



Arbeitspapier Entstigmatisierung

Grundlagen für eine nationale Kampagne zur Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten und von Menschen mit Störungen der psychischen Gesundheit

Erarbeitet von der Fachgruppe Mental Health / Arbeitsgruppe „Entstigmatisierung“

Leitung: Frau Heloisa Martino, Frau Franziska Rabenschlag

AutorInnen:

Heloisa Martino: Politische Sekretärin, SBAP. Schw. Berufsverband für Angewandte Psychologie

Franziska Rabenschlag: Pflegewissenschaftlerin, Bereich Bildung, Beratung, Forschung; Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Ursula Koch (bis 2009): ehem. Leiterin Programm Psychische Gesundheit beim Gesundheitsamt Kt. ZG

Yvette Attinger-Andreoli (bis 2009): ehem. Vorstandsmitglied FMPP Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen ÄrztInnen der Schweiz

Konrad Michel (ab 2009): Oberarzt, Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie

Jürg Gassmann (bis 2010): ehem. Zentralsekretär „Pro Mente Sana“

Susanne Berger (2009 bis 2011): Geschäftsführerin Schw. Verband „Die Dargebotene Hand“

Michèle Bowley (seit 2009): Leiterin Programm Psychische Gesundheit beim Gesundheitsamt Kt. ZG

Gaby Rudolf (seit 2010): Psychosoziale Beratung „Pro Mente Sana“



Inhaltsverzeichnis

1.	EINLEITUNG	3
2.	ZIELE DER ARBEITSGRUPPE „STIGMATISIERUNG“ DER FACHGRUPPE MENTAL HEALTH (PHS)	3
3.	DEFINITIONEN	3
4.	AUSMASS PSYCHISCHER STÖRUNGEN WELTWEIT UND IN DER SCHWEIZ	4
5.	STIGMATISIERUNG BEI PSYCHISCHEN STÖRUNGEN	5
5.1	STIGMATISIERUNG UND IHRE FOLGEN.....	5
5.2	STIGMATISIERUNG DURCH FACHLEUTE.....	6
5.3	AUSGEWÄHLTE DETERMINANTEN DER STIGMATISIERUNG: WISSEN UND MEDIEN.....	6
	<i>Wissen über psychische Störungen</i>	6
	<i>Die Medien und Stigmatisierung</i>	7
6.	HANDLUNGSBEDARF FÜR EINE ENTSTIGMATISIERUNGSKAMPAGNE	8
6.1	DIE KOSTEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN.....	10
6.2	DIE KOSTEN FÜR DIE WIRTSCHAFT.....	10
6.3	DIE KOSTEN FÜR DIE INVALIDENVERSICHERUNG (IV).....	11
6.4	ZUSAMMENFASSUNG: STIGMATISIERUNG UND IHRE FOLGEN.....	12
7.	AUSGEWÄHLTE BEISPIELE VON ENTSTIGMATISIERUNGSKAMPAGNEN	13
7.1	NATIONALE „SEE ME“-KAMPAGNE, SCHOTTLAND.....	13
7.2	BASLER KAMPAGNE „HALLO-ICH-BIN-EIN-MENSCH“.....	15
7.3	DER AKTIONSMONAT 2008 UND 2010 IN ZUG.....	16
7.4	KAMPAGNE IN FRANKREICH.....	17
7.5	„IRRE MENSCHLICH E.V.“ AUS DEUTSCHLAND.....	18
8.	MACHBARKEIT UND EMPFEHLUNGEN FÜR DIE UMSETZUNG EINER ENTSIGMATISIERUNGS-KAMPAGNE IN DER SCHWEIZ	20
8.1	SCHWIERIGKEITEN BEI DER UMSETZUNG.....	20
8.2	VORAUSSETZUNGEN ZUR DURCHFÜHRUNG EINER KAMPAGNE.....	21
8.3	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE DURCHFÜHRUNG EINER ANTI-STIGMA-KAMPAGNE.....	21
	<i>Hauptbotschaften einer Entstigmatisierungs-Kampagne</i>	21
	<i>Zielgruppen einer Anti-Stigma-Kampagne</i>	21
	<i>Weitere Empfehlungen</i>	22
8.4	FINANZIERUNG.....	23
8.5	DAS PRÄVENTIONSGESETZ ALS CHANCE: SCHLUSSFOLGERUNG.....	23
9.	LITERATURANGABEN	25
10.	ANHANG: ERLÄUTERUNGEN ZU PSYCHISCHE STÖRUNGEN UND STIGMATISIERUNG	29



1. Einleitung

Die Arbeitsgruppe (AG) „Stigmatisierung von psychischer Krankheit und von psychisch erkrankten Menschen“ befasste sich mit der Problematik der Stigmatisierung psychischer Krankheiten. Sie erarbeitete vorliegende Grundlagen mit dem übergeordneten Ziel, eine Basis für ein nationales Entstigmatisierungs – Projekt zu erarbeiten und zur Verfügung zu stellen. Die Arbeitsgruppe wählte den im Folgenden verwendeten Begriff „Kampagne“ und meint damit die koordinierte Involvierung verschiedener Settings, Interessengruppen und Medien.

2. Ziele der Arbeitsgruppe „Stigmatisierung“ der Fachgruppe Mental Health (PHS)

Die Ziele der AG waren, das Ausmass der Problematik der Stigmatisierung psychischer Krankheit in der Schweiz aufzuzeigen, ausgewählte Projekte oder Kampagnen aus der Schweiz und international zu präsentieren und anhand dieser Beispiele und weiteren Recherchen Empfehlungen für eine Schweizer Kampagne zur Entstigmatisierung zu erarbeiten. Im vorliegenden Papier werden die von den AG-Mitgliedern gemeinsam erarbeiteten Grundlagen sowie Ergebnisse aus den Diskussionen in der Arbeitsgruppe vorgelegt.

3. Definitionen

Im vorliegenden Papier verwendet die AG den Begriff „Störungen“ sowohl für Krankheiten als auch für Störungen. Unter psychischen Störungen versteht die AG die in den international geltenden diagnostischen Klassifikationssystemen als solche bezeichneten Erkrankungen, wie das „*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*“ der WHO in seiner 10. Ausgabe (Dilling et al., 1999) oder das „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*“ („DSM-IV-TR“) der *American Psychiatric Association* APA; zurzeit wird die vierte, überarbeitete Ausgabe dieses Manuals (American Psychiatric Association, 2000)¹ verwendet.

Die Arbeitsgruppe definiert Stigmatisierung folgendermassen:

Ein körperliches, psychisches, soziales oder verhaltensbezogenes Merkmal einer Person, das ihr von anderen zugeschrieben wird und das die Person in Folge von anderen unterscheidet, herabsetzt oder ausgrenzt sowie der Person weitere (Verhaltens-) Regeln zuschreibt.

Die gewählte Definition bezieht sich allgemein auf Stigmatisierung und nicht explizit auf die Stigmatisierung von psychischen Störungen. Die Definition umfasst zentrale Aspekte der Stigmatisierung wie das Prozesshafte, das Zuschreiben von Merkmalen durch andere und die Erwartung von bestimmtem Verhalten sowie die damit einhergehende Unterscheidung, Ausgrenzung und Herabsetzung, nämlich in eine für die betroffene Person negative Richtung. Unsere Stigmatisierungs-Definition basiert auf den theoretischen und empirischen Arbeiten diverser Autorinnen und Autoren (vgl. Goffman, 1975, 1997; Zurbriggen, 2003; Angermeyer, 1997). Vorteil dieser Definition ist, dass sich diese gut in andere Landessprachen übersetzen lässt.

¹ Siehe Anhang: Definition „psychische Störung“



4. Ausmass psychischer Störungen weltweit und in der Schweiz

Laut dem Nationalen Gesundheitsbericht 2008 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums OBSAN (Meyer 2009) beträgt die Lebenszeitprävalenz² für eine diagnostizierbare psychische Störung in diversen Ländern, je nach Untersuchung, zwischen 32 und 48% (z. B. Brasilien 36%, Kanada 37%, Deutschland 43%). Das „National Institute of Mental Health NIMH“ schätzt die Jahresprävalenz bei der erwachsenen amerikanischen Bevölkerung auf ca. 26% (Kessler et al., 2005). In Deutschland lag die Jahres-Prävalenz für eine oder mehrere psychische Störungen im Jahre 1998 bei ca. 32% der erwachsenen Bevölkerung (Wittchen & Jacobi, 2001).

Für die Schweiz liegen die Kennzahlen ähnlich hoch: Gemäss OBSAN beträgt die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen bei 48% - wobei auch leichtere Störungen in der Studie mitgezählt werden (Schweiz. Gesundheitsobservatorium, 2008). In der epidemiologischen Studie von Ajdacic und Graf aus dem Jahre 2003 wird eine Jahresprävalenz in der Schweiz für psychische Störungen von ca. 10% angegeben; ca. 1% der Bevölkerung hierzulande erkrankt jährlich neu daran (Ajdacic & Graf, 2003). Besonders häufig sind affektive Störungen, Angststörungen und Substanzabhängigkeiten (Ajdacic & Graf, 2003; Schweiz. Gesundheitsobservatorium, 2008). Ajdacic und Graf (2003, S.33) fassen in ihrem Bericht die Bedeutung dieser Zahlen für die Alltagsrealität vieler SchweizerInnen zusammen:

«Die praktischen Konsequenzen aus diesen Zahlen lassen sich leicht ableiten, aber, wie die Erfahrung zeigt, nur sehr schwer fassbar machen:

- jedeR zweite SchweizerIn wird im Laufe seines/ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung erkranken;
- nahezu jedeR SchweizerIn wird in der Familie, in der Verwandtschaft, im Arbeits- wie im Freizeitumfeld mehrfach unmittelbare Erfahrungen mit psychischen Störungen machen, sei es als direkt oder als indirekt Betroffener;
- die Summe dieser Erfahrungen nimmt aufgrund des häufig chronischen Charakters psychischer Störungen mit dem Alter stetig zu.»

Ähnlich wie in anderen europäischen Ländern leiden etwa 5% bis 20% der jugendlichen Bevölkerung unter psychischen Problemen. Kinder und Jugendliche im Schulalter, so eine Langzeit-Kohorten-Studie (Angst, J. et al., 2005), die zwischen 1979 und 1999 im Raum Zürich durchgeführt wurde, wiesen eine Prävalenz von 22.5% für psychische Störungen auf.

Ebenso sehr hoch ist die Komorbiditätsrate bei den Betroffenen einer psychischen Störung: etwa 50%-60% unter ihnen leidet an mehr als einer psychischen Störung zugleich (Margraf 2009). Komorbidität ist oft verbunden mit einer schlechteren Prognose, erhöhtem Behandlungsbedarf und höherem Beeinträchtigungsgrad (Ajdacic und Graf, 2003).

Die bisherige Suizidforschung zeigt, dass bei ca. 90% der Suizide eine diagnostizierbare psychische Störung im Vorfeld festzustellen war (z. B. Beautrais, 2000; Blumenthal & Kupfer, 1990), häufig litten SuizidentInnen unter einer affektiven Störung (Meyer, 2009). Die Zahlen zu Suizidversuchen und Suiziden sind für die Schweiz seit Jahrzehnten überdurchschnittlich hoch. Im Jahre 2007 betrug die Suizidrate (Rohe Rate) in der Schweiz 18.1 (BFS³, 2007), im 2008 betrug diese 17.2 (BFS, 2008). In den Jahren 2000–04 starben 10% der männlichen Suizidopfer vor dem 26. Lebensjahr: Suizid ist die Haupttodesursache bei den 25–44-jährigen Männern und bei den 15–24-jährigen Frauen in der Schweiz (BFS, 2008).

² Prävalenz: Unter der Prävalenz einer bestimmten Erkrankung versteht man die *Anzahl der erkrankten Individuen* in der betrachteten Population. Lebenszeitprävalenz: Prävalenz im Laufe einer üblichen Lebensspanne.

³ BFS: Bundesamt für Statistik



Insgesamt machen psychische Störungen weltweit einen erheblichen Teil der Krankheitslast („burden of disease“) aus, wobei dieser Anteil im Wachsen begriffen zu sein scheint: für 2020 wird geschätzt, dass psychische Störungen für 15% des gesamten Verlustes an gesunden bzw. behinderungsfreien Lebensjahren (DALY's)⁴ verantwortlich sein werden; 1990 waren dies 10% (Murray & Lopez, 1996).

5. Stigmatisierung bei psychischen Störungen

5.1 Stigmatisierung und ihre Folgen

Trotz der hohen Prävalenz- und Inzidenzzahlen kennt bzw. erkennt die Gesellschaft psychische Störungen kaum. Sie benennt oder begründet sie meist mit Stress (Angermeyer & Dietrich, 2006). Eine Mehrheit in der Bevölkerung weltweit empfindet psychisch erkrankte Menschen als gefährlich, gewalttätig und unberechenbar (Lauber & Sartorius, 2007); oft wird ihnen mit Angst begegnet oder/und mit tendenzieller sozialer Distanz⁵ zu Betroffenen reagiert, wobei diese Distanzierungstendenz im Falle von Schizophrenie, Alkoholismus und Drogenabhängigkeit grösser ist als bei Depression und Angststörungen (Angermeyer & Dietrich, 2006). Bei Fachpersonen sowie der Allgemeinbevölkerung gleichermassen ist die soziale Distanz am höchsten zu Personen, die an Schizophrenie leiden (Nordt et al., 2006). Die meisten Studien zu dieser Thematik wurden jedoch mit an Schizophrenie erkrankten Menschen durchgeführt und stammen zum grössten Teil aus dem deutschsprachigen Raum (Lauber & Rössler, 2007c).

Auf sozialpolitischer Ebene drückt sich die Stigmatisierung u. a. in Einschränkungen der Bürgerrechte der Betroffenen aus, wie z. B. im Verlust des Stimmrechts bei Vormundschaft. Auch Ungleichheiten bei der Krankenversicherung, Diskriminierung im Wohnungswesen und im Arbeitsmarkt (Lauber & Sartorius, 2007) stellen Formen der sozialen Stigmatisierung dar. In einer Umfrage zeigte eine Mehrheit der Schweizer Bevölkerung Zustimmung gegenüber bestimmten solcher Restriktionen, wie z. B. Fahrausweisentzug, Einschränkungen beim Stimm- und Wahlrecht und der Zustimmung zur Abtreibung bei psychisch kranken Frauen (Lauber & Rössler, 2007). Ähnliches stellten Nordt, Rössler und Lauber (2006) auch bezüglich notwendiger Zwangseinweisung fest – wobei auch Fachpersonen diese befürworteten, wenn auch in schwächerem Ausmass als Nicht-Professionelle. Die Zustimmung zur Zwangsunterbringung ist in der Schweizer Allgemeinbevölkerung deutlich höher als bei Professionellen (Lauber & Rössler, 2007c). Die Akzeptanz von psychischer Krankheit in der Allgemeinbevölkerung steigt jedoch mit grösserer Familiarität mit der Krankheit (Angermeyer & Dietrich, 2006; Baumann, 2007).

Auf individueller Ebene schränkt Stigmatisierung die Lebensziele von Betroffenen ein und resultiert in einem deutlich verringerten Selbstwertgefühl (Corrigan & Wassel, 2008; Link et al, 2001). Stigmatisierung von psychischer Krankheit führt zu einer Unterschätzung, falschen Diagnostizierung und/oder zu einer Unterbehandlung der psychischen Krankheit (Baumann, 2007). Die Stigmatisierung erschwert das rechtzeitige Aufsuchen professioneller Hilfe, was zur Chronifizierung und Verschärfung der Krankheit führen kann. Es besteht z. B. die Gefahr des Leistungsabfalls bis hin zur Arbeitsunfähigkeit und zum Arbeitsplatzverlust, die nicht nur Folge der Krankheit, sondern auch aus der erlebten Stigmatisierung heraus entsteht. Es ist anzunehmen, dass die erschwerte Inanspruchnahme von psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Diensten durch Betroffene eines der Gründe für die niedrigen Versorgungsraten ist, die in etlichen Untersuchungen festgestellt werden. In Deutschland beispielsweise beträgt der Anteil von Betroffenen, die eine nach wissenschaftlichen Kriterien als adäquat zu bezeichnende Behandlung erhalten, konservativ geschätzt rund 10% (Wittchen und Jacobi, 2001).

⁴ DALYs: *Disability Adjusted Life Years*.

⁵ Siehe Glossar im Anhang: Definition „Soziale Distanz“.



Ferner neigen Betroffene oft zu Selbststigmatisierung: Sie verinnerlichen die negative Einstellung von anderen und werten sich in der Folge selbst ab (Schomerus, 2009). So zeigte eine Studie aus den USA, dass Schizophreniekranken im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, zu Angehörigen und zu Fachleuten die negativste Einstellung zur Krankheit hatten (Van Dorn, Swanson, Elbogen & Swarz, 2005).

Nebst den genannten Beeinträchtigungen der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit und den damit einhergehenden bzw. den sich daraus ergebenden sozialen Problemen, kann eine fehl- oder unbehandelte psychische Krankheit auch tödlich enden: Obwohl psychische Krankheiten an sich in der Regel nicht zum Tode führen⁶, stehen sie oft in engem Zusammenhang mit Suizidalität.

5.2 Stigmatisierung durch Fachleute

Professionelle in der Psychiatrie sind nicht vor der Stigmatisierung von psychischer Krankheit gefeit. Studien deuten darauf hin, dass bessere Kenntnisse über psychische Krankheit mit einer grösseren sozialen Distanz zu Betroffenen einhergehen (Lauber, Nordt & Rössler; 2005) oder diese Distanz zumindest nicht verringern (Nordt, Rössler & Lauber; 2006). Psychiater und Psychiaterinnen zeigen am meisten negative Stereotypen und den Wunsch nach sozialer Distanz, verglichen mit anderen Fachpersonen wie Psychologen, Sozialarbeitende sowie Pflegenden (Arens, Berger & Lincoln; 2009). Diese Ergebnisse hinsichtlich des Wissens über psychische Störungen stehen in Widerspruch zu anderen, die Unwissen und mangelnde Information allgemein als Ursache von Stigmatisierung nahelegen (Baer, Domingo & Amsler, 2003), sowie eine grössere Familiarität als Strategie gegen Stigmatisierung bezeichnen (Angermeyer & Dietrich, 2006; Baumann, 2007). Dass gerade Fachpersonen, insbesondere Psychiater, offenbar zur Stigmatisierung tendieren, wirft ein schiefes Licht auf Anti-Stigmaprojekte, die von eben diesen initiiert werden. Solche Projekte sind bislang auch kaum systematisch evaluiert worden (Lauber, 2008). Häufig wurde aber kritisiert, dass die Sicht von Betroffenen und Angehörigen kaum miteinbezogen wurde (Schulze, 2007). Kritiker bezweifeln auch, ob diese Projekte wirklich die Betroffenen meinen oder nicht eher die Stigmatisierung der Professionen selber (was ein legitimer Antrieb sein dürfte).

Lauber (2008) fasst zusammen: „Professionelle verfügen über mehr Wissen und setzen sich eher für die Rechte psychisch erkrankter Mitmenschen ein. Ausserhalb des beruflichen Umfelds meiden sie den Kontakt mit ihnen jedoch stärker als die Allgemeinbevölkerung.“ Eine Strategie zur Reduktion der Stigmatisierung durch Fachleute könnte gemäss APA-Präsidentin Dr. med. Carol Bernstein (2010) die Integration von psychiatrischen Institutionen in die Allgemeinversorgung sein: „We have to stop viewing [mental health] as separate from overall health. Collaboration with our colleagues in other medical specialties is key“ (Medscape, 2010).

Im Rahmen des vorliegenden Arbeitspapiers gehen wir auf die Stigmatisierung durch Fachleute nicht näher ein.

5.3 Ausgewählte Determinanten der Stigmatisierung: Wissen und Medien

Für die Erklärung des komplexen sozialpsychologischen Phänomens der Stigmatisierung wurden bislang verschiedene Theorien formuliert. An dieser Stelle gehen wir nur kurz auf zwei empirisch belegte Determinanten der Stigmatisierung ein, die im Hinblick auf Anti-Stigma-Kampagnen relevant sein können:

Wissen über psychische Störungen

Das Wissen über psychische Störungen sowie deren Behandlungsformen kann durch Information erheblich verbessert werden. So beschreiben Sartorius et al. (2010) in ihrer Review, wie bereits ein Erste-Hilfe-Kurs zu psychischen Störungen das Verständnis und die Bereitschaft zu psychiatrischer Behandlung messbar und deutlich verbessert und kritische Einstellungen durch Informationen verbessert werden. Informationen sind gleichermassen für Fachleute als

⁶ Ausnahme sind z. B. Essstörungen, insbesondere die Anorexie, die lebensgefährliche Beeinträchtigung von Körperfunktionen nach sich ziehen, die tatsächlich zum Tode führen können.



auch die allgemeine Bevölkerung wichtig (Sartorius et al., 2010). Arens et al. (2009) fanden in ihrer Untersuchung keine nennenswerten Unterschiede zwischen dem Bild der Öffentlichkeit und demjenigen von angehenden Professionellen (Medizin- und Psychologiestudierenden) gegenüber Schizophrenieerkrankten. Die gelehrten Krankheitsmodelle schienen aber wesentlich zur Bereitschaft von Stigmatisierung beizutragen: Biogenetische Ätiologiemodelle (d. h. Vererbung oder Störung des Gehirns als Ursache) fördern die Annahme, die Betroffenen seien unberechenbar oder gefährlich. Psychosoziale Krankheitsmodelle wiederum sind gekoppelt mit einer geringeren Diskriminierungstendenz (Arens et al., 2009).

Die Medien und Stigmatisierung

Zur Entwicklung und Aufrechterhaltung negativer Einstellungen zu psychisch Erkrankten tragen auch die Medien bei (Sartorius et al., 2010, Steger, 2003, Hoffmann-Richter, 2000). Spielfilme können zu Stereotypen beitragen (Baumann et al., 2003), indem sie zum Beispiel Gewaltverbrechen einer psychisch erkrankten Person zuschreiben – entgegen der wissenschaftlichen Erkenntnis, dass solche Menschen oft Opfer von Gewaltverbrechen sind und nicht häufiger als „normale“ Menschen solche Verbrechen verüben (Lauber & Sartorius, 2007b). Genau so trägt eine ungenaue Darstellung in Tageszeitungen zu keinerlei Krankheitsverständnis bei (Kroll et al. 2003). Umgekehrt nutzen Organisationen Medien für verbesserte Information und ein verbessertes Krankheitsverständnis, wie zum Beispiel die DVD „Recovery“ der Stiftung „Pro Mente Sana“.



6. Handlungsbedarf für eine Entstigmatisierungskampagne

Im Nationalen Gesundheitsbericht 2008 des OBSAN (Schweiz. Gesundheitsobservatorium, 2008) wird die noch „*enorme und tief verwurzelte*“ Stigmatisierung psychisch Erkrankter als ein zentrales Problem im Bereich psychischer Gesundheit dargestellt. Aus Sicht der AutorInnen des OBSAN-Berichtes mangelt es in der Schweiz an einem „*nachhaltigen Vorgehen, das ein Bewusstsein für die zentrale Bedeutung psychischer Gesundheit schafft*“.

Auch international wird die Stigmatisierung als grosses Problem im Bereich der psychischen Gesundheit anerkannt. Vor fünf Jahren, im Januar 2005, fand die „Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit“ in Helsinki statt. Die VertreterInnen der Mitgliedstaaten der europäischen Region der WHO haben an dieser Konferenz die „Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit“ (WHO, 2005) mitsamt einem Aktionsplan angenommen. Eine der wesentlichen Punkte dieser Erklärung ist die darin festgehaltene Anerkennung der grundlegenden Bedeutung von psychischer Gesundheit für die Lebensqualität des/der Einzelnen sowie der Gesellschaft und von Nationen insgesamt – gemäss der Prämisse, dass es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit gibt; entsprechend sei der Bereich psychische Gesundheit als integraler und wesentlicher Teil aller Politikbereiche zu betrachten. Insgesamt postulieren die Minister in ihrer Erklärung 12 Massnahmen zur Realisierung einer Politik, die auf das psychische Wohlbefinden und die gesellschaftliche Teilhabe der Menschen mit psychischen Problemen ausgerichtet ist. An dritter Stelle dieses Massnahmenkataloges wird gefordert:

«*gegen Stigma und Diskriminierung vorgehen, den Schutz der Menschenrechte und der Würde des Menschen sichern und die erforderliche Gesetzgebung implementieren, die gefährdete oder an psychischen Gesundheitsproblemen leidende Menschen dazu befähigen soll, voll und gleichberechtigt an der Gesellschaft teilzuhaben.*» (S. 3).

Im „Mental Health Action Plan for Europe“ (WHO, 2005a) werden fünf prioritäre Handlungsbereiche beschrieben, zu denen die Bekämpfung von Stigmatisierung, Diskriminierung sowie Ungleichheit von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihrer Angehörigen gehört. Zur Erreichung dieses Zieles werden diverse erforderliche Massnahmen aufgezeigt, u. a.:

- Die Initiierung von Anti-Stigma- und Anti-Diskriminierungs-Aktivitäten, wobei diese die Allgegenwärtigkeit psychischer Probleme und ihre allgemein gute Behandelbarkeit sowie Heilungsprognose vermitteln müssen; ebenso zu vermitteln sei, dass psychische Probleme selten mit Gewalt zusammenhängen.
- Die Gesetzgebung betreffend Behindertenrechte soll eingehend geprüft werden im Hinblick auf eine gleichberechtigte und gerechte Behandlung von psychischer Gesundheit.
- Die Entwicklung einer kohärenten Strategie und Gesetzgebung zur Bekämpfung der Stigmatisierung durch Einbezug der internationalen und nationalen Menschenrechts-Standards.
- Die Förderung der Integration von Kindern und jungen Menschen mit psychischen Problemen in die regulären Schul- und Berufsbildungssysteme.

Die teilnehmenden Staaten der EU-Konferenz von 2008 zum Thema Psychische Gesundheit und Wohlbefinden haben den „Europäischen Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden“ gegründet (EU-Konferenz, 2008). Für die Pakt-Mitglieder «*besteht Bedarf an einem entschlossenen politischen Schritt, psychische Gesundheit und Wohlbefinden zu einer der Schlüsselprioritäten zu erklären.*» (EU-Konferenz, 2008, S. 3). Aus ihrer Sicht zählt die Bekämpfung von Stigma und sozialer Ausgrenzung zu einem von fünf Schlüsselbereichen⁷, in denen gehandelt werden muss: Unter anderem fordern die Pakt-Mitglieder die politischen

⁷ Schlüsselbereiche: Vorbeugung von Depression und Suizid; Psychische Gesundheit in den Bereichen Jugend und Bildung; Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz; Psychische Gesundheit älterer Menschen; Bekämpfung von Stigma und sozialer Ausgrenzung.



Entscheidungsträger in Europa auf, folgende Massnahmen zur Bekämpfung von Stigmatisierung zu ergreifen:

- die Unterstützung von Kampagnen in Schulen und am Arbeitsplatz;
- den Aufbau von Diensten für psychische Gesundheit, die in die Gesellschaft integriert sind und das Individuum in den Mittelpunkt stellen;
- die Förderung der aktiven Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Gesellschaft, einschliesslich der Verbesserung des Zuganges dieser Menschen zu geeigneter Beschäftigung.

Der Pakt sieht im Ausmass der psychischen Gesundheit der Bevölkerung ein «Schlüsselement für den Erfolg der EU als einer wissensbasierten Gesellschaft und Wirtschaft» an – im Bewusstsein, dass psychische Erkrankungen und Suizide nicht nur gewaltiges Leid verursachen, sondern auch immense finanzielle Belastungen für die Gesundheits- und Wirtschaftssysteme der gesamten EU. Dasselbe gilt sicherlich auch für die Schweiz, wenn die in Kapitel 3 genannten epidemiologischen Daten herangezogen werden: Die Verbreitung der psychischen Krankheiten in der Schweiz und die Stigmatisierung von Betroffenen verschärft nicht nur die je individuelle Problemlage, sondern zeitigt direkte oder indirekte negative volkswirtschaftliche Folgen für die Schweiz.

Ebenfalls berichtenswert sind die Bemühungen des deutschen „Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit“⁸, das von der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde“ und dem Antistigma-Verein „Open the doors“ initiiert wurde. Die Schirmherrschaft hat aktuell der Deutsche Bundesminister für Gesundheit, Dr. Philipp Rösler, inne. Zwischen dem „Aktionsbündnis Seelische Gesundheit“⁹ und dem Bundesministerium für Gesundheit und der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden besteht eine Kooperation.

Das „Aktionsbündnis Seelische Gesundheit“ (ABSG) bildet ein Deutschland weites Netzwerk, an dem sich über 50 PartnerInnen beteiligen, darunter ExpertInnen der Psychiatrie, der Gesundheitsförderung, Betroffene und ihre Angehörigen. Gemeinsam setzen sie sich für die Förderung der psychischen Gesundheit sowie die Aufklärung über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung ein. Ziel dieses Bündnisses ist es, einen vorurteilsfreien und gleichberechtigten Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft zu erreichen.

Das ABSG hat beispielsweise ein Anti-Stigma-Projekt lanciert, welches vom Deutschen Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird: „Entwicklung und Umsetzung einer Strategie zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen“. Dieses Projekt sieht die Umsetzung einer wissenschaftlich fundierten und evaluierten Intervention in einem relevanten Bereich vor, die der nachhaltigen Reduktion von Stigmatisierung und Diskriminierung dienen soll. Ein ausdrückliches Projektziel ist es, den Defiziten zu begegnen, welche die meisten Anti-Stigmatisierungsprojekte in Deutschland aufweisen: Die Fokussierung auf einige wenige Zielgruppen, deren nicht breitenwirksame Implementierung sowie die seltene Durchführung einer seriösen Evaluation der Wirksamkeit der umgesetzten Projekt-Massnahmen. Im Rahmen des genannten Anti-Stigma-Projektes hat das ABSG ein Konzept für die Umsetzung von Massnahmen zur Entstigmatisierung erarbeitet, das im Juli 2010 veröffentlicht wurde (Gaebel, Ahrens & Schlamann, 2010)¹⁰. Es handelt sich um ein umfassendes Konzept, welches die internationale Forschung zur Entstigmatisierung sowie die Erkenntnisse aus internationalen Anti-Stigma-Interventionen miteinbezieht. Für die Erarbeitung der empfohlenen Massnahmen haben die KonzeptautorInnen auch eine Bedarfsanalyse zu themen- und zielgruppenbezogenen Interventionen in Deutschland durchgeführt, in deren Rahmen Selbsthilfeverbände und Betroffene befragt wurden. Die in diesem Konzept abgeleiteten Empfehlungen, die aus unserer Sicht zu den wesentlichsten gehören, wurden im Kap. 7 des vorliegenden Papiers integriert.

⁸ Mehr Informationen sind auf der Vereinswebsite verfügbar: www.seelischegesundheits.net.

⁹ Mehr Informationen sind auf der Vereinswebsite verfügbar: www.seelischegesundheits.net.

¹⁰ Das Konzept kann auf www.seelischegesundheits.net heruntergeladen werden.



6.1 Die Kosten für das Gesundheitswesen

Obschon es einleuchtet, dass eine genaue Bezifferung volkswirtschaftlicher Kosten infolge Stigmatisierung ein sehr schwieriges Unterfangen ist, so lassen eine Reihe von Ergebnissen aus entsprechenden Untersuchungen konkrete Aussagen zu über die finanzielle Dimension psychischer Erkrankungen in der Schweiz:

Die Kosten für die psychiatrischen Kliniken beliefen sich laut Bundesamt für Statistik BFS im Jahr 2010 auf ca. CHF 2,117 Milliarden und machten ca. 3,4% der gesamten Gesundheitskosten – rund CHF 62'519.5 Mrd. – aus (Bundesamt für Statistik, 2012). Zum Vergleich betragen die Kosten von Rehabilitations- sowie anderen Spezialkliniken rund 1,7% respektive 3,3% der Gesamtkosten im Gesundheitswesen. Die ambulante Versorgung durch ärztliche PsychotherapeutInnen kostete im selben Jahr ca. CHF 212 Mio. (0.33%). Alles in allem haben die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung rund CHF 2,33 Milliarden gekostet, d. h. ungefähr 3.7% der Gesamtkosten. Interessant sind auch die vom BFS ausgewiesenen jährlichen Zuwachsraten für die gesamte psychiatrische Versorgung: zwischen 2001 und 2006 stiegen diese durchschnittlich um ca. 1,4% (Bundesamt für Statistik, 2008).

In einer im Auftrag des OBSAN durchgeführten Untersuchung (Kuhl & Junge, 2008) zur stationären Psychiatrie in der Schweiz wurde eine Verschlechterung der sozialen Integration von psychiatrischen PatientInnen festgestellt. Im Untersuchungszeitraum 2000 - 2006 ist der Anteil der Voll- und Teilzeit arbeitenden Betroffenen von 26.4% auf 20.6% gesunken. Die Anzahl Wiedereintritte in stationäre Behandlung hat seit 2002 um 30% zugenommen, während die Aufenthaltsdauer der PatientInnen in psychiatrischen Einrichtungen im gleichen Zeitraum abgenommen hat. Die ExpertInnen werten den zunehmenden Kostendruck bzw. die Sparmassnahmen, aber auch den Nachwuchsmangel und die Personalknappheit als negativ für die Behandlungsqualität. Sparmassnahmen und Nachwuchsmangel in der Schweiz können zwar nicht direkt mit der Stigmatisierung psychischer Krankheiten in einen Zusammenhang gestellt werden. Die Annahme scheint indes berechtigt, dass sich im Bereich der psychischen Gesundheit kaum eine starke „Lobby“ hinter die Interessen und Anliegen Betroffener stellt, angesichts des herrschenden Kostendrucks im Gesundheitswesen.

Eine weitere Untersuchung, welche die Kostendimension psychischer Krankheiten im Schweizer Gesundheitswesen ebenfalls gut veranschaulicht, ist die vergleichende Studie von Jäger und Kollegen aus dem Jahre 2008 (Jäger, M. et al., 2008): Basierend auf epidemiologischen und volkswirtschaftlichen Untersuchungen, haben Jäger, Sobocki und Rössler die durch Hirnerkrankungen verursachten Kosten geschätzt. Verglichen wurden die Kosten für affektive Störungen, Demenzerkrankungen, Suchterkrankungen, Angststörungen, Psychosen, Epilepsie, MS-Erkrankungen, Hirnschlaganfälle, Parkinsonerkrankungen, Hirntumore und -traumata. Das zentrale Ergebnis: Die jährlichen Kosten pro EinwohnerIn für psychische Erkrankungen betragen 722 Euro (€), d. h. – ca. CHF 925 – und machen annähernd 2/3 der geschätzten jährlichen Gesamtkosten von € 8,9 Milliarden (ca. CHF 11.4 Mrd.) aus, während die herkömmlichen neurologischen Erkrankungen die verbleibenden 1/3 der Kosten verursachen. Darüber hinaus erwiesen sich die affektiven Störungen als die kostspieligsten Hirnerkrankungen in der Schweiz überhaupt, noch teurer als die Demenz- und Suchterkrankungen. Dies begründet sich damit, dass affektive Störungen sowohl weit verbreitet als auch pro Fall viel kosten.

6.2 Die Kosten für die Wirtschaft

Durch die verzögerte Inanspruchnahme von fachlicher Hilfe durch die Betroffenen, sowie durch eine falsche Diagnostizierung oder inadäquate Behandlung als Folge von Stigmatisierung kann sich eine bestehende psychische Störung verschlimmern oder chronifizieren, mit damit einhergehendem Leistungsabfall bis hin zum Arbeitsausfall (vgl. Kap. 3.2). Die WHO spricht im Zusammenhang der psychischen Störungen von «*hidden burden*», die auf die Stigmatisierung psychischer Beschwerden zurückzuführen sind, und als bedeutsame, wenn auch schwer fassbare Belastungen dieser Störungen angesehen werden (vgl. Margraf 2009).



Gemäss einer Untersuchung im Auftrag des Staatssekretariates für Wirtschaft SECO (Ramaciotti & Perriard, 2003) aus dem Jahr 2003 betrug die durch Stress¹¹ verursachten Kosten ca. CHF 4,2 Milliarden, was 1,2% des damaligen BIP bedeutete (Kosten für stressbedingte Fehlzeiten und Produktionsausfälle: 2,4 Milliarden; medizinische Kosten: 1,4 Milliarden; Selbstmedikation gegen Stress: 384 Millionen).

Europaweit werden die wirtschaftlichen Belastungen durch psychische Störungen als immens hoch eingeschätzt: die jährlichen Gesamtkosten für 2004 wurden auf 240 Milliarden Euro (€) geschätzt, wobei über die Hälfte (55%) davon – ca. €132 Mrd. bzw. CHF 170 Mrd. – auf indirekte Kosten (Produktionsverluste) zurückgeführt wurden; die höchsten indirekten Kosten bei den psychischen Störungen werden durch affektive Störungen (Depressionen und bipolare Störung) verursacht: € 77 Milliarden (Boedecker & Klinworth, 2007).

Aus internationalen Untersuchungen zu den volkswirtschaftlichen Folgekosten von psychischen Störungen geht hervor, dass diese etwa 3% bis 4% des Bruttoinlandproduktes (BIP) ausmachen (Schuler et al., 2007). Für die Schweiz bedeutet dies z. B. für das Jahr 2005 (BIP = CHF 456 Milliarden) und bei Anwendung eines 4%-Ansatzes Folgekosten in der Höhe von über CHF 18 Milliarden (Schuler et al., 2007).

6.3 Die Kosten für die Invalidenversicherung (IV)

Menschen mit psychischen Problemen sind häufiger erwerbslos und beziehen vermehrt eine IV-Rente (Schuler et al., 2007). Es ist inzwischen hinreichend bekannt, dass bei einer grossen Anzahl der IV-Neurenten psychische Störungen als Ursachen angegeben werden: Gemäss der Untersuchung von Schuler und ihrer KollegInnen (2007) beträgt der Anteil an IV-Versicherte bei psychisch beeinträchtigten Menschen etwa das Fünffache im Vergleich zum Anteil in der Gesamtbevölkerung. Zwischen 1986 und 2005 haben die Neuberentungen infolge psychischer Probleme um 17%, von 20 auf 37% zugenommen, während der Anteil aufgrund anderer Krankheiten von 52% auf 42% gesunken ist.

Die politische Auseinandersetzung um die Kostenexplosion der IV wurde stark auf „dem Buckel“ jener IV-Versicherten ausgetragen, die infolge einer psychischen Störung ihre Rente beziehen. Die Diskussion zu den sogenannten „Schein-Invaliden“ widerspiegelt in erschreckender Weise den Grad an Stigmatisierung in nicht wenigen Kreisen der Schweizer Gesellschaft, und hat vermutlich zur verstärkten Diskriminierung von Betroffenen geführt, mit den weitreichenden bereits erläuterten Folgen für Menschen mit psychischen Problemen, deren Angehörige und das Umfeld.

Auch die aktuelle 6. IV-Revision sieht Neuerungen zu Ungunsten von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen vor. Unter anderem sieht die Vorlage vor, den Rentenbestand innerhalb von sechs Jahren um 5% zu reduzieren: Konkret bedeutet dies die Wiedereingliederung von über 16'000 IV-Versicherten (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2010). Versicherte aus psychischen Gründen gelten als Zielgruppe mit „Eingliederungspotential“. Unabhängig davon, ob der Gesundheitszustand bzw. die Erwerbssituation der betroffenen Versicherten sich gebessert hat, soll ihre Erwerbsfähigkeit mithilfe „geeigneter Massnahmen“ gefördert werden. Gerade diesen Personen jedoch, die infolge ihrer psychischen Störungen bisher – also bereits vor der fünften IV-Revision – eine Rente erhielten, bringen die geplanten Neuerungen kaum mehr Chancen für deren Wiedereingliederung: Bär und Kollegen haben in ihrer Dossieranalyse (Bär, Frick & Fasel, 2009) festgestellt, dass nur einem geringen Teil der Versicherten, die bisher aus psychischen Gründen eine Rente zugesprochen erhielten, berufliche Massnahmen angeboten wurden. Bei

¹¹ In dieser Studie wird darauf hingewiesen, dass „Stress“ unterschiedlich definiert werden kann und diverse theoretische Konzepte dafür formuliert wurden. Stress am Arbeitsplatz widerspiegeln nach Ansicht der Autoren «ein Missverhältnis zwischen den individuellen Möglichkeiten (Ressourcen) und der Realität seiner Arbeitsbedingungen» (vgl. Zusammenfassung der Studie auf www.seco.admin.ch, S.3). Die bisherige Epidemiologieforschung zeigt, dass andauernder Stress ein relevanter prädisponierender Risikofaktor für die Entwicklung und/oder Aufrechterhaltung bzw. Verschärfung von psychischen Erkrankungen ist.

den Versicherten aus der diagnostischen Hauptgruppe (Depression, Schmerzstörungen, Persönlichkeitsstörungen und multiple somatische Erkrankungen), die 33% der psychisch bedingten Berenteten bilden und zudem psychosozial deutlich belasteter sind, wurde bis anhin keinerlei Bemühungen zur Wiedereingliederung seitens der IV-Stellen unternommen (Bär et al., 2009). Die Eingliederungschancen dieser Personen sind aber schon deshalb minim, weil sie einerseits seit mehreren Jahren nicht mehr im primären Arbeitsmarkt tätig waren; andererseits, da die Arbeitgeberschaft diese Menschen grundsätzlich *nicht* anstellen will: So das Ergebnis einer repräsentativen Befragung der Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation Basel-Landschaft in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) (Bär, 2007). Die Befragten zogen eine eher unzuverlässige, wenig leistungsbereite, aber gesunde Person einer behinderten Person vor – und ganz deutlich eine körperlich erkrankte einer psychisch erkrankten Person.

Diese Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, dass mit der sechsten IV-Revision das Risiko der sozialen Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Störungen massiv steigen könnte – da sie mit viel grösserer Wahrscheinlichkeit nicht eine Stelle auf dem ersten Arbeitsmarkt finden, sondern viel eher in die Arbeitslosenversicherung und später die Sozialfürsorge entlassen werden. Darüber hinaus werden durch die 6. Revision die Kosten bei der IV nicht wesentlich gesenkt, sondern viel eher verlagert werden.

Ein weiteres ernstzunehmendes Problem, welches nicht zu unterschätzende volkswirtschaftliche Kosten verursacht, ist die eng mit psychischen Störungen zusammenhängende Suizidalität. Dass das Suizidrisiko durch Stigmatisierung indirekt beeinflusst wird, ist nicht ganz von der Hand zu weisen: Die durch Stigmatisierung bedingte mangelnde oder verzögerte Inanspruchnahme professioneller Hilfe, wie auch die mit Stigmatisierung einhergehende Unterschätzung oder falsche Diagnostizierung einer vorliegenden psychischen Störung kann zur Verschlimmerung und Chronifizierung der psychischen Störung führen.

6.4 Zusammenfassung: Stigmatisierung und ihre Folgen

Die unten stehende Abbildung 1 gibt eine zusammenfassende Darstellung der Stigmatisierung und ihrer Folgen für Betroffene und die Gesellschaft, die den dringenden Handlungsbedarf in diesem Bereich begründen.

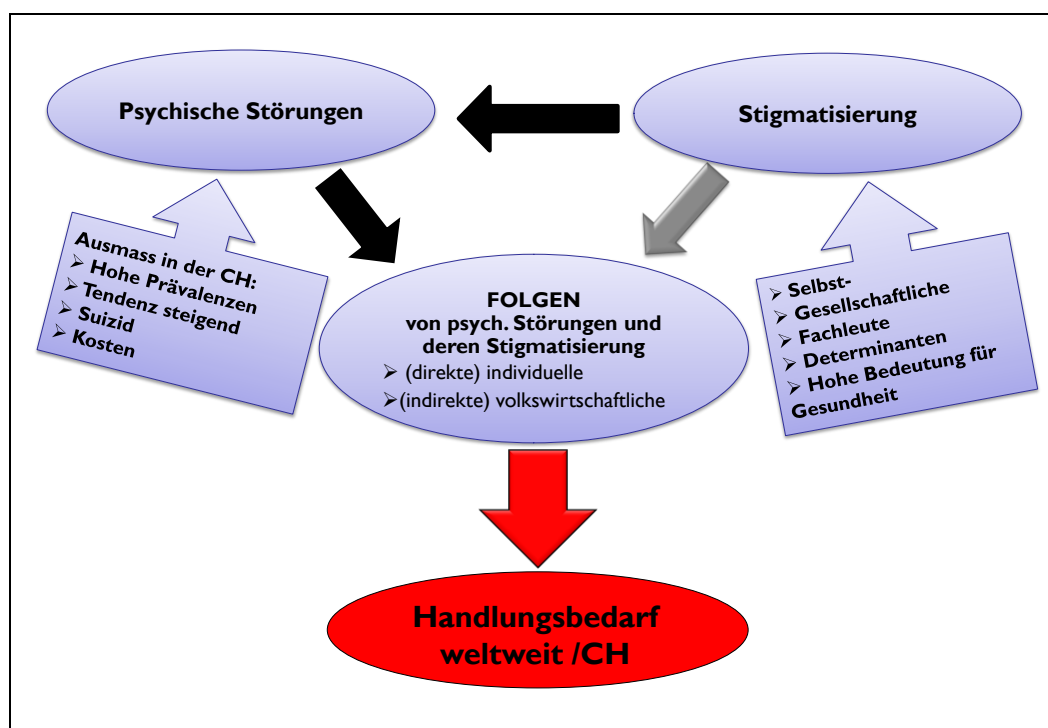


Abb. 1: Zusammenfassung: Stigmatisierung und ihre Folgen.



7. Ausgewählte Beispiele von Entstigmatisierungskampagnen

Die bisherige Diskussion sollte den dringenden Handlungsbedarf für Massnahmen gegen Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen ausreichend verdeutlicht haben. Im folgenden Kapitel wird der Frage nachgegangen, welche Grundvoraussetzungen eine Kampagne in der Schweiz erfüllen muss, die zur möglichst nachhaltigen Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen in der Schweiz beitragen soll. Aus Sicht der Arbeitsgruppe lassen sich im Hinblick auf die Durchführung einer solchen nationalen Kampagne einige wesentliche Erkenntnisse aus bisherigen Kampagnen gewinnen; diese Beispiel-Kampagnen werden im Rahmen dieses Kapitels kurz skizziert. Es handelt sich um Folgende:

- die „See me“- Kampagne aus Schottland,
- der „Aktionsmonat psychische Gesundheit im Kanton Zug“;
- die französische Kampagne „Accepter les différences, ça va aussi pour les troubles psychiques“ ;
- „Irre menschlich e.V.“ aus Deutschland

7.1 Nationale „See me“-Kampagne, Schottland

Die schottische Kampagne gilt als die umfassendste Anti-Stigma-Kampagne im europäischen Raum. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat sich zum Ziel gesetzt, dieses Modell auf andere Länder zu übertragen und sie will interessierte Staaten dabei unterstützen. Diese Kampagne ist eine von diversen Initiativen, die im Rahmen des von der Schottischen Regierung beschlossenen „*Scottish National Programme for Improving Mental Health*“ ins Leben gerufen wurden, und die staatlich (mit-)finanziert werden (siehe unten).

Die „see me“ Kampagne will folgende Ziele erreichen:

- Förderung der psychischen Gesundheit und des psychischen Wohlbefindens
- Entstigmatisierung und Entdiskriminierung von psychischen Störungen
- Suizidprävention
- Förderung und Unterstützung der Rehabilitation (Genesung)

Für die Periode 2001 bis 2006 wurde die Kampagne vom „National Health Service for Scotland – NHS“, dem schottischen Gesundheitsdienst, mit insgesamt ca. 2,5 Millionen engl. Pfund (£) (ca. CHF 3.8 Mio.) subventioniert. Gesetzliche Grundlage dafür bildete das „NHS (= „National Health Service for Scotland“) Scotland Act 1978“, das den Gesundheitsbereich in Schottland regelt.

Die grosszügige Subventionierung zeigt, dass die Schottischen EntscheidungsträgerInnen bereit sind, in die psychische Gesundheit ihrer Bevölkerung zu investieren: Dieser politische Wille, die psychische Gesundheit als Prioritäres im Gesundheitswesen des Landes anzugehen, war und ist in Schottland zweifellos gegeben.

Obwohl die Kampagne Teil des erwähnten nationalen Programms ist, wird es durch eine Allianz aus fünf Organisationen im Bereich psychische Gesundheit geführt. Das Programm bezieht alle psychischen Krankheiten mit ein und hat diverse Zielgruppe im Blick, auch Kinder und Jugendliche. Die Kampagne umfasst folgende Massnahmen zur Sensibilisierung der Schottischen Bevölkerung: Eine gezielte Werbekampagne, die spezifische Zielgruppen anspricht; die Zusammenarbeit mit den Medien; die Unterstützung regionaler Initiativen durch die Bereitstellung von Kampagnenmaterial sowie Fachberatung und Anleitung.

Einerseits will die Kampagne eine breite Öffentlichkeit durch die Nutzung diverser Medien (u. a. Plakate, TV- und Radio-Spots, Vertrieb von Produkten wie T-Shirts etc.; s. Abb. 2) erreichen. Auf der anderen Seite werden die verschiedenen Zielgruppen spezifisch angesprochen, wobei Kindern und Jugendlichen als Hauptrisiko- und -betroffenengruppe von psychischen Störungen grosse Aufmerksamkeit geschenkt wird.



Abb. 2: „see-me“-Kampagnenplakate (Auswahl)

In den ersten zwei Jahren legte dieses Programm seinen Fokus auf Initiativen zur Entstigmatisierung – einschliesslich der Finanzierung der Entwicklung der „see-me“-Kampagne – sowie zur Suizidprävention (z. B. das „Choose Life National Support Team“). Die „see-me“-Kampagne startete 2002 mit dem Ziel, die negativen Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit psychischen Problemen und ihren Angehörigen anzugehen und entsprechend die systematische Stigmatisierung und Diskriminierung von Betroffenen zu bekämpfen. Die Kernziele der Kampagne werden folgendermassen umschrieben:

- «To tackle stigma and discrimination by raising public awareness of how both affect individuals with mental health problems, and by improving public understanding of mental health
- To challenge individual incidents of stigma and discrimination
- To involve people in anti-stigma activities across Scotland at national and local levels and across sectors and communities of interest
- To ensure that the voices and experiences of people with mental health problems and their carers are heard
- To promote a culture of learning and evaluation through all its work, so that effectiveness can be demonstrated and lessons shared. » (Myers et al. 2009)

Im „Summary Plan“¹² für die Jahre 2009-2011 werden die vier Ziele formuliert:

- «To improve public understanding, attitudes and behaviours so that the stigma and discrimination associated with mental ill-health is eliminated.
- To enhance the ability of people to challenge stigma and discrimination.
- To ensure that all organisations value and include people with mental health problems and those who support them.
- To improve media reporting of mental ill-health»

Ebenso bezeichnend für die „see-me“-Kampagne ist deren kontinuierliche Evaluation durch eine unabhängige Stelle. Die ersten vier Kampagnenjahre wurden vom September 2006 an während mehrerer Monate evaluiert (Myers et al. 2009). Diese Evaluation bescheinigt der Kampagne weitgehend positive Wirkungen im Sinne der Kampagnenziele (s. o.). Unter anderen kam diese Evaluation zu folgenden positiven Schlüssen:

- Nationale sowie von der Kampagnenleitung in Auftrag gegebene Befragungen zwischen 2002 und 2006 machten positive Veränderungen in der Wahrnehmung sowie in den Einstellungen der Bevölkerung zu psychischen Problemen deutlich.
- Ebenfalls hoch war der Bekanntheitsgrad der Kampagne unter den Befragten: Etwa ein Drittel kannte im 2006 die „see-me“-Kampagne; bei der Hälfte der befragten jungen Menschen war diese ein Begriff.

¹² <http://www.seemescotland.org.uk/images/pdfs/20412%20Summary%20Plan.pdf> (download 29.04.2010).



- Qualitative Daten legten ebenfalls die positiven Wirkungen der Kampagne nahe: Zum Beispiel nahmen die Befragten eine grössere Bereitschaft in ihrem Umfeld wahr, über psychische Probleme zu sprechen.

Dennoch räumen die EvaluatorInnen auch ein, dass eine Reihe von Faktoren es erschweren, das genaue Ausmass zu beurteilen, in welchem die Kampagne ihren eigenen Ansprüchen gerecht wird. Zum Einen macht der qualitative Charakter der Kampagnenziele, die zudem auf Breitenwirkung ausgerichtet sind, eine Messung allfälliger Veränderungseffekte schwierig. Analoges gilt es für eine genaue Attribuierung dieser Veränderungen zu spezifischen Aspekten bzw. Aktivitäten der Kampagne.

Die Evaluation verweist des Weiteren auf einige eher problematische Aspekte der „see-me“-Kampagne, die zu optimieren wären: Zum Beispiel sei der Kampagne noch nicht gelungen, Anti-Stigma-Bemühungen innerhalb von Behörden und Organisationen einzubetten: Die Verantwortung für die Entstigmatisierung werde daher, von der Aussenwelt her betrachtet, (noch) ausschliesslich der Kampagne selbst übertragen. Die im Rahmen der Evaluation durchgeführte Befragung in der Bevölkerung ergab auch, dass vielen ein „call to action“ fehle: Ein Aufruf zum Handeln, den die Kampagne hätte hervorrufen müssen.

Weitere Informationen: Siehe Website: www.seemescotland.org.uk.

7.2 Basler Kampagne „hallo-ich-bin-ein-Mensch“

Die Botschaft im Titel ist ähnlich wie diejenige der schottischen Kampagne: "Hallo, ich bin ein Mensch, keine Krankheit". Die Basler Kampagne ist eine Aktivität der IG PRIKOP (Interessengemeinschaft Private Koordination Psychiatrie) im Rahmen des Netzwerks Fokus Psychische Gesundheit Basel-Stadt. Die IG PRIKOP ist ein gemeinnütziger Verein, in dem sich die privaten psychosozialen Institutionen der Region Nordwest-Schweiz zusammengeschlossen haben. Unter dem Label Fokus Psychische Gesundheit setzen sich weitere, verschiedene Organisationen gemeinsam für die Anliegen von psychisch kranken Menschen oder in der Prävention von psychischen Erkrankungen ein.

Mit ‚Hallo! Ich bin ein Mensch, keine Krankheit.‘ lancierte die IG PRIKOP am 31. März 2011 die einjährige Kampagne. Diese soll Menschen in der Region Basel für die Thematik sensibilisieren und damit die Schranken im Umgang mit psychisch kranken Menschen senken sowie einen Beitrag zu deren verbesserter Integration leisten (Text aus Website). Vorteilhaft scheint uns unter anderem, dass regionale Politiker, Professionelle und Betroffene involviert und aktiv sind.

Ziele dieser Kampagne sind: die Sensibilisierung für das Kampagnenthema, das Senken der Schwelle im Umgang mit Betroffenen und die Verbesserung der Integration von Betroffenen. Die Vorzüge der Kampagne zeigen sich im gemeinsamen Vorgehen von Politik, Fachleuten und Betroffenen, sowie in einer breiten Abstützung der Organisatoren.

Die Website (siehe www.hallo-ich-bin-ein-mensch.ch/home.html) hat vier Menü-Seiten (siehe Abb. 3), die nebst allgemeinen Informationen zur Kampagne auch aktuelle Neuigkeiten zum Thema und eine Agenda mit Hinweisen auf regionale Veranstaltungen im Kampagnenjahr umfassen. Ferner finden Interessierte auch "Wissenswertes zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, zu Hilfsangeboten und Anlaufstellen für Betroffene und deren Angehörige sowie praktische Tipps für die Prävention.

Weitere Informationen: www.hallo-ich-bin-ein-mensch.ch/home.html

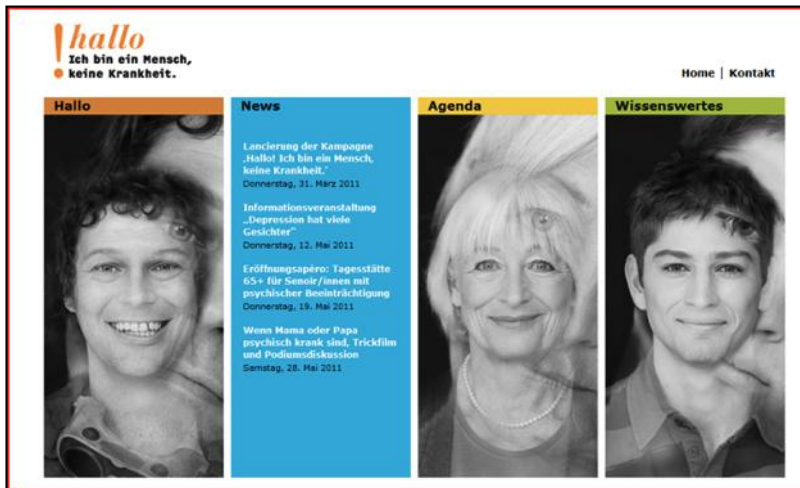


Abb. 3: Homepage der Website zur Kampagne "Hallo – Ich bin ein Mensch!"

7.3 Der Aktionsmonat 2008 und 2010 in Zug

Gemäss den Informationen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug ist der „Aktionsmonat Psychische Gesundheit“ Teil der Umsetzung des kantonalen Programms „Psychische Gesundheit im Kanton Zug 2007 – 2012“. Dieses Schwerpunktprogramm basiert auf den Säulen Sensibilisierung, Förderung der psychischen Gesundheit, Früherkennung und Suizidprävention, Reintegration und Unterstützung der Selbsthilfe (Pro Mente Sana, 2009).

Diverse weitere Institutionen haben sich als Partner am „Aktionsmonat“ beteiligt: Das Gesundheitsamt des Kantons Zug, die Ambulanten Psychiatrischen Dienste des Kt. Zug, die Psychiatrische Klinik Zugersee sowie die Kontaktstelle „eff-zett“.

Die erste Kampagne in Zug wurde im Oktober 2008 durchgeführt (s. Abb. 4). Die Kampagne umfasste vier Zielbereiche:

- Information zum Thema psychische Gesundheit
- Sensibilisierung für die psychische Gesundheit und Entstigmatisierung psychischer Krankheiten
- Förderung der Früherkennung und der frühzeitigen Inanspruchnahme von Hilfs- und Beratungsangeboten
- Ausbau und Verbesserung der Zusammenarbeit des Netzwerks „Psychische Gesundheit“

Die Kampagne richtete sich sowohl an die breite Öffentlichkeit als auch an spezifische Zielgruppen, wie z. B. Fachpersonen. Die diversen Aktivitäten orientierten sich an den Botschaften der im 2007 durchgeführten Plakatkampagne „10 Schritte für psychische Gesundheit“. Ziel dieser Kampagne war, mit den „10 praktischen Tipps für psychische Gesundheit“ einerseits die Bevölkerung für das Thema Psychische Gesundheit zu sensibilisieren, andererseits Strategien zur psychischen Gesundheitsförderung bzw. –erhaltung zu vermitteln.

An den insgesamt 47 Veranstaltungen (u. a. kulturelle Aktivitäten, Fachreferate, Podiumsgespräche, Weiterbildungsveranstaltungen, das „gälbe Wägeli“) des „Aktionsmonats“ haben sich über 30 Partnerorganisationen beteiligt. Eine grosse Angebotsvielfalt sollte die psychische Gesundheit anhand konkreter Beispiele veranschaulichen und fassbar machen.

Gemäss dem Schlussbericht¹³ zum „Aktionsmonat“ beliefen sich die Kosten auf rund CHF 60'000. Eine schriftliche Befragung unter den Kampagnen-PartnerInnen (VeranstalterInnen und TeilnehmerInnen) ergab bei einer grossen Mehrheit (über 90%) eine hohe Zufriedenheit mit ihren Veranstaltungen. Die Kampagne erfuhr ein grosses Medienecho und wurde sehr gut besucht (über 2'270 BesucherInnen an den Veranstaltungen). Die positive Resonanz war nicht nur über die Kantonsgrenzen hinweg gross, sondern reichte bis zu anderen europäischen

¹³ Herunterladbar auf http://pgzug.ch/wp-content/uploads/2010/05/Gea_Schlussbericht_-Aktionsmonat.pdf

Städten und Ländern (z. B. Berlin, Liechtenstein), die die Programmleiterin kontaktierten, um eine analoge Kampagne durchzuführen. Für die Durchführung künftiger Kampagnen oder Öffentlichkeitsarbeit empfiehlt die Programmleitung in ihrem Schlussbericht folgende Massnahmen:

- «weiterhin auf klaren und anschaulichen Botschaften, wie z.B. die "10 Schritte..." aufzubauen,
- noch stärker niederschwellige Angebote auf öffentlichen Plätzen, wie z.B. "s'gälbe Wägeli" zu implementieren. Dies ist wichtig, da (Fach-) Veranstaltungen vornehmlich eine ausgewählte und/oder häufig bereits sensibilisierte Zielgruppe ansprechen,
- den Kinder- und Jugendbereich verstärkt zu integrieren,
- das Thema "Gesundheitskompetenz" (Mental Health Literacy) sowie Fragen der "Entstigmatisierung" noch stärker zu berücksichtigen,
- betroffene Menschen noch besser in die Öffentlichkeitsarbeit einzubinden, da der Kontakt mit Betroffenen als eine der wirksamsten Entstigmatisierungs-Strategien betrachtet wird.»

Im 2010 wurde erneut ein „Aktionsmonat“ durchgeführt (s. Abb. 5), wobei nun 36 Partnerorganisationen gezählt werden konnte. Weitere Informationen: siehe www.psychische-Gesundheit-Zug.ch.



Abb. 4: Plakat zum „Aktionsmonat Psychische Gesundheit im Kanton Zug 2008“



Abb. 5: Plakat „Aktionsmonat Psychische Gesundheit im Kanton Zug 2010“

7.4 Kampagne in Frankreich

Mit dem Slogan „Accepter les différences, ça va aussi pour les troubles psychiques“ wurde in Frankreich im Jahr 2005 die erste nationale Kampagne lanciert, die sich mit dem Thema der psychischen Gesundheit befasst. Sie ist von vier Träger-Organisationen partnerschaftlich unterzeichnet: dem Centre Collaborateur de l'organisation mondiale de la santé (OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), der Fédération nationale des associations de (ex-)patients en psychiatrie (FNAPsy), der Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) und der Association des maires de France (AMF). Die Kampagne wird somit von der Seite der Betroffenen, der Angehörigen, von Professionellen (WHO) und der regionalen politischen Entscheidungsträger (Vereinigung der Bürgermeister), gestützt.

Die Kampagne wurde von den Projektverantwortlichen als eine gesundheits- und toleranzfördernde Massnahme bezeichnet, welche die Bekämpfung der Stigmatisierung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zum Ziel hat. Die Kampagne fokussiert auf

- Sensibilisierung der Öffentlichkeit
- Stigmatisierung von Betroffenen und ihren Angehörigen
- Gemeinsames Vorgehen aller Akteure: Die Projektverantwortlichen wollen die Wichtigkeit eines gemeinsamen Handelns von Betroffenen, Angehörigen, Professionellen und lokalen politischen Abgeordneten im Bereich psychischer Gesundheit betonen.
- Innovative Partnerschaft bei der Begleitung und Eingliederung von Betroffenen

Die Kampagne nutzt als Medien einerseits Plakate, die 2005 und 2006 in zahlreichen französischen Städten aufgehängt wurden. Andererseits wurde 2007 ein Fernsehspot ausgestrahlt. Die Plakate bilden die berühmten Rorschach-Kleckse ab (s. Abb. 6) auf einheitlichem, hellblauem Hintergrund. Diese Bilder sollen eine Reflexion auslösen über die Art und Weise, wie wir von anderen denken. Sowohl Plakat als auch Fernsehspot weisen auf die Kampagnenwebsite hin (www.accepterlesdifferences.com, laut Programmleitung zur Zeit nicht aktiv). Diese bietet Informationen zur Kampagne und legt die Sichtweise bezüglich Stigmatisierung der vier Trägerschaftspartner (s. o.) dar. Die Website gibt desweiteren Auskunft über weitere Aktionen und Vereinigungen.



Abb. 6: Kampagnenplakat „Accepter les différences“

Aus der genannten Kampagne ging eine landesweite Kampagne des Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) zur Thematik der Depression hervor, die evaluiert wurde (Ketterer, 2008), sowie weitere Informationskanäle zu psychischen Erkrankungen (www.psycom75.org, und <http://www.decitre.fr/livres/Stigmatisation-en-psychiatrie-et-en-sante-mentale.aspx/9782294712043>). Die Kampagne „Accepter les différences...“ wurde nicht evaluiert,

als Stärke kann das gemeinsame Vorgehen der wichtigsten Akteure taxiert werden sowie die Nachhaltigkeit, indem landesweite Kampagnen daraus resultierten.

7.5 „Irre menschlich e.V.“ aus Deutschland

Bei dieser Initiative handelt es sich um „Antistigma-Arbeit von unten“ (Bock et al., 2003): Betroffene, Angehörige und Professionelle ergreifen die Initiative und betätigen sich aktiv in der Öffentlichkeitsarbeit. „Irre menschlich e. V.“ ist 1999 aus dem „Hamburger Psychose Seminar“ heraus entstanden. An diesem „Seminar“ treffen sich Psychose-Betroffene, Angehörige und in der Psychiatrie Tätige zu Gesprächen und zum Erfahrungsaustausch – gemäss dem sogenannten dialogischen Prinzip –, mit dem Ziel des besseren, gleichberechtigten Verständnisses der Krankheit.

Der als gemeinnützige Verein organisierte „Irre menschlich e. V.“ hat das dialogische Prinzip übernommen und arbeitet vornehmlich im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit. Diese wird durch Betroffene, Angehörige und Professionelle der Psychiatrie ehrenamtlich geleistet. „Irre menschlich e. V.“ initiiert, organisiert und unterstützt Informationskampagnen und Projekte zum Thema psychische Erkrankung in diversen sozialen Bereichen, wie Schulen, Unternehmen, Polizeidienste etc.. Auch wird eine Servicestelle für MedienvertreterInnen und JournalistInnen betrieben, die Text- und Bildmaterial zur Verfügung stellt. Auf diesem Wege soll, so das erklärte Ziel dieses Services, den oft in den Medien verzerrten Darstellungen von Personen mit psychischen Problemen entgegengewirkt werden:

Der Verein nennt folgende Ziele auf seiner Vereinswebsite:

- Vorurteilen gegenüber psychisch Erkrankten entgegentreten
- Medien über psychische Krankheiten informieren
- Mithilfe bei der Durchführung von Schulprojekten zum Thema Psychische Krankheit
- Informationsveranstaltungen in Betrieben
- Unterstützung kultureller Projekte (Film, Theater, Kunst)
- „Tage der offenen Tür“ in der Psychiatrie (mit-)veranstalten



Ihre Projekte versteht der Verein als Beiträge zur Kampagne des Weltverbandes für Psychiatrie "*open the doors*". Finanziert wird der Verein über Spenden und Sponsorengelder sowie von den Beiträgen der Fördermitglieder. Die Projekte an Schulen sind kostenlos, im Bereich Erwachsenenbildung werden Honorare vergütet. Inzwischen wird der Verein auch von externen, privaten und öffentlichen Stellen für diverse Aktivitäten, wie die Durchführung von Seminaren oder für Vorträge angefragt. Alle ihre Projekte umfassen folgende Aspekte:

- die Beratung der Projekt-Verantwortlichen oder –Initiatoren;
- die Bereitstellung von „dem Anlass angemessener, authentischer, aktueller Materialien - auch auf wissenschaftlich aktuellem Hintergrund“;
- die Begegnung der Teilnehmenden mit Selbsterfahrenen, Angehörigen und Professionelle aus Psychiatrie;
- Nachbereitung und Evaluation.

Der Verein arbeitet mit der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Hamburg Eppendorf zusammen. Gerade die gleichberechtigte Kooperation mit der Universität sowie die dialogische Zusammensetzung von „Irre menschlich e. V.“ erachten Bock und KollegInnen (2003) als *die* Stärke dieser Initiative. In ihrer Untersuchung der Erfahrungen des „Irre menschlich e. V.“ im Rahmen seiner Schulprojekte sprechen die AutorInnen davon, «(...) dass diese Art Öffentlichkeitsarbeit für die Psychoseerfahrenen selbst, die als Referenten zumindest symbolisch bezahlt werden einen erstaunlichen Empowermentprozess in Gang setzt.» (S. 34). Darüber hinaus verweisen sie auf die bildungspolitische Komponente des Schulprojektes, die über die gesundheitspolitischen Aspekte hinausgeht: Zum Einen falle für die jüngeren Schulkinder die Begegnung mit ungewöhnlichen Menschen auf fruchtbaren Boden. Bei älteren Kindern fördere diese Begegnung die Selbstreflexion im Hinblick auf die eigene Krisenanfälligkeit und biete eine gute Möglichkeit, über mögliche Krisen zu diskutieren.

Nebst den eigenen Projekten unterstützt „Irre menschlich e. V.“ andere Initiativen in Deutschland, die dieselbe Zielsetzung verfolgen wie der Verein.

Mehr Informationen: www.irremenschlich.de.



8. Machbarkeit und Empfehlungen für die Umsetzung einer Entstigmatisierungskampagne in der Schweiz

8.1 Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Herausforderungen einer Anti-Stigma-Kampagne sind zum Einen der geringe Wissensstand der Bevölkerung über psychische Störungen bzw. Krankheiten sowie über deren Behandelbarkeit, zum Anderen die Stigmatisierung durch Fachleute der Psychiatrie und des Gesundheitswesens. Eine Sensibilisierungskampagne muss in einem ersten Schritt den Wissensstand in der Bevölkerung verbessern und die Stigmatisierungstendenz unter Fachleuten mit einbeziehen.

In der Schweiz kommen spezifische erschwerende Aspekte hinzu, wie die bereits erwähnte aktuelle Missbrauchsdiskussion in der IV („Schein-Invalide“), die eine Stigmatisierung von psychischen Störungen verstärkt. Ausserdem verursachen die Dreisprachigkeit und die komplexen föderalistischen Strukturen der Schweiz einen hohen Aufwand bei der Vorbereitung und Umsetzung einer nationalen Kampagne. Was die Gesundheitsversorgung betrifft, so könnte es auch für die Schweiz von Vorteil im Hinblick auf die Entstigmatisierung sein, wenn Psychiatrie und Psychotherapie stärker in die medizinische Versorgung integriert würden: eine solche Integration erachten Fachleute als eine entstigmatisierende Strategie (Medscape, 2010).

Erschwerend für die Vermittlung einfacher und verständlicher Botschaften sind weiter die Komplexität des Themas und die Vielfalt von Krankheitsbildern mit unterschiedlichem Stigmatisierungsgrad. Dazu fehlt eine „*unité de doctrine*“ in Bezug auf das Krankheitsverständnis (schulpsychiatrischer Biologismus versus bio-psycho-soziales Krankheitsmodell). Ausserdem besteht eine gewisse Gefahr der Vereinnahmung der Kampagne durch Interessengruppen, die eigene Zwecke verfolgen, z. B. die Pharmaindustrie und Leistungserbringer, die ein ökonomisches Interesse daran haben, seelisches Alltagsleiden als (psychische) Krankheiten zu definieren.

Auf einen weiteren Aspekt weisen Lauber und Sartorius (2007b) hin: Die vielen Kampagnen inhärente Botschaft, dass psychisch Erkrankte „normale“ Menschen seien. Dieses „Paradigma der Normalisierung“ stehe jedoch, so die Autoren, der öffentlichen Meinung gegenüber, gemäss derer sich psychisch Erkrankte von gesunden Personen unterscheiden. Viele Kampagnen vernachlässigten demzufolge auch die Tatsache, dass gewalttätiges Verhalten bei psychisch Erkrankten – obschon nicht weiter verbreitet als in der allgemeinen Bevölkerung – in der Regel weniger berechenbar sei und dadurch Ängste auslöse. Diesem Hinweis entsprechend dürfte wichtig sein, die Krankheit an sich zwar nicht als „normal“ darzustellen, hingegen zu vermitteln, dass es normal sei, *psychisch zu erkranken*.

Ein zielgruppenspezifisches Vorgehen ist bei Kampagnen zwar immer notwendig, laut Lauber und Sartorius bestehe aber kein Konsens unter Experten bezüglich der Zielstörungen von Kampagnen: Meistens werden diese auf eine oder zwei Störungen eingeschränkt (in der Regel Depression oder Schizophrenie).

Des Weiteren müssten die Betroffenen aktiv in die Konzipierung und Implementierung von Anti-Stigma-Programmen einbezogen werden. Das „*Coming-Out*“ und der Einbezug von Betroffenen ist gemäss ExpertInnen für eine Kampagne zentral.



8.2 Voraussetzungen zur Durchführung einer Kampagne

Ausgehend von der Durchsicht der einschlägigen Literatur sowie den Überlegungen der AG-Mitglieder wertet die AG die folgenden Punkte als Haupt-Voraussetzungen zur Durchführung einer Kampagne:

- eine glaubwürdige Trägerschaft (insbesondere frei von direkten oder indirekten Einflüssen der Pharmaindustrie), die breit abgestützt und doch handlungsfähig ist
- eine hohe Akzeptanz bei den wichtigen Akteuren: Selbsthilfe der Betroffenen und Angehörigen, Fachleuten, Gesundheitspolitik (GDK, BAG)
- nationales Denken, jedoch sprachregionales, regionales und lokales Handeln
- eine gute Vernetzung der Trägerschaft innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens
- der Zugang zu und funktionierende Zusammenarbeit mit den Medien
- die solide Finanzierung für einen gewissen Zeitraum (z.B. mindestens für drei Jahre)

8.3 Empfehlungen für die Durchführung einer Anti-Stigma-Kampagne

Die folgenden Empfehlungen sind teilweise aus der von der Arbeitsgruppe durchsichteten Forschung abgeleitet, teils entspringen sie Überlegungen der AG-Mitglieder, basierend auf Erkenntnissen aus erfolgreichen Kampagnen.

Hauptbotschaften einer Entstigmatisierungs-Kampagne

- *Psychisch zu erkranken ist normal: eine psychische Krankheit ist keine persönliche Schwäche!* Um dies verständlich zu vermitteln, könnte der Bezug zur Neurobiologie und Neuropsychologie nützlich sein, da solche Erklärungsmodelle eher dem allgemeinen Verständnis von Krankheit entsprechen. Andererseits ist es bei der Vermittlung von allgemeinen Kenntnissen bzw. Wissen über psychische Krankheiten zugleich wichtig zu beachten, dass *rein* biogenetische Ätiologiemodelle eher kontraproduktiv sind (vgl. Kap. 4.3).
- *Psychische Krankheiten sind behandelbar!* Das Wissen bezüglich Behandelbarkeit von psychischen Störungen muss verbessert werden; dies impliziert auch die Vermittlung von Information über fachliche Hilfe und Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen und umgekehrt eine dialogische Vermittlung bezüglich Behandlungsmöglichkeiten durch Betroffene, Fachleute und Angehörige. Der „Recovery“-Aspekt spielt eine wichtige Rolle, um dem Vorurteil bzw. dem verbreiteten „Schreckgespenst“ der Unheilbarkeit von psychischen Krankheiten entgegenzuwirken.
- *Die Psyche kann wie der Körper gepflegt werden!* Der salutogenetische Ansatz bzw. die Förderung von Gesundheitskompetenz sind im Hinblick auf Prävention zentral.

Zielgruppen einer Anti-Stigma-Kampagne

Zu den wesentlichen Zielgruppen zählen:

- die *Medien* als „Transporteure von Meinung“: Dabei sollten verschiedene (auch neue) Medien genutzt werden. Auch ein Medienfahrplan ist sehr empfehlenswert: z. B. sollten Artikel über die Kampagne effizient und bewusst eingesetzt werden, und möglichst in Medienprodukten, die eine breite Öffentlichkeit erreichen (z.B. Schweizer Familie; Fernseh-Sendung „Puls“, Tagesschau) und Prominente dabei miteinbeziehen (z.B. in Interviews). Die Beziehung zu Medien sollte, im Speziellen von einem nationalen Institut, längerfristig aufgebaut und gepflegt werden können.
- *Fachleute der Psychiatrie und Psychologie*: Bisherige Forschung legt nahe, dass die Konzentration auf Berufsgruppen im Bereich psychischer Gesundheit ein viel versprechender Ansatz ist. Curricula könnten von nationalen Organisationen und Bildungsanbietern bezüglich Entstigmatisierung revidiert werden. Fachleute sollen darauf hingewiesen werden, dass sie durch ihr Verhalten zur Stigmatisierung beitragen können, und zugleich sich selbst einem verzerrten Bild in der Öffentlichkeit und den Medien gegenüberstehen dürften. „Best Practice“ in der Psychiatrie sollte



möglichst von Nationalen oder wesentlichen Organisationen erarbeitet und verbreitet werden.

Eine ebenfalls wichtige Zielgruppe sind auch *Kinder und Jugendliche*: In dieser Bevölkerungsgruppe lassen sich eher Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Krankheiten abbauen und entsprechende Einstellungs- sowie Verhaltensänderungen anregen. SchülerInnen gelten beispielsweise als gut erreichbare Zielgruppe (Gaebel, Ahrens & Schlamann, 2010).

Darüber hinaus wären weitere wichtige Lebensbereiche, die in einer Kampagne idealerweise mitberücksichtigt würden, der zwischenmenschliche Bereich (Familie, Freunde), der Arbeitsbereich sowie der amtliche / behördliche Bereich (Gaebel, Ahrens & Schlamann, 2010). Gerade in der Arbeitswelt als auch im Bereich der Ämter und Behörden, wo Betroffene infolge ihrer psychischen Krankheit teilweise massiv diskriminiert werden, wären Interventionen zwecks Vorurteilsabbau und Reduktion stigmatisierenden Verhaltens mehr als begrüssenswert. Als Zielpersonen im Arbeits- und öffentlichen Bereich sind nebst den ArbeitgeberInnen auch Arbeitsämter und weitere Stellen („RAV“, IV- und Sozialfürsorgestellen) anzuvisieren (Gaebel, Ahrens & Schlamann, 2010).

Weitere Empfehlungen

- Bei der Konzeption einer Kampagne ist der Rückgriff auf einen *Mehr-Ebenen-Ansatz* zu empfehlen, d. h.: Entsprechend der Entstehungsmodelle der Stigmatisierung, die auf der gesellschaftliche, soziale und individuelle Ebene ansetzen, sollten die Kampagnenmassnahmen ebenfalls diese Ebenen berücksichtigen (Gaebel, Ahrens & Schlamann, 2010).
- Es braucht ein *umfassendes Massnahmepaket*, das sich an die Gesamtbevölkerung wie auch an einzelne Zielgruppen richtet.
- Der Einsatz von *Methoden- und Medienkombination* bei der Aufklärung und Informationsvermittlung (Website, Broschüren, Plakate etc.) und mittels vielfältigen Strategien ist wirksamer als „einseitige“ Mediennutzung (Gaebel, Ahrens & Schlamann, 2010).
- Damit die Kampagnenbotschaften eine breite Öffentlichkeit erreichen, sollten sie möglichst einfach bzw. *allgemein verständlich formuliert* werden.
- Die Kampagne sollte Informationen *über Stigmatisierungsprozesse und –bereiche* vermitteln.
- Es braucht eine Anlaufstelle für Fragen aus der Bevölkerung im Zusammenhang mit der Kampagne.
- Sensible Themen (wie z.B. Zwangshospitalisationen, Gewalt) dürfen nicht verschwiegen, aber auch nicht überbetont werden.
- Die *Umsetzung unter Einbindung von Multiplikatoren und örtlichen Strukturen*; Einbindung von und Vernetzung mit erfolgreichen Anti-Stigma-Projekten (Gaebel, Ahrens & Schlamann, 2010).
- Das Projektteam sollte *interdisziplinär* sein und Betroffene integrieren, auch im Hinblick auf *Empowerment* der Betroffenen. Psychiatrieerfahrene sowie Angehörige müssen präsent sein, mit persönlichen Erfahrungen in den Medien, vor allem aber im unmittelbaren Kontakt mit der Allgemeinbevölkerung: Als eine wirksame Intervention zur Entstigmatisierung gilt gemäss aktuellem Forschungsstand die *Herstellung von interaktivem Kontakt zu Betroffenen* (z.B. bei Diskussionsrunden im Rahmen von Workshops u. ä.): Der Einsatz von Methoden und Mitteln, die die *Empathiefähigkeit* fördern (z. B. Dokumentarfilme, Rollenspiele) zeitigt positive Wirkung (Gaebel, Ahrens & Schlamann, 2010). Auch Experten aus dem Marketing- und Werbebereich sind einzubeziehen bei der Konzeption und der Umsetzung der Kampagne.
- Damit eine Kampagne unterstützt wird, sind *Anreize* für alle Akteure zu schaffen. Auch braucht es „*quick wins*“: Der Nutzen der Kampagne muss von Anfang an für alle Zielgruppen rasch ersichtlich sein (z. B. „*quick win*“ für ArbeitgeberInnen: Arbeitsplatzverlust).



- Eine Kampagne muss auf *mehrere Jahre* angelegt sein, um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen. Ein „Strohfeuer“ bewirkt keine Veränderung von Einstellungen in der Bevölkerung. Nur mit einer langjährigen Kampagne kann es gelingen, eine Reflexion über gesellschaftliche Werte und sozialökonomische Faktoren auszulösen, die die psychische Gesundheit determinieren.
- Die permanente Evaluation der Kampagne und die Möglichkeit von Korrekturen sind ebenfalls wichtig.

8.4 Finanzierung

Laut Schätzung des Kampagnenleiters der Schweizerischen Stiftung „Pro Mente Sana“¹⁴ müssten für eine nationale Kampagne über einen Zeitraum von 3 Jahren mindestens CHF 3 – 4 Mio. zur Verfügung stehen. Im internationalen Vergleich mutet dieser Betrag allerdings relativ tief an: Beispielsweise wurde die englische Kampagne „Time to Change“ mit 18 Millionen engl. Pfund (£) (ca. CHF 28 Mio.), finanziert, die aus verschiedenen öffentlichen sowie privaten Institutionen stammten. Die „see-me“-Kampagne wurde von 2001 bis 2006 mit insgesamt knapp £2,5 Mio. (ca. CHF 3.8 Mio.) vom „National Health Service for Scotland NHS“, dem schottischen Gesundheitsdienst, subventioniert (vgl. Kap. 6.1).

In der Schweiz ist es kaum realistisch, eine Kampagne nur mit privaten Mitteln zu finanzieren. Eine (Teil-)Finanzierung durch Beiträge von privaten Organisationen (Gesundheitsförderung Schweiz etc.) erscheint sinnvoll. Das Sponsoring durch die Pharmaindustrie muss jedoch sorgfältig abgewogen werden. Finanzielle Beiträge durch die Kantone (Empfehlung der GDK) oder den Bund (auf der Grundlage des künftigen Präventionsgesetzes) dürften unverzichtbar sein.

8.5 Das Präventionsgesetz als Chance: Schlussfolgerung

Der Bundesrat hat im September 2007 die Erarbeitung eines Entwurfes zu einem Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz) in Auftrag gegeben. Die dazu durchgeführte Vernehmlassung endete am 31. Oktober 2008. Da diese mehrheitlich positiv ausfiel, wurde der Gesetzesentwurf samt Botschaft des Bundesrates den eidgenössischen Räten im Herbst 2009 zur Beratung vorgelegt.

Mit dem neuen Gesetz sollen Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz gestärkt, aber auch eine Verbesserung der Koordination und der Effizienz der bereits laufenden Aktivitäten erreicht werden. Heute verfügt der Bund über keine Befugnisse im Bereich der Prävention und Früherkennung von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten. Das Präventionsgesetz schliesst diese Lücke und schafft unter anderem eine gesetzliche Grundlage für Massnahmen des Bundes zur zielgerichteten Förderung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung. Dabei würden beispielsweise die bestehenden Einzelaktivitäten, die heute ohne gemeinsames Ziel sind, sinnvoll aufeinander abgestimmt werden. Der Bund erhielte die Kompetenz, nationale Gesundheitsziele für eine Dauer von acht Jahren festzusetzen. Zudem sollen nationale Programme zu Prävention und Gesundheitsförderung erarbeitet und umgesetzt werden: Der erläuternde Bericht nennt ausdrücklich auch die Prävention von psychischen Krankheiten als mögliches Thema eines künftigen nationalen Programms.

Im März 2010 entschied die Gesundheitskommission des Nationalrates (SGK-N) das Eintreten auf die Vorlage. Einige der zentralen Ziele des geplanten Präventionsgesetz finden durchaus eine Mehrheit in den eidgenössischen Räten. Die grossen Differenzen liegen aber bei der Organisationsstruktur: Im September 2010 hat die SGK-N den Verzicht auf ein neues Institut für Prävention beantragt. Stattdessen schlägt die Kommission vor, die bestehende „Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz“ neu zu positionieren und ihr gesetzlich gewisse Aufgaben zu übertragen, wie z. B. die Gewährung von Beiträgen an konkrete Präventionsprojekte. Die Kommission beauftragte das zuständige Departement des Innern (EDI), diesen Vorschlag auszuarbeiten. Zurzeit befindet sich die Gesetzesvorlage bei der SGK-

¹⁴ Persönlich erteilte Auskunft, im August 2008.



N, die im Januar 2011 die Detailberatung begonnen hat, und wird voraussichtlich in der Sondersession vom Nationalrat im April 2011 beraten.

Da die Stigmatisierung von psychischen Störungen ein wesentliches Hindernis für die Prävention psychischer Störungen ist, muss ein künftiges nationales Präventionsprogramm in diesem Bereich auch die Entstigmatisierung zum Ziel haben, um erfolgreich zu sein. Tritt das Präventionsgesetz in einigen Jahren in Kraft, so wird damit die Finanzierung von Anti-Stigma-Aktivitäten durch Gelder des Bundes zwar nicht sichergestellt, aber doch begünstigt – es wird damit zumindest die Grundlage für solche nationalen Bemühungen geschaffen sein.

In der Zwischenzeit wie auch für den Fall eines Scheiterns des Präventionsgesetzes auf Bundesebene gilt es, die Kantone zur Finanzierung und Umsetzung von Anti-Stigma-Bemühungen zu motivieren.

9. Literaturangaben

Ajdacic, V. & Graf, M. (2003). *Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie. Informationen über die Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), <http://www.obsan.ch>.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR* (4th edition, Text Revision). American Psychiatric Association, Washington, DC.

Angermeyer, M. & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand*, 113, 163-79.

Angst, J.; Gamma, A.; Neuenschwander, M.; Ajdacic-Gross, V.; Eich, D.; Rössler, W.; Merikangans, K. R. (2005). Prevalence of the mental disorders in the Zurich Cohort Study: A twenty year prospective study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14, 2, 2005.

Arens, E.A.; Berger, C. & Lincoln, T.M. (2009). Stigmatisierung von Patienten mit Schizophrenie. Prägt das Studium die Einstellungen angehender Psychologen und Mediziner? *Der Nervenarzt*, 80, 329-339.

Baer, N.; Domingo, A. & Amsler, F. (2003). *Diskriminiert. Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens; Darstellung, Auswertung, Konsequenzen*. Psychiatrieverlag, Bonn, S. 218-269.

Baer, N. (2006). Was brauchen KlientInnen, Betriebe und Fachleute, damit Eingliederung gelingen kann? *Pro mente sana aktuell*, 4, 18-20.

Baer, N., Frick, U. & Fasel, T. (2009). *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Baumann, A. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a "stranger". *Int Rev Psychiatry*, 19(2), 131-35.

Baumann, A.; Zaeska, H.; & Gaebel, W. (2003). Das Bild psychisch Kranker im Spielfilm: Auswirkungen auf Wissen, Einstellungen und soziale Distanz am Beispiel des Films „Das weisse Rauschen“. *Psychiat Praxis*, 30, 372-378.

Beautrais, A. L. (2000). *Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for the National Health and Medical Research Council 1998*. Canberra: National Health and Medical Research Council.

Blumenthal, S. J. & Kupfer, D. J. (Hrsg.) (1990). *Suicide Over the Life Cycle. Risk factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients*. Washington DC, London: American Psychiatric Press.

Bock, T.; Altmann, U; Patzner, S. & Steiner, J (2003). Antistigmakampagne von unten lebt von trialogischer Zusammenarbeit. *Kerbe Forum für Sozialpsychiatrie*, 3, 31-35.

Boedecker, W. & Klindworth, H. (2007). *Herz und Seele bei der Arbeit*. BKK Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.). Essen: BKK.

Bundesamt für Sozialversicherungen. (2010). *Dossier: Die 6. IV-Revision*. Website-Dokument, URL: <http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00023/02473/index.html?lang=de> (03.12.2010)

Bundesamt für Statistik BFS (2007). *Todesursachenstatistik 2007*. BFS: Neuchâtel.

Bundesamt für Statistik BFS (2008). *Todesursachenstatistik 2008*. BFS: Neuchâtel.

Bundesamt für Statistik BFS (Hrsg.) (2008). *Von Generation zu Generation. Entwicklung der Todesursachen 1970 bis 2004*. BFS: Neuchâtel.

Bundesamt für Statistik BFS (2008). *Statistik de Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens*. Neues Erhebungskonzept. BFS Aktuell 14. (Publikation liegt nur in elektronischer Form vor; URL: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/publikationen_statistik/publikationskatalog.html?publicationID=3314). [Download im April 2012].

Bundesamt für Statistik BFS (2012). *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens*. Website: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/ueberblick.html> [Download im April 2012].

Corrigan, P. & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 46(1), 42-48.

Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). 3. unveränderte Auflage*. Bern: Huber

EU-Konferenz. (2008). *Europäischer Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden*. Brüssel: EU-Mental Health. Website-Dokument, URL: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_de.pdf (02.08.2010)

Gaebel, W; Ahrens, W. & Schlamann, P. (2010). Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis. Website-Dokument, URL: http://www.seelischegesundheit.net/images/stories/Aktionsbuendnis_Studie_Konzeption_Umsetzung_Interventionen_2010.pdf (02.10.2010).

Goffman, E. (1975). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.

Hoffmann-Richter, U. (2000). *Psychiatrie in der Zeitung*. Bonn: Das Narrenschiff.

Jäger, M., Sobocki, P. & Rössler, W. (2008). Cost of disorders of the brain in Switzerland with a focus on mental health. *Swiss Med Wkly*, 138: 4 – 11.

Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K. R., Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.

Ketterer, F. (2008). La campagne de promotion de la santé mentale: Une mise en perspective socio-politique. *Sociologie santé [Texte imprimé]: recherche pratiques professionnelles / Centre aquitain de recherche sur les problèmes de santé*, 29, p. 301-319.

Kroll, M., Dietrich, S. & Angermeyer, M.C. (2003). Die Darstellung der Depression in deutschen Tageszeitungen. Eine Trendanalyse. *Psychiat Praxis*, 30, 367-371.

Kuhl, H. C. & Junge, C. (2008). *Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000-2006. (Arbeitsdokument 31)*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Lauber, C., Nordt, C. & Rössler, W. (2005). Lay Beliefs About Treatment for People With Mental Illness and Their Implications for Antistigma Strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 50 (12): 745-752

Lauber, C. (2006). Erfolgreiche Antistigma-Arbeit muss bei den Fachleuten ansetzen. *Pro mente sana aktuell*, 4, 9-11.

Lauber, C.; Nordt, C.; Haker, H.; Falcato, L.; Rössler, W. (2006). Community Psychiatry: Results Of A Public Opinion Survey. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 52 (3): 334-242.

Lauber, C. & Rössler, W. (2007). Involuntary admission and the attitude of the general population, and mental health professionals. *Psychiatr Prax*, 2, 81-85.

Lauber, C. & Rössler, W. (2007a). Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 157-78.



- Lauber, C. & Sartorius, N. (2007b). At issue: Anti-stigma endeavours. *International Review of Psychiatry*, 19(2): 103-106.
- Lauber, C. & Rössler, W. (2007c). Zwangsaufnahme in das psychiatrische Krankenhaus im Spiegel der öffentlichen Meinung und aus Sicht von Professionellen in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 34 (Suppl. 2): 181-185.
- Lauber, C. (2008). Stigma and discrimination against people with mental health illness: a critical appraisal. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 17(1), 10-13.
- 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*, Vol. 54, No. 3, 400-423
- Link, B. G.; Struening, E.; Neese-Todd, S.; Asmussen, S.; Phelan, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv*, 52(12), 1621-6.
- Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Medscape (2010). Medscape Medical News: *Challenging, but Interesting, Times Ahead for Incoming APA President*. Online im Internet: [http://www.medscape.com/viewarticle/722201\(31.05.2010\)](http://www.medscape.com/viewarticle/722201(31.05.2010)).
- Meyer, K. (Hrsg.) (2009): *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (Hrsg.) (1996): The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. *Global Burden of Diseases and Injury Series*, Vol. 1. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.
- Myers, F.; Woodhouse, A.; Whitehead, I.; McCollam, A.; McBryde, L.; Pinfold, V.; Thornicroft, G. (2009). *Evaluation of 'see me' - the National Scottish Campaign Against the Stigma and Discrimination associated with Mental Ill-Health*. Scottish Government Social Research. Website-Dokument, URL: www.scotland.gov.uk/socialresearch. (19.07.2010)
- Nordt, C.; Rössler, W. & Lauber, C. (2006). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People with Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709-714.
- Pro Mente Sana (Hrsg.) (2009). *Pro Mente Sana aktuell*. 03/2009, 17 – 18.
- Ramaciotti, D. & Perriard, J. (2003). *Zusammenfassung der Studie «Die Kosten des Stresses in der Schweiz»*. SECO: Website-Dokument, URL: <http://www.seco.admin.ch/dokumentation/publikation/00008/00022/01511/index.html?lang=de> (07.07.2010).
- Rüsch, N.; Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). The stigma of mental illness: concepts, forms and consequences. *Psychiatr Prax*, 32(5), 221-232.
- Sartorius, N.; Gaebel, W.; Cleveland, H. R.; Stuart, H.; Akiyama, T.; Arboleda-Florez, J.; Baumann, A.; Gurej, O.; Jorge, M.; Kastrup, M.; Suzuki, Y.; Tasman, A. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry* 9, (3), 131-145.
- Schomerus, G. (2009). Steine auf dem Weg – Stigma und Hilfesuchverhalten. *Psychiatrische Praxis*, 36, 53-54.
- Schuler, D.; Rüsch, P. & Weiss, C. (2007). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring (Arbeitsdokument 24)*. Neuchâtel: Schweiz. Gesundheitsobservatorium.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry*, 19(2), 137-55.



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2008). *Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Kurzfassung*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Steger, F. (2003). Von der Person zum isolierten Fall: Franz Schmökel in den Diskursen von Macht und Stigmatisierung. *Psychiat Prax*, 30, 389-394.

Stroebe, W.; Hewstone, M. & Stephenson, G. M. (Hrsg.) (1997). *Sozialpsychologie: Eine Einführung*. 3. erw. und überarb. Aufl.. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

Thornicroft, G.; Rose, D. & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry*, 19(2), 113-22.

Van Dorn, R.; Swanson, J.; Elbogen, E.; Swartz, M. (2005). A Comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry*, 68(2), 152-63.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. In : *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 44, 2001.

WHO Europa. (2005). *Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen*. Website-Dokument, URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/88597/E85445G.pdf (02.08.2010).

WHO Europa. (2005a). *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Website-Dokument, URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99735/edoc07.pdf (02.08.2010).

World Health Organization. (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision, Version for 2007*. Website-Dokument. URL: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (01.09.2010)

Zurbriggen, L. (2003). Stigma. In: Carrigiet, E.; Mäder, U.; Bonvin, J.-M. (2003): *Wörterbuch der Sozialpolitik*, Rotpunktverlag, Zürich, S. 321



10.ANHANG: Erläuterungen zu Psychische Störungen und Stigmatisierung

Psychische Störungen / Krankheiten

Definition psychischer Störung aus DSM-IV: «In DSM-IV wird jede psychische Störung als ein klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster aufgefasst, das bei einer Person auftritt und das mit momentanem Leiden (z.B. einem schmerzhaften Symptom) oder einer Beeinträchtigung (z.B. Einschränkung in einem oder in mehreren wichtigen Funktionsbereichen) oder mit einem stark erhöhten Risiko einhergeht, zu sterben, Schmerz, Beeinträchtigung oder einen tiefgreifenden Verlust an Freiheit zu erleiden. Zusätzlich darf dieses Syndrom oder Muster nicht nur eine verständliche und kulturell sanktionierte Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis sein, wie z.B. den Tod eines geliebten Menschen. Unabhängig von dem ursprünglichen Auslöser muss gegenwärtig eine verhaltensmäßige, psychische oder biologische Funktionsstörung bei der Person zu beobachten sein. Weder normabweichendes Verhalten (z.B. politischer, religiöser oder sexueller Art) noch Konflikte des Einzelnen mit der Gesellschaft sind psychische Störungen, solange die Abweichung oder der Konflikt kein Symptom einer oben beschriebenen Funktionsstörung bei der betroffenen Person darstellt» (DSM-IV-TR, deutsche Ausgabe S. 979).

Definition im ICD-10 (WHO, 2007): «The term "disorder" is used throughout the classification, so as to avoid even greater problems inherent in the use of terms such as "disease" and "illness". "Disorder" is not an exact term, but it is used here to imply the existence of a clinically recognizable set of symptoms or behaviour associated in most cases with distress and with interference with personal functions. Social deviance or conflict alone, without personal dysfunction, should not be included in mental disorder as defined here» (p.11)

Stigmatisierung

Das Stigmatisieren im Sinne des Zuschreibens (Attribuierens) von Eigenschaften basiert im Wesentlichen auf dem grundlegenden Prozess der sozialen Kategorisierung: Kategorisierung ist ein Mittel zur Vereinfachung der kognitiven Informationsverarbeitung, wobei zwei oder mehr unterscheidbare Objekte, die als gleich behandelt werden, gruppiert werden. Das Kategorisieren an sich ist ein wertneutraler kognitiver Mechanismus.

Bei der Stigmatisierung wird einer Person ein der Gruppennorm¹⁵ abweichendes Merkmal zugeschrieben, so dass die betreffende Person nicht mehr als gleichwertig anerkannt und ihr zugleich ein Entwicklungspotential abgesprochen wird. Von der Gruppe wird von ihr erwartet, dass sie sich auf eine bestimmte Art und Weise verhält, beispielsweise, indem sie die negativen Merkmale verschweigt oder umgekehrt dazu steht. Stigmatisierungsbetroffene sehen sich ständig damit konfrontiert, potentiell diskreditiert zu werden. Scham, Angst und Unsicherheit haben aus diesem Grund Einfluss auf das Verhalten und die Interaktionen der Betroffenen. Stigmatisierung kann auf verschiedensten Ebenen erfolgen, aufgrund körperlicher oder charakterlicher Besonderheiten wie beispielsweise Homosexualität oder Arbeitslosigkeit oder formaler Eigenschaften wie Nationalität oder Zugehörigkeit zu einer Religion. Stigmatisierung drückt sich auf verschiedene Weise aus, wie z. B. durch das Vermeiden des Benennens oder Davon-Sprechens (Corrigan & Wassel, 2008), durch Nachäffen, durch das Zurückhalten von Informationen u. v. m. Das Herstellen einer Sozialen Distanz ist eine der wesentlichsten Komponenten der Stigmatisierung (Lauber et al., 2006). Ebenso häufig ist die Selbststigmatisierung durch sozialen Rückzug und Vermeidungsverhalten.

¹⁵ Normen stellen bestimmte Verhaltensstandards dar, die den durchschnittlichen Präferenzen der Mitglieder einer Gruppe dienen und deren Interaktion untereinander regeln (Stroebe et al., 1997).



Für die Erklärung von Stigmatisierung wurden bislang verschiedene Theorien formuliert, die teilweise Goffmans Ansatz weiterentwickeln, teils auch stärker auf Erkenntnisse über kognitive Mechanismen sowie soziale Prozesse gründen (z. B. „Modifizierte Labelling-Theorie“; Link et al., 1999), und neuere Stigmatisierungs-Forschung berücksichtigen. Was mögliche Ursachen für die Stigmatisierung betrifft, so werden Aspekte genannt wie mangelnde Informationen, Angst oder eine Art Spiegelfunktion, indem die stigmatisierten Personen Merkmale zeigen, die bei der eigenen Person vorhanden sein könnten, aber nicht bewusst sind (Baer, 2003, Baumann, 2007).