



Stigmatisierung am Arbeitsplatz: Hat die Angabe einer klinischen Diagnose eines neuen Mitarbeiters Einfluss auf dessen Bewertung durch andere Mitarbeitende? Ergebnisse einer Vignettenstudie

Ingo Zobel, Carolin Schmidt, Jens Hirt, Karl-Florian Platt

Hochschule Fresenius, University of Applied Science Berlin

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel dieser Studie war ein Vergleich der Stigmatisierung von Personen mit Schizophrenie und von Personen mit koronarer Herzerkrankung am Arbeitsplatz. In einem Online-Experiment bewerteten N=198 Berufstätige eine Person einer Vignette mittels Skalen für Gefährlichkeit, soziale Distanz und emotionale Reaktionen. Die drei randomisierten Versuchsgruppen unterschieden sich nur durch die am Anfang der Personenbeschreibung genannte Diagnose (Schizophrenie, Koronare Herzerkrankung und ohne Diagnose). Personen mit Schizophrenie wurden signifikant gefährlicher und angsteinflößender bewertet als Personen mit koronarer Herzerkrankung. Allerdings zeigte die Kontrollgruppe ohne Diagnose in den meisten Skalen die höchsten Ausprägungen (bei Mitleid die geringste Ausprägung), die sich allerdings nur für die emotionalen Reaktionen Ärger und Mitleid von den beiden Diagnosegruppen signifikant unterschied. Ein generelles Muster der Bewertungen in Relation zur Gruppe ohne Diagnose konnte nicht festgestellt werden, so dass man nicht von Stigmatisierung bei Angabe eines Labels für eine Krankheit sprechen kann.

Schlüsselbegriffe: Stigma, Schizophrenie, koronare Herzerkrankung, Stereotype, Arbeitsplatz

1 Einleitung

Im Jahr 2017 lebten weltweit 792 Millionen Personen mit psychischer Störung, was 10.7% der Weltbevölkerung ausmacht; auch in Deutschland werden zunehmend psychiatrische Diagnosen gestellt (Ritchie & Roser, 2018). Neben den Herausforderungen aufgrund der jeweiligen Symptomatik und Behandlung werden Betroffene durch Stigmatisierung zusätzlich belastet (Hatzenbuehler et al., 2013). Stigmatisierung und die damit verbundene Diskriminierung stellen besondere Hindernisse für die Beschäftigung von Personen mit psychischen Störungen im beruflichen Kontext dar (Kilian & Becker, 2007). Somit wird diese Thematik zunehmend wichtiger für Unternehmen, wenn es beispielsweise um die Verringerung von Arbeitsunfähigkeitstagen oder um die Einstellung von Personal geht.

Im Vergleich zu psychischen Störungen werden Personen mit körperlichen Krankheiten tendenziell weniger mit Stigmata konfrontiert (Kendell, 2001; Lee et al., 2005). Dennoch ist festzuhalten, dass es bislang keine weitreichenden Studien in Bezug auf den direkten Vergleich der Stigmatisierung von psychischen Störungen und physischen Krankheiten gibt. Wie Egger (2015) darstellt, entstammt die Dichotomisierung von körperlicher versus psychische Erkrankung dem bisher dominierenden biomedizinischen Krankheitsmodell, welches den „Mensch als komplexe Maschine“ versteht. Dieses Modell wurde durch den biopsychosozialen Ansatz erweitert, so dass bei jedem Krankheitsprozess psycho-soziale Faktoren als potenzielle

Einflussgrößen zu kalkulieren sind. Entsprechend schlussfolgerte Egger (2015), dass „jedes Ereignis oder jeder Prozess, der an der Ätiologie, der Pathogenese, der symptomatischen Manifestation und der Behandlung von Störungen beteiligt ist, folgerichtig nicht entweder biologisch oder psychologisch ist, sondern sowohl biologisch als auch psychologisch“ (S. 60). Allerdings hält Egger (2015) auch fest, dass dieses biopsychosoziale Modell, das in Relation zu seiner Bedeutung für die Medizin außerhalb der psychologischen Fächer nach wie vor eher unbekannt ist. Aus diesem Grund wird die oben benannte Dichotomisierung im Sinne des Untersuchungsdesigns unserer Studie und der wahrscheinlichen Wahrnehmung von Etikettierung aus Laiensicht beibehalten.

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Stigmatisierung von psychischen Störungen und physischen Krankheiten im Arbeitskontext zu vergleichen. Um psychische Störungen abzubilden, wurde die Diagnose „Schizophrenie“ gewählt, da sie zu den Störungen zählt, welche am meisten stigmatisiert werden (Angermeyer & Dietrich, 2006). Als körperliche Krankheit wurde die koronare Herzerkrankung (KHK) gewählt, da sie wie Schizophrenie einen chronischen Verlauf nehmen kann, nicht auf den ersten Blick sichtbar ist und den Alltag der Betroffenen einschränken kann (Bundesärztekammer, 2019).

2 Formen und Prozess der Stigmatisierung

Es gibt zwei Formen der Stigmatisierung. Vom öffentlichen Stigma wird gesprochen, wenn die Öffentlichkeit, wie

beispielsweise Arbeitgebende oder Vermietende, negative Bilder gegenüber einer Gruppe entwickelt haben (Corrigan, 2004). Eine andere Form der Stigmatisierung ist die Selbststigmatisierung. Hierbei richten die Betroffenen die Stigmatisierung gegen sich selbst und sind davon überzeugt, dass sie weniger vom Umfeld geschätzt werden (Link, 1987). Somit sind Selbstwert und Selbstbewusstsein stark beeinträchtigt, da die Betroffenen wahrnehmen, sozial nicht akzeptiert zu werden (Vogel et al., 2013).

Link und Phelan (2001) analysierten die einzelnen Schritte der Stigmatisierung. Auffällige Merkmale oder Eigenschaften werden als Labels überbetont und schaffen vermeintlich große Unterschiede zwischen Personengruppen. Hinweisreize, die auf eine bestimmte Personengruppe verweisen, sind nach Schumacher et al. (2003) offen sichtbar. Bei psychischen Störungen sind diese Hinweise meist verdeckt und werden nicht auf den ersten Blick erkannt. Ein Etikettieren kann aktiviert werden, wenn jemand das Umfeld der erkrankten Person informiert oder indem durch bestimmte Verhaltensweisen dieser Person Assoziationen hervorgerufen werden (Corrigan, 2004). Neben bizarrem Verhalten können auch schwache soziale Kompetenzen vom Umfeld wahrgenommen werden, sodass das Umfeld schlussfolgert, dass das Gegenüber an einer psychischen Störung leidet (Schumacher, Corrigan & Dejong, 2003). Sobald das Umfeld negative Eigenschaften mit der betrachteten Person verbindet, entstehen nach Angermeyer und Dietrich (2006) negative Stereotype. Stereotype, welche bestätigt werden und negative Emotionen wie Furcht, Abscheu oder Ärger beim Umfeld auslösen, werden zu Vorurteilen (Krueger, 1996; Schomerus & Angermeyer, 2011). Vorurteile stellen eine abwertende oder feindselige Haltung gegenüber einer Person dar (Allport, 1954), die lediglich aufgrund der Zugehörigkeit der betrachteten Person zu einem bestimmten Personenkreis generiert wird mit der Annahme, dass die Person alle verwerflichen Eigenschaften dieser Gruppe besitzt. Folgen den Vorurteilen Taten, wird von Diskriminierung gesprochen (Thornicroft et al., 2007). Wenn beispielsweise Ärger ausgelöst wird, kann dies zu feindseligem Verhalten (Weiner, 1995) oder zur Isolation durch das Umfeld führen (Corrigan & Watson, 2002), was einer ungerechten Behandlung gleichkommt (Stuber et al., 2008).

3 Stigmatisierung von körperlichen Krankheiten

Zu körperlichen Krankheiten, die mit negativen Stigmata verbunden sind, zählen unter anderem Epilepsie, HIV/Aids und COPD (chronic obstructive pulmonary disease). So werden beispielsweise Patienten mit Epilepsie durch den Verlust der Kontrolle und ihrer Krampfanfälle als etwas Primitives betitelt; sie repräsentieren menschliche Schwäche und Unvorhersehbarkeit, sodass sie als besonders gefährlich angesehen werden (Jacboy et al., 2005). Aus Angst vor Stigmatisierung trauen sich einige Patienten mit Epilepsie nicht ohne Begleitung aus dem Haus (de Boer et al., 2008). Somit sind Lebensqualität und soziale Unterstützung eingeschränkt und ein geringeres finanzielles Einkommen im Vergleich zu anderen chronischen Krankheiten zu verzeichnen (Wiebe et al., 1999).

An HIV/ AIDS Erkrankte werden oft als unmoralisch oder gefährlich beschrieben (Lowther et al., 2014), da ihnen

vorgeworfen wird, Drogen zu konsumieren, mit mehreren Personen Sex zu haben und dieser auch noch gleichgeschlechtlich ist (Than et al., 2019). Dieses Bild kann negative Auswirkungen auf die Prävention, Diagnostik und Behandlung von HIV/AIDS haben (Parker & Aggleton, 2003). Ebenfalls richten die Betroffenen die Stigmatisierung gegen die eigene Person, sodass dies für das psychische und körperliche Wohlergehen schädlich ist (Kalichman et al., 2009).

COPD-Erkrankte werden mit Stigmata aufgrund sichtbarer Auswirkungen der Krankheit belastet (Johnson, et al., 2007), wie beispielsweise die Nutzung von zusätzlichem Sauerstoff, erschwertes Atmen oder starker Husten (Berger et al., 2011). Durch Angst vor Ansteckung kann das Umfeld abweisend reagieren. Da die Krankheit überwiegend durch jahrelanges starkes Rauchen entsteht, die Erkrankten also ihre Situation selbst verursacht haben, wird oft wenig Mitgefühl gegenüber den Erkrankten gezeigt (Berger et al., 2011).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es einige physische, mitunter chronische Krankheiten gibt, die mit negativen Stereotypen assoziiert werden und sich durch Diskriminierung negativ auf die Erkrankten auswirken können.

Zur Stigmatisierung von Erkrankten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) gibt - unseres Wissens nach - keine Studien. Man könnte annehmen, dass hierbei keine Stigmatisierung vorliegt, da beispielsweise Familienangehörige der Erkrankten zuvorkommend handeln, teilweise sogar überfürsorglich (Dalteg et al., 2011). Andererseits sind negative Auswirkungen unter anderem im Arbeitsbereich zu verzeichnen. Durch die Erkrankung und die damit einhergehende körperliche Schwäche und psychische Belastung sind viele Erkrankte für lange Zeit nicht arbeitsfähig (Hegewald et al., 2019). Auch können die Arbeitsbedingungen am Arbeitsplatz die Rückkehr erschweren, sodass Änderungen bezüglich der Arbeitszeit oder -aufgaben vorgenommen werden müssen (Hegewald et al., 2019). Bei einer koronaren Herzerkrankung handelt es sich um eine Atherosklerose, also eine Arterienverkalkung der Herzkranzarterien. Durch die Verkalkung kommt es zu Durchblutungsstörungen des Herzmuskels. Nach der Bundesärztekammer (2019) birgt die KHK ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Je nach Schwere der Krankheit müssen die Patienten in ihrem Alltag mit Einschränkungen rechnen: So können die Betroffenen unter Atemnot bei normaler körperlicher Belastung leiden sowie ein Schwere- oder Engegefühl in der Brustregion verspüren. Koronare Herzerkrankungen können einen chronischen Verlauf einnehmen und somit die Lebensqualität stark einschränken. Es gibt jedoch auch Erkrankte, welche keine oder kaum Symptome aufweisen (Bundesärztekammer, 2019).

4 Stigmatisierung von psychischen Störungen mit Fokus auf Schizophrenie

4.1 Die Diagnose Schizophrenie

Schizophrenie ist eine schwerwiegende psychische Störung, die häufig in der späten Adoleszenz bis ins frühe Erwachsenenalter das erste Mal auftritt (WHO, 2001). Es

handelt sich nach dem ICD-10 nach Dilling und Freyberger (2019) um eine Störung der Wahrnehmung und des Denkens sowie von inadäquaten oder verflachten Affekten. Betroffene können Symptome zeigen, wie beispielsweise Wahnvorstellungen und Halluzinationen verschiedenster Sinnesmodalitäten, aber auch Apathie und Einschränkungen des Sprechens. Die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht eingeschränkt.

In Deutschland wurden im Jahr 2017 circa 0.25% der Bevölkerung mit der psychischen Störung Schizophrenie diagnostiziert (Ritchie & Roser, 2018). Der Anteil der Erkrankten, die lediglich eine psychotische Episode erleben und danach somit vollständig psychisch genesen sind, liegt bei 20 bis 25% (Gaebel & Wölwer, 2010). Der restliche Anteil kann mehrere Episoden erleben, wobei zwischen den Episoden vollständige Remissionen beobachtet werden können. Die Betroffenen können bei Remission symptomfrei sein; sie können aber auch kognitive und soziale Beeinträchtigungen durch Restsymptomatik erleiden (Gaebel & Wölwer, 2010).

4.2 Das Bild von psychischen Störungen in der Öffentlichkeit und Konsequenzen für die Betroffenen

Ein Großteil der Allgemeinbevölkerung ist nicht in der Lage, psychische Störungen richtig zu erkennen oder psychiatrische Fachbegriffe korrekt zu verstehen (Jorm et al., 1997; Pavelko & Myrick, 2016). Schizophrenie wird beispielsweise mit „gespaltene Persönlichkeit“ im Sinne der dissoziativen Identitätsstörung falsch definiert (Angermeyer & Matschinger, 1999) oder es wird als Ursache eine Gehirnerkrankung angenommen (Pescosolido et al., 2013). Vor allem Personen mit der Diagnose Schizophrenie (oder Alkoholabhängigkeit) werden als besonders unberechenbar/unvorhersehbar und gefährlich/gewalttätig angesehen, was eine soziale Distanzierung zur Folge hat (Angermeyer & Dietrich, 2006; Schomerus et al., 2016). Dies kann beispielsweise erklären, warum Befragte sich seltener vorstellen können, an Schizophrenie Erkrankte eine Wohnung zu vermieten oder sie dem Freundeskreis vorzustellen (Angermeyer et al., 2013).

An sich ist prosoziales Verhalten (Mitleid gegenüber den Betroffenen empfinden oder den Wunsch verspüren, helfen zu wollen) die häufigste Reaktion des Umfeldes, vor allem gegenüber Erkrankten mit Depression (Angermeyer & Dietrich, 2006). Die zweithäufigste Reaktion ist jedoch Angst, ein unbestimmtes unbehagliches Gefühl und Ungewissheit (vor allem bezüglich schizophrener Erkrankten), was zur Folge hat, dass die Betroffenen sozial abgelehnt werden (Angermeyer & Dietrich, 2006) und/oder mit verletzenden oder beleidigenden Kommentaren über psychische Störungen konfrontiert werden (Wahl, 1999).

Wichtig ist festzuhalten, dass die Stigmatisierung in Bezug auf verschiedene psychische Störungen unterschiedlich ausgeprägt sein kann (Schomerus & Angermeyer, 2011). Zudem muss nach Corrigan und Watson (2007) berücksichtigt werden, dass eine höhere Bildung des Umfeldes mit weniger Stigmatisierung einhergeht.

Negative Auswirkungen aufgrund der Stigmatisierung können auch im Bereich der Beschäftigung beobachtet werden (Gureje et al., 2002). Die Arbeit ist eine wichtige Komponente im Leben, denn sie kann Sinn, eine Aufgabe und Routine darstellen, sowie eine Möglichkeit sich zu entwickeln, zu lernen und Erfolge zu erleben (Rüsch et al., 2021). In einer Studie von Wahl (1999) gaben circa ein Viertel der Probanden an, dass Vorgesetzte gar nicht bis selten unterstützend oder zuvorkommend reagiert hätten, nachdem sie von der Diagnose der Probanden gehört hatten. Hiermit übereinstimmend konnte belegt werden, dass Arbeitgebende mit geringerer Wahrscheinlichkeit Erkrankte mit einer psychiatrischen Diagnose einstellen (Stuart, 2006a). Der eher allgemeine Befund wurde auch auf Berufsgruppen spezifiziert, wie beispielsweise aus den Bereichen Kinderbetreuung und Schulen (Pescosolido et al., 2013). Schizophrene Erkrankte wiesen in einer Studie von Gurejye et al. (2002) die niedrigste Beschäftigungsrate in einem Vergleich zwischen Gruppen mit anderen psychischen Störungen auf (so sind sieben von zehn Betroffenen arbeitslos). Auch eine aktuellere Übersichtsarbeit von Bouwmans et al. (2015) nennt eine Arbeitslosenquote unter an Schizophrenie erkrankten Personen in Westeuropa von immer noch 57% (in Deutschland bei 53%). Hinzu kommt, dass sich Befragte weniger vorstellen können, schizophrene Erkrankte für eine Arbeitsstelle vorzuschlagen oder überhaupt mit ihnen zusammenzuarbeiten (Angermeyer et al., 2013). Sobald jemand als psychisch krank betitelt wurde, hat dies zusätzlich negative Auswirkungen auf die Höhe der Bezahlung (Overton & Medina, 2008).

Es lässt sich feststellen, dass das öffentliche Interesse gegenüber psychiatrischen Diagnosen wie Depressionen, Angst- und Essstörungen wächst. Gegenüber Schizophrenie bleibt das negative Bild samt negativer Stereotype jedoch bestehen bzw. verstärkt es sich sogar (Angermeyer et al., 2013).

5 Stigmatisierung von psychischen Störungen im Vergleich zu physischen Krankheiten

Zum direkten Vergleich zwischen psychischen und physischen Erkrankungen bezüglich Stigmatisierung wurde bisher nur wenig geforscht. So fanden Weiner et al. (1988), dass die Attribution eine große Rolle für die Reaktion der Gesellschaft auf Betroffene spielt, besonders die wahrgenommene Kontrollierbarkeit und Stabilität. Sie zeigten, dass körperliche Krankheiten von Beginn an als unkontrollierbar beurteilt werden und Mitgefühl, Hilfsbereitschaft auslösen, nicht aber Ärger. Zudem wurden körperliche Krankheiten als stabil und irreversibel beurteilt. Psychische Störungen hingegen wurden als kontrollierbar, instabil oder reversibel bewertet. Somit ist das Umfeld der Meinung, dass an psychischen Störungen Leidende selbst schuld und verantwortlich für ihr Leiden seien. Entsprechend wird den Betroffenen gegenüber wenig Mitgefühl gezeigt, jedoch mehr Ärger und Ablehnung.

Hiermit übereinstimmend konnte festgestellt werden, dass der Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber psychisch Kranken deutlich höher ist als gegenüber körperlich Erkrankten mit Krebs, Diabetes oder Rheuma (Schomerus et al., 2006). Zudem werden psychisch Kranke als weniger

menschlich, dafür aber als gefährlicher und bedrohlicher bewertet (Martinez et al., 2011) und werden seltener angestellt (Bricout und Bentley, 2000).

In einer Studie von Lai et al. (2001) berichteten 73% der befragten schizophran Erkrankten von Herausforderungen, eine Arbeitsstelle zu finden. Des Weiteren gaben 41% der Erkrankten an, weniger an sich selbst zu glauben. 47% schämten sich für ihre Diagnose und 51% gingen davon aus, dass Familie und Nachbarn sich distanzieren würden, wenn sie von der Diagnose erfahren würden. Im Vergleich hierzu hatte kein Patient mit kardialer Erkrankung soziale Ablehnung erfahren. Einige erhielten stattdessen positive Rückmeldungen vom Umfeld, wie beispielsweise Gensungswünsche. Ebenfalls hatte das Selbstbewusstsein nicht unter der Diagnose gelitten. Lediglich 20% der Herzkrankten empfanden, dass die Krankheit ungünstige Auswirkungen auf ihr Angestelltenverhältnis haben könnte. Demgegenüber haben 80% angegeben, dass ihr Arbeitgeber zuvorkommend reagiert und das Arbeitspensum angepasst hat (Lai et al., 2001).

Da bisher nur wenige Forschungserkenntnisse über den Vergleich der Stigmatisierung von psychischen und physischen Krankheiten vorliegen, nimmt die vorliegende Studie diese Thematik auf und setzt einen Fokus auf das potenzielle Arbeitsumfeld der Betroffenen. Wie im Forschungsüberblick dargestellt wurde, ist gerade der Arbeitsplatz ein Lebensbereich, an dem sich die Herausforderungen für Betroffene zeigen lassen. Zudem ist dieser Aspekt aus Sicht des Human Resource Management von hoher Relevanz, lassen sich daraus doch Rückschlüsse auf beispielsweise Potenzialentfaltung, Arbeitsatmosphäre und damit für eine Anpassungen des Arbeitsumfeldes ziehen. Ziel dieser Studie ist zu ermitteln, ob sich die Bewertung von Erkrankten durch Mitarbeitende in diesem Kontext unterscheidet. Ausgehend von den Ergebnissen des Literaturüberblicks wird angenommen, dass Personen mit Schizophrenie (=SCH-G) in Vignetten aus dem Arbeitsumfeld negativer bewertet werden bezüglich empfundener Gefahr, sozialer Distanz und emotionaler Reaktion als Personen mit Koronarer Herzkrankung (=KHK-G).

Zudem wurde durch eine Kontrollgruppe eine Person ohne Diagnose (=KG) bewertet, um einen Basiswert zu generieren, mit dem die beiden Diagnose-Gruppen verglichen werden können. So kann geprüft werden, ob eine Stigmatisierung vorliegt. Ausgehend von den vorgestellten Studien wird davon ausgegangen, dass die KG im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen in den abhängigen Variablen positiver bewertet wird.

6 Methodik

In dieser experimentellen Online-Studie wurden die Versuchspersonen auf eine von drei Vignetten mit Personenbeschreibungen randomisiert. Aufgabe nach dem Lesen dieser Vignetten war es, Angaben zur sozialen Distanz, zur emotionalen Reaktion der Probanden auf die beschriebene Person und zur wahrgenommenen Gefährlichkeit zu geben. Die Vignetten, Skalen und die Studiendurchführung werden im Folgenden dargestellt.

6.1 Vignetten

Die Vignetten-Methode stellt ein Szenario auf konkrete, kontextspezifische und standardisierte Weise dar und wird daher oft als valideres und zuverlässigeres Maß für die Wahrnehmung von Versuchspersonen angesehen als alternative Methoden der Datenerhebung wie Fragebögen oder Interviews (Torres, 2009). Für die Formulierung der Vignettentexte richteten wir uns nach den Vorlagen von Stewart et al. (2008), die schon in vielen anderen Studien Verwendung gefunden haben. Der einzige Unterschied zwischen den Versuchsgruppen bestand darin, dass bei SCH-G und KHK-G die Diagnose am Anfang der Personenbeschreibung benannt wurde, die KG aber nur die Personenbeschreibung erhielt ohne Angabe einer Diagnose. In **Abbildung 1** sind die Instruktion sowie die Personenbeschreibungen der einzelnen Versuchsgruppen dargestellt.

Schizophrenie	Koronare Herzkrankung	ohne Diagnose
<i>Bitte lesen Sie aufmerksam den folgenden Text über einen 22-jährigen Mann, Jim Johnson, der ab morgen in Ihre Abteilung versetzt wird. Im späteren Verlauf der Studie wird eine Frage über Jim Johnson gestellt.</i>		
<i>Vor etwa 2 Jahren wurde bei Jim die Diagnose Schizophrenie gestellt.</i>	<i>Vor etwa 2 Jahren wurde bei Jim die Diagnose koronare Herzkrankung, eine chronische Erkrankung wobei die Herzkranzgefäße durch Arteriosklerose verkalkt und verengt sind, gestellt.</i>	
<i>Nachdem er behandelt wurde, scheint er sich nun erholt zu haben und es geht ihm ziemlich gut.</i>		
<i>Jim ist adrett und gut gepflegt. Er hat jetzt einen Teilzeitjob, der ihm 20 000 € brutto im Jahr einbringt. Er versteht sich gut mit seinen Kollegen, macht die üblichen Kaffee- und Mittagspausen und kümmert sich den Rest des Arbeitstages um seine Arbeit. Jim überprüft seine Arbeit sorgfältig und schließt jede Aufgabe ab, bevor er zur nächsten übergeht. Dadurch wird Jim vielleicht ein wenig langsamer, aber er wird nie für die Qualität seiner Arbeit kritisiert. In sozialer Hinsicht ist Jim daran interessiert, Menschen aus der Umgebung zu treffen und sich mit ihnen zu verabreden, und er erwägt, einer lokalen Organisation beizutreten, um sie kennen zu lernen. Jim hat außerdem den Ehrgeiz, einen verantwortungsvolleren und besser bezahlten Job zu bekommen.</i>		

Abb. 1: Instruktion und Vignettentext für die einzelnen Versuchsgruppen

Die Vignetten enthielten keine Beschreibungen symptomatischer Verhaltensweisen, da die Auswirkungen des Etiketts "Schizophrenie" bzw. „Koronare Herzkrankung“ untersucht werden sollten. Zudem scheint es im Arbeitskontext realitätsnäher, wenn zwar ein Etikett benannt, aber nicht mit Symptomen erweitert wird.

6.2 Messinstrumente

Zur Erhebung der sozialen Distanz wurde die **Social-Distance-Scale** (Link, 1987) verwendet. Hiermit wird mittels 7 Items die Bereitschaft der Probanden abgefragt, mit der Zielperson in verschiedenen Situationen und Beziehungsformen zu interagieren (z.B. *Würden Sie mit jemandem wie Jim Johnson nach der Arbeit etwas trinken gehen?*). Dies erfolgt anhand einer vierstufigen Bereitschaftsskala (1 = definitiv gewillt, 2 = wahrscheinlich gewillt, 3 = wahrscheinlich nicht gewillt, 4= definitiv nicht gewillt). Die Itemwerte wurden anschließend gemittelt, um ein zusammengesetztes soziales Distanzmaß zu bilden, das von eins bis vier variieren kann und mit höheren Werten mit einem erhöhten Wunsch nach Distanzierung einhergeht. Nach Link et al. (1987) weist die Social-Distance-Scale eine gute interne Konsistenz auf (Cronbach's $\alpha = .92$).

Anhand der zweiten Skala wurde die **emotionale Reaktion** der Versuchspersonen gemessen. Studien konnten belegen, dass nach hauptsächlich drei Arten von emotionalen Reaktionen gegenüber psychisch Erkrankten differenziert werden kann (Angermeyer & Matschinger, 2003). Zu den Emotionen gehören Angst (Beispielitem: *Er macht mir Angst.*), Wut/Ärger (*Ich reagiere wütend.*) und Mitleid (*Ich habe das Bedürfnis, ihm zu helfen.*), welche anhand von jeweils drei Items pro Emotion gemessen werden (Angermeyer & Matschinger, 2003). Die Versuchspersonen beantworteten diese neun Items anhand einer sechsstufigen Likert-Skala von "stimme voll und ganz zu" bis "stimme überhaupt nicht zu". Vor Bildung der Mittelwerte wurden die Itemwerte pro Subskala falls nötig umgepolt, so dass hohe Werte jeweils die Tendenz mit Angst, Mitleid oder Ärger zu reagieren, repräsentieren. Die interne Konsistenz der drei Skalen beschreiben Angermeyer und Matschinger (2003) als gut (Cronbach's α für Angst .79, für Mitleid .74 und für Ärger .77).

Wie im theoretischen Hintergrund beschrieben, kann als Reaktion auf das Stigma psychischer Störungen eine Einstufung der Betroffenen als gefährlich erfolgen. Somit wurde im Folgenden die **Dangerousness-Scale** aus der Studie von Penn et al. (1999) verwendet, bei der die Versuchspersonen die in der Vignette beschriebene Person anhand von vier Items (*Jim Johnson ist gefährlich; Jim Johnson ist unberechenbar; Man kann nicht sagen, was Jim Johnson von einem Moment zum Nächsten tun wird; Es ist gefährlich, einen Moment lang zu vergessen, dass Jim Johnson gefährlich ist*) auf einer sechsstufigen Skala von "stimme voll und ganz zu" bis "stimme überhaupt nicht zu" bewerteten. Interpretiert wird der Mittelwert über alle Items. Hohe Werte bedeuten eine hohe Ausprägung. Die interne Konsistenz der Skala wird von Penn et al. (1999) mit Cronbach's $\alpha = .77$ angegeben.

6.3 Untersuchungsablauf

Die Untersuchung wurde mithilfe des Online-Umfragetools Unipark in einem Zeitraum vom 30.04.2021 bis 23.05.2021 durchgeführt. Hierzu wurden die Versuchspersonen über Social-Media-Kanäle wie Facebook, LinkedIn und WhatsApp rekrutiert. Ebenfalls wurden die Befragten nach dem Schneeballverfahren darum gebeten, den Link zur Studie an Bekannte und Freunde weiterzuleiten.

Nach einer kurzen Begrüßung zur Studie wurde die Bearbeitungszeit von etwa zehn Minuten angegeben. Die Teilnahmevoraussetzung bestand darin, in Voll- oder Teilzeit berufstätig zu sein. Nach Datenschutzerklärung und Einverständniserklärung wurden die Teilnehmenden auf eine der drei Bedingungen (SCH-G, KHK-G und KG) randomisiert.

Im ersten Teil der Studie wurden die Versuchspersonen dazu aufgefordert, eine Vignette vom 22-jährigen Jim Johnson, der ab morgen in ihre Abteilung versetzt werden soll, aufmerksam zu lesen. Es folgte der Hinweis, dass zu einem späteren Zeitpunkt im Verlauf der Studie eine Frage über Jim gestellt werden würde. Dies diente als Kontrollfrage, um zu beobachten, ob die Versuchspersonen die Vignette aufmerksam gelesen haben.

Nach dem Lesen der Vignette sollten die Versuchspersonen die drei oben dargestellten Skalen in folgender Reihenfolge bearbeiten: 1) Social-Distance-Scale 2) Emotional-Reaction-Scale und 3) Dangerousness-Scale. Dem folgte die Kontrollfrage (Wie alt ist Jim Johnson?), wobei von vier vorgegebenen Antworten ein Alter ausgesucht werden konnte.

Daraufhin wurden die Versuchspersonen von SCH-G und KHK-G gefragt, ob sie die jeweilige Diagnose kennen würden und angeben, ob sie eine Person ihres Freundes- oder Bekanntenkreises kennen, bei der die Krankheit oder Störung diagnostiziert wurde.

Abschließend wurden demographische Daten der Versuchsperson erhoben (Alter, Geschlecht, Schul- und Berufsausbildung sowie Angabe der Branche der aktuellen Tätigkeit).

6.4 Statistische Analysen

Poweranalyse mit G-Power (Faul et al., 2007). Die Stichprobengröße wurde so gewählt, dass ein mittlerer Effekt mittels t-Test (Einzelvergleiche) zwischen zwei Gruppen mit einer Power von 80% und einem Signifikanzniveau von 5% entdeckt werden kann. Pro Gruppe sind diesbezüglich 64, insgesamt 192 Personen notwendig.

Die primäre Hypothese wurde im Rahmen einer Intention-to-treat-Analyse mittels einer multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) überprüft mit anschließenden Post-hoc-Tests (Tukey) für paarweise Einzelvergleiche bei signifikanten Ergebnissen des Omnibustests. Zur Überprüfung von Häufigkeitsverteilungen zwischen den Gruppen wurde der χ^2 -Test oder der exakte Test nach Fisher verwendet. Als Signifikanzniveau wurde ein α von .05 festgelegt. Alle Analysen erfolgten mit SPSS (Version 25).

In dieser Arbeit wird zur Schätzung der Reliabilität McDonalds Formel verwendet (McDonald, 1999) und somit der Omega-Koeffizient (ω) angegeben, da dieses Maß auf weniger strengen Annahmen basiert als Cronbachs Alpha. Die Berechnung erfolgte mit Jamovi (Version 1.6, The Jamovi Project, 2021).

7 Ergebnisse

7.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt haben 206 Versuchspersonen an der Studie teilgenommen. Hiervon wurden vier wegen überdurchschnittlich langer Bearbeitungszeit (>30 Minuten) ausgeschlossen und weitere vier, weil sie nie berufstätig waren. Bei den verbliebenen Versuchspersonen (N=198, davon SCH-G n=70, KHK-G n=60 und KG n=68) lag die Altersspanne lag zwischen 20 bis 65 Jahren; das Durchschnittsalter lag bei $M=34.75$ Jahre ($SD=10.50$). Von den Versuchspersonen waren 134 weiblich, 58 männlich und zwei divers. Da sich die Geschlechterverteilung zwischen den Gruppen augenscheinlich unterschied, wurde ein Signifikanztest zur Prüfung der Gleichheit berechnet. Dieser wurde signifikant ($\chi^2[2] = 7.78$, $p = .020$, siehe auch **Tabelle 1**).

Niemand gab an, einen niedrigeren Abschluss als den Realschulabschluss (17.2%) zu haben. Der größte Teil der Versuchspersonen (78.8%) hat das Abitur oder einen vergleichbaren Abschluss erlangt. Ebenfalls verfügten die meisten Versuchspersonen über eine abgeschlossene Berufsausbildung (38.4%), Bachelor (28.8%) oder Master (24.7%). Promoviert haben 3.5% der Versuchspersonen und die restlichen 4.5% präferierten es, keine Information über den beruflichen Abschluss anzugeben.

Zudem arbeiteten der größte Anteil der Versuchspersonen mit 20.2 % im Bereich Tourismus, Gastgewerbe und Eventmanagement, im Bildungswesen (15.2%) sowie im Sozial- und Gesundheitswesen (11.6%). Weitere 6.1% waren im öffentlichen Dienst und in der Verwaltung tätig und 5.6% in der Immobilien- und Baubranche. In Tabelle 1 sind weitere allgemeine Angaben zu den eingeteilten Gruppen zu finden.

Tabelle 1: Darstellung der soziodemographischen Angaben und Manipulationscheck pro Gruppe

Merkmale	Schizophrenie (N=70)	Koronare Herzkrankung (N=60)	ohne Diagnose (N=68)
Alter in Jahren, Mittelwert (SD) ¹	35.49 (11.31)	33.67 (9.90)	34.94 (10.22)
Geschlecht ²			
Weiblich	45 (64.3)	49 (81.7)	40 (58.8)
Männlich	22 (31.5)	10 (16.7)	26 (38.2)
Divers	1 (1.4)	0	1 (1.5)
Schulabschluss ³			
Realschule	8 (11.4)	8 (13.3)	18 (26.5)
Abitur	61 (87.1)	52 (86.7)	48 (70.6)
Berufliche Ausbildung			
abgeschlossene Berufsausbildung	21 (30.0)	23 (38.3)	32 (47.1)
Hochschulabschluss	45 (64.3)	34 (56.7)	34 (50.0)
andere/keine	4 (5.7)	3 (5.0)	2 (2.9)
Kenntnis über Erkrankung vorhanden	61 (87.1)	28 (46.7)	n.a.
Krankheit im Bekanntenkreis	12 (17.1)	3 (5.0)	n.a.
Korrekte Antwort auf Kontrollfrage	30 (42.9)	25 (41.7)	39 (54.4)

Anmerkung: ¹Wenn nicht anders angegeben, dann stellen die Zellenwerte die Anzahl (Prozent) pro Gruppe dar. SD=Standardabweichung; ²fehlend bei Schizophrenie N=2, bei beiden anderen Gruppen jeweils N=1; ³fehlend bei Schizophrenie N=1 und bei Gesund N=2

7.2 Reliabilitätsanalyse der verwendeten Skalen

Akzeptable interne Konsistenz wurde für folgende Skalen gefunden: Social-Distance-Scale($\Omega = .83$), Dangerousness-Scale ($\Omega = .79$) und die Subskala Angst der Emotional-Reaction-Scale ($\Omega = .81$). McDonalds Omega sind im Gegensatz dazu bei der Subskala Mitleid .59 und Ärger .68 als niedrig zu bezeichnen.

7.3 Hypothesentestung

Eine einfaktorielle MANOVA zeigte einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen für die kombinierten abhängigen Variablen, $F(10, 382) = 6.56, p < .001$. Wie **Tabelle 2** zu entnehmen ist, weisen nachfolgende signifikante ANOVAs auf Gruppenunterschiede in allen verwendeten Skalen hin.

Tabelle 2: Deskriptive Ergebnisse der bewerteten Skalen in Abhängigkeit von der Gruppenzuteilung

	Schizophrenie (N=70)	Koronare Herzkrankung (N=60)	ohne Diagnose (N=68)	Anova $F(2,195)$	p
Social-Distance-Scale	1.87 (0.53)	1.69 (0.54)	1.92 (0.45)	3.71	.026
Dangerousness-Scale	2.62 (0.92)	1.95 (0.71)	2.46 (0.85)	11.09	<.001
Emotional-Reaction-Scale					
Mitleid	4.20 (0.84)	4.15 (0.91)	3.63 (0.98)	8.21	<.001
Angst	2.13 (0.97)	1.66 (0.70)	1.95 (0.75)	5.28	<.001
Ärger	1.70 (0.68)	1.52 (0.64)	2.11 (0.77)	12.41	<.001

Anmerkung: Höhere Mittelwerte repräsentieren stärkere Ausprägungen auf einer unipolaren sechsstufigen Skala (Emotional Reaction und Dangerousness) oder einer unipolaren vierstufigen Skala (Social Distance).

Zur Prüfung der Hypothese, dass sich die Bewertungen in den Skalen zwischen SCH-G und KHK-G unterscheiden,

wurden Tukey post-hoc Tests durchgeführt (siehe **Tabelle 3**). Diese zeigten einen signifikanten, starken bis moderaten Effekt zu Ungunsten von SCH-G in den Werten der Dangerousness-Scale ($p < .001$; Mittlere Differenz = 0.67 mit 95%-CI [0.32; 1.01], $d = 0.81$ mit 95%-CI [0.49; 1.16]) und in den Werten der Angst-Subskala ($p = .004$; Mittlere Differenz = 0.47 mit 95%-CI [0.12; 0.81], $d = 0.55$ mit 95%-CI [0.20; 0.90]).

Tabelle 3: Mittlere Differenzen und 95%-Konfidenzintervalle der Tukey post-hoc Tests

	Schizophrenie - Koronare Herzkrankung	Schizophrenie - ohne Diagnose	Koronare Herzkrankung - ohne Diagnose
Social-Distance-Scale	0.18 [-0.02; 0.39]	0.04 [-0.15; 0.24]	0.23* [0.02; 0.44]
Dangerousness-Scale	0.67* [0.32; 1.01]	-0.15 [-0.49; 0.18]	0.51* [0.16; 0.86]
Emotional-Reaction-Scale			
Mitleid	-0,05 [-0.42; 0.32]	0.57* [0.21; 0.94]	0.52* [0.14; 0.90]
Angst	0,47* [0.12; 0.81]	-0,182 [-0.51; 0.14]	0,28 [-0.05; 0.62]
Ärger	0,17 [-0.11; 0.46]	0,417* [0.13; 0.69]	0,59* [0.30; 0.89]

Anmerkung: Die angegebenen Kennwerte beziehen sich auf die Differenz der Gruppe der ersten Zeile (z.B. Schizophrenie) minus Gruppe der zweiten Zeile (Koronare Herzkrankung). In eckigen Klammern sind die 95%-Konfidenzintervalle angegeben. Ein * markiert einen signifikanten Unterschied ($p < .05$).

Wird die KG in die Auswertung der post-hoc Tests einbezogen, ergibt sich ein differenzierteres Bild: Bei keiner Skala sind gleichzeitig signifikante Unterschiede zwischen allen drei Gruppenmittelwerten zu finden. Vielmehr ist es so, dass maximal zwei homogene Gruppen gebildet werden können, zwischen denen kein signifikanter Unterschied besteht. Dieser Sachverhalt ist in **Tabelle 4** darge-

stellt. Hier erkennt man beispielsweise, dass für die Subskalen Mitleid und Ärger die Diagnose-Gruppen als homogen angesehen werden können, die sich aber von der zweiten Gruppe (hier KG) signifikant unterscheiden. Es lässt sich auch festhalten, dass sich die Werte der Dangerousness-Scale zwar zwischen SCH-G und KHK-G unterscheiden, dass aber kein Unterschied zwischen SCH-G und KG besteht (die so wiederum eine homogene Gruppe bilden). Vergleichbares lässt sich zur Subskala Angst sagen: Es gibt zwar einen signifikanten Unterschied zwischen den Diagnosegruppen, aber jede dieser Gruppen unterscheidet sich nicht signifikant von der KG, so dass von zwei homogenen Gruppen ausgegangen werden kann

(Gruppe 1: KHK-G und KG, Gruppe 2: SCH-G und KG). Es ist also zu erkennen, dass man in Relation der Diagnosegruppen zur KG nicht von Stigmatisierung sprechen kann, da die KG entweder die höchsten Ausprägungen in den Skalen kennzeichnet (bei Mitleid die geringste Ausprägung), die sich aber nur für die emotionale Reaktion Ärger und Mitleid von den beiden Diagnosegruppen signifikant unterscheidet. Ein generelles Muster der Bewertungen in Relation zur Gruppe ohne Diagnose konnte nicht festgestellt werden, so dass man nicht von Stigmatisierung bei Angabe eines Labels für eine Krankheit in dieser Studie sprechen kann.

Tabelle 4: Darstellung signifikant unterschiedlicher homogener Gruppen nach Tukey post-hoc Test

Gruppen	Social-Distance-Scale		Mitleid / Ärger		Dangerousness-Scale		Angst	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Koronare Herzerkrankung	□	□	□	□	□	□	□	□
Schizophrenie	□	□ ↑	□	□	□	□ ↑	□	□ ↑
ohne Diagnose	□	□ ↑	□	□ ↑	□	□ ↑	□	□ ↑

Anmerkung: Zur Vereinfachung der Darstellung wurden negativ gepolte Mitleid-Werte verwendet; zur weiteren Interpretation siehe Beschreibung im Text; □ kennzeichnet homogene Gruppe mit höheren Werten

7.4 Explorative Analyse von potenziellen Moderatoren

Zwar gab es in der Häufigkeitsverteilung bezüglich der Kontrollfrage (Wie alt ist Jim?) zwischen den Gruppen keinen signifikanten Unterschied ($\chi^2[2]=4.07$, $p=.131$), dennoch war der Anteil der korrekten Antworten mit 47.5% relativ niedrig. Deshalb wurden weitere ANOVAs mit den Faktoren Gruppe (SCH-G, KHK-G, KG) und Kontrollfrage (korrekt beantwortet, falsch beantwortet) berechnet. Der Haupteffekt für den Faktor "Gruppe" wurde bei allen Skalen signifikant. Für den Faktor Kontrollfrage wurde nur der Haupteffekt bei der Subskala zur Angst signifikant: Versuchspersonen, die korrekt antworteten, hatten signifikant niedrige Angstwert als die Vergleichsgruppe ($M(SD)$: 1.80 (0.81) vs. 2.01 (0.85), $F[1,192]=2.59$, $p=.049$). Es wurde kein signifikanter Interaktionseffekt gefunden.

Obwohl bei SCH-G im Vergleich zu KHK-G signifikant häufiger angegeben wurde, dass Kenntnisse über die Erkrankung bei den Befragten vorliegen (exakter Test nach Fisher $p<.001$, siehe auch **Tabelle 1**), konnte eine zweifaktorielle ANOVA keine Haupteffekt für den Faktor Kenntnis (ja, nein) und keinen Interaktionseffekt mit dem Faktor Gruppe (SCH-G, KG) aufdecken. Vergleichbare Ergebnisse erbrachte eine weitere zweifaktorielle ANOVA für die Variable Krankheit im Bekanntenkreis (hier wurde auch kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeitsverteilung zwischen den Gruppen gefunden).

Da sich auch der Anteil Frauen (im Vergleich zu Männern) zwischen den Gruppen signifikant unterschied, wurde

durch zusätzliche ANOVAs überprüft, ob dieser Unterschied mit differentiellen Effekten zusammenhängt. Ein Interaktionseffekt zwischen Geschlecht (männlich, weiblich) und Gruppe (KHK-G, SCH-G, KG) konnte bei keiner der verwendeten Skalen aufgedeckt werden. Allerdings konnte festgestellt werden, dass Männer im Vergleich zu Frauen signifikant höhere Werte in der Dangerousness-Scale zeigten ($M(SD)$ 2.65 (.91) vs. 2.37 (0.88), $F[1,186]=3.71$, $p=.022$).

8 Diskussion

In dieser Studie wurde die Stigmatisierung von Personen mit psychischer Störung und körperlicher Krankheit anhand eines Online-Experiments mit 198 Versuchspersonen verglichen. Die aufgestellte Hypothese, dass Personen mit psychischen Störungen negativer bewertet werden als Personen mit körperlichen Krankheiten, konnte nicht in allen gemessenen Aspekten bestätigt werden: nur bei zwei Skalen konnte ein signifikanter, aber mindestens mittlerer, Gruppeneffekt gefunden werden. Dieser zeigte sich zum einen in Bezug auf die empfundene Gefahr, welche von der in der Vignette beschriebenen Person ausgeht. Die Gruppe, welche über den mit Schizophrenie diagnostizierten Jim Johnson gelesen hat, bewertete diesen als signifikant gefährlicher als die KHK-G. Dieses Ergebnis ist mit dem bisherigen Stand der Forschung kompatibel: So konnten Forscher belegen, dass Personen, welche als schizophren diagnostiziert wurden, als gefährlich angesehen werden (Rüsch et al., 2021; Yang et al., 2007), dass das Umfeld eine Ungewissheit zeigt, wenn sie auf Personen mit

psychischen Störungen trifft und dass Mitmenschen diese Personengruppe als unvorhersehbar einstufen (Schomerus et al., 2016). Zum anderen zeigten die Versuchspersonen eine größere Angst gegenüber einem schizophran Erkrankten Jim Johnson im Vergleich zu einem Jim Johnson mit KHK. Dieses Ergebnis folgt dem empirischen Forschungsstand, nach dem zu vermuten war, dass die Gruppe, welche mit der Diagnose Schizophrenie konfrontiert wurde, den meisten Items wie „Er macht mir Angst“ zustimmt (Stuart, 2006b). Zu beachten ist aber, dass die Werte dieser Skalen bei etwa 2 im Schnitt recht niedrig sind.

Die KG sollte einen Basiswert darstellen, um zu bestimmen, ob und in welchem Ausmaß die anderen zwei Gruppen von diesem Wert abweichen. Hierbei wurde festgestellt, dass im Gruppenvergleich die KG anhand der Social-Distance-Scale und Emotional-Reaction-Scale (Mitleid und Ärger) die in der Vignette beschriebene Person am negativsten bewertete. Allerdings muss man hier beachten, dass sich die Werte der KG in der Social-Distance-Scale ebenso wie in der Dangoursness-Scale nicht signifikant von den Werten der SCH-G unterschieden. Außer, dass sich die KG im Vergleich zu beiden Werten der Diagnosegruppen bei Mitleid und Ärger signifikant unterschied, ist kein generelles Muster der Bewertungen in Relation zur KG festzustellen, was - zusammenfassend - dem aktuellen Forschungsstand widerspricht (z.B. Angermeyer & Dietrich, 2006). Man kann also innerhalb dieser Studie nicht von Stigmatisierung im Vergleich zur KG sprechen.

Welche Erklärungen gibt es für diese teils deutlich hypotheseninkonformen Ergebnisse? Im Umgang mit ihrer Krankheit tendieren Betroffene hierzulande dazu, diese bei einer Bewerbung um einen Arbeitsplatz geheim zu halten (Angermeyer, 2003). Entsprechend ist die in der Vignette dargestellte Offenbarung einer Diagnose in der realen Arbeitswelt eher unwahrscheinlich bzw. selten anzutreffen. Schon Aron et al. (1992) konnten aber zeigen, dass Selbstoffenbarung eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung zwischenmenschlicher Nähe spielt. Man könnte nun spekulieren, dass die Versuchspersonen in unserer Studie mit dieser zusätzlichen Information in Form einer Selbstoffenbarung einer Diagnose mit Akzeptanz und Unterstützung reagieren, weil sie sich der Person näher fühlen.

Eine zweite mögliche Interpretation des Ergebnisses wird von Link et al. (1987) dargestellt: Es könnte sich um eine Form der Stigmatisierung handeln. Dabei beruft sie sich auf das, was allgemein als stigmatisierende Reaktionen auf behinderte Menschen angesehen wird, die auf "wohlwollenden Absichten" zu beruhen scheinen. Aus Sicht der Betroffenen kann diese Form der Stigmatisierung darin bestehen, dass einer behinderten Person große Fähigkeiten zugeschrieben werden, um normale menschliche Funktionen zu erfüllen, wie zum Beispiel, wenn ein Blinder dafür gelobt wird, dass er sich in seiner Wohnung bewegen kann. Sie kann auch die Form von "Hilfe" annehmen, die auf einer unangemessenen Annahme über den stigmatisierenden Zustand beruht. Solche Fälle von besonderer Freundlichkeit werden offenbar von den Betroffenen abgelehnt, weil man über

sein Stigma definiert wird und nicht über relevantere Merkmale. Die Folge ist, dass eine Person eine unangemessene (wenn auch gut gemeinte) Behandlung erfährt. Um eine endgültige Entscheidung zwischen diesen beiden Interpretationen zu treffen, sind weitere Daten über die Einstellungen und Verhaltensweisen derjenigen erforderlich, die dazu neigen, wohlwollend zu reagieren, sowie Daten über die Reaktionen von Patienten, die solchen Wohltaten ausgesetzt sind.

Es gibt aber noch andere Erklärungen. So könnte es sein, dass das 2006 in Kraft getretene Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz mit seiner Anwendung im Arbeitsbereich im Gedächtnis der Befragten verfügbar ist und somit Benachteiligungen in der SCH-G und KHK-G verhindert werden. Bei der KG wird hingegen dieses Wissen nicht automatisch aktiviert. Außerdem arbeitete ein Großteil der Versuchspersonen in einem internationalen Umfeld, wie beispielsweise dem Tourismus, der Hotellerie oder im Bildungswesen. Vor allem erstere Gruppe wird während ihrer Arbeitszeit mit verschiedenen Kulturen und somit auch Meinungen, Einstellungen und Glaubenssätzen konfrontiert. Es könnte demnach angenommen werden, dass diese Gruppen eine größere Offenheit gegenüber verschiedenen Personengruppen zeigen. Nachfolgende Studien könnten prüfen, ob die Stigmatisierung in Abhängigkeit vom Berufssektor unterschiedlich ausfällt.

Die KHK-G wurde über fast alle Skalen hinweg am positivsten bewertet. Somit entstand diesem Krankheitsbild gegenüber offenbar kein Wunsch, sich sozial zu distanzieren. Auch weckte diese Gruppe positive emotionale Reaktionen und die beschriebene Person wurde als nicht gefährlich wahrgenommen. Es kann somit angenommen werden, dass die Diagnose KHK nicht zu den chronischen Krankheiten gehört, welche mit negativen Stigmata einhergehen. Dies war zu vermuten, da bereits Dalteg et al. (2011) in ihrer Studie zeigten, dass das Umfeld eher zuvorkommend und fürsorglich auf diese Personengruppe reagiert. Eine andere Erklärung könnte die Prävalenz der Erkrankungen darstellen. Beiden Krankheiten gemein ist zwar eine höhere Prävalenz bei Männern, aber die erste Krankheitsepisode einer Schizophrenie tritt in etwa zwei Drittel der Fälle vor dem 30. Lebensjahr auf (Gaebel & Wölwer, 2010). Im Gegensatz dazu liegt die Jahresprävalenz einer KHK bei Personen unter 45 Jahren deutlich unter 1 % und steigt danach überproportional an, bis auf 24,1 % bei Männern ab 75 Jahren (Busch & Kuhnert, 2017). Es ist entsprechend vorstellbar, dass man im Arbeitskontext eher auf eine Person mit Schizophrenie stößt als auf eine mit KHK. Die Angaben der Befragten unserer Studie deuten auch auf diesen Umstand hin: bei Schizophrenie gaben mehr Personen an, Kenntnisse über diese Erkrankung zu haben und auch eher jemanden im Bekanntenkreis mit dieser Diagnose zu haben als in der Vergleichsgruppe. Zudem ist vorstellbar, dass sich das Wissen um die psychische Erkrankung besser abrufen lässt als von einer körperlichen Erkrankung.

Nach Link et al. (2004) verspüren Personen, die in Berührung mit psychischen Störungen gekommen sind, weniger den Wunsch, sich sozial zu distanzieren. Die

Erkenntnisse konnten jedoch in unserer Studie nicht bestätigt werden: Die Unterschiede in der Bewertung zwischen Personen, welche eine als schizophrene diagnostizierte Person oder eine Person mit KHK kannten und denjenigen, die nicht in Kontakt zu diesen Personen stehen, waren in Bezug auf den Wunsch nach sozialer Distanz nicht ausschlaggebend. Allerdings muss beachtet werden, dass in der vorliegenden Studie der Anteil der Versuchspersonen, die eine Person mit Schizophrenie oder KHK kannte, eher gering war, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt.

8.1 Limitationen und Implikationen für die Forschung

Die interne Konsistenz von zwei der verwendeten Skalen ist im Rahmen dieser Studie eher als niedrig zu bezeichnen obwohl andere Studien Mindestwerte von $>.70$ berichten (z.B. Angermeyer & Matschinger, 2003). Entsprechend sind Ergebnisse bezüglich der Variablen Ärger und Mitleid mit Vorsicht zu interpretieren.

Bei Betrachtung der Ergebnisse ist weiter zu beachten, dass weniger als die Hälfte der Versuchspersonen die Kontrollfrage richtig beantwortete. Diese wurde eingebaut, um zu überprüfen, ob die Befragten die Vignette aufmerksam gelesen haben. Die Versuchspersonen, welche die Kontrollfrage falsch beantworteten, nahmen signifikant mehr ablehnende Bewertung anhand der Subskala Angst vor als die Versuchspersonen, welche die Frage richtig beantworteten. Ein Interaktionseffekt zwischen den Gruppen und der Korrektheit der Kontrollfrage konnte aber nicht bestätigt werden. Zudem ist nicht klar, inwieweit die Korrektheit der Kontrollfrage im Zusammenhang steht mit dem tatsächlichen Erfassen der präsentierten Vignetten.

Corrigan und Watson (2007) stellten in ihrer Studie fest, dass Personen, welche eine höhere Bildung genossen haben, weniger dazu verleitet sind, Personen mit psychischen Störungen zu stigmatisieren. In der vorliegenden Studie gab die überwiegende Mehrheit der Versuchspersonen an, über Abitur oder Vergleichbares als Schulabschluss zu verfügen. Des Weiteren haben über die Hälfte der Befragten darauf verwiesen, einen akademischen Abschluss zu haben. In der Studie konnte im Allgemeinen keine starke Ablehnung gegenüber dem schizophrenen Erkrankten Jim Johnson gefunden werden. Es kann folglich angenommen werden, dass die Ergebnisse mit einer Stichprobe, welche unterschiedliche Bildungsniveaus mit gleichmäßiger Verteilung abbildet, anders ausgefallen wären.

Auch wurden in unserer Studie keine Daten über das aktuelle Beschäftigungsverhältnis der Befragten erhoben. Möglicherweise hätten Differenzen zwischen beispielsweise fest Angestellten und Freiberuflern bezüglich der Bewertung aufgedeckt werden können. Festzuhalten bleibt, dass die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf alle Arbeitsbereiche und Arbeitssituationen in Frage zu stellen ist.

Die weitere Einschränkung der externen Validität steht im Zusammenhang mit den verwendeten Vignetten. Hier wurde eine männliche Person beschrieben mit einem für Deutschland wahrscheinlich eher ungewöhnlichen Namen. Wie die Ergebnisse bei der Beschreibung einer weiblichen

Person aussehen würden, lässt sich aus unseren Daten entsprechend nicht ableiten. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass zukünftige Studien intersektionale Ansätze genauer und sinnvoller einbeziehen sollten, insbesondere wenn es darum geht, das Vorhandensein von Stigmatisierung durch mehr als eine Stigmatisierung, durch mehr als einen Gesundheitszustand und durch andere Quellen der Stigmatisierung (z.B. Herkunft, Geschlecht und Sexualität) zu analysieren (Jackson-Best & Edwards, 2018).

Wichtig ist es ebenfalls, weitere Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Faktoren präzise dafür verantwortlich sind, dass Personen mit psychischen Störungen am Arbeitsplatz stigmatisiert werden. Demzufolge könnten Anknüpfungspunkte zur Prävention herauskristallisiert werden, in welchen Situationen Personen mit psychischen Störungen Unterstützung benötigen oder wo Anpassungen der Arbeitsaufgaben getätigt werden müssten. Hierfür sollten firmeninterne Vorschriften, Management oder Prozesse analysiert werden.

Weiterführend sollten mehr Informationen darüber generiert werden, welche Effekte die Stigmatisierung auf Personen mit verschiedenen psychischen Störungen hat. Stigmatisierung ist von der Form der psychischen Störung abhängig. So werden Personen abhängig von ihrer Diagnose mit unterschiedlichen Stigmata konfrontiert. Es sollten weitere Analysen folgen, wie Personen mit unterschiedlichen psychischen Störungen auf die Stigmatisierung reagieren. Als Vergleichsgruppe physiologischer Erkrankungen sollte zudem eine gewählt werden, die in ihrer Prävalenz bezogen auf Altersgruppen vergleichbar mit der mentalen Erkrankung ist.

Obwohl die Vignetten-Methode es Forschern ermöglicht, bestimmte Aspekte sozialer Situationen zu untersuchen und zu isolieren, haben einige Forscher vor der Verwendung von Vignetten als eigenständige Methode gewarnt und erklärt, es sei unklar, ob die Teilnehmer auf Vignetten auf der Grundlage dessen reagieren, was sie glauben, dass sie "tun sollten", oder was sie "tatsächlich tun würden". Mit anderen Worten, es ist unklar, ob Menschen auf Vignetten ähnlich reagieren wie auf Situationen im wirklichen Leben (Wilson & While, 1998). Darüber hinaus gibt es Bedenken, dass Vignetten nicht in der Lage sind, die Kontexte, denen Menschen in der realen Welt begegnen, klar zu erfassen und wiederzugeben, und daher weniger realistische Ergebnisse liefern würden, weil die Teilnehmer weniger mit Vignetten-Szenarien beschäftigt sind (Hughes, 1998). Folglich würde die Methodik künftiger Studien gestärkt werden, wenn Vignetten als Teil eines multimethodischen Ansatzes verwendet würden, z. B. als Kombination von Vignetten- und Interviewmethoden.

8.2 Implikationen für die Praxis

Trotz verstärkt in den Human Resources-Fokus gerückter Diversity-Politik scheint sich die Lage für psychisch Erkrankte - und hier insbesondere für an Schizophrenie Erkrankte - im Arbeitsumfeld nicht verbessert zu haben. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass psychische Krankheiten dabei oftmals gar nicht erst mitgedacht werden. So hat die Jobplattform StepStone im Juni 2020 insgesamt 15.000 Angestellte in Deutschland, Großbritan-

nien und Frankreich befragt, welchen Stellenwert das Thema Diversity aktuell bei ihrem Arbeitgeber hat (Weinberg, 2020). Hierbei ist die Antwort auf die dabei gestellte Frage, was genau Diversity am Arbeitsplatz denn sei, aufschlussreich: Es wird zwar unter anderem als „nicht-diskriminierende Behandlung aller Mitarbeiter“ aufgefasst (in Deutschland für 64 Prozent der Befragten eine zutreffende Definition), was eben auch psychisch Erkrankte einschließt. Im Gegensatz zu Gender, sexueller Ausrichtung und Multikulturalität werden sie aber in der Studie nicht benannt. Folgerichtig kommen sie auch bei darauf aufbauenden Fragen, wer denn konkret von Diskriminierung betroffen sei, als Antwort überhaupt nicht vor.

Prinzipiell sollten Arbeitgeber im Sinne der Betroffenen, der Mitarbeitenden und auch der Gemeinschaft die vielfältigen Effekte einer aktiven Förderung eines diversen Umfeldes, inklusive von psychischen Krankheiten Betroffenen,

nicht vernachlässigen. Das macht sie auch für potenzielle Angestellte wieder attraktiver und erhöht die Chancen beim Recruitment. So würden sich potenzielle Bewerbende eher auf Stellen in Unternehmen bewerben, die sich öffentlich als tolerant und vielfältig zeigen (Deutschland fast 77 Prozent) und bevorzugt in einem wirklich vielfältigen Team arbeiten (Deutschland 78 Prozent; Weinberg, 2020). Dass psychisch Erkrankte dabei ebenfalls ins Blickfeld gehören, zeigt in seiner Dringlichkeit auch unsere Studie.

Psychisch Kranke antizipieren mehr Stigmatisierung als sie tatsächlich erleben; besonders pessimistisch beurteilen sie ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt (Angermeyer, 2013). So wäre es denkbar, dass eine Selbststigmatisierung verringert wird, in dem z.B. Stellenanzeigen authentisch und explizit darauf eingehen, dass Personen mit psychischen Erkrankungen willkommen sind.

9 Literaturverzeichnis

- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Doubleday.
- Angermeyer, M. C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten - Ein Überblick. *Psychiatrische Praxis*, 30(7), 358-366. <https://doi.org/10.1055/s-2003-43243>
- Angermeyer, M. C. & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a systematic review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 163-179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>
- Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (1999). Social representations of mental illness among the public. In: Guimón, J., Fischer, W. & Sartorius, N. (Hrsg.). *The image of madness. The public facing mental illness and psychiatric treatment*. Karger.
- Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 526-534. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0676-6>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H. & Schomerus, G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over decades. *British Journal of Psychiatry* 203,146-151. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.122978>
- Angermeyer, M. C. & Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4-5), 469-486. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00079-6](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00079-6)
- Aron, A., Aron, E. N. & Smollan, D. (1992). Inclusion of Other in the Self Scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4), 596-612. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.4.596>
- Berger, B. E., Kapella, M. C. & Larson, J. L. (2011). The experience of stigma in chronic obstructive pulmonary disease. *Western Journal of Nursing Research*, 33(7), 916-932. <https://doi.org/10.1177/0193945910384602>.
- Bouwman, C., de Sonnevile, C., Mulder, C. & Hakkaart-van Roijen, L. (2015). Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2015, 2125-2142. <https://doi.org/10.2147/ndt.s83546>
- Bricout, J. C. & Bentley, K. J. (2000). Disability status and perceptions of employability by employers. *Social Work Research*, 24(2), 87-95. <https://doi.org/10.1093/swr/24.2.87>
- Bundesärztekammer (2019). *Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK*, 5(1). <https://doi.org/10.6101/AZQ/000419>
- Busch, M. & Kuhnert, R. (2017). 12-Monats-Prävalenz einer koronaren Herzkrankheit in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(1), 64-69. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-009>
- Corrigan, P. W. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W. & Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P. W. & Watson, A.C. (2007). The Stigma of Psychiatric Disorders and the Gender, Ethnicity, and Education of the Perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43, 439-458. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9084-9>

- DAK-Gesundheit. (2021). Psychoreport 2021: Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job. 2010-2020. Zugriff am 18.06.2021. Abgerufen von: <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/psychereport-2429400.html#/>
- Dalteg, T., Benzein, E., Fridlund, B. & Malm, D. (2011). Cardiac Disease and Its Consequences on the Partner Relationship: A Systematic Review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(3), 140-149. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.01.006>
- de Boer, H., Mula, M. & Sander, L. (2008). The Global Burden and Stigma of Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 12, 540-546. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.12.019>
- Dilling, H. & Freyberger, H. (2019). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (9. Auflage). Hogrefe Verlag.
- Egger, J. W. (2015). *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin, Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung*. Springer.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Gaebel, W. & Wölwer, W. (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 50. Schizophrenie*. Berlin: Robert Koch-Institut. Zugriff am 18.06.2021. Abgerufen von: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Schizophrenie.pdf?__blob=publicationFile
- Gureje, O., Herrman, H., Harvey, C., Morgan, V. & Jablensky, A. (2002). The Australian National Survey of Psychotic Disorders: Profile of psychosocial disability and its risk factors. *Psychological Medicine*, 32(4), 639-647. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005627>
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C. & Link, B. G. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health*, 103, 813-821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Hegewald, J., Wegewitz, U. E., Euler, U., van Dijk, J. L., Adams, J., Fishta, A., Heinrich, P. & Seidler, A. (2019). Interventions to support return to work for people with coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010748.pub2>
- Hughes, R. (1998). Considering the vignette technique and its application to a study of drug injecting and HIV risk and safer behaviour. *Sociology of Health & Illness*, 20, 381-400. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00107>
- Jackson-Best, F. & Edwards, N. (2018). Stigma and intersectionality: a systematic review of systematic reviews across HIV/AIDS, mental illness, and physical disability. *BMC Public Health*, 18, 919. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5861-3>
- Jacoby, A., Snape, D. & Baker, G. A. (2005). Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder. *The Lancet Neurology*, 4(3), 171-178. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(05\)01014-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(05)01014-8)
- Johnson, J. L., Campbell, A. C., Bowers, M. & Nichol, A. M. (2007). Understanding the social consequences of chronic obstructive pulmonary disease: the effects of stigma and gender. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 4(8), 680-682. <https://doi.org/10.1513/pats.200706-084SD>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Kalichman, S. C., Leickness, C. S., Cloete, A., Mthembu, P. P., Mkhonta, R. N. & Ginindza, T. (2009). Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: the Internalized AIDS-Related Stigma Scale. *AIDS Care*, 21(1), 87-93. <https://doi.org/10.1080/09540120802032627>
- Kendell, R. E. (2001). The distinction between mental and physical illness. *British Journal of Psychiatry*, 178, 490-493. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.490>
- Kilian, R. & Becker, T. (2007). Macro-economic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16(2), 211-222. <https://doi.org/10.1080/09638230701279899>
- Krueger, J. (1996). Personal beliefs and cultural stereotypes about racial characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 536-548. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.3.536>
- Lai, Y. M., Hong, C. P. & Chee, C. Y. (2001). Stigma of mental illness. *Singapore Medical Journal*, 42(3), 111-114.
- Lee, S., Lee, M., Chiu, M. & Kleinman, A. (2005). Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*, 186(2), 153-157. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.2.153>
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J. & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92, 1461-1500.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C. & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(3), 511-41. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>
- Lowther, K., Selman, L., Harding, R. & Higginson, I. J. (2014). Experience of persistent psychological symptoms and perceived stigma among people with HIV on antiretroviral therapy (ART): a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(8), 1171-89. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.01.015
- Martinez, A. G., Piff, P. K., Mendoza-Denton, R. & Hinshaw, S. P. (2011). The Power of a Label: Mental Illness Diagnoses, Ascribed Humanity, and Social Rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *30*(1), 1-23. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.1.1>
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified approach*. Erlbaum.
- Overton, S. L. & Medina, S. L. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling and Development*, *86*, 143-151. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x>
- Parker, R. & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*, *57*, 13-24. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0)
- Pavelko, R. & Myrick, J. G. (2016). Tweeting and trivializing: how the trivialization of obsessive-compulsive disorder via social media impacts user perceptions, emotions, and behaviors. *Imagination, Cognition and Personality*, *36*(1), 41-63. <https://doi.org/10.1177/0276236615598957>
- Penn, D. L., Kommana, S., Mansfield, M. & Link, B. G. (1999). Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. *Schizophrenia bulletin*, *25*(3), 437-446. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033391>
- Pescosolido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K. & Long, J. S. (2013). The "backbone" of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *American journal of public health*, *103*(5), 853-860. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301147>
- Ritchie, H. & Roser, M. (2018). *Mental Health*. Zugriff am 13.06.2021. Abgerufen von: <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Rüsch, N., Heland-Graef, M. & Berg-Peer, J. (2021). *Das Stigma psychischer Erkrankung. Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung*. Elsevier.
- Schomerus, G. & Angermeyer, M. C. (2011). Stigmatisierung psychisch Kranker. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, *5*(6), 345-356. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1276917>
- Schomerus, G., Angermeyer, M. C., Baumeister, S., Stolzenburg, S., Link, B. G. & Phelan, J. (2016). An online intervention using information on the mental health-mental illness continuum to reduce stigma. *European Psychiatry*, *32*, 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.11.006>
- Schomerus, G., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2006). Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care: are there indications of discrimination against those with mental disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(5), 369-77. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0029-8>
- Schumacher, M., Corrigan, P. W. & Dejong, T. (2003). Examining cues that signal mental illness stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *22*(5), 467-476. <https://doi.org/10.1521/jscp.22.5.467.22926>
- Stewart, M. C., Schiavo, R. S., Herzog, D. B. & Franko, D. L. (2008). Stereotypes, prejudice and discrimination of women with anorexia nervosa. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, *16*(4), 311-318. <https://doi.org/10.1002/erv.849>
- Stuart, H. (2006a). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, *19*(5), 522-526. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000238482.27270.5d>
- Stuart, H. (2006b). Media Portrayal of Mental Illness and its Treatments What Effect Does it Have on People with Mental Illness? *CNS Drugs*, *20*(2), 99-106. <https://doi.org/10.2165/00023210-200620020-00002>
- Stuber, J., Meyer, I. & Link, B. G. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social science & medicine*, *67*(3), 351-357. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.023>
- Than, P., Tran, B., Nguyen, C., Truong, N., Thi Thai, T. & Latkin, C. (2019). Stigma against patients with HIV/AIDS in the rapid expansion of antiretroviral treatment in large drug injection-driven HIV epidemics of Vietnam. *Harm Reduction Journal*, *16*(6). <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0277-7>
- The Jamovi Project. (2021). jamovi. (Version 1.6) [Computer Software]. Abgerufen von: <https://www.jamovi.org>
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *190*, 192-193. <https://doi.org/10.1192/bjpp.bp.106.025791>
- Torres, S. (2009). Vignette methodology and culture-relevance: Lessons learned through a project on successful aging with Iranian immigrants to Sweden. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, *24*(1), 93-114. <https://doi.org/10.1007/s10823-009-9095-9>

- Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H. & Wade, N. G. (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of Counseling Psychology, 60*(2), 311–316. <https://doi.org/10.1037/a0031889>
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin, 25*, 467–478. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394>
- Weinberg, H. (2020). Diversity am Arbeitsplatz: Deutschland könnte mehr tun. *HR JOURNAL*. Zugriff am 08.10.2022. Abgerufen von: <https://www.hrjournal.de/diversity-am-arbeitsplatz-deutschland-koennte-noch-nachlegen/>
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: a foundation for a theory of social conduct*. Guilford Press.
- Weiner, B., Perry, R. P. & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 738–748.
- WHO (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope. The World Health Report*. Geneva: World Health Organization.
- Wiebe, S., Bellhouse, D. R., Fallahay, C. & Eliasziw, M. (1999). Burden of Epilepsy: The Ontario Health Survey. *Canadian Journal of Neurological Sciences, 26*(4), 263–270. <https://doi.org/10.1017/S0317167100000354>
- Wilson, J. & While, A. E. (1998). Methodological issues surrounding the use of vignettes in qualitative research. *Journal of Interprofessional Care, 12*(1), 79–86. <https://doi.org/10.3109/13561829809014090>
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S. & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine, 64*(7), 1524–1535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>

Korespondenzanschrift:

Prof. Dr. Ingo Zobel
Hochschule Fresenius, University of Applied Sciences Berlin
Jägerstraße 32
10117 Berlin