

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Direktor: Prof. Dr. med. Peter Falkai

## **Die Stigmatisierung von schizophren Erkrankten**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von Anna Holzer  
aus Kempten

2016

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. Peter Falkai
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. Andreas Beuder
Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter:	PD Dr. Florian Seemüller
Dekan:	Prof. Dr. med. dent. Reinhard HICKEL
Tag der mündlichen Prüfung:	14.07.2016

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	1
<b>1.1. Schizophrenie</b> .....	2
1.1.1. Epidemiologie.....	2
1.1.2. Ätiologie .....	2
1.1.3. Symptomatik und Diagnostik .....	3
1.1.4. Klassifikation.....	5
1.1.5. Behandlungsmöglichkeiten .....	5
<b>1.2. Stigmatisierung</b> .....	6
1.2.1. Historische Entwicklung und Definition .....	6
1.2.2. Entstehungsprozess.....	7
1.2.3. Folgen der Stigmatisierung.....	7
1.2.4. Soziale Distanz .....	8
1.2.5. Vorurteile über das Krankheitsbild der Schizophrenie.....	9
1.2.6. Stigmaforschung bei Schizophrenie .....	9
<b>1.3. Antistigmakampagnen</b> .....	10
1.3.1. Weltweit durchgeführte Antistigmakampagnen .....	10
1.3.2. Antistigmakampagnen der LMU und TU München.....	11
<b>1.4. Ziel der Studie</b> .....	12
<b>2. Fragestellung und Ziel</b> .....	14
<b>3. Material und Methoden</b> .....	15
<b>3.1. Probanden</b> .....	15
3.1.1. Medizinstudenten.....	15
3.1.2. Psychisch Kranke .....	15
<b>3.2. Fragebogen</b> .....	16
3.2.1. Soziodemographische Daten .....	16
3.2.2. Informationserhalt durch Medien .....	17
3.2.3. Kontakt zu psychisch Kranken .....	18
3.2.4. Wissen über das Krankheitsbild der Schizophrenie .....	18
3.2.5. Soziale Distanz .....	19
3.2.6. Wahrgenommene Stigmatisierung .....	20
3.2.7. Möglichkeiten zur Verbesserung der Akzeptanz.....	20
<b>3.3. Durchführung</b> .....	22
<b>3.4. Auswertung</b> .....	22

<b>4. Ergebnisse</b> .....	24
4.1. Soziodemographische Daten .....	24
4.2. Informationserhalt durch Medien .....	27
4.3. Kontakt zu psychisch Kranken .....	30
4.4. Wissen über das Krankheitsbild der Schizophrenie .....	32
4.5. Soziale Distanz .....	38
4.6. Wahrgenommene Stigmatisierung .....	42
4.7. Möglichkeiten zur Verbesserung der Akzeptanz .....	43
<b>5. Diskussion</b> .....	45
<b>5.1. Informationserhalt durch Medien</b> .....	45
5.1.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse .....	45
5.1.2. Diskussion .....	46
<b>5.2. Kontakt zu psychisch Kranken</b> .....	47
5.2.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse .....	47
5.2.2. Diskussion .....	48
<b>5.3. Wissen über das Krankheitsbild der Schizophrenie</b> .....	49
5.3.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse .....	49
5.3.2. Diskussion .....	50
<b>5.4. Soziale Distanz</b> .....	53
5.4.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse .....	53
5.4.2. Diskussion .....	54
<b>5.5. Wahrgenommene Stigmatisierung</b> .....	56
5.5.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse .....	56
5.5.2. Diskussion .....	57
<b>5.6. Möglichkeiten zur Verbesserung der Akzeptanz</b> .....	59
5.6.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse .....	59
5.6.2. Diskussion .....	60
<b>5.7. Antworten auf Fragestellung</b> .....	62
<b>5.8. Schlussfolgerungen für zukünftige Antistigmakampagnen</b> .....	63
<b>5.9. Limitierungen der Studie</b> .....	65
<b>6. Zusammenfassung</b> .....	67
<b>7. Anhang</b> .....	70
7.1. Literaturverzeichnis .....	70

7.2. Tabellenverzeichnis.....	76
7.3. Abbildungsverzeichnis.....	77
<b>7.4. Ergänzende Tabellen .....</b>	<b>78</b>
7.4.1. Soziodemographische Daten .....	78
7.4.2. Informationserhalt durch Medien .....	78
7.4.3. Kontakt zu psychisch Kranken .....	79
7.4.4. Wissen über das Krankheitsbild der Schizophrenie .....	80
7.4.5. Soziale Distanz .....	82
7.4.6. Wahrgenommene Stigmatisierung.....	83
7.4.7. Möglichkeiten zur Verbesserung der Akzeptanz.....	84
7.4.8. Fehlende Antworten .....	84
7.5. Fragebogen.....	87
<b>8. Danksagung.....</b>	<b>94</b>

# 1. Einleitung

„Herr Mollath ist gefährlich“ (Zitat der bayerischen Justizministerin Dr. Beate Merk (Gierke, 2013)). Mit diesen Worten rechtfertigte sie lange Zeit den Maßregelvollzug des „Spinner[s]“ (Aussage der Steuerfahnder im Fall Gustl Mollath (Müller, 2013)) Gustl Mollath. Gustl Mollath war überzeugt davon, dass seine Ehefrau und die Bank, in der sie arbeitet, für wohlhabende Kunden Steuern hinterziehen würden. Um seine Glaubwürdigkeit zu schwächen, streute die Ehefrau den Verdacht auf eine psychische Störung ihres angeblich gewalttätigen Mannes und bewirkte, dass bei diesem ohne eingehende psychiatrische Untersuchung ein „paranoides Gedankensystem“ (Przybilla & Ritzer, 2012) diagnostiziert wurde. Daraufhin ließen sich sowohl die bayerische Justiz als auch die bayerische Regierung und die beauftragten Sachverständigen von ihren Vorurteilen und vorgefertigten Meinungen über schizophren Erkrankte leiten und nahmen Mollath und seine Erklärungen nicht mehr ernst. Letztendlich trugen die Eigeninteressen des Richters (einer seiner Freunde soll an der Steuerhinterziehung beteiligt gewesen sein) und der bayerischen Justizministerin Merk (sie wollte den Fall nicht in der Öffentlichkeit austragen) dazu bei, dass verschiedenste Versäumnisse (fehlende Nachforschungen bezüglich der Schwarzgeldaffäre, keine Hinterfragung der Beweggründe der Ehefrau und Vernachlässigung nichtpathologischer psychiatrischer Gutachten) getätigt wurden und brachten den vermeintlich schizophren Erkrankten auf Grund seiner Gefährlichkeit in einer forensischen Psychiatrie unter. Letztendlich stellte sich heraus, dass einige seiner „Wahnideen“ der Wahrheit entsprachen und es erhärtete sich der Verdacht, dass Justiz, Regierung und Psychiatrie unter anderem durch ihre stereotypen Anschauungen zur Verschleierung der Affäre beitrugen (Guyton, 2012).

Die Stigmatisierung Mollaths ist jedoch kein Einzelfall. Psychisch kranke Menschen, aber auch andere soziale Randgruppen wie Migranten oder Menschen mit HIV oder Behinderungen, begegnen täglich Diskriminierungen und Stigmatisierungen in ihrem Umfeld, was zu zusätzlichen schweren Belastungen für die Betroffenen führt. Vor allem Patienten mit Schizophrenie werden oftmals für gefährlich und kriminell gehalten und ihre Meinung meist weniger wertgeschätzt, wie es auch im Fall Mollath passiert ist.

Die Stigmaforschung hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Situation der Patienten nachhaltig zu verbessern. Aus diesem Grund wurde 2010/2011 an der Ludwig-Maximilians-Universität München eine Studie durchgeführt, die die stigmatisierende Einstellung von Medizinstudenten und psychiatrischen Patienten gegenüber Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis untersucht.

## 1.1. Schizophrenie

1898 beschreibt Emil Kraepelin erstmals das Krankheitsbild der Schizophrenie und gab ihr den Namen „Dementia praecox“ (vorzeitige Demenz). Er erkannte damals ein psychiatrisches Erkrankungsbild, das sich durch einen frühen Beginn und den zunehmend geistigen Verfall auszeichnet und meist in einer demenzartigen Verfassung endet (Berger & Angenendt, 2009, p. 412). Bleuler stellt 1911 fest, dass nicht der Verlauf, sondern vielmehr die Psychopathologie ausschlaggebend ist. Da die Patienten an einer „Zersplitterung und Aufspaltung des Denkens, Fühlens und Wollens und des subjektiven Gefühls der Persönlichkeit“ (Bleuler, 1983, p. 407) leiden, führt er den noch heute gebräuchlichen Begriff „Schizophrenie“ (von griechisch „schizein“ = abspalten, „phren“ = Zwerchfell, Seele) ein. Schneider unterteilt die Symptomatik nach ihrer Relevanz in Symptome ersten und zweiten Rangs. Diese Einteilung bildet die Basis für die ICD-10 Kriterien, nach denen die heutige Diagnostik erfolgt (Berger & Angenendt, 2009, p. 412). Aus gegenwärtiger Sicht wird Schizophrenie definiert als eine *„nach ICD und DSM nichtorganische Psychose mit charakteristischen, aber vielgestaltigen Störungen der Persönlichkeit (des Ich- oder Selbst-Erlebens), des Denkens, der Wahrnehmung, der Realitätsprüfung, der Affektivität und der Motorik; keine Beeinträchtigung der Vigilanz und Orientierung, keine erkennbare hirnorganische Erkrankung und Einwirkung von Psychedelika“* (Margraf & Maier, 2012).

### 1.1.1. Epidemiologie

Die Prävalenz der Schizophrenie beträgt 0,5 – 1,0 %, was in etwa ihrer Lebenszeitprävalenz entspricht (0,6 – 1,0 %). Fünf von 10 000 Menschen erkranken jährlich neu an einer Schizophrenie. Es sind weder geschlechtsspezifische noch soziokulturelle Unterschiede erkennbar. Die Erkrankung beginnt in der Regel in der Adoleszenz und tritt meist noch vor dem 30. Lebensjahr erstmals auf. Männer erkranken durchschnittlich fünf Jahre früher als Frauen (Möller, Laux, & Kapfhammer, 2011, pp. 216-217).

### 1.1.2. Ätiologie

Nach dem derzeitigen Stand der Forschung geht man von einer multifaktoriellen Genese der Schizophrenie aus. Das bedeutet, dass die Krankheit nicht durch eine einzelne definierte Ursache ausgelöst wird, sondern vielmehr durch das Zusammenspiel vieler verschiedener Faktoren verursacht wird. Es lassen sich biologische von biochemischen und psychosozialen Faktoren unterscheiden. Aus der Zwillingsforschung ist bekannt, dass, je näher der Verwandtschaftsgrad ist, desto höher auch die Erkrankungswahrscheinlichkeit ist. Auf molekulargenetischer Ebene wird

zum gegenwärtigen Stand der Forschung unter anderem dem Dysbindin-Gen eine entscheidende Rolle zugesprochen. Ebenso trägt eine veränderte Hirnmorphologie (strukturelle und funktionelle Hirnanomalien) zu einem Ausbruch der Krankheit bei. Auch prä- und perinatale Komplikationen (z.B. Hypoxie bei Entbindung, grippeähnliche Erkrankungen während des 2. Trimenons) können zu hirnorganischen Entwicklungsstörungen führen und die Vulnerabilität erhöhen.

Auf biochemischer Ebene scheint vor allem ein Ungleichgewicht des dopaminergen und glutamatergen Systems die Symptomatik der Schizophrenie hervorzurufen. Auch Drogenabusus mit Cannabis und Amphetaminen kann eine Exazerbation der Erkrankung auslösen.

Zu den psychosozialen Faktoren zählen besondere Lebensumstände („life events“ wie Heirat oder Tod eines Angehörigen) und familiäre Verhaltensauffälligkeiten („Doppelbinding-Konzept“). Innerhalb einer High Expressed Emotion Family erhalten die Erkrankten in sich widersprüchliche verbale und non-verbale Signale von ihren Bezugspersonen. Diese reichen von überschwänglicher Liebe bis zu unangemessener Kritik oder Feindseligkeiten innerhalb der Familie.

Der Ausprägungsgrad der biologischen, biochemischen und psychosozialen Faktoren ergibt die individuelle Disposition für die Wahrscheinlichkeit eines Ausbruchs oder eines Rezidivs der Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (vgl. dazu das Diathese-Stress-Modell) (Möller, et al., 2011, pp. 217-231).

### 1.1.3. Symptomatik und Diagnostik

Die Diagnose der Schizophrenie wird nach ICD-10-Kriterien bzw. nach der DSM-IV-Klassifikation gestellt.

**Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für Schizophrenie: allgemeine Kriterien, entnommen aus (Möller, et al., 2011, p. 248, Tabelle 52.8)**

ICD-10	DSM-IV-TR
<b>Symptomatologie</b>	
1. Mindestens eines der folgenden Merkmale:	Charakteristische Symptome: mindestens 2 der folgenden, jedes bestehend für einen erheblichen Teil einer Zeitspanne von einem Monat (oder weniger, falls erfolgreich behandelt):
a) Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung	1. Wahn
b) Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen,	2. Halluzinationen



Wahrnehmungen	
c) Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über die Person reden, oder andere Stimmen, die aus bestimmten Körperteilen kommen	3. Desorganisierte Sprache
d) Anhaltender, kulturell unangemessener bizarrer Wahn	4. Massiv desorganisiertes Verhalten oder katatone Symptome
2. Oder mindestens 2 der folgenden Merkmale:	5. Negative Symptome, d. h. Affektverflachung, Sprachverarmung oder Apathie
a) Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, täglich oder während mindestens eines Monats, begleitet von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung oder begleitet von langanhaltenden überwertigen Ideen	Nur eines der obigen Symptome ist erforderlich, wenn der Wahn bizarr ist oder wenn Halluzinationen aus einer Stimme bestehen, die einen fortlaufenden Kommentar über das Verhalten oder die Gedanken des Betroffenen abgibt oder wenn 2 oder mehrere Stimmen sich miteinander unterhalten
b) Neologismen, Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit oder Danebenreden führt	Für eine bedeutende Zeitspanne seit dem Beginn der Störung sind ein oder mehrere Funktionsbereiche wie Arbeit, zwischenmenschliche Beziehung oder Selbstfürsorge deutlich unter dem Niveau, das vor dem Beginn erreicht wurde
c) Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus, Stupor	
d) Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte	
<b>Zeitkriterien</b> Während der meisten Zeit innerhalb eines Zeitraums von mindestens einem Monat (oder während einiger Zeit an den meisten Tagen) sollte eine psychotische Episode mit entweder mindestens einem der unter 1. aufgezählten Syndrome, Symptome oder Anzeichen oder mit mindestens 2 der unter 2. aufgezählten Symptome und Anzeichen bestehen	Zeichen des Krankheitsbildes halten für mindestens 6 Monate an. Diese 6-monatige Periode muss mindestens einen Monat mit Symptomen umfassen, die das Kriterium A (d. h. floride Symptome) erfüllen und kann Perioden mit prodromalen oder residualen Symptomen einschließen

Die Angaben zum Krankheitsverlauf der Schizophrenie variieren stark in der Literatur. Vereinfachend lässt sich die Drittelregel anwenden: ca.  $\frac{1}{3}$  der erkrankten Patienten durchläuft lediglich eine Einzelepisode, während ca.  $\frac{1}{3}$  der Patienten einen schubweise rezidivierenden Verlauf mit kompletter Remission zwischen den produktiven Phasen aufweist. Ein weiteres Drittel wird zwischen den Schüben in einem chronischen oder progredienten Residualstadium persistieren. Prognostisch ungünstig für den Verlauf der Erkrankung erweisen sich unter anderem:

- männliches Geschlecht,

- jungendliches Alter bei Erstdiagnose,
- positive Familienanamnese für Schizophrenie,
- schlechte soziale Einbindung des Patienten,
- hebephrene Schizophrenie bei Erstdiagnose,
- Negativsymptomatik zu Beginn,
- schleichender Beginn der Erkrankung mit langem Prodromalstadium,
- lange unbehandelte Schizophrenie (Möller, et al., 2011, pp. 231-242).

#### **1.1.4. Klassifikation**

Die Schizophrenie zeichnet sich durch ein vielfältiges Erscheinungsbild aus und lässt sich in mehrere Subtypen unterscheiden. Der Patient kann im Laufe seiner Krankheit verschiedene Unterformen durchlaufen (paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, hebephrene Schizophrenie, katatone Schizophrenie, undifferenzierte Schizophrenie, schizophreses Residuum, Schizophrenia simplex, postschizophrene Depression) oder an einer Mischform erkranken (Möller, et al., 2011, pp. 246-252).

#### **1.1.5. Behandlungsmöglichkeiten**

Aufgrund der multifaktoriellen Ätiologie der Schizophrenie bedarf es einer mehrdimensionalen und individualisierten Behandlungsform. Die Therapie beruht grundsätzlich auf drei Säulen: der medikamentösen Therapie, der Psychotherapie und der Soziotherapie.

Neuroleptika sind das geeignete Psychopharmakon und werden gegebenenfalls mit Antidepressiva oder Anxiolytika ergänzt. Im Rahmen der Psychotherapie wird versucht, die Patienten und deren Angehörige im Umgang mit der Krankheit zu schulen und zu unterstützen. Hier wird besonderen Wert auf die Psychoedukation gelegt. Die Erkrankten und ihre Angehörigen werden in der Krankheitsausprägung und –bewältigung unterrichtet und erhalten Unterstützung in der individuellen Rezidivprophylaxe. Verhaltenstherapeutisch verbessern die Patienten ihre sozialen Kompetenzen mit Hilfe von social skill-Trainings und entwickeln Strategien im Umgang mit zukünftigen Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Die Soziotherapie legt ihren Schwerpunkt auf den Erhalt der sozialen Einbindung der Patienten in die Gesellschaft, indem sie die berufliche und soziale Rehabilitation unterstützt.

Die Schizophrenie ist mit derzeitigen Mitteln nicht ursächlich heilbar. Jedoch kann mit geeigneter Lebensführung die Symptomatik soweit kontrolliert werden, dass ein weitgehend beschwerdefreies Leben möglich ist (Möller, et al., 2011, pp. 257-308).

## 1.2. Stigmatisierung

### 1.2.1. Historische Entwicklung und Definition

Der Begriff „Stigma“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt „Brandmal“. Ursprünglich verwendete man diesen Ausdruck als *„Verweis auf körperliche Zeichen, die dazu bestimmt waren, etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren. Die Zeichen wurden in den Körper geschnitten oder gebrannt und taten öffentlich kund, daß der Träger ein Sklave, ein Verbrecher oder ein Verräter war – eine gebrandmarkte, rituell für unrein erklärte Person, die gemieden werden sollte, vor allem auf öffentlichen Plätzen“* (Goffman, 1975, p. 9). Die christliche Urgemeinde übernahm diesen Begriff für die Wundmale Jesu Christi. Heutzutage wird der Begriff „Stigma“ wieder in seiner ursprünglichen Bedeutung definiert als *„a mark of shame, disgrace or disapproval which results in an individual being rejected, discriminated against, and excluded from participating in a number of different areas of society“* (WHO, 2001, p. 32). Wichtig ist, dass diese Definition nicht das Merkmal selbst, sondern vielmehr die damit verbundenen Eigenschaften beschreibt.

Dagegen wird der Begriff „Stigmatisierung“ verwendet, wenn das Verhalten gegenüber Menschen mit sichtbaren oder unsichtbaren Abnormalitäten gemeint ist. Laut Brusten und Hohmeier werden als Stigmatisierung *„soziale Prozesse bezeichnet; die durch »Zuschreibungen« bestimmter - meist negativ bewerteter - Eigenschaften (»Stigmata«) bedingt sind oder in denen stigmatisierende, d. h. diskreditierende und bloßstellende »Etikettierungen« eine wichtige Rolle spielen, und die in der Regel zur sozialen Ausgliederung und Isolierung der stigmatisierten Personengruppen führen. Stigmatisierungsprozesse haben sowohl für die Lebenssituation als auch für die Identität der von ihnen Betroffenen beträchtliche Folgen“* (Brusten & Hohmeier, 1975, Vorwort). Stigmatisierung gibt den Menschen also Halt und Orientierung, da sie die eigenständige Einschätzung und Bewertung des Gegenübers abnimmt. Zusätzlich dient sie der Stabilisierung des gesellschaftlichen Konstrukts, indem ein Wir-Gefühl gebildet wird, das die Minderheiten systematisch ausgrenzt (Brusten & Hohmeier, 1975, p. 10 ff).

Stigmatisierung ist in unserer Gesellschaft weit verbreitet. Vor allem soziale Randgruppen – wie beispielsweise Homosexuelle, Obdachlose oder Migranten – werden abwertend behandelt und diskriminiert. Stigmatisierung findet sich aber auch im medizinischen Bereich. So werden unter anderem behinderte Personen, Fettleibige oder HIV-positive Menschen mit Vorurteilen behaftet und von der Gesellschaft ausgegrenzt. Eine Sonderstellung nehmen dabei die psychisch Kranken ein: im Laufe der Geschichte wurden sie immer wieder Ziel von Verfolgung und „Ausmerzungen“, sei es als Hexen im Mittelalter oder im Rahmen der Rassenhygiene im Dritten Reich. Die Gesellschaft trägt deshalb die spezielle Verantwortung sicherzustellen, dass sich diese Entgleisungen der Vergangenheit nicht wiederholen. Die Realität zeigt jedoch, dass viele psychisch Kranke heutzutage noch immer kaum in die Gesellschaft integriert sind und sowohl ihnen als auch der Institution Psychiatrie und deren Mitarbeiter mit Argwohn begegnet wird.

Die folgenden Abschnitte beziehen sich ausschließlich auf die Stigmatisierung psychisch Kranker bzw. Menschen mit Schizophrenie.

### 1.2.2. Entstehungsprozess

Je deutlicher eine Person von der Norm abweicht, desto wahrscheinlicher wird ihre Stigmatisierung (Goffman, 1975, p. 10 ff). Die klassische Etikettierungstheorie von Scheff geht davon aus, dass die Bildung von Stigmata nicht durch das besondere Merkmal selbst, sondern durch die „residuale Regelübertretung“ bedingt ist: in der Gesellschaft sind bestimmte negative Attribute bezüglich verschiedener Normabweichungen verinnerlicht, die unbewusst schon in früher Kindheit gelernt werden (Patterns). Wenn nun eine Person durch ein besonders abweichendes Verhalten (z.B. durch extrapyramidale Nebenwirkungen einer medikamentösen Schizophrenietherapie) auffällt bzw. soziale Regeln nicht einhält, kann es passieren, dass diese Person mit dem Etikett „psychisch krank“ versehen wird, was mit der Zuweisung all der negativen Attribute eines psychisch Kranken verknüpft ist (Scheff, 1966; Schmidt, 2005). Diese Form der Stigmatisierung wird auch als Fremdstigmatisierung bezeichnet. Laut Link durchläuft der Stigmatisierungsprozess folgende Schritte:

- 1) Entdeckung einer Abnormalität beim Anderen,
- 2) Verbindung mit kulturell verankerten Ansichten (Etikettierung),
- 3) Abgrenzung zwischen „wir“ und „sie“,
- 4) Diskriminierung und Statusverlust der Person (B. G. Link & Phelan, 2001).

### 1.2.3. Folgen der Stigmatisierung

Stigmatisierungen führen dazu, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen diskriminiert werden. Sie haben beispielsweise Probleme, eine Arbeitsstelle, eine Wohnung oder einen Partner zu finden (individuelle Diskriminierung) und werden durch Versicherungen oder Gesetzgebung benachteiligt (strukturelle Diskriminierung) (Angermeyer & Matschinger, 2004). In der Modified-Labeling-Theorie erweitert Link die von Scheff aufgestellte klassische Etikettierungstheorie mit der Selbststigmatisierung der Patienten, indem er die Erwartungshaltung der psychisch Kranken, stigmatisiert zu werden und deren Folgen mit einbezieht (B. Link, Cullen, Struening, Shrout, & Dohrenwend, 1989). Link bezieht neben der reinen Fremdstigmatisierung die Wechselwirkung zwischen Selbst- und Fremdstigmatisierung mit ein. Die mit der Stigmatisierung einhergehende Diskreditierung vermindert das Selbstwertgefühl des Erkrankten, wodurch er sich verstärkt an den Bewertungen seines Umfelds orientiert. Dies kann zur Folge haben, dass er beginnt, sich selbst zu stigmatisieren und abzuwerten. Der Erkrankte passt sein Verhalten an die Erwartungen der Gesellschaft an und übernimmt damit allmählich die Rolle des psychisch Kranken (B. Link, et al., 1989; Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2007). Aus dieser Selbststigmatisierung entwickelt sich

allmählich ein „Teufelskreis“: der Erkrankte wird unsicher im Umgang mit Gesunden und hat Angst vor deren Reaktionen. Er zieht sich aus Scham und Selbstschutz immer mehr zurück und fällt in eine soziale Isolation und ggf. Depression. Seine Umgebung empfindet diesen Rückzug als Ablehnung durch den Betroffenen und distanziert sich weiter. Der Kranke interpretiert diese Distanzierung als weitere Ablehnung seiner Person und zieht sich noch mehr zurück. Als Folge der Selbststigmatisierung wird die Lebensqualität der psychisch Erkrankten enorm eingeschränkt (<http://www.einblicke-altenburg.de/?q=node/389>, 2013; B. Link, et al., 1989). Somit bedingen sich Fremdstigmatisierung und Selbststigmatisierung gegenseitig.

Nur wer sich selbst und seine Krankheit akzeptiert, wird Hilfe suchen und annehmen können und seine Erkrankung adäquat bekämpfen können. Denn wer aus Scham seine Krankheit verleugnet oder Angst vor Stigmatisierung hat, wird eher die ersten Krankheitszeichen missachten und keine oder erst zu spät professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Nicht nur die Betroffenen selbst werden von der Gesellschaft stigmatisiert – auch Therapeuten, Therapien und Psychopharmaka bzw. deren sichtbare Nebenwirkungen (z.B. extrapyramidale Störungen) begegnen vorgefertigten Meinungen (Gaebel et al., 2011). Dies führt nicht selten zu einer reduzierten Therapietreue der Patienten. Der Besuch beim Psychiater wird vermieden, Medikamente werden selbstständig abgesetzt, um nicht als „Psycho“ zu gelten. Die Selbststigmatisierung begünstigt somit einen schlechteren Krankheitsverlauf. Rezidive häufen sich und eine erfolgreiche Rehabilitation der Patienten wird behindert (B. Link, et al., 1989; Rüscher, Berger, Finzen, & Angermeyer, 2004; Schmidt, 2005).

Um die Modified-Labeling-Theorie empirisch untersuchen zu können, entwickelte Link 1987 die Perceived Devaluation-Discrimination Scale (B. Link, et al., 1989), die auch in der vorliegenden Studie angewendet wird. Die Probanden geben dabei ihre subjektive Stigmawahrnehmung an, indem sie einschätzen, in welchen Situationen „die meisten Leute“ psychisch Kranke diskriminierend oder abwertend behandeln.

#### **1.2.4. Soziale Distanz**

Die Ermittlung der sozialen Distanz ist eine der am häufigsten verwendeten Methoden, um Stigmatisierung empirisch zu messen. Die soziale Distanz gilt als Maß für die Bereitschaft, mit bestimmten Menschen zu interagieren (Jorm & Griffiths, 2008). Um die Einstellung der amerikanischen Bevölkerung zu ihren ethnischen Minderheiten zu erforschen, hat Bogardus 1925 eine Skala zur Messung der sozialen Distanz entwickelt (Bogardus, 1925). Diese Skala wurde in den 50er Jahren von Cumming und Cumming zum ersten Mal auf psychisch Kranke angewendet (Cumming & Cumming, 1957). Der Proband soll sich eine immer engere Beziehung zu einer Person vorstellen und einschätzen, wie er sich in einer solchen Situation fühlen würde. Die Beziehungen reichen von einer unverfänglichen Unterhaltung, bis hin zu der Person als Arbeitskollege, Freund, Zimmergenosse, Familienangehöriger oder Heiratskandidat. Über den Grad der sozialen Distanz wird somit die individuelle Diskriminierung der Probanden ermittelt

(Angermeyer & Matschinger, 2004). Die Skala besitzt eine sehr hohe Reliabilität (0,75 - > 0,90). Ihre Validität wird jedoch eingeschränkt durch die Möglichkeit, die Antworten der gesellschaftlich erwünschten Meinung und Normen anzupassen. Darüber hinaus kann nicht genau überprüft werden, ob die gemessene Einstellung dem tatsächlichen Verhalten des Studienteilnehmer entspricht (B. G. Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004). Trotz der Limitierungen hat sich die soziale Distanz in der Stigmatisierungsforschung bewährt und wird auch in dieser Studie als Messinstrument zur Ermittlung des Stigmatisierungsgrades von an Schizophrenie erkrankten Menschen durch Medizinstudenten und psychisch Kranke verwendet.

### **1.2.5. Vorurteile über das Krankheitsbild der Schizophrenie**

Die häufigsten Vorurteile über das Krankheitsbild der Schizophrenie sind Gefährlichkeit, Inkurabilität, Unberechenbarkeit und Eigenverantwortlichkeit für die Krankheit ([http://openthedoors.de/de/ueber\\_shizophrenie.php](http://openthedoors.de/de/ueber_shizophrenie.php), 2006). Durch nicht korrekte Rückübersetzungen des Wortes „Schizophrenie“ wird fälschlicherweise das Krankheitsbild der multiplen Persönlichkeitsstörung den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zugeordnet (Katschnig, 2002). Bei der Verbreitung und Aufrechterhaltung der Stereotypen spielen die Medien eine maßgebliche Rolle (Klin & Lemish, 2008).

### **1.2.6. Stigmaforschung bei Schizophrenie**

Die Stigmaforschung bei Schizophrenie ist sehr vielfältig. Häufig verwendete Messmethoden sind:

- qualitative oder quantitative Erhebungen,
- Untersuchungen der Allgemeinbevölkerung oder von bestimmten Zielgruppen,
- Verwendung von Vignetten oder Nennung der Diagnose,
- Einstellungserhebungen oder Untersuchungen des subjektiven Stigmaerlebens (antizipiert und/oder tatsächlich erlebt) (Freimüller & Wölwer, 2011, p. 27 ff)

Die Forschung beabsichtigt, ein möglichst differenziertes Verständnis des Stigmatisierungsprozesses zu erhalten, um erfolgreiche Maßnahmen zur Entstigmatisierung für die jeweiligen Zielgruppen zu entwickeln und die Situation für die schizophren Erkrankten zu verbessern.

In Deutschland wurde bislang hauptsächlich die Einstellung der Allgemeinbevölkerung zu Menschen mit Schizophrenie erforscht (Angermeyer & Matschinger, 1994, 2004). Über die stigmatisierende Haltung von Medizinstudenten gegenüber Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wurden bereits in vielen Ländern Untersuchungen durchgeführt

(Economou, Peppou, Louki, & Stefanis, 2012; Mino, Yasuda, Kanazawa, & Inoue, 2000; Rossler, Salize, Trunk, & Voges, 1996; Serafini et al., 2011; Thornicroft, Rose, & Kassam, 2007). Aus Deutschland liegen diesbezüglich Studien von Arens und Neumann vor (Arens, Berger, & Lincoln, 2009; Neumann, Obliers, & Albus, 2012).

Bislang wurde erst eine Studie über die Einstellung von psychiatrischen Patienten gegenüber an Schizophrenie Leidenden in Österreich von Schöny, De Col, Grausgruber und Meise veröffentlicht (Schöny, De Col, Grausgruber, & Meise, 2004). Bei vielen anderen Untersuchungen liegt nicht die Einstellung zu den Schizophrenie-Erkrankten, sondern vielmehr das subjektive Stigmaerleben der Patienten im Fokus der Forschung (Freidl, Lang, & Scherer, 2003; Holzinger, Beck, Munk, Weithaas, & Angermeyer, 2003).

Der in der vorliegenden Studie verwendete Fragebogen wurde bereits in folgenden Ländern zur Untersuchung der Stigmatisierung von Patienten mit Schizophrenie durch die Allgemeinbevölkerung herangezogen:

- Kanada (Stuart & Arboleda-Florez, 2001)
- Deutschland (Gaebel, Baumann, & Witte, 2002)
- Nigeria (Adewuya & Makanjuola, 2008)
- Griechenland (Economou, Richardson, Gramandani, Stalikas, & Stefanis, 2009)
- Argentinien (Leiderman et al., 2011)

### **1.3. Antistigmakampagnen**

#### **1.3.1. Weltweit durchgeführte Antistigmakampagnen**

1996 entwickelte die World Psychiatry Association (WPA) mit „Open the Doors“ ein „*weltweites Programm gegen Stigma und Diskriminierung schizophrener erkrankter Menschen*“ ("open the doors" e.V., 2000, p. 4), um mit Hilfe von „*spezifische(n) Maßnahmen in der Bevölkerung und in besonderen Zielgruppen Wissen, Einstellungen und Verhalten der Menschen gegenüber schizophrenen Kranken zu verändern*“ ("open the doors" e.V., 2000, p. 4). Dieses Antistigmaprogramm wurde zwei Jahre später erstmals erfolgreich in Kanada eingeführt (Stuart & Arboleda-Florez, 2001). Auf dem 11. Psychiatrischen Weltkongress in Hamburg 1999 beschlossen deutsche Psychiater, ebenfalls an diesem Programm teilzunehmen. Sie richteten in den folgenden Jahren in Düsseldorf ein Leitzentrum und in Leipzig, Hamburg, München, Itzehoe und Kiel verschiedene Projektzentren ein. Gemeinsam gründeten sie den Verein „open the doors“ e.V. ("open the doors" e.V., 2000, p. 4; Gaebel, et al., 2002). Mittlerweile ist das Antistigmaprogramm „Open the Doors“ auf allen Kontinenten bekannt: Europa (Deutschland, Österreich, Spanien, Großbritannien, Griechenland, Schweiz, Polen, Rumänien, Slowakei), Nordamerika (Kanada, USA), Südamerika (Brasilien, Chile), Afrika (Ägypten, Marokko,

Uganda), Asien (Türkei, Japan, China, Indien) und Australien (Australien, Neuseeland) ([http://www.openthedoors.com/english/01\\_05.html](http://www.openthedoors.com/english/01_05.html), 2013). Ziel des Programms ist es, Stigmatisierung und Diskriminierung der Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis langfristig zu verringern und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen. Aus diesem Grund führen die Zentren unter anderem folgende Interventionen durch:

- Aufklärung, die an die Bedürfnisse der einzelnen Zielgruppen angepasst wird
- Workshops für Journalisten, Mitarbeiter von Gesundheitsberufen,...
- Kulturprojekte wie Theateraufführungen oder Ausstellungen
- Persönliche Begegnungen mit Betroffenen
- Protestaktionen gegen Stigmatisierung und Diskriminierung

Neben der Organisation und Durchführung gehört auch die regelmäßige Überprüfung der Wirksamkeit solcher Aktionen zum Aufgabenfeld der Projektzentren ("open the doors" e.V., 2000, pp. 4-7).

### 1.3.2. Antistigmakampagnen der LMU und TU München

Das regionale Projektzentrum des WPA-Antistigmatisierungsprogramms „Open the Doors“ in München wird von Projektgruppen der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) und der Technischen Universität (TU) München betreut und gehört zum Kompetenznetz Schizophrenie. Die Projektgruppen arbeiten eng zusammen und ergänzen sich gegenseitig. Während die psychiatrische Abteilung der LMU unter der Leitung von Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller ihren Schwerpunkt auf die Aufklärungsarbeit über das Krankheitsbild der Schizophrenie legt, widmet sich die Arbeitsgruppe der psychiatrischen Klinik der TU mit ihrem Leiter Dr. Werner Kissling vor allem der korrekten Darstellung der Schizophrenie im Internet ("open the doors" e.V., 2000, p. 6). Aus diesem Grund haben beide Universitäten im Rahmen von „Open the Doors“ jeweils eigene Initiativen gegründet:

- ASAM (Anti-Stigma-Aktion München), gegründet von der LMU, organisierte unter anderem Vorträge und Fortbildungen für Mediziner, Schüler, Polizisten oder Journalisten. Außerdem bot sie Wettbewerbe für Schülerzeitungen an und führte Plakataktionen („Künstler gegen Stigma“) durch (Arboleda-Florez & Sartorius, 2008, pp. 54-56). Inzwischen wurde allerdings die Arbeit dieser Arbeitsgruppe auf Grund des Ausscheidens der leitenden Personen eingestellt.
- BASTA (Bündnis für psychisch kranke Menschen), gegründet von der TU, kümmert sich neben speziellen Schul- und Polizeiprojekten vor allem um eine verständliche und korrekte Verbreitung von Informationen über das Krankheitsbild der Schizophrenie im Internet (Arboleda-Florez & Sartorius, 2008, pp. 56-58). Sie errichtet dazu spezielle Portale und verwaltet das Stigma-Alarm-Netzwerk SANE, das Protestaktionen durchführt. Wird jemand auf eine stigmatisierende oder diskriminierende Äußerung aufmerksam, die



in der Öffentlichkeit über Personen gemacht wurde, die an Schizophrenie leiden, kann er dies den Mitarbeitern von SANE melden. Liegt tatsächlich eine Diskreditierung vor, werden die Verursacher aufgefordert, ihre Aussagen zu korrigieren. Der Erfolg dieser Intervention hängt allerdings von der Partizipation der Bürger ab (<http://opentheodoors.de/de/sane.php>, 2006).

Beide Projektgruppen organisieren bzw. organisierten Kunst- und Kulturveranstaltungen im Münchner Raum und kämpfen bzw. kämpften gemeinsam für eine Verbesserung der Situation von Patienten, die an Schizophrenie leiden.

#### **1.4. Ziel der Studie**

Bislang ist nur wenig über die Einstellung psychisch Kranker gegenüber Menschen mit Schizophrenie bzw. über die Haltung schizophrener Erkrankter untereinander bekannt. Die Stigmaforschung geht davon aus, dass das „gesellschaftliche Stigma“ der Schizophrenie dazu führt, dass die Patienten sich selbst stigmatisieren. Dies legt die Vermutung nahe, dass psychisch Kranke dazu neigen, sich selbst, ihre Erkrankung und andere Patienten, die an derselben psychischen Krankheit leiden, verstärkt zu stigmatisieren. Um dies zu erforschen und um zu eruieren, ob die eigene Erfahrung und eine intensive Auseinandersetzung der Patienten mit psychischen Erkrankungen die Einstellung beeinflussen, wurde diese Studie durchgeführt. Als Vergleichsgruppe wurden Medizinstudenten herangezogen. Die Erhebung der Medizinstudenten wurde bereits im Rahmen einer Studie der LMU 2001/2002 durchgeführt, die jedoch nie publiziert wurde. Auf Grund der Verfügbarkeit der Daten wurden die Studierenden stellvertretend für die gesunde Allgemeinbevölkerung, aber auch als eigenständige Untersuchungsgruppe verwendet. Mukherjee et al. haben nämlich bereits im Jahre 2002 gezeigt, dass Stigmatisierung psychisch Kranker unter Medizinstudenten weit verbreitet ist und teilweise noch häufiger vorkommt als in der Allgemeinbevölkerung (Mukherjee, Fialho, & Wijetunge, 2002). Da nur wenige Medizinstudenten nach dem Studium als Psychiater arbeiten werden, aber dennoch in ihrem Berufsleben häufig mit psychisch Kranken zu tun haben, ist es wichtig, dass sie diesen Patienten unvoreingenommen gegenüber treten. Es wurden Medizinstudenten des 8. – 10. Fachsemesters der LMU München ausgewählt, die bereits ein umfassendes medizinisches Wissen, aber noch kein psychiatrisches Fachwissen durch Vorlesungen in Psychiatrie erworben haben.

Die Studie der LMU unterscheidet sich hauptsächlich in ihrer Durchführung von den vorangegangenen Untersuchungen in Kanada, Deutschland, Argentinien, Nigeria und Griechenland. Anstelle eines Telefoninterviews der Allgemeinbevölkerung wurde die schriftliche Form einer Umfrage gewählt, die eine große Durchführungs- und Auswertungsobjektivität gewährleistet. Durch die Gegenüberstellung von zwei Untersuchungsgruppen (psychiatrieerfahrene Patienten vs. psychiatrisch unerfahrene und gesunde Medizinstudenten) wird eine bessere Vergleichbarkeit erreicht. Die Fragen sind mit geringem Zeitaufwand leicht zu

beantworten (Multiplechoiceverfahren), wodurch die Bereitschaft der Probanden zur Teilnahme an der Studie steigt.

Wichtig für die Interpretation der Studie ist, dass die Krankheit „Schizophrenie“ stellvertretend für alle psychischen Erkrankungen verstanden werden kann. Erfahrungsgemäß ist ein Fragebogen, in dem nur eine repräsentative Erkrankung untersucht wird, für alle Probanden leichter zu bearbeiten. Die Wahl fiel auf die Krankheit der Schizophrenie, da sie als eine der bekanntesten und folgenschwersten psychischen Erkrankungen gilt und der Stigmatisierung am meisten unterliegt. (Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel, & Parente, 2002; Stuart, 2008).

## 2. Fragestellung und Ziel

Die vorliegende Studie wurde durchgeführt, um Antwort auf folgende Fragestellungen zu finden:

- Wie sind psychiatrische Patienten gegenüber Menschen, die an Schizophrenie leiden, eingestellt?
- Wie sind Medizinstudenten gegenüber Menschen, die an Schizophrenie leiden, eingestellt?
- Bestätigt sich die Modified Labeling Theorie bzw. neigen psychiatrische Patienten zur Selbststigmatisierung?
- Welchen Wissensstand weisen Studenten, psychisch kranke Patienten und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis über das Krankheitsbild der Schizophrenie auf?
- Welche Vorurteile sind gegenüber Patienten mit Schizophrenie verbreitet?
- Welchen Stellenwert nehmen die Medien bei der Verbreitung und Aufrechterhaltung dieser Vorurteile ein?
- Nehmen psychisch Kranke die Stigmatisierung anders wahr als psychisch Gesunde?

Die Beantwortung dieser Fragen kann ferner dazu dienen, festzustellen, ob und wie bereits bestehende Antistigmatisierungskampagnen adaptiert oder verbessert werden müssen. Man kann auch sehen, ob es notwendig ist, andere zielgruppenorientierte Interventionen zu entwickeln, um die Lebensqualität der an Schizophrenie erkrankten Patienten zu verbessern.

## **3. Material und Methoden**

### **3.1. Probanden**

Es nahmen insgesamt 198 Probanden an der Stigmatisierungsstudie teil. Zu den Studienteilnehmern zählen 105 Medizinstudenten und 93 ambulant behandelte psychisch kranke Patienten, von denen 33 Patienten an Schizophrenie erkrankt sind.

#### **3.1.1. Medizinstudenten**

Die Medizinstudenten wurden im Wintersemester 2001/02 vor der Einführungsveranstaltung für das Studienfach Psychiatrie gebeten, einen Fragebogen zur Stigmatisierung schizophrener Erkrankter auszufüllen. Die Einführungsveranstaltungen werden erfahrungsgemäß gut besucht, so dass es kein Bias zugunsten psychiatrisch-interessierter Studenten ergibt. 105 Studenten gaben den Fragebogen ausgefüllt ab. Vereinzelt wurden Antworten nicht angekreuzt, was aber in diesem Rahmen nicht kontrollierbar war.

#### **3.1.2. Psychisch Kranke**

Im Frühjahr 2010 wurden 53 ambulant behandelte und medikamentös stabil eingestellte Patienten der Psychiatrischen Klinik der LMU gebeten, einen Fragebogen zur Studie auszufüllen. Die Auswahl der Patienten unterlag keiner Selektion. Es wurde aber darauf Wert gelegt, dass das ganze Spektrum der psychiatrischen Erkrankungen bei diesen Patienten abgedeckt wird: von Schizophrenie über Persönlichkeitsstörungen bis zu affektiven Störungen.

Um die Fallzahl und somit die statistische Aussagekraft der Studie zu erhöhen, wurden zusätzlich 40 Patienten der psychiatrischen Klinik der Isar-Amper-Klinik München Ost mit den gleichen Fragebögen befragt. Die Auswahl dieser Patienten erfolgte nach denselben Kriterien wie an der LMU. Somit erhält man eine Gesamtfallzahl von 93 psychisch Kranken.

## 3.2. Fragebogen

Der Fragebogen wurde zur Studie „Community attitudes towards people with schizophrenia“ Ende der 90er Jahre in Kanada von Dr. Heather Stuart und Dr. Julio Arboleda-Florez entwickelt und im Rahmen der Antistigmaaktion „Open the Doors“ der WPA im Staat Alberta, Kanada verwendet. Dabei wurde sowohl die ländliche als auch die städtische Allgemeinbevölkerung Albertas auf ihre Kenntnisse und Einstellungen gegenüber psychisch Kranken überprüft (Stuart & Arboleda-Florez, 2001). Nach erfolgreichem Abschluss der kanadischen Untersuchung wurde der dabei verwendete Fragebogen von einem professionellen Übersetzungsbüro ins Deutsche übersetzt, in der Absicht, ihn auch hierzulande anzuwenden. Prof. Dr. Wolfgang Gaebel von der Universität Düsseldorf übernahm den Fragebogen im Jahre 2001 unverändert und ergänzte ihn mit einem Frageteil zu Möglichkeiten einer Verbesserung der Akzeptanz (Gaebel, et al., 2002). Die Verwendung ein und desselben Fragebogens sichert eine optimale Vergleichbarkeit mit anderen Studien. Dieser Fragebogen findet sich auch bei Follow-up Studien wieder (Baumann et al., 2007).

Die Ergänzungen beschränken sich in der Münchner Studie auf die Neuaufnahme von Frage elf und dem Verzicht einer Likert-Skala bei der Frage zur Verbesserung der Akzeptanz (Frage zwölf). Bei Frage elf handelt es sich um die deutsche Version (Angermeyer, Link, & Majcher-Angermeyer, 1987) der von Link entwickelten Perceived Devaluation-Discrimination Scale (PDD) zur Darstellung der individuell wahrgenommenen Stigmatisierung psychisch Kranker durch die Bevölkerung (B. G. C. Link, F.T.; Frank, J.; Wozniak, J., 1987).

Der Fragebogen (siehe Anhang, Kapitel 7.5.) besteht aus zwölf Fragen auf sieben Seiten und kann thematisch in folgende Abschnitte eingeteilt werden:

- Soziodemographische Daten
- Informationserhalt durch Medien
- Kontakt zu psychisch Kranken
- Wissen über das Krankheitsbild der Schizophrenie
- Soziale Distanz
- Wahrgenommene Stigmatisierung
- Möglichkeiten zur Verbesserung der Akzeptanz

### 3.2.1. Soziodemographische Daten

Zunächst wurden soziodemographische Daten wie Alter, Geschlecht und Bildung erhoben. Die Erfassung des Alters erfolgte mittels einer offenen numerischen Frage, bei der die Befragten gebeten wurden, ihr Alter in Ziffern einzutragen. Dieser offene Fragetyp wurde nur zur Erfassung des Alters, bei der Frage zur Prävalenz und der Anzahl der Fernsehstunden angewendet. Alle anderen Fragenstellungen verwenden einen geschlossenen Fragetyp. Für das Geschlecht und die

Bildung genügen Einfachantworten. Die befragten Personen konnten im Fragebogen wählen zwischen:

- Noch in der Schulausbildung
- Volks- oder Hauptschulabschluss
- Mittlere Reife, Realschulabschluss
- Fachhochschulreife
- Abitur
- Abschluss an einer Fachschule
- Anderer Bildungsabschluss
- Kein Bildungsabschluss

### 3.2.2. Informationserhalt durch Medien

In den ersten zwei Fragen soll der Proband Auskunft darüber geben, ob und in welchen Medien die Krankheit der Schizophrenie in den letzten sechs Monaten thematisiert worden ist und wie die Betroffenen dabei dargestellt wurden. Zur Auswahl stehen sowohl Printmedien, wie Zeitungen, Poster und Broschüren, als auch elektronische Medien, zu denen auch Fernsehen und Hörfunk gezählt werden. Da der Fragebogen Ende der 90er Jahre entwickelt wurde, eine Zeit, in der das Internet noch einen geringen Stellenwert bei der Informationsvermittlung hatte, wird in der Studie das Internet als Medium nicht explizit berücksichtigt und den „andere[n] Medien“ zugeordnet.

Die Krankheit der Schizophrenie kann positiv und negativ in den Medien dargestellt werden. Wenn die Symptome der Krankheit und die Notwendigkeit einer verbesserten Behandlung der Krankheit aufgezeigt werden und Menschen mit Schizophrenie als Opfer einer Erkrankung oder eines Verbrechens dargestellt werden, handelt es sich um eine positive Darstellung.

Negative Attribute beinhalten feststehende Stereotype wie Gefährlichkeit, Kriminalität, Obdachlosigkeit, öffentliches Ärgernis oder schlampige Erscheinung (Muller et al., 1998). Mehrfachantworten waren bei diesen beiden Fragen möglich.

Die Teilnehmer sollen außerdem die durchschnittliche Anzahl ihrer Fernsehstunden innerhalb einer Woche angeben. Aus der Dauer des Fernsehkonsums kann abgeleitet werden, ob das Medium Fernsehen ihre Einstellungen und Haltungen beeinflussen kann. Darüber hinaus können aus der Anzahl der Fernsehstunden Rückschlüsse auf einen eventuellen sozialen Rückzug der Patienten gezogen werden.

### **3.2.3. Kontakt zu psychisch Kranken**

Frühere Studien (Angermeyer & Matschinger, 2004; Arens, et al., 2009) zeigen, dass ein persönlicher Kontakt zu psychisch Kranken die Stigmatisierung erheblich reduziert. Dieser Sachverhalt wurde bislang durch die Befragung von Angehörigen, Medizinstudenten und der Allgemeinbevölkerung nachgewiesen. Es gibt jedoch kaum Untersuchungen darüber, ob psychisch Kranke auch Vorurteile gegenüber anderen psychisch Kranken haben. Diese Lücke sollte durch die LMU-Studie geschlossen werden. Dazu sollten die Probanden angeben, ob sie eine an Schizophrenie erkrankte Person kennen und ob sie selbst an Schizophrenie oder einer anderen psychiatrischen Krankheit leiden. Diese kranke Person soll dann als Familienangehöriger, Verwandter, Freund oder Bekannter in das soziale Netz eingeordnet werden. Der Umgang mit psychisch Erkrankten im Beruf wurde mit einer Ja-Nein-Frage eruiert.

Am Ende dieser Testeinheit sollen die Probanden mit Hilfe einer vier-stufigen Likert-Skala einschätzen, welche Rolle Schizophrenie in ihrem Leben spielt (von keine Rolle = 1, bis große Rolle = 4). Alle Fragen, die den Kontakt zu psychisch Kranken betreffen, sind vom geschlossenen-einfachen Typ.

### **3.2.4. Wissen über das Krankheitsbild der Schizophrenie**

Eine auf spezielle Zielgruppen ausgerichtete Aufklärung ist Garant für eine erfolgreiche Antistigmakampagne. Um dies zu erreichen, muss in diversen Studien der Kenntnisstand der verschiedenen Untergruppen über Schizophrenie erfragt und analysiert werden (Stuart, 2008; Thompson et al., 2002).

Zunächst sollen die Probanden selbst einschätzen, ob ihnen die Ursachen der Schizophrenie bekannt sind. Danach wird diese Selbsteinschätzung mit Hilfe einer Liste biologischer, biochemischer, psychosozialer und wissenschaftlich nicht begründeter Ursachen verglichen. Sowohl die genannten biologischen, als auch die biochemischen und psychosozialen Faktoren stützen sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse. Vererbung, Abnormitäten im Gehirn und ein Virus während der Schwangerschaft zählen in der Liste zu den möglichen biologischen Auslösern, während traumatische Erlebnisse, Drogen-, Alkohol- und körperlicher Missbrauch, Erziehung und Stress als psychosoziale Faktoren gelten. Als wissenschaftlich nicht begründet gelten Armut, Verfall sozialer Werte und Besessenheit durch einen bösen Geist bzw. die Strafe Gottes.

Einen überdurchschnittlichen Kenntnisstand hat derjenige, der wenigstens fünf richtige Ursachen aus allen drei Bereichen erkannt hat. Das Ankreuzen von weniger als fünf richtigen Auslösern aus weniger als drei Bereichen attestiert dem Probanden einen durchschnittlichen Kenntnisstand und falsche Kenntnisse werden dem bescheinigt, der eine oder mehrere wissenschaftlich nicht belegte Antworten ankreuzt. Auch hier sind Mehrfachnennungen möglich.

Frage sieben im Test greift einige gängige Vorurteile von Frage zwei auf (geistig zurückgeblieben, öffentliches Ärgernis, mangelnde Hygiene, gespaltene Persönlichkeit, gefährlich) und ergänzt die Vorurteile mit Symptomen der Schizophrenie (akustische Halluzination, mit sich selbst redend, keiner regelmäßigen Arbeit nachgehend) und deren Behandlungsmöglichkeiten (medikamentöse Therapie, Psychotherapie, auch außerhalb des Krankenhauses erfolgreiche Behandlung). Der Studienteilnehmer soll zu jeder dieser Aussagen Stellung nehmen und mittels einer vier-stufigen Likert-Skala einschätzen, inwieweit er glaubt, dass diese Äußerungen auf Menschen mit Schizophrenie zutreffen. Die Skala reicht von „nie“ bis „sehr oft“ und erlaubt nur Einfachantworten.

Am Ende dieser Frageeinheit sollen die Probanden die Prävalenz der Schizophrenie in einer offen-numerischen Frage einschätzen.

### **3.2.5. Soziale Distanz**

Die soziale Distanz gilt als reliables und valides (Jorm & Oh, 2009) Maß für den Grad der Stigmatisierung (Baumann, et al., 2007). Häufig wird die soziale Distanz mit Hilfe der Skala von Link ermittelt (Angermeyer & Matschinger, 2004). In der vorliegenden Studie wird eine auf Bogardus zurückführende Einteilung bevorzugt (Bogardus, 1925). Ursprünglich entwickelte Bogardus diese Skalierung, um die Einstellung der amerikanischen Bevölkerung zu ihren Minderheiten zu eruieren (Jorm & Oh, 2009). In den 50er Jahren wurde sie zum ersten Mal bei psychisch Kranken angewendet (Cumming & Cumming, 1957). Die sechs Items der Skala werden so angeordnet, dass sich der Proband bei der Bearbeitung der Skala eine immer engere Beziehung mit einem Erkrankten aus dem schizophrenen Formenkreis vorstellen muss. Diese Guttman-Skala der steigenden Nähe (Gordon, 1977) wird mit einer vier-stufigen Antwortskala ergänzt, sodass die einzelnen Aussagen von „bestimmt nicht“ (=1) bis „ganz bestimmt“ (=4) bewertet werden können. In diesem Frageteil gilt es, Situationen mit schizophren Erkrankten zu beurteilen, die sich von einer einfachen Unterhaltung oder Kollegen in der Arbeit, über Freundschaft und der Teilung eines Zimmers oder dem Diagnosefall in der Familie, bis zur Heirat erstrecken.

Darüber hinaus sollen die Studienteilnehmer einschätzen, wie sie reagieren würden, wenn eine Gruppe von ca. sechs Personen, die an Schizophrenie leiden, in ihre Nachbarschaft ziehen würde. Die ursprünglichen Antwortmöglichkeiten „Ich wäre dafür“, „Es wäre mir egal“ und „Ich wäre dagegen“ wurden von Gaebel 2001 durch „Es würde mich beunruhigen“ erweitert (Gaebel, et al., 2002). Die Aussage „Es würde mich beunruhigen“ wurde bereits von Angermeyer in einer anderen Studie verwendet. Es stellte sich dabei heraus, dass die Allgemeinbevölkerung häufig dieser Meinung ist (Angermeyer, 1994). Falls die Probanden gegen den Zuzug von schizophren Erkrankten in ihrer Nachbarschaft sind, wird ihre Bereitschaft für eine Gegenaktion untersucht, indem gefragt wird, ob sie etwas dagegen unternehmen würden.

Mehrfachantworten sind in dieser Kategorie nicht möglich.



### 3.2.6. Wahrgenommene Stigmatisierung

Frage elf soll Links „Modified Labeling Theorie“ prüfen und die subjektive Wahrnehmung der Probanden bezüglich diverser Aussagen über psychisch Erkrankte erforschen. Dabei sollen sie die Fragen im Test stellvertretend für „die meisten Leute“ beantworten. Im Gegensatz zu Frage zwei, in der die verbreiteten Vorurteile der Medien genannt werden, liegt in Frage elf das Augenmerk auf den Stigmata durch die Allgemeinbevölkerung.

Die 13 Items werden als Feststellungen angegeben, die der Studienteilnehmer mit Hilfe einer fünf-stufigen Likert-Skala (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft voll zu) aus der Sicht der Allgemeinheit bewerten soll.

Die 13 Items der Studie lassen sich in zwei Gruppen unterteilen. Fünf Fragen untersuchen die Abwertung (Devaluation) und acht Fragen die Diskriminierung (Discrimination) psychisch Kranker. Mit Hilfe dieser Fragen sollen die Probanden beurteilen, ob die meisten Leute psychiatrische Patienten

- für minder intelligent halten
- ihnen weniger vertrauen
- sie weniger wertschätzen
- ihre Meinung weniger respektieren
- deren Krankheit als persönliches Versagen ansehen.

Zusätzlich sollen sie die Diskriminierungssituation von ehemals psychiatrischen Patienten beurteilen, indem sie abschätzen, ob

- sie gleich behandelt werden wie andere Menschen
- ein Arbeitgeber einen einst psychisch Kranken einstellen würde, wenn dieser für die Tätigkeit qualifiziert wäre
- ihre Bewerbungen prinzipiell übergangen werden
- ihnen Kinder zum Aufpassen anvertraut werden
- sie als Grundschullehrer akzeptiert werden
- die meisten Leute mit ihnen eine Freundschaft eingehen bzw. sie erhalten
- die meisten jungen Frauen sich mit einem ehemaligen Patient verabreden
- die meisten jungen Männer sich mit einer ehemaligen Patientin verabreden.

Im Test sind ausschließlich Einfachantworten möglich.

### 3.2.7. Möglichkeiten zur Verbesserung der Akzeptanz

Antistigmaaktionen sollen die Akzeptanz von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis verbessern. Um die Erfolgsrate dieses Prozesses zu optimieren, wird auf die

Meinung der Probanden großen Wert gelegt, da die Kampagnen letztendlich an sie gerichtet werden. Zunächst gilt es zu klären, ob überhaupt die Notwendigkeit einer Akzeptanzverbesserung vorliegt. Trifft das zu, werden Optimierungsmöglichkeiten aus unterschiedlichen Bereichen im Fragebogen aufgeführt. Zur Auswahl stehen verstärkte Aufklärung, Gesetzesänderungen, positivere Darstellung der psychisch Kranken in den Medien, persönlicher Kontakt mit Patienten und vermehrt kulturelle Programme, wie Kunstausstellungen und Theateraufführungen, bei denen psychisch Kranke ihre Talente zeigen können.

Außerdem ist es von Interesse, welche Personengruppen hauptsächlich mit Informationen versorgt werden sollen. Um dies festzustellen, wurde die ursprüngliche Liste von Gaebel (Gaebel, et al., 2002) modifiziert. Die Zielgruppen der Ärzte, der Therapeuten, des Pflegepersonals, der Nachbarn, der Mitarbeiter von Polizei und Ordnungsamt, der Mitarbeiter des Arbeits- und Sozialamtes und der Mitarbeiter von Krankenkassen wurden der Liste hinzugefügt, Schüler und Arbeitskollegen wurden nicht berücksichtigt. Sowohl Patienten als auch Studenten stehen in engem Kontakt mit Ärzten, Sozialarbeitern und anderweitigem Fachpersonal, und können unter Umständen dort bestehende Vorurteile erkennen.

Da laut Müller und Gaebel psychisch Kranke besonders häufig arbeitslos sind oder Sozialhilfe beziehen (Müller, et al., 1998), führt dies zu der Annahme, dass sie bereits Erfahrungen mit Mitarbeitern des Sozial- bzw. Arbeitsamts gemacht haben, die sie eventuell als diskriminierend empfunden haben. Auch Ordnungshüter scheinen sich im Umgang mit Geisteskranken oft von Stereotypen leiten zu lassen (Wundsam, Pitschel-Walz, Leucht, & Kissling, 2007). Zusätzlich erleben Patienten, dass immer weniger Kosten für eine psychiatrische Behandlung übernommen werden. Diese Entwicklung wird einerseits durch Budgetkürzungen auf Grund von Finanzierungsproblemen im Gesundheitssystem verursacht, andererseits versuchen die Krankenkassen so früh wie möglich teure Therapien durch weniger kostenintensive Alternativen zu ersetzen (vgl. ambulante Weiterversorgung nach frühzeitiger stationärer Entlassung), was unter Umständen den Bedürfnissen der Patienten nicht gerecht wird (Melchinger, 2008).

Die Auswahlmöglichkeiten im Fragebogen aus dem Bereich des sozialen Umfelds bleiben fast vollständig erhalten (Angehörige, Freunde), ebenso wie die Auswahlmöglichkeiten aus dem Bereich der Allgemeinbevölkerung und werden lediglich durch die Nachbarn ergänzt. Im Gegensatz zur Studie von Gaebel (Gaebel, et al., 2002) wird in der vorliegenden Studie keine Likert-Skala verwendet. Die Probanden können sich diejenigen Aktionen aussuchen, die ihrer Meinung nach den größten Erfolg zur Verbesserung der Akzeptanz haben. Mehrfachantworten sind hierbei erwünscht.

### **3.3. Durchführung**

Bereits 2001/2002 wurde im Rahmen der damals durchgeführten Studie zur Erfassung der Stigmatisierung von schizophren Erkrankten ein Ethikantrag nach Deklaration von Helsinki von der psychiatrischen Klinik der LMU gestellt und genehmigt. Das positive Ethikvotum der LMU München konnte deshalb für diese Studie übernommen werden. Es wurde die schriftliche Form der Fragebogenstudie gewählt. Der Fragebogen wurde an Medizinstudenten und psychisch Kranke verteilt. Die Bearbeitung des Fragebogens nimmt ca. zehn Minuten in Anspruch. Eine Kontrolle, ob die Fragen komplett beantwortet wurden, war nicht möglich, sodass vereinzelt Antworten fehlen (siehe Anhang Tabelle A28). Bei den Fragebögen der Jahre 2001/02 findet sich auf dem Deckblatt eine kleine Information zu den Antistigmaaktionen, die zum damaligen Zeitpunkt gängig waren. Auf diese Information wurde bei den Fragebögen der Patienten verzichtet, da die Anzahl der Kampagnen in den letzten Jahren stark abgenommen hat.

Die Verteilung der Fragebögen unter den Studierenden übernahm Dr. Constanze Groll, eine ehemalige Psychiaterin der LMU, im Wintersemester 2001/02 vor der Einführungsveranstaltung zum psychiatrischen Block. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren die Medizinstudenten ohne psychiatrische Vorkenntnisse.

Knapp zehn Jahre später wurde im Frühjahr 2010 die Studie mit ambulanten Patienten der psychiatrischen Klinik der LMU fortgesetzt. Einzige Voraussetzung für eine Teilnahme war neben der ambulanten Behandlung eine stabile medikamentöse Einstellung der Patienten. Diagnosen spielten für die Auswahl keine Rolle. Das Krankheitsspektrum der Probanden reicht von affektiven Störungen bis hin zu Psychosen. Um die Fallzahl zu erhöhen und damit ein genaueres Ergebnis zu erreichen, wurde die Studie mit 40 Patienten der psychiatrischen Klinik München-Ost Haar ergänzt. Voraussetzung war, dass die dort eingesetzten Fragebögen identisch mit denen der LMU sind. Die Erhebung in Haar wurde durch die Psychologin Dr. Petra Decker um die Jahreswende 2001/02 durchgeführt.

### **3.4. Auswertung**

Die Ergebnisse dieser Studie wurden mit Hilfe von SPSS ausgewertet. Es handelt sich um zwei bzw. drei unverbundene, nicht normalverteilte Stichproben (Medizinstudenten, psychiatrische Patienten bzw. Patienten mit Schizophrenie). Mit dieser Auswertung können die Antworten zwischen den einzelnen Stichproben verglichen werden. Aus diesem Grund wurden univariate Tests (Wilcoxon-Rangsummentest und exakter Fisher-Test) durchgeführt und die p-Werte ermittelt. Das Signifikanzniveau wurde mit fünf Prozent festgelegt. Die verwendete Nullhypothese besagt, dass die Verteilung der Stichproben gleich ist, während die Alternativhypothese H1 von einem Unterschied in der Verteilung ausgeht. Im hier verwendeten

Fragebogen wurden zwei Arten von Fragen verwendet: die offen-numerischen Fragen und die geschlossenen Fragen.

Die offen-numerischen Fragen zeichnen sich durch metrische Variablen aus, die mit Hilfe des Wilcoxon-Rangsummen-Test errechnet werden. Dieser Test ist ein „*nichtparametrisches Verfahren zum Vergleich der "Mittelwerte" zweier Stichproben*“ ([http://www.lrz.de/~wlm/ilm\\_w4.htm](http://www.lrz.de/~wlm/ilm_w4.htm)) und ist vergleichbar mit einem t-Test, der hier jedoch nicht angewendet werden kann, da die dafür notwendigen Voraussetzungen der Normalverteilung und der Varianzgleichheit (Bühner & Ziegler, 2009, p. 260) nicht gegeben sind. Bei einem Rangsummentest werden die Messwerte nach ihren Rängen geordnet und verglichen. Somit wird geprüft, ob die Anzahl an Daten, die vom gemeinsamen Median abweichen, in beiden Gruppen unterschiedlich ist (Bühner & Ziegler, 2009, p. 281 ff.). In der vorliegenden Studie misst dieser Test die Unterschiede zwischen Medizinstudenten und psychisch Kranken hinsichtlich des Alters der Probanden, der Anzahl der Fernsehstunden und der Prävalenz der Erkrankung Schizophrenie. Der Wilcoxon-Rangsummen-Test kann aber auch zur Auswertung geschlossener Fragen bzw. kategorialen Variablen herangezogen werden und wird in dieser Erhebung zur Ermittlung der sozialen Distanz (Frage neun) und der wahrgenommenen Stigmatisierung (Frage elf) angewendet. In Frage elf wurde zusätzlich der Summenscore errechnet. Aus diesem Grund wurden die einzelnen Items so ausgerichtet, dass ein höherer Wert eine größere Stigmatisierung bedeutet. Des Weiteren wurde eine zwei-faktorielle Varianzanalyse (ANOVA) angewendet, um festzustellen, ob die Wahrnehmung der Stigmatisierung bei Studenten und Patienten geschlechtsspezifische Unterschiede aufweist.

Der exakte Fisher-Test wurde bei den kategorialen Variablen eingesetzt, um zu ermitteln, ob die beobachteten Häufigkeiten unabhängig voneinander sind. Dieser Test entspricht dem Chi-Quadrat-Test und eignet sich besonders für einen geringen Stichprobenumfang (Brosius, 2011, p. 429 ff.), wie dies hier der Fall ist. Da es sich um eine explorative Studie handelt, wurde auf eine Korrektur für multiples Testen bei den univariaten Vergleichen verzichtet.

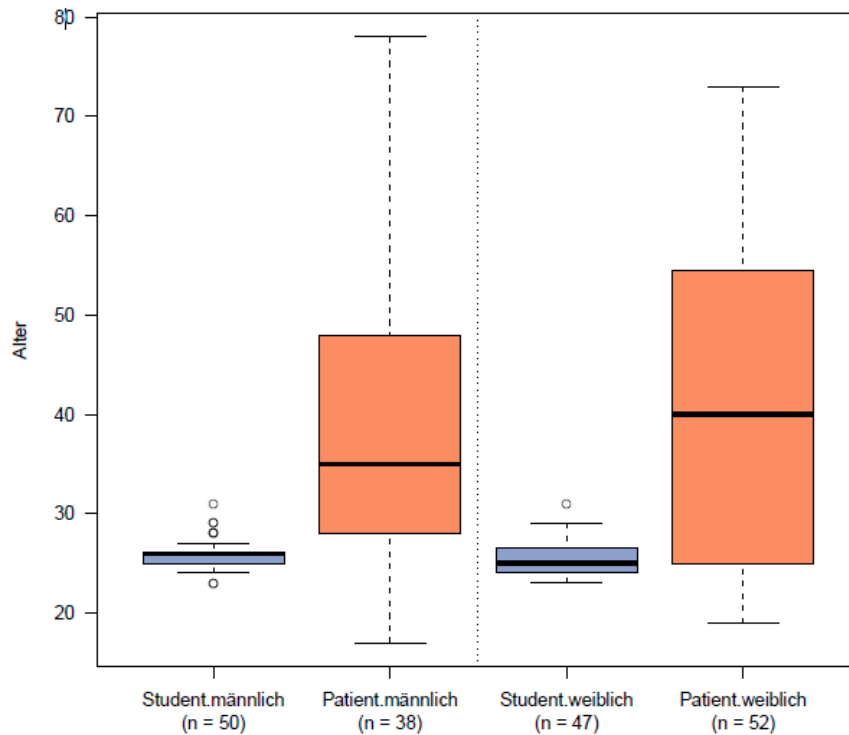
## 4. Ergebnisse

### 4.1. Soziodemographische Daten

Tabelle 2: Geschlechterverteilung der Studienteilnehmer der Stigmatisierungsstudie

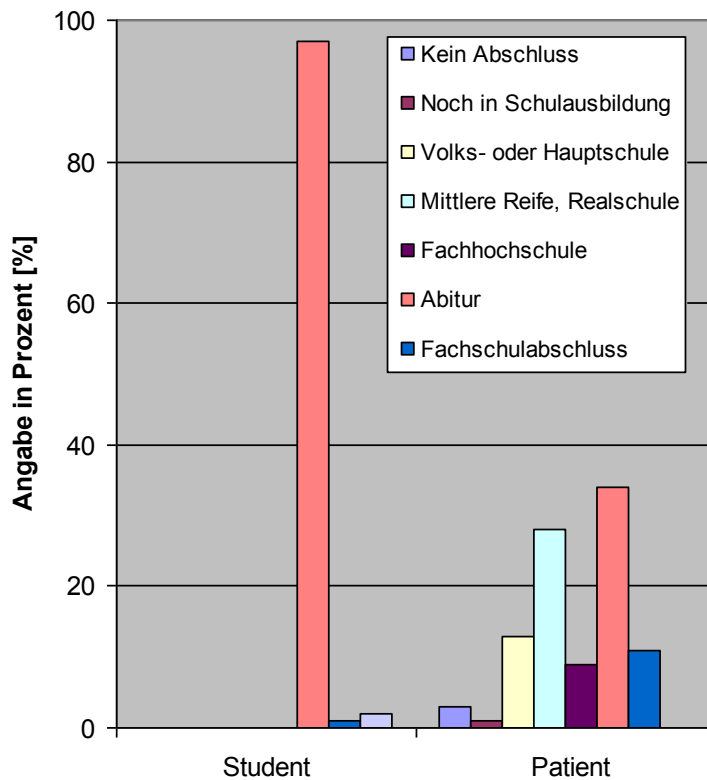
	Student (n=105)	Patient (n=93)	p-Wert
Männlich (n=88)	50 (52 %)	38 (42 %)	0.24
Weiblich (n=99)	47 (48 %)	52 (58 %)	
Fehlende Antwort	8	3	

An dieser Studie haben 93 psychisch Kranke und 105 Medizinstudenten teilgenommen. 42 % der Patienten sind männlich, 58 % sind weiblich. Bei den Studenten ist der Anteil beider Geschlechter ungefähr gleich (52 % männlich, 48 % weiblich), sodass kein signifikanter Unterschied ( $p = 0,24$ ) zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden konnte. Bei drei Patienten und acht Studenten fehlt die Angabe des Geschlechts.



**Abbildung 1: Altersverteilung der Studienteilnehmer der Stigmatisierungsstudie.**

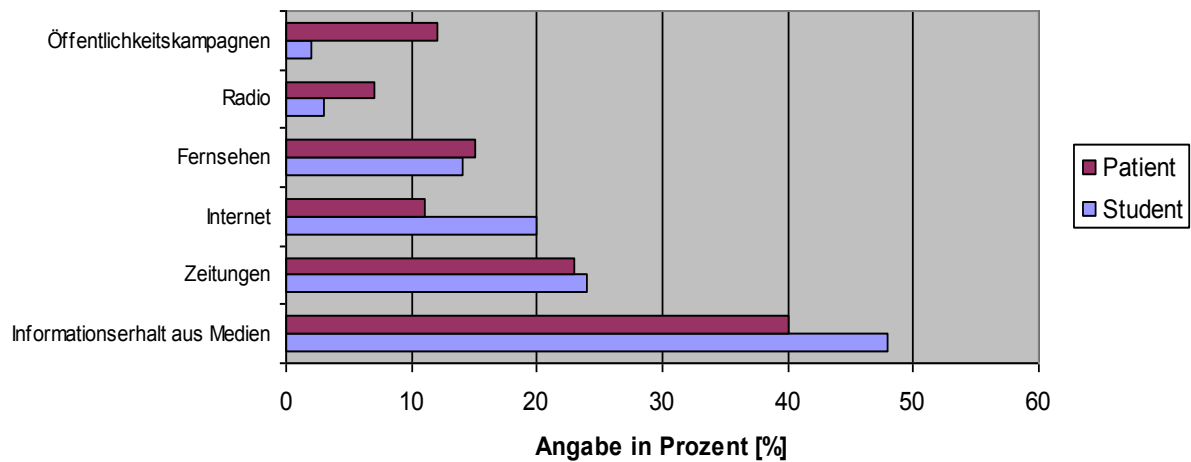
Das Durchschnittsalter der psychisch Kranken liegt bei 38 Jahren. Die Abweichung vom Durchschnittsalter der Patienten ist beträchtlich. So ist der jüngste Patient 17, der Älteste bereits 78 Jahre alt. Bezogen auf das Geschlecht ist der Median der Männer (35 Jahre) geringer als der der Frauen (40 Jahre). Das Alter der Studenten variiert kaum und liegt im Mittel bei 25 Jahren. Wie schon bei den psychisch Kranken sind die Männer meist jünger und ihr Interquartilsabstand ist kleiner als bei den Frauen. Nicht berücksichtigt wurden die fehlenden sechs bzw. zwei Altersangaben von Studenten bzw. Patienten. Es besteht ein signifikanter Altersunterschied zwischen beiden Gruppen ( $p < 0.0001$ ).



**Abbildung 2: Schulbildung der Studienteilnehmer der Stigmatisierungsstudie.**

Die Studenten kommen hauptsächlich aus der oberen Bildungsschicht. 98 der 101 Hochschüler haben Abitur (97 %), einer hat eine Fachschule besucht (1 %) und zwei geben einen anderen Schulabschluss an (2 %). Die Patienten dagegen gehören allen Bildungsschichten an. Ca.  $\frac{1}{3}$  der psychisch Kranken besitzt entweder die allgemeine Hochschulreife (34 %) oder die Mittlere Reife (28 %). Zwölf der 89 Patienten haben einen Volks- bzw. Hauptschulabschluss (13 %), Zehn einen Fachschulabschluss (11 %) und acht die Fachhochschulreife (9 %). Drei Personen haben keinen Schulabschluss (3 %), einer befindet sich noch in der Schulausbildung (1 %). Der Bildungsunterschied zwischen beiden Gruppen ist erheblich. Der p-Wert liegt bei weniger als 0,0001. Je vier Patienten und Studenten beantworteten diese Frage nicht.

## 4.2. Informationserhalt durch Medien

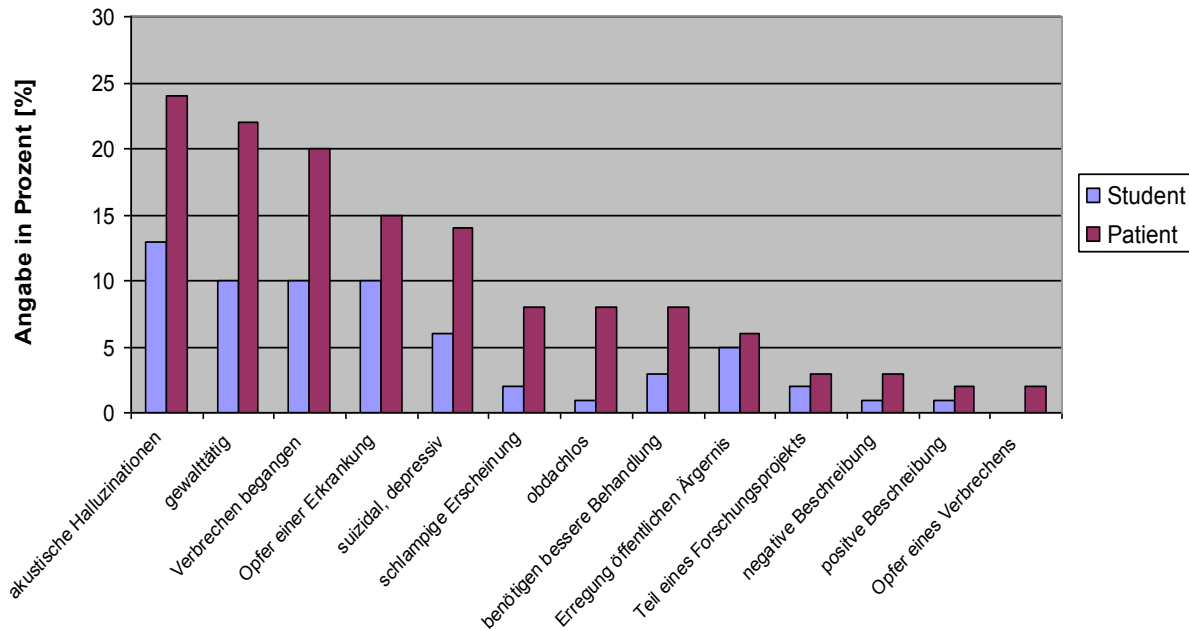


**Abbildung 3: Thematisierung von Schizophrenie in den Medien innerhalb der letzten sechs Monate nach Angabe der Studienteilnehmer.**

Etwa jeder zweite Student (48 %) hat in den letzten sechs Monaten in den Medien etwas über die Krankheit Schizophrenie gehört oder gelesen. Die Zeitung scheint dabei die Hauptinformationsquelle zu sein (24 %), gefolgt von anderen Medien, wie beispielsweise dem Internet (20 %) und Fernsehen (14 %). An Berichte im Radio können sich lediglich 3 % der Studenten erinnern, während Öffentlichkeits-Kampagnen wie Poster oder Broschüren nur wenigen aufgefallen sind (2 %).

Bei den Patienten erinnern sich 40 % an eine Berichterstattung durch die Medien. Es sind vor allem Beiträge in den Zeitungen (23 %) und Sendungen im Fernsehen (15 %), die im Gedächtnis geblieben sind. Die Öffentlichkeitskampagnen werden von den Patienten mehr wahrgenommen (12 %) als von den Studenten (2 %). Das Internet (11 %) und das Radio (7 %) spielen als Medium bei den psychisch Kranken eine eher untergeordnete Rolle. Auffallend ist, dass es zwischen den beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede gibt ( $p$ -Werte zwischen 0,11 und 1,0), lediglich die Öffentlichkeitskampagnen sprechen nachweislich mehr Patienten als Studenten an ( $p = 0,0078$ ). Bei den Studenten fehlen jeweils vier Antworten, bei den Patienten je nur eine Antwort.

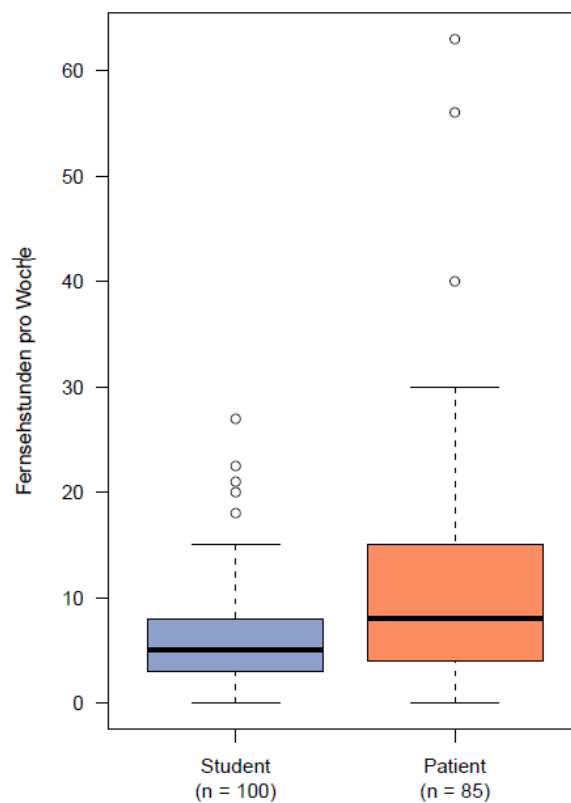




**Abbildung 4: Beschreibung von Menschen mit Schizophrenie in Berichterstattungen der Nachrichten der letzten sechs Monate nach Angabe der Studienteilnehmer der Stigmatisierungsstudie.**

Während sich 40 % (Patienten) bzw. 48 % (Studenten) an Berichte über die Krankheit Schizophrenie in den Medien erinnern, geben 38 % (Patienten) bzw. 28 % (Studenten) an, Berichterstattung über die Betroffenen – Menschen mit Schizophrenie – in den Nachrichten der letzten sechs Monate gehört zu haben. Trotz geringer Antwortraten vor allem auf Seite der Studenten ist die Reihenfolge der genannten Beschreibungen der an Schizophrenie Leidenden bei beiden Gruppen in etwa gleich. So scheinen akustische Halluzinationen in den Medien am häufigsten portraitiert zu werden (13 % Studenten, 24 % Patienten), gefolgt von der Gewalttätigkeit der Betroffenen (10 % Studenten, 22 % Patienten) und ihrer Beteiligung an Verbrechen (10 % Studenten, 20 % Patienten). Oftmals werden sie als Opfer einer schweren Erkrankung dargestellt, die ärztliche behandelt werden muss (10 % Studenten, 14 % Patienten) und potentiell zu Suizid oder Depression führen kann (6 % Studenten, 14 % Patienten).

An dieser Stelle differieren die Erinnerungen beider Gruppen. Bei den Studenten blieben Beiträge über die Erregung öffentlichen Ärgernisses durch Erkrankte aus dem schizophrenen Formenkreis im Gedächtnis (5 %). Die Patienten sahen sie eher als obdachlos und mit schlampigem Erscheinungsbild dargestellt (8 %). 3 % der angehenden Ärzte und 7 % der Patienten erinnern sich an Beiträge in den Medien, in denen eine bessere ärztliche Versorgung und Unterstützung der schizophrenen Patienten gefordert wurde. Andere negative oder positive Beschreibung der Erkrankten, eine Beteiligung an Forschungsprojekten oder Berichterstattungen über Menschen mit Schizophrenie als Opfer von Verbrechen blieben nur bei 0-2 % der Studenten und 2-3 % der Patienten im Gedächtnis haften. In dieser Frage gibt es zwischen den beiden Gruppen kaum statistisch signifikante Unterschiede ( $p > 0,05$ ). Lediglich über Gewalttätigkeit ( $p = 0,045$ ) und Obdachlosigkeit ( $p = 0,031$ ) haben mehr Patienten Meldungen in den Nachrichten gehört oder gelesen.

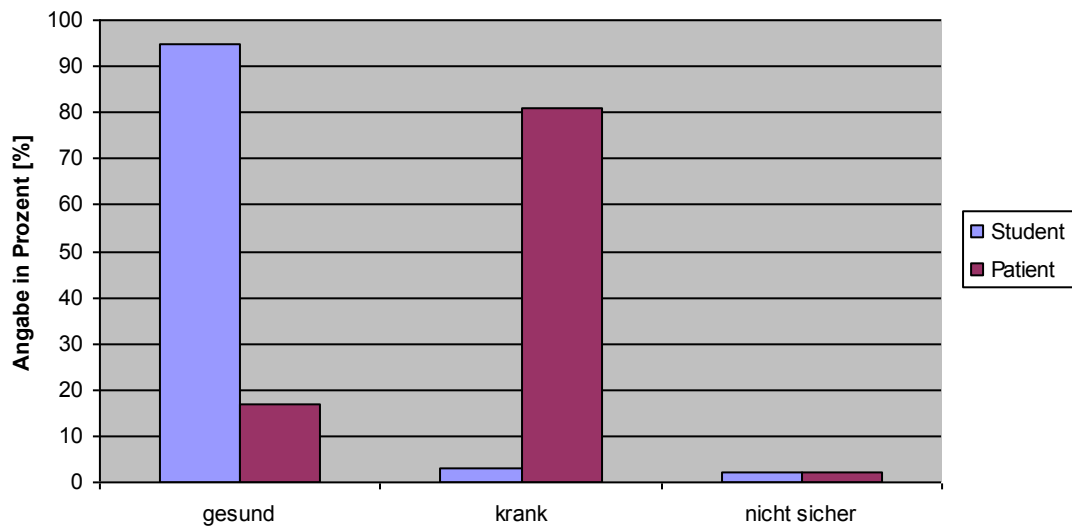


**Abbildung 5: Fernsehstunden pro Woche nach Angabe der Studienteilnehmer der Stigmatisierungsstudie.**

Wie sehr die Probanden dem medialen Einfluss ausgesetzt sind, soll über die durchschnittliche Anzahl an Wochenfernsestunden geklärt werden. Während Patienten im Schnitt acht Stunden vor dem Bildschirm sitzen, kommen die Mediziner lediglich auf fünf Stunden. Bei den Mediziner fällt die Streuung mit einem Interquartilsabstand von fünf Stunden etwas geringer aus. Es werden jedoch auch Spitzenwerte von 27 Stunden erreicht.

Der Spitzenwert der Patienten liegt bei 63 Stunden pro Woche. In der Regel aber findet sich das Quantum des Fernsehkonsums zwischen 0 und 19 Stunden. Das Signifikanzniveau ist mit  $p = 0,00023$  unterschritten.

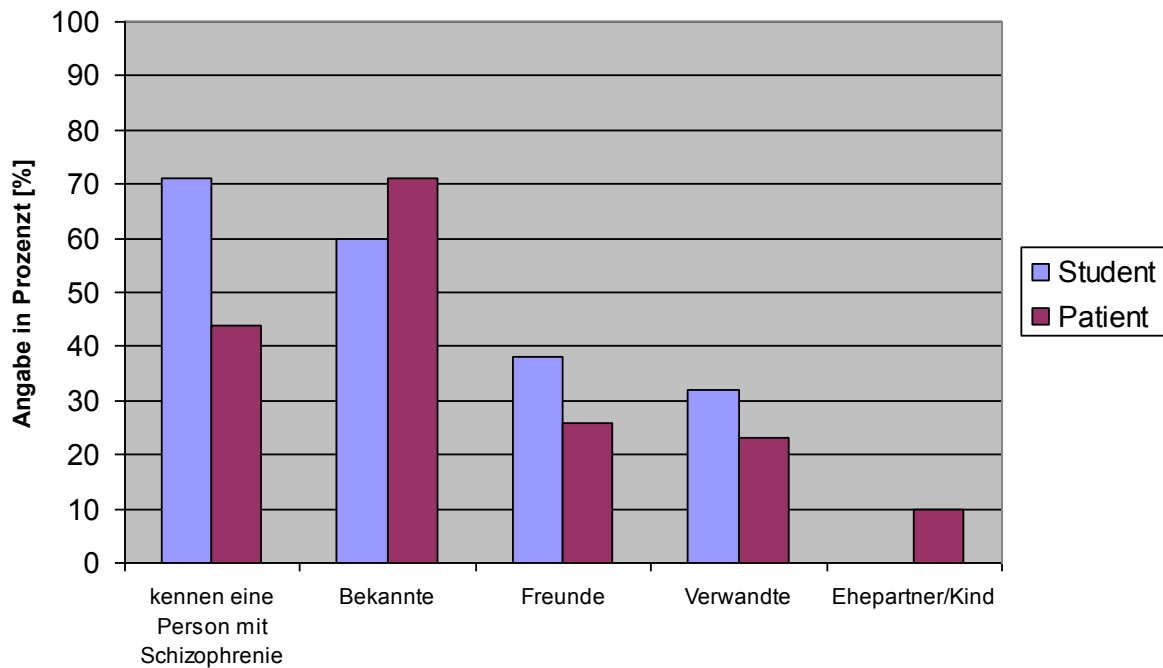
### 4.3. Kontakt zu psychisch Kranken



**Abbildung 6: Psychischer Gesundheitszustand nach Angabe der Studienteilnehmer der Stigmatisierungsstudie.**

Die Studienteilnehmer wurden gebeten, anzugeben, ob sie jemals wegen eines psychischen Problems oder einer psychischen Krankheit behandelt worden sind. Fast alle Studenten (95 %) berichten, noch nie in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein. 81 % der Patienten sind sich bewusst, wegen ihrer Krankheit in ärztlicher Obhut zu sein. Allerdings sind 15 Patienten (17 %) der Überzeugung, keine behandlungsbedürftige psychische Krankheit zu haben, zwei weitere (2 %) sind sich ihres Gesundheitszustands nicht sicher. Unter den Studenten befinden sich drei (3 %) mit einer psychiatrischen Diagnose. Zwei weitere studentische Studienteilnehmer (2 %) können ihren psychischen Zustand nicht einordnen. Sowohl bei den Patienten als auch bei den Studenten fehlen vier Antworten.

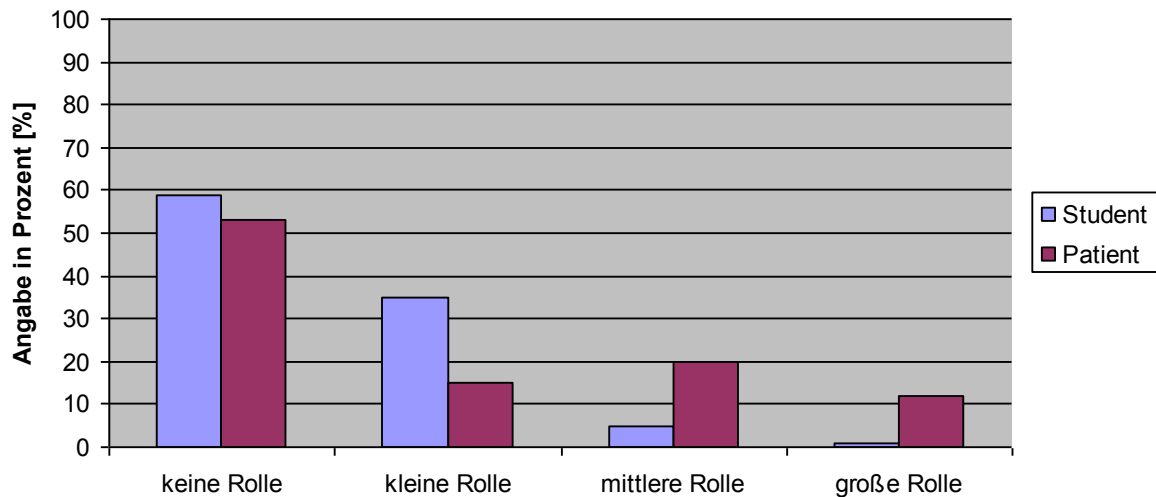
Diejenigen, die sich selbst als psychisch krank einschätzten, wurden gebeten, ihre Diagnose genauer zu definieren. Es stellte sich heraus, dass drei Studenten und knapp die Hälfte (47 %) der Patienten an einer schizophrenen Störung leiden. Der Rest (53 %) weist andere psychiatrische Diagnosen auf wie Depressionen oder Angststörungen.



**Abbildung 7: Kontakt der Studienteilnehmer zu Menschen mit Schizophrenie.**

Eine ähnliche Verteilung ergibt sich bei der Frage nach Schizophrenie im Bekanntenkreis. So geben 44 % der Patienten an, mit Schizophrenieerkrankten hauptsächlich über Bekannte oder Arbeitskollegen (71 %) in Kontakt gekommen zu sein. Engere Beziehungen, wie die eigene Familie (10 %), Verwandtschaft (23 %) oder der Freundeskreis (26 %) wurden seltener genannt. Unabhängig vom Geschlecht (65 % männlich, 77 % weiblich,  $p = 0,27$ ) kennen mehr Studenten (71 %) eine schizophrene Person ( $p = 0,00077$ ). Wie schon bei den Patienten befinden sich diese Bekanntschaften zum größten Teil in ihrem Bekanntenkreis (60 %), zu einem Drittel allerdings auch in der Verwandtschaft (32 %,  $p = 0,04$ ) und sogar zu 38 % ( $p = 0,02$ ) unter ihren Freunden. Auffällig ist die hohe Zahl von 23 an fehlenden Antworten der Patienten.

Insgesamt 89 Patienten und 100 Studenten beantworten die Frage, ob sie jemals in einer Einrichtung für psychisch Kranke gearbeitet haben. Für knapp die Hälfte der Studenten (48 %) trifft das zu. 84 % der Patienten hingegen haben bislang noch keine Dienstleistungen für psychisch Kranke erbracht.



**Abbildung 8: Rolle der Schizophrenie im Leben der Studienteilnehmer der Stigmatisierungsstudie.**

Die Krankheit der Schizophrenie nimmt im Leben der Patienten einen wesentlich höheren Stellenwert ein als bei den Studenten. Während 32 % der psychisch Kranken der Schizophrenie eine mittlere bis große Rolle in ihrem Dasein einräumen, tun dies lediglich 6 % der angehenden Mediziner. Der Unterschied ist signifikant ( $p < 0,0001$ ), trotzdem scheint diese Krankheit bei mehr als der Hälfte der Befragten beider Gruppen keinerlei Bedeutung zuzukommen. Vier Studenten und doppelt so viele Patienten enthielten sich ihrer Meinung.

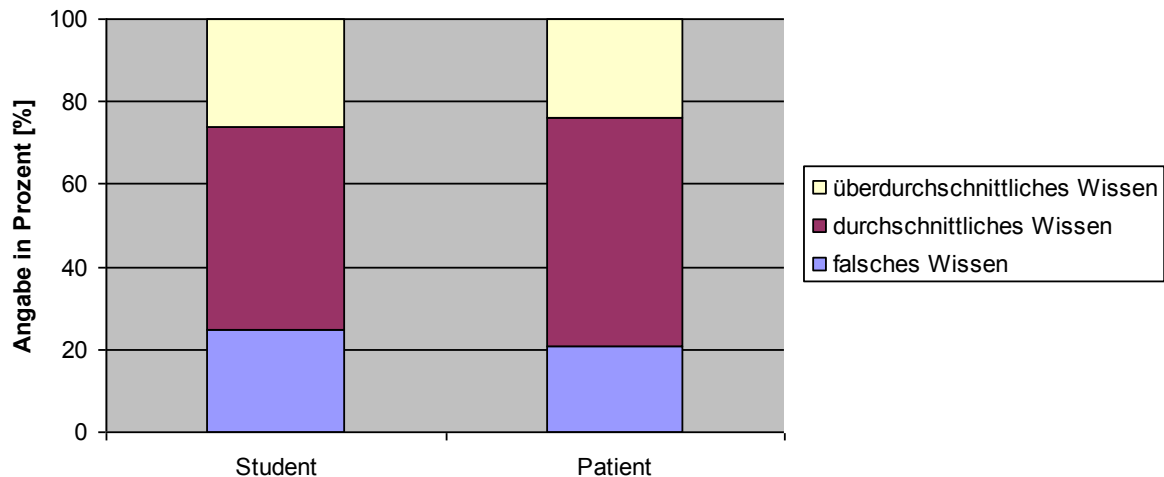
Bei näherer Betrachtung der an Schizophrenie erkrankten Probanden ( $n = 33$ ) fällt auf, dass knapp ein Drittel von ihnen (32 %) der Krankheit keine bzw. nur eine geringe Bedeutung zumessen. Lediglich 19 % räumen dieser Erkrankung einen hohen Stellenwert in ihrem Leben ein.

#### **4.4. Wissen über das Krankheitsbild der Schizophrenie**

**Tabelle 3: Selbsteinschätzung der Studienteilnehmer hinsichtlich ihr Wissen über die Ätiologie der Schizophrenie**

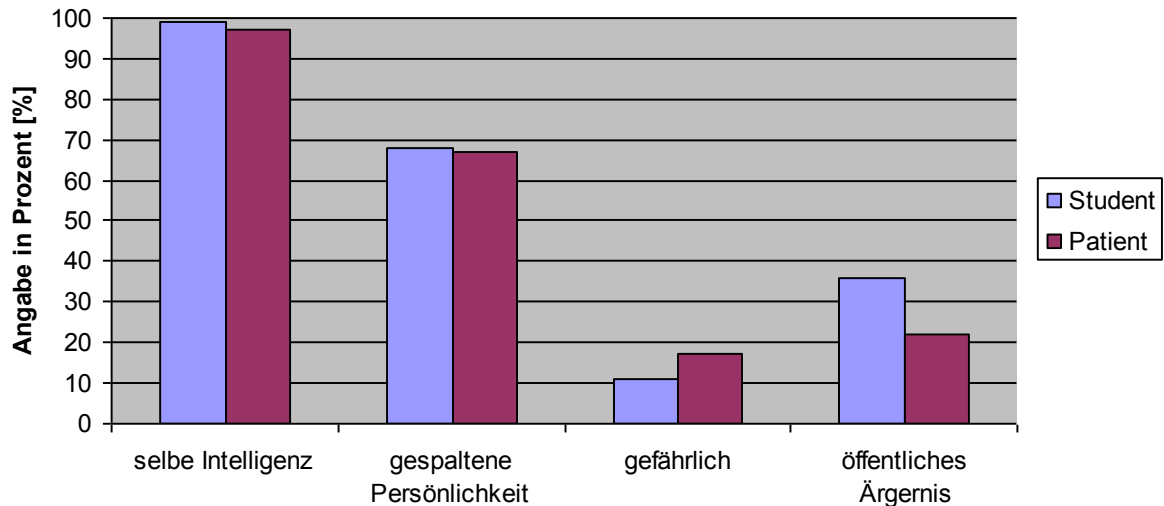
	Student	Patient	p-Wert
Kenntnisse vorhanden	71 (73 %)	36 (41 %)	<0.0001
Kenntnisse nicht vorhanden	26 (27 %)	52 (59 %)	
Fehlende Antwort	8	5	

Um den Wissensstand der Studienteilnehmer zu testen, soll jeder Proband sich zunächst selbst einschätzen, ob er mit der Ätiologie vertraut ist. Dann wird die Selbsteinschätzung durch gezielte Fragen überprüft. Es zeigt sich im LMU-Test, dass weit mehr Studenten als Patienten der Überzeugung sind, die Ursachen dieser Krankheit zu kennen. Lediglich  $\frac{1}{4}$  der Studierenden glauben, die Ursachen der Krankheit nicht zu kennen, während 59 % der Kranken angeben, diesbezüglich inkompetent zu sein ( $p < 0,001$ ).



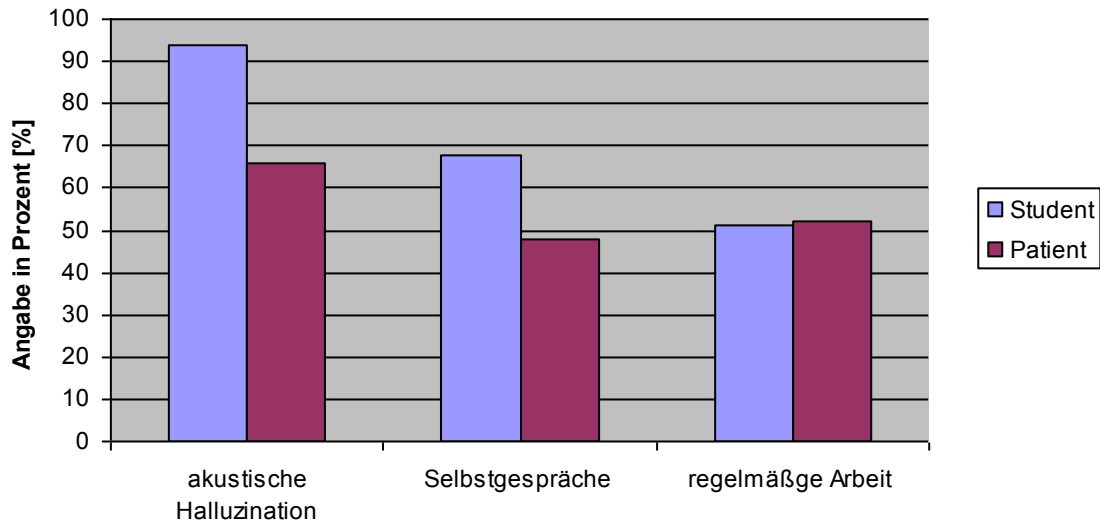
**Abbildung 9: Tatsächliches Wissen der Studienteilnehmer über die Ätiologie der Schizophrenie.**

Bei der Überprüfung des tatsächlich vorhandenen Wissens stellt sich heraus, dass zwischen beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied besteht ( $p = 0,84$ ). Obwohl durch die Selbsteinschätzung bei den Medizinstudenten ein erheblicher Wissensvorsprung erwartet wird, können lediglich 26 % der Medizinstudenten ein überdurchschnittliches Fachwissen nachweisen. Dies entspricht ungefähr dem Anteil, den auch die Patienten erzielen (23 %). In beiden Gruppen verfügt etwa die Hälfte der Probanden über durchschnittliches Wissen. Im Vergleich zu den angehenden Ärzten nennen die psychisch Kranken sogar weniger wissenschaftlich belegte Ursachen (21 % Patienten vs. 25 % Studenten). Auffallend ist die immense Anzahl fehlender Antworten auf beiden Seiten. So enthielten sich 25 Studierende und mehr als die Hälfte der Patienten (55%).



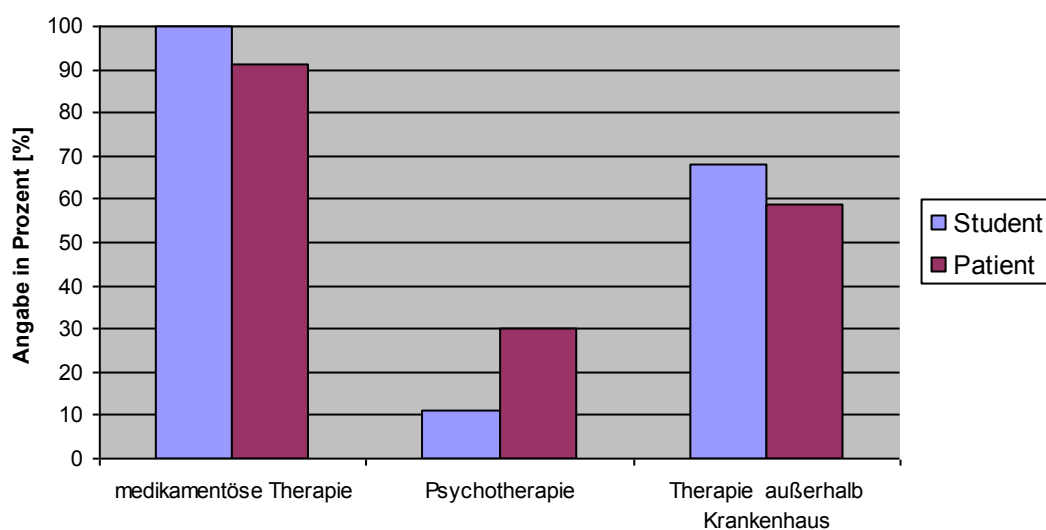
**Abbildung 10: Wissen der Studienteilnehmer hinsichtlich der Vorurteile gegenüber schizophran Erkrankten.**

Frage sieben zielt darauf ab, ob sich das Wissen über Schizophrenie lediglich auf gegenwärtige Stereotype bezieht, oder ob tatsächlich Kenntnisse über die Symptomatik und deren Therapie vorhanden sind. Bezüglich der Vorurteile gibt es zwischen den Studenten und Patienten keine Unterschiede ( $p = [0,05;1]$ ). Sie sind zu 98 % überzeugt, dass Erkrankte aus dem schizophrenen Formenkreis nicht minder intelligent sind als psychisch Gesunde und dass deren Gefährlichkeit eher gering einzustufen ist (85 %). Trotzdem hält sich das Stereotyp der gespaltenen Persönlichkeit. Immer noch verwechseln 70 % aller Teilnehmer die Schizophrenie mit dem Krankheitsbild der multiplen Persönlichkeitsstörung. Eine Diskrepanz zwischen den beiden Gruppen ist bei dieser Frage nicht feststellbar ( $p = 1$ ). Knapp 80 % der Patienten glauben, dass schizophrene Erkrankte kein öffentliches Ärgernis darstellen.  $\frac{1}{3}$  der Studierenden ist vom Gegenteil überzeugt ( $p = 0,05$ ).



**Abbildung 11: Wissen der Studienteilnehmer über die Symptomatik von schizophren Erkrankten.**

Im Hinblick auf die Symptomatik scheinen die Studenten sehr gute Fachkenntnisse zu besitzen. So wissen 94 % der Studierenden, dass Erkrankte aus dem schizophrenen Formenkreis an akustischen Halluzinationen leiden können. Im Vergleich dazu sind sich dessen nur  $\frac{2}{3}$  der Patienten bewusst, sodass ein signifikanter p-Wert entsteht ( $p < 0,0001$ ). Den meisten Studierenden (68 %) ist die Tatsache bekannt, dass die Betroffenen Selbstgespräche führen können und teilweise ohne ersichtlichen Grund schreien. Bei Patienten verhält es sich anders ( $p = 0,0066$ ). Nur 48 % der Patienten kennt diese Symptomatik, die anderen 52 % dagegen nicht. In der Frage, ob die an Schizophrenie Leidenden einer regelmäßigen Arbeit nachkommen können, finden sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ( $p = 1$ ).



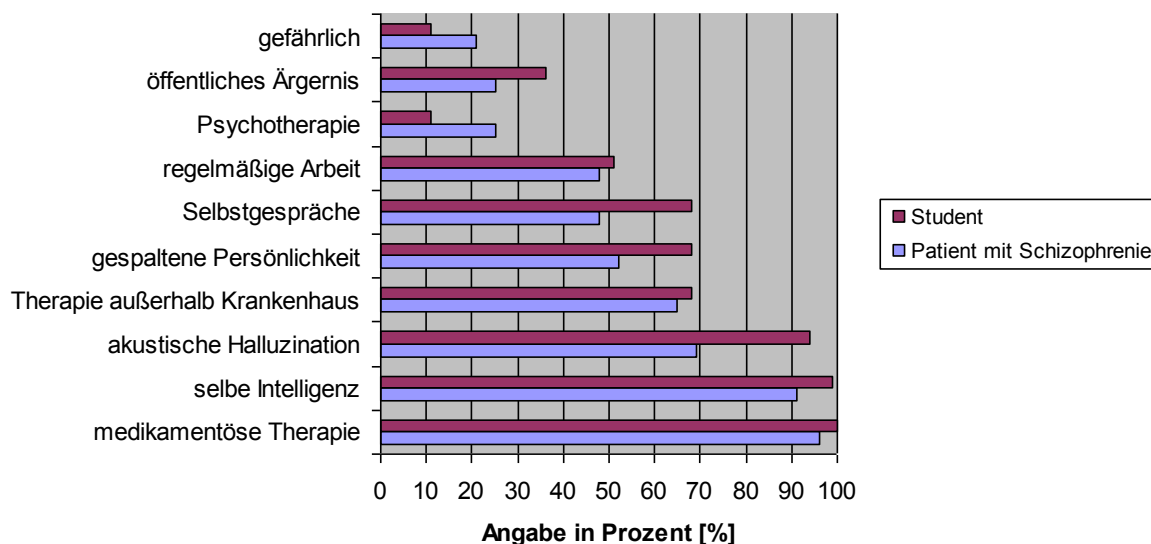
**Abbildung 12: Wissen der Studienteilnehmer über die Therapiemöglichkeiten von schizophren Erkrankten.**



In der Kenntnis über verschiedenen Therapieformen existieren teils erhebliche Unterschiede. Während alle Studenten der Überzeugung sind, dass Patienten mit Schizophrenie verschreibungspflichtige Medikamente benötigen, um ihre Symptome unter Kontrolle zu halten, sind lediglich 91 % der Patienten dieser Meinung ( $p = 0,0031$ ). Psychisch Kranke bevorzugen eher eine nicht-medikamentöse Behandlung und befürworten den alleinigen Einsatz von Psychotherapie (30 %), was nicht ganz der Ansicht der angehenden Ärzte entspricht (11 %) ( $p = 0,0014$ ).

Wenig Unterschiede gibt es bei der Frage, ob eine erfolgreiche Behandlung auch außerhalb eines Krankenhauses in der vertrauten Umgebung durchführbar ist ( $p = 0,22$ ). Die Mehrheit der Probanden sieht keinen Nachteil in dieser Therapieform. Auffallend ist, dass fast  $\frac{3}{4}$  der Studenten eine Behandlung außerhalb des Krankenhauses befürworten (68 %), bei den psychisch Kranken sind dies  $\frac{2}{3}$  (59 %).

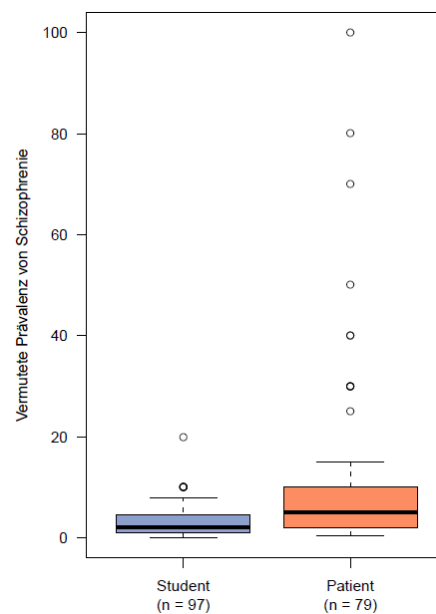
Die Enthaltungen sind in diesem Abschnitt relativ konstant und belaufen sich im Durchschnitt auf rund fünf Studenten und elf Patienten.



**Abbildung 13: Wissen der Patienten mit Schizophrenie über die Erkrankung Schizophrenie.**

Um den Wissensstand der schizophren Erkrankten bezüglich ihrer eigenen Krankheit zu untersuchen, wurden die Betroffenen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis separat betrachtet ( $n = 33$ ). 91 % der Betroffenen gehen davon aus, dass sich ihre Intelligenz nicht von der Durchschnittsbevölkerung unterscheidet und sie kein öffentliches Ärgernis darstellen (75 %). Im Vergleich zu den Studenten und psychisch Kranken anderer Diagnosen schätzen 21 % der Patienten mit Schizophrenie jedoch ihre Mitleidenden etwas gewalttätiger und gefährlicher ein. 52 % der Betroffenen setzen das Krankheitsbild der multiplen Persönlichkeitsstörung mit einer Schizophrenie gleich.

Auch scheint ihnen die Symptomatik nicht geläufig zu sein. Lediglich 69 % wissen, dass die Erkrankten gleicher Diagnose von akustischen Halluzinationen geplagt werden und knapp die Hälfte (48 %) haben sich schon einmal selbst oder einen Mitpatienten bei Selbstgesprächen beobachten können. Jeder Zweite ist der Meinung, dass Menschen mit Schizophrenie einer regelmäßigen Arbeit nachgehen könnten. Fast alle Betroffenen (96 %) sind sich der Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung bewusst. Bei einem Viertel der Schizophreniepatienten herrscht jedoch auch die Überzeugung, die Krankheit allein durch Psychotherapie kontrollieren zu können. Dass die Therapie nicht ausschließlich stationär erfolgen muss, sondern auch zu Hause erfolgreich durchgeführt werden kann, glauben fast  $\frac{2}{3}$  der befragten Patienten mit Schizophrenie (65 %).



**Abbildung 14: Vermutete Prävalenz von Schizophrenie nach Angabe der Studienteilnehmer.**

Zum Abschluss der Frageeinheit sollen die Studienteilnehmer die Prävalenz der Schizophrenie einschätzen. Die Studenten kommen dem tatsächlichen Wert von einem Prozent recht nahe. Der Durchschnitt liegt bei 2 %. Eine Streuung ist kaum erkennbar. Die höchste angenommene Zahl beläuft sich auf 20 %. Die Patienten gehen grundsätzlich von einem höheren Wert aus und erwarten eine Krankheitshäufigkeit von 5 %. Zwar liegen 50 % der Patienten mit einer vermuteten Prävalenz von unter 10 % in einem akzeptablen Rahmen, allerdings ist hier die Streuung sehr groß. Acht Studenten und 14 Patienten haben diese Frage nicht beantwortet. Der p-Wert von unter 0,0001 lässt das Ergebnis signifikant erscheinen.

#### 4.5. Soziale Distanz

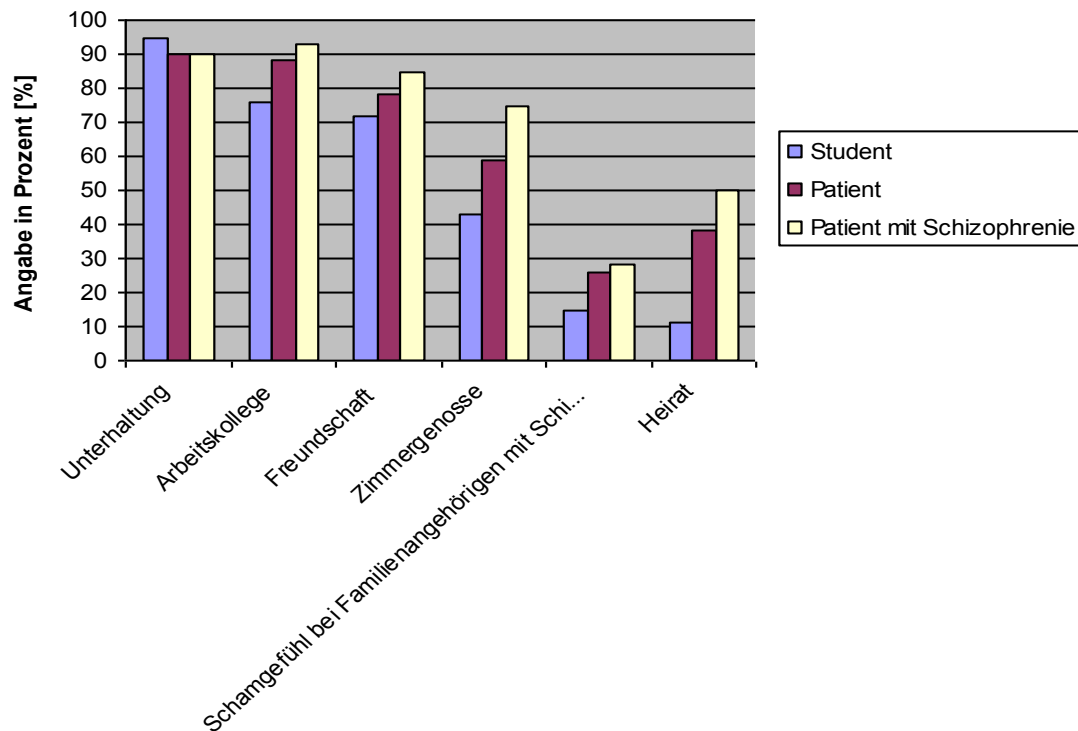


Abbildung 15: Soziale Distanz der Studienteilnehmer gegenüber schizophren Erkrankte.

Die soziale Distanz wird anhand mehrerer von Bogardus entwickelter Fragen ermittelt. Die Probanden sollen sich eine immer enger werdende Beziehung mit einem schizophren Erkrankten vorstellen und einschätzen, ob sie sich auf diese Situation einlassen würden (siehe Kapitel 3.2.5.). Bei Betrachtung der Guttman-Skala fällt auf, dass sowohl bei den Studenten als auch bei den Patienten die soziale Distanz mit zunehmend vorgestellter Nähe steigt. Über 90 % der Studienteilnehmer würden sich mit einem Betroffenen unterhalten. Es wären jedoch nur 11 % der Studierenden und 38 % der psychisch Kranken bereit, einen solchen zu heiraten.

Abbildung 15 zeigt, dass die soziale Distanz der Studenten größer ist als die der Patienten. Eine Ausnahme besteht allein bei der Frage, ob der Studienteilnehmer sich schämen würde, wenn in seiner Familie Schizophrenie diagnostiziert würde. In diesem Fall haben mehr Patienten (26 %) als Studenten (15 %) Vorbehalte, es sind jedoch 38 % der psychisch Kranken bereit, einen schizophren Erkrankten zu heiraten. Darüber hinaus scheinen die Studenten tendenziell weniger Probleme zu haben, sich mit einer Person mit Schizophrenie zu unterhalten (95 % zu 90 %).

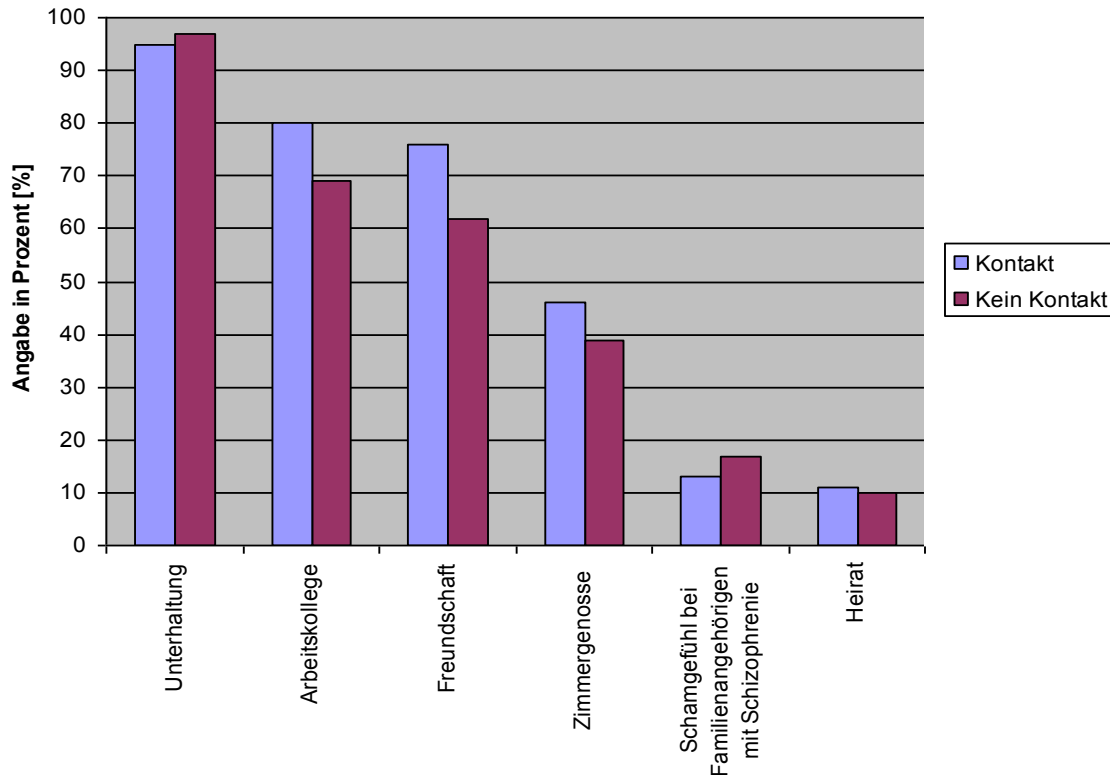
Im Durchschnitt beantworten 100 Studenten und 83 Patienten die gestellten Fragen. Auffällig ist die Zunahme an fehlenden Antworten in der Gruppe der psychisch Kranken bei der Frage, ob sie bereit wären einen Menschen mit Schizophrenie zu heiraten. Während sich zuvor stets ca. zehn Probanden bei den Fragen enthielten, erhöht sich nun die Zahl auf 14, was einer Steigerung um 40 % entspricht.

Eine geringere soziale Distanz zeigen an Schizophrenie Erkrankte (n = 31) gegenüber ihren Mitpatienten. Auch hier zeigt sich eine wachsende soziale Distanz mit zunehmender Nähe. Zwar fällt der Wert von 90 % (Unterhaltung) auf nur 50 % (Heirat). Es scheint aber dennoch, dass sich auch Patienten mit Schizophrenie in manchen der vorgestellten Situationen unwohl fühlen. Im Vergleich zu den gesunden und anderen psychisch kranken Studienteilnehmern sind schizophrene Erkrankte eher bereit, ihr Zimmer mit Patienten der gleichen Diagnose zu teilen (75 %), mit ihnen zusammenzuarbeiten (93 %), eine Freundschaft mit ihnen einzugehen (85 %) oder diese gar zu heiraten (50 %).

Geschlechtsspezifische Tendenzen liegen nicht vor (siehe Tabelle 4, p-Wert zwischen 0,21 und 0,74).

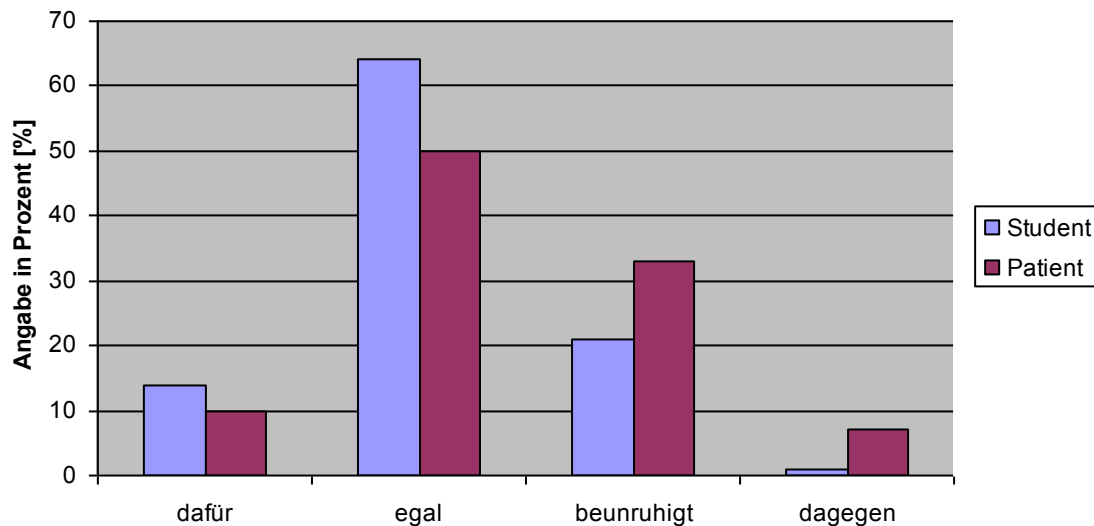
**Tabelle 4: Soziale Distanz der Patienten mit Schizophrenie gegenüber schizophrenen Erkrankte stratifiziert nach Geschlecht**

	Männlich (n=18)	Fehlende Antwort	Weiblich (n=13)	Fehlende Antwort	p-Wert
Unterhaltung	17 (94%)	0	10 (84%)	1	0,64
Arbeitskollege	16 (88 %)	0	11 (100%)	2	0,74
Freundschaft	15 (83 %)	0	9 (90 %)	3	0,68
Zimmergenosse	13 (72 %)	0	8 (80 %)	3	0,5
Schamgefühl bei Familienangehörigen mit Schizophrenie	4 (23 %)	0	4 (40 %)	3	0,21
Heirat	10 (56 %)	0	4 (40 %)	3	0,6



**Abbildung 16: Soziale Distanz der Studenten, die einen Menschen mit Schizophrenie kennen und der Studenten, die keinen Menschen mit Schizophrenie kennen gegenüber schizophrene Erkrankten.**

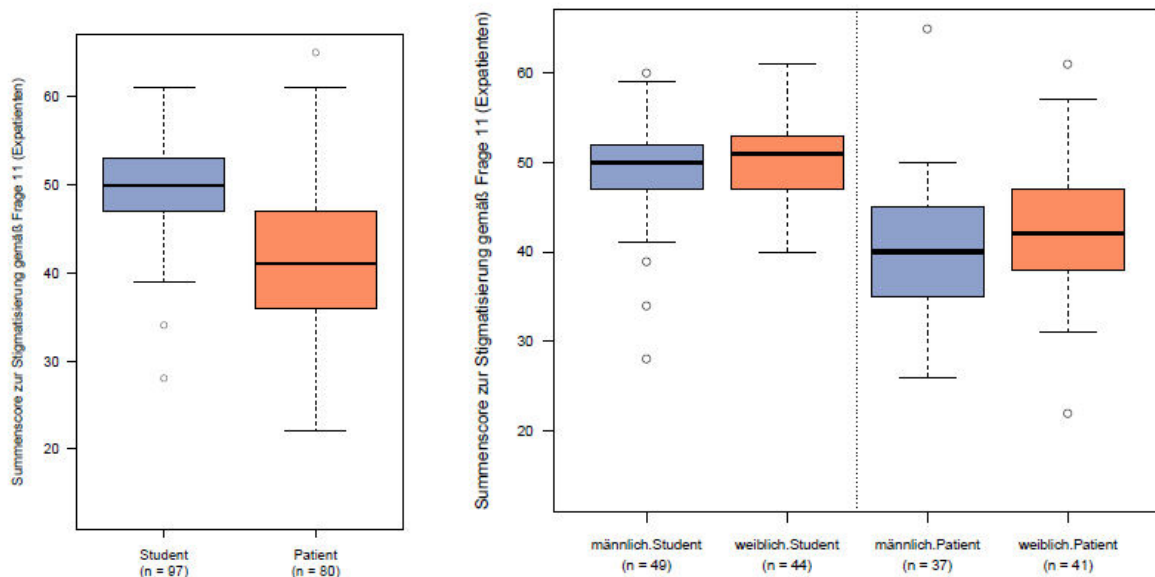
Um einen Anhalt dafür zu bekommen, wie sich der Kontakt mit erkrankten Personen auf die Stigmatisierung auswirkt, vergleicht man die soziale Distanz zwischen Medizinstudenten, die bereits Umgang mit einem Betroffenen hatten ( $n = 71$ ) und denjenigen, denen diese Erfahrung fehlt ( $n = 29$ ). Die soziale Distanz ist bei vorherigem Kontakt etwas geringer, wenn auch meist nicht signifikant. Während 80 % der Studenten mit vorherigem Kontakt keine Probleme mit einem schizophren erkrankten Arbeitskollegen haben, bestätigen dies nur 69 % der anderen Untergruppe ( $p = 0,033$ ). Wenn die Studenten sich vorstellen sollten, mit einem an Schizophrenie Erkrankten befreundet zu sein (76 % mit Kontakt vs. 62 % ohne Kontakt) ( $p = 0,18$ ) oder mit ihm ein Zimmer teilen zu müssen (46 % mit Kontakt vs. 39 % ohne Kontakt) ( $p = 0,69$ ), können keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Die Mediziner ohne vorherige Kontakte würden sich darüber hinaus nicht vermehrt schämen, wenn bei einem Familienmitglied Schizophrenie diagnostiziert würde (17 % vs. 13 %) ( $p = 0,76$ ). Ein signifikanter Unterschied ist jedoch bei der Bereitschaft zur Unterhaltung mit einem Kranken erkennbar. Während sich fast alle Mediziner ohne Kontakt ganz bestimmt (76 %) oder wahrscheinlich (21 %) mit einem Kranken unterhalten würden, tun dies lediglich 51 % derjenigen, die bereits Umgang mit ihnen hatten, ganz bestimmt bzw. 44 % wahrscheinlich ( $p = 0,026$ ). Eine Heirat mit einem schizophren Erkrankten kommt für fast alle Mediziner unabhängig vom vorherigen Kontakt nicht in Frage (10 %) ( $p = 0,074$ ). Mit durchschnittlich einer fehlenden Aussage ist die Antwortrate in dieser Subkategorie hoch.



**Abbildung 17: Einstellung der Studienteilnehmer gegenüber einer Wohngruppe von schizophrenen erkrankten Menschen in der Nachbarschaft.**

Ein weiterer Indikator für die soziale Distanz ist die Reaktion auf eine angenommene Wohngruppe aus sechs bis acht Patienten mit Schizophrenie in der Nachbarschaft. Während die nachbarliche Nähe vielen Studienteilnehmern gleichgültig wäre (64 % Studenten, 50 % Patienten), sind doch manche beunruhigt (21 % Studenten, 33 % Patienten) oder gar strikt dagegen (1 % Studenten, 7 % Patienten). Vor allem die Studierenden haben nichts gegen eine derartige Einrichtung in ihrer Nachbarschaft (14 % zu 10 %). Diejenigen jedoch, die selbst an einer psychiatrischen Krankheit leiden, wollen psychisch Kranke nicht in ihrer unmittelbaren Umgebung wissen. Es geht sogar so weit, dass von den sechs Gegnern fünf unter Umständen etwas gegen diese Wohngruppe unternehmen würden. Die Studenten sind in dieser Hinsicht toleranter: keiner würde zu Interventionen greifen. Diese unterschiedliche Akzeptanz spiegelt sich auch im p-Wert wieder ( $p = 0,031$ ).

## 4.6. Wahrgenommene Stigmatisierung



(a) Gruppenunterschied.

(b) Geschlechtsunterschied. Der p-Wert des Geschlechtseffekts beträgt  $p = 0.061$  (F-Test, Typ II, 2-faktorielle ANOVA).

**Abbildung 18: Wahrgenommene Stigmatisierung von psychisch Kranken durch die Bevölkerung nach Angabe der Studienteilnehmer.**

Betroffene nehmen Stigmatisierung anders wahr als Außenstehende. Nicht selten werden vermeintlich offene und tolerante Verhaltensweisen von den betroffenen Minderheiten als besonders diskriminierend und benachteiligend empfunden. Diese Studie zeigt, dass auch das Gegenteil der Fall sein kann. In Frage elf sollen die Studienteilnehmer stellvertretend für die „meisten Leute“ (siehe Fragebogen im Anhang, Kapitel 7.5.) diverse Aussagen zu Stereotypen und real existierender Problematik kommentieren. Dazu steht ihnen eine fünf-stufige Likert-Skala zur Verfügung. Da die Frage sowohl positiv, als auch negativ formulierte Behauptungen enthält, wurden die einzelnen Variablen bei der Auswertung einheitlich so ausgerichtet, dass ein höherer Wert auf der Likert-Skala für eine höhere Stigmatisierung steht. Diese Zahlen können zu einem Summenscore verrechnet werden, der auf die Gesamtheit der vermeintlichen Stigmatisierung schließen lässt, d.h. je größer der Wert, desto größer ist das Vorurteil. Es zeigt sich, dass die Patienten die Bevölkerung für weniger stigmatisierend halten als die Studenten (41 vs. 50). Zwar liegen die Meinungen der Patienten teils recht weit auseinander, was an der vergleichsweise breiten Box, bzw. am großen Interquartilsabstand (IQR = 11, Student: IQR = 5) abgelesen werden kann, trotzdem ist der Unterschied zwischen den beiden Gruppen signifikant ( $p < 0,0001$ ). Dieser Zusammenhang fällt auch bei näherer Betrachtung der Einzelkategorien auf. So vergeben die Mediziner bei fast allen Variablen im Schnitt einen Punkt mehr (meist vier) und zeigen sich in ihrer Meinung homogener (IQR zwischen 0 und 1). Allein in der Frage zur Meinungswertschätzung einstiger stationärer Patienten vertreten sie die gleiche Ansicht wie die Vergleichsgruppe und zeigen eine erhöhte Indifferenz ( $3 \pm 2,00$ ). Ansonsten sind die Studenten

eher der Überzeugung, dass die Öffentlichkeit psychisch Kranken ein geringeres Vertrauen entgegenbringt ( $4 \pm 1,00$  bzw.  $4 \pm 0,00$ ), ihnen die Arbeitssuche erschwert ( $4 \pm 1,00$ ) und zwischenmenschliche Kontakte zu ihnen meidet ( $4 \pm 1,00$ ). Selbst die psychiatrische Klinik als Institution birgt ihrer Meinung nach Potential zur Stigmatisierung ( $4 \pm 0,00$  bzw.  $4 \pm 1,00$ ).

Die Patienten hingegen vertreten die Ansicht, dass die Allgemeinheit meist eine indifferente Haltung einnimmt ( $3 \pm 1,00$  bzw.  $3 \pm 2,00$ ). Ihre Meinungen über die Behauptungen, die „Bevölkerung stigmatisiert sehr“ und die „Bevölkerung stigmatisiert überhaupt nicht“, gehen weit auseinander. Dennoch sind sie überzeugt, dass der gemeine Bürger seine Kinder nur ungern einem ehemals psychisch kranken Lehrer anvertraut ( $4 \pm 1,00$ ) und dass in einem Bewerbungsverfahren oftmals die Mappen der Kranken übergangen und die offenen Stellen lieber an psychisch unauffällige Interessenten vergeben werden ( $4 \pm 2,00$ ). Die Unterschiede sind in allen Fragestellungen zwischen beiden Gruppen signifikant ( $p < 0,05$ ). Sowohl die Studenten als auch die Patienten nehmen mit gleich großer Wahrscheinlichkeit an, dass Männer keine Verabredung mit einer psychisch Kranken haben wollen ( $p = 0,08$ ), dass Bewerbungen übergangen werden ( $p = 0,19$ ) und dass ihre Meinung unter Umständen weniger geschätzt wird als von Gesunden ( $p = 0,72$ ).

Es ergibt sich kein Hinweis auf geschlechtsspezifische Antworttendenzen ( $p = 0,061$ ).

#### 4.7. Möglichkeiten zur Verbesserung der Akzeptanz

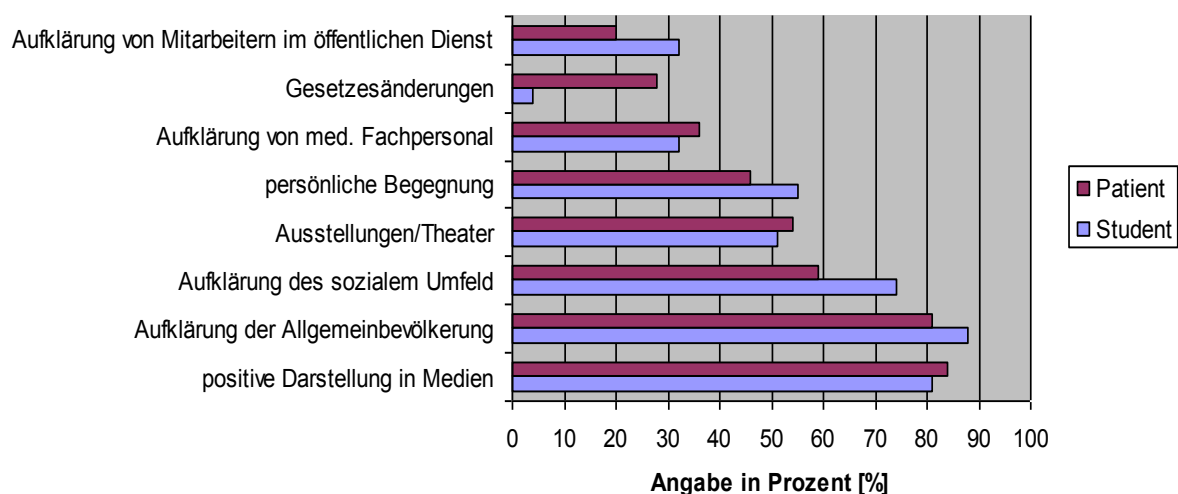


Abbildung 19: Möglichkeiten zur Verbesserung der Akzeptanz von psychisch Kranken nach Angabe der Studienteilnehmer.

Psychisch kranke Menschen haben es schwer, ein normales Leben zu führen, da sie oft gegen Stigmatisierung und Diskriminierung ankämpfen müssen. Fast alle Studienteilnehmer sind sich bewusst, dass die einzige Möglichkeit zur langfristigen Verbesserung der Situation in der



Erhöhung ihrer gesellschaftlichen Akzeptanz besteht (98 % Studenten, 93 % Patienten). Die Studienteilnehmer wurden gebeten, erfolgsversprechende Verbesserungsvorschläge zur Entstigmatisierung zu nennen. Den größten Erfolg sehen die Studenten in der Aufklärung der Allgemeinbevölkerung (88 %). Ebenso wichtig ist für sie eine positivere Darstellung von psychisch Kranken in den Medien (81 %) und die Bereitstellung von Informationen für das soziale Umfeld (74 %).

Die Patienten kommen zum selben Ergebnis, jedoch in einer anderen Reihenfolge. So hat eine positivere Darstellung der Kranken in den Medien für sie die größte Wirkung (84 %). Auch die Aufklärung der Öffentlichkeit ist für sie von großer Wichtigkeit (81 %). Im Gegensatz dazu halten sie die Belehrung von Angehörigen und Freunde mit 59 % der Stimmen für weniger wirksam ( $p = 0,038$ ). Als weniger wichtig wird die Aufklärung von Polizisten oder Mitarbeitern im Arbeits- oder Sozialamt angesehen (32 % Studenten, 20 % Patienten). Etwa  $\frac{1}{3}$  der Befragten ist der Meinung, dass das medizinische Fachpersonal besser informiert werden sollte (32 % Studenten, 36 % Patienten). Trotzdem fällt ein kleiner nichtsignifikanter Unterschied zwischen den beiden Studiengruppen auf: so würden Patienten weniger den Beamten im öffentlichen Dienst eine Fortbildung vorschlagen (20 %), als vielmehr den Ärzten und dem Pflegepersonal (36 %). Auch wünschen sich mehr psychisch Kranke eine verbesserte gesetzliche Unterstützung. Während lediglich 4 % der Studenten Gesetzesänderungen als hilfreich erachten, sind mehr als  $\frac{1}{4}$  der Patienten (28 %) der Ansicht, dass langfristige Verbesserungen durch Gesetzesänderungen erreicht werden könnten ( $p < 0,0001$ ).

Lediglich 51 % Studenten und 54 % Patienten sind von der Effektivität von Kunstausstellungen und Theateraufführungen, an denen psychisch kranke Menschen beteiligt sind, überzeugt. Darüber hinaus halten 54 % der Patienten, aber nur 45 % der Studenten eine persönliche Begegnung mit Betroffenen für wirksam zur Verbesserung der Akzeptanz psychisch Kranker.

## 5. Diskussion

Die Studie wurde durchgeführt, um Aufschluss bezüglich des Wissensstands über das Krankheitsbild der Schizophrenie unter Medizinstudenten und psychiatrischen Patienten und deren Einstellung zu schizophren Erkrankten zu erhalten. Darüber hinaus sollte erforscht werden, welche Vorurteile gegenüber Menschen mit Schizophrenie verbreitet sind und wer bzw. was zur Aufrechterhaltung dieser Vorurteile beiträgt. Ob Selbststigmatisierung der psychiatrischen Patienten stattfindet und wie die Fremdstigmatisierung durch die Bevölkerung von Patienten und Studenten wahrgenommen wird, ist ebenfalls Gegenstand der Untersuchung. Als Vergleichsstudien wurden vor allem Untersuchungen aus Deutschland (Gaebel, et al., 2002), Kanada (Stuart & Arboleda-Florez, 2001), Nigeria (Adewuya & Makanjuola, 2008), Argentinien (Leiderman, et al., 2011) und Griechenland (Economou, et al., 2009) herangezogen, die im Rahmen einer internationalen Untersuchung die Einstellung der Allgemeinbevölkerung des jeweiligen Landes mit demselben Fragebogen erhoben haben, wie er in der vorliegenden Studie verwendet wurde.

### 5.1. Informationserhalt durch Medien

#### 5.1.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Zur Verbreitung von Informationen über Schizophrenie ist die Zeitung das wichtigste Medium. Diese Form der Publikation scheint die meisten Berichterstattungen über die Krankheit zu enthalten. Sie werden von den Probanden wahrgenommen und im Gedächtnis behalten. Dagegen sind den Studienteilnehmern Öffentlichkeitskampagnen, wie Poster oder Broschüren, kaum aufgefallen.

Die Darstellung der Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist in den Medien (Zeitungen, Zeitschriften, Fernsehen, Film) überwiegend negativ. Schizophren Erkrankte werden als gewalttätig charakterisiert und dem Zuschauer oder Leser häufig in Verbindung mit Verbrechen vorgestellt. Trotzdem gelingt es den Medien immer häufiger, die Schizophrenie als eine Krankheit mit akustischen Halluzinationen darzustellen, wodurch das vermittelte Bild an Sachlichkeit gewinnt.

### 5.1.2. Diskussion

Nunnally war 1957 einer der Ersten, der einen Zusammenhang zwischen einer negativen Darstellung psychisch Kranker in den Massenmedien und deren Stigmatisierung beschrieb. Er stellte fest, dass psychisch Kranke überwiegend als gefährlich und unberechenbar beschrieben werden. Diese unkorrekte Darstellung ist meinungsbildend (Nunnally, 1957). Dieser Zustand hat sich im letzten halben Jahrhundert kaum verändert. Psychisch Kranke werden weiterhin als gewalttätig und gefährlich porträtiert, ihre Symptome übertrieben und oft mit falschen Informationen versehen (Klin & Lemish, 2008), was zur Folge hat, dass bestehende Stereotypen aufrechterhalten werden.

**Zeitung:** Während in den vergangenen Jahren vor allem Film und Fernsehen für das negative Bild psychisch Kranker in den Medien sorgten, sind seit dem Jahrtausendwechsel die Tageszeitungen für diese Entwicklung verantwortlich (Stout, Villegas, & Jennings, 2004). Dieser Trend zeigt sich auch in der vorliegenden Studie. Die meisten Teilnehmer (23 – 24 %) geben an, dass ihnen Berichte über Schizophrenie hauptsächlich in den Zeitungen aufgefallen sind. Dagegen machten die Teilnehmer ähnlicher Studien um das Jahr 2000 überwiegend das Fernsehen verantwortlich (Gaebel, et al., 2002; Stuart & Arboleda-Florez, 2001). Dies mag daran liegen, dass sich die Berichterstattung der Tageszeitungen über psychische Krankheiten in den letzten 20 Jahren fast verdoppelt hat (Goulden et al., 2011). So verwundert es auch nicht, dass sich im Gegensatz zu den Studien von Gaebel (Gaebel, et al., 2002) und Stuart (Stuart & Arboleda-Florez, 2001) signifikant mehr Probanden (40 bzw. 48 % vs. 15 bzw. 16 %) an Meldungen hinsichtlich dieser Krankheit erinnern können. Jedoch hat nicht nur die Anzahl und die Länge der Artikel zugenommen, sondern auch deren Sachlichkeit und die enthaltenen Informationen. Laut der vorliegenden Erhebung werden Menschen, die an Schizophrenie leiden, eher in Zusammenhang mit akustischen Halluzinationen und weniger mit gewalttätigen und kriminellen Verbrechen beschrieben (vgl. dazu die Stuart'sche Erfassung in Kanada). Gaebel konnte diesen Trend nicht feststellen (Gaebel, et al., 2002). Studien haben gezeigt, dass vor allem renommierte deutsche, überregionale Zeitungen über Schizophrenie und Psychiatrie im negativen Kontext berichten und Begriffe in diesem Zusammenhang häufig unsachgemäß benutzen (Hoffmann-Richter, 2000; Nowack, Tonn, Unter Mitarbeit von Volker, Oberste-Ufer, & Muller, 2011). Während heute die Depression nachweislich positiver in den Zeitungen dargestellt wird, bleibt das Erscheinungsbild der Schizophrenie in etwa gleich (Goulden, et al., 2011). Parallel dazu kann auch keine Verbesserung der Einstellung der Bevölkerung gegenüber Menschen mit Schizophrenie festgestellt werden (Angermeyer, Matschinger, & Schomerus, 2013). Auch die häufige Verwendung des Begriffs „schizophren“ als Metapher, um etwas Kontroverses oder Widersprüchliches auszudrücken (Hoffmann-Richter, 2000; Magliano, Read, & Marassi, 2011; Nowack, et al., 2011; Vahabzadeh, Wittenauer, & Carr, 2011), trägt zur Stereotypisierung bei. Die fälschliche Annahme, dass Schizophrenie das Synonym einer multiplen Persönlichkeitsstörung sei, ergänzt das negative Erscheinungsbild. Erschwerend kommt hinzu, dass psychische Krankheiten meist nur dann ihren Weg in die Zeitungen finden, wenn sie negativ auffallen. Erst wenn etwas Spektakuläres passiert, wird es nachrichtentauglich und interessant für den Leser. Da wundert es nicht, dass

Schizophrenie meist in Verbindung mit einem Verbrechen gebracht wird, wodurch beim Leser der Eindruck entstehen kann, dass schizophren Erkrankte besonders gefährlich wären. Studien belegen zwar, dass die Betroffenen geringfügig gewalttätiger als die Normalbevölkerung sind. Dies ist allerdings nur der Fall, wenn zeitgleich ein Substanzmissbrauch stattfindet (Fazel, Gulati, Linsell, Geddes, & Grann, 2009; Steinert, 1998). Dieser Zusammenhang wird in der Berichterstattung jedoch meist vernachlässigt (vgl. dazu Bericht im Tagesspiegel und ZEIT Online (Wewetzer, 2013)). Notwendig ist somit nicht eine Verringerung der Berichte und Kommentare, sondern die Zunahme an positiveren Darstellungen und eine reflektiertere Sprachwahl. Auch wenn „schizophren“ nicht bewusst stigmatisierend verwendet wird, haftet diesem Begriff doch eine negative Konnotation an.

**Film:** Wie die vorliegende Studie zeigt, findet die Verbreitung von Informationen über psychische Erkrankungen am zweit häufigsten in Film und Fernsehen statt. Diefenbach et al. zeigten, dass im amerikanischen Fernsehprogramm psychisch Kranke zehn Mal gewalttätiger als die Normalbevölkerung dargestellt werden (Diefenbach & West, 2007). Auch Forscher aus Neuseeland bestätigten diese Ergebnisse. Negative Beschreibungen der psychisch Erkrankten im nationalem Fernsehprogramm Neuseelands sind allgegenwärtig (Wilson, Nairn, Coverdale, & Panapa, 1999). Dieses Phänomen scheint sich somit nicht nur auf amerikanische Sendungen zu beschränken; es ist vielmehr anzunehmen, dass sich die negative Charakterisierung der psychiatrischen Patienten im Fernsehen auf der ganzen Welt ähnelt.

**Internet:** Besonders bei den Studenten dieser Studie, die sich signifikant im Alter von den Patienten unterscheiden, wird deutlich, dass sie ihre Informationen über die Krankheit verstärkt über das Internet erhalten. Die Arbeit mit dem Internet hat sich inzwischen zu einem unentbehrlichen Teil des Lebens entwickelt und ersetzt vor allem bei der jungen Generation immer mehr den Umgang mit Büchern (z.B. Lexika). Bei Jugendlichen dient das Internet als Hauptinformationsquelle. Man kann jedoch nur Vermutungen anstellen, inwiefern das Internet die Stigmatisierung von psychisch Kranken beeinflusst, da bislang nur wenig auf diesem Gebiet geforscht wurde.

## **5.2. Kontakt zu psychisch Kranken**

### **5.2.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse**

Knapp ein Fünftel der ambulant behandelten psychiatrischen Patienten ist überzeugt, noch nie in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein. Das gleiche Phänomen findet sich auch in der Frage, welche Rolle Schizophrenie im Leben der Probanden spielt. Umso erstaunlicher ist es, dass fast ein Drittel der an Schizophrenie Erkrankten der Krankheit nur eine geringe oder fast gar keine Relevanz in ihrem Leben einräumt.

Interessanterweise gaben mehr Studenten als Patienten an, bereits Kontakte mit Menschen gehabt zu haben, die an Schizophrenie leiden. Während sich die Kontakte der Patienten hauptsächlich im weiteren sozialen Umfeld abspielen (Bekannte, Arbeitskollegen), haben die Studenten häufig ein engeres Verhältnis zu schizophran Erkrankten. 70 % dieser Bekanntschaften sind dabei im Freundeskreis oder in der Verwandtschaft verwurzelt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Kontakten mit an Schizophrenie Erkrankten sind aus den Ergebnissen der Studie nicht erkennbar.

### 5.2.2. Diskussion

**Kontakt:** 44 % der untersuchten Patienten geben an, eine an Schizophrenie leidende Person zu kennen. Untersuchungen in Deutschland und anderen Ländern zeigen, dass in der Allgemeinbevölkerung dieser Prozentsatz etwas geringer ist (Adewuya & Makanjuola, 2008; Angermeyer, Matschinger, & Corrigan, 2004; Grausgruber, Katschnig, Meise, & Schony, 2002; Leiderman, et al., 2011; Stuart & Arboleda-Florez, 2001). Dagegen geben 71 % der Medizinstudenten dieser Studie an, bereits Kontakt mit Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, gehabt zu haben. Diese Kontakte kamen bei den angehenden Ärzten hauptsächlich im Freundes- oder Familienkreis zustande, während die psychiatrischen Patienten die Bekanntschaft mit Schizophrenieerkrankten im fernerem sozialen Umfeld (Arbeitskollegen, nicht näher definierte Bekannte) gemacht haben, was als Zeichen der Abgrenzung gedeutet werden kann.

Anders als in anderen Untersuchungen (Arens, et al., 2009; Jorm & Oh, 2009) konnte in unserer Studie keine Korrelation zwischen Kontakt zu psychisch Kranken bzw. Patienten mit Schizophrenie und der sozialen Distanz zu ihnen gefunden werden.

**Krankheitseinsicht:** Trotz ambulanter psychiatrischer Behandlung sind 19 % der Patienten in der vorliegenden Untersuchung davon überzeugt, niemals ein behandlungsbedürftiges psychisches Verhalten gezeigt zu haben. Eine fehlende Krankheitseinsicht spiegelt sich auch bei einem Drittel der an Schizophrenie leidenden Patienten wieder, die der Krankheit keine oder nur eine geringe Rolle in ihrem Leben einräumen. Es gibt kaum Studien, die die Prävalenz fehlender Krankheitseinsicht unter stabilen schizophran Erkrankten untersucht haben. Dickerson konnte jedoch bei einem Viertel seiner schizophran erkrankten Studienteilnehmer diese Wahrnehmungsstörung feststellen (Dickerson, Boronow, Ringel, & Parente, 1997). Bei späteren Studien wurden meist stationäre Patienten analysiert bzw. die angewendeten Messmethoden unterscheiden sich zu sehr, sodass ein aussagekräftiger Vergleich meist nicht möglich ist.

Die Gründe für die fehlende Einsicht der psychisch Kranken sind vielfältig. Auch wenn die verwendeten Daten vorwiegend von stabilen, ambulanten Patienten stammen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Patienten vollkommen asymptomatisch sind. Die fehlende Krankheitseinsicht könnte ein Symptom ihrer Krankheit darstellen.

Die Gründe reichen außerdem von organischen Ursachen, wie ein verringertes Hirnvolumen oder eine Atrophie im Frontalhirn (Flashman et al., 2001), bis hin zu kognitiven Störungen, wie einer verminderten Intelligenz (David et al., 1995; Lysaker, Bell, Milstein, Bryson, & Beam-Goulet, 1994) oder einer Störung in der Theory of Mind (ToM). Die ToM dient als Grundlage, „*andere und ihre Absichten zu verstehen und dadurch unser eigenes Verhalten vernünftig anzupassen*“ (Förstl, 2007). Menschen, die eine Störung der ToM haben, fehlt die metakognitive Fähigkeit, sich in andere Personen hineinzusetzen und sich selbst so zu sehen, wie Außenstehende sie sehen (Langdon & Ward, 2009).

Die fehlende Krankheitseinsicht kann aber auch als Abwehrmechanismus im Rahmen einer Selbststigmatisierung interpretiert werden. Patienten wenden vor allem bei schweren, dauerhaften und stigmatisierten Erkrankungen Verleugnung als Copingstrategie an. Sie hoffen dadurch, ihre seelischen Belastungen besser bewältigen zu können und einer Diskriminierung durch ihr Umfeld zu entgehen.

Die guten therapeutischen Erfolge oder ein benigner Verlauf können den Patienten dazu verleiten, sich selbst als gesund zu fühlen. Dies könnte erklären, warum viele schizophrenen Erkrankten der Schizophrenie keine oder nur eine geringe Rolle in ihrem Leben beimessen.

### **5.3. Wissen über das Krankheitsbild der Schizophrenie**

#### **5.3.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse**

Viele Studenten sind davon überzeugt, ein umfangreiches Wissen über das Krankheitsbild der Schizophrenie zu haben. Die Studie zeigt aber, dass sich deren Wissen über die Ätiologie der Erkrankung nicht signifikant vom Wissen der Patienten unterscheidet. Die Studenten nennen sogar mehr wissenschaftlich unbelegte Ursachen als die Patienten.

Überraschenderweise können beide Gruppen gängige Stereotype gegenüber Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, gut einordnen. Sie schätzen schizophrene Erkrankte nicht weniger intelligent ein und halten sie auch trotz abweichender Darstellung in den Medien für kaum gefährlicher als gesunde Menschen. Das Wissen der angehenden Ärzte ist weniger von Vorurteilen belastet als das der psychisch Kranken. Lediglich der allgemein verbreitete Irrtum, Schizophrenie sei eine multiple Persönlichkeitsstörung, ist bei allen Studienteilnehmern gleich stark präsent. Etwa 70 % der Studenten, aber erstaunlicherweise auch knapp 70 % der Patienten, können beide Diagnosen nicht voneinander unterscheiden.

Beide Gruppen kennen sich bezüglich der Symptomatik der Krankheit gut aus. Dass akustische Halluzinationen, Selbstgespräche und plötzliches Herumschreien ohne ersichtlichen Grund zum Krankheitsbild der Schizophrenie gehören, ist den Studenten jedoch geläufiger.

Mediziner und Patienten sind sich darüber im Klaren, dass Medikamente die Therapie der Wahl darstellen. Vor allem die Patienten erachten jedoch eine alleinige Psychotherapie für ebenso Erfolg versprechend. Eine ambulante Therapie jedoch hält die Mehrheit beider Gruppen für sinnvoll.

Die Kenntnisse der an Schizophrenie erkrankten Patienten sind teilweise recht gut, allerdings gehen weiterhin mehr als die Hälfte der Betroffenen (52 %) von einer Gleichstellung der Schizophrenie und der multiplen Persönlichkeitsstörung aus. Lediglich 69 % der Befragten, die an Schizophrenie erkrankt sind, können die akustischen Halluzinationen mit ihrer Krankheit in Verbindung bringen. Noch weniger, nämlich 48 %, wissen, dass die Krankheit unter Umständen durch Selbstgespräche oder scheinbar grundloses Herumschreien von der Umwelt wahrgenommen wird. Fast alle schizophran Erkrankten (96 %) halten jedoch eine medikamentöse Therapie für wichtig.

### 5.3.2. Diskussion

#### Wissen über Ätiologie

**Studenten:** 73 % der Studenten sind davon überzeugt, ein gutes Wissen über Schizophrenie zu haben. In der Ätiologie der Erkrankung überschätzen sie jedoch ihre Kenntnisse. Nur 26 % der Studenten kennen das Mehrfaktorenmodell der Ätiologie, und nennen sowohl biologische, biochemische als auch psychosoziale Gründe. Die recht hohe Rate fehlender Antworten von 25 lässt ebenfalls auf einen verminderten Kenntnisstand schließen. Der Trend zum verbesserten Wissen in der Bevölkerung, der in mehreren Studien nachgewiesen worden ist (Angermeyer & Matschinger, 2005; Schomerus, Matschinger, & Angermeyer, 2006), konnte in dieser Studie nicht festgestellt werden. Gaebel ist zu einem ähnlichen Ergebnis gekommen, als er das Wissen über Schizophrenie in der deutschen Allgemeinbevölkerung untersuchte (Gaebel, et al., 2002). Im internationalen Vergleich scheinen sich die Kanadier sehr gut in dieser Materie auszukennen. Zwei Drittel der kanadischen Bevölkerung konnten richtige, hauptsächlich biologische Ursachen nennen (Stuart & Arboleda-Florez, 2001). Der Kenntnisstand der Mediziner entspricht in etwa dem, der in Griechenland und Argentinien erhoben wurde, da sie ebenfalls zu einem Drittel ein Mehrfaktorenmodell in der Ätiologie vermuten (Economou, et al., 2009; Leiderman, et al., 2011). Dieses Wissensdefizit ist bedenklich, da in Deutschland verschiedene Antistigmakampagnen schon länger durchgeführt werden als in Griechenland oder Argentinien. Es stellt sich nun die Frage, ob diese Kampagnen die deutsche Bevölkerung nicht interessieren, nicht erreichen oder ob die Ätiologie nicht korrekt vermittelt wird.

**Patienten:** Lediglich 41 % der befragten Patienten geben an, sich in der Ursachenlehre bereits auszukennen. Mehr als die Hälfte von ihnen kann tatsächlich fundierte Kenntnisse nachweisen. In diesem Zusammenhang darf die hohe Anzahl fehlender Antworten (55) nicht übersehen werden, was auf einen recall-Bias schließen lässt. Die Gesamtheit der Patienten scheint nicht so informiert wie angenommen, jedoch verfügen diejenigen, die geantwortet haben, über einen fundierten

Kenntnisstand. Dies ist einerseits ein erfreuliches Ergebnis, da zumindest diejenigen, die geantwortet haben, ein Wissen über die multifaktorielle Ätiologie der Schizophrenie haben. Andererseits legt die hohe Zahl an fehlenden Antworten einen großen Handlungsbedarf bezüglich einer umfassenden Aufklärung der Patienten über die Ursachen der Schizophrenie nahe. Fehlendes kausales Wissen wurde den psychiatrischen Patienten bereits vor zwanzig Jahren attestiert (Angermeyer & Klusmann, 1988).

### **Wissen über Vorurteile, Symptomatik und Therapie**

**Studenten:** Im Gegensatz zum Bereich der Ätiologie weisen die Medizinstudenten einen fundierten Wissensstand bezüglich der Stereotypen, Symptomatik und Therapien der Krankheit auf. Sie sind überzeugt davon, dass an Schizophrenie Erkrankte nicht minder intelligent oder gefährlicher sind als Gesunde und fast alle kennen die Symptomatik der akustischen Halluzinationen. Als Therapieoptionen favorisieren alle Medizinstudenten die Verabreichung von Medikamenten. Einer alleinigen Psychotherapie räumen dagegen nur wenige Studenten Erfolgchancen ein (11 %). Dies zeigt, dass die Münchner Studierenden vermutlich über ein sehr gutes Wissen über die Symptomatik und Therapie der Schizophrenie verfügen.

Im Vergleich zu Studien, die das Wissen der deutschen Allgemeinbevölkerung untersuchten, besitzen die Studenten in fast allen Kategorien einen besseren Wissensstand (Gaebel, et al., 2002). Auch in der internationalen Gegenüberstellung erzielen sie mit das beste Ergebnis (Economou, et al., 2009; Leiderman, et al., 2011; Stuart & Arboleda-Florez, 2001), was am überdurchschnittlichen Bildungsniveau der Studentengruppe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung liegen kann. Lediglich hinsichtlich der Verwechslung mit der multiplen Persönlichkeitsstörung schneiden fast alle Untersuchten gleich schlecht ab (70 %). Dies ist bei einem solch guten Wissenstand verwunderlich und zeigt, dass es trotz Antistigmakampagnen nicht gelingt, diesen Irrtum zu beseitigen. Das kann einerseits daran liegen, dass in den Medien häufig der Begriff „schizophren“ metaphorisch als Synonym für etwas Kontroverses bzw. Gegenteiliges verwendet wird (Hoffmann-Richter, Forrer, & Finzen, 2003; <http://www.duden.de/rechtschreibung/schizophren>, 2013). Andererseits verleitet die wörtliche Übersetzung des Begriffes „schizophren“ aus dem Griechischen „schizein“ (= spalten) und „phren“ (= Zwerchfell, Seele) allzu leicht zur Deutung „gespaltenen Persönlichkeit“. Schomerus meint dazu: *„die fälschliche Meinung, Schizophrenie bedeute gespaltene Persönlichkeit, ist ein Irrtum der Gebildeten, der mit abnehmendem Bildungsgrad seltener wird. Dieser Irrtum kann daher nicht als ein Zeichen fehlender Information aufgefasst werden, sondern resultiert offenbar aus falscher Information über das Krankheitsbild Schizophrenie. Vermutlich stellt er sogar einen subjektiv empfundenen Wissensvorsprung im Verständnis eines Fremdwortes dar“* (Borsche, Schomerus, Matschinger, & Angermeyer, 2007). Dieses Missverständnis gilt es in Aufklärungskampagnen besonders hervorzuheben und zu klären. Darüber hinaus wäre es sinnvoll, Antistigmakampagnen in Kanada und Argentinien zu untersuchen, da es dort gelingt, die Fehlinformation bei der Mehrheit der Bevölkerung zu korrigieren (Leiderman, et al., 2011; Stuart & Arboleda-Florez, 2001). Im russischen Novosibirsk liegt diese Rate sogar bei lediglich 2 %



(Schomerus, Kenzin, Borsche, Matschinger, & Angermeyer, 2007), was auf eine kulturell unterschiedliche Auffassung dieses Irrtums schließen lässt.

**Patienten:** Die Patienten dieser Erhebung erreichen nicht ganz den Wissensstand der Studenten. Zwar unterscheiden sie sich im Hinblick auf die Stereotypen kaum, jedoch ist ihnen die Symptomatik der Krankheit nicht ganz so geläufig. Lediglich  $\frac{2}{3}$  der Patienten kennt das Symptom der akustischen Halluzination und weniger als die Hälfte weiß, dass Selbstgespräche zum Krankheitsbild der Schizophrenie gehören. Die Antwortrate entspricht in etwa der der deutschen und kanadischen Bevölkerung (Gaebel, et al., 2002; Stuart & Arboleda-Florez, 2001). Aufklärende Interventionen erscheinen hier durchaus sinnvoll.

**Schizophren Erkrankte:** Der Wissensstand der an Schizophrenie Leidenden dieser Untersuchung über ihre eigene Krankheit ist in etwa mit dem der deutschen Allgemeinbevölkerung (Gaebel, et al., 2002) bzw. der anderen Patienten der Erhebung vergleichbar. Lediglich in der Symptomatik kennen sie sich noch schlechter aus. Nur 69 % der Erkrankten können akustische Halluzinationen mit ihrer Krankheit in Verbindung bringen, bei Selbstgesprächen schaffen dies bloß 48 %. Ebenso sind weiterhin 52 % der schizophren Erkrankten überzeugt, an einer gespaltenen Persönlichkeit zu leiden. Dies wirft die Frage auf, warum sich Patienten in ihrer eigenen Symptomatik so wenig auskennen. Das kann einerseits am fehlenden Interesse bzw. an der Verdrängung der Erkrankung auf Grund von Selbststigmatisierung liegen. Manche Erkrankte setzen sich daher nicht mit ihrer Erkrankung auseinander und besuchen angebotene Informationsveranstaltungen wie Psychoedukationen nicht (Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bauml, & Kissling, 2006). Andererseits kann dies durch die Krankheit selbst bedingt sein und zum Beispiel im Rahmen einer fehlenden Krankheitseinsicht Bestandteil der Symptomatik sein (Freudenreich, Deckersbach, & Goff, 2004). Ein weiter Grund für das mangelnde Wissen könnten Defizite im verbalen Erinnerungsvermögen sein. Dies impliziert die Notwendigkeit sowohl eines schriftlichen Informationsblatts als auch einer expliziten Erwähnung und einer häufigen und regelmäßigen Wiederholung der Symptomatik in Psychoedukationen bzw. in Arztgesprächen. Auch sollte die Tatsache, dass eine gesplante Persönlichkeit kein Merkmal der Schizophrenie ist, gesondert herausgearbeitet werden. Für die Effizienz eines Gesprächs sind auch der Zeitpunkt und das Auftreten des Arztes von Belang. Ein zu früh angesetztes Gespräch kann vom Patienten geistig nicht aufgenommen werden, da Krankheit oder Medikamente sein Bewusstsein noch zu stark beeinflussen, sodass eine erneute Wiederholung des gesamten Aufklärungsgesprächs zu einem späteren Zeitpunkt dringend erforderlich ist. Um eine Überforderung psychisch Kranker zu vermeiden, muss auch darauf geachtet werden, dass das Gespräch im Sprachniveau und der Länge auf den einzelnen Patienten angepasst wird. Auch das Auftreten des Arztes ist wichtig für die Arzt-Patient-Beziehung. So kann ein schroffer oder hektischer Arzt sein Gegenüber einschüchtern, dass dieser sich nicht mehr traut, bei Unklarheiten Fragen zu stellen bzw. seine Bedenken zu äußern (DiMatteo, 1998). Um dies zu verhindern, muss sich der Mediziner über seine Wirkung auf den Patienten im Vorfeld klar werden. Videoaufgezeichnete Simulationstrainings in regelmäßigen Abständen haben sich dabei als überaus hilfreich herausgestellt (Fallowfield et al., 2002). Nach einem erfolgten Gespräch ist meist nur schwer feststellbar, ob die Informationen auch wirklich verstanden wurden.

Die Methode des Wiederholens – der Kranke soll am Ende eines Gesprächs die Inhalte zusammenfassend wiedergeben – hat sich hierbei bewährt (Platt & Keating, 2007).

Ob das geringe Wissen der schizophren Erkrankten ausschließlich ein Phänomen der Psychiatrischen Klinik der LMU München ist oder ob es auf Patienten mit Schizophrenie im Allgemeinen zutrifft, kann nicht evaluiert werden, da aussagekräftige Studien in diesem Fachbereich bislang fehlen.

96 % der Patienten mit Schizophrenie sind sich der Relevanz einer medikamentösen Therapie bewusst. Studien zeigen jedoch, dass psychiatrische Patienten zur fehlenden Therapietreue gegenüber Psychopharmaka tendieren (Valenstein et al., 2004). Ob sich die Bereitschaft erhöht hat, Überzeugungen auch in die Tat umzusetzen, ist im Rahmen dieser Studie nicht ermittelbar. Ebenso wenig kann festgestellt werden, in wie weit Psychopharmaka stigmatisiert werden. Frühere Untersuchungsergebnisse (Hudson et al., 2004; Nicolino, Vedana, Miasso, Cardoso, & Galera, 2011) und das gesteigerte Bedürfnis, allein mit Psychotherapien die Erkrankung zu bekämpfen, lassen jedoch eine weiterhin bestehende Diskrepanz vermuten.

## **5.4. Soziale Distanz**

### **5.4.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse**

Die soziale Distanz zu an Schizophrenie erkrankten Personen steigt mit zunehmend vorgestellter Nähe. Die soziale Distanz der Studenten ist unter allen Probandengruppen am größten. Die Studenten zeigen jedoch die geringste Distanz in der Bereitschaft, mit den Erkrankten eine Unterhaltung zu führen oder in der Entwicklung eines Schamgefühls, falls ein Erkrankungsfall in der Familie auftreten würde.

Besteht ein vorangegangener Kontakt zu schizophren Erkrankten, so verringert sich zwar die soziale Distanz, allerdings auf nicht signifikante Weise.

Die Einstellung zu einer Wohngruppe psychisch Kranker in unmittelbarer Nachbarschaft lässt darüber hinaus ebenso Rückschlüsse auf die soziale Distanz ziehen. In Widerspruch zu den vorhergehenden Ergebnissen (soziale Distanz am größten bei Studenten) sind es jedoch nicht die Mediziner, die sich gegen eine solche Wohngruppe aussprechen, sondern vorwiegend die Patienten.

### **5.4.2. Diskussion**

Sowohl bei den Studenten, als auch bei den Patienten steigt die soziale Distanz mit zunehmender vorgestellter Nähe zu an Schizophrenie Erkrankten. Somit werden die Ergebnisse der Studien

bestätigt, die die Allgemeinbevölkerung in Deutschland, Kanada, Griechenland, Argentinien und Nigeria untersucht haben (Adewuya & Makanjuola, 2008; Economou, et al., 2009; Gaebel, et al., 2002; Leiderman, et al., 2011; Stuart & Arboleda-Florez, 2001). Daraus lässt sich schließen, dass Stigmatisierung in der gesamten Weltbevölkerung allgegenwärtig ist, unabhängig vom Entwicklungsstand des Landes und dem Bildungsniveau der Einwohner. In dieser Studie konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich eines Wunsches nach sozialer Distanz gefunden werden, was sich mit den Ergebnissen einiger anderer Studien deckt (Holzinger, Floris, Schomerus, Carta, & Angermeyer, 2012; Jorm & Oh, 2009). Wieder andere Studien lassen vermuten, dass die Einstellung zwischen Männern und Frauen variiert (Lauber, Nordt, Falcató, & Rossler, 2004; Reavley, Mackinnon, Morgan, & Jorm, 2013).

**Studenten:** Bei genauerer Betrachtung dieser und der von Gaebel durchgeführten Studie fällt jedoch auf, dass die angehenden Mediziner im Vergleich zur deutschen Gesamtbevölkerung eine größere soziale Distanz aufweisen. Je geringer der imaginäre Abstand wird, desto größer ist der Unterschied (Unterhaltung: 95 % Studenten vs. 91,5 % deutsche Bevölkerung, Heirat: 11 % Studenten vs. 29 % deutsche Bevölkerung) (Gaebel, et al., 2002). Dies zeigt, dass auch fundiertes Wissen über diese Krankheit nicht vor Stigmatisierung schützt. Der Grund kann darin liegen, dass die Studenten bei einem Durchschnittsalter von 25 Jahren bisher wahrscheinlich seltener mit schizophren Erkrankten in Kontakt gekommen sind als der Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung. Ob die geringere Toleranz bei Medizinstudenten lediglich ein Phänomen der Studierenden der LMU ist oder bei allen deutschen Medizinstudenten zu finden ist, kann nicht abschließend geklärt werden. Es gibt zwar eine weitere Studie über die soziale Distanz von Medizinstudenten gegenüber schizophren Erkrankten in Marburg. In dieser Studie wird jedoch eine andere Bewertungsskala verwendet, sodass eine valide Vergleichsmöglichkeit nicht gewährleistet ist (Arens, et al., 2009).

Weitere Studien, die die Einstellung von Medizinstudenten untersuchten, analysieren nicht speziell die Schizophrenie sondern psychiatrische Erkrankungen allgemein und können somit ebenfalls nicht zum direkten Vergleich herangezogen werden (Neumann, et al., 2012; Rossler, et al., 1996). Eine abschließende Klärung kann nur mit weiteren, explizit auf Schizophrenie ausgerichteten Studien über die soziale Distanz bei Medizinstudenten in verschiedenen deutschen Städten und mit ein und demselben Bewertungssystem erreicht werden. Falls sich der Verdacht bestätigen sollte, müssten Antistigmakampagnen in der Lehre der jeweiligen Universitäten angepasst werden, indem in entsprechenden Unterrichtseinheiten zur Psychiatrie gezielt auf diese Thematik eingegangen wird.

Auch in anderen Ländern bestätigt sich, dass die soziale Distanz unter Medizinstudenten eher erhöht ist. So stellten Rössler et al. bereits vor knapp 20 Jahren fest, dass die Einstellung Schweizer Studenten gegenüber psychisch Kranken negativer ist als die der Gesamtbevölkerung (Rossler, et al., 1996). Selbst bei Griechen, die intolerant gegenüber Personen mit Schizophrenie zu sein scheinen, zeigt sich noch eine Steigerung bei den angehenden Ärzten (Economou, et al., 2012). In Italien stellte man fest, dass die medizinische Lehre für die Entwicklung der sozialen Distanz entscheidend ist. Vergleicht man italienische Studienanfänger mit denen der letzten

Semester, so zeigt sich, dass der Wunsch nach sozialer Distanz im Laufe der Zeit größer wird (Magliano et al., 2012) und es dafür unerheblich ist, ob die Ätiologie für die Erkrankung als genetisch- oder umweltbedingt gehalten wird (Serafini, et al., 2011). In Nordrhein-Westfalen konnte die Vergrößerung der sozialen Distanz bei deutschen Medizinstudenten im Laufe ihre Hochschulausbildung teilweise bestätigt werden (Neumann, et al., 2012). In der Türkei und in England wirkt sich allerdings das fortgeschrittenere Studium und die damit einhergehende Erfahrung mit psychiatrischen Patienten positiv auf die Einstellung der Medizinstudenten aus (Ay, Save, & Fidanoglu, 2006; Mukherjee, et al., 2002). Daraus kann geschlossen werden, dass die Einstellung der Studenten abhängig von der Lehre der jeweiligen Universität beeinflusst wird. Die Persönlichkeit der Studenten spielt hierbei eine untergeordnete Rolle (Neumann, et al., 2012). Die Medizinstudenten, die an der vorliegenden Studie teilgenommen haben, haben zum Zeitpunkt der Erhebung noch keine psychiatrische Vorlesung besucht. Aus diesem Grund lässt sich nicht feststellen, ob die psychiatrische Lehre in diesem Fall modulierend auf die Einstellung der Studierenden gegenüber schizophren Erkrankten einwirkt.

Die Studenten konnten zum Zeitpunkt der Erhebung noch keinen studienbedingten Kontakt zu psychiatrischen Patienten vorweisen. Die Studierenden, die im Vorfeld bereits Umgang mit psychiatrischen Patienten hatten, weisen tendenziell eine weniger stigmatisierende Einstellung zu ihnen auf als ihre Kommilitonen, auch wenn kein signifikanter Unterschied festgestellt werden konnte. Dass Kontakt zu psychisch Kranken bei Medizinstudenten nicht automatisch zu einer höheren Akzeptanz führt, zeigen die widersprüchlichen Untersuchungsergebnisse der letzten Jahre. Während bei einigen die soziale Distanz abnahm (Graf et al., 2004; Scheff, 1966; Schenner, Kohlbauer, & Gunther, 2011), steigerte sie sich bei anderen (Holzinger, et al., 2012). Wohingegen sich eine Interaktion mit Patienten in der Allgemeinbevölkerung meist positiv auf deren Einstellung auswirkt, scheinen Beschäftigte im psychiatrisch-psychologischen Bereich dem nicht zu entsprechen (Jorm & Oh, 2009). In der vorliegenden Studie ist zwar ein positiver Trend erkennbar, allerdings sollte die Frage, ob sich diese Einstellung signifikant verbessert, wenn parallel zur Wissensvermittlung an der Universität ein angeleiteter Kontakt mit schizophrenen Patienten stattfindet, d.h. mit der Möglichkeit, sich anschließend mit einer Fachperson über den Patienten und dessen Symptomatik auszutauschen (sog. Unterricht am Krankenbett), Bestandteil zukünftiger Forschung sein. Auch sollte die Frage geklärt werden, ob das Krankheitsstadium der Kontaktpersonen eine Rolle spielt und ob sich prinzipiell bessere Ergebnisse erzielen lassen, wenn die Kontaktperson eine weniger stigmatisierte psychiatrische Erkrankung wie beispielsweise Depression aufweist. Dass der Kontakt mit depressiven Patienten durchaus auch Vorurteile gegenüber schizophrenen Patienten abbaut, konnte in diversen Untersuchungen bereits gezeigt werden (Kohlbauer et al., 2010; Schmidt, 2005). Allerdings fehlen bislang Studien, die die Auswirkung von schizophrenen und depressiven Kontaktpersonen direkt miteinander vergleichen.

**Patienten:** Die Gruppe der Patienten zeigt in dieser Studie in etwa die gleiche soziale Distanz wie die deutsche Allgemeinbevölkerung (Gabel, et al., 2002), wobei jedoch eine starke Aversion gegen eine Wohngruppe mit schizophrenen Patienten in unmittelbarer Nachbarschaft deutlich wird. Diese Abneigung kann auf Erfahrungen im Zusammenleben mit psychotischen Patienten bei vorangegangenen stationären Aufenthalten beruhen, bzw. eine persönliche Abgrenzung gegenüber

den gesellschaftlich sehr stigmatisierten schizophrenen Personen darstellen, sodass sie nicht einmal mehr die räumliche Nähe zu ihnen akzeptieren. Diese unerwartet große Distanz bei Personen, die zuvor psychisch auffällig waren, stellte Angermeyer bereits 1997 fest (Angermeyer & Matschinger, 1997).

**Schizophren Erkrankte:** Die an Schizophrenie erkrankten Studienteilnehmer weisen erwartungsgemäß eine geringere soziale Distanz zu ihren Leidensgenossen auf. Auffallend ist jedoch, dass sie sich von allen Probandengruppen am meisten dafür schämen würden, wenn ein Familienmitglied an Schizophrenie erkranken würde. Dies kann multiple Ursachen haben. Zum einen könnten sie aus eigener Erfahrung wissen, dass die psychotischen Phasen für ihre Umwelt befremdlich wirken können. Zum anderen kann dies Ausdruck der Selbststigmatisierung der schizophrenen Patienten sein, die aufgrund der Stigmatisierung oftmals unter einem verminderten Selbstbewusstsein leiden und sich selbst als nicht gesellschaftsfähig und liebenswürdig ansehen (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King, 2004; Stengler-Wenzke, Angermeyer, & Matschinger, 2000).

## **5.5. Wahrgenommene Stigmatisierung**

### **5.5.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse**

Die Reaktionen der Bevölkerung gegenüber psychisch kranken Menschen werden von Patienten weniger stigmatisierend wahrgenommen als das bei den Studenten der Fall ist. Die Meinung der Patienten variiert jedoch sehr stark. Während ein Teil der Patienten von einer sehr starken Stigmatisierung ausgeht, sind ähnlich viele Patienten vom Gegenteil überzeugt (siehe Kapitel 4.6.). Die meisten vermuten allerdings eine erhöhte Stigmatisierung in Bewerbungsverfahren oder wenn Kinder in die Obhut von mental Erkrankten gegeben werden sollen.

Die Studenten hingegen sind sich meist einig darüber, dass die Allgemeinheit sich grundsätzlich recht diskriminierend gegenüber psychisch Kranken verhält. Die psychisch Kranken selbst fühlen sich nicht so sehr stigmatisiert, auch wenn sie angeben, dass die meisten Leute Vorbehalte gegenüber psychisch Kranken haben.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Wahrnehmung der Stigmatisierung psychisch Kranker konnten nicht festgestellt werden.

### **5.5.2. Diskussion**

**Stigmatisierungswahrnehmung:** Psychisch Kranke werden von der deutschen Bevölkerung diskriminiert und abwertend behandelt. Zu diesem Schluss kommen alle Probanden dieser Studie bei ihrer Einschätzung, wie die „meisten Leute“ auf ehemalige psychiatrische Patienten reagieren

würden. Bei allen 13 Aussagen (wie z.B. „die meisten Leute halten ehemalige psychiatrische Patienten für weniger intelligent“, „die meisten Arbeitgeber übergehen die Bewerbung eines ehemaligen psychiatrischen Patienten“ oder „die Meinung eines ehemals psychiatrischen Patienten wird von den meisten Leuten nicht ernst genommen“) liegen bei beiden Gruppen die Mittelwerte der Antworten ohne Ausnahme über dem Skalenmittelpunkt. Die Antwortmöglichkeiten wurden so angelegt, dass ein höherer Mittelwert eine größere Stigmatisierung bedeutet. Diese Erkenntnis ist nicht neu und wurde bereits in mehreren Untersuchungen bestätigt (Freidl, et al., 2003; Gerlinger et al., 2013; Graf, et al., 2004; Leiderman, et al., 2011; B. Link, et al., 1989; Mueller et al., 2006; Stengler-Wenzke, et al., 2000). Meist deckt sich die Wahrnehmungen der Patienten mit der der Allgemeinbevölkerung (B. Link, et al., 1989; Stengler-Wenzke, et al., 2000). In der vorliegenden Studie sind es jedoch die angehenden Ärzte, die ihre Mitbürger für besonders stigmatisierend halten. Die Patienten dagegen sind sich zwar der negativen Einstellung ihrer Mitmenschen bewusst, jedoch gehen sie von einem geringeren Stigmatisierungsgrad aus. In der Literatur ist bislang nur eine Erhebung bekannt, die diese Beobachtung bestätigen kann. Freidl und Kollegen führten dazu Untersuchungen in der österreichischen Bevölkerung durch und stellten ebenfalls fest, dass Patienten die Stigmatisierung im Vergleich zur Allgemeinheit weniger intensiv wahrnehmen. Bei dieser Untersuchung wurde ausschließlich Wert auf die ablehnende Haltung der Studienteilnehmer gelegt, der Diskriminierungsgrad wurde vernachlässigt (Freidl, et al., 2003).

Für die unterschiedliche Antizipation zwischen Patienten und Medizinstudenten gibt es verschiedene Erklärungsmöglichkeiten:

- die Patienten beobachten eine positivere Einstellung ihrer Mitmenschen
- die Studenten beobachten eine negativere Einstellung ihrer Mitmenschen.

Manche Patienten wollen sich im Rahmen ihres Stigmacopings nicht eingestehen, dass sie stigmatisiert werden und nehmen diesen Zustand daher weniger wahr. Dieser Abwehrmechanismus hilft den Betroffenen, das psychische Gleichgewicht und Selbstwertgefühl zu erhalten (Dinos, et al., 2004; Rusch, Angermeyer, & Corrigan, 2005).

Die positivere Wahrnehmung könnte aber auch der Realität entsprechen und die Betroffenen erfahren tatsächlich weniger Diskriminierung und Ablehnung. Die negativen Erwartungen, die sie zu Beginn ihrer Krankheit hatten, werden nicht erfüllt. Dies wäre ein sehr erfreuliches Ergebnis und wird auch von einigen Studien gestützt (Dinos, et al., 2004; Wahl, 1999). Doch zeigen neueste Erkenntnisse der deutschen Stigmaforschung, dass sich die Vorverurteilung psychisch Kranker in den letzten 20 Jahren nicht verbessert hat. Im Falle der Schizophrenie hat sie sich sogar verschlechtert (Angermeyer, et al., 2013), sodass das Bild von einer toleranteren Gesellschaft nicht der Realität zu entsprechen scheint.

Wahrscheinlicher ist, dass die Patienten aus Angst vor Stigmatisierung bestimmte Situationen meiden, bei denen sie auf Ablehnung stoßen könnten (wie beispielsweise Arbeitssuche) und deswegen zu der subjektiven Meinung kommen, weniger stigmatisiert zu werden.

Es wurden ausschließlich ambulante Patienten untersucht, die meist eine lange Krankheitsgeschichte vorweisen können, aber derzeit ein normales Leben führen. Müller et al. stellten fest, dass je länger ein Patient an einer psychischen Krankheit leidet, um so weniger fühlt er sich durch sie stigmatisiert. Außerdem nimmt die soziale Unterstützung im Laufe der Erkrankung zu, was wiederum eine geringere Wahrnehmung der Diskriminierung und Ablehnung zur Folge hat (Mueller, et al., 2006).

Die Patienten könnten allerdings auch im Rahmen der Etikettierung das Stigma und die Rolle des psychisch Kranken inzwischen angenommen haben und sehen sich selbst als minderwertig an, die zu Recht von der Bevölkerung diskriminiert und abwertig behandelt werden. Somit wird die Stigmatisierung nicht als ungerechtfertigt angesehen und folglich nicht wahrgenommen.

Auf der anderen Seite können die Studenten die Stigmatisierungssituation der psychisch Kranken pessimistischer einschätzen als die Patienten. Die Studenten, die psychisch Kranke stark stigmatisieren (siehe Kapitel 5.2.4.), projizieren ihre eigenen Vorstellungen auf die Allgemeinheit. Sie gehen davon aus, dass die „meisten Leute“ ebenso reagieren würden wie sie selbst, wodurch die Realität verzerrt dargestellt wird.

Darüber hinaus sind auch methodische Unterschiede zwischen den einzelnen Untersuchungen nicht auszuschließen. Anders als in anderen Studien (Freidl, et al., 2003; Graf, et al., 2004) wurden in der vorliegenden Studie Summenscores zur Auswertung der Frage verwendet.

Höchstwahrscheinlich gibt es jedoch nicht eine einzige Ursache, vielmehr tragen alle oben genannten Gründe zur unterschiedlichen Wahrnehmung des Stigmatisierungszustands bei.

**Modified Labeling Theorie:** Die Ergebnisse der Perceived Devaluation-Discrimination-Scale bestätigen eine Tendenz zur Modified-Labeling-Theorie von Link (B. Link, et al., 1989): die Studenten zeigen, dass weiterhin bestimmte Vorstellungen über psychisch Kranke in der Gesellschaft verankert sind. Die Patienten wiederum erwarten ihrerseits, von der Bevölkerung stigmatisiert zu werden. Auch die Folgen dieser Erwartungshaltung – Schamgefühl, sozialer Rückzug und fehlendes Krankheitsbewusstsein/Verleugnung – sind in dieser Studie erkennbar.

Die stärkere Stigmatisierungswahrnehmung der Studenten zeigt, dass in der Gesellschaft immer noch ein ablehnendes und diskriminierendes Bild über psychisch Kranke vorherrscht. Diese kulturelle Verankerung gilt es aufzuweichen, um den negativen Konsequenzen wie verspätete bzw. fehlende Inanspruchnahme von professioneller Hilfe aus Angst vor Stigmatisierung entgegenzuwirken. In keiner der Studien, die die vermutete Stigmatisierung zwischen Patienten und anderen Studienteilnehmern (meist Allgemeinbevölkerung) verglichen haben, geben die Betroffenen einen stärkeren Stigmatisierungsgrad an. Meist ist dieser gleich (B. Link, et al., 1989; Stengler-Wenzke, et al., 2000) bzw. geringer (Freidl, et al., 2003), so wie auch die vorliegende Studie zeigt. Andere Untersuchungen haben die antizipierte der tatsächlichen Stigmatisierung gegenübergestellt und konnten so zeigen, dass meist eine viel stärkere Diskriminierung angenommen wird, als tatsächlich der Fall ist (Angermeyer, 2003; Angermeyer, Beck, Dietrich, & Holzinger, 2004; Holzinger, et al., 2003). Das zeigt sich besonders bei der Arbeitssuche. Nur die wenigsten werden tatsächlich in dieser Situation diskriminiert, jedoch sind sich die meisten

Patienten darüber einig, dass sie dabei am stärksten benachteiligt werden (Angermeyer, 2003; Angermeyer, Beck, et al., 2004; Graf, et al., 2004; Holzinger, et al., 2003). Auch in dieser Studie vermuten die Patienten bei der Arbeitssuche die meiste Stigmatisierung. Es ist aber davon auszugehen, dass viele Kranke aus Angst vor Stigmatisierung keine Arbeitsstelle gesucht haben und sich somit der Situation entzogen haben. Dies wurde jedoch im Rahmen dieser Studie nicht erfasst, ebenso wenig die Frage, wie viele der Patienten zum Zeitpunkt der Erhebung gearbeitet haben bzw. vor Krankheitsausbruch gearbeitet hatten und somit tatsächlich in der Lage waren, diese Situation korrekt einzuschätzen.

Die vorliegende Studie zeigt auch, dass Patienten eine Erwartungshaltung aufweisen, stigmatisiert zu werden. Da die meisten von ihnen davon ausgehen, dass sie von der Gesellschaft abgelehnt und diskriminiert werden, schämen sie sich für ihre Krankheit (siehe Kapitel 5.4.) und es besteht die Gefahr des selbstgewählten sozialen Rückzugs und der Selbststigmatisierung, was meist zum Verlust von Lebensqualität und Zufriedenheit führt. Ansätze für einen sozialen Rückzug der Patienten können auch in dieser Studie gefunden werden. Patienten, die bis zu 63 Stunden pro Woche vor dem Fernseher verbringen, lassen einen verminderten sozialen Umgang vermuten. Außerdem sind Tendenzen zur Verheimlichung der Erkrankung sichtbar, indem einige der Patienten angeben, noch nie in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein und ein fehlendes Krankheitsbewusstsein aufweisen (siehe Kapitel 5.2.). All diese Folgen könnten jedoch auch ein Krankheitssymptom der Patienten darstellen, was jedoch im Rahmen dieser Studie nicht nachvollziehbar ist. Um diese Reaktionen auf die Etikettierung zu verhindern, müssen den Patienten ausreichend Copingstrategien angeboten werden, die vor allem der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen sollen, wie z.B. Selbsthilfegruppen, Hervorheben von Stärken oder social skill Training.

## **5.6. Möglichkeiten zur Verbesserung der Akzeptanz**

### **5.6.1. Zusammenfassung der Hauptergebnisse**

Über die Notwendigkeit einer umfassenden Aufklärung zur Verbesserung der Akzeptanz psychisch Kranker in der breiten Öffentlichkeit sind sich alle Studienteilnehmer einig. Vor allem die Allgemeinbevölkerung und das unmittelbare Umfeld der psychiatrischen Patienten sollte ihrer Ansicht nach verstärkt über die Krankheit informiert werden. Eine positivere Darstellung des schizophrenen Krankheitsbildes in den Medien ist besonders der Patientengruppe ein großes Anliegen. Eine verstärkte Aufklärung des medizinischen Fachpersonals sowie Gesetzesänderungen zugunsten der Kranken halten sie für mäßig sinnvoll zur Verbesserung der Akzeptanz. Polizisten und Sicherheitsbeamte sind ihrer Meinung nach ausreichend informiert. Darüber hinaus betrachten sie persönliche Begegnungen zum Abbau der Stigmatisierung psychisch Kranker für wenig Erfolg versprechend.



### 5.6.2. Diskussion

**Aufklärung der Allgemeinbevölkerung:** Fast alle Studienteilnehmer sind sich einig, dass die Akzeptanz der psychisch Kranken in der Gesellschaft verbessert werden muss. Zu diesem Schluss kam auch die deutsche Allgemeinbevölkerung, die alle vorgeschlagenen Interventionen – von Aufklärung bis hin zu Gesetzesänderungen – als Erfolg versprechend empfanden (Gaebel, et al., 2002). Die Testpersonen der vorliegenden Studie vertreten eine differenziertere Meinung. Interessanterweise teilen Studenten und Patienten die Auffassung, dass für eine Akzeptanzverbesserung allein die Aufklärung der Allgemeinbevölkerung und des sozialen Umfelds sowie eine positivere Darstellung psychisch Kranker in den Medien förderlich wären. Vor gut zehn Jahren sahen bei einer Münchner Passantenbefragung lediglich 50 % die Notwendigkeit einer allgemeinen Aufklärungskampagne (Birr, 2006).

**Soziales Umfeld:** Darüber hinaus sprechen sich die Probanden für eine vermehrte Aufklärung des sozialen Umfelds (Angehörige, Freunde, Nachbarn) aus. Sie scheinen sich der Wichtigkeit eines funktionierenden sozialen Netzes bewusst zu sein und stützen damit die Untersuchungsergebnisse von Müller und Kollegen, die gezeigt haben, dass das Maß der empfundenen Stigmatisierung negativ mit dem Rückhalt des Familien- und Freundeskreises korreliert (Mueller, et al., 2006). Überraschenderweise teilen fast signifikant weniger Patienten als Studenten diese Meinung. Entweder halten sie die Angehörigen bereits für sehr gut aufgeklärt, sodass sie keine weiteren Informationen, beispielsweise in Form von Psychoedukationen, benötigen. Es kann aber auch sein, dass die Betroffenen nicht wollen, dass ihr engster Umkreis mehr über ihre Erkrankung erfährt. Solche Patienten müssen von den behandelnden Ärzten erkannt werden, um ihnen erneut die Notwendigkeit eines informierten sozialen Netzes zu verdeutlichen.

**Medien:** Die beste Möglichkeit, die Akzeptanz psychisch Kranker in der Bevölkerung zu verbessern, sehen die Patienten in einer positiveren Darstellung des Krankheitsbildes in den Medien. Da die Massenmedien sehr viele Menschen erreichen, sind sie maßgeblich an der Meinungsbildung der Gesellschaft beteiligt. Wie diese Studie zeigt, meinen die Studienteilnehmer, dass schizophrene Erkrankte derzeit häufig als gewalttätig portraitiert und in Verbindung mit Verbrechen erwähnt werden. Um eine Änderung herbeizuführen, müssen zuerst die Sprachrohre der Medien (Journalisten, Drehbuchautoren, Regisseure, Moderatoren,...) unterrichtet und sensibilisiert werden. Sie verfügen meist über das gleiche Laienwissen wie die Allgemeinheit und propagieren somit dieselben Stereotypen. Ein Trend zur informativeren Berichterstattung ist zwar in dieser Studie erkennbar, es bestehen jedoch weiterhin viele Vorurteile und Diskriminierungen.

**Persönliche Begegnung:** Persönliche Begegnungen sollen Vorurteile gegenüber psychisch Kranken abbauen. Trotz der nachweislichen Effizienz solcher Interaktionen (Corrigan et al., 2001) zeigte sich bei den hier befragten Probanden kein klarer Effekt. Eine mögliche Ursache hierfür ist die Angst der Gesunden vor den „Anderen“ und die Angst der Kranken vor dem „Anders sein“.

Da es aber wichtig ist, dass sich beide Gruppen auf solche Antistigma-Aktionen einlassen, muss ihnen im Vorfeld die Angst genommen und der Nutzen erklärt werden.

**Gesundheitsberufe und Krankenkassen:** Als weniger wichtig wird die Aufklärung der Mitarbeiter von Gesundheitsberufen und Krankenkassen angesehen. Erstaunlicherweise vertreten auch die Patienten diese Meinung. Dies ist paradox, da vor allem die Vertreter der medizinischen Berufsgruppe besonders stark stigmatisieren (Arens, et al., 2009; Nordt, Rossler, & Lauber, 2006). Unter Umständen nehmen die Patienten die Stigmatisierung ihrer Ärzte und Therapeuten deshalb nicht wahr, weil sie in einem speziellen Abhängigkeits- und Vertrauensverhältnis zu ihnen stehen. Sie legen ihren Gesundheitszustand in die Hände der Fachleute und öffnen sich ihnen wahrscheinlich mehr als anderen Personen. Die Patienten könnten glauben, dass jemand, der sich ihrer Probleme annimmt und dem sie vertrauen, wohl keine Vorbehalte gegenüber psychisch Kranken haben wird. Entgegen der verbreiteten Meinung scheinen die Patienten wenig Stigmatisierung von Seiten der Krankenkassen zu erfahren, was darauf schließen lässt, dass die meisten der teuren Therapien und Medikamente von den Kassen übernommen werden.

**Gesetzesänderung:** Obwohl Untersuchungen belegen, dass psychisch Kranke kaum strukturelle Diskriminierung erfahren (Holzinger, et al., 2003), halten fast  $\frac{1}{3}$  der Patienten und 4 % der Studenten Gesetzesänderungen zu Gunsten psychisch Kranker als Erfolg versprechende Maßnahme zur Verbesserung der Akzeptanz. Dies könnte im Zusammenhang mit den sehr häufig vermuteten Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt stehen (siehe Kapitel 5.2.5.), wo sie sich durch eine gesetzliche Regelung unter Umständen bessere Chancen versprechen. Der Wunsch der Patienten nach Gesetzesänderungen könnte allerdings auch mit dem Unterbringungsgesetz assoziiert sein. Viele Patienten haben Angst vor dem Verlust der Selbstbestimmung und den Folgen der Zwangsbehandlung. Einmal stationär untergebracht befürchten sie, nur schwerlich wieder entlassen zu werden (LVPE RLP, 2013). Die Angst wird auch durch Vorkommnisse wie dem eingangs erwähnten Mollath-Fall geschürt. Dabei saß Gustl Mollath sieben Jahre vermeintlich zu unrecht im psychiatrischen Maßregelvollzug und erst die mediale Aufmerksamkeit und ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts konnten seine Entlassung bewirken. Nachdem auch die Regierung Schwachstellen im System erkannt hat, versucht sie nun mit Hilfe von Reformen die Unterbringung transparenter zu gestalten (Süddeutsche Zeitung, 2014).

## **5.7. Antworten auf Fragestellung**

*Wie sind psychiatrische Patienten gegenüber Menschen, die an Schizophrenie leiden, eingestellt?*  
Psychiatrische Patienten weisen eine mit der deutschen Allgemeinbevölkerung vergleichbare Einstellung zu schizophran Erkrankten auf.

*Wie sind Medizinstudenten gegenüber Menschen, die an Schizophrenie leiden, eingestellt?* Medizinstudenten weisen die negativste Einstellung gegenüber schizophren Erkrankten auf. Auch im internationalen Vergleich schneiden sie sehr schlecht ab.

*Bestätigt sich die Modified Labeling Theorie bzw. neigen psychiatrische Patienten zur Selbststigmatisierung?* Es konnte gezeigt werden, dass weiterhin negative Konnotationen gegenüber psychisch Kranken in der Gesellschaft verankert sind. Mit der Übernahme der Rolle des psychisch Kranken, einer fehlenden Krankheitseinsicht, sozialem Rückzug und einem ausgeprägten Schamgefühl konnten Anzeichen zur Bestätigung der Modified Labeling Theorie und Selbststigmatisierung gefunden werden.

*Welchen Wissensstand weisen Studenten, psychisch kranke Patienten und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis über das Krankheitsbild der Schizophrenie auf?* Studenten kennen sich sehr gut aus bezüglich der Symptomatik, Therapie und Vorurteile der Schizophrenie. Lediglich in der Ätiologie konnten Lücken nachgewiesen werden. Psychisch kranke Patienten kennen sich durchschnittlich gut mit dem Krankheitsbild der Schizophrenie aus. Schizophren Erkrankte weisen für ihre eigene Krankheit einen sehr geringen Wissensstand auf. Auffallend ist in allen Gruppen die sehr häufige Verwechslung von Schizophrenie und multipler Persönlichkeitsstörung.

*Welche Vorurteile sind gegenüber Patienten mit Schizophrenie verbreitet?* Patienten mit Schizophrenie werden für gefährlich, kriminell und für wenig vertrauenswürdig gehalten. Das Vorurteil der multiplen Persönlichkeiten schizophrener Erkrankter ist sehr stark verbreitet.

*Welchen Stellenwert nehmen die Medien bei der Verbreitung und Aufrechterhaltung dieser Vorurteile ein?* Vor allem die Zeitungen tragen zur Verbreitung und Aufrechterhaltung dieser Vorurteile bei. Es zeigt sich jedoch eine Tendenz, schizophrene Erkrankte vermehrt sachlich als Opfer einer Erkrankung mit der Symptomatik der akustischen Halluzination darzustellen.

*Nehmen psychisch Kranke die Stigmatisierung anders wahr als psychisch Gesunde?* Psychisch Kranke nehmen Stigmatisierung in der Bevölkerung weniger stark wahr als psychisch Gesunde vermuten.

## **5.8. Schlussfolgerung für zukünftige Antistigmakampagnen**

Ziel der Antistigmakampagnen ist die Reduktion der Stigmatisierung psychisch Kranker und die Verbesserung der Integration dieser Patienten in die Gesellschaft. In den letzten 20 Jahren wurden mehrere Ansätze versucht, die Fremdstigmatisierung zu verbessern, meist in Form von kurzfristigen Interventionen. Sie verändern zwar die Einstellung der Zielgruppen zu psychisch Kranken in der Regel temporär zum Positiven (Baumann, et al., 2007), ihre Wirkung scheint jedoch wenig nachhaltig zu sein (Grausgruber et al., 2009). Dies impliziert die Notwendigkeit kontinuierlicher Antistigmakampagnen. Die Situation der psychisch Kranken wird sich nur dann

verbessern, wenn sich die in unserer Kultur verankerten Vorstellungen über das Krankheitsbild der Schizophrenie verändern. Dieser Prozess ist sehr langwierig und wird sich wohl über mehrere Generationen erstrecken. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie verdeutlichen einmal mehr, dass unterschiedliche Zielgruppen speziell auf sie abgestimmte Interventionen benötigen (Student: Lehrplanänderung bzw. Kontakt, Patient: Aufklärung, Verringerung der Selbststigmatisierung). Aufgabe zukünftiger Forschung sollte sein, das passende Programm für den jeweiligen Personenkreis zu finden. Dass die Wahl eines falschen Schwerpunktes bei vermeintlich akzeptanzverbessernden Interventionen auch das Gegenteil bewirken kann, zeigten erst kürzlich Angermeyer et al. Sie stellten fest, dass die vermehrte Aufklärung der Bevölkerung über die biologischen Ursachen der Schizophrenie in den letzten 20 Jahren die Stigmatisierung eher noch verstärkt hat (Angermeyer, et al., 2013). Um die Glaubwürdigkeit dieser Kampagnen nicht zu gefährden, muss darauf geachtet werden, dass psychisch bzw. schizophrene Erkrankte nicht euphemistisch dargestellt werden. Im Folgenden werden Vorschläge zukünftiger Stigmaaktionen für die Zielgruppen „Allgemeinbevölkerung“, „Medizinstudenten“ und „Patienten“ unter Berücksichtigung der Studienergebnisse erörtert.

**Allgemeinbevölkerung:** Die Medien sind das Mittel der Wahl für die Verbreitung von Informationen. Leider werden psychisch Kranke und insbesondere an Schizophrenie erkrankte Patienten immer noch falsch und vor allem stereotyp dargestellt. Anscheinend sind hauptsächlich die Zeitungen für die Entwicklung und Aufrechterhaltung dieses Bildes verantwortlich. Es wäre also wichtig, Journalisten über dieses Krankheitsbild aufzuklären und für stigmatisierende Ausdrucksweisen zu sensibilisieren. Nur dann sind sie in der Lage, objektive, informative und vorurteilsfreie Berichte zu verfassen. Ihre Artikel über schizophrene Erkrankte sollen somit nicht mehr ausschließlich in der Sensationspresse erscheinen, wo die Patienten die Rolle des Gewalttätigen und des Verbrechers einnehmen. Neben der Zeitung wird in Zukunft das Internet als Medium zur Informationsverbreitung immer mehr Einfluss gewinnen. Es ist jedoch sehr schwierig, die Stigmatisierung dort einzugrenzen, da jeder die Möglichkeit hat, ungefiltert seine Meinung in Foren und Kommentaren zu äußern. Als erfolgreich hat sich die Protestaktion SANE (Stigma-Alarm-Netzwerk) von BASTA (Bayerische Antistigma Arbeitsgruppe – Bündnis für psychisch erkrankte Menschen) erwiesen (siehe Kapitel 1.3.2.). Da dieses Netzwerk in der Öffentlichkeit immer noch recht unbekannt ist, sollte es in der breiten Masse publik gemacht werden. Das Internet kann jedoch auch für prospektive Antistigma-Kampagnen genutzt werden. BASTA hat bereits Internetportale mit fachlich korrekten und allgemein verständlichen Informationen über Schizophrenie eingerichtet (siehe Kapitel 1.3.2.). Auch die sozialen Netzwerke wie Facebook oder Twitter bieten sich für die Verbreitung von Antistigmaaktionen an, da sie viele Menschen in kurzer Zeit erreichen.

**Studenten:** Die Antistigmatisierungsprogramme, die die Medizinstudenten als Zielgruppe haben, sollten Begegnungen mit den Betroffenen beinhalten. Es wäre jedoch sinnvoll, in weiteren Studien herauszufinden, welche Patienten mit welchen Krankheiten und in welchem Krankheitsstadium für die Begegnung am geeignetsten sind. Da die Mediziner bereits über ein recht umfangreiches Wissen bezüglich des Krankheitsbildes der Schizophrenie verfügen, sollte der Schwerpunkt der Seminare und Vorlesungen nicht allein auf der Faktenvermittlung über die

Krankheit liegen, sondern es sollte auch die Stigmatisierung psychisch Kranker, aber auch anderer sozialer Randgruppen wie HIV-Positive oder behinderter Personen mit Ursachen und Folgen für die Betroffenen im Verlauf des Studiums explizit behandelt werden. Mit Betroffenen als Dozenten würde dies noch überzeugender vermittelt werden. Falls der Lehrplan solche Sonderveranstaltungen nicht zulässt, wäre ein Online-Pflichtfall über diese Thematik denkbar. Die durch die Studie zu Tage getretenen Wissenslücken über das multifaktorielle Ätiologiemodell und über den Unterschied zwischen dem Krankheitsbild der Schizophrenie und dem Krankheitsbild der gespaltenen Persönlichkeitsstörung müssen allerdings im Unterricht unbedingt geschlossen werden. Außerdem macht diese Untersuchung deutlich, dass vor allem junge, gebildete Menschen zur Stigmatisierung neigen. Eine möglichst frühzeitige Aufklärung wäre vorteilhaft und im Rahmen einer flächendeckenden schulischen Veranstaltung denkbar, wie sie beispielsweise bereits von BASTA erfolgreich durchgeführt wird ([http://openthedoors.de/de/lernpaket\\_schule.php](http://openthedoors.de/de/lernpaket_schule.php), 2011).

**Patienten:** Die Antistigmatisierungsmaßnahmen bei psychiatrischen Patienten sollten dagegen aus der Erweiterung des Wissens über die Erkrankung und aus der Verringerung ihrer Selbststigmatisierung bestehen. Da sich die Betroffenen von der Gesellschaft diskriminiert und abgewertet fühlen, muss einer drohenden Selbststigmatisierung vorgebeugt werden. Interventionen wie Selbsthilfegruppen, Stigmacoping und Empowerment helfen, das Selbstwertgefühl zu bewahren und einen adäquaten Umgang mit der Stigmatisierung zu finden. Die Schulung sozialer Kompetenzen stellt eine weitere Hilfe zur Selbsthilfe dar. In Seminaren oder Social-Skills-Workshops können die Betroffenen interpersonelle Fertigkeiten trainieren, um das für sie so wichtige soziale Netz zu erhalten bzw. auszubauen. Mit Hilfe von Psychoedukationen soll außerdem das Wissen der Patienten über psychische Krankheiten und über Ursachen und Folgen von Fremd- und Selbststigmatisierung erweitert werden. Wissen hilft, Vorurteile abzubauen und zwischen Stigmatisierung und Tatsachen zu differenzieren.

**Schizophren Erkrankte:** Psychoedukationen und Aufklärungsgespräche sind besonders bei schizophren Erkrankten indiziert. Unsere Studie zeigt nämlich, dass Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wenig über diese Krankheit wissen. Um krankheitsbedingte Auffassungsstörungen zu vermeiden, sollten die Aufklärungsgespräche zu in verschiedenen Stadien der Erkrankung wiederholt werden. Ein zusätzliches, schriftliches Informationsblatt gibt ihnen die Möglichkeit, Besprochenes später noch einmal in Erinnerung zu rufen.

### **5.9. Limitierungen der Studie**

Auch in dieser Studie gibt es einige Einschränkungen, die bei der Interpretation der Untersuchung beachtet werden sollten. Da bei dieser Studie viele unterschiedliche Tests an einem Datensatz angewendet wurden, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich der  $\alpha$ -Fehler erhöht hat und somit bei manchen Vergleichen fälschlicherweise eine Signifikanz angezeigt wird (Weiß, 2010, p. 190).

Da es sich jedoch um eine rein explorative Analyse handelt erscheint dieses Vorgehen gerechtfertigt.

Ein häufiger Fehler, der bei der Erhebung empirischer Daten auftritt, ist die Tendenz der Probanden, Fragen nach sozialer Erwünschtheit zu beantworten. Gerade bei Untersuchungen über Einstellungen zu sozialen Randgruppen neigen Probanden dazu, nicht ihre eigene Meinung wiederzugeben, sondern sie passen ihre Antworten den sozialen Regeln und Normen an. Zwar verringert sich die Gefahr der Bias bei – wie in dieser Studie – schriftlich durchgeführten Erhebungen, dennoch ist es wahrscheinlich, dass die Wirklichkeit verzerrt dargestellt wird.

Ob die angegebene Einstellung der Studienteilnehmer tatsächlich mit ihrem Verhalten gegenüber psychisch Kranken übereinstimmt, lässt sich ebenfalls nur schwer feststellen. Häufig diskriminieren sie noch mehr als sie zugeben. Diese Diskrepanz sollte in Zukunft gründlicher erforscht werden, um Einstellungsstudien richtig einschätzen zu können.

Auch die Auswahl der Probanden kann zu einer Verzerrung der Wirklichkeit führen. Studien haben gezeigt, dass der Grad der Stigmatisierung vom Alter und Bildungsniveau der Teilnehmer abhängt. Je jünger und gebildeter die Probanden sind, desto positiver ist die Einstellung gegenüber psychisch Kranken (Angermeyer & Dietrich, 2006). Alle Studenten und ein Großteil der Patienten waren jung und gebildet. Das legt den Verdacht nahe, dass diese Untersuchung einem Bias unterliegt. Außerdem unterscheiden sich die Studenten altersmäßig und im Bildungsniveau zu stark von der Allgemeinbevölkerung und den Patienten, sodass ein Vergleich der Einstellung zwischen diesen Gruppen nur bedingt aussagekräftig ist. Es liegen keine Daten über die Aktivität der Erkrankung der Patienten vor. Zwar werden alle Patienten ambulant versorgt und sind vermeintlich stabil, jedoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Patienten vollkommen asymptomatisch sind. Auch beruhen die Diagnosen der psychisch Kranken auf unbestätigten Selbsteinschätzungen, weshalb die Studiengruppe „Patienten mit Schizophrenie“ nicht unbedingt ausschließlich und alle Patienten beinhaltet, die tatsächlich an Schizophrenie leiden. Nachdem 19 % der psychiatrischen Patienten dieser Untersuchung angeben, noch niemals in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein, ist die Verlässlichkeit ihrer Aussagen fraglich und kann zur Verwässerung der Ergebnisse der Patientengruppe beitragen.

Zudem lässt sich nicht genau sagen, ob diese Studie repräsentativ ist, da die Stigmatisierung lediglich bei 198 Studenten und Patienten erforscht wurde, die alle ausschließlich in München leben und mit der Psychiatrie der LMU in Berührung sind. Um die Aussagekraft zu erhöhen, müsste man eine deutschlandweite Untersuchung der beiden Probandengruppen mit ein und demselben Fragebogen durchführen. Es liegen außerdem keine Werte vor, die Medizinstudenten bzw. Patienten verschiedener deutscher Kliniken vergleichen. Daher kann mit dieser Studie keine Aussage getroffen werden, ob die höhere Stigmatisierung der Studenten, das geringe Wissen der schizophrenen Patienten oder die geringere Stigmatisierungswahrnehmung der Betroffenen lediglich ein Phänomen der Münchner Universitätsklinik ist oder verallgemeinert werden kann. Darüber hinaus kann Gaebels Untersuchung (Gaebel, et al., 2002) nur bedingt als Vergleich herangezogen werden, da die Erhebung unter Medizinstudenten dieser Studie und unter der Allgemeinbevölkerung bei Gaebels Studie ungefähr zum selben Zeitpunkt stattfand.

Lediglich die Gegenüberstellung der hier befragten psychiatrischen Patienten und der Allgemeinbevölkerung von Gaebel lassen einen zeitlichen Vergleich zu, da die Daten mit zirka zehn Jahren Abstand erhoben wurden.

Des Weiteren repräsentiert das Krankheitsbild der Schizophrenie nur bedingt alle anderen psychischen Störungen, da es sich durch einen besonders ungünstigen Verlauf und eine schlechte Prognose auszeichnet. Schizophrenie wird als eine der schwerwiegendsten psychiatrischen Krankheiten angesehen, weshalb anzunehmen ist, dass diese Krankheit auch die meiste Stigmatisierung erfährt (Dickerson, et al., 2002).

Eine weitere Limitierung dieser Studie ist die Auswahl des Fragebogens. Er wurde ursprünglich zur Einstellungserhebung der Allgemeinbevölkerung und nicht speziell für psychiatrische Patienten entwickelt. Auch die Verwendung eines schriftlichen Fragebogens vom überwiegend geschlossenen Fragetyp bringt Nachteile mit sich. Diese Studienform gibt die Antwortmöglichkeiten vor und schränkt die Meinung der Studienteilnehmer somit sehr stark ein. Auch wenn ein Proband andere Aspekte im Zusammenhang mit einer Frage für passender hält, muss er sich dennoch an die im Fragebogen vorgegebenen Kategorien halten ([http://www.sozioologie.wiso.uni-erlangen.de/archiv/ws0304/sozmeth/grup/tutgrup\\_ref111203b\\_ws0304.pdf](http://www.sozioologie.wiso.uni-erlangen.de/archiv/ws0304/sozmeth/grup/tutgrup_ref111203b_ws0304.pdf)). Auch scheint im Falle der Schizophrenie die Auswahl der Skala der sozialen Distanz als Maß für die Stigmatisierung schizophrener Erkrankter nur bedingt aussagekräftig zu sein. Eine ablehnende Haltung gegenüber einer Heirat mit einer chronisch kranken Person, die an einer vererbaren Krankheit mit oftmals schwerer Verlaufsform leidet, kann auch als Ausdruck des Wunsches zur Vermeidung von nicht erwünschten persönlichen Lebensumständen, die mit der Behinderung des Partners unausweichlich verknüpft sind, verstanden werden.

## 6. Zusammenfassung

„*Es ist leichter ein Atom zu zerstören, als ein Vorurteil*“ (Meise, Fleischhacker, & Schony, 2002). Schon Albert Einstein war sich der Hartnäckigkeit von stereotypen Anschauungen innerhalb einer Gesellschaft bewusst. Noch heute werden psychisch Kranke, insbesondere an Schizophrenie leidende Patienten, Opfer von Diskriminierung und Stigmatisierung. Sie gelten als gefährlich, unberechenbar und minder intelligent. Als Folge der Fremdstigmatisierung neigen psychiatrische Patienten zu Coping-Zwecken dazu, sich selbst, ihre Erkrankung und andere Patienten, die an derselben psychischen Erkrankung leiden, verstärkt zu stigmatisieren und sich sozial zurückzuziehen. Aus diesen Gründen wird keine oder erst spät professionelle Hilfe in Anspruch genommen, wodurch Rezidive begünstigt und eine erfolgreiche Rehabilitation der Patienten verhindert wird. Link beschreibt diese Folgen der Stigmatisierung in seiner Modified-Labeling Theorie (B. Link, et al., 1989). Auch Medizinstudenten sind gegenüber psychisch Kranken negativ eingestellt (Mukherjee, et al., 2002). Da nur wenige Medizinstudenten nach dem Studium als Psychiater arbeiten, aber dennoch in ihrem Berufsleben häufig mit psychisch Kranken zu tun haben werden, ist es wichtig, dass sie diesen Patienten möglichst unvoreingenommen gegenüber treten.

Ziel der durchgeführten Studie ist es, die Einstellungen, die soziale Distanz und die Vorurteile von Medizinstudenten und psychiatrischen Patienten der Ludwig-Maximilians-Universität München gegenüber Menschen mit Schizophrenie zu untersuchen. Die Medizinstudenten werden sowohl als Vergleichsgruppe stellvertretend für die gesunde Allgemeinbevölkerung als auch als eine eigenständige Probandengruppe behandelt. Die Ergebnisse sollen der Entwicklung von geeigneten Entstigmatisierungsprogrammen dienen. Zusätzlich wird untersucht, ob psychisch Kranke zur Selbststigmatisierung neigen und ob sie Stigmatisierung in ihrem Umfeld anders wahrnehmen als psychisch Gesunde.

Die Teilnehmer der Studie wurden mit Hilfe eines Fragebogens untersucht, der sich bereits bei Stigmatisierungserhebungen der Allgemeinbevölkerung im Rahmen des World Psychiatry Association-Antistigmatisierungsprogramms „Open the Doors“ in mehreren Ländern bewährt hat (Adewuya & Makanjuola, 2008; Economou, et al., 2009; Gaebel, et al., 2002; Leiderman, et al., 2011; Stuart & Arboleda-Florez, 2001) und dadurch eine optimale Vergleichbarkeit gewährleistet. Er enthält unter anderem die von Bogardus entwickelte Skala der sozialen Distanz zur Ermittlung des Stigmatisierungsgrads und die „Perceived Devaluation – Discrimination Scale“ von Link zur Untersuchung der Stigmatisierungswahrnehmung. Insgesamt nahmen 198 Probanden an unserer Studie teil. Davon wurden 105 Medizinstudenten des achten bis zehnten Semesters der Ludwig-Maximilians-Universität München ausgewählt, die noch keine Lehrveranstaltungen im Fach



Psychiatrie besucht hatten, und 93 ambulante psychiatrische Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU und des Isar-Amper-Klinikums München-Ost Haar.

Die Ergebnisse der durchgeführten Studie zeigen, dass die soziale Distanz gegenüber Patienten mit Schizophrenie bei allen Studienteilnehmern sehr groß ist und Vorbehalte stark verbreitet sind. Außerdem implizieren sie eine Anpassung der Antistigmakampagnen an die jeweiligen Bedürfnisse der einzelnen Zielgruppen.

**Medien:** Wie diese Studie zeigt, leisten die Medien bei der Verbreitung von Vorurteilen einen wesentlichen Beitrag. Die Probanden beziehen ihre Information vor allem aus Zeitungen, die über Schizophrenie oftmals negativ im Zusammenhang mit Verbrechen oder Kriminalität berichten. Neuerdings scheinen die Beiträge in den Medien an Sachlichkeit gewonnen zu haben, da sich die meisten Studienteilnehmer an eine Darstellung der Betroffenen als Opfer einer Erkrankung erinnern konnten und dass sie unter akustischen Halluzinationen leiden. Die Untersuchung zeigt außerdem die zunehmende Bedeutung des Internets bei der Verbreitung von Informationen. In allen Probandengruppen lässt sich weiterhin die fälschliche Annahme feststellen, dass der Begriff „Schizophrenie“ Synonym für das Krankheitsbild der multiplen Persönlichkeitsstörung sei – überraschenderweise auch bei den schizophren Erkrankten selbst.

Grundsätzlich gilt es, das in den Medien verbreitete Bild über Schizophrenie zu verbessern und aus dem kriminellen Kontext zu lösen. Dies kann dadurch erreicht werden, wenn Medienschaffende über das Krankheitsbild der Schizophrenie und die Folgen der Stigmatisierung aufgeklärt und sensibilisiert werden, sodass es zu einer sachlich richtigeren und positiveren Berichterstattung über die Erkrankung kommt. Da das Internet zum Informationserhalt und -verbreitung vor allem von der jüngeren Generation genutzt wird, sollte dieses Medium bei Antistigmatisierungskampagnen mehr mit einbezogen werden. Wichtig ist es, dass bei jeder Intervention besonders darauf hingewiesen wird, dass es sich bei der Schizophrenie und der multiplen Persönlichkeitsstörung um zwei unterschiedliche Krankheitsbilder handelt.

**Studenten:** Die Medizinstudenten der LMU sind gegenüber Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, stark stigmatisierend eingestellt und weisen von allen Probandengruppen und auch im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung (Gaebel, et al., 2002) die größte soziale Distanz auf. Ihr Wissen über die Krankheit der Schizophrenie bezüglich der Symptomatik, der Therapiemöglichkeiten und der Ungültigkeit von Stereotypen ist überdurchschnittlich. Jedoch konnten Wissenslücken hinsichtlich der Ätiologie der Krankheit aufgedeckt werden. Im Widerspruch zu anderen Forschungsergebnissen (Arens, et al., 2009; Jorm & Oh, 2009) zeigt sich in der vorliegenden Studie, dass ein bereits vorhandener Kontakt zu Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zu keiner signifikanten Verbesserung der Einstellung geführt hat.

Wie diese Studie zeigt, schützt Wissen nicht vor Stigmatisierung bei den Studenten. Die Probleme und die Auswirkungen der Stigmatisierung psychisch Kranker sollte im Verlauf des Studiums in

Vorlesungen und Seminaren explizit behandelt werden. Die vorliegende Studie macht deutlich, dass mehr Aufklärungsarbeit bezüglich der multifaktoriellen Ätiologie der Krankheit notwendig ist.

**Patienten:** Die soziale Distanz der psychiatrischen Patienten zu Menschen, die an Schizophrenie leiden, und ihr Wissensstand über das Krankheitsbild der Schizophrenie sind vergleichbar mit den Ergebnissen, die in der deutschen Allgemeinbevölkerung ermittelt worden sind (Gaebel, et al., 2002). Einige Patienten weisen zudem eine fehlende bzw. eingeschränkte Krankheitseinsicht auf und fühlen sich durch die Allgemeinheit stigmatisiert. Interessanterweise nehmen die Betroffenen die gesellschaftliche Stigmatisierung geringer wahr als die untersuchten Studenten dies vermuten. Außerdem können Hinweise zur Übernahme der Krankenrolle, zu einem sozialen Rückzug und zu einem ausgeprägten Schamgefühl bei den Patienten gefunden werden.

In dieser Untersuchung wird deutlich, dass psychisch Kranke zur Selbststigmatisierung neigen. Maßnahmen zur Einschränkung der Selbststigmatisierung sind also unbedingt notwendig. Auch sind Tendenzen zur Bestätigung der Modified Labeling Theorie erkennbar. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass eine persönliche Erfahrung mit psychischen Krankheiten die Einstellung zu Menschen, die an Schizophrenie leiden, nicht beeinflusst. Da in der Patientengruppe außerdem ein großes Wissensdefizit über die Krankheit Schizophrenie vorliegt, würde sich hier eine umfassende Aufklärungskampagne zur Entstigmatisierung anbieten. Festzustellen, warum sich die Stigmatisierungswahrnehmung der Patienten und Studenten derart unterscheidet, sollte Ziel zukünftiger Forschung sein.

**Schizophren Erkrankte:** Die durchgeführte Studie deckt auf, dass die Patienten, die an Schizophrenie leiden, nur geringe und teilweise sogar falsche Kenntnisse über ihre eigene Krankheit aufweisen.

Das geringe Wissen legt eine Verbesserung der Aufklärung dieser Patientengruppe nahe. Nicht eindeutig geklärt werden konnte, ob das fehlende Wissen dieser Probandengruppe krankheitsbedingt ist oder nur ein Phänomen dieser Studienstichprobe ist.

## 7. Anhang

### 7.1. Literaturverzeichnis

- Adewuya, A. O., & Makanjuola, R. O. (2008). Social distance towards people with mental illness in southwestern Nigeria. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 42(5), 389-395.
- Angermeyer, M. C. (1994). Das Bild der Psychiatrie in der Öffentlichkeit. In R. Schüttler (Ed.), *Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie* (pp. 1-10). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Angermeyer, M. C. (2003). [The stigma of mental illness from the patient's view--an overview]. *Psychiatr Prax*, 30(7), 358-366.
- Angermeyer, M. C., Beck, M., Dietrich, S., & Holzinger, A. (2004). The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *Int J Soc Psychiatry*, 50(2), 153-162.
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand*, 113(3), 163-179.
- Angermeyer, M. C., Link, B. G., & Majcher-Angermeyer, A. (1987). Stigma perceived by patients attending modern treatment settings. Some unanticipated effects of community psychiatry reforms. *J Nerv Ment Dis*, 175(1), 4-11.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1994). Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population survey in Germany. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 382, 39-45.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychol Med*, 27(1), 131-141.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2004). The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophr Bull*, 30(4), 1049-1061.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *Br J Psychiatry*, 186, 331-334.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Corrigan, P. W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophr Res*, 69(2-3), 175-182.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Schomerus, G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *Br J Psychiatry*, 203, 146-151.
- Arboleda-Florez, J., & Sartorius, N. (2008). *Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Arens, E. A., Berger, C., & Lincoln, T. M. (2009). [Stigmatization of patients with schizophrenia: the influence of university courses on the attitudes of prospective psychologists and doctors]. *Nervenarzt*, 80(3), 329-339.

- Ay, P., Save, D., & Fidanoglu, O. (2006). Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41(1), 63-67.
- Baumann, A., Zaska, H., Decker, P., Klosterkötter, J., Maier, W., Moller, H. J., et al. (2007). [Changes in the public's social distance toward individuals with schizophrenia in six German cities. Results of representative pre- and postinterventional telephone surveys from 2001 to 2004]. *Nervenarzt*, 78(7), 787-788, 790-785.
- Berger, M., & Angenendt, J. (2009). *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie* (3., vollst. neu bearb. und erw. Aufl. ed.). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Birr, F. (2006). *Qualitative Passantenbefragung zu Aspekten der Stigmatisierung Schizophrener im Rahmen einer Antistigmakampagne*. Ludwig-Maximilians-Universität, München.
- Bleuler, E. (1983). *Lehrbuch der Psychiatrie* (15., von Manfred Bleuler bearbeitete Auflage ed.): Springer.
- Bogardus, E. (1925). Measuring social distance. *J Appl Sociol*, 9, 299-308.
- Borsche, J., Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2007). [An error of the educated--split personality and schizophrenia]. *Psychiatr Prax*, 34(8), 384-387.
- Brosius, F. (2011). *SPSS 19* (1. ed.). Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: mitp, eine Marke der Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH.
- Brusten, M., & Hohmeier, J. (1975). *Stigmatisierung 1+2 - Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen* (Vol. 1). Neuwied, Darmstadt: Herrman Luchterhand Verlag.
- Bühner, M., & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Verlag.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Champion, J., et al. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. [Article]. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187-195.
- Cumming, E., & Cumming, J. (1957). Close ranks; an experiment in mental health education. *Harvard University Press*.
- David, A., van Os, J., Jones, P., Harvey, I., Foerster, A., & Fahy, T. (1995). Insight and psychotic illness. Cross-sectional and longitudinal associations. *Br J Psychiatry*, 167(5), 621-628.
- Dickerson, F. B., Boronow, J. J., Ringel, N., & Parente, F. (1997). Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 48(2), 195-199.
- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull*, 28(1), 143-155.
- Diefenbach, D. L., & West, M. D. (2007). Television and attitudes toward mental health issues: Cultivation analysis and the third-person effect. *Journal of Community Psychology*, 35(2), 181-195.
- DiMatteo, M. R. (1998). The role of the physician in the emerging health care environment. *West J Med*, 168(5), 328-333.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *Br J Psychiatry*, 184, 176-181.
- e.V., o. t. d. (2000). Schizophrenie open the doors - Ein Programm gegen Stigma und Diskriminierung schizophrener erkrankter Menschen. In R. K. D. Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität (Ed.). Düsseldorf: "open the doors" e.V.
- Economou, M., Peppou, L. E., Louki, E., & Stefanis, C. N. (2012). Medical students' beliefs and attitudes towards schizophrenia before and after undergraduate psychiatric training in Greece. *Psychiatry Clin Neurosci*, 66(1), 17-25.

- Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, A., & Stefanis, C. (2009). Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *Int J Soc Psychiatry*, 55(4), 361-371.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A., & Eves, R. (2002). Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet*, 359(9307), 650-656.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. [Meta-Analysis Review]. *PLoS medicine*, 6(8), e1000120.
- Flashman, L. A., McAllister, T. W., Johnson, S. C., Rick, J. H., Green, R. L., & Saykin, A. J. (2001). Specific frontal lobe subregions correlated with unawareness of illness in schizophrenia: a preliminary study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 13(2), 255-257.
- Förstl, H. (2007). *Theory of Mind: Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Freidl, M., Lang, T., & Scherer, M. (2003). How psychiatric patients perceive the public's stereotype of mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38(5), 269-275.
- Freimüller, L., & Wölwer, W. (2011). *Antistigma-Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis: Das Trainingsmanual Schriftenreihe Kompetenznetz Schizophrenie* (1. ed.): Schattauer.
- Freudenreich, O., Deckersbach, T., & Goff, D. C. (2004). Insight into current symptoms of schizophrenia. Association with frontal cortical function and affect. *Acta Psychiatr Scand*, 110(1), 14-20.
- Gaebel, W., Baumann, A., & Witte, M. (2002). [Attitude of the population to schizophrenic patients in 6 federal German large cities]. *Nervenarzt*, 73(7), 665-670.
- Gaebel, W., Zasko, H., Cleveland, H. R., Zielasek, J., Stuart, H., Arboleda-Florez, J., et al. (2011). Measuring the stigma of psychiatry and psychiatrists: development of a questionnaire. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 261 Suppl 2, S119-123.
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164.
- Gierke, S. (2013). Die zynischen Sätze der Beate Merk.
- Goffman, E. (1975). *Stigma - Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (F. Haug, Trans.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goulden, R., Corker, E., Evans-Lacko, S., Rose, D., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2011). Newspaper coverage of mental illness in the UK, 1992-2008. *BMC Public Health*, 11, 796.
- Graf, J., Lauber, C., Nordt, C., Ruesch, P., Meyer, P. C., & Rossler, W. (2004). Perceived stigmatization of mentally ill people and its consequences for the quality of life in a Swiss population. *J Nerv Ment Dis*, 192(8), 542-547.
- Grausgruber, A., Katschnig, H., Meise, U., & Schony, W. (2002). Attitudes of the general population towards schizophrenia in Austria. [Article]. *Neuropsychiatrie*, 16(1-2), 54-67.
- 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.
- Grodon, R. (1977). Unidimensional Scaling of Social Variables: Concepts and Procedures. *The Free Press*.
- Guyton, P. (2012). Wie Gustl Mollath eine Straftat aufklärte und in der Psychiatrie landete.
- Hoffmann-Richter, U. (2000). *Psychiatrie in der Zeitung. Urteile und Vorurteile*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

- Hoffmann-Richter, U., Forrer, F., & Finzen, A. (2003). [Schizophrenia in the German national paper Frankfurter Allgemeine Zeitung -- a didactic play]. *Psychiatr Prax*, 30(1), 4-7.
- Holzinger, A., Beck, M., Munk, I., Weithaas, S., & Angermeyer, M. C. (2003). [Stigma as perceived by schizophrenics and depressives]. *Psychiatr Prax*, 30(7), 395-401.
- Holzinger, A., Floris, F., Schomerus, G., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: a systematic review of population studies. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 21(1), 73-85.
- [http://opentheodoors.de/de/lernpaket\\_schule.php](http://opentheodoors.de/de/lernpaket_schule.php). (2011). BASTA. Retrieved 27.12.2013
- <http://opentheodoors.de/de/sane.php>. (2006). SANE. Retrieved 01.11.2013
- [http://opentheodoors.de/de/ueber\\_schizophrenie.php](http://opentheodoors.de/de/ueber_schizophrenie.php). (2006). Über Schizophrenie. Retrieved 04.09.2013
- <http://www.duden.de/rechtschreibung/schizophren>. (2013). Duden - Die deutsche Rechtschreibung. Retrieved 27.12.2013
- <http://www.einblicke-altenburg.de/?q=node/389>. (2013). Stigmatisierung psychisch Kranker. Retrieved 09.09.2013
- [http://www.lrz.de/~wlm/ilm\\_w4.htm](http://www.lrz.de/~wlm/ilm_w4.htm). Retrieved 23.3.2011
- [http://www.opentheodoors.com/english/01\\_05.html](http://www.opentheodoors.com/english/01_05.html). (2013). Local action groups Retrieved 01.11.2013
- [http://www.soziologie.wiso.uni-erlangen.de/archiv/ws0304/sozmeth/grup/tutgrup\\_ref11203b\\_ws0304.pdf](http://www.soziologie.wiso.uni-erlangen.de/archiv/ws0304/sozmeth/grup/tutgrup_ref11203b_ws0304.pdf). Retrieved 21.3.2011
- Hudson, T. J., Owen, R. R., Thrush, C. R., Han, X., Pyne, J. M., Thapa, P., et al. (2004). A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(2), 211-216.
- Jorm, A. F., & Griffiths, K. M. (2008). The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: how important are biomedical conceptualizations? *Acta Psychiatr Scand*, 118(4), 315-321.
- Jorm, A. F., & Oh, E. (2009). Desire for social distance from people with mental disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 43(3), 183-200.
- Katschnig, H. (2002). Kraepelin's, Bleuler's and Schneider's concepts of schizophrenia - their relevance for the stigma process. *Neuropsychiatrie*, 16(1-2), 11-19.
- Klin, A., & Lemish, D. (2008). Mental disorders stigma in the media: review of studies on production, content, and influences. *J Health Commun*, 13(5), 434-449.
- Kohlbauer, D., Meise, U., Schenner, M., Sulzenbacher, H., Frajo-Apor, B., Meller, H., et al. (2010). [Does education focusing on depression change the attitudes towards schizophrenia? A target-group oriented anti-stigma-intervention]. *Neuropsychiatr*, 24(2), 132-140.
- Langdon, R., & Ward, P. (2009). Taking the perspective of the other contributes to awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 35(5), 1003-1011.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rossler, W. (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Ment Health J*, 40(3), 265-274.
- Leiderman, E. A., Vazquez, G., Berizzo, C., Bonifacio, A., Bruscoli, N., Capria, J. I., et al. (2011). Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46(4), 281-290.
- Link, B., Cullen, F., Struening, E., Shrout, P., & Dohrenwend, B. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *American Sociology Review*, 54(3), 400-423.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.

- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull*, 30(3), 511-541.
- Link, B. G. C., F.T.; Frank, J.; Wozniak, J. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1461 - 1500.
- Lysaker, P., Bell, M., Milstein, R., Bryson, G., & Beam-Goulet, J. (1994). Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatry*, 57(4), 307-315.
- Magliano, L., Read, J., & Marassi, R. (2011). Metaphoric and non-metaphoric use of the term "schizophrenia" in Italian newspapers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46(10), 1019-1025.
- Magliano, L., Read, J., Sagliocchi, A., Patalano, M., D'Ambrosio, A., & Oliviero, N. (2012). Differences in views of schizophrenia during medical education: a comparative study of 1st versus 5th-6th year Italian medical students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.
- Margraf, J., & Maier, W. (2012). *Psyhyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie* (2 ed.): De Gruyter.
- Meise, U., Fleischhacker, W. W., & Schony, W. (2002). "Es ist leichter, ein Atom zu zerstören, als ein Vorurteil". *Neuropsychiatrie*, 16(1-2), 1-4.
- Melchinger, H. (2008). *Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung - unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover.
- Mino, Y., Yasuda, N., Kanazawa, S., & Inoue, S. (2000). Effects of medical education on attitudes towards mental illness among medical students: a five-year follow-up study. *Acta Med Okayama*, 54(3), 127-132.
- Möller, H.-J., Laux, G., & Kapfhammer, H.-P. (2011). *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (4. ed. Vol. 2: Spezielle Psychiatrie): Springer.
- Mueller, B., Nordt, C., Lauber, C., Rueesch, P., Meyer, P. C., & Roessler, W. (2006). Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: a longitudinal approach. *Soc Sci Med*, 62(1), 39-49.
- Mukherjee, R., Fialho, A., & Wijetunge, A. (2002). The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatr Bull*, 26, 178-181.
- Müller, F. (2013). Von Steuerfahndern als "Spinner" eingestuft.
- Muller, P., Gaebel, W., Bandelow, B., Kopcke, W., Linden, M., Muller-Spahn, F., et al. (1998). [The social status of schizophrenic patients]. *Nervenarzt*, 69(3), 204-209.
- Neumann, E., Obliers, R., & Albus, C. (2012). [Medical Students' Attitudes towards Mental Illness - A Matter of Studies or Personality?]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 62(2), 66-72.
- Nicolino, P. S., Vedana, K. G., Miaso, A. I., Cardoso, L., & Galera, S. A. (2011). [Schizophrenia: adherence to treatment and beliefs about the disorder and the drug treatment]. *Rev Esc Enferm USP*, 45(3), 708-715.
- Nordt, C., Rossler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophr Bull*, 32(4), 709-714.
- Nowack, N., Tonn, B., Unter Mitarbeit von Volker, T., Oberste-Ufer, R., & Muller, C. (2011). [Psychiatry in local newspapers]. *Psychiatr Prax*, 38(3), 129-134.
- Nunnally, J. U. M. (1957). The communication of mental health information: A comparison of the opinions of experts and the public with mass media presentations. [Article]. *Behavioral Sci*, 2((3)), 222-230.

- Platt, F. W., & Keating, K. N. (2007). Differences in physician and patient perceptions of uncomplicated UTI symptom severity: understanding the communication gap. *Int J Clin Pract*, 61(2), 303-308.
- Przybilla, O., & Ritzer, U. (2012, 22.12.2012). Gutachten aus der Ferne. *Süddeutsche Zeitung*.
- Reavley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2013). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: A comparison of Australian health professionals with the general community. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*.
- RLP, L. (2013). Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. zum Entwurf eines Landesgesetzes zur Neuregelung der Voraussetzungen der Behandlung von Krankheiten untergebrachter Personen Mainz.
- Rosler, W., Salize, H. J., Trunk, V., & Voges, B. (1996). [The attitude of medical students to psychiatric patients]. *Nervenarzt*, 67(9), 757-764.
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bauml, J., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in schizophrenia--results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophr Bull*, 32(4), 765-775.
- Rusch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*, 20(8), 529-539.
- Rüsch, N., Berger, M., Finzen, A., & Angermeyer, M. C. (2004). Das Stigma psychischer Erkrankungen - Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In M. Berger (Ed.), *Psychische Erkrankungen - Klinik und Therapie, elektronisches Zusatzkapitel Stigma*.
- Scheff, T. (1966). *Being mentally ill: a socialolgical theory*. Chicago: Aldine.
- Schenner, M., Kohlbauer, D., & Gunther, V. (2011). [Communicate instead of stigmatizing - does social contact with a depressed person change attitudes of medical students towards psychiatric disorders? A study of attitudes of medical students to psychiatric patients]. *Neuropsychiatr*, 25(4), 199-207.
- Schmidt, A. (2005). *Stigmatisierungsprozesse und Ausgrenzungsmechanismen gegenüber Menschen jenseits geistiger, physischer und psychischer „Normalität“*. Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.
- Schomerus, G., Kenzin, D., Borsche, J., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2007). The association of schizophrenia with split personality is not an ubiquitous phenomenon: results from population studies in Russia and Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(10), 780-786.
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). Public beliefs about the causes of mental disorders revisited. *Psychiatry Res*, 144(2-3), 233-236.
- Schöny, W., De Col, C., Grausgruber, A., & Meise, U. (2004). Die österreichische Antistigma-Kampagne. In W. Gaebel, H.-J. Möller & W. Roessler (Eds.), *Stigma - Diskriminierung - Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Serafini, G., Pompili, M., Haghghat, R., Pucci, D., Pastina, M., Lester, D., et al. (2011). Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 18(7), 576-585.
- Steinert, T. (1998). [Schizophrenia and violence: epidemiological, forensic and clinical aspects]. [Review]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 66(9), 391-401.
- Stengler-Wenzke, K., Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2000). [Depression and stigma]. *Psychiatr Prax*, 27(7), 330-335.
- Stout, P. A., Villegas, J., & Jennings, N. A. (2004). Images of mental illness in the media: identifying gaps in the research. *Schizophr Bull*, 30(3), 543-561.
- Stuart, H. (2008). Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 185-188.



- Stuart, H., & Arboleda-Florez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Can J Psychiatry*, 46(3), 245-252.
- Thompson, A. H., Stuart, H., Bland, R. C., Arboleda-Florez, J., Warner, R., Dickson, R. A., et al. (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37(10), 475-482.
- Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. [Review]. *International review of psychiatry*, 19(2), 113-122.
- Vahabzadeh, A., Wittenauer, J., & Carr, E. (2011). Stigma, schizophrenia and the media: exploring changes in the reporting of schizophrenia in major U.S. newspapers. *J Psychiatr Pract*, 17(6), 439-446.
- Valenstein, M., Blow, F. C., Copeland, L. A., McCarthy, J. F., Zeber, J. E., Gillon, L., et al. (2004). Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors. *Schizophr Bull*, 30(2), 255-264.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull*, 25(3), 467-478.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull*, 33(6), 1312-1318.
- Weiß, C. (2010). *Basiswissen Medizinische Statistik*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Wewetzer, H. (2013, 21.08.2013). Gefährlicher Wahn *Tagesspiegel Zeit Online*.
- WHO. (2001). *World Health Report - Mental Health: New Understanding, New Hope*.
- Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., & Panapa, A. (1999). Mental illness depictions in prime-time drama: identifying the discursive resources. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 33(2), 232-239.
- 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.
- Zeitung, S. (2014, 27.01.2014). Bayern plant Initiative zur Psychiatrie-Reform. *Süddeutsche Zeitung*.

## 7.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für Schizophrenie: allgemeine Kriterien, entnommen aus (Möller, et al., 2011, p. 248, Tabelle 52.8) .....	3
Tabelle 2: Geschlechterverteilung der Studienteilnehmer der Stigmatisierungsstudie.....	24
Tabelle 3: Selbsteinschätzung der Studienteilnehmer hinsichtlich ihr Wissen über die Ätiologie der Schizophrenie .....	32
Tabelle 4: Soziale Distanz der Patienten mit Schizophrenie gegenüber schizophrene Erkrankte stratifiziert nach Geschlecht .....	39

### **7.3. Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Altersverteilung der Studienteilnehmer der Stigmatisierungsstudie.....	25
Abbildung 2: Schulbildung der Studienteilnehmer der Stigmatisierungsstudie. ....	26
Abbildung 3: Thematisierung von Schizophrenie in den Medien innerhalb der letzten sechs Monate nach Angabe der Studienteilnehmer.....	27
Abbildung 4: Beschreibung von Menschen mit Schizophrenie in Berichterstattungen der Nachrichten der letzten sechs Monate nach Angabe der Studienteilnehmer der Stigmatisierungsstudie. ....	28
Abbildung 5: Fernsehstunden pro Woche nach Angabe der Studienteilnehmer der Stigmatisierungsstudie. ....	29
Abbildung 6: Psychischer Gesundheitszustand nach Angabe der Studienteilnehmer der Stigmatisierungsstudie. ....	30
Abbildung 7: Kontakt der Studienteilnehmer zu Menschen mit Schizophrenie. ....	31
Abbildung 8: Rolle der Schizophrenie im Leben der Studienteilnehmer der Stigmatisierungsstudie. ....	32
Abbildung 9: Tatsächliches Wissen der Studienteilnehmer über die Ätiologie der Schizophrenie. ....	33
Abbildung 10: Wissen der Studienteilnehmer hinsichtlich der Vorurteile gegenüber schizophren Erkrankten. ....	34
Abbildung 11: Wissen der Studienteilnehmer über die Symptomatik von schizophren Erkrankten. ....	35
Abbildung 12: Wissen der Studienteilnehmer über die Therapiemöglichkeiten von schizophren Erkrankten. ....	35
Abbildung 13: Wissen der Patienten mit Schizophrenie über die Erkrankung Schizophrenie. ....	36
Abbildung 14: Vermutete Prävalenz von Schizophrenie nach Angabe der Studienteilnehmer.....	37
Abbildung 15: Soziale Distanz der Studienteilnehmer gegenüber schizophren Erkrankte. ....	38
Abbildung 16: Soziale Distanz der Studenten, die einen Menschen mit Schizophrenie kennen und der Studenten, die keinen Menschen mit Schizophrenie kennen gegenüber schizophren Erkrankten.....	40
Abbildung 17: Einstellung der Studienteilnehmer gegenüber einer Wohngruppe von schizophren erkrankten Menschen in der Nachbarschaft.....	41
Abbildung 18: Wahrgenommene Stigmatisierung von psychisch Kranken durch die Bevölkerung nach Angabe der Studienteilnehmer.....	42
Abbildung 19: Möglichkeiten zur Verbesserung der Akzeptanz von psychisch Kranken nach Angabe der Studienteilnehmer. ....	43

## 7.4. Ergänzende Tabellen

### 7.4.1. Soziodemographische Daten

Tab. A 1: Studienteilnehmer

	Student	Patient	Patienten mit Schizophrenie
Anzahl der Studienteilnehmer	105	93	33

Tab. A 2: Geschlechterverteilung der Studienteilnehmer

	Student	Patient	p-Wert
männlich	50 (52 %)	38 (42 %)	0.24
weiblich	47 (48 %)	52 (58 %)	

Tab. A 3: Alter der Studienteilnehmer (Median  $\pm$  Interquartilsabstand (min-max))

	Student	Patient	p-Wert
Alter	25 $\pm$ 1.00 (23.0 - 31.0)	38 $\pm$ 24.00 (17.0 - 78.0)	<0.0001

Tab. A 4: Schulabschluss der Studienteilnehmer

	Student	Patient	p-Wert
Kein Abschluss	0	3 (3 %)	<0.0001
Noch in Schulausbildung	0	1 (1 %)	
Volks- oder Hauptschule	0	12 (13 %)	
Mittlere Reife, Realschule	0	25 (28 %)	
Fachhochschule	0	8 (9 %)	
Abitur	98 (97 %)	30 (34 %)	
Fachschulabschluss	1 (1 %)	10 (11 %)	
Anderer Bildungsabschluss	2 (2 %)	0	

### 7.4.2. Informationserhalt durch Medien

Tab. A 5: Erinnerter Berichterstattung über Schizophrenie in den Medien der letzten 6 Monate ( Frage 1)

	Student	Patient	p-Wert
Informationserhalt durch Medien	48 (48 %)	37 (40 %)	0.31
Zeitungen	24 (24 %)	21 (23 %)	1

Internet	20 (20 %)	10 (11 %)	0.11
Fernsehen	14 (14 %)	14 (15 %)	0.84
Radio	3 (3 %)	6 (7 %)	0.31
Öffentlichkeitskampagnen	2 (2 %)	11 (12 %)	0.0078

**Tab. A 6: Erinnernte Berichterstattung über Schizophrenie in den Nachrichten der letzten 6 Monate und Beschreibung der Betroffenen (Frage 2)**

	Student	Patient	p-Wert
Schizophrenie in Nachrichten	28 (28 %)	35 (38 %)	0.22
Akustische Halluzinationen	13 (13 %)	22 (24 %)	0.064
Gewalttätig	10 (10 %)	20 (22 %)	0.045
Verbrechen begangen	10 (10 %)	19 (20 %)	0.068
Opfer einer Erkrankung	10 (10 %)	14 (15 %)	0.38
Suizidal, depressiv	6 (6 %)	13 (14 %)	0.09
Schlampige Erscheinung	2 (2 %)	7 (8 %)	0.092
Obdachlos	1 (1 %)	7 (8 %)	0.031
Benötigen bessere Behandlung	3 (3 %)	7 (8 %)	0.2
Erregung öffentlichen Ärgernis	5 (5 %)	6 (6 %)	0.76
Teil eines Forschungsprojekts	2 (2 %)	3 (3 %)	0.67
Negative Beschreibung	1 (1 %)	3 (3 %)	0.36
Positive Beschreibung	1 (1 %)	2 (2 %)	0.1
Opfer eines Verbrechens	0	2 (2 %)	0.23

**Tab. A 7: Anzahl der Fernsehstunden pro Woche (Median ± Interquartilsabstand (min-max))**

	Student	Patient	p-Wert
Fernsehstunden	5.0 ± 5.00 (0.0 - 27.0)	8.0 ± 11.00 (0.0 - 63.0)	0.00023

### 7.4.3. Kontakt zu psychisch Kranken

**Tab. A 8: Menschen mit Schizophrenie im Bekanntenkreis (Frage 4)**

	Student	Patient	p-Wert
Bekannte mit Schizophrenie	71 (71 %)	31 (44 %)	0.00077
weiblich	36 (77 %)		0.27
männlich	32 (65 %)		

**Tab. A 9: Einordnung der Bekannten mit Schizophrenie ins soziale Netz (Frage 4)**

	Student	Patient	p-Wert
Bekannte	41 (60 %)	22 (71 %)	0.26
Freunde	27 (38 %)	8 (26 %)	0.02
Verwandte	23 (32 %)	7 (23 %)	0.04
Ehepartner/Kind	0	3 (10 %)	0.069

**Tab. A 10: Wegen eines psychischen Problems in psychologischer/psychiatrischer Behandlung jemals gewesen (Frage 4)**

	Student	Patient	p-Wert
nein	96 (95 %)	15 (17 %)	<0.0001
ja	3 (3 %)	72 (81 %)	<0.0001
nicht sicher	2 (2 %)	2 (2 %)	1

**Tab. A 11: Bedeutung der Schizophrenie im Leben der Studienteilnehmer (Frage 5)**

	Student	Patient	p-Wert	Patienten mit Schizophrenie
keine Rolle	60 (59 %)	45 (53 %)	<0.0001	4 (13 %)
kleine Rolle	35 (35 %)	13 (15 %)		6 (19 %)
mittlere Rolle	5 (5 %)	17 (20 %)		15 (48 %)
große Rolle	1 (1 %)	10 (12 %)		6 (19 %)

**Tab. A 12: Beruflicher Umgang mit psychisch Kranken (Frage 3)**

	Student	Patient	p-Wert
Arbeit mit psychisch Kranken	48 (48 %)	14 (16 %)	<0.0001

#### 7.4.4. Wissen über das Krankheitsbild der Schizophrenie

**Tab. A 13: Selbsteinschätzung der Studienteilnehmer bzgl. ihres Wissenstands über die Ätiologie der Schizophrenie (Frage 6)**

	Student	Patient	p-Wert
Kenntnisse vorhanden	71 (73 %)	36 (41 %)	<0.0001
Kenntnisse nicht vorhanden	26 (27 %)	52 (59 %)	

**Tab. A 14: Tatsächliches Wissen über die Ätiologie der Schizophrenie (Frage 6)**

	Student	Patient	p-Wert
falsches Wissen	20 (25 %)	8 (21 %)	0.84
durchschnittliches Wissen	39 (49 %)	21 (55 %)	
überdurchschnittliches Wissen	21 (26 %)	9 (24 %)	
keine Antwort	n=25	n=55	

**Tab. A 15: Wissen über die Symptomatik der Schizophrenie (Frage 7)**

	Student	Patient	p-Wert
akustische Halluzinationen	95 (94 %)	55 (66 %)	<0.0001
Selbstgespräche	69 (68 %)	39 (48 %)	0.0066
eingeschränkte Erwerbstätigkeit	49 (49 %)	39 (48 %)	1

**Tab. A 16: Wissen über die Vorurteile gegenüber schizophren Erkrankten (Frage 7)**

	Student	Patient	p-Wert
verminderte Intelligenz	1 (1 %)	3 (3 %)	0.34
gespaltene Persönlichkeit	67 (68 %)	54 (67 %)	1
gefährlich	11 (11 %)	14 (17 %)	0.28
öffentliches Ärgernis	36 (36 %)	18 (22 %)	0.05

**Tab. A 17: Wissen über Therapiemöglichkeiten der Schizophrenie (Frage 7)**

	Student	Patient	p-Wert
Medikamentöse Therapie	100 (100 %)	74 (91 %)	0.0031
alleinige Psychotherapie	11 (11 %)	25 (30 %)	0.0014
erfolgreiche Therapie außerhalb des Krankenhaus	69 (68 %)	50 (59 %)	0.22

**Tab. A 18: Wissen über Schizophrenie unter Patienten mit Schizophrenie (Frage 7)**

	Patient mit Schizophrenie	Student
akustische Halluzination	20 (69 %)	95 (94 %)
Selbstgespräche	13 (48 %)	69 (68 %)
eingeschränkte Erwerbstätigkeit	14 (52 %)	49 (49 %)
verminderte Intelligenz	3 (9 %)	1 (1 %)
gespaltene Persönlichkeit	14 (52 %)	67 (68 %)
öffentliches Ärgernis	7 (25 %)	36 (36 %)
gefährlich	6 (21 %)	11 (11 %)

medikamentöse Therapie	27 (96 %)	100 (100 %)
alleinige Psychotherapie	7 (25 %)	11 (11 %)
erfolgreiche Therapie außerhalb des Krankenhaus	20 (65 %)	69 (68 %)

**Tab. A 19: Vermutete Prävalenz der Schizophrenie (Median ± Interquartilsabstand (min-max)) (Frage 8)**

	Student	Patient	p-Wert
Prävalenz	2.0 ± 3.50 (0.0 - 20.0)	5.0 ± 8.00 (0.5 - 100.0)	<0.0001

### 7.4.5. Soziale Distanz

**Tab. A 20: Soziale Distanz (Frage 9)**

	Student	Patient	p-Wert	Patient mit Schizophrenie
Unterhaltung	96 (95 %)	78 (90 %)	0.013	27 (90 %)
Arbeitskollege	76 (76 %)	73 (88 %)	0.036	27 (93 %)
Freundschaft	72 (72 %)	65 (78 %)	0.0085	24 (85 %)
Zimmergenosse	43 (43 %)	49 (59 %)	0.014	21 (75 %)
Schamgefühl bei Familienangehörigen mit Schizophrenie	15 (15 %)	22 (26 %)	0.12	8 (28 %)
Heirat	11 (11 %)	29 (38 %)	0.0047	14 (50 %)

**Tab. A 21: Soziale Distanz unter Medizinstudenten mit und ohne vorangegangenen Kontakt zu schizophren Erkrankten (Frage 9)**

	Kontakt	Kein Kontakt	p-Wert
Unterhaltung	67 (95 %)	28 (97 %)	0.026
Arbeitskollege	56 (80 %)	20 (69 %)	0.033
Freundschaft	53 (76 %)	18 (62 %)	0.18
Zimmergenosse	32 (46 %)	11 (39 %)	0.69
Schamgefühl bei Familienangehörigen mit Schizophrenie	9 (13 %)	5 (17 %)	0.76
Heirat	8 (11 %)	3 (10 %)	0.074

**Tab. A 22: Soziale Distanz unter Patienten mit Schizophrenie stratifiziert nach Geschlecht (Frage 9)**

	Männlich	Weiblich	p-Wert
Unterhaltung	17 (94 %)	10 (84 %)	0,64

Arbeitskollege	16 (88 %)	11 (100 %)	0,74
Freundschaft	15 (83 %)	9 (90 %)	0,68
Zimmergenosse	13 (72 %)	8 (80 %)	0,5
Schamgefühl bei Familienangehörigen mit Schizophrenie	4 (23 %)	4 (40 %)	0,21
Heirat	10 (56 %)	4 (40 %)	0,6

**Tab. A 23: Einstellung zu einer Wohngruppe von schizophren Erkrankten in der Nachbarschaft (Frage 10)**

	Student	Patient	p-Wert
dafür	14 (14 %)	9 (10 %)	0.031
egal	65 (64 %)	43 (50 %)	
beunruhigt	21 (21 %)	28 (33 %)	
dagegen	1 (1 %)	6 (7 %)	

**Tab. A 24: Anzahl der Wohngruppengegner, die etwas dagegen unternehmen würden (Frage 10)**

	nein	ja	keine Antwort
Student (n=1)	0	0	1
Patient (n=6)	0	5	1

#### 7.4.6. Wahrgenommene Stigmatisierung

**Tab. A 25: Angenommene Ablehnung ehemaliger Psychiatriepatienten durch die Bevölkerung. Ein höherer Wert bedeutet eine größere Ablehnung (Median ± Interquartilsabstand (min-max)) (Frage 11)**

	Student	Patient	p-Wert
Freundschaft	4 ± 1.00 (2 - 5)	3 ± 1.00 (1 - 5)	<0.0001
Selbe Intelligenz wie Bevölkerungsdurchschnitt	4 ± 0.00 (1 - 5)	3 ± 2.00 (1 - 5)	<0.0001
Erfahren gleiches Vertrauen wie Durchschnittsbürger	4 ± 0.00 (2 - 5)	3 ± 2.00 (1 - 5)	<0.0001
Ehemaliger Patient als Grundschullehrer	4 ± 0.00 (1 - 5)	4 ± 1.00 (1 - 5)	0.00016
Psychische Krankheit als persönliches Versagen	4 ± 1.00 (1 - 5)	3 ± 2.00 (1 - 5)	0.00069
Patient als Babysitter	4 ± 1.00 (2 - 5)	3 ± 1.00 (1 - 5)	<0.0001
Wertschätzung der Person	4 ± 0.00 (1 - 5)	3 ± 1.00 (1 - 5)	<0.0001
Arbeitgeber stellen	4 ± 1.00 (1 - 5)	3 ± 2.00 (1 - 5)	0.012



ehemalige Patienten ein Gleichbehandlung im Bewerbungsverfahren	4 ± 1.00 (2 - 5)	4 ± 2.00 (1 - 5)	0.19
Soziale Gleichbehandlung	4 ± 1.00 (2 - 5)	3 ± 2.00 (1 - 5)	0.00032
Date mit ehemaligen Patient	4 ± 1.00 (2 - 5)	3 ± 1.00 (1 - 5)	0.046
Date mit ehemaliger Patientin	4 ± 1.00 (2 - 5)	3 ± 1.00 (1 - 5)	0.08
Wertschätzung der Meinung	3 ± 2.00 (1 - 5)	3 ± 2.00 (1 - 5)	0.72
Gesamtwert	50 ± 6.00 (28 - 61)	41 ± 11.00 (22 - 65)	<0.0001

### 7.4.7. Möglichkeiten zur Verbesserung der Akzeptanz

Tab. A 26: Notwendigkeit einer Akzeptanzverbesserung (Frage 12)

	Student	Patient	p-Wert
Verbesserung der Akzeptanz	99 (98 %)	82 (93 %)	0.15

Tab. A 27: Möglichkeiten zur Akzeptanzverbesserung (Frage 12)

	Student	Patient	p-Wert
positive Darstellung in Medien	81 (81 %)	67 (84 %)	0.7
Aufklärung der Allgemeinbevölkerung	88 (88 %)	65 (81 %)	0.22
Aufklärung des sozialen Umfelds	74 (74 %)	47 (59 %)	0.38
Ausstellungen/Theater	51 (51 %)	43 (54 %)	0.76
persönliche Begegnung	55 (55 %)	37 (46 %)	0.29
Aufklärung von med. Fachpersonal	32 (32 %)	16 (36 %)	0.09
Gesetzesänderungen	4 (4 %)	22 (28 %)	<0.0001
Aufklärung von Mitarbeitern im öffentlichen Dienst	32 (32 %)	29 (36 %)	0.63

### 7.4.8. Fehlende Antworten

Tab. A 28: Fehlende Antworten

	Student (n=105)	Patient (n=93)	Patienten mit Schizophrenie (n=33)
Alter	6	2	
Geschlecht	8	3	

	Schulbildung	4	4	
	Fernsehestunden	5	8	
<b>Frage 1</b>	Schizophrenie in den Medien	4	0	
	Fernsehen	4	1	
	Radio	4	1	
	Zeitung	4	1	
	Internet	4	1	
	Öffentlichkeitskampagnen	4	1	
<b>Frage 2</b>	Schizophrenie in den Nachrichten	6	0	
	Gewalttätig	6	0	
	Verbrechen begangen	6	0	
	Obdachlos	6	0	
	Erregung öffentlichen Ärgernis	6	0	
	Schlampige Erscheinung	6	0	
	Akustische Halluzinationen	6	0	
	Suizidal, depressiv	6	0	
	Opfer eines Verbrechens	6	0	
	Opfer einer Erkrankung	6	0	
	Benötigen bessere Behandlung	6	0	
	Teil eines Forschungsobjekts	6	0	
	Positive Beschreibung	6	0	
	Negative Beschreibung	6	0	
<b>Frage 3</b>	Arbeit mit psychisch Kranken	5	4	
<b>Frage 4</b>	In psychiatrischer Behandlung	4	4	
	Kontakt zu Menschen mit Schizophrenie	5	23	
	Bekannte	5	23	
	Freunde	5	23	
	Verwandte	5	23	
	Ehepartner/Kind	5	23	
<b>Frage 5</b>	Rolle der Schizophrenie im Leben	4	8	2
<b>Frage 6</b>	Selbsteinschätzung des Wissens	8	5	
	Tatsächliches Wissen	25	55	
<b>Frage 7</b>	Akustische Halluzinationen	4	10	4
	Selbstgespräche	4	12	6
	Eingeschränkte Erwerbstätigkeit	4	12	6
	Verminderte Intelligenz	6	7	1
	Gespaltene Persönlichkeit	6	12	6
	Gefährlich	5	12	5
	Öffentliches Ärgernis	5	11	5
	Medikamentöse Therapie	5	12	5
	Alleinige Psychotherapie	6	11	5
	Erfolgreiche Therapie außerhalb des Krankenhaus	4	8	2
<b>Frage 8</b>	Prävalenz	8	14	
<b>Frage 9</b>	Unterhaltung	4	6	1
	Arbeitskollege	5	19	2

	Freundschaft	5	10	3
	Zimmergenosse	6	9	3
	Schamgefühl bei Familienangehörigen mit Schizophrenie	5	10	3
	Heirat	6	14	3
<b>Frage 10</b>	Wohngruppe dafür	4	7	
	Gegenaktion	1	1	
<b>Frage 11</b>	Freundschaft	4	7	
	Selbe Intelligenz wie Bevölkerungsdurchschnitt	4	6	
	Erfahren gleiches Vertrauen wie Durchschnittsbürger	5	6	
	Ehemaliger Patient als Grundschullehrer	4	7	
	Psychische Krankheit als persönliches Versagen	5	6	
	Patient als Babysitter	4	7	
	Wertschätzung der Person	4	5	
	Arbeitgeber stellen ehemalige Patienten ein	4	7	
	Gleichbehandlung im Bewerbungsverfahren	5	8	
	Soziale Gleichbehandlung	4	5	
	Date mit ehemaligen Patient	4	6	
	Date mit ehemaliger Patientin	5	6	
	Wertschätzung der Meinung	4	5	
<b>Frage 12</b>	Verbesserung der Akzeptanz	4	5	
	Aufklärung des sozialen Umfelds	5	13	
	Aufklärung von med. Fachpersonal	5	13	
	Aufklärung von Mitarbeitern im öffentlichen Dienst	5	13	
	Aufklärung der Allgemeinbevölkerung	5	13	
	Gesetzesänderung	5	13	
	Positive Darstellung in Medien	5	13	
	Persönliche Begegnung	5	13	
	Ausstellungen/Theater	5	13	

## 7.5. Fragebogen

### Fragebogen zum Thema Schizophrenie

Wie alt sind Sie? \_\_\_\_\_ Jahre

Sind Sie

- männlich  
 weiblich

**1. Haben Sie in den letzten sechs Monaten Anzeigen oder Berichte über Schizophrenie gesehen, gelesen oder gehört?**

- ja  
 nein

**Wenn ja, wo?** (Mehrfachantworten möglich)

- Fernsehen  
 Radio  
 Tageszeitung:  
     Süddeutsche Zeitung  
     Frankfurter Allgemeine Zeitung  
     Münchener Merkur  
     Abendzeitung  
     Bildzeitung  
     TZ  
     andere Tageszeitungen  
 Vereins- oder Verbandsmitteilungen, Gemeindebote  
 Zeitschriften, Journal  
 Broschüren, Faltblätter  
 Poster  
 Reklamefläche  
 Busreklame  
 andere Medien  
 erinnere mich nicht mehr/ weiß nicht mehr

**2. Haben Sie in den vergangenen sechs Monaten etwas in den Nachrichten über Menschen mit Schizophrenie gesehen, gelesen oder gehört?**

- ja  
 nein

**Wenn ja, können Sie sagen, wie die Personen, die an Schizophrenie leiden, beschrieben wurden? (Mehrfachantworten möglich)**

- gewalttätig oder gefährlich für Andere
- hat ein Verbrechen begangen
- obdachlos
- ein öffentliches Ärgernis
- schlampige Erscheinung oder schmutzig
- an Symptomen leidend, wie Stimmen hören oder mit sich selber reden
- Selbstmord gefährdet oder depressiv
- Opfer eines Verbrechens
- Opfer einer ernsthaften Erkrankung (z. B. braucht ärztliche Behandlung)
- braucht bessere Behandlung und Unterstützung
- an einem Forschungsprojekt beteiligt
- andere positive Beschreibung
- andere negative Beschreibung
- erinnere mich nicht mehr/ weiss nicht mehr

**3. Haben Sie jemals bei einer Stelle gearbeitet, die Dienstleistungen für Menschen mit psychischen Problemen oder psychischen Erkrankungen erbringt?**

- ja
- nein

**4. Sind Sie jemals wegen eines psychischen Problems oder einer psychischen Erkrankung behandelt worden?**

- ja
- nein
- nicht sicher

**Wenn ja**

- Psychose
- andere psychiatrische Erkrankung

**Wenn nein, kennen Sie jemand der jemals wegen Schizophrenie behandelt wurde?**

- ja
- nein

**Wenn ja, waren das**

- Ehepartner/Kinder

- Andere Verwandte
- Freund/Freundin
- Bekannter/Bekannte
- Arbeitskollege/-kollegin

**5. Schizophrenie kann im Leben vieler Menschen eine Rolle spielen, oft durch enge Freunde oder Verwandte, aber auch durch Arbeit und das Leben im Allgemeinen. Welche Rolle spielt Schizophrenie in Ihrem Leben?**

- gar keine Rolle
- eine kleine Rolle
- eine mittlere Rolle
- eine große Rolle, d. h. sie habe fast täglich damit zu tun

**6. Kennen Sie die Ursachen der Schizophrenie?**

- ja
- nein

**Wenn ja, können Sie Ursachen nennen?** (Mehrfachantworten möglich)

- Physikalische Abnormitäten im Gehirn
- Chemisches Ungleichgewicht im Gehirn
- Hirnerkrankung
- Virus während der Schwangerschaft
- Genetische Vererbung
- Andere biologische Faktoren
- Erziehung der Eltern, Lebensbedingungen in der Kindheit
- Körperlicher Missbrauch
- Drogen- oder Alkoholmissbrauch
- Stress (Verlust der Arbeitsstelle, sozialer Stress)
- Traumatisches Ereignis oder Schock z. B. Angriff, Tod, Unfall
- Armut
- Allgemeiner Verfall sozialer Werte
- Besessenheit durch einen bösen Geist, Bestrafung Gottes
- Anderer Faktoren
- Die genauen Ursachen sind unbekannt
- Erwinnere mich nicht/weiß nicht

**7. Sie lesen jetzt eine Liste mit verschiedenen Aussagen über Menschen mit Schizophrenie. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, ob Sie glauben, dass diese sehr oft, oft, selten oder niemals zutrifft. Glauben Sie, dass Menschen mit Schizophrenie ...**

Nie    Selten    Oft    Sehr oft

Außerhalb des Krankenhauses in einer vertrauten Umgebung erfolgreich behandelt werden können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geistig zurückgeblieben sind oder über mangelnde Intelligenz verfügen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmen hören, die ihnen sagen, was sie tun sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschreibungspflichtige Medikamente benötigen, um ihre Symptome unter Kontrolle zu halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne Medikamente, durch Psychotherapie oder soziale Unterstützung erfolgreich behandelt werden können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen Schnorrens, mangelnder Hygiene oder merkwürdigem Verhalten ein öffentliches Ärgernis sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unter gespaltener oder multipler Persönlichkeit leiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachtet werden können, wie sie Selbstgespräche führen oder auf der Strasse herumschreien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einer regelmäßigen Arbeit nachgehen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen gewalttätigen Verhaltens für die Öffentlichkeit gefährlich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Was schätzen Sie, wie viel Prozent der Bevölkerung sind an Schizophrenie erkrankt?**

\_\_\_\_\_ Prozent

**9. Bitte schätzen Sie ein, wie Sie sich in jeder der folgenden Situationen fühlen würden.**

	bes- timmt nicht	wahr- schein- lich nicht	wahr- schein- lich	ganz bes- timmt
Hätten Sie Angst, sich mit jemandem zu unterhalten, der an Schizophrenie erkrankt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wären Sie aufgebracht oder fühlten Sie sich gestört durch einen Arbeitskollegen mit Schizophrenie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wären Sie in der Lage, mit jemand befreundet zu sein, der an Schizophrenie erkrankt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wären Sie aufgebracht oder fühlten Sie sich gestört,<br>mit jemandem das Zimmer zu teilen, der an<br>Schizophrenie leidet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Würden Sie sich schämen, wenn die Leute wüssten,<br>dass in ihrer Familie Schizophrenie diagnostiziert<br>wurde?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Würden Sie jemanden mit Schizophrenie heiraten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**10. Wie würde Sie reagieren, wenn Sie erführen, dass in eine Wohnung in Ihrer Nachbarschaft eine Gruppe von sechs bis acht Personen einziehen würde, die an Schizophrenie erkrankt sind?**

- Ich wäre dafür
- Es wäre mir egal und würde mir nichts ausmachen
- Es würde mich beunruhigen
- Ich wäre dagegen

**Falls DAGEGEN: Würden Sie dann auch etwas tun wollen, um zu verhindern, dass die Personen einziehen?**

- Ich würde nichts dagegen unternehmen
- Ich würde etwas tun, um das zu verhindern (z. B. einen Leserbrief schreiben, mich einer Bürgerinitiative anschließen, mich an das zuständige Amt wenden)

**11. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Meinung über Menschen, die psychiatrisch behandelt wurden. Inwieweit treffen Ihrer Meinung nach die Aussagen zu?**

	trifft überhaupt nicht zu			trifft voll zu	
	1	2	3	4	5
Die meisten Leute haben nicht dagegen, einen ehemaligen psychiatrischen Patienten zum Freund zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Leute glauben, dass jemand, der einmal in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt wurde, genauso intelligent wie der Durchschnitt der Bevölkerung ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Leute sind der Meinung, dass man einem ehemaligen psychiatrischen Patienten genauso vertrauen kann, wie einem Durchschnittsbürger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Die meisten Leute sind einverstanden, dass eine Person, die in psychiatrischer Behandlung war und sich wieder völlig erholt hat, als Grundschullehrer kleine Kinder unterrichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Leute betrachten es als ein Zeichen persönlichen Versagens, wenn jemand in eine psychiatrische Klinik kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Leute lassen keine ehemaligen psychiatrischen Patienten auf ihre Kinder aufpassen, selbst es diesem seit einiger Zeit gut geht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Leute halten weniger von jemandem, der Einmal in einer psychiatrischen Klinik war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Arbeitgeber stellen einen ehemaligen psychiatrischen Patienten ein, wenn dieser für die Tätigkeit qualifiziert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Arbeitgeber übergehen die Bewerbung eines ehemaligen psychiatrischen Patienten und nehmen lieber einen anderen Bewerber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Leute behandeln einen ehemaligen psychiatrischen Patienten genauso wie andere Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten jungen Frauen verabreden sich ungern mit einem Mann, der in einer psychiatrischen Klinik war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten jungen Männer verabreden sich ungern mit einer Frau, die in einer psychiatrischen Klinik war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn jemand einmal in einem psychiatrischen Krankenhaus war, dann nehmen die meisten Leute seine Meinung nicht mehr ernst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>12. Sind Sie der Meinung, dass etwas gesehen müsste, damit Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft mehr akzeptiert werden?</b></p>
--

- ja  
 nein

**Wenn ja, was müsste geschehen**

- Mehr Aufklärung und Informationen  
Gibt es eine besondere Gruppe, die informiert werden müsste?
- Angehörige
  - Ärzte, Therapeuten, Pflegepersonal
  - Freunde
  - Nachbarn
  - Mitarbeiter von Polizei und Ordnungsamt

- Mitarbeiter von Arbeits- oder Sozialamt
  - Mitarbeiter von Krankenkassen
  - Die allgemeine Bevölkerung
  - Änderung von Gesetzen, gesetzlichen Grundlagen
  - Mehr positive Darstellungen und Berichte über Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Medien
  - Mehr persönliche Begegnung mit psychisch kranken Menschen (z. B. Tag der offenen Tür in psychiatrischen Einrichtungen)
  - Kunstausstellungen, Theateraufführungen, an denen sich psychisch kranke Menschen beteiligen
  - Etwas Anderes
  - Mir fällt nichts ein
- 

**Zum Schluss noch ein paar Fragen, die uns helfen, die Umfrageergebnisse auszuwerten und zu verstehen:**

**Wie viele Stunden Fernsehen schauen Sie durchschnittlich in der Woche?**

\_\_\_\_\_ Stunden

**Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss?**

- Noch in der Schulausbildung
- Volks- oder Hauptschulabschluss
- Mittlerer Reife, Realschulabschluss
- Fachhochschulreife
- Abitur
- Abschluss an einer Fachschule (auch Meister-, Technikerschule)
- Anderer Bildungsabschluss
- Kein Bildungsabschluss

**Vielen Dank, dass Sie sich für diese Umfrage Zeit genommen haben und uns unterstützt haben.**

## 8. Danksagung

Bedanken möchte ich mich an erster Stelle herzlichst bei PD Dr. Florian Seemüller für die Themenstellung und hervorragende Betreuung dieser Dissertation.

Prof. Dr. Peter Falkai danke ich für die Möglichkeit, an seinem Institut zu promovieren.

Ein herzliches Dankeschön auch an Dr. Maria Epple für die Vermittlung der Doktorarbeit und ihre engagierte Mitbetreuung und Mitorganisation.

Darüber hinaus gilt mein Dank Sebastian Meyer und Michael Obermeier für ihre kompetente Hilfe im Kampf mit SPSS und der Datenauswertung.

Prof. Dr. Michael Riedel und Dr. Petra Decker möchte ich meinen Dank aussprechen für die freundliche Bereitstellung des Fragebogens und der Daten aus Haar.

Zu guter Letzt danke ich besonders meiner Familie und meinen Freunden, die mich im Verlauf der Doktorarbeit stets unterstützten und anspornten.

## **Eidesstattliche Versicherung**

Holzer, Anna

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

### Die Stigmatisierung von schizophren Erkrankten

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

St. Gallen, 18.07.2016