Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen; Darstellung von Beispielen psychisch erkrankter Personen, die ihr Leben meistern; allgemeine Vermittlung von Toleranz gegenüber anderen]

NACHFRAGE: Wie sollte das Thema auf keinen Fall kommuniziert werden?

(15 min.) Abschlussrunde (Blitzlicht)

FRAGE: Welche Aspekte waren besonders wichtig/sind evtl. zu kurz gekommen?

=== Ende der Kernzeit ===

(10 min.) Verabschiedung

Anhang 3

Interviewleitfaden Verbändeinterview

Einführung

- Vorstellung des Projekts, Erlaubnis des Mitschnitts
- Fragen zur Person und zum Verband
 - Name des Verbands
 - Funktion im Verband
 - Seit wann im Verband tätig
 - Hauptamtlich/ehrenamtlich tätig
 - Engagement des Verbands in der Antistigma-Arbeit

Block 1: Erfahrungen aus Antistigma-Projekten

- Welche der Ihnen bekannten Antistigma-Projekte würden Sie als beispielhaft bewerten? Worauf beruht Ihre Einschätzung? Was könnten wir von diesen Projekten für eine erfolgreiche Antistigma-Arbeit lernen?
- Gibt es auch Beispiele von Antistigma-Projekten, die aus Ihrer Sicht nicht so erfolgreich zu bewerten sind und woran lag dies?
- Welche Bereiche, in denen verstärkt Ausgrenzung psychisch erkrankter Menschen stattfindet oder die Ausgrenzung der Betroffenen als besonders relevant wahrgenommen wird, wurden bislang in der Antistigma-Arbeit in Deutschland nicht ausreichend berücksichtigt?

Block 2: Anforderungen an zukünftige Maßnahmen zur Entstigmatisierung

- Zu welchen konkreten Themen- bzw. Lebensbereichen sollten vordringlich Maßnahmen zur Entstigmatisierung psychisch erkrankter Menschen umgesetzt werden?
- An welche Personengruppe (z.B. Journalisten, Politiker, Jugendliche, Arbeitgeber, Mitarbeiter der Arbeitsagenturen, Juristen) sollten sich Maßnahmen zur Aufklärung und Entstigmatisierung vorrangig richten? Warum ausgerechnet diese Personengruppe?
- Was für Maßnahmen sollten aus Ihrer Sicht zukünftig umgesetzt werden, um negative Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen zu begegnen (z.B. Informationskampagnen, Fortbildungen für verschiedene Berufsgruppen, Arbeit in Schulen, Tage der offenen Tür in psychiatrischen Versorgungseinrichtungen oder auch Gesetze, Verpflichtungen der Sozialpartner, ...)?
- Sollten zukünftige Maßnahmen das Thema Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund von psychischen Erkrankungen diagnoseübergreifend behandeln oder sollten sie auf einzelne Erkrankungen fokussiert werden? Bei einzelnen Erkrankungen: Welche wären dabei zu berücksichtigen?
- Man geht davon aus, dass neben der Stigmatisierung durch Andere auch die so genannte Selbststigmatisierung die Lebensqualität der Betroffenen stark

einschränkt. Könnten Sie sich auch Projekte vorstellen, mit denen man eine Reduktion der Selbststigmatisierung unterstützen könnte?

Block 3: Planung der Antistigma-Projekte des Aktionsbündnisses

- Wenn man sich im Rahmen von Antistigma- und Aufklärungsmaßnahmen auf ein Vorurteil/einen Aspekt, der zur Stigmatisierung und Benachteiligung psychisch erkrankter Menschen führt, konzentrieren müsste: Welcher sollte dies sein?
- Wie sollte man das Thema Entstigmatisierung psychische Erkrankungen ansprechen:
 - Aufzeigen, wo Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen stattfindet
 - Darstellung der Bedürfnisse und Probleme psychisch erkrankter Personen,
 - Positivbeispiele von psychisch erkrankten Personen „mitten im Leben“.
- Was wäre bei der Konzeption von Antistigma- und Aufklärungsprojekten zu beachten, um diese an den Bedürfnissen der Selbsthilfvereine auszurichten?

Anhang 4

Mitgliederliste des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit

Stand: Juli 2010

1. Aktion Psychisch Kranke (APK)
2. Aktionsgemeinschaft Körper und Seele e.V. (AGKS)
3. Aktionskreis Psychiatrie e.V. (AKP)
4. ANUAS e.V. Hilfsorganisation für Gewaltopfer mit integrierter Selbsthilfegruppe
5. Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)
6. Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V. (AGpR)
7. BASTA Das Bündnis für psychisch erkrankte Menschen
8. Berufliches Trainingszentrum Rhein-Neckar gGmbH
9. Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN)
10. Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP)
11. Bipolar Selbsthilfe Netzwerk e.V. (BSNE)
12. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
13. Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV)
14. Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (bkjpp)
15. Bundesärztekammer (BÄK)
16. Bundesdirektorenkonferenz (BDK)
17. Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (BAPP)
18. Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK)
19. Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE)
20. Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD)
21. Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
22. Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP)
23. Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
24. Deutsch-Russische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DRGPPP)
25. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (DAIzG)
26. Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM)
27. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS)
28. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. (DGKJP)
29. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
30. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
31. Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (dgsgb)
32. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), Landesverband Bremen
33. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)
34. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt)

35. Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankung (DGZ)
36. Deutsche Vertretung der European Depression Association (EDA)
37. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)
38. Deutsches Bündnis gegen Depression e. V.
39. Deutsches Suchtforschungsnetz
40. Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland
41. FeTZ Berlin-Brandenburg (FeTZ)
42. Dick & Dünn Nordwest e.V
43. German Network for Mental Health (gnmh)
44. Irrsinnig Menschlich e. V.
45. Irre menschlich Hamburg e. V.
46. Münchner Bündnis gegen Depression e. V.
47. Münchner Psychiatrie-Initiative (MüPI)
48. Kölner Verein für seelische Gesundheit e.V. (KVSG)
49. Kompetenznetz Demenzen
50. Kompetenznetz Depression
51. Kompetenznetz Schizophrenie (KNS)
52. Kompetenzzentrum psychische Gesundheit in Erziehung und Bildung (kogeb)
53. Nationales Suizid Präventionsprogramm
54. open the doors e. V.
55. SHG Antistigma Düsseldorf
56. Stiftung Deutsche Depressionshilfe
57. Stiftung für Seelische Gesundheit
58. Stimmungsumschwünge - Selbsthilfegruppe für bipolar Erkrankte und Angehörige in Essen e.V.
59. Task Force on Health Promoting Psychiatric Services
60. Tourette Gesellschaft Deutschland e.V. (TGD)
61. Verband Deutscher Betriebs- und Werkärzte (VDBW)
62. Verein für Integration e.V.
63. Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin e.V.
64. Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG) der Leuphana Universität Lüneburg
65. Zentrum für Soziale Psychiatrie in Salzwedel (ZSP)

10 Literaturverzeichnis

- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley
- Altemeyer, B. (1981). *Right-wing authoritarianism*. University of Manitoba Press.
- Altindag, A., Yanik, M., Ucok, A., Alptekin, K., & Ozkan, M. (2006). Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 60(3), 283–288.
- Alvidrez, J., Snowden, L. R., Rao, S. M., & Boccellari, A. (2009). Psychoeducation to address stigma in black adults referred for mental health treatment: a randomized pilot study. *Community Ment Health J*, 45(2), 127–136.
- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (1996). The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Science & Medicine*, 43(12), 1721–1728.
- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*, 27, 131–141.
- Angermeyer, M. C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten – Ein Überblick. *Psychiat Prax* 2003, 30, 358–366.
- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 38, 526–534.
- Angermeyer, M. C., & Richter-Werling, M. (2003). „Verrückt? Na und!“ Ein Schulprojekt sensibilisiert Jugendliche für psychische Probleme. *MMW-Fortschr.Med.*, 12.
- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (2005). Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 186, 331–334.
- Anhut, R., & Heitmeyer, W. (2000). Desintegration, Konflikt und Ethnisierung. Eine Problemanalyse und theoretische Rahmenkonzeption. In: Heitmeyer, W. & Anhut, R. (Hrsg.), *Bedrohte Stadtgesellschaft. Soziale Desintegrationsprozesse und ethnischkulturelle Konfliktkonstellationen*, Weinheim, 17–75
- Battaglia, J., Coverdale, J. H., & Bushong, C. P. (1990). Evaluation of a Mental Illness Awareness Week program in public schools. *Am J Psychiatry*, 147(3), 324–329.
- Benbow, S. M., & Reynolds, D. (2000). Challenging the stigma of Alzheimer's disease. *Hosp Med*, 61(3), 174–177.
- Bock, T., & Naber, D. (2003). "Anti-stigma campaign from below" at schools --experience of the initiative "Irre menschlich Hamburg e.V.". *Psychiatr Prax*, 30(7), 402–408.
- Braunholtz, S., Davidson, S., & King, S. (2004). Well? What Do You Think?(2004) The Second National Scottish Survey of Public Attitudes to Mental Health, Mental Well-being and Mental Health Problems. Online: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/35596/0012566.pdf> (Stand 07.12.2009)
- Brown, L., Macintyre, K., & Trujillo (2003). Interventions to reduce HIV/AIDS-stigma: what have we learned? *AIDS Education and Prevention*, 15(1), 49–69.
- Brundtland, G. H. (2001). Stop exclusion Dare to care. Online in Internet: http://www.who.int/world-health-day/previous/2001/files/whd2001_dare_to_care_en.pdf (Stand 07.12.2009)
- Byrne, M., Barry, M., & Sheridan, A. (2004). Mind Out The development and evaluation of a mental health promotion programme for post-primary schools in Ireland. A joint publication of WFMH/WHO, 50–53.
- Campbell, N. N., Heath, J., Bouknight, J., Rudd, K., & Pender, J. (2009). Speaking Out For Mental Health: Collaboration of Future Journalists and Psychiatrists. *Academic Psychiatry*, 33(2), 166–168.
- Candler, K., Fricks, L., Johnson, S., Langee, L., Leiter, D., McKee, E., et al. (2007). Reducing the Stigma of Mental Illnesses in Georgia. Online in Internet:

- https://www.policyarchive.org/bitstream/handle/10207/4987/Reducing_the_Stigma_of_Mental_Illnesses_in_Georgia.pdf (Stand 07.12.2009)
- Chan, S., & Cheng, B. (2001). Creating positive attitudes: the effects of knowledge and clinical experience of psychiatry in student nurse education. *Nurse Educ Today*, 21(6), 434–443.
- Chung, B., Corbett, C. E., Boulet, B., Cummings, J. R., Paxton, K., McDaniel, S., et al. (2006). Talking Wellness: a description of a community-academic partnered project to engage an African-American community around depression through the use of poetry, film, and photography. *Ethn Dis*, 16(1 Suppl 1), S67–78.
- Chung, K. F. (2005). Changing the attitudes of Hong Kong medical students toward people with mental illness. *J Nerv Ment Dis*, 193(11), 766–768.
- Clinton, M. (1999). Collaborative education and social stereotypes. *Aust N Z J Ment Health Nurs*, 8(3), 100–103.
- Col, C. D., Sulzenbacher, H., Meller, H., & Meise, U. (2004). Wirkt sich die Thematisierung von "Stigma und Diskriminierung" im Psychatrieunterricht auf Einstellungen von MedizinstudentInnen aus? *Neuropsychiatrie*, 18(1), 25–31.
- Compton, M. T., Esterberg, M. L., McGee, R., Kotwicki, R. J., & Oliva, J. R. (2006). Brief reports: crisis intervention team training: changes in knowledge, attitudes, and stigma related to schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 57(8), 1199–1202.
- Coodin, S., & Chisholm, F. (2001). Teaching in a new key: effects of a co-taught seminar on medical students' attitudes toward schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*, 24(3), 299–302.
- Cook, J. A., Jonikas, J. A., & Razzano, L. (1995). A randomized evaluation of consumer versus nonconsumer training of state mental health service providers. *Community Ment Health J*, 31(3), 229–238.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, A.M., & Penn, D.L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52(7), 953–958.
- Corrigan, P. W., Watson, A.C., & Ottati, V. (2003). From whence comes mental illness stigma? *International Journal of Social Psychiatry*, 49(2), 142–157.
- Corrigan, P. W., O'Shaughnessy, J. R. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist*, 42(2), 90 – 97.
- Couture, S. & Penn, D. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12(3), 291–305.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatization of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*, 177, 4–7.
- Crisp, A. H., Cowan, L., & Hart, D. (2004). The College's Anti-Stigma Campaign, 1998–2003 A shortened version of the concluding report. *Psychiatric Bulletin*, 28, 133–136.
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World psychiatry*, 4(2), 106–113.
- Crisp, R. J., & Hewstone, M. (2007). Multiple social categorization. *Advances in Experimental Social Psychology*, 39, 163–254.
- Corry P., Pinfold V. (2003). Just one per cent: The experiences of people using mental health services. London: Rethink Publications.
- Cuddy, A. J., Fiske, S. T., Glick, P. (2007). The BIAS map: behaviors from intergroup affect and stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4):631–48.
- Dunion, L., & Gordon, L. (2005). Tackling the attitude problem. The achievements to date of Scotland's 'see me' anti-stigma campaign. *Ment Health Today*, 22–25.

- Essler, V., Arthur, A., & Stickley, T. (2006). Using a school-based intervention to challenge stigmatizing attitudes and promote mental health in teenagers *Journal of Mental Health*, 15(2), 243–250.
- Esters, I. G., Cooker, P. G., & Ittenbach, R. F. (1998). Effects of a unit of instruction in mental health on rural adolescents' conceptions of mental illness and attitudes about seeking help. *Adolescence*, 33(130), 469–476.
- Finkelstein, J., & Lapshin, O. (2007). Reducing depression stigma using a web-based program. *Int J Med Inform*, 76(10), 726–734.
- Finkelstein, J., Lapshin, O., & Wasserman, E. (2008). Randomized study of different anti-stigma media. *Patient Educ Couns*, 71(2), 204–214.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press.
- Franze, M., Meierjürgen, R., Abeling, I., Rottländer, M., Gerdon, R., & Paulus, P. (2007). „MindMatters“ Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen der Sekundarstufe 1 - deutschsprachige Adaptation und Ergebnisse des Modellversuchs. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(4), 221–227.
- Gaebel, W., & Baumann, A. E. (2003). Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the open the doors program in Germany. *Can J Psychiatry*, 48(10), 657–662.
- Gaebel, W., Zäske, H., Baumann, A. E., Klosterkotter, J., Maier, W., Decker, P., et al. (2008). Evaluation of the German WPA "program against stigma and discrimination because of schizophrenia-Open the Doors": results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophr Res*, 98(1–3), 184–193.
- Gee, A., Khalaf, A., & McGarty, C. (2007). Using group-based interaction to change stereotypes about people with mental disorders *Australian Psychologist*, 42(2), 98–105.
- Godschalx, S. M. (1984). Effect of a mental health educational program upon police officers. *Res Nurs Health*, 7(2), 111–117.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity* : Prentice-Hall.
- Gonzalez, J. M., Tinsley, H. E. A., & Kreuder, K. R. (2002). Effects of psychoeducational interventions on opinions of mental illness, attitudes toward help seeking, and expectations about psychotherapy in college students. *Journal of College Student Development*, 43(1), 51–63.
- Gould, M., Greenberg, N., & Hetherington, J. (2007). Stigma and the military: evaluation of a PTSD psychoeducational program. *J Trauma Stress*, 20(4), 505–515.
- Grausgruber, A., Schony, W., Grausgruber-Berner, R., Koren, G., Apor, B. F., Wancata, J., et al. (2009). "Schizophrenia has many faces" - evaluation of the Austrian Anti-Stigma-Campaign 2000–2002. *Psychiatr Prax*, 36(7), 327–333.
- Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 185, 342–349.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., et al. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*, 35(4), 821–835.
- Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*, 36(9), 1225–1233.
- Hegerl, U., Althaus, D., & Stefanek, J. (2003). Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry*, 36(6), 288–291.

- Heijnders, M., & Van der Meij, S. (2006). The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychology, Health & Medicine*, Volume 11(3), 2006, 353 – 363.
- Henderson, C., & Thornicroft, G. (2009). Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *Lancet*, 373(9679), 1928–1930.
- Hickie, I. (2004). Can we reduce the burden of depression? The Australian experience with beyondblue: the national depression initiative. *Australas Psychiatry*, 12 Suppl, S38–46.
- Holmes, E.P., Corrigan, P.W., & Williams, P.; Canar, J., & Kubiak, M.A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 447–456.
- Janus, S. S., Bess, B. E., Cadden, J. J., & Greenwald, H. (1980). Training police officers to distinguish mental illness. *Am J Psychiatry*, 137(2), 228–229.
- Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy. *British Journal of Psychiatry*, 177, 196–401.
- Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2006). Changes in depression awareness and attitudes in Australia: the impact of beyondblue: the national depression initiative. *Aust N Z J Psychiatry*, 40(1), 42–46.
- Jost, J.T., & Banaji, M.R. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology*, 33, 1–27.
- Kadri, N., & Sartorius, N. (2005). The global fight against the stigma of schizophrenia. *PLoS Med*, 2(7), e136.
- Kaduszkiewicz, H., Röntgen, I., Mossakowski, K., & van den Bussche, H. (2009). Tabu und Stigma in der Versorgung von Patienten mit Demenz. Kann ein Fortbildungsangebot für Hausärzte und ambulante Pflegedienste zur Destigmatisierung beitragen? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(2), 155–162.
- Kerby, J., Calton, T., DiMambro, B., Flood, C., & Glazebrook, C. (2008). Anti-stigma films and medical students' attitudes towards mental illness and psychiatry: Randomised controlled trial. [Journal; Peer Reviewed Journal]. *Psychiatric Bulletin*, 32(9), 345–349.
- Kim, M. K., Kim, I. K., Kim, B. C., Cho, K. H., Kim, S. J., & Moon, J. D. (2003). Positive trends of public attitudes toward epilepsy after public education campaign among rural Korean residents. *J Korean Med Sci*, 18(2), 248–254.
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2, 10.
- Kroll, B. (1998). Mit Soteria auf Reformkurs – Ein Alternativprojekt bewegt die Akutpsychiatrie. Jakob von Hoddis.
- Lamb, J. (2009). Creating change: using the arts to help stop the stigma of mental illness and foster social integration. *J Holist Nurs*, 27(1), 57–65.
- Lapshin, O., Wasserman, E., & Finkelstein, J. (2006). Computer intervention to decrease level of psychiatric stigma among medical students. *AMIA Annu Symp Proc*, 998.
- Lauria-Horner, B. A., Kutcher, S., & Brooks, S. J. (2004). The feasibility of a mental health curriculum in elementary school. *Can J Psychiatry*, 49(3), 208–211.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Struening, E., Shrout, P.E., & Dohrenwend, B.P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400–423.
- Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Steuve, A., & Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, Vol. 89(9), 1328–1999.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., Collins, P. Y. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511–541.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy:

- Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory*, 16(2), 149–165.
- MacInnes, D. L., & Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 15(1), 59–65.
- Mann, C. E., & Himelein, M. J. (2008). Putting the person back into psychopathology: an intervention to reduce mental illness stigma in the classroom. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43(7), 545–551.
- Mayer, A., & Barry, D. D. (1992). Working with the media to destigmatize mental illness. *Hosp Community Psychiatry*, 43(1), 77–78.
- McAllister, M. (2008). Looking below the surface: developing critical literacy skills to reduce the stigma of mental disorders. *J Nurs Educ*, 47(9), 426–430.
- Mehta, N., Kassam, A., Leese, M., Butler, G., & Thornicroft, G. (2009). Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994–2003. *Br J Psychiatry*, 194(3), 278–284.
- Meise, U., Sulzenbacher, H., & Hinterhuber, H. (2001). Attempts to overcome the stigma of schizophrenia. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 69 Suppl 2, S75–80.
- Meise, U., Sulzenbacher, H., Kemmler, G., Schmid, R., Rossler, W., & Gunther, V. (2000). "...not dangerous, but nevertheless frightening". A program against stigmatization of schizophrenia in schools. *Psychiatr Prax*, 27(7), 340–346.
- Mino, Y., Yasuda, N., Tsuda, T., & Shimodera, S. (2001). Effects of a one-hour educational program on medical students' attitudes to mental illness. *Psychiatry Clin Neurosci*, 55(5), 501–507.
- Morrison, J. K., Becker, R. E., & Bourgeois, C. A. (1979). Decreasing Adolescents Fear of Mental-Patients by Means of Demythologizing. *Psychological Reports*, 44(3), 855–859.
- Nelson, G. D., & Barbaro, M. B. (1985). Fighting the stigma: a unique approach to marketing mental health. *J Ment Health Adm*, 12(1), 17–22.
- Ng, P., & Chan, K. F. (2002). Attitudes towards people with mental illness. Effects of a training program for secondary school students. *Int J Adolesc Med Health*, 14(3), 215–224.
- O'Kearney, R., Gibson, M., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2006). Effects of a cognitive-behavioural internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: a school-based controlled trial. *Cogn Behav Ther*, 35(1), 43–54.
- Orr, A., & Denton, A. (2009). SANE StigmaWatch 2009 Portrayal of mental illness and suicide in the Australian media 2008–2009. Online in Internet: http://www.sane.org/images/stories/stigmawatch/reports/0909_stig_swreport09.pdf (Stand 07.12.2009)
- Palpant, R. G., Steimnitz, R., Bornemann, T. H., & Hawkins, K. (2006). The Carter Center Mental Health Program: addressing the public health crisis in the field of mental health through policy change and stigma reduction. *Prev Chronic Dis*, 3(2), A62.
- Paluck, E.L., & Green, D.P. (2009). Prejudice Reduction: what works? A review and assessment of research and practice. *Annual Review of Psychology*, 60, 339–367.
- Paykel, E. S., Hart, D., & Priest, R. G. (1998). Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry*, 173, 519–522.
- Penn, D. L., Chamberlin, C., & Mueser, K. T. (2003). The effects of a documentary film about schizophrenia on psychiatric stigma. *Schizophr Bull*, 29(2), 383–391.
- Petchers, M. K., Biegel, D. E., & Drescher, R. (1988). A video-based program to educate high school students about serious mental illness. *Hosp Community Psychiatry*, 39(10), 1102–1103.
- Peterson, D., Pere, L., Sheehan, N., & Surgenor, G. (2007). Experiences of mental health discrimination in New Zealand. *Health Soc Care Community*, 15(1), 18–25.

- Pettigrew, & Tropp, (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, Volume 90(5), 751–783.
- Phelan, J.C., Link, B.G., Stueve, A., & Pescosolido, B.A. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 41(2), 188–207.
- Pilgrim, D., & Rogers, A. E. (2005). Psychiatrists as social engineers: a study of an anti-stigma campaign. *Soc Sci Med*, 61(12), 2546–2556.
- Pinfold, V. How Can We Make Mental Health Education Work? : Online in Internet: www.mentalhealthshop.org/document.rm?id=132 (Stand 07.12.2009)
- Pinfold, V., Huxley, P., Thornicroft, G., Farmer, P., Toulmin, H., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination--evaluating an educational intervention with the police force in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38(6), 337–344.
- Pinfold, V., Stuart, H., Thornicroft, G., & Arboleda-Flórez, J. (2005). Working with young people: the impact of mental health awareness programs in schools in the UK and Canada. *World psychiatry* 4(S1), 48–52.
- Pinfold, V., Byrne, P. & Toulmin, H. (2005). Challenging Stigma and Discrimination in Communities: A Focus Group Study Identifying UK Mental Health Service Users' Main Campaign Priorities. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(2), 128–138.
- Pinfold, V., Thornicroft, G., Huxley, P., & Farmer, P. (2005). Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *Int Rev Psychiatry*, 17(2), 123–131.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry*, 182, 342–346.
- Pitre, N., Stewart, S., Adams, S., Bedard, T., & Landry, S. (2007). The use of puppets with elementary school children in reducing stigmatizing attitudes towards mental illness *Journal of Mental Health*, 16(3).
- Psychiatrists, R. C. o. (2003). Stigmatisation of people with mental illness. Report of the research carried out in July 1998 and July 2003 by the Office for National Statistics (ONS) on behalf of the Royal College of Psychiatrists' Changing Minds Campaign. Online in Internet: http://www.rcpsych.ac.uk/PDF/report_9803.pdf (Stand 07.12.2009)
- Quinn, N., & Knifton, L. (2005). Promoting Recovery and Addressing Stigma: Mental Health Awareness through Community Development in a Low-Income Area *The International Journal of Mental Health Promotion*, 7(4), 37–44.
- Rahman, A., Mubbashar, M. H., Gater, R., & Goldberg, D. (1998). Randomised trial of impact of school mental-health programme in rural Rawalpindi, Pakistan. *Lancet*, 352(9133), 1022–1025.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L. & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatr Scand*, 114, 303 – 318.
- Regier, D. A., Hirschfeld, R. M., Goodwin, F. K., Burke, J. D., Jr., Lazar, J. B., & Judd, L. L. (1988). The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: structure, aims, and scientific basis. *Am J Psychiatry*, 145(11), 1351–1357.
- Reis, R., & Meinardi, H. (2002). ILAE/WHO "Out of the Shadows Campaign" Stigma: does the flag identify the cargo? *Epilepsy Behav*, 3(6S2), 33–37.
- Rickwood, D., Cavanagh, S., Curtis, L., & Sakrouge, R. (2004). Educating Young People about Mental Health and Mental Illness: Evaluating a School-Based Programme *The International Journal of Mental Health Promotion*, 6(4), 23–32.
- Ritterfeld, U., & Jin, S. A. (2006). Addressing media stigma for people experiencing mental illness using an entertainment-education strategy. *J Health Psychol*, 11(2), 247–267.

- Romer, D., & Bock, M. (2008). Reducing the stigma of mental illness among adolescents and young adults: the effects of treatment information. *J Health Commun*, 13(8), 742–758.
- Rusch, L. C., Kanter, J. W., Angelone, A. F., & Ridley, R. C. (2008). The Impact of In Our Own Voice on Stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11, 373–389.
- Sartorius, N., & Schulze, H. (2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association*: Cambridge University Press.
- Schachter, H.M. et al. (2008). Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: a systematic review. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2 (18).
- Schmetzer, A. D., Lafuze, J. E., & Jack, M. E. (2008). Overcoming stigma: involving families in medical student and psychiatric residency education. *Acad Psychiatry*, 32(2), 127–131.
- Schulze, B., Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56, 299–312.
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 107(2), 142–150.
- Shera, W., & Delva-Tauillili, J. (1996). Changing MSW students' attitudes towards the severely mentally ill. *Community Ment Health J*, 32(2), 159–169.
- Sherif, M. (1966) *In common predicament: Social psychology of intergroup conflict and cooperation*, Boston: Houghton-Mifflin
- Shor, R., & Sykes, I. J. (2002). Introducing structured dialogue with people with mental illness into the training of social work students. *Psychiatr Rehabil J*, 26(1), 63–69.
- Sidanius, J., & Pratto, F. (2001). *Social Dominance: An Intergroup Theory of Social Hierarchy and Oppression*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Soygur, H., Ücök, A., & Akbiyik, D. I. (2007). Antistigma Efforts in Turkey: The Turkish Program Against Stigmatization and Discrimination Because of Schizophrenia as a Part of the World Psychiatric Association Global Program. *International Journal of Mental Health* 36(3), 58–65.
- Spagnolo, A. B., Murphy, A. A., & Librera, L. A. (2008). Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness. *Psychiatr Rehabil J*, 31(3), 186–193.
- Stengler-Wenzke, K., Beck, M., Holzinger, A., Angermeyer, M. C. (2004). Stigmatisierungserfahrungen von Patienten mit Zwangserkrankungen. *Fortschr Neurol Psychiat*, 72, 7–13.
- Stephan, W.G., & Stephan, C.W. (2000). An integrated threat theory of prejudice. In Oskamp, S. (Ed.), *Reducing Prejudice and Discrimination* (23–45). Mahwah, Lawrence Erlbaum.
- Stephan, W.G., & Renfro, C. L. (2002) The role of threat in intergroup relations. In D.M. Mackie & E.R. Smith (Eds.), *From prejudice to intergroup relations*. (pp. 191–207). New York: Psychology Press.
- Stuart, H. (2003). Stigma and the daily news: evaluation of a newspaper intervention. *Can J Psychiatry*, 48(10), 651–656.
- Stuart, H. (2006). Reaching out to high school youth: the effectiveness of a video-based antistigma program. *Can J Psychiatry*, 51(10), 647–653.
- Stuhlmiller, C. M. (2003). Breaking down the stigma of mental illness through an adventure camp: A collaborative education initiative *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 2(2).

- Swartz, K. L., Kastelic, E. A., Hess, S. G., Cox, T. S., Gonzales, L. C., Mink, S. P., et al. (2007). The Effectiveness of a School-Based Adolescent Depression Education Program. *Health Educ Behav*.
- Tajfel, H. and Turner, J. C. (1986). The social identity theory of inter-group behavior. In S. Worchel and L. W. Austin (eds.), *Psychology of Intergroup Relations*. Chigago: Nelson-Hall.
- Tanaka, G., Ogawa, T., Inadomi, H., Kikuchi, Y., & Ohta, Y. (2003). Effects of an educational program on public attitudes towards mental illness. *Psychiatry Clin Neurosci*, 57(6), 595–602.
- Tedrus, G. M., Fonseca, L. C., & Vieira, A. L. (2007). Knowledge and attitudes toward epilepsy amongst students in the health area: intervention aimed at enlightenment. *Arq Neuropsiquiatr*, 65(4B), 1181–1185.
- Thomas, E., & Morgan, G. (2006). Tackling stigma in schools. *Ment Health Today*, 30–32.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N. Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373(9661), 408–15.
- Thornton, J. A., & Wahl, O.F. (1996). Impact of a newspaper article on attitudes toward mental illness. *Journal of Community Psychology*, Vol. 24, 1, 17–25.
- Tolomiczenko, G. S., Goering, P. N., & Durbin, J. F. (2001). Educating the public about mental illness and homelessness: A cautionary note. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 46(3), 253–257.
- Twardzicki, M. (2008). Challenging stigma around mental illness and promoting social inclusion using the performing arts. *J R Soc Promot Health*, 128(2), 68–72.
- Üçok, A., Soygur, H., Atakli, C., Kuscu, K., Sartorius, N., Duman, Z. C., et al. (2006). The impact of antistigma education on the attitudes of general practitioners regarding schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 60(4), 439–443.
- Vanneman, R. D. and Pettigrew, T. (1972) Race and relative deprivation in the urban United States, *Race* 13, 461–486.
- Van't Veer, J.T.B., Kraan, H.F., Drossaert, C.H.C., Modde, J.M. (2006). Determinants that shape public attitudes towards the mentally ill: a Dutch public study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41, 310–317.
- Vaughan, G., & Hansen, C. (2004). 'Like Minds, Like Mine': a New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness. *Australas Psychiatry*, 12(2), 113–117.
- Wagner, U., Christ, O., & van Dick, R. (2002). Die empirische Evaluation von Präventionsprogrammen gegen Fremdenfeindlichkeit. *Journal für Konflikt – und Gewaltforschung*, 4(1), 101–117.
- Wagner, U. & Farhan, T. (2008). Programme zur Prävention und Veränderung von Vorurteilen gegenüber Minderheiten. IN: I.-E.Petersen & B.Six (Hrsg.) *Stereotype Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorien, Befunde und Interventionen* (S.125–142). Weinheim: Beltz Verlag.
- Wahl, O.F. (2003). *Media madness: Public images of mental illness*. New Brunswick, Rutgers University Press (Original work published 1995).
- Warner, R. (2005). Local projects of the world psychiatric association programme to reduce stigma and discrimination. *Psychiatr Serv*, 56(5), 570–575.
- Warner, R. (2008). Implementing local projects to reduce the stigma of mental illness. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 17(1), 20–25.
- Watson, A. C., Otey, E., Westbrook, A. L., Gardner, A. L., Lamb, T. A., Corrigan, P. W., et al. (2004). Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophr Bull*, 30(3), 563–572.
- Way, B. B., Stone, B., Schwager, M., Wagoner, D., & Bassman, R. (2002). Effectiveness of the New York State Office of Mental Health Core Curriculum: direct care staff training. *Psychiatr Rehabil J*, 25(4), 398–402.

- Weiner, B. (1993). On sin versus sickness: A theory of perceived responsibility and social motivation. *American Psychologist*, 48, 957–965.
- Winkler, I., Richter-Werling, M., & Angermeyer, M. C. (2006). Strategies against the stigmatisation of mentally ill subjects and their practical realisation in the example of *Irrsinnig Menschlich e. V.*. *Gesundheitswesen*, 68(11), 708–713.
- Winkler, I., Zink, A., Schomerus, G., Richter-Werling, M., Angermeyer, M. C., & Riedel-Heller, S. (2008). The film festival "Ausnahme|Zustand" ("State of Emergency") - a strategy against stigmatization of the mentally ill?. *Psychiatr Prax*, 35(1), 33–39.
- Wood, A. L., & Wahl, O. F. (2006). Evaluating the effectiveness of a consumer-provided mental health recovery education presentation. *Psychiatr Rehabil J*, 30(1), 46–53.
- Wright, A., McGorry, P. D., Harris, M. G., Jorm, A. F., & Pennell, K. (2006). Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign - The Compass Strategy. *BMC Public Health*, 6, 215.
- Wundsam, K. (2004). *Anti-Stigma Projekte in der Psychiatrie*
- Wundsam, K., Pitschel-Walz, G., Leucht, S., & Kissling, W. (2007). Psychiatric patients and relatives instruct German police officers - an anti-stigma project of "BASTA - the alliance for mentally ill people". *Psychiatr Prax*, 34(4), 181–187.
- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L., & Carson, S. (2000). *MindMatters*, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry*, 34(4), 594–601.
- Zäske, H., Baumann, A., Gaebel, W. (2009). Discrimination experiences and stigma outcomes of in-patients with schizophrenia. Poster P-03–312, XIV World Congress of Psychiatry, 20–25 September 2009, Prag.