

Brandmal „Psychisch Krank“

Antistigma-Maßnahmen Sozialer Arbeit und deren Einflüsse auf den Drehtüreffekt

Anna Mikats, 1610406047

Bachelorarbeit 2

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Datum: 26.04.2019

Version: 1

Begutachterin: Veronika Böhmer, BA

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird anhand qualitativer Forschung festgemacht, welche Antistigma-Maßnahmen in einer ausgewählten Primärversorgungseinrichtung (PVE) angewandt werden und welchen Einfluss diese auf den sogenannten Drehtüreffekt haben. Anhand von sieben Interviews und einer teilnehmenden Beobachtung wurden mit Hilfe der Auswertungsmethode des offenen Kodierens differenzierte Wahrnehmungen verglichen. Mittels der Ergebnisse konnte festgestellt werden, wie die Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung wahrgenommen wird und welche Konsequenzen diese mit sich zieht. Die Soziale Arbeit leistet in dem beforschten Feld zwar auf dezentraler Ebene Öffentlichkeitsarbeit, legt jedoch den Fokus auf Konsequenzen, die erst aufgrund von Stigmatisierung entstehen.

Abstract

This qualitative study shows which antistigma-concepts are provided by primary healthcare and how these methods affect being a frequent flyer of the healthcare system. On the basis of two interviews with social workers from the first bachelor thesis and five interviews with two social workers and three people with mental disorders, differentiated perceptions and perspectives could be compared by using an evaluation method of the "Grounded Theory". The result shows the individual perception of stigma, the resulting consequences, for instance social withdrawal, and how those influence being a frequent flyer of the healthcare system. Also, the result shows that the antistigma-methods in social work focus on the consequences of stigma and not on the prevention.

Inhalt

1	Einleitung	4
2	Definitionen zentraler Begriffe	5
2.1	Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung	5
2.2	Menschen mit psychischer Erkrankung	6
2.3	Drehtüreffekt	7
2.4	Antistigma-Maßnahmen	7
3	Forschungsdesign	8
3.1	Vorannahmen	8
3.2	Forschungsinteresse	8
3.3	Forschungsfrage und Unterfrage(n)	9
3.4	Relevanz des Themas	9
4	Forschungsprozess	11
4.1	Das beforschte Feld: Die Primärversorgungseinrichtung	11
4.1.1	Das Band Café und der Mittagstisch	12
4.2	Methode der Datenerhebung	12
4.2.1	Leitfadengestützte Interviews	12
4.2.2	Teilnehmende Beobachtung	13
4.3	Methode der Datenauswertung	13
4.3.1	Offenes Kodieren	13
5	Ergebnisdarstellung	14
5.1	Die Wahrnehmung der Stigmatisierung	14
5.1.1	Strukturelle Stigmatisierung	14
5.2	Die Auswirkungen	15
5.2.1	Selbststigmatisierung	16
5.2.2	Individuelle Stigmatisierung	17
5.2.3	Die Ressourcenverteilung	18
5.2.4	Exklusion aus wichtigen Lebensbereichen	19
5.2.5	Der Drehtüreffekt	21
5.3	Handlungskonzepte der Sozialen Arbeit	22
5.3.1	Antistigma-Maßnahme auf lokaler Ebene	22
5.3.2	Maßnahmen gegen die Auswirkungen der Stigmatisierung	24
6	Diskussion, Verwertung und Ausblick	25
	Literatur	29
	Daten	31
	Abkürzungen	31

1 Einleitung

„Die schaut ja ganz normal aus!“ – Bereits im Volksschulalter wurde ich mit der Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung konfrontiert, als ich mit einer Schulfreundin die Psychotherapiepraxis meiner Mutter besucht habe und eine Patientin den Ordinationsraum verlassen hat. Sowohl bei der Forschung im Rahmen meiner ersten Bachelorarbeit, als auch durch eigene Erfahrungen wurde mir klar, dass Menschen, die psychisch erkrankt sind, mit negativen Eigenschaften assoziiert und abgestempelt werden.

Jede*r neunte Österreicher*in ist psychisch krank. 900.000 Menschen sind in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung (vgl. Der Standard 2015). Diese sind nicht nur der Belastung der Krankheitssymptome, sondern auch durch die Stigmatisierung der Gesellschaft und sich selbst, ausgesetzt. Dadurch ergibt sich eine Doppelbelastung, die sogenannte „zweite“ Erkrankung (vgl. Berger et al. 2004). Oftmals hat diese Personengruppe durch die Stigmatisierung Schwierigkeiten bei der Berufssuche, im sozialen Umfeld oder im alltäglichen Leben.

Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung werden mitunter durch Medien verursacht. Zeitungen, die ihre Leserzahlen mit reißerischen Schlagzeilen vergrößern möchten, ziehen diese Personengruppe oftmals in Mitleidenschaft. Ein generalisiertes, negativ behaftetes Bild der Unzurechnungsfähigkeit wird suggeriert. Aber auch durch Filme, beispielsweise in Horrorfilmen, wird Menschen ein Bild vermittelt, bei dem man Angst vor Personen mit seelischer Erkrankung haben muss, beispielsweise in „Shutter Island“, „Das Schweigen der Lämmer“ oder „Psycho“ (vgl. Peter 2019).

Dass Menschen in die Kategorien psychisch „gesund“ und „krank“ unterteilt werden, schafft eine Kluft in der Gesellschaft (vgl. Berger et al. 2004). Diese Unterteilung exkludiert Menschen mit psychischer Erkrankung aus der Gesellschaft. In der Kategorie „psychisch krank“ gibt es Abstufungen der verschiedenen Krankheitsbilder und Symptome. So werden Krankheiten wie Burnout, Depression oder Angsterkrankung eher akzeptiert als Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis: „Der Meinung, dass von an Schizophrenie Erkrankten eine Gefahr ausginge, stimmten 64,1% [...] zu.“ (Grausgruber et al. 2009:327).

Aus oben geschilderten Gründen schämen sich viele Menschen für ihre Erkrankung. Sie schotten sich von der Außenwelt ab und isolieren sich komplett. Oftmals kommt es aufgrund dieser Isolation zu einer Verschlechterung des Krankheitsbildes (vgl. Peter 2019). Dies kann einen Faktor darstellen, weshalb die genannte Personengruppe das Gesundheitssystem vermehrt in Anspruch nehmen muss. Infolgedessen werden sie als Drehtürpatient*innen bezeichnet. Im Zuge der Forschung stellte sich heraus, dass Professionist*innen häufig die „Schuld“ bei Betroffenen suchen, wobei bei der vermehrten Hilfesuche lediglich versucht wird, Ressourcen zu kompensieren, die weder vorhanden sind, noch geboten werden.

Um Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung abzubauen, ist es förderlich, mit Betroffenen persönlich bei sozialarbeiterischen Interventionen zu arbeiten. „Die Analyse der Antistigma-Maßnahmen, die in den letzten Jahren umgesetzt wurden, ergab, dass Antistigma-Arbeit vor allem auf lokaler Ebene erfolgt.“ (Gaebel et al. 2010:o.A.). Auf lokaler Ebene bedeutet, dass sich die Maßnahmen auf ein eingegrenztes Gebiet beschränken. Deshalb wurde für die Forschung dieser Arbeit eine Primärversorgungseinrichtung, kurz PVE, ausgewählt, da hier im multiprofessionellen Team gearbeitet wird und der Zugang für Klient*innen auf niederschwelligerer Ebene als beispielsweise stationär erfolgt.

Im Zuge der „Projektwerkstatt“, die im fünften und sechsten Semester stattgefunden hat, wird der Themenbereich von fehladressierten „Drehtürpatient*innen“ oder „Heavy User*innen“ behandelt. In Hinblick dessen ist es Ziel dieser Forschung, Antistigma-Handlungskonzepte einer PVE zu untersuchen, um anschließend festzustellen, welche Einflüsse diese auf den Drehtüreffekt haben können. Infolgedessen werden im Ergebnisteil dieser Arbeit Kategorien präsentiert, die auf die Wahrnehmung der Stigmatisierung, die Auswirkungen dieser und die Interventionsformen der Sozialen Arbeit eingehen werden, um in der abschließenden Diskussion zu beleuchten, welche Auswirkungen diese auf den Drehtüreffekt haben.

2 Definitionen zentraler Begriffe

In diesem Kapitel werden für die Arbeit relevante Begriffe erläutert, um ein besseres Verständnis der Ergebnisdarstellung zu ermöglichen. Hierbei werden die Begriffe Stigmatisierung, Menschen mit psychischer Erkrankung, Drehtüreffekt und Antistigma-Maßnahmen speziell für diese Forschungsarbeit definiert.

2.1 Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung

Das Wort Stigma stammt aus dem Griechischen und bedeutet soviel wie Brandmal (vgl. Lutz 2017:881). Menschen werden hierbei etikettiert, indem ihnen eine selektive Auswahl an vorwiegend negativ konnotierten Eigenschaften zugeschrieben wird (vgl. ebd.).

Bei der Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung handelt es sich um eine Form der Diskriminierung, die man in drei Kategorien unterteilen kann (vgl. Link et al 2001:o.A.). In die **strukturelle Diskriminierung** fallen Ungerechtigkeiten in sozialen Strukturen, politischen Entscheidungen und gesetzlichen Regelungen. Bei der **Diskriminierung aufgrund von Selbststigmatisierung** geht es darum, dass Betroffene sich aufgrund ihrer Erkrankung selbst negativ etikettieren (vgl. ebd.). Bei der **individuellen Diskriminierung** wird zwischen den einzelnen psychischen Erkrankungen unterschieden

(vgl. Angermayer et al. 2003:o.A.). So werden beispielsweise Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis stärker stigmatisiert als andere. Nichtsdestotrotz werden allen psychischen Krankheiten mit dem Wunsch der Gesellschaft nach sozialer Distanz zu den Erkrankten entgegnet (vgl. ebd.).

Auf die Konsequenzen der Stigmatisierung wird in der Ergebnisdarstellung eingegangen. Des Weiteren wird erforscht, welchen Einfluss die Verschlechterung des Krankheitsbildes durch Stigmatisierung auf den Drehtüreffekt haben könnte. Besonders hohen Stellenwert in der Forschung haben Maßnahmen gegen die Auswirkung der Negativetikettierung von Menschen mit psychischer Erkrankung.

2.2 Menschen mit psychischer Erkrankung

Bei der Suche nach einem passenden Titel für diese Arbeit war es von besonderer Bedeutung, von Menschen mit psychischer Erkrankung und nicht von psychisch erkrankten Menschen zu schreiben. Grund hierfür ist zum einen der hohe Stellenwert des sensiblen Sprachgebrauchs in der Sozialen Arbeit, und zum anderen sollte die Erkrankung, auch metaphorisch gesehen, nach dem Menschen stehen und diesen nicht definieren. Die Krankheit ist zwar ein Teil oder ein Lebensabschnitt des Menschen, jedoch macht diese den*die Betroffene*n nicht als Person aus.

Die psychische Erkrankung ist im Vergleich zur somatischen noch nicht vollends in der Gesellschaft angekommen und akzeptiert. Viele Menschen können sich unter einer psychischen Krankheit wenig vorstellen. Medien berichten meist nur im Zusammenhang mit außergewöhnlichen Straftaten, die viel zum Bild einer psychischen Erkrankung beitragen können (vgl. Schramme 2000:17). Hierdurch können mitunter Berührungsängste entstehen. Dabei äußern sich psychische Erkrankungen in facettenreichen Formen: Von Symptomen, die für Außenstehende gar nicht wahrnehmbar sind, bis hinzu Beeinträchtigungen, die von der Gesellschaft durchaus zur Kenntnis genommen werden (vgl. ebd.:18).

In Österreich werden psychische Erkrankungen mithilfe des Klassifikationssystems ICD 10 diagnostiziert. Dieses richtet sich nach der sogenannten „funktionellen Norm“, die beschreibt, wie oder ob Menschen arbeiten oder soziale Beziehungen eingehen können (vgl. Berking 2012:11).

In dieser Bachelorarbeit geht es im Speziellen um die Stigmatisierung der Menschen, die psychisch erkrankt sind. Außerdem wird dargelegt, weshalb es zu diesen Vorurteilen kommt und wie man auf diese präventiv und auf deren Auswirkungen unterstützend einwirken kann.

2.3 Drehtüreffekt

Da es sich beim Drehtüreffekt um ein bisher noch wenig erforschtes Phänomen handelt, ist in der Literatur wenig zu finden. Aufgrund dessen wurde gemeinsam von Studierenden und Vortragenden der Projektwerkstatt nachfolgende Erklärung definiert:

Der metaphorische Begriff „Drehtüreffekt“ wird in diesem Projekt verwendet, um wiederholte Hilfeanfragen durch Patient*innen an Allgemeinmediziner*innen, Primärversorgungseinrichtungen, Notruf- und Rettungsdienste oder Krankenhäuser in kurzen Zeiträumen (trotz Intervention) zu veranschaulichen. Es wird davon ausgegangen, dass diesem Effekt neben strukturellen Problemen unterschiedlichste persönliche Nöte wie Obdachlosigkeit, Einsamkeit, psychiatrische Problemlagen oder Überforderung im Bereich Betreuung und Pflege zugrunde liegen können. Die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen und anderen Gesundheitsberufen könnte ganzheitliche und nachhaltige Versorgungsmöglichkeiten mit Betroffenen identifizieren und eine gemeinsame Fallplanung ermöglichen (Projektteam 2019).

2.4 Antistigma-Maßnahmen

Mit Maßnahmen der Sozialen Arbeit sind Methoden gemeint, die von der Problemlage der Klient*innen ausgehen und einen Weg der Hilfeleistung planen, um schlussendlich das Ziel der Intervention zu erreichen (vgl. Galuske 2013:33). Diese Prozesse müssen den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Interventionszielen, Institutionen und Situationen der betroffenen Personen gerecht werden (vgl. ebd.:35).

Die Bekämpfung der Diskriminierung von Menschen mit psychischer Erkrankung kann auf mehreren Ebenen erfolgen, beispielsweise durch Öffentlichkeitsarbeit, Kampagnen, Lehren oder Veranstaltungen, die verschiedene Zielgruppen ansprechen sollen. Dabei können einzelne Gruppen wie zum Beispiel Schüler*innen oder aber auch die gesamte Gesellschaft adressiert werden. Bei den Kampagnen wird in medialer Form, beispielsweise mit Werbung oder Plakaten, aber auch mit Hilfe von Vorträgen oder Diskussionen gearbeitet (vgl. Gaebel et al 2010:o.A.). Außerdem gibt es Antistigma-Maßnahmen, die auf lokaler Ebene erfolgen, bei denen Betroffene oder Angehörige selbst mitwirken können und von ihren Erfahrungen, Wahrnehmungen und Situationen berichten (vgl. ebd.).

Für diese Forschungsarbeit heißt das im konkreten Fall, dass die Soziale Arbeit Maßnahmen erarbeitet und anbietet, um Menschen, die von Stigmatisierung betroffen sind, Unterstützung zu leisten. Diese Hilfskonzepte wurden im Zuge der Interviews erforscht und werden in der Ergebnisdarstellung beleuchtet.

3 Forschungsdesign

In diesem Kapitel werden meine persönlichen Vorannahmen und mein Forschungsinteresse dargelegt. Daraus resultieren für mich die Hauptforschungs- und Unterfragen dieser Arbeit. Zuletzt wird die Relevanz des Themenbereichs skizziert.

3.1 Vorannahmen

Im Zuge meiner ersten Bachelorarbeit ging aus Interviews mit zwei Sozialarbeitern des Psychosozialen Dienstes hervor, dass Menschen mit psychischer Erkrankung in den meisten Fällen stigmatisiert werden. Dass diese Menschen mit seelischer Erkrankung negativ abgestempelt werden, wurde in der Ergebnisdarstellung der ersten Bachelorarbeit mitunter als ein Faktor, der den „Drehtüreffekt“ begünstigen kann, genannt (vgl. Mikats 2018:o.A.). Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass die Stigmatisierung als Negativfaktor den Krankheitsverlauf und in weiterer Folge den Drehtüreffekt beeinflussen kann.

Die Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung kann durch die wiederholte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems selbst verstärkt werden (vgl. ebd.:o.A.). Aufgrund meiner bereits betriebenen Forschung liegt der Schwerpunkt jedoch auf der Vorannahme, dass Stigmata von psychisch erkrankten Menschen Auswirkungen auf den Drehtüreffekt haben.

3.2 Forschungsinteresse

Aufgrund meiner Arbeit in einem Frauenwohncentrum, welches als Zielgruppe unter anderem Frauen mit psychischer Erkrankung hat, stehe ich regelmäßig mit Betroffenen dieser Zielgruppe in Kontakt. Im Gespräch auf Mitmenschen, auf die Frage hin, welchen Beruf ich ausübe, kann ich auf meine Antwort hin geschockte oder überraschte Reaktionen wahrnehmen. Oftmals werde ich anschließend mit Fragen und Aussagen wie „Hast du denn gar keine Angst vor diesen Menschen?“ oder „Also ich könnte das nicht machen!“ konfrontiert. Aus meinen persönlichen Erfahrungen erlebe ich ein starkes Stigma psychischer Erkrankungen durch die Gesellschaft. In der vorliegenden Arbeit möchte ich aufgrund dessen erforschen, wie oder ob Betroffene diese negativ behafteten Vorurteile wahrnehmen, was die Soziale Arbeit dagegen unternimmt und wie die Betroffenen dabei unterstützt werden können.

Auch von meinen Arbeitskolleginnen^{*1} erfahre ich, dass sich Klientinnen* von ihrer Außenwelt abschotten und zurückziehen, da sie durch die Gesellschaft aufgrund ihrer verschiedenen psychischen Erkrankungen abgestempelt werden und somit Gefühlen der Scham und Exklusion ausgesetzt sind.

Wie bereits im Kapitel „Vorannahmen“ erwähnt wurde, ist die Verurteilung von Menschen mit psychischer Erkrankung keine rein subjektive Wahrnehmung meinerseits. Ich kann die Stigmatisierung zwar persönlich erfassen, jedoch wurde diese auch in der Ergebnisdarstellung meiner ersten Bachelorarbeit und durch Literaturrecherche deutlich. Aufgrund den eigenen Erfahrungen und den Ergebnissen der Fallstudie wird davon ausgegangen, dass die Stigmatisierung durch die Gesellschaft von Menschen mit seelischer Erkrankung den Drehtüreffekt begünstigen kann.

In der vorliegenden Arbeit liegt das Hauptaugenmerk darauf, welche Maßnahmen im Rahmen der Sozialen Arbeit entwickelt wurden, um der Stigmatisierung und somit, wie aus der generierten These hervorgeht, dem Drehtüreffekt vorzubeugen.

3.3 Forschungsfrage und Unterfrage(n)

Aus dem oben genannten Forschungsinteresse ergaben sich für mich folgende Forschungsfragen:

Die Hauptforschungsfrage dieser Arbeit lautet:

- Welche Antistigma-Handlungskonzepte der Sozialen Arbeit werden in der Primärversorgung eingesetzt und wie wirken sich diese auf den Drehtüreffekt aus?

Die Unterfragen gliedern sich wie folgt:

- Wo findet Stigmatisierung statt und wie wird sie wahrgenommen?
- Welchen Einfluss hat die Stigmatisierung auf den Krankheitsverlauf?
- Welchen Einfluss haben die Auswirkungen der Stigmatisierung auf den Drehtüreffekt?

3.4 Relevanz des Themas

In Österreich nehmen rund 900.000 Menschen psychiatrische Behandlung in Anspruch (vgl. Standard 2015). Dass Menschen mit psychischer Erkrankung mit negativen Assoziationen konnotiert werden, stellt eine Problematik dar, die sich seit dem Ende der 1970er zwar verbessert hat, aber nach wie vor präsent ist. Zu dieser Zeit hat diesbezüglich ein Paradigmenwechsel im Zuge der Psychiatriereform stattgefunden, und psychische Erkrankungen werden heutzutage eher von der Gesellschaft akzeptiert als noch vor einigen

¹ Da es sich bei dieser Einrichtung um ein reines Frauenwohncentrum handelt, wurde in diesem Fall speziell gegendert.

Jahren. Nichtsdestotrotz findet diese Art der Diskriminierung nach wie vor statt (vgl. Meise et al. 2008:230) – Sei es strukturell bedingt, beispielsweise in Institutionen, gesellschaftlich oder infolgedessen durch Selbststigmatisierung. Diese Art von Stigmatisierung ist ein Phänomen, das nach wie vor tagtäglich stattfindet und weitreichende Konsequenzen, wie beispielsweise die Exklusion aus der Gesellschaft, mit sich bringt.

Aufgrund dieser Auswirkungen kann es geschehen, dass das Gesundheitssystem vermehrt in Anspruch genommen wird, um Ressourcen, die Klient*innen aufgrund der Stigmatisierung genommen werden, zu kompensieren. Diese immer wieder stattfindende Fehlinanspruchnahme des Gesundheitssystems wird „Drehtüreffekt“ genannt. Die Suche nach einer adäquaten Hilfeleistung kann nicht nur eine große Zusatzbelastung für den*die Betroffene*n darstellen, sondern auch aus ökonomischer Sicht unwirtschaftlich sein (Hauschild 2013:o.A.).

Grundlegender Bestandteil der Sozialen Arbeit ist ethisches Bewusstsein. Es gibt Handlungsrichtlinien, die Prinzipien der Sozialen Arbeit, die im sogenannten Ethikkodex verschriftlicht sind. Teil davon ist die „Soziale Gerechtigkeit“. Sozialarbeiter*innen sollen diese in Hinblick auf die Gesellschaft und das Individuum fördern. Das heißt im Konkreten, dass negative Diskriminierung strikt zurückgewiesen werden muss. Sie haben die Verpflichtung, dieser aktiv entgegenzutreten. Des Weiteren soll auf Basis der Menschenrechte die Beteiligung der Interventionsplanung von Nutzer*innen der Sozialen Arbeit gefördert werden. Klient*innen sollen die Möglichkeit haben, Inklusion in der Gesellschaft zu finden, und die Soziale Arbeit hat die Verpflichtung, diese zu gewähren (vgl. IFSW 2004).

Daraus geht hervor, dass die Soziale Arbeit sich dazu verpflichtet die Stigmatisierung von Menschen mit seelischer Erkrankung strikt zurückzuweisen, aber auch tatkräftig dieser Form von Diskriminierung entgegenzutreten. Dies kann, wie in der Begriffsdefinition beschrieben, in Form von Antistigma-Maßnahmen geschehen. Auch gegen die Exklusion aus der Gesellschaft muss die Soziale Arbeit handelnd eingreifen (vgl. ebd.).

Diese Forschungsarbeit hat für die Soziale Arbeit insofern hohen Stellenwert, da sich diese mit dem Ethikkodex dazu verpflichtet hat, gegen Diskriminierung und für Inklusion einzustehen. Dass die Negativetikettierung von Menschen mit seelischer Erkrankung trotz Paradigmenwechsels nach wie vor ein weitreichendes Problem darstellt, ist unbestritten (vgl. Meise et al 2008:230). Aufgrund dessen ist es umso wichtiger, mit dieser Arbeit die vorherrschende Problematik erneut zu verdeutlichen.

Des Weiteren kann die vorliegende Forschungsarbeit aus ökonomischer Betrachtungsweise bedeutsam sein, da der sogenannte „Drehtüreffekt“ zusätzlich anfallende Kosten für den Staat darstellt (vgl. Hauschild 2013:o.A.). Die Kosten für einen stationären Endtag betragen beispielsweise 856 Euro in Österreich (vgl. BMASGK 2018). Setzt man auf ambulante, präventive Maßnahmen, die dazu führen, dass die Ressourcen der Betroffenen nicht beschnitten oder diese zumindest adäquat kompensiert werden, könnten fehladressierte stationäre Aufenthalte vermieden werden.

Relevanz können die Ergebnisse dieser Forschung jedoch vor allem für Nutzer*innen der Sozialen Arbeit, die von Diskriminierung betroffen sind, haben. Bewusstseins-schaffung über Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung und somit auch ein selbstverständlicher Umgang kann für Betroffene eine erhebliche Entlastung und somit eine Verbesserung oder Stabilisierung des Krankheitsbildes bewirken. Diese Umstände wiederum können Einfluss auf den Drehtüreffekt haben. In der ersten Bachelorarbeit konnte festgestellt werden, dass der Drehtüreffekt auf stationärer Ebene aus Sicht der Patient*innen als Belastung und vorwiegend negativ aufgefasst wird (vgl. Mikats 2018:o.A.). Wenn Antistigma-Maßnahmen auf den Drehtüreffekt Einfluss nehmen, dann würden Patient*innen nicht nur von einem selbstverständlicheren Umgang mit seelischen Krankheiten, sondern auch von einer besseren Anbindung an den ambulanten Bereich, beispielsweise an eine PVE, profitieren.

4 Forschungsprozess

In folgendem Kapitel wird das beforschte Feld und der Grund für dessen Wahl vorgestellt. Anschließend werden die verwendeten Erhebungsmethoden „leitfadengestütztes Interview“ und „teilnehmende Beobachtung“ und die ausgewählte Methode der Datenanalyse „offenes Kodieren“ beleuchtet.

4.1 Das beforschte Feld: Die Primärversorgungseinrichtung

Aus dem gemeinsamen Bachelorprojekt ergeben sich unterschiedliche Zugänge zu potentiell beforschbaren Feldern: Die Allgemeinmedizin, das Krankenhaus, die Rettung und die PVE. Für diese Arbeit wurde die PVE zur Forschung ausgewählt.

Die Primärversorgungseinrichtungen, auch Primärversorgungszentren genannt, sind ein neues System in Österreich, das den gesamtheitlichen Bedarf an Gesundheitsfürsorge abdecken soll. Das heißt, dass ein multiprofessionelles Team, welches beispielsweise aus Allgemeinmediziner*innen, Psychotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Sozialarbeiter*innen besteht, vernetzt an einer Anlaufstelle zur Verfügung steht. Die Vorteile sind eine umfassendere Behandlung, längere Öffnungszeiten, ausführlichere Patient*innengespräche und kürzere Wartezeiten. Bis Ende 2020 sollen in Österreich 75 neue PVE eröffnet werden (vgl. EWG 2017).

Aus oben genannten Gründen habe ich mich entschieden, hier mit der Forschung anzusetzen. Aus Datenschutzgründen wird der genaue Standort der gewählten PVE nicht genannt. Des Weiteren wäre eine Zusammenarbeit mit einer zweiten Einrichtung in London angedacht gewesen. Es wurde zwar mehrmals versucht, Kontakt mit der Institution aufzunehmen, trotzdem ist die Zusammenarbeit nicht geglückt.

4.1.1 Das Band Café und der Mittagstisch

Seit Juni 2016 findet das sogenannte Band Café unter der Leitung eines professionellen Jazz-Musikers in der PVE statt. Das primäre Ziel ist es, Menschen, die gerne musizieren oder zuhören, Raum zu bieten. Die Treffen finden einmal pro Woche statt, und jede*r, der*die möchte, darf daran teilnehmen, mitmachen oder nur Beobachter*in sein. Es ist wichtig, dass niemand exkludiert wird. Deshalb gibt es keine bestimmte Zielgruppe, die diese wöchentliche Veranstaltung besuchen darf. Mittlerweile wird das Band Café alle zwei Wochen von einer Sozialarbeiterin der PVE begleitet (vgl. Mauerhofer 2018:30).

Der Mittagstisch findet seit 2017 ebenfalls in der PVE statt. Hierfür gibt es ebenfalls keine bestimmte Zielgruppe. Kommen darf jede*r, der*die gerne zusammen kochen und anschließend Mittag essen möchte. Primäres Ziel ist es, Menschen, die sich beispielsweise einsam fühlen, ohne Konsumzwang einen Rahmen zu bieten, in dem soziale Kontakte geknüpft werden können (vgl. Wesp 2018:32).

4.2 Methode der Datenerhebung

Zur Erhebung der Daten wurden zum einen leitfadengestützte Interviews geführt, und zum anderen wurden eine teilnehmende Beobachtung gemacht.

4.2.1 Leitfadengestützte Interviews

Am Beginn jedes Interviews stand eine offene und erzählgenerierende Fragestellung in Form einer narrativen Einstiegsfrage. Mithilfe eines Interview-Leitfadens konnten im Anschluss an die Erzählungen und das immanente Nachfragen die noch ausstehenden Fragestellungen zur Beantwortung der Forschungsfrage thematisiert und ausgeführt werden. Dieses Instrument der qualitativen Sozialforschung war für die vorliegende Arbeit gut geeignet. Es hat sowohl allgemeingültige, objektive Informationen aufgezeigt, als auch Raum für individuelle Erfahrungen und subjektive Anschauungen gelassen (vgl. Mayring 2002:69).

Laut dem Konzept der Triangulation (vgl. Flick 2009:225) soll der Forschungsgegenstand von mehreren Perspektiven und Zugängen betrachtet werden. Dies wurde durch fünf unterschiedliche Interviewpartner*innen mit individuellen Zeitpunkten und Räumlichkeiten der Interviewführung sichergestellt. Um differenzierte Sichtweisen im Bezug auf die Thematik zu erhalten, wurden Beteiligte befragt: Als wichtigstes Instrument für die Datenerhebung dieser Arbeit wurden zwei Expert*inneninterviews mit Sozialarbeiterinnen und drei Interviews mit Nutzer*innen einer Primärversorgungseinrichtung geführt.

Wir befragen Experten, weil ihre Handlungsorientierungen, ihr Wissen und ihre Einschätzungen die Handlungsbedingungen anderer Akteure in entscheidender Weise (mit-) strukturieren. Das Expertenwissen, mit anderen Worten, erhält seine Bedeutung über seine soziale Wirkmächtigkeit. (Bogner 2014:13)

Die Interviews wurden gemeinsam mit einer Studienkollegin durchgeführt und fanden am 13. März 2019 in verschiedenen Räumlichkeiten der Primärversorgungseinrichtung statt. Alle Gespräche wurden auf dem Smartphone aufgezeichnet und dauerten 15, 14, 25, 20 und 47 Minuten. Des Weiteren wurden Interviews der ersten Bachelorarbeit herangezogen. Dabei handelt es sich um Befragungen mit zwei Sozialarbeitern des Psychosozialen Dienstes. Die Interviews fanden am 5. April und 20. April 2018 statt. Die Gespräche dauerten jeweils 22 und 25 Minuten.

4.2.2 Teilnehmende Beobachtung

Während des Band Cafés und des Mittagstisches durften eine Studienkollegin und ich die Rollen der teilnehmenden Beobachterinnen einnehmen. Dadurch wurde uns ermöglicht mit den Nutzer*innen der Stadtteilarbeit in Kontakt zu treten.

Teilnehmende Beobachtung ist in doppelter Hinsicht als Prozess zu begreifen. Einerseits soll der Forscher zum Teilnehmer werden und Zugang zu Feld und Person finden. Andererseits wird auch die Beobachtung immer konkreter und stärker an den wesentlichen Aspekten der Fragestellung orientiert. (Flick 2016:126)

Die durchgeführte Beobachtung beruht zum einen auf der „Teilnehmenden Beobachtung“ von Uwe Flick (2016) und zum anderen auf den „Entscheidungsdimensionen“ von Siegfried Lamnek (2010). Anhand dieser Differenzierung handelt es sich bei dieser Forschung um eine systematische, offene und teilnehmende Feldbeobachtung (vgl. Lamnek 2010:513). Das angefertigte Protokoll basiert auf Siegfried Lamneks Kriterien, die die Rahmenbedingungen der Beobachtung und die Beschreibungen von Phänomenen, wie beispielsweise die Interaktion der Menschen, beinhaltet (vgl. ebd:563).

4.3 Methode der Datenauswertung

Für die Auswertung der Daten dieser Forschungsarbeit wurde die Methode des Offenen Kodierens nach Strauss und Corbin (1996) angewandt.

4.3.1 Offenes Kodieren

Offenes Kodieren ist in der „Grounded Theory“ verankert und stellt ein Verfahren dar, das erhobene Daten analysiert, vergleicht und kategorisiert (vgl. Strauss / Corbin 1996:43).

Bei der Datenanalyse wird versucht, anhand gewonnener Erkenntnisse der Forschung eine theoretische Verallgemeinerung abzuleiten (vgl. Kleemann et al. 2013:24). Durch das Vergleichen der ausgewerteten Daten entstehen Hypothesen und Konzepte, die durch die Auswertung verändert, differenziert beziehungsweise erweitert werden können (vgl. Kleemann/ Krähnke/ Matuschek 2013:24).

Für diese Arbeit wurde das Offene Kodieren ausgewählt, da man individuelle Perspektiven differenziert betrachten und vergleichen kann. Die daraus resultierenden neuen Sichtweisen konnten zu generalisierten Theorien und Konzepten abgeleitet werden.

5 Ergebnisdarstellung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse, die anhand der qualitativen Forschung gewonnen wurden, dargestellt. Außerdem werden die generierten Thesen mit Interpretationen und zusätzlicher Fachliteratur unterstützt. Die Auswertungen wurden in die drei Kategorien „Die Wahrnehmung der Stigmatisierung“, „Die Auswirkungen der Stigmatisierung“ und „Die Handlungskonzepte“ unterteilt, um eine bessere Übersicht zu gestalten. Es wird darauf hingewiesen, dass diese Ergebnisse aus sieben Interviews mit Sozialarbeiter*innen und Betroffenen generiert. Nichtsdestotrotz handelt es sich zum Teil um Vermutungen, subjektive Meinungen, Lösungsansätze aus der Praxis und Äußerungen der Interviewten und nicht um allgemeingültige Sichtweisen zu diesem Thema.

5.1 Die Wahrnehmung der Stigmatisierung

Ein Ergebnis der leitfadengestützten Interviews mit den Betroffenen war die individuelle Wahrnehmung der Stigmatisierung, was diese bei ihnen auslöst und wo sie stattfindet. Wie bereits in der Begriffserklärung erwähnt, kann man diese Art der Diskriminierung anhand der analysierten Daten in drei Unterkategorien unterteilen. Diese drei Sparten decken sich mit den drei Arten der Diskriminierung nach Angermayer (2004). Jedoch wurden sowohl die „Selbststigmatisierung“ als auch die „Individuelle Stigmatisierung“ in dieser Arbeit der Kategorie „Auswirkungen der Stigmatisierung“ zugeordnet, da sie aus der „strukturellen Stigmatisierung“ resultieren. Die Wahrnehmung der Stigmatisierung hat für diese Forschungsarbeit insofern große Bedeutung, da Interventionen nur dann eingesetzt werden können, wenn eruiert wird, welche Ursachen diese haben und wie diese individuell wahrgenommen werden. Des Weiteren hat sich herauskristallisiert, dass alle Kategorien der Etikettierung dieselben negativen Auswirkungen mit sich ziehen: Soziale Benachteiligung und sozialen Rückzug. Auf diese beiden Konsequenzen wird anschließend im darauffolgenden Kapitel näher eingegangen.

5.1.1 Strukturelle Stigmatisierung

Eine häufige Art der Diskriminierung von Menschen mit psychischer Erkrankung ist die strukturelle Stigmatisierung. Sie passiert auf gesamtgesellschaftlicher, politischer oder institutioneller Ebene (vgl. Angermayer 2004). Diese Unterkategorie der Stigmatisierung wurde am häufigsten und stärksten von Betroffenen sowie Professionist*innen wahrgenommen (vgl. B1 2019:Z11-14; B2 2019:Z35-37; B3 2019:Z10-13; S1 2019:Z29-36).

Das Arbeitsmarktservice (AMS) wurde in den Interviews im Zusammenhang mit Stigmatisierung von den Interviewten wiederholt erwähnt. Dabei wurden viele persönliche, negative Erfahrungen gemacht. Beispielsweise wurde von Betroffenen wahrgenommen, dass das AMS auf Personen mit psychischen Erkrankungen und deren individuellen Bedürfnisse nicht eingeht. Auf die Notwendigkeit, nicht Vollzeit, sondern lediglich Teilzeit arbeiten zu können, werde keine Rücksicht genommen (vgl. B1 2019:Z21-24). Auch, dass die Negativetikettierung im AMS einen hohen Stellenwert hat, wird von einem Befragten geschildert. Man müsse zwar bei der Institution anführen, dass man psychisch erkrankt ist, auf die persönlichen Anliegen werde dabei aber nicht eingegangen. Viel mehr wird von den Betroffenen erlebt, dass sie dadurch von Chancengleichheit exkludiert werden (vgl. ebd.).

Im AMS ist das ganz schlimm, auf der einen Seite wird nämlich die Stigmatisierung sehr hervorgehoben immer wieder und auf der andern Seite gibt's aber keine Chance für die Leute, die dann stigmatisiert werden. (B3 2019:Z10-12)

Diese Wahrnehmung der Befragten deckt sich mit den Ergebnissen einer Studie, die Mitte der 90er Jahre in Deutschland durchgeführt wurde. So konnten lediglich 5,6% der Betroffenen im arbeitsfähigem Alter vollzeitlich und 6,5% Teilzeit beschäftigt werden (vgl. Angermayer 1996 zit. in Eikermann:o.A.). Die Haupthinderungsgründe der betrieblichen Entscheidungsträger waren Sorgen bezüglich der „Unberechenbarkeit“ von Menschen mit psychischer Erkrankung und mangelnde Leistungsfähigkeit (vgl. Eikermann 2005:o.A.).

Des Weiteren wurde anhand der Interviews ein Rückzug der Familie festgestellt. Die Betroffene selbst führt diesen Umstand auf ihre psychische Erkrankung zurück. Sie berichtet davon, dass sich der Großteil ihrer Familie bis auf ihren Ehemann von ihr abgeschottet habe (vgl. B2 2019:35). Außerdem hat sich herauskristallisiert, dass das soziale Umfeld durch den Arbeitsabbruch eingeschränkt wurde. Die Kontakte, die regelmäßig auf der Arbeit gepflegt wurden, sind nach der Zeit abgebrochen (vgl. ebd.:16-18). Daraus geht hervor, dass ein Arbeitsumfeld auch eine wichtige Ressource darstellt, die durch den sozialen Rückzug, der aus Stigmatisierung resultiert, eingeschränkt oder ganz verloren gehen kann.

Angehörige sind oftmals mit der neuen Situation, also der psychischen Erkrankung eines Familienmitgliedes, überfordert (vgl. Rüscher et al 2004:o.A.). Auch der möglicherweise vermehrte Hilfsbedarf der erkrankten Person kann zu einer Überforderung seitens der Angehörigen führen. Berührungsängste, die Angst vor Ungewissem und die daraus resultierenden Unsicherheiten führen zur sozialen Distanzierung (vgl. ebd.:o.A.) Dass sich das soziale Umfeld von Betroffenen abschottet, kann an den Vorurteilen liegen, die beispielsweise von Medien vermittelt werden. Ein allgemeingültiges Bild von Menschen, die nicht zurechnungsfähig und angsteinflößend sind, wird kreiert (vgl. Holzinger et al 2003:o.A.).

5.2 Die Auswirkungen

Durch die Auswertungsmethode konnten zentrale Kategorien eruiert werden, die als unmittelbare Konsequenzen der strukturellen Diskriminierungsart von Menschen mit psychischer Erkrankung gesehen werden können. Angermayer (2004) zählt die

„Selbststigmatisierung“ und die „individuelle Stigmatisierung“ als eigene Diskriminierungsarten. In dieser Arbeit wurden sie jedoch als Auswirkungen dieser interpretiert, da sie ohne die strukturelle Stigmatisierung in dieser Form nicht existieren würden. Neben diesen beiden Diskriminierungsformen konnten eine ungerechte Ressourcenverteilung, eine Exklusion aus wichtigen Lebensbereichen und der Drehtüreffekt als Konsequenzen der strukturellen Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung festgestellt werden.

5.2.1 Selbststigmatisierung

Bei der zweiten Art der Diskriminierung handelt es sich um die Neigung der Betroffenen, sich selbst zu stigmatisieren. Viele Menschen lernen im Laufe ihres Lebens durch Sozialisation, was es bedeuten kann, psychisch krank zu sein, und wie das Umfeld, die Gesellschaft und Institutionen darauf reagieren: Meist mit Rückzug und dem Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber den Betroffenen. Die Selbststigmatisierung ist eine direkte Folgewirkung der strukturellen Stigmatisierung (vgl. Angermayer 2004:o.A.).

Es gibt zwei verschiedene Reaktionsweisen der Selbststigmatisierung. Auf der einen Seite kennen Menschen mit psychischer Erkrankung die Stereotype und negativen Assoziationen gegenüber der Betroffenen und stimmen diesen zu. Diese Kenntnisse können in weiterer Folge zur Aneignung ebendieser Stereotype führen. Dieser Vorgang kann zu einer Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit führen (vgl. Berger et al. 2004:5). Auf der anderen Seite kennen die Betroffenen die existierenden Vorurteile, finden diese aber nicht gerecht und reagieren darauf mit Frust und Entrüstung. Diese beiden unterschiedlichen Reaktionen fallen unter den Begriff „Das Paradox von Selbststigma und psychischer Erkrankung“ (vgl. ebd.:6).

Dieses Paradoxon konnte auch im Zuge zweier Interviews wahrgenommen werden. Während eine Befragte sich aufgrund ihrer mentalen Erkrankungen von Freund*innen und Familie zurückgezogen hatte und immer wieder betonte, dass dies aufgrund ihrer vielen verschiedenen Krankheiten passiert sei (vgl. B2 2019:35), gab der andere Interviewteilnehmer deutlich seinen Unmut über die Stigmatisierung zum Ausdruck: „Man wird einfach ausgegrenzt, abgestempelt [...] Also es wird da wirklich eine Mehrklassengesellschaft produziert, gezüchtet und mit Menschlichkeit hat das eigentlich nichts mehr zu tun, also des find i sehr schlecht“ (B1 2019:Z11-14).

In Bezug auf das in mehreren Interviews angesprochene Arbeitsmarktservice wird deutlich, dass die Betroffenen der institutionellen Stereotypisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zustimmen.

Wos aber a verständlich is, weil gewisse Krankheiten, da gibt's a des Problem, dass man ned stabil is, dass man eben a Zeitlang funktioniert, aber dann eben a owagehn muas vom Gas bis man wieder funktioniert. Für des gibt's halt in der Arbeitswelt keinen Plat.z (B3 2019:Z16-18)

Allgemein gesprochen nimmt die Selbststigmatisierung bei allen Betroffenen einen zentralen Stellenwert ein. Für einen Interviewpartner ist sie sogar bedeutsamer als die seines sozialen Umfeldes. Er berichtet, dass es in der Szene, in der er sich zur Zeit der gestellten Diagnose bewegt hatte, nichts Außergewöhnliches gewesen sei von einer psychischen Krankheit betroffen zu sein. Nichtsdestotrotz brauchte es eine gewisse Zeit, um diesen Umstand akzeptieren zu können. Dies sei ein langwieriger Prozess und bedürfe Unterstützung (vgl. B3 2019:Z30-35).

Zusätzlich wurde von den Befragten Selbststigmatisierung anderer Betroffener wahrgenommen. Beispielsweise wurde es zum Thema, dass Menschen, die am Band Café Interesse zeigen und es gerne besuchen würden, schlussendlich die Teilnahme daran unterlassen, da man durch das Betreten der PVE eventuell als „verrückt“ abgestempelt werden könnte. Aus diesem Grund wird der Mittagstisch und das Band Café von vielen Menschen lieber präventiv gemieden (vgl. B3 2019:Z158-162).

Aus der Literaturrecherche und den Interviews geht hervor, dass die Selbststigmatisierung von Betroffenen durchaus wahrgenommen wird und wiederum negative Konsequenzen, wie sozialen Rückzug, mit sich zieht. Aufgrund dieser Art von Diskriminierung ziehen sich Betroffene zurück, versuchen bestimmte Situationen zu vermeiden und verpassen hierdurch viele Möglichkeiten und Chancen, welche sich wiederum positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken könnten. Auch wenn sich Betroffene der Selbststigmatisierung bewusst sind und diese stark ablehnen, heißt dies nicht, dass sie davon ausgenommen werden.

5.2.2 Individuelle Stigmatisierung

Die letzte Form der Diskriminierung, die verzeichnet werden konnte, ist die individuelle Stigmatisierung. Hierbei wird anhand der gestellten Diagnose diskriminiert. Das heißt, dass Abgrenzungen und Abstufungen zwischen den verschiedenen Krankheitsbildern gemacht werden. So werden einer Person, je nach Diagnose, bestimmte Verhaltenseigenschaften zugewiesen. Krankheiten wie Depression, Burnout oder Angststörungen werden heutzutage von der Gesellschaft vielmehr akzeptiert als beispielsweise Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, werden mit Verhaltenseigenschaften wie „gewalttätig“, „gefährlich“ und „unzurechnungsfähig“ konnotiert (vgl. Link et al. 2001:o.A.).

Aus einer Befragung mit einem Betroffenen konnte festgestellt werden, dass in der PVE, also im institutionellen Setting, unter Klient*innen individuelle Stigmatisierung wahrnehmbar ist. Es bilden sich Gruppierungen und Formationen unterschiedlichster Krankheitsbilder, die wiederum Vermutungen und Vorurteile gegenüber anderen Gruppierungen haben. Diese Art der Diskriminierung wird als besonders problematisch in der PVE verspürt, denn diese sollte zumindest beim Mittagstisch oder beim Band Café eine Art Rückzugsort sein – eine diskriminierungsfreie Zone. Diese Art der Negativetikettierungen von Menschen mit mentaler Erkrankung anderer Betroffener gegenüber kann für negative Gruppendynamiken sorgen (vgl. B3 2019:Z42-55).

Das heißt nicht nur in der Gesellschaft, sondern auch unter den Betroffenen selbst findet eine vorurteilsbehaftete Abgrenzung verschiedener Krankheitsbilder statt. Von Diskriminierung betroffen zu sein schließt nicht automatisch aus, dass man selbst diskriminiert. Jedoch sollte eben das institutionelle Setting Raum des Schutzes und der Antistigmatisierung bieten. Wird dies nicht gewährleistet, besteht Gefahr, dass Betroffene sich auch in Institutionen unwohl fühlen und diese nicht mehr besuchen möchten oder sich Alternativen suchen und andere Institutionen aufsuchen, die nicht die passende Hilfeleistung bieten, die gebraucht werden würde.

5.2.3 Die Ressourcenverteilung

Als Konsequenz der strukturellen Diskriminierung kann eine ungerechte Verteilung der Ressourcen festgestellt werden. Dies nehmen nicht nur die Betroffenen selbst sehr deutlich wahr, sondern auch die Professionist*innen sind sich darüber einig. Mit Ressourcen sind in den Interviews vorwiegend finanzielle Mittel gemeint (vgl. S2 2019:Z186-192). Diese werden von politischen Entscheidungsträgern vorgegeben und verteilt. Diese Ressourcenverteilung hängt vor allem davon ab, welche Priorität die adäquate Behandlung und Versorgung Betroffener für die Regierung einnimmt (vgl. S1 2018:Z160-166).

Ich finde, was vor allem den Drehtüreffekt begünstigt, ist vor allem politisch [...] Sei es die [jetzige] Regierung oder sei es die vorige oder sei es [die] zukünftige, es wird halt wieder gespart am Finanziellen. (S1 2018:Z160-163)

Aus dem Interview mit einer Sozialarbeiterin geht hervor, dass die Ungerechtigkeit der Ressourcenverteilung wiederum die individuelle Stigmatisierung in den Institutionen begünstigen kann. Von Diskriminierung betroffen zu sein, verhindert nicht, stigmatisierend zu denken oder zu handeln. Betroffene fühlen sich in ihren Vorurteilen bestärkt, wenn wahrgenommen wird, dass andere „Gruppierungen“ anders behandelt werden, beispielsweise andere Hilfeleistungen erhalten. Strukturelle Bedingungen, die Einschnitte von Ressourcen diskriminierter Gruppen zur Folge haben, können neue Diskriminierungen schaffen.

In der Finanzierung von Sozialer Arbeit ist es dann ganz grausig. Da werden diskriminierte Gruppen gegen diskriminierte Gruppen ausgespielt, und die einen kriegen dann die Kohle und die anderen nicht. Alles funktioniert besser, wenn wir miteinander arbeiten. (S2 2019:Z192-196)

Die wahrgenommene Frustration der Sozialarbeiter*innen bezüglich der Einsparungen der Finanzierung konnte ebenfalls anhand einer Befragung von Bunzenthal (2002) festgehalten werden.

Inzwischen wirken sich die Einsparungen direkt auf den Alltag der Sozialen Arbeit aus, sodass vielfach die Gefahr einer Qualitätsminderung der Arbeit akut wird. Somit findet derzeit in der Praxis der Sozialen Arbeit ein dramatischer Entwertungsprozess dieser Profession statt. (Karges et al. 2003:334)

Des Weiteren kann die strukturelle Diskriminierung durch nicht vorhandene Ressourcen verstärkt werden. Aufgrund der fehlenden Finanzen, der Kürzung oder Streichung dieser werden zum Beispiel sozialarbeiterische Handlungsspielräume eingeschränkt. Aus fehlenden finanziellen Mitteln resultieren mangelnde zeitliche Ressourcen. Ausreichend zeitliche Mittel sind aber essenziell, um individuelle Lösungen kreieren zu können und auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen. Oftmals müssen mehrere sozialarbeiterische Interventionsmöglichkeiten probiert werden, um die passendste Lösung für den*die Betroffene*n zu finden (vgl. S2 2019:Z186-192).

Ein Beispiel, das die Notwendigkeit intensiver Betreuung des Band Cafés durch ein*e Sozialarbeiter*in veranschaulicht, ist der Alkoholkonsum von Personen, die an einem Suchtproblem leiden. Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung konnte der Konsum alkoholischer Getränke auch von einer interviewten Person, die in diesem Zusammenhang ein langfristiges Alkoholproblem erwähnt hat, festgestellt werden (vgl. G1 2019). Ein Alkoholverbot wiederum wäre aus sozialarbeiterischer Sicht problematisch, da dieser dazu führen könnte, dass Gruppen aus dem Band Café exkludiert oder die Treffen an einen anderen Ort verlegt werden würden. Nichtsdestotrotz würde diese Situation Aufklärungsbedarf bezüglich des Alkoholkonsums der Gruppe erfordern, dem allerdings aufgrund fehlender Ressourcen nicht nachgegangen werden kann. Aus einer weiteren Befragung geht hervor, dass wiederholt Konflikte innerhalb der Gruppe bestehen, die aufgrund des vorherrschenden Alkoholkonsums beeinflusst wurden, die eben aufgrund begrenzter Mittel zeitlich nicht bearbeitet werden können (vgl. B3 2019:Z61-62). Aus der Beobachtung und dem Interview kann daher erschlossen werden, dass die zeitlichen Ressourcen aufgrund der finanziellen Lage nicht gegeben sind, um Situationen wie diese adäquat zu besprechen und zu bearbeiten.

Im Zuge der Interviews und der teilnehmenden Beobachtung konnte festgestellt werden, dass die Finanzen Einfluss auf die zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen ausüben. So wurde das Band Café, das von einem professionellen Musiker geleitet wird, anfangs jede Woche von einer Sozialarbeiterin unterstützt, um Raum für professionelle Begleitung zu schaffen. Mittlerweile wurde der sozialarbeiterische Einsatz auf alle zwei Wochen herabgesetzt.

5.2.4 Exklusion aus wichtigen Lebensbereichen

Als Grund für eine Verschlechterung des Krankheitsverlaufes wurden Zusatzbelastungen, die aufgrund von sozialer Benachteiligung stattfinden, genannt. Anhand der Interviews kann festgestellt werden, dass Menschen wegen ihrer psychischen Erkrankungen einer hohen „Grundbelastung“ ausgesetzt sind (vgl. S1 2019:49-57). Menschen, die seelisch erkrankt sind, müssen viel Energie in die Genesung stecken. Können die Betroffenen aus Gründen struktureller Stigmatisierung oder der Angst davor keine Behördengänge abwickeln, stellt das einen weiteren großen Einschnitt dar, der den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen kann, da der Fokus nicht mehr auf die eigene Gesundheit gelegt wird, sondern auf die vielen zusätzlich anfallenden Belastungen (vgl. Eikermann 2005:o.A.) . Des Weiteren wurde bereits oben beschrieben, dass die sogenannte „Grundbelastung“ oder Vulnerabilität bereits sehr

hoch sein kann. Die Wahrnehmung einer jeden weiteren Bürde kann sehr individuell und unterschiedlich stark ausfallen.

[Es ist] oft ein Aufgeben, kein Selbstwertgefühl mehr haben und Angst haben, auf Leute zuzugehen, und oft auch einmal Angst haben, nach Hilfe zu fragen, weil man so viele Erfahrungen gemacht hat. (S1 2019:Z28-30)

Befragte haben in Bezug auf Behörden wiederholt negative Erfahrungen gemacht. Aus Sicht der Institutionen scheint oftmals wenig Verständnis, Geduld oder zeitliche Ressourcen vorhanden zu sein, um auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen eingehen zu können. Deshalb werden diese unterschiedlichen Forderungen der Betroffenen mit Unverständnis, Unfreundlichkeit oder Überforderung von behördlicher Seite entgegnet (vgl. S1 2019:Z10-16). Im Zuge dieser negativ behafteten Erfahrungen können Ängste und Gefühle der Frustration auftreten: „Den Stempel hot ma, aber Förderungen ned, des kenn i sehr guat“ (B3 2019:Z12-13).

Im weiteren Verlauf werden aufgrund dieser vorherrschenden Vorurteile und des nicht ausreichend entgegengebrachten Verständnisses Behördengänge schlichtweg vermieden. Aufgrund dessen werden Hilfeleistungen oder Förderungen, die den Betroffenen zustehen würden, nicht bezogen (vgl. S1 2019:49-52). Um den betroffenen Personen trotzdem das Erledigen von Behördengängen zu ermöglichen, werden diese durch sozialarbeiterische Begleitungen unterstützt. Dadurch werden die ohnehin knapp bemessenen zeitlichen Ressourcen der Sozialen Arbeit noch weiter strapaziert.

Weitere Konsequenzen der strukturellen Diskriminierung gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung kann beim Arbeitmarktservice beobachtet werden. Dies geht aus den Interviews mit den Betroffenen und einer Sozialarbeiterin hervor. Zwei der Interviewten haben aufgrund ihrer psychischen Erkrankung bereits negative Erfahrungen mit dem Arbeitmarktservice gemacht. Beim AMS sei es erforderlich, transparent mit seiner Erkrankung umzugehen, und man müsse klar deklarieren, dass man an einer psychischen Krankheit leide, so die Interviewpartner (vgl. B1 2019:21-24 u. B3 2019:10-13).

Man wird ausgegrenzt, hat keine Unterstützung im Umfeld wird vieler Möglichkeiten beraubt, kann man sagen, und ja bleibt sich selbst überlassen, hat aber oft nicht die Kraft, etwas zu tun, und dann fehlt's an der Stelle, die einem helfen, und die Unterstützung, die kriegt man einfach nicht. (B1 2019:Z21-25)

Des Weiteren kann aus einem Interview entnommen werden, dass man Benachteiligungen erfährt, wenn man sich aufgrund seiner Erkrankung nicht an die vorgegebene Netiquette hält. Dann kann es passieren, dass man nicht mehr angehört werden möchte, dass man in Nischen oder Ecken hineingedrängt wird, die sich überhaupt nicht an die persönlichen Bedürfnisse einer Person mit psychischer Erkrankung anpassen (vgl. S2 2019:Z29-38).

Aus den Interviews kann eine eindeutige Frustration der Betroffenen und der Professionist*innen wahrgenommen werden. Einige wünschen sich Beschäftigung, auf die aber seitens des Arbeitmarktservices nicht eingegangen wird oder eingegangen werden kann. Es könnten schlichtweg zu wenig Ressourcen, seien es finanzielle, ökonomische oder

zeitliche, vorhanden sein, um auf die einzelnen Wünsche der Menschen einzugehen. Für viele Behörden scheint es der einfachere Weg zu sein, Menschen mit psychischer Erkrankung aus dem System zu exkludieren oder diese Personen in Kategorien einzuteilen, in denen sie sich unwohl und unpassend fühlen (vgl. Eikermann 2003:o.A.).

5.2.5 Der Drehtüreffekt

Aus den Befragungen ist hervorgegangen, dass der Drehtüreffekt aufgrund von Stigmatisierung beziehungsweise aus den Konsequenzen von Diskriminierung entstehen kann (vgl. S2 2019:Z238-245). Es wird geschildert, dass Patient*innen beispielsweise einen Ressourcenmangel haben und auf der Suche nach Kompensationen sind, die diesen Mangel begleichen. Wird bei der Suche keine passende Hilfeleistung vom Gesundheitssystem geboten, indem Betroffene nicht angehört werden oder sie nach einem Schema F behandelt werden, das nicht auf individuelle Bedürfnisse oder Nöte eingeht, kann ein Drehtüreffekt entstehen, bis diese Menschen auf ein adäquates Hilfsangebot stoßen (vgl. ebd.:Z245-250).

Außerdem wird von einem Sozialarbeiter wahrgenommen, dass Menschen mit psychischer Erkrankung eher als Drehtürpatient*innen bezeichnet werden als Menschen mit somatischen Beschwerden. Es hat sich herauskristallisiert, dass bei den Interviews bei Drehtürpatient*innen oftmals von Menschen mit psychischer Erkrankung und nicht mit somatischen Beschwerden ausgegangen wurde. Diesen Umstand erklärte der Sozialarbeiter wieder mit dem vorherrschenden Stigma gegenüber Menschen mit seelischer Erkrankung (vgl. S1 2018:Z22-26).

Das hat wahrscheinlich mit der Akzeptanz in der Bevölkerung zu tun, ich nehm an, eine psychische Erkrankung wird heutzutage nach wie vor nicht wie ein Armbruch gesehen oder wie eine Erkältung, sondern . . . das is halt, weils nicht sichtbar ist am Körper und klarerweise ist das wenig akzeptiert und deshalb wird das abwertend genommen. (ebd.)

Für einen weiteren Sozialarbeiter liegt der Ursprung des Drehtüreffektes lediglich in der „Compliance“ der Betroffenen (vgl. S2 2018:Z24-29). Compliance bedeutet im Gesundheitswesen Kooperationsgemeinschaft seitens der Patient*innen in einem Therapiesetting (vgl. Müller 2009:16). Das heißt, der Befragte geht davon aus, dass der Drehtüreffekt seine Ursache in der Bereitschaft der Patient*innen zu kooperieren, zu finden ist. Beispielsweise bestehen Menschen in stationärer Behandlung darauf, möglichst bald entlassen zu werden oder nehmen die benötigten Medikamente nicht ein (vgl. S2 2018:Z26-29).

Diese Wahrnehmung stimmt mit der Vorurteilsbehauptung auf institutioneller Ebene von Drehtürpatient*innen mit psychischer Erkrankung überein. Hierbei geht aus einem Interview hervor, dass das Verständnis für Menschen mit psychischer Erkrankung, die als Drehtürpatient*innen bezeichnet werden, kleiner ist, als für Menschen, die an körperlichen Krankheiten leiden.

[Es entsteht] eine negative Festierung durchs Krankenhaus und vielleicht, dann durch die Mitarbeiter „Der is ja schon wieder da.“ [...] Würde der Dialyse brauchen, hätte man natürlich Einsicht und würde sagen „Jetzt is es wieder soweit. Jetzt müssens wieder.“ Aber bei psychisch Kranken wird das dann gleich wieder negativ genommen „Ja, Sie waren erst und warum sind's nicht und warum hat das nicht klappt? (S1 2018:Z32-35)

Aus den Interviews hat sich herauskristallisiert, dass Menschen mit psychischer Erkrankung eher als Drehtüpatient*innen bezeichnet werden als Personen mit somatischen Krankheiten. Die Stigmatisierung kann auch im professionellen Setting, beispielsweise im Krankenhaus, stattfinden. Ein Interviewter geht davon aus, dass die Ursache des Drehtüreffektes auf der Seite der Patient*innen liegt und nicht strukturell bedingt ist. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass der Drehtüreffekt eher im stationären Setting stattfindet als im ambulanten Bereich.

5.3 Handlungskonzepte der Sozialen Arbeit

In Hinblick auf die Stigmatisierung und deren Auswirkungen konnten Gegenmaßnahmen festgehalten werden, die aus den Interviews und der teilnehmenden Beobachtung hervorgegangen sind. Diese werden im Folgenden beleuchtet.

5.3.1 Antistigma-Maßnahme auf lokaler Ebene

Antistigma-Maßnahmen können auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen und verschiedenste Zielgruppen ansprechen. Zum Beispiel können diese in Form von großen medialen Kampagnen stattfinden, die eine breite Spannweite als Zielgruppe erreichen möchten. Ebenso können sie aber auch auf lokaler, niederschwelliger Ebene stattfinden, hierbei wird eine kleinere Zielgruppe angesprochen (vgl. Martino et al 2012:21). Nachgewiesen wurde, dass Konzepte gegen die Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung die größten Erfolge auf lokaler Ebene erlangt. Als gemeinsames Ziel verfolgen alle Antistigma-Maßnahmen dasselbe – die Aufklärung und Bewusstseinsbildung über psychische Erkrankungen und die Vorurteile, mit denen sich betroffene Menschen konfrontieren müssen (vgl. ebd.:5).

Das Band Café, eines der beforschten Felder, arbeitet im Zuge der Antistigma-Maßnahmen unter anderem auf lokaler Ebene. Dazu muss gesagt werden, dass der Fokus nicht auf Antistigma-Konzepte gegen die Stigmatisierung von Menschen mit seelischer Erkrankung gelegt ist. Denn wie bereits in Kapitel 4.1.1 beschrieben wurde, darf jede*r jeden Mittwoch beim Band Café partizipieren. Es ist keine bestimmte Zielgruppe festgelegt. Das heißt, es ist nicht von besonderer Bedeutung, ob die Person eine psychische Erkrankung, ein Suchtproblem oder somatische Beschwerden hat. Es spielt keine Rolle, welches Alter der*die Teilnehmer*in hat oder welchem sozialen oder biologischen Geschlecht sich die Person zugehörig fühlt. Jede*r kann an den Treffen teilnehmen, bloß zuschauen oder Instrumente und Gesang ausprobieren. Aufnahmekriterien, um an der Band teilzunehmen,

konnte weder anhand teilnehmender Beobachtung noch anhand der Interviews festgestellt werden. Die genannten Faktoren tragen dazu bei, dass die Musikgruppe keine reine Antistigma-Maßnahme ist. Dieser Umstand bringt positive Begleiterscheinungen mit sich, denn somit wird keine Personengruppe exkludiert. Des Weiteren wird die Musikgruppe nicht auf das Merkmal „psychische Erkrankung“ reduziert. Es wird auf Diversität und Inklusion gesetzt (vgl. S2 2019:105-106).

Die Mitglieder der Band treten mehrmals im Jahr auf, beispielsweise auf Festen des Stadtteils. Aus den Interviews geht hervor, dass beim Band Café nicht die Erkrankungen, an denen Teilnehmer*innen leiden, im Vordergrund stehen, sondern die Musik (vgl. S2 2019:Z106-110; B1 2019:Z115). Diese, und nicht die Einschränkungen oder Einschnitte der Partizipant*innen, ist das verbindende Element der Gruppe. Bei Auftritten der Band werden die Erkrankungen nicht thematisiert. So geht es nicht vordringlich um Bewusstseinsbildung der Zuseher*innen, sondern darum aufzuzeigen, dass es sich um „normale“ Menschen handelt, die beim Band Café partizipieren. Ziel ist es, Vorurteile, die beispielsweise Personen gegenüber Nutzer*innen der PVE verfügen, aus dem Weg zu räumen. Außerdem soll das Projekt aufzeigen, dass die Mitglieder der Band lediglich ihr Talent zum Musizieren unter Beweis stellen möchten und niemand sind, vor denen man Furcht haben oder soziale Distanz halten muss. Es ist bedeutsam, dass die Zuseher*innen erkennen, dass jedes Band-Mitglied ein Individuum ist, das nicht durch seine Problemlagen oder (psychischen) Erkrankungen definiert wird. So soll zum Beispiel vermittelt werden, dass von einer Person, die an Schizophrenie erkrankt ist, eben keine Gefahr ausgeht.

Leute, die selbst nicht an der PVE angebunden sind, können trotzdem am Band Café teilhaben und sich eine eigene Meinung bilden oder in Dialog mit Menschen mit seelischer Erkrankung treten. Eine Erkenntnis aus den Interviews und der teilnehmenden Beobachtung ist allerdings, dass diese Möglichkeit nicht oft wahrgenommen wird. Selbst Angehörige nehmen eher selten an den Treffen teil. (vgl. B3 2019Z:22-24).

Einer von meinen Söhnen war guade zehn Minuten da, weil er in der Gegend war, aber konkret da gwesn is kaner [...] So a Regelmäßigkeit is des bei allen drei Kindern net. (ebd.)

Aus einem Interview geht hervor, dass es Leuten schwer fällt, den Raum der PVE zu betreten, da diese als solche gekennzeichnet ist und deshalb mit einem gewissen Stigma behaftet ist (vgl. B3 2019:Z158-162). Um dieses Problem zu bekämpfen, wäre es sinnvoll auf Information und Bewusstseinsbildung zu setzen. Dies kann in Form von Flyern, Broschüren oder Einladungen geschehen. Leute müssen aktiv, zum Beispiel in Schulen des Stadtteils, dazu animiert werden, beim Mittagstisch oder Band Café teilzunehmen und somit in Kontakt mit Betroffenen zu treten. Die regelmäßigen Treffen bieten möglicherweise mehr Raum offene Fragen, Vorurteile oder Berührungsängste anzusprechen und zu klären, als die Auftritte der Band.

5.3.2 Maßnahmen gegen die Auswirkungen der Stigmatisierung

Aus den Befragungen und der Beobachtung geht hervor, dass der Mittagstisch und das Band Café den Fokus eher auf Konsequenzen der Etikettierung legen, als auf Präventivmaßnahmen gegen die strukturelle Stigmatisierung, wie beispielsweise Bewusstseinsbildung. Die nachfolgend präsentierten Maßnahmen beziehen sich auf die Auswirkungen der Stigmatisierung, zum Beispiel sozialen Rückzug und Selbststigmatisierung.

Empowerment

Es kann festgemacht werden, dass „Empowerment“ einen wichtigen Schlüsselbegriff für die Maßnahmen gegen die Auswirkungen der Stigmatisierung darstellt. Der Ausdruck bedeutet soviel wie Selbstbefähigung oder Selbstbemächtigung, Stärkung von Eigenmacht, Autonomie und Selbstverfügung (vgl. Herriger 2010:20). Empowerment beschreibt Prozesse, bei denen Betroffenen Mut gemacht wird, die eigenen Ressourcen ausfindig zu machen und diese zu stärken. Dies geschieht vor allem in Situationen des Ressourcenmangels. Eine psychische Erkrankung kann einen Einschnitt der Ressourcen bedeuten und die Stigmatisierung kann eine zusätzliche Belastung darstellen (vgl. S2 2019:Z239-241). Empowerment soll dazu beitragen, dass Betroffene ihr Leben wieder selbst in die Hand nehmen können und ihre Ressourcen sammeln, um ein autonomes Leben zu führen (vgl. Herriger 2010:20).

Und des gibt ma sehr vü, also i hab auch schon zwei Lieder g'schrieben für die Band. Und bin gern da. Und unter anderm, dass ma si untereinander austauscht: „So des hob i so gmocht und vielleicht probierst des amoi und so.“ Des is schon untereinander a klasses Helfen. (B2 2019:Z97-100)

Anhand der Interviews konnte festgestellt werden, dass der Rückzug des sozialen Umfeldes aufgrund von Stigmatisierung stattfinden kann. Bei den Treffen des Mittagstisches oder Band Cafés können neue Kontakte geknüpft werden. Dieses neu erschlossene soziale Umfeld stellt Ressourcen für Nutzer*innen der PVE dar. Die Betroffenen helfen einander oder bieten ihrem Gegenüber ein offenes Ohr.

Aus den Interviews kann entnommen werden, dass Selbststigmatisierung die Wahrnehmung und das Selbstbild stark negativ beeinflusst. Durch Empowerment der Sozialen Arbeit, aber auch durch die Gruppenmitglieder, also „Peer Group Empowerment“, kann das Selbstbild verändert und gestärkt werden. Zu sehen, dass man mit seiner Problematik, psychischen oder somatischen Erkrankungen nicht alleine ist, trägt zu einer Verbesserung des Wohlbefindens bei (vgl. B1 2019:Z51-53).

Man ist in einer Gruppe Gleichgesinnter, macht was Sinnvolles, Kreatives und jo es is a Zugehörigkeitsgefühl und a eindeutige Steigerung der Lebensqualität. (ebd.)

Außerdem kann erfasst werden, dass der Selbstwert der Partizipant*innen im Zuge des Musizierens im Band Café gestärkt wird. Aufgrund von Zurückweisung durch

Stigmatisierung, beispielsweise am Arbeitsmarkt, oft das Gefühl vermittelt zu bekommen, nicht ausreichende Kompetenzen zu haben, kann das Selbstbild und Selbstwertgefühl stark einschneiden. Das gemeinsame Musizieren mit einem professionellen Musiker kann die Anerkennung der eigenen Fähigkeiten bewirken. Diese bei Auftritten unter Beweis zu stellen und Anerkennung von Zuseher*innen zu erlangen, kann positiven Einfluss auf das Selbstbild der Band-Mitglieder erzielen. (vgl. B1 2019:Z40-44; B2 2019:Z95-102).

Gemeinwesenarbeit

Aus den Interviews geht hervor, dass die Treffen der Mittagstische und des Band Cafés in einem Stadtteil, also in einer lebensnahen Umgebung, stattfinden. Dieser Umstand hat positive Effekte für Menschen mit psychischer Erkrankung, die dadurch von Diskriminierung betroffen sind. Die Hemmschwelle an den Treffen teilzunehmen, kann dadurch deutlich verringert werden. Die Sozialarbeiterin vereinbart beispielsweise Termine mit Klient*innen bewusst an Tagen, an denen der Mittagstisch oder das Band Café stattfindet, um diesen die Teilnahme besser nahelegen zu können (vgl. S2 2019:104-106). So wurde der Zugang einiger Befragten und Nutzer*innen der Angebote durch dieses niederschwellige Angebot gelegt, beispielsweise durch Zufall bei einem Frühlingsfest, das in einer Wohnsiedlung stattgefunden hatte (vgl. B3 2019:Z95-97).

Stövesand und Stoik (2013:16) definieren das Gemeinwesen als sozialen Zusammenhang von Menschen, der über territorialem Bezug, Interessen und funktionale Zusammenhänge definiert wird. Im konkreten Beispiel heißt das, Menschen treffen einander beim Mittagstisch, um sich gemeinsam Rezepte auszudenken, zu kochen und Mittag zu essen. Treffpunkt ist ein Standort der PVE in einem Stadtteil. Beim Band Café treffen dieselben Kriterien zu, nur das verbindende Element ist in diesem Fall das Musizieren.

Die Gemeinwesenarbeit ist für Antistigma-Maßnahmen signifikant, da aus Forschungen in Hinblick auf die Evaluierungen dieser Maßnahmen hervorgegangen ist, dass diese besondere Wirksamkeit zeigen, wenn sie auf lokaler Ebene ansetzen (vgl. Gaebel et al. 2010:o.A.). Aufgrund dessen eignen sich PVE als gute und wichtige Andockstellen für Antistigma-Maßnahmen und Maßnahmen gegen die Konsequenzen der Stigmatisierung.

6 Diskussion, Verwertung und Ausblick

In diesem letzten Teil der Arbeit soll persönlichen Interpretationen der Ergebnisse Raum gegeben und auf die Beantwortung der Forschungsfragen eingegangen werden. Dies erfolgt in einer kurz zusammengefassten Gegenüberstellung der Ergebnisse der vorliegenden Forschung sowie den Erläuterungen der Interviews der ersten Bachelorarbeit. Hierbei wird Bezug von Stigmatisierungen, deren Auswirkungen und den Maßnahmen zum Drehtüreffekt hergestellt. Des Weiteren werden Empfehlungen für die Gestaltung der Ressourcenverteilung und Antistigma-Maßnahmen ausgesprochen. Die daraus

resultierenden offen gebliebenen Fragestellungen und Problematiken werden beleuchtet und ein möglicher wissenschaftlicher Ausblick in diesem Zusammenhang skizziert.

Die Wahrnehmung der Betroffenen war für diese Forschung insofern von großer Bedeutsamkeit, um Handlungskonzepte oder Maßnahmen der Sozialen Arbeit zu beleuchten, da diese an den Ursachen beziehungsweise der Ausgangslage einer Situation ansetzen. Anhand Literaturrecherche konnten drei unterschiedliche Diskriminierungsarten festgelegt werden. Diese decken sich mit den Ergebnissen, die anhand der Interviews festgemacht wurden. Um jedoch zu verdeutlichen, wie weitreichend die Einflüsse der strukturellen Stigmatisierung sind, wurden in dieser Arbeit die „Selbststigmatisierung“ und „Individuelle Stigmatisierung“ in die Kategorie der „Auswirkungen“ eingegliedert. Aus meiner Interpretation geht hervor, dass die Selbststigmatisierung beziehungsweise die individuelle Stigmatisierung in dieser Form nicht bestehen würden, gäbe es keine in den Strukturen verankerte Diskriminierungsart. Würden Menschen nicht aufgrund von Sozialisation lernen, dass man wegen einer seelischen Erkrankung in verschiedenen Lebenslagen benachteiligt oder exkludiert wird, dann würden Auswirkungen in dieser Bandbreite nicht stattfinden.

Diese Erkenntnisse sind für die Soziale Arbeit insofern von hoher Bedeutsamkeit, da sie aufzeigen, welche weitreichenden Folgen die „strukturelle Stigmatisierung“ mit sich zieht und wie wichtig es ist, bereits hier mit Antistigma-Maßnahmen präventiv anzusetzen. Diese spezielle Form der Diskriminierung ist die Wurzel weiterer Diskriminierungsarten und weitreichender Konsequenzen, wie beispielsweise des Drehtüreffekts.

Ob man die individuelle oder Selbststigmatisierung nun als Konsequenz der strukturellen Diskriminierung betrachten möchte oder als für sich stehende Diskriminierungsarten, ändert nichts an den Auswirkungen, die alle drei Formen der wahrgenommenen Stigmatisierungen mit sich ziehen – die Exklusion aus wichtigen Lebenslagen. Dies kann durch die soziale Distanzierung des Umfeldes geschehen, durch Rückzug seitens der Betroffenen oder durch ungleiche politische Ressourcenverteilung. Stigma bedeutet einen Einschnitt der Ressourcen der Betroffenen. Beispielsweise eine Verringerung des Selbstwertgefühls, Rückzug des sozialen Umfeldes oder die Problematik Leistungen nicht beanspruchen zu können. All diese Einschnitte stellen eine starke Zusatzbelastung für Menschen mit psychischer Erkrankung dar. Dieser Umstand wird aus diesem Grund als „die zweite Krankheit“ bezeichnet. Aus den Ergebnissen kann festgemacht werden, dass die Stigmatisierung zu einer Einschränkung der Ressourcen führt. Dadurch kann eine Beeinflussung des Krankheitsverlaufes herbeigeführt werden. In Hinblick auf die Forschungsfrage hat sich der Faktor der Verschlechterung des Krankheitsverlaufes herauskristallisiert, der Einfluss auf den Drehtüreffekt haben kann. Aufgrund der Einschränkung der Mittel von Menschen mit psychischer Erkrankung kann versucht werden, nicht gegebene Ressourcen mit Hilfe des Gesundheitssystems abzudecken. Schlägt dieser Versuch fehl, da keine adäquate Hilfeleistung geboten wird, kann der Prozess des Drehtüreffektes entstehen.

Ein Einschnitt der Ressourcen, der anhand der Interviews festgemacht werden konnte, war die Verteilung der finanziellen Mittel auf politischer Ebene. Diese ungleiche Ressourcenverteilung ist Teil der strukturellen Stigmatisierung. Dieser Umstand wurde von

den Betroffenen sowie den Professionist*innen wahrgenommen. Beispielsweise werden Sozialarbeiter*innen nicht mehr beim Mittagstisch eingesetzt, beim Band Café lediglich alle zwei Wochen, obwohl dies zu Beginn jede Woche stattgefunden hatte. Diese Kürzungen werden von Betroffenen deutlich wahrgenommen. Ängste, dass die Treffen gestrichen werden, entstehen und weisen wiederum eine Zusatzbelastung auf. Wenn die Basis der finanziellen Mittel nicht gelegt ist, leiden die zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen der Sozialarbeiter*innen darunter. Diese Belastungen können für Menschen mit psychischer Erkrankung wiederum negative Konsequenzen nach sich ziehen. Konsumierte Ressourcen, die wieder eingeschränkt werden, können auf den Genesungsverlauf Einfluss nehmen. Daraus resultiert sozialer Rückzug und eine neue Suche nach adäquater Hilfeleistung im Gesundheitssystem. Nicht nur aus diesem Grund müsste die Soziale Arbeit bereits hier ansetzen. In Kapitel 3.4 wurde erwähnt, dass Sozialarbeiter*innen sich mit dem Ethikkodex dazu verpflichtet haben ungerechte politische Entscheidungen aufzuzeigen oder sich dagegen zu wehren. Dieser Umstand verdeutlicht, wie bereits oben skizziert wurde, dass es von besonders hoher Priorität ist, bei der gesamten strukturellen Stigmatisierung anzusetzen, da diese das „Grundgerüst“ vieler weitreichender negativer Auswirkungen darstellt.

In dieser Arbeit wurde besonderes Augenmerk auf Antistigma-Maßnahmen der Sozialen Arbeit im Zuge der beforschten Felder gelegt. Deshalb wurde bei der Datenauswertung und der anschließenden Präsentation der Ergebnisse besonderer Fokus auf die Handlungskonzepte, also den Mittagstisch und das Band Café, genommen, da aus den Interviews ebenso sozialarbeiterische Interventionsformen festgemacht werden konnten, die nicht im Zuge des Mittagstisches oder Band Cafés angewandt werden.

Ein prägnantes Ergebnis dieser Forschung war die Wahrnehmung der Befragten der von mir angesprochenen Antistigma-Handlungskonzepte, also des Mittagstisches und des Band Cafés. Arbeit gegen die Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung sollte bereits an der Wurzel der Ursache ansetzen. Zweifellos ist es immens wichtig die Symptome der Stigmatisierung zu lindern, solange diese noch immer in den Strukturen unserer Gesellschaft verankert sind. Nichtsdestotrotz kristallisiert sich aus der Ergebnissen heraus, dass die beforschten Antistigma-Maßnahmen Fokus auf den Umgang mit Auswirkungen der Stigmatisierung legen.

Ein weiterer wichtiger Faktor für diese Forschung ist die Arbeit der Antistigma-Maßnahmen in der PVE. Bereits in den Interviews der ersten Bachelorarbeit wurde festgestellt, dass ein dezentrales Angebot wichtig ist, um dem Drehtüreffekt auf stationärer Ebene entgegenzuwirken (vgl. Mikats 2018). Die PVE haben große Relevanz für Antidiskriminierungsarbeit, da sie niederschwellig sind, auf ambulanter Ebene arbeiten, unterschiedliche Handlungsfelder abdecken und somit eine große Zielgruppe erreichen. Die sich wiederholenden stationären Aufenthalte, beispielsweise in der Psychiatrie, können eine Belastung für Betroffene darstellen. Aufgrund dessen ist es wichtig, auf ambulante Angebote, wie PVE, zu setzen und dieses weiter auszubauen. Hier kann im Zuge der Antistigma-Maßnahmen gearbeitet werden, um Menschen, die betroffen sind, zu unterstützen. Wie bei der Relevanz des Themenbereiches ausgeführt wurde, wäre die Schwerpunktverlagerung

des stationären Angebotes auf ein ambulantes, lebensweltorientiertes nicht nur aus Klient*innensicht von Vorteil, sondern ebenso aus ökonomischer. Die Kosten für einen stationären Endtag betragen 856 Euro in Österreich, und trotzdem leiden diese Maßnahmen unter den Kürzungen und Einschränkungen der finanziellen Ressourcen (vgl. BMASGK 2018).

Ungerechte Ressourcenverteilung begünstigt die strukturelle Stigmatisierung. Aufgrund des resultierenden zeitlichen Mangels kann und wird auf individuelle Bedürfnisse von Menschen mit psychischer Erkrankung nicht eingegangen. Neben dieser Wechselwirkung zwischen struktureller Stigmatisierung und der Auswirkung dieser, kann festgemacht werden, dass alle Umstände, die in den Kategorien der Ergebnisdarstellung skizziert wurden in Korrelation miteinander stehen und es schwer ist, strikte Grenzen zwischen Auswirkungen und Ursachen zu ziehen.

Für mich persönlich erschließt sich dadurch die unterschiedliche Auffassung der Professionist*innen der Antistigma-Handlungskonzepte. Für mich behandeln diese überwiegend die Auswirkungen der Stigmatisierung und unterstützen die Betroffenen dabei mit diesen Einschnitten und Benachteiligungen besser umgehen zu können. Wie oben beschrieben stehen Symptome und Ursachen der Stigmatisierung in Korrelation.

Um noch einmal explizit auf die Forschungsfrage Bezug zu nehmen, kann festgestellt werden, dass der Drehtüreffekt eine Konsequenz der Stigmatisierung darstellt und die Handlungskonzepte der beforschten PVE den Fokus auf genau diese Konsequenzen und Auswirkungen der Stereotypisierung legt. Diese Angebote haben Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Nutzer*innen. Neben diesen Maßnahmen ist es immens wichtig, dass Betroffene an der PVE angebunden sind und ambulante, lebensweltorientierte Unterstützung eines multiprofessionellen Teams erfahren. In der Forschung hat sich zwar herauskristallisiert, dass es nach wie vor Handlungsbedarf für Antistigma-Maßnahmen gegen strukturelle Diskriminierung gibt, die Konzepte zur Linderung Unterstützung der Auswirkungen jedoch hohe Bedeutsamkeit tragen, solange Stigmatisierung und Diskriminierung in unserer Gesellschaft verankert ist.

Ich persönlich denke, dass diese Bachelorarbeit als Evaluationsgrundlage für die neuen PVE in Österreich herangezogen werden kann. Zwar gibt es schon eine beträchtliche Auswahl an Literatur und Forschungsarbeiten in Hinblick auf Antistigma-Arbeit für Menschen mit psychischer Erkrankung, trotzdem untermauert diese Arbeit den Umstand, dass Stigmatisierung, vor allem strukturell bedingt, nach wie vor eine Problematik darstellt. Für mich persönlich wäre es wichtig, bereits radikal an der strukturellen Diskriminierung gegen Menschen mit seelischer Erkrankung vorzugehen, da sie die Basis für weitere negative Auswirkungen bietet. Trotzdem geht hervor, dass die Unterstützung gegen die Konsequenzen der Negativetikettierung eine bedeutsame Komponente für die Nutzer*innen der Sozialen Arbeit bietet. Darum ist es wichtig, dass vorhandene Angebote bestehen bleiben, stärker ausgebaut, in die Öffentlichkeit getragen und nicht durch Kürzungen politischer Geldgeber eingeschränkt werden.

Literatur

Angermeyer, Matthias et al. (1996): Belastungen und Bedürfnisse der Angehörigen psychisch Kranker. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung bei den Mitgliedern des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker. In: Psychosoziale Umschau.

Angermeyer Matthias C et al. (2003): The stigma of mental illness. Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorders. In: Acta Psychiatr Scand.

Berger, N et al. (2004): Psychische Erkrankungen - Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Freiburg.

Berking, Matthias; Rief, Winfried (2012): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Springer Verlag. Heidelberg.

Bundestministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Konsumentenschutz (2018): STATIONÄRE KOSTEN in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten. [http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Kosten/5 T Kosten statEK.pdf](http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Kosten/5_T_Kosten_statEK.pdf) [letzter Zugriff: 14.04.2019].

Der Standard (2015): Psychische Erkrankung nach wie vor stigmatisiert. <https://derstandard.at/2000016165092/Psychische-Erkrankungen-nach-wie-vor-stigmatisiert> [letzter Zugriff: 28.04.2019].

Eikelmann, B. et al. (2005): Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker – Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

EWG (2017): Ambulante ärztliche Versorgung. Neue Primärversorgung. o. A.

Gaebel, Wolfgang et al. (2010): Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen. Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis. <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2010-03/pressemitteilung-gegen-diskriminierung-psychisch-krank-menschen.html> [letzter Zugriff: 10. Februar. 2019].

Galuske, Michael (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Beltz Juventa. 10. Auflage, Weinheim und Basel.

Grausgruber, o.A. et al. (2009): Schizophrenie hat viele Gesichter - Evaluierung der

österreichischen Anti-Stigma-Kampagne 2000-2002. <http://www.gpg-tirol.at/fileadmin/media/Veroeffentlichungen/PsychiatrischePraxisEvaluierungAntiStigmaKampagne.pdf> [letzter Zugriff: 18. Februar. 2019].

Hauschild, Jana (2013): Schwerkranke werden schlechter versorgt. In: Spiegel Online. <https://www.spiegel.de/forum/gesundheit/psychiatrie-und-psychotherapie-schwerkranke-werden-schlechter-versorgt-thread-94014-1.html> [letzter Zugriff: 20.04.2019].

Herriger, Norbert (2010): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 4. Auflage, Stuttgart.

Holzinger, Anita et al. (2003): Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophrener und depressiv Erkrankter. Georg Thieme Verlag: Stuttgart, New York.

International Federation of Social Workers and International Association of Schools of Social Work (2004): Ethics in Social Work, Statement of Principles, Bern.

Karges, Rosemarie; Lehner, Ilse (2003): Soziale Arbeit zwischen eigenem Anspruch und beruflicher Realität. Veränderung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsvollzüge. In: Dahme et al.: Soziale Arbeit für den aktivierenden Staat. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Link, o.A. et al. (2001): Conceptualizing stigma. In: Ann. Rev. Sociology, o.A.

Martino, Heliosa et al. (2012): Arbeitspapier Entstigmatisierung. Grundlagen für eine nationale Kampagne zur Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten und von Menschen mit Störungen der psychischen Gesundheit. Public Health Schweiz.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage, Weinheim u. Basel.

Mauerhofer, Natascha (2018): Gemeinsam Kochen im Stadtteil Jakomini. In: SMZ Info.

Mikats, Anna (2018): Die Bedeutung Sozialer Arbeit für an Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankte Drehtürpatient*innen. Bachelorarbeit. Fachhochschule St. Pölten. Wien.

Müller, Stephanie et al. (2009): Finanzielle Anreize zur Complianceförderung. In: Psychiatrische Praxis. 36, o.A.

Peter, Olivia et al. (2019): „Ich bin nicht die Diagnose – aber sie ist auch ein Teil von mir“ – Eine qualitative Interviewstudie zu Sichtweisen von psychisch erkrankten Menschen. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart.

Schramme, Thomas (2000): Patienten und Personen. Zum Begriff der psychischen Krankheit. Fischer Taschenbuch Verlag, o.A. Frankfurt am Main.

Troxler, Ueli; Stövesand, Sabine; Stoik, Christoph (2013): Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland – Schweiz – Österreich. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit. 4. Auflage, Opladen, Berlin und Toronto.

Wesp, Roli (2018): Wir, das Band Café. In: SMZ Info.

Daten

B1, Transkript Interview 1, erstellt von Anna Mikats, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

B2, Transkript Interview 2, erstellt von Anna Mikats, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

B3, Transkript Interview 3, erstellt von Anna Mikats, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

S1, Transkript Interview 4, erstellt von Anna Mikats, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

S2, Transkript Interview 5, erstellt von Anna Mikats, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

S1, Transkript Interview 6, erstellt von Anna Mikats, April 2018, Zeilen durchgehend nummeriert.

S2, Transkript Interview 7, erstellt von Anna Mikats, April 2018, Zeilen durchgehend nummeriert.

G1, Gedächtnisprotokoll 1, erstellt von Anna Mikats, März 2019

Abkürzungen

PVE: Primärversorgungseinrichtung(en)

Et al.: Et alii

Etc.: Ecetera

Vgl.: Vergleiche

Ebd.: Ebenda

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Anna Mikats**, geboren am 26.07.1997 in **Eisenstadt**, erkläre,

1. dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, am 26.04.2019



Unterschrift