

Marianne Kreuder

**„Erkrankte Profis“: Wie krank dürfen
Fachkräfte im Gesundheits- und
Sozialwesen (gewesen) sein?
Eine Exploration zur Akzeptanz von
psychisch erkrankten Fachkräften**

Marianne Kreuder

Wie krank dürfen Fachkräfte im
Gesundheits- und Sozialwesen
(gewesen) sein?

Eine Exploration zur Akzeptanz von
psychisch erkrankten Fachkräften



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Marianne Kreuder

**Wie krank dürfen Fachkräfte im Gesundheits-
und Sozialwesen (gewesen) sein?**

**Eine Exploration zur Akzeptanz von psychisch erkrankten
Fachkräften**

Höchberg b. Würzburg: ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Alle Rechte vorbehalten

© 2021 Marianne Kreuder

ISBN 978-3-947502-45-5

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design Leon Reicherts / Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Anschrift ZKS Verlag für psychosoziale Medien:

ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Albrecht-Dürer-Str. 166

97204 Höchberg

INHALTSVERZEICHNIS

Abkürzungsverzeichnis.....	I
Tabellen - und Abbildungsverzeichnis.....	II
1. Einführung und thematische Herleitung	1
2. Theoretische Einführung.....	7
2.1 Aktueller Forschungsstand	7
2.1.1 Literaturrecherche.....	7
2.2 Angrenzende Forschungsgebiete.....	7
2.2.1 Stigmaforschung und psychische Erkrankungen: Grundlagen	7
2.2.2 Folgen der Stigmatisierung	11
2.2.3 Auswirkung von Stigmatisierung auf Behandlungsinstitutionen und Hilfsangebote.....	14
3. Empirischer Teil.....	16
3.1. Methodik und Überblick	16
3.1.1 Erstellung und Durchführung des Forschungsdesigns	16
3.1.2 Beschreibung der Stichprobe.....	17
3.2 Deskriptive Auswertung.....	18
3.2.1 Allgemeine Darstellung der Umfrageergebnisse	18
3.2.2 Dezierte Darstellung der Umfrageergebnisse.....	23
3.3 Induktive Auswertung der Ergebnisse	27
3.3.1 Aufbereitung der Ergebnisse.....	28
3.3.2 Auswertung der Ergebnisse	29
3.3.3 Schlussbemerkung zur Induktiven Auswertung.....	35
3.4 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.....	36

4. Reflexion und Diskussion der Ergebnisse	39
4.1 Reflexion des Umfragedesigns	39
4.2 Inhaltliches Resümee: Psychische Erkrankungen – Chance oder Risiko?	41
5. Zusammenfassung und Ausblick	45
Literaturverzeichnis	50
Anhang	52

Abkürzungsverzeichnis

μ	Arithmetisches Mittel (math.)
Δ	Differenz (math.)
α	Signifikanzniveau (math.)
n	Stichprobengröße (math.)
df	Freiheitsgrade (math.)
x	Unabhängige Variabel (math.)
y	Abhängige Variabel (math.)
\hat{y}	Vorauszusagender y-Wert
δ	Cohen's d (Effektstärkengröße)
r	Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient
p	Überschreitungswahrscheinlichkeit (math.)
t	Testprüfgröße des t-Test (math.)
H_0	Nullhypothese (math.)
H_1	Alternativhypothese (math.)
LJ	Lebensjahr
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fünfte Ausgabe
IFD	Integrationsfachdienst
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst

Tabellen - und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Umfrageteilnehmer nach Betätigungsfeld.....	18
Abbildung 2: Bei Fachkräften tolerierte Erkrankungen – behandelt.....	19
Abbildung 3: Tätigkeitsfelder der Umfrageteilnehmer	22
Abbildung 4: Bedenken hinsichtlich der Professionalität.....	24
Abbildung 5: Meinungen zur professionalisierten Nutzung der Erfahrung einer psychischer Erkrankungen.....	25
Abbildung 6: Antwortmöglichkeit "Nein" nach Bildungsniveau.....	26
Abbildung 7: Unterscheidung nach Art der psychischen Erkrankung?	26
Abbildung 8: Dürfen behandelte Fachkräfte weiter in ihrer Branche arbeiten?	27
Abbildung 9: Regressionsgraph für Hypothese 3.....	34
Abbildung 10: Regressionsgraph für Hypothese 4.....	35
Tabelle 1: Aufteilung der Stichprobe.	17
Tabelle 2: Umformulierte Single-Choice Items.	28
Tabelle 3: Codierungsschema der Antwortmöglichkeiten.	29
Tabelle 4: Stichprobengrößen.....	30
Tabelle 5: Ausprägungen Akademiker und Nicht Akademiker (arithmetisches Mittel).	30
Tabelle 6: Stichprobengrößen.....	31
Tabelle 7: Ausprägungen nach dem Merkmal "Alter" (arithmetisches Mittel).	31

1. Einführung und thematische Herleitung

„Ich weiß ja nicht wie andere das sehen, aber grundsätzlich würde ich als Patient nicht unbedingt zu einem Therapeuten wollen, der sein Leben lang schon selbst psychisch behandelt werden muss. Ich würde ja auch nicht zu einer adipösen Ernährungsberaterin gehen wollen. Warum wollen solche Leute eigentlich immer Psychologie studieren? Zur Selbstheilung?“ (Vgl. studis-online.de)

Obenstehendes Zitat entstammt einer Diskussion um psychische Vorerkrankungen und die Frage danach, ob dennoch die Erteilung einer Approbation als Psychologischer Psychotherapeut¹ möglich sei.

Durchaus könnte man argumentieren, dass die Frage nach der Absicht des Studiums eine wichtige Frage ist. Marston (1984) nennt sieben Motive, die einen Menschen dazu bringen, den Beruf des Psychotherapeuten zu ergreifen. Eines davon ist „Selbstheilung“, inhaltlos ist die obige Theorie zu den Motiven der Studienwahl demnach nicht.

Dennoch verbleiben noch sechs weitere Motive; es gibt keine Studien, die belegen, welche Motive bei psychisch vorerkrankten Menschen überwiegen (i.e. ob das Motiv der Selbstheilung bei psychisch vorerkrankten Menschen signifikant häufiger vertreten ist als bei psychisch gesunden Menschen).

Alternativ könnte man psychisch vorerkrankten Menschen auch unterstellen, nach dem Motiv des Helfens zu handeln, da sie bereits erfolgreich therapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben und diese positive Selbsterfahrung weitergeben möchten.

Um auf obiges Zitat und das Beispiel der Ernährungsberaterin zurückzukommen und die Argumentation weiterzudenken: Was ist besser daran zu einer schlanken

¹ Um den Lesefluss nicht zu stören, wird darauf verzichtet, sowohl die männliche, als auch weibliche Form der Worte zu benutzen. Trotz allem sind im Verlauf dieser Arbeit immer Personen beiderlei Geschlechtes angesprochen, wenn nicht anderweitig expliziert.

Ernährungsberaterin zu gehen? Man assoziiert aufgrund des äußerlichen Erscheinungsbildes – der Figur, dass sie vermutlich eine gute Ernährungsberaterin sei, da sie ja selbst schlank ist. Also dürften ihre Konzepte wirksam sein.

Nicht berücksichtigt wird in dieser Ansichtswiese jedoch folgende Version:

Die schlanke Ernährungsberaterin hat eine Schilddrüsenüberfunktion und kann dadurch ohne Sorgen in Massen essen, ohne signifikant zuzunehmen. Sagt ihre Figur (das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von bestimmten Merkmalen) weiterhin etwas über ihre Fachlichkeit aus?

Möglicherweise ist sie keine gute Ernährungsberaterin, dies wird aber aufgrund der Stigmatisierung ihrer Figur assoziiert.

Einen weiteren Denkanstoß bietet folgendes Szenario:

Die adipöse Ernährungsberaterin ist fachlich sehr fit und versteht die Menschen, die zu ihr kommen, weil sie selbst schon eigene Erfahrungen damit gemacht hat, wie schwierig es ist, adipös zu sein.

Sie selbst ist nicht in der Lage, abzunehmen, kann die Konzepte aber gut vermitteln, weil sie pädagogisch und didaktisch sehr kompetent ist.

Was soll dieses kleine Gedankenspiel nun zeigen? Der thematisierte Vergleich lässt sich auch auf das Gesundheits- und Sozialwesen übertragen:

Ist der psychisch gesunde (nie erkrankt gewesene) Arzt, Therapeut oder Sozialpädagoge/Sozialarbeiter die bessere Fachkraft? Oder hatten sie einfach nur Glück, nicht zu erkranken?

Kann der Fakt, dass jemand noch nie oder bereits psychisch krank war, etwas über die Fachkompetenz aussagen?

„[...] Nicht behindert [psychisch erkrankt] zu sein ist kein Verdienst, sondern ein Geschenk, das jedem von uns jederzeit genommen werden kann.“

Richard von Weizsäcker

Richard von Weizsäcker hat eine wichtige Erkenntnis verbalisiert. Psychisch gesund [ohne Behinderung] zu sein, ist keine eigene Errungenschaft. Es ist vielmehr eine Tatsache, die davon zeugt, dass man das Glück hat, gesund zu sein. Die Gründe dafür können vielfältig sein.

Gerade psychische Erkrankungen können – speziell im Gesundheits- und Sozialwesen – jeden treffen. Man kann im Verlauf seines Lebens jederzeit erkranken.

Bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ist die Erstmanifestation der Symptomatik in der Regel nicht vor dem 25. Lebensjahr zu beobachten (Frauen: 27. Lebensjahr, Männer: 24. LJ, Gesamt: 25. LJ). In diesem Alter sind die meisten Menschen schon fest im Berufsleben integriert, haben ein Studium abgeschlossen und arbeiten bereits.

Insgesamt sind in Deutschland jedes Jahr rund 27.8% der erwachsenen Gesamtbevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen, in Zahlen: 17.8 Millionen Menschen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2018).

Somit befinden sich psychische Erkrankungen im Ranking um die wichtigsten Ursachen für Verlust gesunder Lebensjahre auf Platz vier – direkt hinter organischen Leiden wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Umfangsvermehrungen und muskuloskelettalen Erkrankungen (Knieps & Pfaff, 2017).

Die am häufigsten diagnostizierte psychische Erkrankung ist mit 15.4% wohl das Spektrum der Angststörungen, gefolgt von affektiven Störungen (9.8%; ausschließlich unipolare Depression mit 8.2%) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch (5.7%).

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie müssen rund 20.2% der 3 bis 17-jährigen der Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zugeordnet werden (Robert-Koch-Institut (Hrsg), 2014).

Dabei zeigen sich bei Jungen mit 23.4% deutlich häufiger Auffälligkeiten als bei Mädchen (16.9%); es sollte jedoch beachtet werden, dass die Auffälligkeiten deutlich häufiger bei Jungen im Alter von 7 bis 13 Jahren vorkommen (im Vergleich zu 3 bis 6 bzw. 14 bis 17-jährigen). Bei Mädchen konnten ebenfalls Unterschiede in den Altersgruppen festgestellt werden, hier war die Differenz jedoch deutlich geringer. Im Vergleich dazu zeigt eine Studie des Robert-Koch-Institutes von 2008 nur bei rund 15% der Kinder und Jugendlichen Anhaltspunkte für psychische Auffälligkeiten (Robert-Koch-Institut (Hrsg), 2008).

Die angeführten Zahlen machen deutlich, wie brisant hoch die Betroffenheit von psychischen Erkrankungen ist. Betrachtet man zusätzlich, dass nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2015 rund 5.3 Millionen Menschen in Deutschland im Gesundheits- und Sozialwesen tätig waren (Statistisches Bundesamt, 2017) und geht davon aus, dass Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zum Teil auch noch im Erwachsenenalter mit diesen Einschränkungen zu kämpfen haben, ist zwingend davon auszugehen, dass durchaus auch Beschäftigte aus den oben angeführten Branchen von psychischen Erkrankungen betroffen sein müssen.

In Zeiten, in denen die Anforderungen der Arbeitswelt stetig wachsen, steigt auch die Betroffenheit von psychischen Erkrankungen an – das Image von psychischen Erkrankungen ist jedoch gleichbleibend schlecht, nicht zuletzt durch Stigmatisierung, wie im Verlauf der Arbeit noch genauer ausgeführt wird. Jeder redet – scheinbar - darüber, hat eine Meinung zu dem Thema, häufig aber keinerlei Erfahrung.

Viele Meinungen sind durchaus schnell als unreflektiert und eindimensional zu erkennen, dennoch halten sie sich persistierend, wie im Verlauf der Arbeit noch ergründet werden wird.

Eine klein angelegte Studie unter weiblichen Psychotherapeutinnen (Gilroy, et al., 2008) zeigte, dass von den befragten 220 Psychotherapeutinnen 85% selbst in psychotherapeutischer Behandlung waren, während bei 76% sogar klar von dem Vorliegen einer depressiven Störung gesprochen werden konnte.

Auch eine Umfrage unter Kongressteilnehmern auf dem jährlichen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in Berlin (Braun, et al., 2010) zeigte, dass von den 1.089 Kongressteilnehmern (Altersspanne von 26 – 69 Jahren) gut 42% bereits selbst schon mindestens eine depressive Phase durchlaufen hatten; 32% sogar mit offizieller Diagnose.

Zusätzlich gaben 13% der Studienteilnehmer an, medikamentös mit Schlaf-/Beruhigungsmitteln und/oder Antidepressiva behandelt zu werden.

Beide Explorationen zeigen, dass das Thema der psychisch kranken Fachkraft weiterhin aktuell ist, trotzdem aber häufig nicht weiter verfolgt wird. Es gibt kaum groß angelegte Studien zu diesem Thema, Gegenbewegungen zur seelischen Gesundheit im Gesundheits- und Sozialwesen tauchen vereinzelt auf, sind aber weder großflächig vernetzt, noch erfreuen sie sich einem größeren Bekanntheitsgrad.

Daher ist zentrale Aufgabe dieser Arbeit, die Diskrepanz zwischen der anzunehmenden hohen Rate an psychisch kranken Fachkräften und der hochgradigen Stigmatisierung zu behandeln und eine Übersicht über dieses wichtige Thema zu geben.

Zuerst soll auf die Thematik selbst eingegangen werden und der Prozess der Literaturrecherche dargelegt werden. Dann wird ein Überblick über angrenzende Forschungsgebiete, speziell die Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen gegeben, um dies dann mit den Ergebnissen der Onlineumfrage zusammenzuführen.

Die Auswertung dieser Umfrage soll die Meinungsbilder zum genannten Thema widerspiegeln.

Außerdem sollen die Vor- und Nachteile einer psychischen Erkrankung im Rahmen des professionellen Handelns beleuchtet und reflektiert und auf Risiken und Chancen von psychisch erkrankten Fachkräften eingegangen werden.

Idealerweise kann zum Abschluss der Arbeit außerdem ein Ausblick auf die weitere Entwicklung in diesem Bereich und etwaige Denkanstöße für weitere Forschung gegeben werden.

2. Theoretische Einführung

2.1 Aktueller Forschungsstand

2.1.1 Literaturrecherche

Den aktuellen Ist-Zustand zum vorliegenden Thema in der Wissenschaft herauszuarbeiten, stellt sich als sehr herausfordernd dar. Eingehende Recherche in diversen Onlineverzeichnissen (vgl. Springerlink: <https://link.springer.com/>, ThiemeConnect: <https://www.thieme-connect.com/products/all/home.html>, Onlinebibliothek der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit über bibliotheca-open und Quersuche in Google) haben keine passenden Studien- oder Forschungsergebnisse zum Thema dieser Arbeit gefunden.

Aus diesem Grund hat sich die Verfasserin entschieden, eine eigene Umfrage aufzulegen, um das Themengebiet grundlegend zu erschließen. Um fachliche Grundlagen zur Erarbeitung des empirischen Teils zu schaffen, wurde auf angrenzende Forschungsgebiete, wie zum Beispiel die Stigma Forschung ausgewichen, um hieraus zusammen mit den eigenen Forschungsergebnissen eine Brücke zum Themenfeld der psychisch erkrankten Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen zu schlagen.

2.2 Angrenzende Forschungsgebiete

2.2.1 Stigma Forschung und psychische Erkrankungen: Grundlagen

Psychisch Erkrankte selbst unterliegen alleine schon diversen Stigmata. So unterscheiden Rüsç, et al., 2004 zwischen drei verschiedenen Formen der Stigmatisierung: Öffentliche Stigmatisierung, Selbststigmatisierung und strukturelle Diskriminierung.

Unter Öffentlicher Stigmatisierung wird verstanden, dass diverse Stigmata von öffentlichen Stellen (z.B. Medien) übernommen und selektiv verbreitet werden. Beispiele sind hier laut Rüsç et al. vor allem drei spezifische Fehleinschätzungen, die in den Medien gerne verbreitet werden.

So hat eine Analyse von Film- und Printmedien ergeben, dass entweder das Bild des gefährlichen Irren gezeichnet wird, das des Freigeistes, für den autoritär Entscheidungen getroffen werden müssen oder das eines kindlich-naiven Individuums, welches wie ein Kind umsorgt werden muss.

Konkrete Beispiele aus Film und Fernsehen wurden von den Autoren nicht genannt, das Klischee wird jedoch in zahlreiche Kriminal- oder Horrorfilmen und –serien aufgegriffen.

Im Gegensatz dazu steht das Konzept der Selbststigmatisierung, bei der Betroffene auf die ihnen präsentierten Stigmata anspringen und diese für sich als identitätsstiftend aufnehmen. Die Betroffenen leiden oft unter einem geringen Selbstwert und identifizieren sich über und mit den vorgegebenen Stigmata, wie zum Beispiel das Vorurteil, dass psychisch kranke Menschen schwach seien, selbst an ihrer Erkrankung Schuld, oder sich nicht um sich selbst sorgen könnten (Rüsç, et al., 2004, S. 5).

Dies führt aufgrund des geringen Selbstwerts zu einer weiteren Abwertung ihrer selbst und somit zu weiteren, negativen Emotionen.

Negative Erfahrungen und Erlebnisse werden intern attribuiert (Gerrig & Zimbardo, 2008, S. 420, 444 f., 569 f., 637 f. zu Stichwort „Attribution“) und mit der psychischen Erkrankung erklärt.

Langfristig vermindert die interne Attribution negativer Ereignisse und Erfahrungen (negativer Attributionsstil) den Selbstwert weiter, was erneut negative Erfahrungen generiert, sodass die Verhaltensmuster sich langfristig zu einer selbsterfüllenden Prophezeiung („self fulfilling prophecy“ nach Merton, R.) weiterentwickeln.

Das dritte Konzept ist das der Strukturellen Diskriminierung. Hierunter fallen alle Handlungen und Regelungen von öffentlichen und/oder privaten Einrichtungen, die absichtlich oder unabsichtlich auf die Einschränkung der Rechte Betroffener abzielen. Beispiele sind bestimmte Lebensversicherungen oder Berufsunfähigkeitsversicherungen, bei denen Erkrankte nur teilweise oder gar nicht aufgrund ihrer Krankheitsgeschichte versichert werden.

Im Rahmen der strukturellen Diskriminierung sollte vor allem im Rahmen dieser Arbeit ein kritischer Blick auf das Psychotherapeutengesetz geworfen werden. In § 2 PsychThG, der sich mit der Approbation befasst, steht:

„(1) Eine Approbation nach §1 Abs. 1 Satz 1 ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller [...]

4. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist.“

(Vgl. §2, Abs. 1, Nr. 4 PsychThG)

Doch was genau bedeutet „in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet [sein]“?

Im Psychotherapeutengesetz lässt sich hierzu keine Definition finden, die Landesprüfungsämter, die über die Erteilung der Approbation entscheiden, verlangen von Bewerbern aber ein entsprechendes Attest, welches jeder beliebige Arzt ausstellen kann.

Doch wann ist man zur Ausübung des Berufs in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet? Die Frage ist bisweilen ungeklärt und die Antwort hängt stark davon ab, wen man fragt.

Auch das Beamtenrecht in Verbindung mit einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Thema der Dienstfähigkeit weist in eine ähnliche Richtung. So führt das Bundesverwaltungsgericht in der Urteilsschrift aus:

„[...] 37. Zum einen hat dieser bei seinen mündlichen Ausführungen zum chronifizierten Schmerzsyndrom der Klägerin nicht gewürdigt, dass die Schmerzbehandlung mit Botox ab September 2006 **erfolgreich** war. Nach der Niederschrift über die letzte Berufungsverhandlung hat der Gutachter dort selbst ausgeführt, seine Feststellung eines chronifizierten Schmerzsyndroms **wäre unrichtig, wenn** bei der Klägerin eine Therapieform **nachhaltig angeschlagen hätte**. [...]“ (Bundesverwaltungsgericht: Urteil 2 C 16.12, 30.10.2013)

Die oben angeführte Begründung des BVerwG indiziert deutlich, dass trotz Lockerung der Kriterien für die Verbeamtung auf Lebenszeit weiterhin vorausgesetzt wird, dass eine Behandlung doch bitte erfolgreich absolviert worden sein soll und die Therapieform nachhaltig angeschlagen haben soll.

Rückfall, nein danke.

Es wird verlangt, dass eine Erkrankung nachhaltig geheilt sein soll. Doch ist das bei psychischen Erkrankungen überhaupt möglich? Es wird eine Spritze oder eine Pille verlangt, die den ganzen Krankheitsprozess beendet und den vorherigen Zustand der Gesundheit wiederherstellt.

Viele psychische Erkrankungen funktionieren jedoch mit einer völlig anderen und viel komplexeren Eigendynamik. Die erwünschte, völlige Remission erleben nicht viele Erkrankte tatsächlich.

Ein weiteres Beispiel für Strukturelle Diskriminierung psychisch Kranker ist die allgemeingültige Meinung im Bereich der beruflichen Rehabilitation, dass Menschen mit jeglicher psychischen Vorerkrankung nicht mehr im Gesundheit- oder Sozialwesen eingegliedert werden sollen. So lautet zumindest häufig das Urteil von arbeitsmedizinischen Diensten und Rehabilitationsberatern, wie die Verfasserin in ihrem beruflichen Alltag durchaus immer wieder mitbekommen hat.

Diese Meinung wird häufig eindimensional und unreflektiert von diversen Fachkräften in der beruflichen Rehabilitation vertreten (z.B. Berufsförderungswerke, Beratungsfachkräfte, Arbeitsmedizinische Dienste...).

2.2.2 Folgen der Stigmatisierung

Grundlegende Folgen der Stigmatisierung wurden bereits für die Selbststigmatisierung im vorherigen Kapitel aufgezeigt.

Doch nicht nur Selbststigmatisierung kann negative Folgen haben, auch andere Formen der Stigmatisierung wirken sich auf die Betroffenen aus.

So gibt es zwei entgegengesetzte Verhaltensstrategien der Betroffenen; Vermeidung, Rückzug, Geheimhaltung (passiv-vermeidend) und Information der Umwelt (aktiv-offensiv).

Menschen, die von Stigmata betroffen sind, suchen laut Rüsck et al. entweder den Kontakt zu gleichgesinnten bzw. ebenfalls betroffenen Menschen (Goffman, 1963: „the own“) oder aber zumindest den Kontakt zu Menschen, die sie nach reiflicher Überlegung einweihen und von denen sie wissen, dass sie nicht diskriminiert werden (Goffman, 1963: „the wise“).

Ziel dieses selektiven Umgangs mit der Erkrankung ist, die Stigmatisierung und Diskriminierung so gering wie möglich zu halten.

Offensichtlich führt diese Strategie aber dazu, dass in der breiten Öffentlichkeit weiterhin häufig die Sensibilisierung für psychische Erkrankungen fehlt, da der Prozentsatz der tatsächlich betroffenen Menschen unterschätzt wird.

Außerdem führt diese Strategie trotz der vermeintlichen Vorteile schnell zu sozialer Isolation, da Betroffene sich nur mit einem geringen, sozialen Umfeld umgeben. Die zugehörigen Personen werden genauestens ausgewählt und Menschen, über die kein Urteil im Sinne der genannten Kategorien nach Goffman getroffen werden kann, werden in der Regel eher gemieden.

Die zweite Bewältigungsstrategie, welche der Geheimhaltung komplett entgegensteht, ist die Strategie der Information.

Hierbei entscheiden sich Betroffene, ihre Umwelt über die Erkrankung zu informieren (Rüsch, et al., 2004, p. 7) mit dem Ziel, für die Erkrankung zu sensibilisieren.

Häufig wird hierfür eine sachliche Informationsweise im Sinne der Psychoedukation genutzt, um die Umwelt über die Erkrankung aufzuklären.

Es wird unterschieden, ob Betroffene ihre Erkrankung lediglich einem kleinen Kreis von Menschen erklärt (häufig im sozialen Umfeld) oder aber permanent offen damit umgeht. Dies hängt davon ab, wie groß das eigene Selbstwertgefühl der Betroffenen und wie groß die Angst vor Ablehnung ist, da die Gefahr der Ablehnung durch andere Menschen größer ist, je mehr Menschen man aktiv über die eigene Erkrankung aufzuklären versucht.

Trotz der Gefahr der Ablehnung durch Andere kann ein großer Vorteil dieser Methode in einer weiteren Erhöhung und Festigung des Selbstwerts durch die Umwelt gesehen werden, da die Betroffenen sich nun nicht mehr verstellen müssen und mit etwas mehr Verständnis für die Situation des Betroffenen zu rechnen ist.

Außerdem fällt der belastende Faktor der permanenten Geheimhaltung weg.

Eine weitere Folge der Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen besteht laut Rüsch et al. auch in der darauffolgenden Stigmatisierung von Hilfsangeboten für den stigmatisierten Personenkreis.

Therapeutische und beratende Angebote werden schnell mit den Stigmata der Erkrankungen assoziiert und belegt, was es gerade Betroffenen, die zu passiv-vermeidenden Bewältigungsstrategien neigen, noch schwerer macht, diese Angebote wahrzunehmen oder verlässlich durchzuhalten, obwohl bei vielen Erkrankungen mit einer guten und durchgängigen Behandlung durchgreifende Verbesserungen erzielt werden können.

Laut Rüscher et al. besteht ein Zusammenhang zwischen mangelhafter oder fehlender Medikamenteneinnahme und der Stigmatisierung der Behandlung.

Kleimann (2013) konnte bei einer Studie feststellen, dass ca. 40% der behandelten Patienten mit einer bipolaren Störung (Diagnostische Kriterien gemäß DSM-5) ihre Medikation eigenständig absetzte, umdosierte oder gar nicht erst einnahm. Zu den Gründen dieses Verhaltens wurde aber kein Zusammenhang mit Behandlungsstigmata herausgearbeitet. Daher ist hier noch zu prüfen, inwiefern nicht auch andere Faktoren (z.B. Angst vor oder Erleben von Nebenwirkungen) ebenfalls eine Erklärung für dieses Verhalten sein könnte.

Dennoch könnte eine weitere Untersuchung des Zusammenhangs von unzuverlässiger Medikamenteneinnahme und der Stigmatisierung von Behandlungsmöglichkeiten ein lohnenswertes Forschungsthema sein.

Fatal wird die Angst vor Stigmatisierung, sobald sie Betroffene dazu verleitet, keine Behandlung wahrzunehmen, da die Angst vor Etikettierung zu groß ist.

Besonders im Gesundheits- und Sozialwesen ist die Hemmschwelle, Behandlungen wahrzunehmen oft noch höher als in anderen Berufszweigen. Betroffene, die sich für eine passiv-vermeidende Strategie entschieden haben, müssen nicht nur ihre Symptome im Umfeld von durchaus fachlich versierten Kollegen geheim halten, sie müssen bei der eventuellen Inanspruchnahme von Hilfsangeboten auch noch darauf achten, dass sie Kollegen nicht als Patienten begegnen. Die Rolle zwischen Inanspruchnehmer von Hilfe und Kollege verschwimmt, da die Betroffenen eine Doppelrolle innehaben.

Ein weiteres Risiko im Rahmen der Stigmatisierung stellt das sogenannte „courtesy stigma“ nach Goffman dar. Unter diesem Begriff versteht man die Stigmatisierung von Familienmitgliedern einer von einem bestimmten Stigma betroffenen Person. Die Stigmatisierung der betroffenen Person wird also auch auf die Familie übertragen und diese ebenfalls mit den Eigenschaften assoziiert, die dem Stigma folgen.

Auf diese Art der Stigmatisierung reagieren Familienmitglieder ebenfalls unterschiedlich, auch hier lassen sich zwei der drei Kategorien der Stigmatisierung (vgl. Punkt 2.1.1) anwenden: Öffentliche Stigmatisierung und Selbststigmatisierung [der Familie].

Beide Varianten führen letztendlich zu einer deutlichen Belastung des familiären Systems, da entweder durch das soziale Umfeld die Schuld für die Erkrankung des Betroffenen bei der Familie gesucht wird („Öffentliche Stigmatisierung“, i.e. falsche/dysfunktionale Erziehung, Weitergabe der Erkrankung durch schlechtes Erbgut, nicht genug positiver Einfluss) oder aber die Familie sich selbst stigmatisiert und dadurch die vorab genannten Mechanismen zur Selbststigmatisierung auf das ganze Familiensystem Anwendung finden; sozialer Rückzug und Scham sind die Folge.

2.2.3 Auswirkung von Stigmatisierung auf Behandlungsinstitutionen und Hilfsangebote

Nicht nur die Betroffenen selbst und ihr Familiensystem leiden unter den Folgen von Stigmatisierung, auch Behandlungsinstitutionen und Hilfsangebote werden mit gewissen Stigmata assoziiert und stereotypisiert, sodass die Hemmschwelle wächst, sich tatsächlich in Behandlung zu begeben.

„Irrenanstalt. Irrenhaus. Klapsmühle. Hoppla.“ Umgangssprachliche Worte, die alle eine psychiatrische Klinik beschreiben sollen. „Nervenarzt. Seelenklempner.“ - Bezeichnungen für Psychiater und Psychotherapeuten.

Alle diese Wörter entstammen diversen Dialekten, dennoch weiß sofort jeder, was unter den genannten Begrifflichkeiten zu verstehen ist. Durch die verbreitete Benutzung dieser Begriffe und die negative Konnotation wird eine Abwertung geschaffen und somit automatisch auch eine Stigmatisierung der dortigen Patienten durchgeführt. Man schafft eine Assoziation der Begrifflichkeit mit den Patienten.

Der Patient einer psychiatrischen Klinik ist nun automatisch auch irgendwo ein „Irre“, da er ja in einer Irrenanstalt ist.

Dabei sind viele psychisch Erkrankte durchaus im Bereich der high-functioning Erkrankungen einzuordnen. Sie bewältigen ihr Leben mehr oder minder selbstständig, sie gehen häufig einer geregelten Arbeit nach und pflegen durchaus mehr oder weniger viele Sozialkontakte - nach Hochrechnung der DAK sind ca. 1.9 Millionen Arbeitnehmer von psychischen Erkrankungen betroffen (DAK-Gesundheit, 2015). Die Betroffenen fühlen sich aufgrund ihrer durchaus vorhandenen Funktionalität nicht „irre“ – verständlicherweise. Wieso sollten sie also in eine „Irrenanstalt“ gehen, in der sich nur „Irre“ befinden?

Genau diese Stigmatisierung und daraus resultierende Denkmuster machen es für Betroffene so schwer, Hilfsangebote überhaupt zu bedenken und diese dann auch noch in Anspruch zu nehmen. Die Hemmschwelle, sowohl organisatorisch (Verwaltungsaufwand, Antragstellung), zeitlich (Wartezeiten bei Kliniken, Ärzten und Therapeuten) als auch sozial (Stigmatisierung) sind immens, sodass viele Betroffene lieber keine Hilfe in Anspruch nehmen, als sich den genannten Hürden auszusetzen.

Gerade diese Verhaltensweise ist im Gesundheits- und Sozialwesen fatal; da hier die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung oft noch schwieriger zu kompensieren sind. Wenn die Arbeit selbst ebenfalls sehr fordernd ist, ist es nur eine Frage der Zeit, bis das bisher funktionale System in sich zusammenbricht.