

Konzepte, Indikatoren und Messinstrumente zur Erfassung der Wirkung von Anti-Stigma- Maßnahmen im Bereich psychischer Erkrankungen – Kurzsrecherche

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Konzepte, Indikatoren und Messinstrumente zur Erfassung der Wirkung von Anti-Stigma- Maßnahmen im Bereich psychischer Erkrankungen

Kurzrecherche

Ergebnisbericht

Autorin:

Katja Antony

Projektassistenz:

Romana Landauer

Interner Review:

Roman Winkler

Monika Nowotny

Julian Strizek

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorin und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Jänner 2021

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Antony, Katja (2020): Konzepte, Indikatoren und Messinstrumente zur Erfassung der Wirkung von Anti-Stigma-Maßnahmen im Bereich psychischer Erkrankungen. Kurzrecherche. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/31/5114

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3, „Gesundheit und Wohlbefinden“ sowie des Gesundheitsziels 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ bei.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund/Aufgabenstellung/Fragestellung

Die „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“ wurde im Jahr 2018 im Zuge der Arbeiten zum österreichischen Gesundheitsziel 9, „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“, ins Leben gerufen und verfolgt u. a. die Zielsetzung, einen Empfehlungskatalog für ein koordiniertes multistратегisches Vorgehen gegen das Stigma psychischer Erkrankung zu entwickeln. Als ersten Schritt nahm sie 2019 eine Bestandserhebung der aktuellen Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich vor, wobei eine Evaluierung der stigmaspezifischen Wirkung dieser Maßnahmen nur in Einzelfällen durchgeführt wurde. Um Aussagen über die Effekte dieser Maßnahmen treffen zu können, wurde die Empfehlung abgeleitet, die Evaluation der spezifischen Wirkungen von Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich voranzutreiben. Vor diesem Hintergrund beauftragte das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit einer (Kurz-)Recherche zum Thema „Konzepte, Indikatoren und Messinstrumente zur Erfassung der Wirkung von Anti-Stigma-Maßnahmen im Bereich psychischer Erkrankungen“.

Methode

Zielsetzung der vorliegenden (Kurz-)Recherche ist, einen Überblick über die in der wissenschaftlichen Literatur angeführten Konzepte, Indikatoren und Messinstrumente im Bereich der Wirkungsevaluation von Anti-Stigma-Maßnahmen zu geben. Dazu wurde eine systematische Literatursuche in der Datenbank Medline nach einschlägigen Übersichtsarbeiten, Metaanalysen sowie Evaluationen (Suchzeitraum 2010 – November 2020) durchgeführt. Die insgesamt 550 Treffer wurden nach vorab definierten Kriterien selektiert. Die identifizierten 23 Übersichtsarbeiten und Metaanalysen wurden entsprechend der Fragestellung hinsichtlich der Darstellung von Konzepten, Indikatoren und Messinstrumenten geprüft und die Angaben tabellarisch und textlich zusammenfassend dargestellt. Nichtziel der vorliegenden Recherche ist die Darstellung und Bewertung der Effektivität konkreter Anti-Stigma-Maßnahmen bzw. -Programme. Eine Qualitätsbewertung der Studien konnte aufgrund der Fragestellung unterbleiben, eine tiefergehende Recherche zu den konkreten Messinstrumenten und ihren Gütekriterien war nicht Bestandteil des Auftrags.

Ergebnisse

Auf Basis einer umfassenden Arbeit von **Fox et al. (2018)** kann festgehalten werden, dass zur Messung von Stigma auf individueller Ebene für jeden der folgenden definierten Stigma-Mechanismen (Stereotype, Vorurteile, Diskriminierung, internalisiertes, antizipiertes und erfahrenes sowie wahrgenommenes Stigma) zumindest ein gut validiertes Messinstrument verfügbar ist, das auch in der wissenschaftlichen Literatur gut etabliert ist. Das sind

- » die Opinions about Mental Illness (OMI) nach Cohen & Struenig,
- » die Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAMI) nach Taylor & Dear,

- » die Stigma Consciousness Scale nach Pinel,
- » die Stigmatization Scale nach Harvey,
- » die Medical Condition Regard Scale (MCRS) nach Christenson et al.,
- » die Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) nach Boyd Ritsher et al.,
- » der Attitudes to Mental Illness Questionnaire (AMIQ) nach Luty et al. und
- » die Discrimination and Stigma Scale nach Brohan et al.

Aus den Übersichtsarbeiten, die sich mit Anti-Stigma-Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen allgemein, mit ihrer Anwendung bei spezifischen Zielgruppen, in spezifischen Settings oder auch mit Maßnahmen für bestimmte Erkrankungen auseinandersetzen, können aufgrund der Vielzahl der eingesetzten Instrumente, der unterschiedlich detaillierten Angaben in den Übersichtsarbeiten/Metaanalysen und der Überschneidung der eingeschlossenen Arbeiten nur bedingt Aussagen getroffen werden: Jedenfalls wurden drei (OMI, CAMI und AMIQ) der acht von Fox et al. (2018) als „gut etabliert“ klassifizierten und validierten Instrumente auch in den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zugrunde liegenden Studien mehrmals verwendet. Ein viertes Messinstrument (MCRS) wurde zumindest in einer Studie eingesetzt. Andere Messinstrumente, die auch häufiger in den hier eingeschlossenen Übersichtsarbeiten Erwähnung finden, waren jedenfalls: der Attribution Questionnaire (AQ, nach Corrigan et al.), der Acceptance and Action Questionnaire (AAQ, nach Hayes), die Social Acceptance Scale (SAS), die Stigma Scale for Receiving Psychological Help (SSRPH), die Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH), die Dangerousness Scale (DS, nach Griffith), die Perceived Dangerousness Scale (nach Link und Culle), die Penn Affective Reactions Scale, die Positive and Negative Affect Scale (PANAS-X), spezifische Messinstrumente für Gesundheitspersonal, die Mental Illness: Clinicians Attitude Scale (MICA) und der Opening Minds Survey for Healthcare Providers (OMS-HC) sowie krankheitsspezifische Messinstrumente.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion

Insgesamt wurden in den Übersichtsarbeiten zugrunde liegenden Studien zumeist mehrere Messinstrumente eingesetzt. Weil Stigma als komplexes, mehrdimensionales Phänomen zu verstehen ist, das seine Wirkungen über verschiedene Mechanismen entfaltet, ist der Einsatz mehrerer Messinstrumente insbesondere zur Identifikation erwünschter und unerwünschter Wirkungen von Anti-Stigma-Maßnahmen zu empfehlen. Mehrere validierte und etablierte Messinstrumente stehen bereits zur Beschreibung und Messung unterschiedlicher Stigma-Mechanismen zur Verfügung. Der Bedarf an der (Weiter-)Entwicklung von Messinstrumenten ist daher zu prüfen, um Duplizierungen zu vermeiden.

Für die Evaluation von Anti-Stigma-Maßnahmen ist es relevant, dass erst nach klarer Definition des Interventionsziels und Beschreibung der theoretischen Fundierung / der Wirkannahmen, die Messinstrumente zur Erhebung potenzieller intendierter und nichtintendierter Wirkungen gewählt werden, wobei zur konkreten Auswahl von Stigma-Messinstrumenten, die Link et al. (2004) vorschlagen, folgende sechs Fragen zu berücksichtigen sind:

„(1) Wie lautet die Forschungsfrage, und welche Variablen muss man messen, um die gestellte Frage zu beantworten? (2) Gibt es ein vorhandenes Maß? (3) Ist es für die untersuchte Population

geeignet (oder kann es so modifiziert werden, dass es geeignet ist)? (4) Ist das Maß für die angewandte Studienmethodik geeignet? (5) Ist die Messung zuverlässig und valide, und könnte soziale Erwünschtheit die Antworten auf die Messung beeinflussen? (6) Ist die Durchführung der Messung für die Teilnehmer machbar?“ (Link et al. zit. nach Fox et al. 2018, S. 22)

Das Gros der Messinstrumente erfasst intermediäre Ergebnisse (z. B. Wissen, Einstellungen, Handlungsabsichten), jedoch erst das konkrete Verhalten von Personen bewirkt Stigmatisierung bzw. einen Rückgang von Stigma. Evaluationen sollten daher darauf zielen, sowohl Wirkungen, die über die Selbsteinschätzung der Stigmatisierung hinausgehen wie etwa jene des tatsächlichen Verhaltens als auch implizite Vorurteile gegenüber Personen mit psychischen Erkrankungen zu erfassen.

Da Anti-Stigma-Maßnahmen auf längerfristige Veränderungen von Stigma psychischer Erkrankungen zielen, sollte der Fokus ihrer Evaluation auf die Messung längerfristiger Effekte (sechs Monate oder länger) gerichtet werden und sollten nicht bloß kurzfristige Effekte erfasst werden.

Schlüsselwörter

Stigma, Messinstrumente, Evaluation

Summary

Background/Subject/Research Question

The Competence Group for Destigmatisation was established in 2018 as part of the work on the Austrian Health Goal 9, “Promoting psychosocial health among all population groups”. Its objectives include developing a catalogue of recommendations for a coordinated multistrategic approach against stigma of mental illness. As a first step, a survey of the current anti-stigma activities in Austria was conducted in 2019; an evaluation of the stigma-specific effect of these activities was scarce. To enable measuring the effects of these activities, the recommendation to evaluate these activities was derived. Against this background, the Federal Ministry of Social Affairs, Health, Long-Term Care and Consumer Protection (BMSGPK) commissioned Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) to conduct a (brief) review on the topic of “Concepts, indicators and measurement instruments for recording the effect of anti-stigma measures in the field of mental illness”.

Methods

A systematic literature search was conducted in the Medline database for systematic reviews and meta-analyses as well as evaluations of anti-stigma measures (search period 2010 – Nov. 2020). 550 abstracts were retrieved and screened according to predefined criteria. 23 relevant publications were identified, and indicators and measurement instruments reported in these were summarised. Due to the scope of the study, no quality assessment of the included studies was undertaken. The report neither aims at evaluating the effectiveness of anti-stigma measures or programs nor at describing the identified measures in depth.

Results

Fox et al. (2018) state in their comprehensive review of stigma measures, that at least one well-validated measurement instrument at the individual level, is available for each of the following mechanisms (stereotypes, prejudice, discrimination, internalised, anticipated and experienced stigma, and perceived stigma), which is also well established in the scientific literature. These are

- » the Opinions about Mental Illness (OMI, Cohen & Struenig),
- » the Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAM, Taylor & Dear),
- » the Stigma Consciousness Scale (Pinel),
- » the Stigmatization Scale (Harvey),
- » the Medical Condition Regard Scale (MCRS) (Christenson et al.),
- » the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) (Boyd Ritscher et al.),
- » the Attitudes to Mental Illness Questionnaire (AMIQ) (Luty et al.) and
- » the Discrimination and Stigma Scale (Brohan et al.).

From the reviews that have looked at anti-stigma measures for mental illness in general, at their application to specific target groups, in specific settings, or even at measures for specific illnesses,

only limited conclusions can be drawn due to the large number of instruments used, the varying degrees of detail in the reviews/meta-analyses, and the overlap of the included papers: three of the eight instruments (OMI, CAMI, and AMIQ) classified as “well-established” and validated by Fox et al. (2018) were also used multiple times in the studies on which the included reviews are based. A fourth measurement tool (MCRS) was used in at least one study. Further measurement instruments that were mentioned more frequently in the reviews included were: the Attribution Questionnaire (AQ, after Corrigan et al.), the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ, according to Hayes), the Social Acceptance Scale (SAS), the Stigma Scale for Receiving Psychological Help (SSRPH), the Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH), the Dangerousness Scale (DS, according to Griffith), the Perceived Dangerousness Scale (according to Link and Cullen), the Penn Affective Reactions Scale, the Positive and Negative Affect Scale (PANAS-X), specific measurement instruments for health care professionals, the Mental Illness: Clinicians Attitude Scale (MICA) and the Opening Minds Survey for Healthcare Providers (OMS-HC), as well as disease-specific measurement instruments.

Discussion/Conclusion/Recommendations

Most of the studies on which the reviews were based used multiple measurement instruments. Because stigma is a complex, multidimensional construct that unfolds its effects via different mechanisms, the use of multiple measurement instruments is recommended for identifying intended and non-intended effects of anti-stigma activities. Several validated and established measurement instruments are already available thus the need for the (further) development of measurement instruments should be considered thoroughly to avoid duplication.

Instruments for measuring effectiveness of anti-stigma-activities should be chosen after the aim of the anti-stigma activity has been clearly defined and the theory of change has been specified. Selection of measures should be preceded by answering six questions as suggested by Link et al. (2004): *(1) What is the research question, and what are the variables one must measure to answer the question posed? (2) Is there an existing measure available? (3) Is it suitable for the population under examination (or can it be modified to make it appropriate)? (4) Is the measure appropriate to the study methodology in use? (5) Is the measure reliable and valid, and could social desirability influence responses to the measure? (6) Is the administration of the measure feasible for participants?* (vgl. Fox et al. 2018) The vast majority of measurement instruments capture intermediate outcomes (e.g., knowledge, attitudes, behavioural intentions), but it is the behaviour of individuals that causes (a reduction of) stigma. Evaluations should therefore aim to capture both effects that go beyond self-assessment of stigma, such as those of actual behaviour and implicit prejudice against persons with mental illness.

Since anti-stigma interventions aim at long-term changes in stigma of mental illness, the focus of the evaluation should be on measuring these effects (six months or longer) and not merely short-term effects.

Keywords

stigma, measures, evaluation

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	VI
Abbildungen.....	X
Tabellen	XI
Abkürzungen	XII
1 Einleitung.....	1
2 Fragestellung	5
3 Methodik.....	6
3.1 Literatursuche	6
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien	6
3.3 Berücksichtigte Literatur	8
4 Ergebnisse: Messinstrumente für Stigma auf individueller Ebene.....	10
4.1 Konzeptualisierung, Mechanismen und Messinstrumente für Stigma psychischer Erkrankungen nach Fox et al. (2018).....	10
4.1.1 Mental Illness Stigma Framework (MISF)	11
4.1.2 Messinstrumente zur Erfassung von Stigma auf individueller Ebene und ihre Einordnung in das MISF	13
4.2 Übersichtsarbeiten zu Anti-Stigma-Maßnahmen.....	21
4.2.1 Übersichtsarbeiten zu allgemeinen Interventionen zur Reduktion von Stigma bei psychischen Erkrankungen	22
4.2.2 Übersichtsarbeiten zu speziellen Settings, Zielgruppen oder psychischen Erkrankungen.....	32
5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	46
6 Anhang	53
6.1 Suchstrategie	53
6.2 Operationalisierung der Begrifflichkeiten des MISF nach Fox et al. (2018).....	55
7 Literatur	57

Abbildungen

Abbildung 3.1: Literaturselektion	9
Abbildung 4.1: Mental Illness Stigma Framework nach Fox et al. (2018).....	11

Tabellen

Tabelle 3.1: .Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturselektion	7
Tabelle 4.1: Messinstrumente für Stigma psychischer Erkrankungen und ihre Einordnung in das MISF nach Fox et al. (2018)	15
Tabelle 4.2: Übersichtsarbeiten zu Anti-Stigma-Maßnahmen für psychische Erkrankungen – allgemein	28
Tabelle 4.3: Übersichtsarbeiten zu speziellen Anti-Stigma-Maßnahmen für psychische Erkrankungen (zielgruppenspezifische, settingorientierte oder erkrankungsspezifische Übersichtsarbeiten)	41
Tabelle 7.1: Suchstrategie	53
Tabelle 7.2: Operationalisierung der Begrifflichkeiten des MISF (Definitionen und Itembeispiele).....	55

Abkürzungen

AAQ	Acceptance and Action Questionnaire
APS	Attitude to Psychiatry Scale
AQ	Attribution Questionnaire
ARF-neg	Adjective Rating Form (negative)
AS	Affect Scale nach Penn
ATSMIS	Attitudes Toward Serious Mental Illness Scale
ATSPPH	Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BSSD	Bogardus Scale of Social Distance
CAMI	Community Attitudes Toward the Mentally Ill Scale
CBA	kontrollierte Prä-Post-Studien (controlled before-after study)
CCT	klinische, kontrollierte Studie (clinical controlled trial)
CESQ	Consumer Experiences of Stigma Questionnaire
COSMIN	consensus-based standards for the selection of health measurement instruments
DS	Dangerousness Scale
DSM-IV-TR	Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen – Textrevision (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSS	Depression Stigma Scale
EDPTS	Eating Disordered Persons Trait Survey
EDSS	Eating Disorder Stigma Scale
FAKT	First Aid Knowledge Test
FS-ADS	Family Stigma in Alzheimer’s Disease Scale
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
IAT	Implicit Attitudes Test
ICD-10	International Classification of Diseases
IOOV	In Our Own Voice
IRI	Interpersonal Reactivity Index
ISMI	Internalized Stigma of Mental Illness

JSPE-S	Jefferson Scale of Physician Empathy Student Version
LMIC	Länder mit niedrigem oder mittlerem Einkommen (low and middle income countries)
MA	Metaanalyse
MCRS	Medical Condition Regards Scale
MHLQ-B	Mental Health Literacy Questionnaire – Bulimia nervosa
MICA	Mental Illness: Clinicians Attitude Scale
MISF	Mental Illness Stigma Framework
OMI	(Modified) Opinions about Mental Illness
OMS-HC	Opening Minds Survey for Healthcare Providers
PANAS-X	Positive and Negative Affect Scale
PICO	Population, Intervention, Control, Outcome (Schema)
PMI	Personen mit psychischen Erkrankungen (Persons with mental illnesses)
PPA-Q	Personal Responsibility, Pity, and Anger Questionnaire
PRISM-PC	Perceptions Regarding Investigational Screening for Memory in Primary Care
QED	quasiexperimentelles Design
RCT	randomisierte kontrollierte Studie
RIBS	Reported and Intended Behaviour Scale
SAS	Stigma and Acceptance Scale
SDS	Social Distance Scale
SIS	Social Impact Scale
SR	systematische Übersichtsarbeit
SSRPH	Stigma Scale for Receiving Psychological Help

1 Einleitung

Projektauftrag

Die „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“ wurde im Jahr 2018 im Zuge der Arbeiten zum österreichischen Gesundheitsziel 9, „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“, ins Leben gerufen. Ihre Zielsetzung ist unter anderem, einen Empfehlungskatalog für ein koordiniertes multistратегisches Vorgehen gegen das Stigma psychischer Erkrankung (im ICD-10 als Kategorie F, „Psychische und Verhaltensstörungen“, klassifiziert) zu entwickeln. Als ersten Schritt führte sie 2019 eine Bestandserhebung der aktuellen Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich durch. Dabei konnten über 200 Aktivitäten gezählt werden, allerdings erfolgte nur in Einzelfällen die Evaluierung der stigmaspezifischen Wirkung. Daraus wurde die Empfehlung abgeleitet, die Evaluation der spezifischen Wirkungen von Anti-Stigma-Aktivitäten in Österreich zu stärken. Die vorliegende Arbeit soll als Auftakt dazu einen Überblick über die in der wissenschaftlichen Literatur eingesetzten Konzepte, Indikatoren und Messinstrumente zur Erfassung der Wirkung von Anti-Stigma-Maßnahmen bieten.

Um die Effekte (Wirkungen) von Anti-Stigma-Maßnahmen zu evaluieren, sind konkrete Ergebnisparameter (Outcomes/Indikatoren) zu definieren und deren Veränderungen mittels Erhebungsinstrumenten zu messen. Das Stigma psychischer Erkrankung ist jedoch ein komplexes Konstrukt, dessen Definition sich zwischen, aber auch innerhalb wissenschaftlicher Disziplinen wie der Psychologie, Soziologie oder Anthropologie unterscheidet (vgl. Fox et al. 2018). Damit, aber auch aufgrund der unterschiedlichen Zielsetzungen der Maßnahmen kommt in der Evaluierung von Anti-Stigma-Maßnahmen bzw. in der Forschung dazu auch eine Vielzahl von Konzepten und Indikatoren bzw. Messinstrumenten zum Einsatz, was die Erfassung der verschiedenen Konzepte von Stigma auch tatsächlich erfordert. Werden jedoch Messinstrumente für ein Konstrukt bzw. dessen Dimensionen entwickelt, für das bereits validierte Instrumente vorliegen, so kann dies zu Ineffizienzen führen und die Ableitung umfassender Schlussfolgerungen aus der wissenschaftlichen Literatur erschweren – im vorliegenden Fall bei der Beurteilung der Effektivität unterschiedlicher Anti-Stigma-Maßnahmen (vgl. Fox et al. 2018).

Vor diesem Hintergrund beauftragte das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit einer (Kurz-)Recherche zum Thema „Konzepte, Indikatoren und Messinstrumente zur Erfassung der Wirkung von Anti-Stigma-Maßnahmen im Bereich psychischer Erkrankungen“.

Analyseperspektiven und Erkenntnisinteresse von Evaluationen

Evaluationen sind als Teil der angewandten Sozialforschung zu verstehen und bewegen sich in einem „*Spannungsverhältnis zwischen Wissenschaftlichkeit und Nützlichkeit*“ (Stockmann 2007, S. 29). Einerseits gelten für wissenschaftlich bzw. professionell durchgeführte Evaluationen die in der Wissenschaft grundlegenden Regeln für das Sammeln valider und reliabler Daten – auch hat

die Informationsbewertung anhand systematisch vergleichender Verfahren zu erfolgen –, andererseits richtet sich die Formulierung der Fragestellungen meist an außerwissenschaftliche Erkenntnisinteressen und Verwertungskontexte (vgl. Stockmann 2007, S. 27 ff.).

Sollen Anti-Stigma-Aktivitäten evaluiert werden, ist zunächst festzulegen, mit welcher Zielsetzung die Evaluation stattfinden soll.

Programm- bzw. Projektevaluationen können je nach Zielsetzung in **unterschiedlichen Programm- bzw. Projektphasen** ansetzen (Ex-ante-Evaluation, formative und summative Evaluation) und unterschiedliche Fragestellungen an das Programm bzw. Projekt richten.

Deskriptive Fragestellungen fokussieren auf die Beschreibung der Umsetzung des Programms bzw. Projekts und beschäftigen sich mit Prozessen, Bedingungen, organisatorischen Beziehungen und Sichtweisen der Beteiligten bzw. Stakeholder. **Normative Fragestellungen** stehen oftmals für Auftraggeber von Evaluationen im Fokus. Sie bewerten Umsetzungsaktivitäten, vergleichen Ist- und Sollzustände und gehen damit der Frage der Zielerreichung nach. Evaluationen, die auf Ebene der Programm- oder Projektziele ansetzen, legen zum einen zugrunde, dass es klar definierte Ziele gibt und diese von allen Programm- und Projektbeteiligten geteilt werden, zum anderen besteht in ihrem Fall die Gefahr, dass Ziele möglichst allgemein formuliert werden, damit diese jedenfalls erreicht werden, und dass Wirkungen, welche nicht in der Zielformulierung berücksichtigt wurden, nicht betrachtet werden. Daraus ergibt sich, dass Evaluationen, welche ausschließlich auf die Zielsetzungen des Programms bzw. Projekts fokussieren, Limitationen unterliegen. **Fragen nach Ursachen und Wirkungen** fokussieren auf Attribution, sie fragen nach dem Einfluss, den die Programme und Projekte auf Ebene der „Outcomes“ bzw. „Impacts“ erzielen. (vgl. Gertler et al. 2016, S. 7f.; Stockmann/Meyer 2014, S. 77 ff.)

Wirkungsorientierte Evaluationen zielen darauf ab, sowohl die intendierten als auch die nicht-intendierten, die positiven wie auch die negativen Wirkungen auf Strukturen, Prozesse und Verhalten bzw. Ergebnisse eines Programms bzw. Projekts (hypothesengeleitet) zu erfassen. Das heißt, die erzielten „Outcomes“ bzw. „Impacts“ des Programms bzw. Projekts sollen umfassend erfasst werden, und es soll zwischen (Netto-)Wirkungen des Programms bzw. Projekts und Einflüssen anderer Faktoren unterschieden werden. (Stockmann/Meyer 2014, S. 77 ff.)

Umgelegt auf das (vereinfachende) Konzept des Logic Model, welches fünf Elemente umfasst und aufzeigt, mit „*welchen Mitteln (Input) über welchen Weg (Umsetzung/Maßnahmen) mittels welcher Leistungen (Output) welche Wirkungen (Outcome) bei den Zielgruppen oder Politikadressaten erzielt werden sollen und wie dadurch gesellschaftliche Probleme (Impact) gelöst werden sollen*“, kann festgehalten werden, dass Wirkungen erst auf Ebene des Outcomes bzw. Impacts erzielt werden. Auf Ebene des Outputs werden noch keine Wirkungen erfasst (vgl. Balthasar/Fässler 2017).

Verdeutlicht am Beispiel eines Programms zur Entstigmatisierung, wäre beispielsweise die (Erarbeitung und) Implementierung einer edukativen Maßnahme mit Kontakt zu Betroffenen für eine bestimmte Zielgruppe ein möglicher Output des Programms, die (möglichen) Wirkungen (Outcome) wie z. B. die Veränderung der Einstellungen oder auch des Verhaltens gegenüber psychisch erkrankten Personen setzen aber erst nach dessen Implementierung ein. Von Impact wäre bei einer

konkreten Änderung der Benachteiligungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen aufgrund dieser Einstellungs-/Verhaltensänderung zu sprechen.

Zielsetzung

Zielsetzung der vorliegenden (Kurz-)Recherche ist, einen **Überblick über die in der** – per systematische Literatursuche in Literaturdatenbanken identifizierten – **wissenschaftlichen Literatur angeführten Konzepte, Indikatoren und Messinstrumente im Bereich der Wirkungsevaluation von Anti-Stigma-Maßnahmen** zu geben. Dieser systematische Überblick soll der Kompetenzgruppe als Informationsbasis für ein weiteres Vorgehen im Bereich der Evaluierung von Anti-Stigma-Maßnahmen bezüglich psychischer Erkrankungen in Österreich dienen.

Die Fragestellung bezieht sich dabei auf Indikatoren und Messinstrumente zur Evaluation der Effekte von Anti-Stigma-Maßnahmen. Voraussetzungen, um mit Anti-Stigma-Maßnahmen entsprechende Wirkungen zu erzielen, sind eine klare Zielsetzung und Konzeption sowie eine adäquate Umsetzung dieser.

Nichtziel der vorliegenden Arbeit

Die vorliegende (Kurz-)Recherche zielt weder auf die Darstellung von Qualitätskriterien für die Konzeption und Umsetzung von Anti-Stigma-Maßnahmen oder -Programmen noch auf die Darstellung und Bewertung der Effektivität konkreter einschlägiger Maßnahmen bzw. Programme.

Stigma psychischer Erkrankungen

Entsprechend der Vielzahl der wissenschaftlichen Disziplinen, die sich mit Stigma (psychischer Erkrankungen) beschäftigen, und der **Vielzahl der Konzepte** bzw. Konstrukte von Stigma gibt es dafür **keine einheitliche wissenschaftliche „Begriffsbestimmung“**. Überdies wird der Begriff Stigma in der Literatur zum einen für die Einstellungen, die zu Stigmatisierung führen, zum anderen für die Wirkungen der Stigmatisierung verwendet (vgl. Fox et al. 2018). Link/Phelan (2001) stellen fest, dass eine Vielzahl von Publikationen zu Stigma keine Definition des Begriffs oder des dahinterstehenden Konzepts anführen, sondern auf Wortdefinitionen oder einzelne mit Stigma assoziierte Aspekte (wie z. B. soziale Distanz) verweisen. Sie führen die unterschiedlichen Begriffsbestimmungen neben der obengenannten Vielfalt an wissenschaftlichen Disziplinen, die sich mit Stigma befassen, auch auf die Breite der Umstände zurück, auf die das Stigma-Konzept angewandt wird (vgl. Link/Phelan 2001).

Eine gängige **Begriffsbeschreibung** von Stigma geht auf Link/Phelan (2001) zurück, die den Begriff wie folgt konzeptualisieren: *„[...] stigma exists when elements of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination occur together in a power situation that allows them“* (Link/Phelan 2001, S. 377). Dabei werden die Komponenten, die zu Stigma führen, in dem soziologischen Modell des Autors und der Autorin ausführlich erläutert, wobei festgehalten wird, dass erst eine Kombination aller Komponenten zu einer Stigmatisierung einer Person(engruppe) führt.

Stigmatisierung (als Prozess) wurde in den Arbeiten für die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung in Anlehnung an Finzen (2017) wie folgt umschrieben: „*Stigmatisierung ist ein gesellschaftliches Phänomen, das überall dort auftritt, wo Menschen aufgrund von bestimmten Merkmalen als minderwertig betrachtet, unter Druck gesetzt, in ihrer Identität beschädigt, diskriminiert oder gar aus einer Gesellschaft ausgeschlossen werden.*“ (BMASGK/GÖG 2018)

Auf individueller Ebene beschreibt das Drei-Komponenten-Modell, welches aus der Sozialpsychologie stammt, welche Komponenten zu Stigmatisierung beitragen. Es umfasst

- » eine kognitive Komponente (Stereotype), das sind Meinungen über Personen(gruppen),
- » eine affektive Komponente (Vorurteile), bei der negative Gefühle zum Tragen kommen, und
- » eine Verhaltenskomponente (Diskriminierung).

Das von Fox et al. (2018) propagierte Rahmenkonzept (Mental Illness Stigma Framework, MISF; siehe Kapitel 4.1.1) referenziert ebenfalls auf dieses Modell.

Freimüller/Wölwer (2012) unterscheiden in Anlehnung an das Gewaltdreieck von Galtung **vier Ebenen der Stigmatisierung:**

- » *direkte Stigmatisierung:* Diskriminierung im persönlichen Kontakt mit Menschen (Abwertung, Ablehnung und Ausgrenzung) in unterschiedlichen Settings (z. B. Arbeitsplatz, Schule, Gemeinde, psychosoziale Versorgung, soziale Medien, Familie ...)
- » *kulturelle Stigmatisierung:* Reproduktion negativer Stereotype (in Sprachgebrauch und Medieneinstellungen)
- » *strukturelle Stigmatisierung:* institutionalisierte Formen von Ungleichbehandlung, ungleiche bzw. ungerechte Ressourcenverteilung (z. B. durch geringe Therapiekostenübernahme oder geringes Angebot von Therapieplätzen) und Gesetzgebung (z. B. unzureichender Schutz vor Diskriminierung, fehlender Rechtsanspruch auf Teilzeitkrankenstand, Beschränkungen im Berufsrecht).
- » *Selbststigmatisierung:* Die bereits zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Erkrankung im Rahmen der Sozialisation verinnerlichteten kulturellen Stereotype und negativen Vorurteile werden oftmals gegen die eigene Person gerichtet.

Direkte und kulturelle Stigmatisierung werden gemeinsam auch als **öffentliches Stigma** (public stigma) bezeichnet.

Die unterschiedlichen Konzepte und Ebenen von Stigma führen auch zum Einsatz unterschiedlicher Indikatoren und Messinstrumente, und zwar auch bei der Untersuchung der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen auf der individuellen Ebene, für die es in der vorliegenden Arbeit einen Überblick zu geben gilt.

2 Fragestellung

Die Fragestellung der vorliegenden (Kurz-)Recherche wurde mit dem Auftraggeber, abgestimmt und lautet:

Welche Konzepte, Indikatoren und Messinstrumente kommen in wirkungsorientierten Untersuchungen (Forschungsstudien, Evaluationen) zur Messung der intendierten und nicht-intendierten Wirkungen von Anti-Stigma-Maßnahmen im Bereich psychischer Erkrankungen zum Einsatz?

In Anlehnung an das PICO-Schema, nach welchem Fragestellungen entlang der Komponenten der Population/Zielgruppe, der Intervention, der Kontrollgruppe und des Endpunkts/Outcome aufbereitet werden, wurden folgende Präzisierungen vorgenommen:

Zielgruppe der Anti-Stigma-Interventionen können dabei sowohl

- » die allgemeine Bevölkerung,
- » spezifische Personengruppen wie z. B.
 - » politische Entscheidungsträger/-innen, Vertreter/-innen der Verwaltung (national, regional),
 - » Journalistinnen/Journalisten und Medienverantwortliche,
 - » Gatekeeper in Gesundheits- und Sozialbereichen,
 - » Vollzugsbehörden, Polizei und Sicherheitskräfte,
 - » junge Menschen / Schule / Pädagoginnen/Pädagogen
 - » Erwerbstätige/Arbeitsmarkt/Arbeitsplatz sowie
- » die von psychischen Erkrankungen betroffenen Personen und deren Angehörige sein.¹

Intervention: Anti-Stigma-Maßnahmen im Bereich psychischer Erkrankungen

Hinsichtlich der **Kontrollgruppe** werden keine Festlegungen getroffen. In Bezug auf das **Studien-design** wird festgelegt, dass Interventions- und Beobachtungsstudien (inkl. Evaluationen) und systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen berücksichtigt werden.

1

Dabei werden aufgrund der Problematik der Abgrenzung zwischen Anti-Stigma-Maßnahmen und Therapien im Bereich der Selbststigmatisierung und des internalisierten Stigmas Arbeiten, die sich ausschließlich auf die Zielgruppe Menschen mit psychischen Erkrankungen beziehen, nicht im Rahmen der Recherche betrachtet.

3 Methodik

Beim vorliegenden Bericht handelt sich um eine (Kurz-)**Recherche, die Evidenz bedarfsgerecht aufarbeitet**.

Die methodischen Voraussetzungen einer umfassenden systematischen Übersichtsarbeit können aus Ressourcengründen nicht erfüllt werden.

Es erfolgte eine systematische Literatursuche und -selektion, jedoch entfielen die umfangreiche Prüfung auf Überschneidungen zwischen den berücksichtigten systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen sowie das gegebenenfalls notwendige Zurückgreifen auf Einzelstudien. Eine Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Arbeiten konnte auf Grund der Fragestellung unterbleiben, und die Ergebnisdarstellung fokussierte ausschließlich auf die Beantwortung der Fragestellung.

3.1 Literatursuche

Der **Suchzeitraum** erstreckte sich auf Studien (systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen sowie solche innerhalb des Spektrums des breit gefassten Begriffs der Evaluationen), die in den vergangenen 10 Jahren publiziert worden waren. Der Suchzeitraum von 10 Jahren wurde als ausreichend erachtet, um in rezenter Literatur genutzte Indikatoren und Messinstrumente zu erfassen. Dazu wurde eine systematische Literatursuche in der Datenbank Medline via Ovid mittels der im Anhang (vgl. Tabelle 6.1) angeführten Suchstrategie am 20. 10. 2020 durchgeführt, wofür je eine Schlagwortgruppe mit Begriffen zu „Psychische Erkrankungen/Gesundheit“ und eine weitere mit Begriffen zum Thema „Anti-Stigma“ gebildet und beide mit „AND“ verknüpft wurden. Es wurden zwei Filter für Studientypen, einer für „systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen“ sowie ein zweiter für „Evaluationen“ verwendet. In der Literatursuche wurden deutsch- und englischsprachige Publikationen berücksichtigt. Insgesamt wurden 106 Treffer mittels des erstgenannten Filters und 444 Treffer in der Kategorie „Evaluationen“ identifiziert.

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Zur Identifikation relevanter Publikationen wurden vorab Selektionskriterien definiert (vgl. Tabelle 3.1).

Entsprechend der Fragestellung wurden Publikationen zu **allen Maßnahmen/Interventionen** berücksichtigt, die den **Fokus auf die Förderung von Entstigmatisierung** legen. Publikationen, die über Entstigmatisierung anderer Erkrankungen berichten (z. B. HIV, Lepra) oder die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen nur als einen von mehreren Schwerpunkten betrachten, wurden ausgeschlossen. Ebenso wurden Studien ausgeschlossen, die sich mit dem Vorhandensein von

Stigma in der Gesellschaft und Teilgruppen dieser bzw. dem Erleben von Stigma psychischer Erkrankungen befassen. Als **Zielgruppen** wurden dabei die Öffentlichkeit und Teilgruppen dieser (z. B. einzelne Berufsgruppen wie Gesundheitspersonal) definiert.

Publikationen, die sich ausschließlich mit Maßnahmen befassen, die auf die Reduktion intrapersonellen Stigmas („Selbststigma“, „internalisiertes Stigma“) abzielen, wurden in einem ersten Schritt aus pragmatischen Gründen (spezielle Thematik, Grenzziehung zu Therapien für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Breite der Fragestellung bei limitierten Ressourcen) nicht berücksichtigt.

Berücksichtigt wurden Publikationen in deutscher und englischer Sprache, die ab dem Jahr 2010 erschienen sind. Aufgrund des Fokus auf wirkungsorientierte Untersuchungen (Forschungsstudien, Evaluationen oder Übersichtsarbeiten solcher Studien) wurden andere Studiendesigns (narrative Reviews, Konzept- oder Prozessevaluationen etc.) ausgeschlossen. Des Weiteren wurden auch Studien ausgeschlossen, die sich ausschließlich mit Anti-Stigma-Maßnahmen entweder in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen (low and middle income countries, LMIC) oder mit spezifischem kulturellem Bezug beschäftigen.

Tabelle 3.1:
Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturreselektion

Ausschlusskriterien	
formale Ausschlusskriterien	
A1	Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2	Duplikate
A3	Studien, die vor 2010 publiziert wurden
thematische Ausschlusskriterien	
A4	andere Fragestellung
A5	andere Erkrankungen/Indikationen (z. B. Stigma bei anderen Erkrankungen)
A5a	kein Fokus auf Stigma bei psychischen Erkrankungen
A6	andere Intervention (z. B. Therapie psychischer Erkrankungen, Beratung, zielgruppenspezifische Angebote)
A7	andere stigmaspezifische Fragestellung (z. B. Untersuchungen zu Erfahrungen/Erleben von Stigma)
Publikationstyp/Studiendesign	
A8	nicht passendes Studiendesign (z. B. narrative Reviews, Fallberichte)
A9	Publikationen ohne hinreichende Studienbeschreibung (z. B. Abstracts ohne Studienbeschreibung, Kongresspräsentationen, Poster, „Comments“, „Letters“)
A10	Primärstudien – die in einer eingeschlossenen Sekundärstudie (systematische Übersichtsarbeiten, Metaanalysen, HTAs) zur selben Fragestellung und Intervention bereits berücksichtigt werden und ausreichend beschrieben sind
A11	Konzept- oder Prozessevaluationen
A12	Studien mit spezifischem Länderbezug (z. B. Ostasien, LMIC ...)
A13	Studien mit Fokus auf intrapersonelles Stigma
Einschlusskriterien	
thematische Einschlusskriterien	
E1	Fokus auf Maßnahmen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen – Bewusstseinsbildung
E2	Fokus auf Maßnahmen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen – Schutz vor Diskriminierung, Chancengerechtigkeit, Inklusion
Einschlusskriterien	
E3	systematische Übersichtsarbeiten / Metaanalysen / HTA
E4	Ergebnis-/Wirkungsevaluationen

Quelle und Darstellung: GÖG

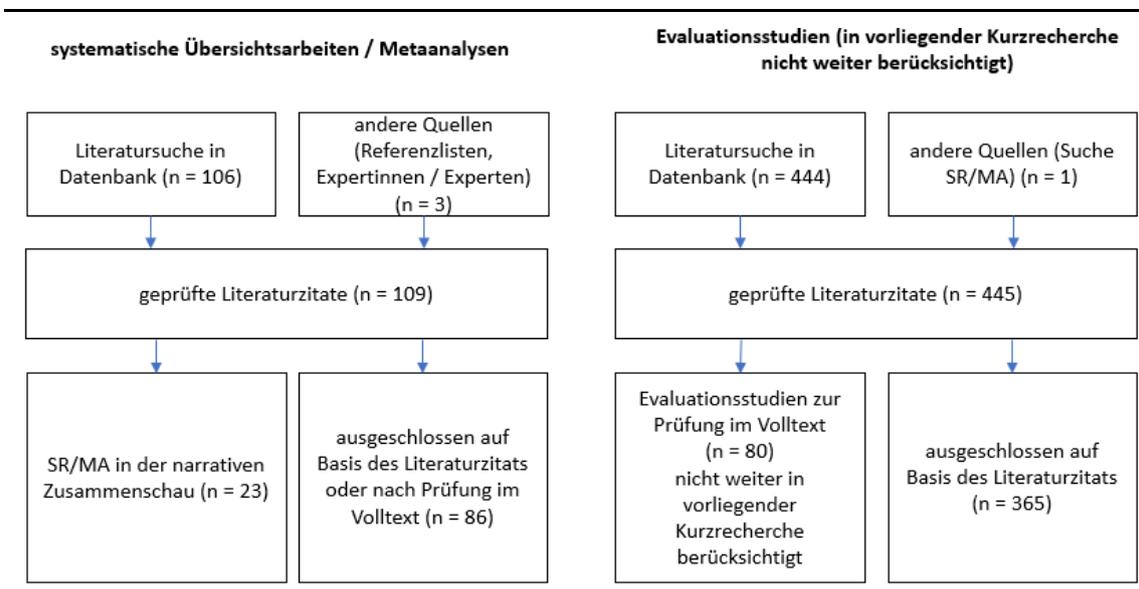
3.3 Berücksichtigte Literatur

Die systematische Literaturrecherche wurde am 20. 10. 2020 durchgeführt und erzielte in Summe 550 Treffer (deduplizierte Treffer vor 2010), wobei 106 Treffer dem Studientyp systematischer Review bzw. Metaanalyse zuzuordnen und 444 Treffer den Evaluationen zuzurechnen sind. Die Literaturzitate (Titel und Abstract) wurden in einem ersten Schritt entsprechend den obengenannten Ein- und Ausschlusskriterien (vgl. Tabelle 3.1) geprüft und die potenziell relevanten Artikel im Volltext angefordert.

Aufgrund der Vielzahl potenziell relevanter Publikationen wurden in einem nächsten Schritt die systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen im Volltext geprüft. Ein Artikel, der auf Basis des Literaturzitats potenziell relevant erschienen wäre (Bte Abd Malik et al. 2012), konnte im Volltext nicht geliefert werden. 20 systematische Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen zu unterschiedlichen Anti-Stigma-Maßnahmen, einzelnen Interventionen oder für einzelne Zielgruppen wurden eingeschlossen und um weitere drei Publikationen ergänzt, die sich bei der Kontrolle der Literaturreferenzen bzw. infolge der Empfehlung von Expertinnen als für die Fragestellung relevant erwiesen. Somit finden insgesamt 23 Publikationen Eingang in die narrative Zusammenschau (vgl. Abbildung 3.1).

Die 444 Literaturreferenzen der Evaluationsstudien wurden ebenfalls entsprechend den Selektionskriterien geprüft. 79 Publikationen wurden zu einer weiteren Prüfung im Volltext angefordert, und eine Publikation, die im Zuge der Suche nach den systematischen Übersichtsarbeiten/Metaanalysen identifiziert worden war, wurde den Evaluationsstudien zugeordnet. Somit liegen 80 Volltexte aus dem Bereich Evaluationsstudien zu Anti-Stigma-Maßnahmen vor. Diese wurden aufgrund der Fülle der für die Fragestellung relevanten und rezenten Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen im Rahmen der vorliegenden (Kurz-)Recherche nicht weiter berücksichtigt.

Abbildung 3.1:
Literaturselektion



Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Im Zuge der Literatursuche wurde eine rezente systematische Übersichtsarbeit von Fox et al. (2018) identifiziert, die sich mit der Messung von Stigma psychischer Erkrankungen auf **individueller Ebene und den hierfür in der wissenschaftlichen Literatur eingesetzten Messinstrumenten** auseinandersetzt. Dieser Arbeit liegt eine systematische Literatursuche in wissenschaftlichen Datenbanken zugrunde. Basierend auf der von Fox et al. (2018) identifizierten und selektierten Literatur, wurden 140 Messinstrumente in Bezug auf Stigma gefunden, die zumindest in einer Studie zitiert und für die Informationen zu psychometrischen Eigenschaften des Instruments (Angaben zur Reliabilität, Validität, Dimensionalität) angeführt worden waren. Darüber hinaus wurden noch 304 Messinstrumente, die für einzelne Untersuchungen entwickelt worden waren, identifiziert. Die 140 zitierten und ausführlicher beschriebenen Messinstrumente wurden gemäß dem von Fox et al. (2018) entwickelten Mental Illness Stigma Framework einzelnen Mechanismen, die auf Stigma wirken, zugeordnet und zusätzlich noch hinsichtlich der Qualitätskriterien für Messinstrumente im Bereich Gesundheit (consensus-based standards for the selection of health measurement instruments, COSMIN) bewertet. Auch wenn die Arbeit von Fox et al. (2018) nicht ausschließlich auf Untersuchungen konkreter Anti-Stigma-Maßnahmen fokussiert, umfasst sie diese jedoch auch und wurde aufgrund der Aktualität, der umfänglichen Abdeckung der Thematik der Messung von Stigma psychischer Erkrankungen und der Zuordnung der Messinstrumente zu einzelnen Mechanismen der Entstehung von Stigma im Folgenden der weiteren Bearbeitung der Fragestellung primär zugrunde gelegt.

4 Ergebnisse: Messinstrumente für Stigma auf individueller Ebene

Die im gegenständlichen Zusammenhang grundlegende rezente systematische Übersichtsarbeit von (Fox et al. 2018) setzt sich mit der **Messung von Stigma auf individueller Ebene** auseinander und nimmt anhand des Mental Illness Stigma Frameworks eine Zuordnung der Messinstrumente zu Mechanismen, die auf Stigma sowohl auf der Ebene jener Personen, die stigmatisieren, als auch auf der Ebene der von Stigmatisierung Betroffenen wirken, vor.

Zunächst wird in Kapitel 4.1 auf diese Arbeit detaillierter – vor allem auch hinsichtlich der Ebene der stigmatisierenden Personen – eingegangen, bevor in Kapitel 4.2 weitere Ergebnisse zur Messung von Stigma in Form von Konzepten, Indikatoren und Messinstrumenten in den anderen im Zuge dieser (Kurz-)Recherche eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen beschrieben werden, und zwar unterteilt nach Arbeiten, die Anti-Stigma-Maßnahmen breit einschließen, und solchen, die auf eine konkrete Intervention, ein Setting oder eine Zielgruppe fokussieren.

4.1 Konzeptualisierung, Mechanismen und Messinstrumente für Stigma psychischer Erkrankungen nach Fox et al. (2018)

Vor dem Hintergrund der Fülle an Publikationen zum Stigma psychischer Erkrankungen, in denen entweder unterschiedliche Begrifflichkeiten für dieselben Konzeptionen oder dieselben Begrifflichkeiten für unterschiedliche Konzeptionen und unterschiedliche Messinstrumente zur Erfassung der Mechanismen/Konzepte/Indikatoren der Stigmatisierung verwendet werden, entwickeln Fox et al. (2018), basierend auf gängigen Stigmatisierungstheorien, -konzeptualisierungen und -definitionen, einen unter Punkt 4.1.1 beschriebenen konzeptionellen Rahmen. Dabei handelt es sich um das Mental Illness Stigma Framework (MISF), das durch die Integration bestehender Definitionen und Konzeptualisierungen von Stigma bei psychischen Erkrankungen und die Verwendung einer einheitlichen Terminologie unterstützend bei der Zusammenführung vorliegender und künftiger Forschung zu Stigma psychischer Erkrankungen wirken soll.

Auch wenn die Arbeit der Autorinnengruppe nicht auf die Erfassung von Wirkungen von Anti-Stigma-Maßnahmen/-Interventionen fokussiert, wird ein umfassender Überblick über die in der wissenschaftlichen Literatur beschriebenen Messinstrumente zur Erfassung von Stigma gegeben, der auch Untersuchungen konkreter Anti-Stigma-Maßnahmen einschließt. Relevant ist hierbei, dass die Autorinnen zwischen (hinsichtlich psychometrischer Eigenschaften) validierten Messinstrumenten und solchen, die nur in einzelnen Studien genutzt werden, unterscheiden und auch darlegen, welche Instrumente in der wissenschaftlichen Literatur häufig zur Erfassung von Stigma angeführt werden. Eine Übersicht über diese häufig eingesetzten Messinstrumente und deren Einordnung in das MISF bietet Tabelle 4.1 (s. Punkt 4.1.2).

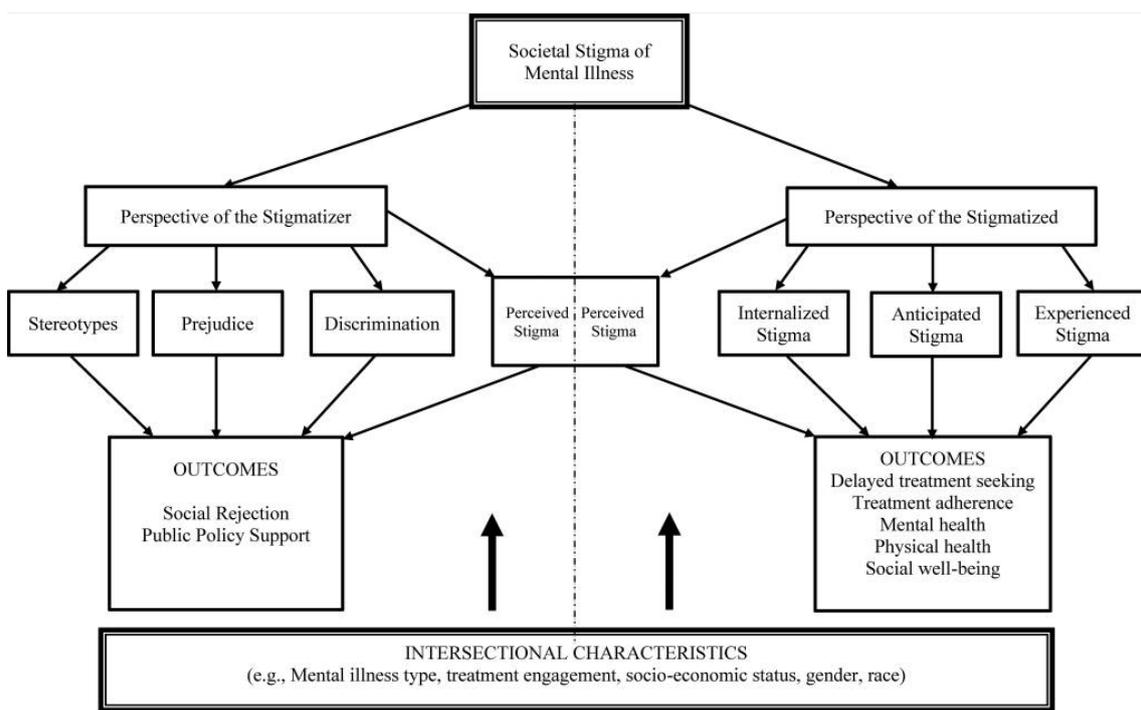
4.1.1 Mental Illness Stigma Framework (MISF)

Im Zusammenhang mit der Messung von Stigma psychischer Erkrankungen auf **individueller Ebene** entwickelten Fox et al. (2018) das **Mental Illness Stigma Framework**, welches Mechanismen beschreibt, die zu Stigma auf zwei Ebenen führen: jener von Personen, die stigmatisieren („doing the stigmatization“, interpersonelles Stigma), und jener von Personen, die Stigmatisierung erfahren („being on the receiving end of stigmatization“).

Die Studienautorinnen erläutern das MISF wie folgt (vgl. Fox et al. 2018):

Das Framework geht von dem *gesellschaftlichen Stigma psychischer Erkrankungen* aus (Societal Stigma of Mental Illness) und beschreibt dieses als kulturelle und gesellschaftliche Abwertung psychischer Erkrankungen. Wie das Stigma psychischer Erkrankungen verstanden, darauf reagiert und es erlebt wird, hängt von der Perspektive der Person (Stigmatisierende, Stigmatisierte) ab.

Abbildung 4.1:
Mental Illness Stigma Framework nach Fox et al. (2018)



Quelle: Fox et al. (2018)

Mechanismen auf Ebene der *stigmatisierenden Personen* sind Stereotype, Vorurteile und Diskriminierung (Handlungsebene). Diese Mechanismen repräsentieren die kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Reaktionen gegenüber Menschen mit kulturell geprägter „beschädigter Identität“².

- » *Stereotype* (Denkschemata bezüglich Eigenschaften und Verhalten von Personengruppen) im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen sind: Gefährlichkeit, Seltenheit (des Andersseins), Verantwortlichkeit (für die Erkrankung), Inkompetenz, Charakterschwäche und Abhängigkeit.
- » *Vorurteile* (von Fox als emotionale Reaktionen oder Gefühle gegenüber Gruppen oder deren Mitgliedern beschrieben) sind mit negativen Gefühlen wie Angst, Mitleid oder Wut besetzt. Vorurteile sind eng mit Stereotypen verbunden.
- » *Diskriminierung* (unfaire oder ungerechte Behandlung von Personen mit psychischen Erkrankungen) äußert sich im Zusammenhang mit diesen Erkrankungen in Unterlassung von Hilfestellung, Meidung, Ausgrenzung und Zwangsausübung.

Diese Mechanismen führen zu Effekten, die sowohl Menschen mit als auch ohne psychische Erkrankungen betreffen: So werden stigmatisierende Personen beispielsweise die Ausweitung öffentlicher Budgets für Therapien für Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht unterstützen. Am Arbeitsplatz kann Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen deren Erwerbsmöglichkeiten einschränken. Darüber hinaus fühlen sich Menschen mit nichtdiagnostizierten psychischen Problemen eventuell abgeschreckt, psychosoziale Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen.

Auf **Ebene der *stigmatisierten Personen*** sind erfahrenes Stigma, antizipiertes Stigma und internalisiertes Stigma die drei wesentlichen Mechanismen, über die Stigmatisierung wirkt.

- » *Erfahrenes Stigma* (aktuelle oder vergangene Erfahrungen von Stereotypisierung, Konfrontation mit Vorurteilen und Diskriminierung durch andere) umfasst sowohl ungleiche oder unfaire Behandlung im alltäglichen Umgang mit anderen (z. B. Kränkungen) als auch einschneidende Erlebnisse wie den Verlust des Arbeitsplatzes aufgrund einer psychischen Erkrankung.
- » *Antizipiertes Stigma* umfasst die Erwartungen psychisch erkrankter Menschen, Zielscheibe von Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung zu werden. Personen können Stigma auch antizipieren, wenn sie bisher persönlich keine Stigmatisierung erfahren haben.
- » *Internalisiertes Stigma* (Selbststigma; Ausmaß, in dem Menschen die negativen Überzeugungen und Gefühle, die mit der stigmatisierten Identität verbunden sind, für sich selbst übernehmen) umschreibt die Übertragung negativer Stereotype und Vorurteile wie etwa Gefährlichkeit, Verantwortlichkeit für die eigene Erkrankung oder Inkompetenz auf die eigene Person.

Erfahrenes, antizipiertes und internalisiertes Stigma können sowohl die Diagnostik und die Inanspruchnahme einer Therapie verzögern als auch die Adhärenz (Therapietreue) mindern. Auch können erfahrenes und antizipiertes Stigma psychischen und physischen Stress auslösen, der sich

2

Der Begriff ist durch Erving Goffmans Werk „Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“ (1975) geprägt.

wiederum negativ auf die körperliche und die geistige Gesundheit auswirken kann. Selbststigma kann zu Depressionen, vermindertem Selbstbewusstsein und einer Verschlechterung der Erkrankung führen.

Die **wahrgenommene Stigmatisierung**, d. h. die Wahrnehmung von gesellschaftlichen Überzeugungen (Stereotypen), Gefühlen (Vorurteilen) und Verhaltensweisen (Diskriminierung) teilen sowohl Menschen mit als auch solche ohne psychische Erkrankung im MISF. Das wahrgenommene Stigma ist von individuellen Überzeugungen, Gefühlen und Verhaltensweisen zu unterscheiden. Das Ausmaß, in dem Personen das Stigma einer psychischen Erkrankung wahrnehmen, hängt davon ab, ob sie selbst je eine psychische Erkrankung hatten.

Als weitere Komponente im MISF werden die **intersektionalen Charakteristika** (z. B. Art der psychischen Erkrankung, Therapie, Alter, Geschlecht, Ethnizität, Kultur etc.) angeführt, d. h. das MISF betont, dass Individuen auch mit anderen Merkmalen leben, die Privilegien und Marginalisierung darstellen, und diese relevant sind, um die erlebten Erfahrungen und Effekte von Stigma zu verstehen.

Das Mental Illness Stigma Framework ist bewusst breit gehalten und erklärt Mechanismen der Entstehung von Stigma für psychische Erkrankungen generell und nicht nur für spezifische Krankheitsbilder, obwohl sich psychische Erkrankungen voneinander ebenso unterscheiden wie ihre Wahrnehmungsweisen in der Bevölkerung. Begründet wird dies damit, dass in dem Framework die gemeinsamen Mechanismen zusammengefasst werden sollen und dass Theorien zu Stigma bei unterschiedlichen psychischen Erkrankungen zeigen, dass die Wirkungen von Stigma über die verschiedenen Krankheitsbilder hinweg konsistent sind. Die wissenschaftliche Evidenz zeige überdies, dass Stigmatisierung durch drei zentrale Stereotype (Gefährlichkeit, Seltenheit (des Andersseins) und Verantwortlichkeit (für die Erkrankung) getrieben wird und psychische Erkrankungen nach ihrer sozialen Ablehnung gereiht werden können. Weiter wird festgehalten, dass die Wirkungen von Stigma bei unterschiedlichen psychischen Erkrankungen ähnlich sind und daher die Wirkungen von Stigmatisierung mit generischen Messinstrumente erfasst werden können. Ein breites Framework kann damit zur einheitlichen Begriffsverwendung und Klarheit im Bereich der Stigmaforschung beitragen (vgl. Fox et al. 2018).

4.1.2 Messinstrumente zur Erfassung von Stigma auf individueller Ebene und ihre Einordnung in das MISF

Das MISF wird in der Folge einer systematischen Übersicht über Messinstrumente zur Erfassung von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen zugrunde gelegt, wobei die Studienautorinnen betonen, dass es entscheidend ist, zu verstehen, welche Stigma-Mechanismen mittels eines bestimmten Messinstruments erfasst werden.

Fox et al. (2018) führten eine systematische Literatursuche nach Messinstrumenten für Stigma psychischer Erkrankungen in relevanten Literaturdatenbanken (u. a. PubMed und EBSCO-Datenbanken) durch, wobei der Suchzeitraum die Jahre 2004–2014 umfasste und damit an die Arbeit

von Link et al. (2004) zur selben Thematik anschließt. Nicht betrachtet wurden Messinstrumente im Zusammenhang mit Stigma bei Demenz. Die Autorinnen inkludierten Publikationen aus Zeitschriften mit Peer-Reviews, welche quantitative Messinstrumente beschreiben und in englischer Sprache publiziert worden waren, und erfassten sowohl validierte als auch projektbezogene Messinstrumente dieser Publikationen.

Nach der systematischen Literatursuche und -selektion verblieben 957 Publikationen, die zumindest ein Messinstrument für Stigma psychischer Erkrankungen enthielten. Die so identifizierten Messinstrumente wurden von Fox et al. (2018) in zwei Kategorien geteilt:

- » Kategorie 1 enthält Messinstrumente, die zumindest in einer zusätzlichen Publikation (außer jener in der sie ursprünglich beschrieben bzw. für die sie konzipiert wurden) zitiert wurden und/oder zu denen es Informationen über die psychometrischen Eigenschaften des Instruments (Angaben zur Reliabilität, Validität, Dimensionalität) gab. Kategorie 1 umfasst 140 Messinstrumente.
- » In Kategorie 2 wurden zusätzlich jene Messinstrumente, die für spezifische Studienzwecke entworfen worden waren, für die keine Information über Zitate in anderen Publikationen vorlag und die sich unterschiedlicher Items validierter Messinstrumente bedienten, oder neu entwickelte und noch nicht psychometrisch validierte Instrumente erfasst. Kategorie 2 umfasst 304 Messinstrumente.

Nicht inkludiert in die obigen Kategorien wurden acht sogenannte nationale oder internationale Indikatoren für Stigma, welche aus ein oder zwei Fragen konzipiert sind und im Rahmen von (Survey-)Studien auf Bevölkerungsebene eingesetzt werden.

Die so identifizierten 140 Messinstrumente der Kategorie 1 umfassen 330 Skalen oder Subskalen, jedes Messinstrument wurde mittels COSMIN (consensus-based standards for the selection of health measurement instruments) hinsichtlich der psychometrischen Eigenschaften (Subset für die Bewertung: inhaltliche Validität, interne Konsistenz, Konstruktvalidität, Test-Retest-Reliabilität und Boden- und Deckeneffekte) bewertet und klassifiziert, zusätzlich wurde die Anzahl der Zitationen in der Literatur der letzten zehn Jahre ermittelt. Für jedes Item der Messinstrumente wurde zusätzlich erfasst, welche Mechanismen des MISF das Messinstrument adressiert. Einige Instrumente hatten mehrere Versionen (z. B. in unterschiedlichen Sprachen oder sie wurden an anderen Populationen validiert), die gruppiert wurden. Beispiele für die Zuordnung von Items zu den einzelnen Mechanismen des MISF werden von den Autorinnen erläutert (vgl. Tabelle 6.2 im Anhang).

Die vollständige Übersicht über die Messinstrumente findet sich bei Fox et al. (2018) – im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird ein Auszug jener Instrumente dargestellt, die zumindest zehn Zitate in anderen Publikationen der letzten zehn Jahre aufweisen und damit von den Studienautorinnen der Kategorie der „gut etablierten Messinstrumente“ zugeordnet wurden (vgl. Tabelle 4.1). Hierbei handelt es sich um insgesamt 24 Messinstrumente (17,1 % aller Messinstrumente mit psychometrischen Informationen) mit z. T. mehreren Skalen, denen jedoch weitere Instrumente zugeordnet wurden (z. B. wenn Validierungen für Übersetzungen oder Testungen an anderen Populationen vorgenommen wurden), somit finden sich 42 Publikationen in der Übersicht). Der Großteil der „gut etablierten“ Messinstrumente erfasst Stereotype (S) und Diskriminierung (D), ein geringerer Teil Vorurteile (P). Bezogen auf alle Messinstrumente befassen sich 72 Prozent der Messinstrumente

(mit psychometrischen Informationen) mit der Messung von Mechanismen auf Ebene der stigmatisierenden Personen. Deutlich weniger etablierte Instrumente liegen zur Erfassung von Mechanismen auf Ebene der stigmatisierten Personen vor (antizipiertes Stigma [AS], internalisiertes Stigma [IS], erfahrenes Stigma [ES]). Zwei (P, S) bzw. drei (P, D) etablierte Messinstrumente liegen zur Erfassung des wahrgenommenen Stigmas vor.

Nur acht Messinstrumente, für die zumindest eine Untersuchung der Reliabilität, Validität und Dimensionalität³ vorliegt, fallen in die Kategorie „gut etabliert“, d. h. sie wurden zumindest zehnmal zitiert. Anzumerken ist hier, dass Messinstrumente, die erst in jüngerer Vergangenheit entwickelt und getestet wurden, hier eventuell herausfielen, da sie dieses Kriterium *noch* nicht erfüllten.

Tabelle 4.1:
Messinstrumente für Stigma psychischer Erkrankungen und ihre Einordnung in das MISF nach Fox et al. (2018)

	Jahr	Autoren	Name des Messinstruments / der Skala	psychometrische Eigenschaften	Subskalen	MISF-Mechanismen	Population an der die Messinstrumente/Skalen validiert wurden
1	1933	Bogardus	Social Distance Scale	R, WE		D	Community
2	1987	Link et al.		R			Community
3	1962	Cohen & Struening	Opinions about MI	DI, PU, R, V, WE	Authoritarianism	S	Hospital personnel
	1963	Struening & Cohen			Benevolence	S	
					Hygiene	S	
					Social restrictiveness	S, D	
					Interpersonal etiology	S	
4	1981	Taylor & Dear	Community Attitudes Toward the Mentally Ill	DI, PU, R, V, WE	Authoritarianism	S, D	Community/ Undergraduate
					Benevolence	S, P	
					Social restrictiveness	S, D	

3

„Die Dimensionalität eines Tests [...] gibt an, ob er mit seinen verschiedenen Test-Items nur ein globales Konstrukt erfasst [...], oder ob er mehrere Teilkonstrukte operationalisiert [...]. Im Zuge der Dimensionalitäts-Überprüfung wird mit Korrelationsanalysen bzw. vor allem mit exploratorischen oder konfirmatorischen Faktorenanalysen geprüft, ob a) die Anzahl der Dimensionen sowie b) bei mehrdimensionalen Tests auch die Zuordnung der Items zu den verschiedenen Subtests [...] den inhaltlichen Vorgaben der Konzeptspezifikation entspricht.“ (Döring/Bortz 2016, S. 479)

	Jahr	Autoren	Name des Messinstruments / der Skala	psychometrische Eigenschaften	Subskalen	MISF-Mechanismen	Population an der die Messinstrumente/Skalen validiert wurden
					Community MH ideology	S, P	
5	1996	Wolff et al.	Community Attitudes Toward the Mentally Ill	DI	Fear and exclusion	S, P, D	Community
					Social control	S, D	
					Goodwill	P, D	
6	1985	Stephan & Stephan	Intergroup anxiety	DI, R, V, WE		P	Hispanic college students
	2012	Stathi et al.	Mental illness version				
7	1987	Kelly et al.	Social Interaction Scale	R, WE		D	Medical students
8	1987	Link	Perceived Devaluation-Discrimination Scale	R, V, WE		PS, PD	Community & Psychiatric
	1989	Link et al.					
	1991	Link et al.					
	1997	Link et al.					
9	2007	Björkman et al.	Swedish version	PU, R			PWMI
10	2009	Moses	Adolescent version	PU, R, V			Adolescent MH
11	1991	Link et al.	Secrecy Scale	R, WE	Secrecy	AS	Psychiatric
	1997	Link et al.					
	2002	Link et al.					
12	1992	Botega et al.	Depression Attitude Questionnaire	DI, PU, R, WE	Antidepressant/psychotherapy		Doctors
					Professional unease		
					Inevitable course of depression	S	
					Identification of depression	S	
13	1994	Penn et al.	Penn Affective Reactions	R, WE		P	Undergraduates
14			Penn Characteristics	R		S	

	Jahr	Autoren	Name des Messinstruments / der Skala	psychometrische Eigenschaften	Subskalen	MISF-Mechanismen	Population an der die Messinstrumente/Skalen validiert wurden
15			Penn Dangerousness	R		S	
16	1997	Link et al.	Link Rejection	R, V, WE	Rejection experiences	ES	MH patients
17	2007	Björkman et al.	Rejection Experiences Swedish	PU, R		ES	
18	1997	Raguram & Weiss	Explanatory Model Interview Catalogue-Stigma Scale	R, WE		PD	MH
	1997	Weiss					
	1992	Weiss et al.					
19	1999	Pinel	Stigma Consciousness Scale	DI, PU, R, V, WE		AS	Undergraduates, Gay/Lesbian
20	1999	Wahl	Consumer experiences of discrimination	V, WE		AS, ES	MH Consumers
21	2013	Switaj et al.	Polish version	DI, PU, R, V			
22	2000	Fife & Wright	Social Impact Scale	DI, R, WE	Social rejection	ES	Consumers (HIV/Cancer)
					Financial insecurity		Depression, HIV/AIDS, Schizophrenia
					Internalized shame	IS, AS	
					Isolation	IS	
23	2007	Pan et al.		DI, PU, R	Unidimensional	AS, ES, IS	
24	2001	Corrigan et al.	Attribution Questionnaire (AQ-27)	DI, R, WE	Personal responsibility	S	Undergraduate (community college)
	2002	Corrigan et al.			Dangerousness	S	
	2003	Corrigan et al.	AQ-9 (blame, anger, pity, help, dangerousness, fear, avoidance, segregation, coercion)		Anger	P	
	2004	Corrigan et al.			Concern	P	
25	2012	Pingani et al.	Italian Version	DI, PU, R, V	Fear	P	

	Jahr	Autoren	Name des Messinstruments / der Skala	psychometrische Eigenschaften	Subskalen	MISF-Mechanismen	Population an der die Messinstrumente/Skalen validiert wurden
26	2012	Pinto et al.	r-AQ (5 items, unidimensional)	DI, PU, R	Helping avoidance	D	Adolescents
27	2004	Watson et al.	r-AQ (9 items, for adolescents)	R	Segregation coercion Fear/dangerousness	D S, P	Adolescents
					Help/interact	D	
28	2001	Harvey	Stigmatization Scale	DI, PU, R, V, WE		ES	Stigmatized group members
29	2002	Christison et al.	Medical Condition Regard Scale	DI, PU, R, V, WE		S, P, D	Medical Students
30	2003	Boyd Ritsher et al.	Internalized Stigma of MI Scale	DI, PU, R, V, WE	Alienation	IS	MH outpatients
31	2013	Sibitz et al.	German version	DI, PU, R, V	Stereotype endorsement	S, IS	
32	2014	Boyd et al.	Brief version	DI, PU, R, V	Discrimination experiences	ES	
	2014	Chang et al.		DI, PU, R, V	Social withdrawal	IS	
33	2014	Ociskova et al.	Czech version	DI, PU, R, V	Stigma resistance		
34	2004	Griffiths et al.	Depression Stigma Scale	DI, R, WE	Personal stigma	S, D	Depressed
	2008	Griffiths et al.			Perceived stigma	PS, PD	Community, General population, Depressed subset
35	2006	Corrigan et al.	Self-Stigma of MI Scale	PU, R, V, WE	Stereotype awareness	S	Psychiatric disabilities
36	2007	Fung et al.	Chinese Version	DI, PU, R, V	Stereotype agreement	S	Severe MI
37	2012	Corrigan et al.	Short Form	PU, R, V	Self-concurrence	IS	
					Self-esteem decrement	IS	
38	2006	Luty et al.	Attitudes Toward Mentally Ill Questionnaire	DI, PU, R, V, WE		S, D	General population

	Jahr	Autoren	Name des Messinstruments / der Skala	psychometrische Eigenschaften	Subskalen	MISF-Mechanismen	Population an der die Messinstrumente/Skalen validiert wurden
39	2010	Evans-Lacko et al.	Mental Health Knowledge Schedule	PU, R, V, WE		S	General public
40	2011	Evans-Lacko et al.	Reported and Intended Behaviour Scale	PU, R, V, WE	Reported behavior	D	General population
41	2014	Yamaguchi et al.	Japanese version	DI, PU, R, V	Intended behavior	D	
42	2013	Brohan et al.	Discrimination and Stigma Scale	DI, PU, R, V, WE	Unfair treatment	ES	Community MH service users
					Stopping self	AS	
					Overcoming stigma		
					Positive treatment		

AS = antizipiertes Stigma

D = Diskriminierung

DI = Die zugrunde liegende Dimensionalität des Messinstruments (d. h. Faktorenstruktur) wurde berichtet.

ES = erfahrenes Stigma

IS = internalisiertes Stigma

MH = psychische Gesundheit (mental health)

MI = psychische Erkrankung (mental illness)

PU = Die Entwicklung des Messinstruments ist in einer Publikation beschrieben.

P = Vorurteile

PD = wahrgenommene Diskriminierung

PS = wahrgenommene Stereotype

R = Details über mindestens eine Form der Reliabilität (z. B. interne Konsistenz, Testwiederholungsreliabilität) sind verfügbar.

S = Stereotype

V = Details über mindestens eine Form der Validität (z. B. Konstrukt-, konvergente, prognostische oder konkurrente Validität) sind verfügbar.

WE = Das Messinstrument wird - als in der Literatur „gut etabliert“ (well established) - eingestuft (d.h. es wurde mind. zehnmal zitiert).

Quelle: Fox et al. (2018)

Zu den Messinstrumenten für die einzelnen Mechanismen des MISF, die zu Stigma psychischer Erkrankungen führen, halten die Studienautorinnen folgende Ergebnisse fest (vgl. Fox et al. 2018):

- » *Stereotype* wurden in 43,5 Prozent der in die Übersicht über Untersuchungen zu Stigma eingeschlossenen Publikationen, und damit am häufigsten, gemessen. Die am häufigsten verwendeten Messinstrumente waren dabei die folgenden vier, wobei alle als „gut etablierte“ Messinstrumente eingestuft sind: die ISMI-Skala (Internalized Stigma of MI nach Boyd Ritsher et al. [2003]) wurde am häufigsten eingesetzt, gefolgt von der Depression Stigma Scale (DSS; nach Griffiths et al. [2004; 2008]), dem Attribution Questionnaire (AQ; nach Corrigan et al. [2001]) und der Community Attitudes Toward the Mentally Ill Scale (CAMI; nach Taylor & Dear [1981]). Sowohl die ISMI- als auch die CAMI-Skala sind gut validierte Maße, zu denen psychometrische Informationen bezüglich ihrer Reliabilität, Validität und Dimensionalität vorliegen. Für den AQ und die DSS liegen Angaben zu Reliabilität und Dimensionalität vor.

- » *Vorurteile* waren (mit 14,7 Prozent aller eingeschlossenen Artikel) der am wenigsten gemessene Stigma-Mechanismus. Die am häufigsten in der eingeschlossenen Literatur zitierten Messinstrumente zur Erfassung von Vorurteilen waren der AQ und die CAMI-Skala.
- » *Diskriminierung* war der im Review von Fox et al. (2018) am zweithäufigsten (43,1 Prozent aller eingeschlossenen Publikationen) gemessene Stigma-Mechanismus, wobei das am häufigsten genannte Messinstrument für Diskriminierung auch das insgesamt am häufigsten genannte war: die soziale Distanz. Diese wurde in knapp einem Viertel aller eingeschlossenen Publikationen betrachtet. Zur Messung wurden die ursprüngliche SDS (Social Distance Scale) nach Bogardus aus dem Jahr 1933, die modifizierte SDS nach Link et al. aus dem Jahr 1987 oder weitere SDS-Modifikationen eingesetzt. Die Studienautorinnen nennen noch weitere Konzepte, die in den Diskriminierungsmessinstrumenten erfasst wurden, wie Vermeidung, soziale Einschränkung und Bereitschaft zu helfen, wobei sich hier keine Angaben über die Häufigkeit der Nutzung finden. Beispielhaft werden die Subskalen des AQ genannt, welche die Bereitschaft, einer psychisch erkrankten Person zu helfen, bewerten und die Zustimmung zur Absonderung von PMI (z. B. in psychiatrischen Kliniken) erheben.
- » *erfahrenes Stigma*: Aufseiten der stigmatisierten Personen wurde erfahrenes Stigma (mit 17,2 Prozent der eingeschlossenen Publikationen) am häufigsten erfasst. 27 Skalen oder Subskalen erfassen diesen Stigma-Mechanismus, es liegen gut etablierte und validierte Messinstrumente vor. Am häufigsten kam die ISMI-Skala, die eine Subskala für erfahrene Stigmatisierung enthält, welche die alltägliche Diskriminierung von Menschen mit Behinderung bewertet, zum Einsatz. Weitere häufig zitierte Messinstrumente für erfahrene Stigmatisierung waren der Consumer Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ) nach Switaj et al. (2013), die Rejection Experience Scale von Link et al. (1997) und die Social Impact Scale (SIS) von Fife & Wright (2000).
- » *antizipiertes Stigma*: Dieser Mechanismus wurde nur in einem geringen Teil der eingeschlossenen Publikationen (zehn Prozent) betrachtet. Antizipiertes Stigma wird häufig gemeinsam mit internalisiertem und erfahrenem Stigma gemessen. Die am häufigsten zitierten Messinstrumente sind jene für erfahrenes Stigma, die Items enthalten, die auch antizipiertes Stigma bewerten: die SIS und der CESQ sowie ein neueres psychometrisch valides Messinstrument, welches ausschließlich auf antizipiertes Stigma ausgerichtet ist, der Questionnaire on Anticipated Discrimination (QUAD) nach Gabbidon et al. (2013).
- » *internalisiertes Stigma*: Diese Kategorie wird in 15,7 Prozent der in die Übersicht von Fox et al. (2018) eingeschlossenen Artikel gemessen, wobei trotz einer Vielzahl von Messinstrumenten nur drei davon als gut etabliert kategorisiert wurden und nur zu einem dieser drei, der ISMI-Skala, wiederum eine psychometrische Evaluation veröffentlicht wurde. ISMI war auch das am häufigsten zitierte Messinstrument für internalisiertes Stigma mit fünf Subskalen: Entfremdung, Stereotypenbestätigung, Diskriminierungserfahrungen, sozialer Rückzug und Stigma-Resistenz. Entfremdung und sozialer Rückzug erfassen das internalisierte Stigma, wie es im MISF konzeptualisiert ist.
- » *wahrgenommenes Stigma*: Das wahrgenommene Stigma wurde als wahrgenommene Stereotype und wahrgenommene Diskriminierung in einem Fünftel aller in den Review eingeschlossenen Publikationen gemessen (20,9 bzw. 21,2 %). Wahrgenommene Vorurteile hingegen

wurden nicht betrachtet. Jedoch sind hier nur zwei Messinstrumente als gut etabliert einzustufen, und für keines der beiden ist eine psychometrische Publikation verfügbar. Perceived-Devaluation Discrimination (PDD) von Link (1987) war das am häufigsten zitierte Messinstrument sowohl für wahrgenommene Stereotype als auch für wahrgenommene Diskriminierung und war das am zweithäufigsten verwendete Stigma-Messinstrument insgesamt. Das PDD ist ein gut etabliertes Messinstrument, wurde jedoch nie einer vollständigen psychometrischen Evaluierung unterzogen. (Hier ist anzumerken, dass das PDD von einigen Autoren/Autorinnen zur Messung von Selbststigmatisierung oder internalisiertem Stigma herangezogen wird.) Ein weiteres häufig eingesetztes Messinstrument für wahrgenommene Stereotype und wahrgenommene Diskriminierung ist die Depression Stigma Scale (DSS) nach Griffiths et al. (2004 und 2008). Sie beinhaltet zwei Subskalen: persönliche Stigmatisierung und wahrgenommene Stigmatisierung. Die DSS wurde für andere psychische Erkrankungen angepasst, darunter Suchterkrankungen, Alkoholkonsum und generalisierte Angststörungen.

Neben den hier beschriebenen Messinstrumenten kam auch eine Reihe eigens für Studien entwickelter Messinstrumente zum Einsatz, von denen die Studienautorinnen nicht umfänglich berichteten.

Die Studienautorinnen stellen abschließend fest, dass zu jedem der im MISF dargestellten Mechanismen zumindest ein gut validiertes Messinstrument verfügbar ist. Aufgrund der unterschiedlichen Konzeptionen von Stigma und der damit verbundenen uneinheitlich verwendeten Begrifflichkeiten und Definitionen wird auch eine Reihe unterschiedlicher bzw. eigens konzipierter Messinstrumente angewandt.

4.2 Übersichtsarbeiten zu Anti-Stigma-Maßnahmen

Im vorliegenden Kapitel 4.2 werden die Ergebnisse der in der Literatursuche nach systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen betreffend Anti-Stigma-Maßnahmen identifizierten Publikationen in Hinblick auf die Fragestellung bezüglich angewandter Konzepte, Indikatoren und Messinstrumente zur Wirkungsmessung von Anti-Stigma-Maßnahmen beschrieben.

Von den 22 systematischen Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen betrachten neun Publikationen eine breite Palette bewusstseinsbildender Interventionen (v. a. kontaktbasierte und informationsbasierte bzw. edukative Maßnahmen) bei einer Reihe psychischer Erkrankungen und eine Arbeit setzt sich mit einer sehr spezifischen Fragestellung auseinander (Zugrundelegung eines biogenetischen Erklärungsmodells psychischer Erkrankungen; vgl. (Clement et al. 2013; Corrigan et al. 2012; Corrigan et al. 2015; Dalky 2012; Griffiths et al. 2014; Kvaale et al. 2013; Maunder/White 2019; Mehta et al. 2015; Morgan et al. 2018). Diese Arbeiten werden in Kapitel 4.2.1 textlich und tabellarisch beschrieben.

Weitere 13 Arbeiten fokussieren auf Anti-Stigma-Maßnahmen in ausgewählten Settings (Setting Schule/Ausbildungsstätte: (Janoušková et al. 2017; Mellor 2014; Waqas et al. 2020), Setting Ar-

beitsplatz: (Hanisch et al. 2016), bei spezifischen Zielgruppen wie Angehörigen von Gesundheitsberufen (Larkings/Brown 2018; Lien et al. 2020; Stubbs 2014) oder Medienschaffenden (Maiorano et al. 2017) oder im Falle spezifischer psychischer Erkrankungen (Ando et al. 2011; Doley et al. 2017; Herrmann et al. 2018; Livingston et al. 2012). Diese Publikationen werden in Kapitel 4.2.2 hinsichtlich relevanter Ergebnisse textlich und tabellarisch zusammengefasst.

4.2.1 Übersichtsarbeiten zu allgemeinen Interventionen zur Reduktion von Stigma bei psychischen Erkrankungen

Der **systematische Review** von **Dalky (2012)** berücksichtigt **experimentelle (RCT) und quasiexperimentelle (QED), d.h. nichtrandomisierte, kontrollierte Untersuchungen** zur Wirksamkeit unterschiedlicher **Interventionen zur Reduktion von Stigmatisierung** im Zusammenhang mit **psychischen Erkrankungen**, die zwischen 1998 und 2008 publiziert wurden. Die Studienautorin hält fest, dass in den untersuchten Studien unterschiedliche Ansätze und Strategien zur Bewertung der Wirksamkeit solcher Interventionsprogramme verwendet wurden: In den meisten eingeschlossenen Studien wird die Wirkung in Bezug auf die Reduktion von Stigma mittels Instrumenten, für welche die Reliabilität und Validität bereits nachgewiesen ist, erfasst. Einige Autoren erörterten jedoch auch neue Instrumente, die auf das konkrete Programm zugeschnitten waren oder modifizierten bestehende Messinstrumente. Dalky (2012) verweist darauf, dass alle Messungen mittels Fragebögen (dichotome Selbstauskünfte zur Zustimmung oder Likert-Skalen) vorgenommen wurden und diese Angaben Verzerrungen durch die „soziale Erwünschtheit“ der Antworten aufweisen können.

Die Messungen bezogen sich in den eingeschlossenen Studien auf den Wissenszuwachs in Sachen psychische Erkrankungen und/oder einen Score für soziale Distanz: Hier kamen die Social Distance Scale (SDS) die Bogardus Scale of Social Distance (BSSD) oder die Community Attitudes Toward the Mentally Ill Scale (CAMI) zur Anwendung. Zur Messung der psychologischen Flexibilität wurde der Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) eingesetzt, die Veränderung der Verhaltensentscheidungen wurde unter Verwendung des Attribution Questionnaire (AQ) einschließlich seiner neun Faktoren (Verantwortung, Mitleid, Wut, Hilfe, Gewalt, Gefährlichkeit, Angst, Ausgrenzung und Zwang) gemessen, um Veränderungen der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen als Ergebnis der angebotenen Intervention abzubilden. Darüber hinaus wurden Änderungen in impliziten und expliziten Einstellungen, verringerte personelle und wahrgenommene Stigmatisierung, verbesserte Mental-Health-Literacy für Depression und kognitives Verhalten, Veränderungen der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten und des psychischen Wohlbefindens, Schweregrad der psychiatrischen Symptome und verbesserte Bewältigungsfähigkeiten zur Messung der Wirkungen der Interventionen herangezogen. (vgl. Dalky 2012)

Corrigan et al. (2012) ENREF_7untersuchen in ihrer Metaanalyse die Effekte von Anti-Stigma-Interventionen, die **Protest oder sozialen Aktivismus, Aufklärung der Öffentlichkeit und Kontakt mit Menschen mit psychischen Erkrankungen** umfassen. Auf Basis einer initialen Literatursuche, die Publikationen bis Oktober 2012 berücksichtigte, wurden 72 Publikationen zu der Themenstellung

eingeschlossen, die mit unterschiedlichen Interventionen (kontaktbasierten Interventionen, Aufklärung und Protest / sozialer Aktivismus) das Stigma psychischer Krankheiten reduzieren sollten. Die Outcomes der Studien wurden den Konzepten Einstellungen, Affektivität und Verhaltensabsichten zugeordnet, wobei diese jeweils folgende Unterbereiche inkludierten: Häufig gemessene Dimensionen der Einstellung waren Gefährlichkeit, Kompetenz, Verantwortung und schlechte Prognose. Der Affekt wurde deutlich seltener erhoben und durch Messgrößen v. a. für Angst und Wut repräsentiert. Verhaltensabsichten wurden am häufigsten durch Vermeidungsmaße dargestellt. Nähere Angaben zu den einzelnen in den eingeschlossenen Studien verwendeten Messinstrumenten und Skalen finden sich über die Kategorisierungen hinaus nicht. Eine weitere Publikation der Autorengruppe **Corrigan et al. (2015)** baut auf diesen Arbeiten auf und präsentiert eine **Metaanalyse** jener Studien, die **mittel- und längerfristige Wirkungen der Anti-Stigma-Interventionen** untersuchen. Auch in dieser Publikation werden über die obengenannten Konzepte und Messgrößen hinaus keine weiteren Messinstrumente oder Skalen der 19 inkludierten Studien berichtet.

Griffiths et al. (2014) führten eine **Metaanalyse von Studien (RCT) zur Wirksamkeit von Anti-Stigma-Programmen bei psychischen Erkrankungen** durch, die vor November 2012 publiziert worden waren. Sie identifizierten 33 randomisierte kontrollierte Studien zu solchen Programmen, von denen 26 aufgrund der publizierten Daten in ihren Analysen Berücksichtigung finden. Diese zielen auf die Veränderung (inter)personeller Stigmatisierung, sozialer Distanz, wahrgenommener Stigmatisierung und Selbststigmatisierung. Die Metaanalyse berücksichtigt die Studiendaten in Effektgrößen, nähere Angaben über die Messinstrumente, die in den eingeschlossenen Studien beschrieben werden, finden sich in der Publikation nicht.

Mehta et al. (2015) setzen sich in ihrem **systematischen Review mit Interventionen zur Reduktion von Stigma bei psychischen Erkrankungen** in der **mittel- bis längerfristigen Perspektive** (ab vier Wochen nach der Intervention) auseinander, wobei bei der Fragestellung weder Einschränkungen hinsichtlich der Art der Intervention noch hinsichtlich der adressierten Zielgruppen getätigt wurden. Die Messinstrumente zur Erfassung von Stigma werden den Komponenten Wissen, Einstellungen und Verhalten zugeordnet. Insgesamt kommen in den 80 Studien, die in den Review eingeschlossen wurden, 55 unterschiedliche Skalen (für 136 unterschiedliche Outcomes) zur Anwendung. Alle in den einzelnen Studien (unterschiedlichen Studientyps) zur Anwendung kommenden ein bis sechs Messinstrumente/Skalen sind für 65 Untersuchungen zur mittel- und längerfristigen Effektivität von Maßnahmen zur Reduktion von Stigma in tabellarischer Form im Anhang der Studie gelistet. Es werden keine Aussagen über die Zuordnung der Messinstrumente zu Konzepten, die Validität der eingesetzten Instrumente oder über häufig eingesetzte Instrumente getätigt.

Morgan et al. (2018) bewerten in ihrer **systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse** die Evidenz hinsichtlich der **Effektivität von Interventionen zur Reduktion des öffentlichen Stigmas (public stigma)** gegenüber Menschen mit **schweren psychischen Erkrankungen** (definiert als Schizophrenie, Psychose oder bipolare Störung). In ihrem Review wurden 62 randomisierte kontrollierte Studien zu Interventionen mit Kontakt zu Personen mit psychischen Erkrankungen, Information/Aufklärung, Kombinationen dieser beiden Interventionen (kontaktbasierte Interventionen), familienzentrierten Psychoedukationsprogrammen und Halluzinationssimulationen (d. s. Video-, Audio- oder virtuelle Simulationen von Schizophrenie-Symptomen) eingeschlossen, die zwischen 2000 und Juni 2017 publiziert worden waren. Die eingeschlossenen Studien sollten Endpunkte zu

Stigma im Zusammenhang mit schweren psychischen Erkrankungen einschließlich persönlicher/öffentlicher Stigmatisierung, sozialer Distanz und Diskriminierung berichten. Allgemeine Stigma-Messungen bezüglich „psychischer Erkrankungen“ waren nur dann zulässig, wenn die Intervention eindeutig auf schwere psychische Erkrankungen ausgerichtet war. Instrumente (einschließlich Subskalen), die Empathie oder prosoziale Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen (z. B. Helfen) messen, wurden nicht berücksichtigt. Die Studienautorinnen und der Studienautor berichten die Studiendetails der eingeschlossenen Publikationen (wie Teilnehmeranzahl, Studienpopulation, Erkrankung etc.), nicht jedoch die verwendeten Messinstrumente. In der Metaanalyse wurden Effektgrößen berechnet und die Ergebnisse hinsichtlich der Einstellungen und sozialer Distanz berichtet. Weitere Hinweise auf die in den eingeschlossenen Publikationen angeführten Messinstrumente finden sich nicht in dem Review.

Mauder/White (2019) gehen in ihrer **Metaanalyse** der Frage der **Effektivität von Interventionen zur Reduktion von Stigma mit Fokus auf kontaktbasierte Interventionen** nach. Die untersuchungsleitende Fragestellung wird dabei auf eine Vielzahl von Fragestellungen heruntergebrochen, um Fragen zur Fristigkeit der Effekte sowie zur Effektivität unterschiedlicher Arten der Intervention sowie unterschiedliche adressierte Zielgruppen, unterschiedliche Ergebnisparameter und unterschiedliche in der Intervention adressierte psychische Erkrankungen zu unterscheiden. Es wurden 101 Untersuchungen (randomisierte kontrollierte Studien, kontrollierte Studien und nichtkontrollierte Prä-post-Studien) inkludiert, die als Intervention einen gesicherten persönlichen oder virtuellen Kontakt mit Personen mit psychischen Erkrankungen von mehr als 30 Sekunden vorsahen. Interventionen, welche Kontakt im Rahmen eines beruflichen Settings (z. B. im Zuge der klinischen Ausbildung) vorsahen, wurden nicht berücksichtigt.

Mauder/White (2019) ordnen die mittels unterschiedlicher Messinstrumente erhobenen Effekte den Kategorien explizite Einstellung, affektive Voreingenommenheit, Verhaltensabsichten, implizite Vorurteile oder Verhalten zu.

- » Skalen, welche die selbstberichteten Überzeugungen betreffend Menschen mit psychischen Erkrankungen wie etwa die Zustimmung zu oder die Billigung von Stereotypen (z. B. Gefährlichkeit, Kompetenz) und Attributionen beurteilten, wurden als *explizite Einstellungen* kategorisiert.
- » *Affektive Voreingenommenheit* wurde als selbstberichtete emotionale Reaktion auf Menschen mit psychischen Erkrankungen definiert, einschließlich Furcht und Angst.
- » *Verhaltensabsichten* wurden als selbstberichtete antizipierte Verhaltensweisen der Teilnehmer/-innen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließlich ihrer Bereitschaft, bestimmte soziale Beziehungen mit diesen Personen einzugehen (d. h. in Hinblick auf soziale Distanz), definiert.
- » Reaktionszeitaufgaben, welche die Stärke der Assoziation von psychisch erkrankten Menschen mit positiven bzw. negativen Kategorien bewerteten, wurden als *implizite Voreingenommenheit* klassifiziert.
- » Beobachtungen des Verhaltens, das die Teilnehmer/-innen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen zeigten, wie z. B. die Bewertung der Qualität ihrer Interaktionen wurden als *Verhalten* klassifiziert.

Als sechste Kategorie wurde jene des „Vorurteils“ verwendet, um Skalen abzubilden, die Items aus mehr als einer der obengenannten Kategorien enthielten. Konkrete Angaben zu den einzelnen in den eingeschlossenen Studien eingesetzten Messinstrumenten finden sich nicht in der Publikation.

Interventionen in Massenmedien

Ein umfassender Cochrane-Review von **Clement et al. (2013)** untersucht die Wirkungen von **Interventionen zur Reduktion von Stigma** (Vorurteile und Diskriminierung) gegenüber Menschen mit psychischen Problemen **in Massenmedien**. 22 Studien (RCT, Cluster-RCT) konnten zu einschlägigen Interventionen in Massenmedien im Rahmen einer umfassenden systematischen Literatursuche (in Datenbanken wie z. B. Cochrane, MEDLINE, EMBASE für den Zeitraum von der Verfügbarkeit der jeweiligen-Datenbank bis mehrheitlich August 2011) identifiziert werden. Die betrachteten Interventionen unterlagen keinen zeitlichen oder inhaltlichen Beschränkungen, solange sie sich mit psychischen Erkrankungen (gemäß DSM-IV-TR) befassten und die breite Öffentlichkeit (oder Teilgruppen dieser) via Massenmedien erreichten. In Anlehnung an Thornicrofts Konzeptualisierung von Stigma (vgl. Thornicroft et al. 2007) sollten die primären Ergebnisparameter zwei der drei dort angeführten Elemente widerspiegeln: die Diskriminierung von Personen mit psychischen Erkrankungen (PMI) oder Vorurteile ihnen gegenüber (Wissen als dritte Komponente wurde als sekundärer Ergebnisparameter berücksichtigt). Die Studienautorinnen und -autoren setzten nicht voraus, dass ein validiertes Messinstrument eingesetzt wurde, jedoch präzisierten sie die Begriffe Diskriminierung und Vorurteil wie folgt:

- » *„Diskriminierung von PMI einschließlich Berichten über persönlich erlebte Diskriminierung von PMI; beobachtetes diskriminierendes Verhalten gegenüber PMI wie z. B. Vermeidung und negative Interaktion, die in experimentellen Settings beobachtet wurden; und berichtete Verhaltensdiskriminierung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen.“*
Die Studienautorinnen und -autoren hatten ursprünglich geplant, diskriminierende Verhaltensabsichten unter Diskriminierung zu erfassen, sich aber dafür entschieden, *„diese unter Vorurteilen zu berichten, da eine Absicht eher einer Einstellung als einem Verhalten ähnelt.“*
- » *„Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließlich Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen; Stereotypisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen; Wunsch nach sozialer Distanz zu Menschen mit psychischen Erkrankungen; emotionale Reaktionen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen; Empathie für Menschen mit psychischen Erkrankungen; implizite Assoziationen bezüglich Menschen mit psychischen Erkrankungen.“* (Clement et al. 2013, S. 14 f. übersetzt mithilfe des DeepL-Übersetzers (<https://www.deepl.com/translator>))

Sekundäre Ergebnisparameter des Reviews waren: Wissen (jeglicher Art); Kosten; Reichweite, Erinnerung an die und Bekanntheit der Intervention; Dauer/Nachhaltigkeit der Medieneffekte; Publikumsreaktionen auf Medieninhalte und nichtintendierte Wirkungen.

Die Studienautoren halten fest, dass aufgrund der Heterogenität der inkludierten Studien primär eine narrative Synthese durchgeführt wurde. 17 der 22 inkludierten Studien wurden an der Subgruppe „Studentinnen/Studenten“ durchgeführt. Nur fünf Studien betrachteten Diskriminierung,

und 19 Untersuchungen betrachteten Vorurteile als Ergebnisparameter. Als Messgrößen für Diskriminierung wurden der Abstand zwischen den Stühlen, den die Teilnehmer/-innen in Erwartung der Begegnung mit einer Person mit Tourette-Syndrom einrichteten, in drei Studien (eines Autors) sowie in je einer Studie die schriftliche Interessensbekundung an der Teilnahme an einer Fokusgruppe mit Menschen mit Schizophrenie (inkl. Angabe von Kontaktdaten) sowie die berichteten Besuche in kommunalen psychiatrischen Einrichtungen während des Nachbeobachtungszeitraums herangezogen.

Zur Messung der Vorurteile wurden mehrheitlich mehrere Maße parallel verwendet, insgesamt kamen 28 unterschiedliche Maße/Messinstrumente zum Einsatz, wobei die Social Distance Scale nach Link am häufigsten eingesetzt wurde (sechs Studien), gefolgt vom Attribution Questionnaire und der Social Acceptance Scale (je dreimal) sowie der Opinions about Mental Illness Scale (OMI), der Stigma Scale for Receiving Psychological Help (SSRPH), der Dangerousness Scale (DS) und der Tolerance Scale (Tourette's Syndrome), die je zweimal eingesetzt wurden. Alle anderen Skalen/Messinstrumente fanden nur in je einer Studie Verwendung.

Intervention zur Nutzung des biogenetischen Erklärungsmodells für psychische Erkrankungen

Kvaale et al. (2013) untersuchten in ihrer Metaanalyse die Wirkungen biogenetischer Erklärungsmodelle für psychische Erkrankungen auf Stigma (Schuld, wahrgenommene Gefährlichkeit, soziale Distanz und prognostischer Pessimismus) psychischer Erkrankungen. 28 Studien (experimentelles Design, Prä-post-Studien), welche die Wirkungen biogenetischer Erklärungen mit jenen anderer Arten von Erklärungen (z. B. mit solchen psychosozialen Charakters oder mit dem Erhalt mehrdeutiger oder multifaktorieller Erklärungen) oder mit dem Effekt einer unterbleibenden Erklärung vergleichen, wurden nach systematischer Literatursuche und -selektion (Suchzeitraum bis November 2012) eingeschlossen, wobei die breite Öffentlichkeit, Fachleute oder Personen mit psychischen Erkrankungen in der Studie adressiert werden konnten. Die Publikationen berichteten zum Teil von mehr als einer Studie, zusätzlich wurde oftmals mehr als ein Messinstrument für jede Stigma-Komponente eingesetzt. Die vier Stigma-Komponenten (wie sie von den Studienautoren mit Bezug zu biogenetischen Erklärungen festgelegt wurden) wurden wie folgt in der Übersichtsarbeit operationalisiert:

- » *„Die Definition von Schuld war: Maße, die Schuld, Verantwortung und Gefühle von Wut erfassen (nicht jedoch wahrgenommene persönliche Schwäche oder bestrafendes Verhalten).*
- » *Die Definition von wahrgenommener Gefährlichkeit war: Maße, die die Wahrnehmung erfassen, dass Personen mit psychischen Problemen unberechenbar, gefährlich, ein Risiko für sich selbst und andere sind, und Gefühle von Angst.*
- » *Die Definition von sozialer Distanz war: Maße, die den Unwillen erfassen, irgendeine Art von sozialer Beziehung zu Personen mit psychischen Problemen einzugehen (aber nicht Beziehungen zu Verwandten dieser Personen).*
- » *Die Definition von Prognosepessimismus war: Maße des Pessimismus für Besserung, geringe Heilungschancen, geringe Behandelbarkeit, lange Dauer der Probleme oder mangelnde Fähigkeit von Personen mit psychischen Problemen, ihre Probleme zu bewältigen oder zu überwin-*

den (aber nicht Maße der Motivation, das Problem zu überwinden, oder Maße, die die Wirksamkeit spezifischer Interventionen auf das Problem erfassen).“ (Kvaale et al. 2013, S. 784, übersetzt mithilfe des DeepL-Übersetzers (<https://www.deepl.com/translator>))

Die Studienautoren führen aus, dass die Zielsetzung der Zusammenfassung verschiedener Messungen desselben Konstrukts gewesen sei, Schlussfolgerungen auf der Ebene dieser Komponenten von Stigma zu ermöglichen und nicht auf der Ebene der unzähligen Stigma-Messungen. Weiter halten sie fest, dass eine Standardisierung von Messinstrumenten zur Erfassung von Stigma für die künftige Forschung von Relevanz sei. Die in den einzelnen eingeschlossenen Studien erwähnten Messinstrumente werden in der Publikation von Kvaale et al. (2013) nicht weiter beschrieben.

Eine weitere Studie, die sich mit der Wirkung des biogenetischen Erklärungsmodells auf die Veränderung von Stigma bezieht, jedoch die Wirkungen bei Gesundheitspersonal und den Personen mit psychischen Erkrankungen untersucht, findet sich unter Punkt 4.2.2.

Die untenstehende Tabelle 4.2 gibt einen Überblick über die in der systematischen Literatursuche identifizierten Übersichtsarbeiten und Metaanalysen in puncto Anti-Stigma-Interventionen/-Maßnahmen.

Tabelle 4.2:

Übersichtsarbeiten zu Anti-Stigma-Maßnahmen für psychische Erkrankungen – allgemein

Publikation (Jahr)	Studientyp	adres- siertes Stigma	Zielgruppe	Region	Thema/ Erkrankung	betrachtete Interventio- nen / Maßnahmen	berücksichtigte Studiendesigns	Outcome (Ergebnisparameter)	Messinstrumente in den inkludierten Studien
Anti-Stigma-Maßnahmen für psychische Erkrankungen – allgemein Anti-Stigma-Maßnahmen – SR/MA über eine Vielzahl von Interventionen, Erkrankungen und Zielgruppen									
Dalky (2012)	SR	alle	k. A.	keine Ein- schränkung	psychische Erkrankung	alle Interventionen	RCT und QED	keine Einschränkung: Wissen, (implizite und explizite) Einstellungen, Verhaltensabsichten (soziale Distanz), personales und wahrgenommenes Stigma, Mental-Health-Literacy, Inanspruchnahme von Hilfsangeboten, psychisches Wohlbefinden und Schweregrad der Symptomatik, Bewältigungsfähigkeiten	Einsatz fanden validierte Messinstrumente: SDS, BSSD, CAMI, AAQ und AQ sowie von den jeweiligen Studienautorinnen und -autoren entwickelte bzw. modifizierte Messinstrumente
Corrigan et al. (2012) und Corrigan et al. (2015)	MA	inter- perso- nelles Stigma, (public stigma)	k. A.	keine Ein- schränkung	psychische Er- krankungen	kontaktbasierte Interventionen, Aufklärung und Protest / sozialer Aktivismus in Corrigan et al. (2015) Subauswertung von Studien mit mittel- bis längerfristigen Outcomes	Quantitative, prospektive Interventionsstudien	personelles und öffentliches Stigma: Einstellungen (Gefährlichkeit, Kompetenz, Verantwortlichkeit, schlechte Prognose), Emotionen (Affekt, Furcht und Ressentiments) und Verhaltensabsichten (soziale Distanz) bzw. Stigma gesamt und Einstellungen	Verwendung von Effektivitätsgrößen in der MA, Kategorisierung zu Messgrößen, aber keine näheren Angaben zu Messinstrumenten in der Publikation
Griffiths et al. (2014)	MA	alle	alle	alle	psychische Erkrankung	alle Interventionen: Edukation, Kontakt, Protest, andere	RCT	quantitative outcomes: klassifiziert nach personales / öffentliches Stigma, sozialer Distanz, wahrgenommenem Stigma, Selbststigmatisierung / internalisiertem Stigma, Diskriminierung und anderem	Verwendung von Effektivitätsgrößen zur Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich Stigma, keine näheren Angaben zu Messinstrumenten in den inkludierten Publikationen

Publikation (Jahr)	Studientyp	adressiertes Stigma	Zielgruppe	Region	Thema/ Erkrankung	betrachtete Interventionen / Maßnahmen	berücksichtigte Studiendesigns	Outcome (Ergebnisparameter)	Messinstrumente in den inkludierten Studien
Mehta et al. (2015)	SR	alle	alle	keine Einschränkung	(funktionelle) psychische Erkrankungen (Ausschluss von: Demenz, substanzgebundenen Süchten, intellektuellen Einschränkungen oder Entwicklungsstörungen)	alle Interventionen mit dem Ziel der mittel- bis längerfristigen (4 Wochen und mehr) Änderung, die definierte Ergebnisparameter betrachten	quantitative, prospektive Studien (Vergleichsgruppe oder Prä-post-Studien) mit Fokus auf mittel- und längerfristige Ergebnisparameter (ab 4 Wochen nach Intervention) und/oder LMIC	Wissen, Einstellungen (Vorurteile, Selbststigmatisierung, Selbstbewusstsein), Verhalten (Diskriminierung, Stigma-Coping)	Verwendung von Effektivitätsgrößen zur Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich Wissen, Einstellungen und Verhalten nichtsistematisierte Auflistung der in den eingeschlossenen Publikationen eingesetzten Messinstrumente/Skalen
Morgan et al. (2018)	SR, MA	interpersonelles Stigma	k. A.	keine Einschränkung	schwere psychische Erkrankungen (Schizophrenie, Psychose oder bipolare Störung)	kontaktbasierte Interventionen, informationsbasierte Interventionen und Kombinationen der o. g. Interventionen, familienzentrierte Aufklärung/Schulung, Halluzinationsimulation	RCT	personelles und öffentliches Stigma (Einstellungen), soziale Distanz, Diskriminierung (Ausschluss: Empathie und prosoziales Verhalten)	Verwendung von Effektivitätsgrößen in der MA, keine näheren Angaben zu Messinstrumenten in den inkludierten Publikationen
Maunder/White (2019)	MA	interpersonelles Stigma	Personen ohne MI (Ausschluss von Studien >30 % PMI)	keine Einschränkung	psychische Erkrankungen gemäß DM5/ICD-10	kontaktbasierte Interventionen (nur Kontakt bzw. Kontakt und Edukation)	quantitative prospektive Interventionsstudien (RCT, kontrollierte und nichtkontrollierte Prä-post-Studien)	explizite Einstellungen (z. B. Zuschreibung, Stereotype), affektive Voreingenommenheit (z. B. Furcht, Angst), Verhaltensabsichten (z. B. soziale Distanz, Helfen), implizite Voreingenommenheit oder tatsächliches Verhalten (z. B. Stuhlabstand, Spenden) explizit ausgeschlossen: u. a. Selbststigmatisierung und wahrgenommene Stigmatisierung anderer	Verwendung von Effektivitätsgrößen zur Darstellung der Ergebnisse hinsichtlich der Stigmata, keine näheren Angaben zu Messinstrumenten in den inkludierten Publikationen

Publikation (Jahr)	Studientyp	adressiertes Stigma	Zielgruppe	Region	Thema/ Erkrankung	betrachtete Interventionen / Maßnahmen	berücksichtigte Studiendesigns	Outcome (Ergebnisparameter)	Messinstrumente in den inkludierten Studien
Interventionen in Massenmedien									
Clement et al. (2013)	SR/MA	interpersonelles Stigma	Öffentlichkeit oder Subgruppen dieser (Ausschluss von Studien, die als Zielgruppe ausschließlich Personen mit psychischen Erkrankungen betrachten)	keine Einschränkung	psychische Erkrankung (gemäß DSM-IV-TR)	Intervention in Massenmedien (unabhängig von der Dauer, Form des Inhalts und der konkreten Zielsetzung, solange die Intervention gegenüber einer inaktiven Kontrollgruppe verglichen wurde und Outcomes zu Diskriminierung oder Vorurteilen gegenüber PMI, Kosten und nichtintendierten Wirkungen berichtet wurden (primäre Ergebnisparameter)	RCT, Cluster-RCT und Zeitreihenstudien	<p>primäre Ergebnisparameter: Diskriminierung und Vorurteile in Anlehnung an Thornicroft</p> <p>sekundäre Ergebnisparameter: Wissen (jeglicher Art), Kosten, Reichweite, Erinnerung an die und Bekanntheit der Intervention; Dauer/Nachhaltigkeit der Medieneffekte; Publikumsreaktionen auf Medieninhalte und nichtintendierte Wirkungen</p>	<p>Fünf Studien betrachten Diskriminierung und Vorurteile in Anlehnung an die Stühlen in Erwartung einer PMI (drei Studien)</p> <p>– schriftliche Interessensbeteiligung an der Teilnahme an einer Fokusgruppe mit PMI</p> <p>– Besuche in kommunalen psychiatrischen Einrichtungen</p> <p>Alle Studien betrachteten Vorurteile: 28 unterschiedliche Messinstrumente. Mehrmals eingesetzt: SDS, AQ, SAS, OMI, SSRPH, DS und Tolerance Scale (Tourrette's Syndrome)</p>
biogenetische Erklärungen für psychische Probleme									
Kvaale et al. (2013)	MA	k. A.	Öffentlichkeit, Fachleute oder Personen mit psychischen Erkrankungen	keine Einschränkung	psychische Erkrankungen	biogenetische Erklärungen für psychische Probleme	experimentelles Design, Prä-post-Studien	<p>Vier Stigma-Komponenten:</p> <p>» Schuld: Maße, die Schuld, Verantwortung und Gefühle von Wut erfassen</p> <p>» wahrgenommene Gefährlichkeit: Maße, die die Wahrnehmung erfassen, dass Personen mit psychischen Problemen unberechenbar, gefährlich, ein Risiko für sich</p>	Messinstrumente werden in der Publikation nicht weiter beschrieben.

Publikation (Jahr)	Studientyp	adressiertes Stigma	Zielgruppe	Region	Thema/ Erkrankung	betrachtete Interventionen / Maßnahmen	berücksichtigte Studiendesigns	Outcome (Ergebnisparameter)	Messinstrumente in den inkludierten Studien
								selbst und andere sind, und Gefühle von Angst »soziale Distanz: Maße, die den Unwillen erfassen, irgendeine Art von sozialer Beziehung zu Personen mit psychischen Problemen einzugehen » Prognosepessimismus: Maße des Pessimismus für Besserung, geringe Heilungschancen, geringe Behandelbarkeit, lange Dauer der Probleme oder mangelnde Fähigkeit von Personen mit psychischen Problemen, ihre Probleme zu bewältigen oder zu überwinden	

- AAQ = Acceptance and Action Questionnaire
 AQ = Attribution Questionnaire
 BSSD = Bogardus Scale of Social Distance
 DSM-IV-TR = Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen – Textrevision (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
 CAMI = Community Attitudes Toward the Mentally Ill Scale
 LMIC = Länder mit niedrigem oder mittlerem Einkommen (low and middle income countries)
 DS = Dangerousness Scale
 MA = Metaanalyse
 OMI = (Modified) Opinions about Mental Illness
 PMI = Personen mit psychischen Erkrankungen (persons with mental illness)
 QED = quasiexperimentelles Design
 RCT = randomisierte kontrollierte Studie
 SAS = Stigma and Acceptance Scale
 SDS = Social Distance Scale
 SR = systematische Übersichtsarbeit
 SSRPH = Stigma Scale for Receiving Psychological Help

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

4.2.2 Übersichtsarbeiten zu speziellen Settings, Zielgruppen oder psychischen Erkrankungen

Die Publikationen zu Anti-Stigma-Maßnahmen in diesem Kapitel zielen zum einen auf unterschiedliche Zielgruppen (wie z. B. Jugendliche, Schüler/-innen bzw. Studentinnen und Studenten, Gesundheitspersonal), fokussieren auf Stigma bei bestimmten psychischen Erkrankungen (z. B. Schizophrenie) oder setzen in bestimmten Settings an, um Stigmatisierung in diesen Lebensbereichen (z. B. Arbeitsplatz) zu reduzieren.

4.2.2.1 Setting Schule – Ausbildungsstätten / Zielgruppe Jugendliche

Vier systematische Übersichtsarbeiten (SR; Janoušková et al. 2017; Mellor 2014; Waqas et al. 2020; Yamaguchi et al. 2013) setzen sich mit Interventionen zur Reduktion von Stigma im Setting von Ausbildungsstätten (Schulen, Universitäten) bzw. bei der Zielgruppe der Jugendlichen auseinander. Zwischen den in den vier SR inkludierten Studien bestehen Überschneidungen, die im Rahmen der vorliegenden (Kurz-)Recherche nicht berücksichtigt werden können. Daher ist darauf hinzuweisen, dass eine allfällige Häufigkeit der Nennungen einzelner in den SR berichteter Messinstrumente keinen Rückschluss auf die absolute Häufigkeit ihrer Anwendung in Evaluationen/Studien ermöglicht. Des Weiteren wurde in den SR zum Teil berichtet, dass auch Studien zu Interventionen im Rahmen der Ausbildung von ärztlichem Personal oder Personal anderer Gesundheitsberufe eingeschlossen werden. Ob diese „Interventionen“ tatsächliche zusätzliche Maßnahmen bedeuten oder hier auch zum Teil Maßnahmen im regulären Curriculum dieser Ausbildungen Berücksichtigung fanden, konnte im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht geklärt werden. Bei einer der hier vorgestellten systematischen Übersichtsarbeiten ist das nicht relevant, da sie ausschließlich Maßnahmen im schulischen Setting berücksichtigt (Mellor 2014), in einem weiteren Review (Yamaguchi et al. 2013) werden Einheiten, Praktika etc. im regulären Curriculum explizit ausgeschlossen.

Yamaguchi et al. (2013) untersuchten in einem SR die Evidenz zu **Anti-Stigma-Maßnahmen bei Universitätsstudentinnen und -studenten**. 35 der in der Literatursuche (ohne genaue Zeitangaben) identifizierten Studien wurden eingeschlossen, davon 23 RCT und zwölf kontrollierte Prä-post-Studien zur Wirkung von Anti-Stigma-Maßnahmen bei Universitätsstudentinnen/-studenten. Berücksichtigt wurden laut Angaben der Autorinnen/Autoren nur Studien, bei denen die Ergebnismessung mittels Messinstrumenten mit guter Test-Retest-Reliabilität in den Kategorien Wissen, Einstellungen/Zuschreibungen, soziale Distanz/Verhaltensabsichten, Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen oder dem Suchen von Hilfsangeboten sowie Verhalten (diskriminierendes Verhalten und Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten) erfolgt. Studien, die Vorurteile oder auch das konkrete hilfeschuchende Verhalten messen, konnten nicht identifiziert werden. Die mit unterschiedlichen Messinstrumenten erhobenen Ergebnisse wurden in den Kategorien Wissen über Personen mit PMI, Einstellungen oder Zuschreibungen gegenüber PMI, soziale Distanz und Verhaltensabsichten gegenüber PMI, Einstellungen gegenüber Personen in psychischer Versorgung und Hilfesuchenden erfasst. Konkrete, einheitliche Angaben

zu den in den eingeschlossenen Studien verwendeten Messinstrumenten werden in dem Review nicht berichtet, allerdings werden einzelne validierte und reliable Messinstrumente werden in folgenden Kategorien erwähnt: Einstellungen gegenüber PMI -Attitudes toward People with Tourette's Syndrome nach Long, MCRS und S-C Attitude Measure nach Ghera und Delva-Tauillili: soziale Distanz und Verhaltensabsichten gegenüber PMI – SDS; Einstellungen gegenüber psy. Versorgung und Hilfesuche – ATSPPH. Eine Metaanalyse konnte aufgrund der Heterogenität der Interventionen nicht vorgenommen werden.

Mellor (2014) geht in ihrem SR – vor dem Hintergrund der Identifikation konsistenter Elemente innerhalb erfolgreicher Programme – der Frage der **Wirksamkeit von Interventionen zur Reduktion des Stigmas psychischer Erkrankungen bei jungen Menschen im schulischen Setting** nach. Im Rahmen der systematischen Literatursuche (1990 bis Juni 2012) konnten in Summe 17 relevante Publikationen identifiziert werden: ein RCT, fünf Cluster-RCT, vier nichtrandomisierte, kontrollierte Studien und sechs Prä-post-Studien sowie eine weitere Studie. Es finden sich keine Angaben, ob die Suche auf bestimmte Länder/Regionen eingeschränkt wurde. Berücksichtigt wurden Studien, wenn sie einen der folgenden Ergebnisparameter untersuchten: Wissen/Überzeugung und Einstellungen zu psychischen Erkrankungen, Verhaltensabsichten, stigmatisierendes Verhalten oder Affekt. Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Beratungsangeboten (Hilfesuche) wurde nicht berücksichtigt, da dies nach Meinung der Studienautorin nicht direkt mit stigmatisierenden Einstellungen/Verhaltensweisen assoziiert ist. Hingegen wurde der Wissensstand inkludiert, da viele der hier eingesetzten Messinstrumente auch Aussagen zu Überzeugungen und Einstellungen enthalten. Validität und Reliabilität der eingesetzten Messinstrumente waren hingegen keine Einschlusskriterien. Insgesamt wurden in den Studien (mit Bezug zur Fragestellung) 31 verschiedene Messinstrumente verwendet, die unterschiedlichen Komponenten von Stigma zugeordnet werden konnten: Einstellungen, Verhaltensabsichten und (sowie in einer Studie) ein Affektmaß. Auch wurde in mehreren Studien der Wissenszuwachs gemessen. Das tatsächliche Verhalten wurde hingegen in keiner Studie gemessen. Mit Ausnahme des Impliziten Assoziationstests (IAT), bei dem die Teilnehmenden Wörter so schnell wie möglich kategorisieren, wurden Fragebögen mit Selbstangaben (dichotome Zustimmung oder Likert-Skalen) zur Ergebnismessung eingesetzt. Bei 14 der Instrumente wurde die Reliabilität als gut angegeben, wobei in allen bis auf eine Ausnahme die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) angegeben wurde, um diese Aussage zu untermauern. Die Validität der Instrumente wurde gemäß Angaben der Studienautorin in der Regel nicht in den Publikationen berichtet, obwohl einige Studien bereits gut getestete Instrumente beschrieben. Insgesamt 13 der Instrumente wurden für die jeweilige Intervention oder Studie entwickelt; sieben davon wurden pilotiert und/oder wiesen eine ausreichende interne Konsistenz auf, die anderen sechs (allesamt Wissensmessungen) wiesen eine schlechte (oder nicht getestete) Reliabilität auf, was auch Zweifel an ihrer Validität und damit an den Ergebnissen aufkommen lässt. Diese Messergebnisse wurden im SR daher nicht weiter berücksichtigt. Von den Messinstrumenten wurden nur (Modified) Opinions about Mental Illness (OMI) und die Depression Stigma Scale in zumindest zwei Studien verwendet; alle anderen Messinstrumente wurde nur in je einer Studie eingesetzt (vgl. Mellor 2014).

Janoušková et al. (2017) setzten sich in ihrer systematischen Übersichtsarbeit mit der Wirksamkeit **videobasierter Interventionen** auf die Reduktion von Stigma bei psychischer Erkrankungen in der **Zielgruppe Jugendliche (13–25 Jahre, Setting Ausbildungsstätte)** auseinander. 23 Studien (15 RCT, zwei Cluster-RCT und sechs kontrollierte Prä-post-Studien) im Setting Ausbildungsstätte wurden

im SR berücksichtigt, wobei auch Interventionen bei Medizinstudentinnen und -studenten sowie Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten anderer Gesundheitsberufe inkl. solcher der Psychologie eingeschlossen wurden. Konkrete Angaben zum Ende des Suchzeitraums der Literatursuche finden sich in dem SR nicht, wobei die jüngste der eingeschlossenen Publikationen mit 2012 datiert ist. Janoušková et al. (2017) halten fest, dass in den eingeschlossenen Studien 51 unterschiedliche Messinstrumente/Ergebnisparameter zum Einsatz kamen. Die häufiger eingesetzten Instrumente waren dabei: die Social Distance Scale (SDS) nach Link, die Penn Affective Reactions Scale, die Attitudes towards seeking professional psychological help Scale (ATSPPH), die Positive and Negative Affect Scale (PANAS-X), die Community Attitudes Toward the Mentally Ill Scale (CAMI), die Perceived Dangerousness Scale (nach Link und Culle) und der Implicit Attitudes Test (nach Greenwald et al.). Die anderen Skalen wurden nur in je einer Studie verwendet.

Die Messungen der Ergebnisparameter wurden in sieben Kategorien eingeteilt:

- » Wissen über Ätiologie der Erkrankung, Zeichen psychischer Erkrankungen und deren mögliche Behandlung
- » soziale Distanz
- » berichtete emotionale Reaktion
- » wahrgenommene Gefährlichkeit
- » Kombination der obengenannten Dimensionen (allgemeine Einstellungen)
- » Einstellungen zur Hilfesuche bei psychischen Erkrankungen
- » Ergebnisse, die das tatsächliche Verhalten gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen messen

Die Studienautorinnen und -autoren führen an, dass aufgrund der erheblichen Heterogenität in Bezug auf die Länge und den Inhalt der Videointerventionen sowie in Bezug auf die genutzten Messinstrumente/Ergebnisparameter die Durchführung einer Metaanalyse nicht möglich gewesen sei. (vgl. Janoušková et al. 2017)

Eine rezente systematische Übersichtsarbeit von **Waqas et al. (2020)** untersucht die Evidenz in Bezug auf **Anti-Stigma-Maßnahmen für psychische Erkrankungen im Setting von Ausbildungseinrichtungen**. Der Begriff der Bildungseinrichtungen ist hier weiter gefasst und umfasst auch Ausbildungsstätten für Erwachsene inkl. Ausbildungsstätten für medizinische Berufe. Die Literatursuche wurde im September 2018 durchgeführt, etwa die Hälfte der 44 zwischen 1998 und 2018 publizierten RCT wurde im schulischen Setting durchgeführt, sechs Studien wurden an medizinischen bzw. pflegerischen Ausbildungsstätten durchgeführt. Die Ergebnismessung erfolgte in den inkludierten Studien mittels unterschiedlicher Skalen, welche die Stigmatisierung psychiatrischer Erkrankungen, das Wissen der Teilnehmer/-innen vor und nach der Intervention, Einstellungs- und Absichtsänderungen sowie das Erkennen psychiatrischer Symptomatik messen. Darüber hinaus wurden die Absichten und Einstellungen zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten (help-seeking practices) erfasst. Die Interventionen konzentrierten sich mehrheitlich auf die Veränderung des öffentlichen Stigmas und weniger auf Selbststigma. Als Kategorien, denen die Messinstrumente in den Studien zuzuordnen waren, werden von den Studienautorinnen und -autoren folgende genannt: Stigma, gefolgt von Veränderungen des Wissensstandes, der Einstellung und der Überzeugungen, der Hilfesuche, der sozialen Distanz und dem Erkennen psychiatrischer Symptomatik. Die

Autorinnen und Autoren schließen mit der Feststellung, dass aufgrund der Heterogenität der unterschiedlichen Interventionen und der unterschiedlichen Messinstrumente keine Metaanalyse habe durchgeführt werden können. Nähere Angaben zu den in den 44 Studien angewandten Messinstrumenten finden sich in der Publikation nicht. (vgl. Waqas et al. 2020)

4.2.2.2 Zielgruppe Gesundheitspersonal

Eine systematische Übersichtsarbeit (Stubbs 2014) und eine Netzwerkmetaanalyse (Lien et al. 2020) befassen sich mit der Evidenz zur Wirksamkeit von Anti-Stigma-Maßnahmen beim Gesundheitspersonal, wobei hier sowohl Fachkräfte als auch Personen in Ausbildung betrachtet werden. Zwischen den in den beiden Arbeiten inkludierten Studien bestehen Überschneidungen, sechs Studien wurden in beiden Publikationen berücksichtigt. Lien et al. (2020) führen eine Netzwerk-MA der inkludierten Publikationen durch, nutzen hierfür Effektgrößen und nennen die in den inkludierten Studien angewandten Messinstrumente nur exemplarisch. Eine weitere systematische Übersichtarbeit (Larkings/Brown 2018) untersucht die Evidenz hinsichtlich des Zusammenhangs biogenetischer Kausalüberzeugungen mit der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in zwei Zielgruppen: bei psychosozialen Fachkräften und bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Aufgrund der Fragestellung und der eingeschlossenen Studiendesigns ist hier nur eine der eingeschlossenen Studien von Relevanz.

Stubbs (2014) untersuchte in ihrer **systematischen Übersichtsarbeit (RCT)** die Wirksamkeit von **Interventionen zur Reduktion von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen** in der **Zielgruppe Studierende und Fachkräfte im Gesundheitswesen**. Die Intervention musste dabei einen Zusatz zum normalen Curriculum oder zur klinischen Arbeit darstellen (d. h. Studien, bei denen die Intervention eine Praxis auf der psychiatrischen Abteilung war, die einen Standardteil des Lehrplans der Studentinnen/Studenten bildete, wurden ausgeschlossen). Als Ergebnisparameter wurden soziale Distanz, Einstellungen, Empathie / emotionale Reaktion, Verhalten und Wissen festgelegt. In den 18 im Rahmen der systematischen Literatursuche im März 2014 eingeschlossenen Publikationen wurden überwiegend Maßnahmen bei Studentinnen/Studenten untersucht, nur drei Studien wurden an Fachkräften durchgeführt. Die Wirkung der Interventionen wurde auf die Parameter Einstellungen, soziale Distanz, Wissen und Verhalten untersucht. Als Messinstrumente werden die Social Distance Scale (SDS), die Mental Illness: Clinicians Attitude Scale (MICA) und die Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS) mehrmals in den eingeschlossenen Studien angeführt, alle anderen in der Publikation angeführten Skalen werden nur in einzelnen Studien genutzt wie z. B. Attitude to Psychiatry Scale (APS), Attribution Questionnaire (AQ), Attitudes Toward Serious Mental Illness Scale (ATSMIS), Community Attitudes toward the Mentally Ill (CAMI), Dangerousness Scale (DS), Emotional Reactions to Mental Illness Scale (ERMIS), Interpersonal Reactivity Index (IRI), Jefferson Scale (JS), Mental Health Knowledge Schedule (MAKS), Opening Minds Survey for Healthcare Providers (OMS-HC), Reported and Intended Behaviour Scale, Social Contact and Intended Learning Outcomes (SCILO). Nicht bei allen inkludierten Studien werden die Messinstrumente dezidiert angeführt, zum Teil erfolgen nur allgemeine Angaben wie „Einstellungen“.

Lien et al. (2020) untersuchen in einer **Netzwerkmetaanalyse** von 18 Studien (RCT und nichtrandomisierte kontrollierte Studien), die relative **Wirksamkeit verschiedener Arten (kontaktbasierter, bildungsbasierter und Kombinationen dieser) von Anti-Stigma-Interventionen für Fachkräfte im Gesundheitswesen**. Eingeschlossen wurden Studien, die bis Dezember 2018 publiziert worden waren. Als Ergebnisparameter der Netzwerk-MA dienen Einstellung und Verhaltensabsichten von Fachkräften im Gesundheitswesen gegenüber Personen mit psychischen Erkrankungen. In den inkludierten Studien wurde eine Vielzahl unterschiedlicher Messinstrumente eingesetzt. In der Publikation von Lien et al. (2020) werden nur beispielhaft Skalen, die für die Messung der Stigma-Einstellungen zur Anwendung kamen, angeführt; hier kamen die Clinicians' Attitudes (MICA), die Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC) und die Social Distance Scale (SDS) zum Einsatz. Für die Netzwerk-MA wurden Effektgrößen berechnet.

Die **systematische Übersichtsarbeit** von Larkings/Brown (2018) geht der Frage der Beziehung zwischen der Überzeugung, dass **psychische Erkrankungen einen biogenetischen Ursprung** haben, und der **Stigmatisierung psychischer Erkrankungen**, also zwischen biogenetischen Kausalüberzeugungen und Stigma in zwei Zielgruppen nach: bei Menschen mit psychischen Erkrankungen und bei psychosozialen Fachkräften. Die Arbeit zielt darauf, die verfügbare Literatur zu dieser Beziehung zu untersuchen und insbesondere zu erforschen, ob biogenetische Ursachen mit einer verringerten Stigmatisierung verbunden sind. Die Autoren schließen auf Basis der systematischen Literatursuche (20 Jahre vor Februar 2017) und von Selektion elf Publikationen über 15 Untersuchungen unabhängig vom Studientyp ein. Fünf Studien zielen auf den Zusammenhang zwischen biogenetischen Kausalüberzeugungen und Stigma psychischer Erkrankungen in der Gruppe der psychosozialen Fachkräfte, wobei vier davon als Querschnittsstudien (Korrelationsstudien) keine Maßnahmen oder Interventionen setzten und nur eine Studie die Veränderung von Stigma im Rahmen eines quasiexperimentellen Designs nach Setzung einer Intervention (Information über die biologische Konzeption psychischer Erkrankungen in einer Fortbildung für Ärztinnen/Ärzte) untersucht. Als Messinstrument wird hier die OMS-HC eingesetzt. Zehn der 15 Studien haben Personen mit psychischen Erkrankungen zur Zielgruppe, auf diese wird im Weiteren nicht eingegangen.

4.2.2.3 Setting Arbeitsplatz

Eine systematische Übersichtsarbeit (Hanisch et al. 2016) untersucht die Evidenz zu Anti-Stigma-Maßnahmen für psychische Erkrankungen im Setting Arbeitsplatz. Eine weitere Metaanalyse (Dobson et al. 2019) beschäftigt sich mit Replikationen eines Programms („The Working Mind“) in unterschiedlichen Kontexten; weil es sich um ein und dieselbe Intervention handelt wurde nur ein Ergebnisparameter zur Messung der Stigma-Reduktion in allen Untersuchungen verwendet (Opening Minds Scale für Workplace Attitudes (OMS-WA) sowie ein weiterer zur Resilienzfähigkeit. Die Studie von Dobson et al. (2019) wurde hier nicht eingeschlossen.

Ziel der **systematischen Übersichtsarbeit** von Hanisch et al. (2016) ist es, einen Überblick über die Evidenz der Wirksamkeit von **Interventionen in puncto Stigmatisierung psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz** zu geben. Die inkludierten Studien mussten dabei Maßnahmen untersuchen, die auf Stigmatisierung wirken (Wissen, Einstellungen, Verhalten), wobei diese nicht zwingend „Anti-

Stigma-Maßnahmen“ sein mussten. Sechzehn Studien (RCT und QED), die zwischen 2004 und Juni 2014 publiziert worden waren, wurden in dem Review berücksichtigt. Nicht berücksichtigt wurden dort Studien, die Gesundheitspersonal als Zielgruppe hatten. Die Effektivität von Anti-Stigma-Interventionen am Arbeitsplatz wurde – basierend auf dem konzeptionellen Stigma-Rahmen von Thornicroft – durch die Untersuchung von Veränderungen in

- » dem Wissen über psychische Erkrankungen, deren Behandlung und der Erkennung von Anzeichen/Symptomen psychischer Erkrankungen,
- » den Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Problemen und
- » unterstützendem Verhalten (z. B. durch reduziertes diskriminierendes oder verstärktes affirmatives Verhalten, Hilfesuche usw.) berichtet.

Die Studienautorinnen und -autoren führen weder in ihrer Publikation noch in den Begleitfiles an, welche Messinstrumente zur Erfassung der Ergebnisparameter in den einzelnen Studien zur Anwendung kamen. Die Autoren schließen jedoch, dass aufgrund der Heterogenität der Methodik und der Ergebnisparameter eine Metaanalyse der eingeschlossenen Evidenz nicht möglich war. (vgl. Hanisch et al. 2016)

4.2.2.4 Anti-Stigma-Interventionen bei einzelnen psychischen Erkrankungen

Auch für ausgewählte Gruppen psychischer Erkrankungen wurden systematische Übersichtsarbeiten/Metaanalysen zu Interventionen zur Reduzierung des Stigmas, welches mit diesen Erkrankungen einhergeht, identifiziert. Ando et al. (2011) untersuchten die Evidenz einer spezifischen Intervention, der Simulation von Halluzinationen (Audioaufnahmen, virtuelle Realität, etc.) bei Schizophrenie, die Arbeit von Livingston et al. (2012) setzt sich mit Anti-Stigma-Maßnahmen bei substanzgebundenen Suchterkrankungen, jene von Doley et al. (2017) mit Anti-Stigma-Maßnahmen bei Essstörungen auseinander, und Herrmann et al. (2018) gehen der Frage nach Wirkungen von Maßnahmen zur Reduktion von Stigma bei Demenz nach. Neben Messinstrumenten (wie der Social Distance Scale, SDS), die beispielsweise für die Messung sozialer Distanz bei einer Vielzahl psychischer Erkrankungen eingesetzt werden, kommen hier auch Messinstrumente zum Einsatz, die Wissen über und Einstellungen oder Verhalten gegenüber Personen mit der spezifischen Erkrankung erfassen.

Ando et al. (2011) verfassten eine **systematische Übersichtsarbeit** mit dem Ziel, festzustellen, ob und wie **simulierte Halluzinationen** (z. B. in Form von Audioaufnahmen oder virtueller Realität) wirksam sind, um die **Stigmatisierung von Personen mit Schizophrenie** zu reduzieren und zu welchen intendierten und nichtintendierten Wirkungen diese führen. Eingeschlossen wurden in den Review zehn qualitative und quantitative Studien (drei RCT, zwei Prä-post-Studien, eine kontrollierte Studie, zwei Querschnittsstudien und zwei qualitative Studien), die im Rahmen einer Literatursuche (1980 – September 2010) identifiziert wurden. Eingeschlossene Studien mussten als Ergebnisparameter mindestens ein beliebiges stigmabezogenes Ergebnismaß bezüglich sozialer Distanz, Einstellungen zu psychischen Erkrankungen oder Menschen mit psychischen Erkrankun-

gen, Verhalten gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen, empathiebezogener Ergebnisse oder emotionaler Reaktionen auf Menschen mit psychischen Erkrankungen oder des Verständnisses für bzw. Wissens betreffend psychische Erkrankungen enthalten. Unterteilt wurden die gemessenen Wirkungen (der quantitativen Studien) in die Kategorien soziale Distanz, Einstellungen und Empathie. Die soziale Distanz wurde in zwei Studien mit der Social Distance Scale (SDS) gemessen, alle anderen Messinstrumente wurden – soweit nachvollziehbar – nur in einer Studie angewandt. So kamen bei der Messung der Einstellungen die Affect Scale nach Penn und der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS-X), die Attitudes towards People with Schizophrenia sowie der Attribution Questionnaire (AQ) zur Anwendung. Die Medical Condition Regards Scale (MCRS) wurde in einer Studie eingesetzt. Im Bereich Empathie wurden die Jefferson Scale of Physician Empathy student Version (JSPE-S) und Empathetic Feeling for People Suffering Schizophrenia zur Erhebung der quantitativen Wirkungen eingesetzt. Zusätzlich zur Messung der Wirkungen der Intervention wurden aus den qualitativen Studien Schlüsselkategorien zur Wirkung von Halluzinationssimulationen auf die Teilnehmer/-innen und damit mögliche Komponenten für Maßnahmen zur Veränderung von Stigmatisierung von Schizophrenie abgeleitet.

Livingston et al. (2012) befassten sich in ihrem **systematischen Review** mit der Wirksamkeit von **Interventionen/Maßnahmen zur Reduktion von Stigma im Zusammenhang mit substanzgebundenen Suchterkrankungen**. Im Rahmen der systematischen Literatursuche (November/Dezember 2010) wurden insgesamt 13 relevante Studien (fünf prospektive Kohortenstudien, drei Prä-post-Studien, zwei RCT-, zwei nichtkontrollierte Studien und eine Querschnittstudie) identifiziert, wobei sich nach Angabe der Studienautorinnen und des Studienautors drei mit Selbststigmatisierung befassen, drei mit sozialem Stigma (Öffentlichkeit) und sieben mit strukturellem Stigma (Zielgruppe Gesundheitspersonal oder andere relevante Berufsgruppen). In den Studien wurden kontakt- und/oder informationsbasierte Interventionen untersucht, um eine Veränderung des Stigmas durch die Öffentlichkeit (soziales Stigma) oder bestimmte Berufsgruppen (strukturelles Stigma) zu bewirken. Die Interventionen, die auf die Reduktion von Selbststigmatisierung zielen, sind eine Acceptance and Commitment Therapy, ein Kompetenztraining und ein Berufsberatungsprogramm sowie ein chirurgischer Eingriff zur Entfernung von Nadelspuren bei injizierenden Drogenkonsumentinnen und -konsumenten. Zur Messung der Wirkungen wurden in elf der 13 inkludierten Studien standardisierte Messinstrumente verwendet; die meisten wurden jedoch für die jeweiligen Studienzwecke modifiziert. Die Interventionen von zwei Studien, darunter eine qualitative Studie, wurden nicht mit etablierten Stigma-Maßen bewertet. In den neun Studien, die öffentliche und strukturelle Stigma-Interventionen unter Verwendung etablierter Instrumente evaluierten, wurde zweimal die soziale Distanz (Bogardus Social Distance Scale), dreimal der Level of Comfort sowie achtmal stigmatisierende Überzeugungen und Einstellungen gegenüber substanzgebundenen Suchterkrankungen (z. B. mittels der Stigmatizing Attitudes-Believability Scale oder des Attitudes to Mental Illness Questionnaire [AMIQ]) gemessen. Bei den Studien zur Selbststigmatisierung kamen beispielsweise die Internalized Shame Scale, Link's Perceived Discrimination-Devaluation Questionnaire oder Wahl's Survey of Stigma Experiences) zur Anwendung. Livingston et al. (2012) führen an, dass aufgrund der inhaltlichen und statistischen Heterogenität der eingeschlossenen Studien keine Metaanalyse durchgeführt werden können.

Doley et al. (2017) untersuchten in ihrer **systematischen Übersichtsarbeit (und Metaanalyse)** die **Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen/Maßnahmen** (wie ätiologischer Erklärungen, informationsbasierter und/oder kontaktbasierter Maßnahmen) zur **Reduktion von Stigma** betreffend Personen mit **Essstörungen**. Die Reduktion von Stigma wird dabei über Einstellungen (Überzeugungen/Meinungen über Menschen mit ED), Affekte (emotionale Reaktionen auf Menschen mit ED) und Verhalten (tatsächliches oder beabsichtigtes Verhalten gegenüber Menschen mit ED) von Menschen ohne Essstörungen bewertet. Im Rahmen einer systematischen Literatursuche (1990 – April 2016) identifizierten sie 18 Studien zur Thematik, vier davon können in einer explorativen MA synthetisiert werden.

Die Wirkungen der Anti-Stigma-Interventionen wurden in den Kategorien Einstellung, Affekt und Verhalten für jeden Interventionstyp (d. h. ätiologische Erklärungen, informationsbasierte und kontaktbasierte Maßnahmen) erfasst. Zusätzlich wurden sekundäre Outcomes untersucht, welche die Effektivität einer Intervention beeinflussen können wie z. B. der Grad des erworbenen Wissens, die Art der untersuchten Essstörung und die Demografie der Teilnehmer/-innen. In der tabellarischen Übersicht werden die eingesetzten Messinstrumente angeführt, diese sind großteils validierte Instrumente, es wurden aber auch studienspezifische Instrumente oder Modifizierungen ursprünglich validierter Messinstrumente eingesetzt. Explizit angeführt wurden mehrmals die Eating Disorder Stigma Scale (EDSS), die Social Distance Scale (SDS), der First Aid Knowledge Test (FAKT) sowie der Mental Health Literacy Questionnaire – Bulimia nervosa (MHLQ-B). Als weitere Messinstrumente in einzelnen Studien wurden der Personal Responsibility, Pity, and Anger Questionnaire (PPA-Q), der Eating Disordered Persons Trait Survey (EDPTS) oder die Adjective Rating Form (negative) (ARF-neg) in einer Tabelle genannt.

Herrmann et al. (2018) untersuchten in ihrer breitangelegten **systematischen Übersichtsarbeit** vor dem Hintergrund der Entwicklung und Erprobung von **Interventionen zur Reduzierung von Stigmatisierung bei Demenz** drei Fragestellungen: Erstens gehen sie der Frage nach, wie sich stigmatisierende Einstellungen in verschiedenen Subgruppen (inkl. ethischer Minderheiten) darstellen, zweitens geben sie einen Überblick über die in diesen Querschnittstudien eingesetzten Instrumente zur Bewertung von Stigmatisierung und fokussieren drittens auf Untersuchungen von Maßnahmen zur Reduktion von Stigma bei Demenzerkrankungen. In ihre Übersichtsarbeit schlossen sie 51 Publikationen ein, die im Zeitraum von zehn Jahren (Januar 2004 bis Dezember 2015) veröffentlicht worden waren, wobei sich nur zehn Publikationen (neun Studien) mit der Frage der Anti-Stigma-Maßnahmen beschäftigen. Nur eine dieser Studien führt Messungen zu mehreren Zeitpunkten (Prä-post-Studie, qualitative Untersuchung) durch, während alle anderen Untersuchungen Querschnittstudien waren. In den Studien kommen jeweils eigens für die Studie entwickelte Messinstrumente oder modifizierte Messinstrumente zum Einsatz. Nur zwei Querschnittstudien setzen standardisierte Messinstrumente für Stigma bei Demenz ein, diese Instrumente sind: das Perceptions Regarding Investigational Screening for Memory in Primary Care (PRISM-PC) und die Family Stigma in Alzheimer's Disease Scale (FS-ADS).

4.2.2.5 Zielgruppe Medienschaffende

Eine systematische Übersichtarbeit von **Maiorano et al. (2017)** setzte sich mit der **Wirksamkeit von Interventionen/Maßnahmen zur Reduzierung stigmatisierender Berichterstattung** sowie mit der **Stigmatisierung psychischer Erkrankungen durch Medienschaffende** auseinander. Im Rahmen einer systematischen Literatursuche (Zeitraum 1960 bis März 2017) wurden 27 Studien zu Anti-Stigma-Interventionen, die sich an Medienschaffende richten, identifiziert und von den Studienautorinnen und dem Studienautor in drei Gruppen unterteilt, wobei sich 23 Studien mit den Wirkungen von Medienbeobachtungsprojekten/Berichterstattungsrichtlinien befassen und je zwei Studien Interventionen zur Ausbildung von Journalistinnen/Journalisten und Interventionen zur Ausbildung von Journalismusstudentinnen und -studenten untersuchen.

Die Studien zu Medienbeobachtungsprojekten/Berichterstattungsrichtlinien untersuchten mehrheitlich mittels retrospektiver Inhaltsanalyse die Medienberichterstattung über psychische Erkrankungen nach nationalen oder lokalen Anti-Stigma-Initiativen bzw. nach der Veröffentlichung von Richtlinien zur Berichterstattung über psychische Störungen und/oder Suizid. Konkrete Angaben zu den Kategoriensystemen, die im Rahmen der Inhaltsanalysen angewandt wurden, finden sich nicht in dem SR – hier wird nur auf die generellen Untersuchungsziele wie „Veränderung der Tonalität und des Inhalts“ der Berichterstattung, „positiver und negativer Inhalt“ oder „Qualität der Berichterstattung“ sowie „Umsetzung“ von Richtlinien oder Empfehlungen zur Berichterstattung verwiesen. Zum Teil gibt es spezifischere Angaben wie „kürzere Berichte“, „keine Berichte auf der Titelseite“ in Bezug auf Richtlinien/Empfehlungen zur Berichterstattung über Suizid, wobei hier auch die tatsächlichen Fälle in Bezug zur Medienberichterstattung gebracht wurden. Auch wurde in einer Studie die als Wirkung die Abbildung der aktuellen medizinischen Praxis in filmischen Darstellungen von Elektrokonvulsionstherapie untersucht.

Von den beiden Untersuchungen zu edukativen Interventionen bei Journalistinnen und Journalisten erhebt eine die potenzielle Wirkungen in der Berichterstattung in den folgenden zwölf Monaten, die andere untersucht die Wirkungen mittels qualitativer Telefoninterviews mit den teilnehmenden Journalistinnen und Journalisten auf den Ansatz der Berichterstattung. Die Studien bei Journalismusstudentinnen und -studenten untersuchen die Veränderung der „Sichtweisen“ bzw. „Einstellungen“ der Zielgruppe. Nähere Angaben zu den konkreten Ergebnisparametern finden sich nicht in dem SR.

Maiorano et al. (2017) halten fest, dass zwischen den Teilnehmergruppen, Interventionen und Ergebnissen – aber auch den Wirkungen und deren Messung – in den eingeschlossenen Studien eine erhebliche Heterogenität bestehe. Konkrete Aussagen über die genutzten „Ergebnisparameter“ und deren konkrete Operationalisierung sind auf Basis der Übersichtsarbeit nicht möglich. Auch ist die Medienberichterstattung in dem SR die Zielgröße, der Frage nach den Wirkungen der Medienberichterstattung auf interpersonelles Stigma oder Selbststigmatisierung wird nicht nachgegangen.

Tabelle 4.3:

Übersichtsarbeiten zu speziellen Anti-Stigma-Maßnahmen für psychische Erkrankungen (zielgruppenspezifische, settingorientierte oder erkrankungsspezifische Übersichtsarbeiten)

Publikation (Jahr)	Studien- typ	adressiertes Stigma	Zielgruppe	Region	Thema/ Erkran- kung	betrachtete Interventionen/ Maßnahmen	berücksichtigte Studiendesigns	Outcome	Messinstrumente in den inkludierten Studien
Setting Schule – Ausbildungsstätten / Zielgruppe Jugendliche									
Yamaguchi et al. (2013)	SR	alle	Studentinnen/Studenten an Universitäten oder gleichwertigen tertiären Ausbildungseinrichtungen	Keine Einschränkung	psychische Erkrankungen	Kurze Interventionen im Setting College und Universität (Ausschluss von Studien, die verpflichtende Ausbildungsteile oder das Curriculum gesamt untersuchen)	RCT, RCT im Cluster oder Crossover-Design, klinische, kontrollierte Studien (CCT), kontrollierte Prä-post-Studien (CBA)	fünf Kategorien: Wissen über Personen mit PMI, Einstellungen oder Zuschreibungen gegenüber PMI, soziale Distanz und Verhaltensabsichten gegenüber PMI, Einstellungen gegenüber psy. Versorgung und Hilfesuche, konkretes Verhalten (Diskriminierung und Inanspruchnahme von Versorgung) (in Anlehnung an Thornicroft)	Angabe von validierten/reliablen Messinstrumenten: Berichtet wird in den Kategorien Wissen über Personen mit PMI: Reliabilität der Instrumente als niedrig oder unklar eingestuft Einstellungen gegenüber PMI: Attitudes toward People with Tourette´s Syndrome nach Long, MCRS und S-C Attitude Measure nach Ghera und Delva-Taillili; soziale Distanz und Verhaltensabsichten gegenüber PMI: SDS, Einstellungen gegenüber psy. Versorgung und Hilfesuche: ATSPPH
Mellor (2014)	SR	k. A.	Schüler der Primarstufe und weiterführender Schulen	k. A.	psychische Erkrankung	Interventionen im Setting Schule	RCT, Cluster-RCT, nichtrandomisierte kontrollierte Studien, kontrollierte Prä-Post-Studien (CBA)	Wissen/Überzeugung und Einstellungen zu psychischen Erkrankungen, Verhaltensabsichten, stigmatisierendes Verhalten oder Affekt	mehrfach verwendet: OMI und DSS. Andere Skalen wurden nur je einmal verwendet: z. B. CAMI, PANAS, IOOV, SDS, IAT, Knowledge Test
Janoušková et al. (2017)	SR	k. A.	Jugendliche 13–25 Jahre (Schule/Universität / Ausbildungsstätte)	k. A. (Studien aus USA, Europe, China, Australien)	psychische Erkrankung	videobasierte Interventionen zum Thema psychische Erkrankungen	RCT, Cluster-RCT und kontrollierte Prä-post-Studien (CBA)	Reduktion von Stigma: Ignoranz Vorurteile und Diskriminierung von Personen mit psy. Erkrankungen	mehrfach verwendet: SDS, Penn Affective Reactions Scale, ATSPPH, PANAS-X, CAMI, Perceived Dangerousness Scale (nach Link und Culle) und IAT (nach Greenwald et al.).

Publikation (Jahr)	Studien-typ	adressiertes Stigma	Zielgruppe	Region	Thema/ Erkrankung	betrachtete Interventionen/ Maßnahmen	berücksichtigte Studiendesigns	Outcome	Messinstrumente in den inkludierten Studien
								(in Anlehnung an Thornicroft)	Andere Skalen wurden nur je einmal verwendet.
Waqas et al. (2020)	SR	öffentliches Stigma und Selbststigma	Auszubildende (Schüler/-innen, Studentinnen/Studenten, andere Auszubildende)	keine Einschränkung	psychische Erkrankungen	Interventionen im Setting von Ausbildungsstätten (Schulen, Universitäten und Weiterbildungseinrichtungen)	RCT	Stigma, Wissenszuwachs, Veränderung der Einstellungen und Überzeugungen, der Hilfesuche, der sozialen Distanz und des Erkennens psychiatrischer Symptomatik	keine näheren Angaben in dem SR
Zielgruppe Gesundheitspersonal									
Stubbs (2014)	SR	k. A.	Fachkräfte und Personen in Ausbildung im Gesundheitswesen	keine Einschränkung (Studien aus US, UK, Australien, Kanada und Türkei)	psychische Erkrankungen	alle Interventionen/ Maßnahmen bei der definierten Zielgruppe (die als Zusatz zum normalen Curriculum oder zur täglichen Arbeit zu sehen sind)	RCT, nichtrandomisierte kontrollierte Studien und kontrollierte Prä-Post-Studien (CBA)	soziale Distanz, Einstellungen, Empathie / emotionale Reaktion, Verhalten, Wissen	mehrfach verwendet: SDS, MICA und RIBS Andere Skalen wurden nur je einmal verwendet, z. B. APS, AQ, ATSMIS, CAMI, OMS-HC
Lien et al. (2020)	Netzwerk-MA	alle	Fachkräfte und Personen in Ausbildung im Gesundheitswesen	keine Einschränkung	Psychische Erkrankungen	Anti-Stigma-Interventionen – kontaktbasiert, bildungsbasiert und Kombinationen davon	RCT, nichtrandomisierte kontrollierte Studien	Einstellung (inkl. sozialer Distanz) und Verhaltensabsichten	beispielhafte Nennung von Messinstrumenten für den Ergebnisparameter „Stigma-Einstellungen“: MICA, OMS-HC, SDS
Larkings/Brown (2018)	SR	alle	erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosoziale Fachkräfte	k. A.	psychische Erkrankung	biogenetische Kausalüberzeugungen Fünf Studien fokussieren auf psychosoziale Fachkräfte, nur eine Studie setzt eine Intervention (Information über biologische Konzeption psychischer Erkrankungen in einer Fortbildung für Ärztinnen/Ärzte).	alle	Stigma bzw. Diskriminierung oder negative Einstellungen (z. B. soziale Distanz)	Messinstrument in der relevanten Studie: OMS-HC

Publikation (Jahr)	Studien- typ	adressiertes Stigma	Zielgruppe	Region	Thema/ Erkran- kung	betrachtete Interventionen/ Maßnahmen	berücksichtigte Studiendesigns	Outcome	Messinstrumente in den inkludierten Studien
Setting Arbeitsplatz									
Hanisch et al. (2016)	SR	interperso- nelles Stigma	Setting Arbeitsplatz mit Ausnahme psy- chosozielles Ge- sundheitsperso- nal (Zielgruppe: Arbeitskräfte 18- 65 Jahre)	keine Ein- schränkung (Europa, US, Kanada, Australien, Asien)	psychi- sche Erkran- kungen	Interventionen am Arbeitsplatz	RCT, QED	Wissen, Einstellungen (inkl. so- zialer Distanz), Verhalten (Dis- kriminierung)	keine systematische Angabe von Messinstrumenten. Bei Messun- gen konkreten Verhaltens wird beispielhaft angeführt: wahrge- nommenes Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit, Wahrschein- lichkeit, Kolleginnen/Kollegen die Inanspruchnahme von Hilfs- angeboten nahezulegen
Anti-Stigma Maßnahmen für einzelne psychische Erkrankungsbilder									
Ando et al. (2011)	SR	k. A.	alle	keine Ein- schränkung	Schizo- phrenie	simulierte (auditive, visuelle, olfaktorische und/oder taktile) Hallu- zinationen	quantitative und qualitative Studien	mindestens ein beliebiges stig- mabezogenes Ergebnismaß: Wissen (Verständnis für psychi- sche Erkrankungen), Einstellun- gen, soziale Distanz, Verhalten, empathiebezogene Ergebnisse oder emotionale Reaktionen. Weitere Ergebnisparameter sind bezogen auf nichtintendierte Wirkungen, den Wirkungspro- zess oder die Akzeptanz der Maßnahmen.	Zuordnung in drei Kategorien: – Soziale Distanz: SDS – Einstellungen: AS, PANAS-X, Attitudes towards People with Schizophrenia, AQ, MCRS – Empathie: JSPE-S, Empathetic Feeling for People Suffering Schizophrenia
Livingston et al. (2012)	SR	Selbststig- matisie- rung, sozi- ale Stigma- tisierung und struk- turelle Stigmatisierung	alle	k. A.	Suchter- krankun- gen	Interventionen, die auf Stigmatisierung bei sub- stanzgebundenen Suchterkrankungen fo- kussieren kontakt- und informati- onsbasierte Interventio- nen sowie bei Selbststig- matisierung „acceptance and commitment therapy“, Kompetenz-	alle (quantitativ und qualitativ)	keine Kategorisierung der Er- gebnisparameter. Angabe, dass in 11 von 13 ein- geschlossenen Studien standar- disierte stigmabezogene Maße eingesetzt wurden, diese jedoch z. T. modifiziert wurden.	in neun Studien, die öffentliches und strukturelles Stigma mes- sen: – soziale Distanz: BSSD – Level of Comfort – stigmatisierende Überzeugun- gen z. B. mittels der Stigmati- zierung Attitudes-Believability Scale oder des Attitudes Toward Men- tal Illness Questionnaire

Publikation (Jahr)	Studientyp	adressiertes Stigma	Zielgruppe	Region	Thema/ Erkrankung	betrachtete Interventionen/ Maßnahmen	berücksichtigte Studiendesigns	Outcome	Messinstrumente in den inkludierten Studien
						training, Berufsberatungsprogramm, chirurgischer Eingriff zur Entfernung von Nadelspuren			Studien zur Selbststigmatisierung: Messung z. B. mittels Internalized Shame Scale, Link's Perceived Discrimination-Devaluation Questionnaire oder Wahl's Survey of Stigma Experiences)
Doley et al. (2017)	SR/MA	interpersonelles Stigma	Personen ohne Essstörungen	k. A. (Studien aus Australien, UK, US)	Essstörungen	Interventionen, die ätiologische Erklärungen, Aufklärung / informationsbasierte Maßnahmen oder kontaktbasierte Maßnahmen umfassen	überwiegend RCT, Prä-post-Studien	Effekte in den Domänen Einstellung, Affekt und Verhalten erfasst	Zuordnung in drei Kategorien: Einstellungen: EDSS, ARF-neg, EDPTS Affekt: PPA-Q, Affective Reaction Scale Verhalten: SDS (sowie Wissen: FAKT und MHLQ-B)
Herrmann et al. (2018)	SR	interpersonelles Stigma	Personen ohne Demenz	keine Einschränkung	demenzielle Erkrankungen	alle Interventionen (prospektive oder experimentelle Ansätze zur Bewertung und Veränderung von Stigma)	prospektive Studien und RCT	keine einheitliche Zuordnung	In der Mehrzahl der Querschnittstudien kommen eigens für die Studie entwickelte Messinstrumente, oder modifizierte Messinstrumente zum Einsatz. In zwei Studien werden jeweils unterschiedliche standardisierte Messinstrumente für Stigma bei Demenz eingesetzt (PRISM-PC und FS-ADS).
Zielgruppe Medienschaffende									
Maiorano et al. (2017)	SR	Medienberichterstattung als intermediärer Outcome	Medienschaffende	k. A.	psychische Erkrankungen	Medienbeobachtungsprojekte/Berichterstattungsrichtlinien, Interventionen zur Ausbildung von Journalistinnen und Journalisten bzw. Journalismusstudentinnen und -studenten	quantitative (RCT, nichtrandomisierte kontrollierte Studien, kontrollierte Prä-post-Studien, Crossover-Stu-	Effekte in der Medienberichterstattung, Effekte bei den Zielgruppen in den Domänen Wissen, Einstellung und Verhalten	keine konkreten Angaben zur Operationalisierung der Erhebungen/Messungen. In den Angaben zu Veränderungen der Medienberichterstattung findet sich keine Erwähnung von Kategoriensystemen. Es wird auf die Untersuchungsziele wie „Veränderung der Tonalität und

Publikation (Jahr)	Studien- typ	adressiertes Stigma	Zielgruppe	Region	Thema/ Erkran- kung	betrachtete Interventionen/ Maßnahmen	berücksichtigte Studiendesigns	Outcome	Messinstrumente in den inkludierten Studien
							dien, Kohor- tenstudien, Pa- nel-Studien) und qualitative Studien		des Inhalts“, „positiver und ne- gativer Inhalt“ oder „Qualität der Berichterstattung“ sowie „Um- setzung“ von Richtlinien oder Empfehlungen zur Berichterstat- tung verwiesen.

APS = Attitude to Psychiatry Scale
 AQ = Attribution Questionnaire
 ARF-neg = Adjective Rating Form (negative)
 AS = Affect Scale nach Penn
 ATSMIS = Attitudes Toward Serious Mental Illness Scale
 ATSPPH = Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help
 CAMI = Community Attitudes Toward the Mentally Ill Scale
 CBA = kontrollierte Prä-post-Studien (controlled before-after study)
 CCT = klinische, kontrollierte Studie (clinical controlled trial)
 DS = Dangerousness Scale
 DSS = Depression Stigma Scale
 EDPTS = Eating Disordered Persons Trait Survey
 EDSS = Eating Disorder Stigma Scale
 FAKT = First Aid Knowledge Test
 FS-ADS = Family Stigma in Alzheimer's Disease Scale
 IAT = Implicit Attitudes Test
 IOOV = IOOV Attitudes and Knowledge
 IRI = Interpersonal Reactivity Index
 JSPE-S = Jefferson Scale of Physician Empathy Student Version
 k. A. = keine Angabe
 MCRS = Medical Condition Regards Scale
 MHLQ-B = Mental Health Literacy Questionnaire - Bulimia nervosa
 MICA = Mental Illness: Clinicians Attitude Scale
 OMI = (Modified) Opinions about Mental Illness
 OMS-HC = Opening Minds Survey for Healthcare Providers
 PANAS-X = Positive and Negative Affect Scale
 PMI = Personen mit psychischen Erkrankungen (persons with mental illness)
 PPA-Q = Personal Responsibility, Pity, and Anger Questionnaire
 PRISM-PC = Perceptions Regarding Investigational Screening for Memory in Primary Care
 QED = quasiexperimentelles Design
 RIBS = Reported and Intended Behaviour Scale
 SDS = Social Distance Scale

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit beantwortet die **Frage, welche Konzepte und Messinstrumente** in wirkungsorientierten Untersuchungen (Forschungsstudien, Evaluationen) **zur Messung der intendierten und nichtintendierten Wirkungen von Anti-Stigma-Maßnahmen** im Bereich psychischer Erkrankungen zum Einsatz kommen. Nichtziel der vorliegenden Arbeit ist die Darstellung der Wirksamkeit unterschiedlicher Anti-Stigma-Maßnahmen.

Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

Die **Arbeit von Fox et al. (2018)** beschäftigt sich mit den im Bereich der publizierten wissenschaftlichen Literatur beschriebenen Messinstrumente zur Erfassung von Stigma auf individueller Ebene. Auch wenn diese Arbeit nicht auf Publikationen fokussiert, die Anti-Stigma-Maßnahmen untersuchen, gibt sie doch einen umfassenden Überblick über validierte Messinstrumente im Bereich der Erfassung von Stigma auf individueller Ebene und systematisiert diese nach dem von der Autorinengruppe entwickelten Mental Illness Stigma Framework.

Fox et al. (2018) halten im Problemaufriss zu ihrer Arbeit fest, dass es eine Unmenge von Messinstrumenten für Stigma psychischer Erkrankungen gibt und dies zum Teil auf die mangelnde Konsistenz bei der Definition von Stigma-Mechanismen zurückgeführt werden kann. Die unterschiedlichen Konzeptionen von Stigma implizieren auch eine unterschiedliche Terminologie in der wissenschaftlichen Literatur. So wird der Begriff Stigma sowohl für die stigmatisierenden Überzeugungen selbst als auch für die Auswirkungen dieser Stigmatisierungsprozesse verwendet. Generell werden in der Literatur unterschiedliche Begriffe verwendet, um dieselben Stigma-Konzepte/-Mechanismen zu beschreiben, und dieselben Begriffe, um sich auf unterschiedliche Konstrukte zu beziehen. So wird der Begriff „wahrgenommenes Stigma“ (perceived stigma) auch zur Bezeichnung dessen, was im MISF als „erfahrenes Stigma“ oder „internalisiertes Stigma“ bezeichnet wird, verwendet. Umgekehrt wird „antizipiertes Stigma“ in der Literatur auch als „Stigma-Bedenken, Stigma-Befürchtung oder Stigma-Bewusstsein“ (stigma concerns, stigma apprehension, or stigma consciousness) bezeichnet, auch werden die Begriffe internalisiertes Stigma und Selbststigma oftmals synonym verwendet. Die Vielzahl von Konzepten, die uneinheitliche Terminologie und damit auch die Vielzahl der (zum Teil nicht validierten und für einzelne Studien konzipierten) Messinstrumente stellen eine Herausforderung für die Stigmaforschung bei psychischen Erkrankungen dar. (vgl. Fox et al. 2018)

Die Autorinnen halten als ein Ergebnis ihrer Untersuchung fest, dass insgesamt nur acht Messinstrumente, für die zumindest *eine* Untersuchung der Reliabilität, Validität und Dimensionalität vorliegt, in die Kategorie „gut etabliert“ fallen (d. h. zumindest zehnmal in der wissenschaftlichen Literatur zitiert wurden). Das sind

- » die Opinions about Mental Illness nach Cohen & Struenig,
- » die Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAMI) nach Taylor & Dear,
- » die Stigma Consciousness Scale nach Pinel,
- » die Stigmatization Scale nach Harvey,

- » die Medical Condition Regard Scale (MCRS) nach Christenson et al.,
- » die Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) nach Boyd Ritsher et al.,
- » der Attitudes to Mental Illness Questionnaire (AMIQ) nach Luty et al. und
- » die Discrimination and Stigma Scale nach Brohan et al. (vgl. auch Tabelle 4.1)

Aus ihrer Literaturübersicht, die, wie beschrieben, wissenschaftliche Publikationen zu Stigma zwischen 2004 und 2014 einschloss, zeigte sich, dass die Mechanismen „Stereotype“ und „Diskriminierung“ am häufigsten in der Literatur gemessen wurden. Für das Konzept der Stereotype liegen mit CAMI und ISMI zwei gut validierte Instrumente vor, weiters wurden der Attribution Questionnaire (AQ, nach Corrigan et al.) und die Depression Stigma Scale (DSS, nach Griffith) häufig eingesetzt. Zur Messung des Konzepts Diskriminierung wurde in den meisten Studien die soziale Distanz als Parameter genutzt – zum Einsatz kamen die Social Distance Scale (nach Bogardus oder nach Link), aber auch weitere Modifikationen und von Forscherinnen und Forschern eigens entwickelte Skalen für soziale Distanz.

Fox et al. (2018) schließen, dass zu jedem der im MISF dargestellten Stigma-Mechanismen zumindest ein gut validiertes Messinstrument verfügbar sei.

Aus den hier neun **eingeschlossenen Übersichtsarbeiten** (systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen) **zu allgemeinen Anti-Stigma-Maßnahmen** – (Clement et al. 2013; Corrigan et al. 2012; Corrigan et al. 2015; Dalky 2012; Griffiths et al. 2014; Kvaale et al. 2013; Maunder/White 2019; Mehta et al. 2015; Morgan et al. 2018) – lässt sich schließen, dass gerade in Publikationen mit breiter Fragestellung die Messinstrumente nicht klar dargestellt sind: In Metaanalysen werden Effektgrößen auf Basis der in den Einzelstudien angegebenen Daten, welche mittels unterschiedlicher Messinstrumente erhoben wurden, berechnet und nur diese in den Publikationen dargestellt. (z. B. Corrigan et al. 2012; Corrigan et al. 2015; Kvaale et al. 2013; Maunder/White 2019; Morgan et al. 2018) Nur einzelne Übersichtsarbeiten tätigen konkrete Angaben und verweisen auf Messinstrumente, die validiert wurden oder häufiger als einmal in den eingeschlossenen Studien verwendet wurden. (Clement et al. 2013; Dalky 2012). Eine Arbeit (Mehta et al. 2015) verweist auf den Anhang der Studie, in dem alle Messinstrumente (bzw. Skalen, Subskalen etc.) bei den jeweils eingeschlossenen Studien angeführt werden, jedoch ohne weitere Kategorisierung. Auch wird der konzeptionelle Rahmen, welcher der Erfassung von Stigma in den Übersichtsarbeiten zugrunde gelegt wird, in den einzelnen Publikationen in unterschiedlicher Tiefe behandelt: Während einzelne Arbeiten hier konkrete Bezüge nennen (z. B. Clement et al. 2013; Hanisch et al. 2016; Lien et al. 2020), werden in anderen Arbeiten Konzeptionen von Stigma eingangs cursorisch abgehandelt (z. B. Dalky 2012) und wird die aufgefundene Evidenz narrativ synthetisiert. Einzelne Autorinnen/Autoren erläutern hier umfassend die verwendeten Konzepte/Begrifflichkeiten und die Zuordnung der einzelnen Ergebnisse (Messinstrumente/Skalen) zu diesen (z. B. Clement et al. 2013; Maunder/White 2019).

Nur zwei der dem Bereich der allgemeinen Übersichtsarbeiten zugeordneten Publikationen tätigen konkrete Angaben zu den in der eingeschlossenen Literatur (mehrfach) eingesetzten Messinstrumenten. Dalky (2012) nennt als häufig angewandte Messgröße die soziale Distanz (nach mehreren Autorinnen/Autoren inkl. Bogardus und CAMI), den Attribution Questionnaire (AQ, nach Corrigan

et al.) für Veränderungen von Verhaltensentscheidungen und den Acceptance and Action Questionnaire (AAQ, nach Hayes) für die psychologische Flexibilität. Clement et al. (2013) betrachten Diskriminierung von PMI und Vorurteile gegenüber PMI als primäre Ergebnisparameter und nennen hier als mehrfach verwendete Messinstrumente für Diskriminierung den Abstand zwischen Stühlen, die in Erwartung der Begegnung mit einer PMI eingerichtet wurde. Vorurteile gegenüber PMI wurden am häufigsten mittels der Social Distance Scale (nach Link), der Social Acceptance Scale (SAS), der Opinions about Mental Illness Scale (OMI), der Stigma Scale for Receiving Psychological Help (SSRPH), der Dangerousness Scale (DS) und der Tolerance Scale (Tourette's Syndrome) erfasst.

In den 13 **eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zu Anti-Stigma-Interventionen für spezielle Zielgruppen oder in einzelnen Settings** – (Ando et al. 2011; Doley et al. 2017; Hanisch et al. 2016; Herrmann et al. 2018; Janoušková et al. 2017; Larkings/Brown 2018; Lien et al. 2020; Livingston et al. 2012; Maiorano et al. 2017; Mellor 2014; Stubbs 2014; Waqas et al. 2020; Yamaguchi et al. 2013) – finden sich häufiger Hinweise zu den verwendeten Messinstrumenten zu den in die einzelnen Übersichtsarbeiten eingeschlossenen Studien. Bei Anti-Stigma-Interventionen für spezifische Erkrankungen (z. B. Esstörungen, Suchterkrankungen oder Demenz) kommen zum Teil krankheitsspezifische Messinstrumente zum Einsatz. Ebenso kommen in diesen Studien zum Teil Messinstrumente zum Einsatz, die eigens für die Zielgruppe entwickelt wurden (z. B. Mental Illness: Clinicians Attitude Scale [MICA] oder Opening Minds Survey for Healthcare Providers [OMS-HC] bei Interventionen für die Zielgruppe Gesundheitspersonal). Die Studien zu Anti-Stigma-Interventionen bei Medienschaffenden zielen überwiegend auf den Ergebnisparameter der (Reduzierung stigmatisierender) Medienberichterstattung ab.

Bei den Studien im **Setting Schule/Ausbildungsstätte bzw. zur Zielgruppe der Jugendlichen** tätigen drei der vier eingeschlossenen Übersichtsarbeiten (Janoušková et al. 2017; Mellor 2014; Waqas et al. 2020; Yamaguchi et al. 2013) Angaben zu den verwendeten Messinstrumenten: Mellor (2014) führt aus, dass die (Modified) Opinions about Mental Illness (OMI) und die Depression Stigma Scale (DSS) jeweils zumindest in zwei in ihrer Übersichtsarbeit zu Anti-Stigma-Maßnahmen im schulischen Setting berücksichtigten Studien eingesetzt wurden. Janoušková et al. (2017) nennen eine Reihe von Messinstrumenten, die mehrmals in den in ihren Review bezüglich videobasierter Anti-Stigma-Interventionen bei der Zielgruppe Jugendliche eingeschlossenen Studien verwendet wurden: die Social Distance Scale (SDS) nach Link, die Penn Affective Reactions Scale, die Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH), die Positive and Negative Affect Scale (PANAS-X), die Community Attitudes Toward the Mentally Ill Scale (CAMI), die Perceived Dangerousness Scale (nach Link und Culle) und der Implicit Attitudes Test (nach Greenwald et al.). Yamaguchi et al. (2011) heben in der Ergebnisdarstellung Wirkungen, die mit validierten Messinstrumenten erhoben wurden, hervor und führen folgende an: Attitudes toward People with Tourette's Syndrome nach Long, die Medical Condition Regards Scale (MCRS) und das S-C Attitude Measure nach Ghera und Delva-Tauiiili sowie die SDS und die ATSPPH.

Für die **Zielgruppe Gesundheitspersonal** wurden drei Übersichtsarbeiten/Metaanalysen zu Anti-Stigma-Maßnahmen für psychische Erkrankungen (Larkings/Brown 2018; Lien et al. 2020; Stubbs 2014) identifiziert: Stubbs (2014) führt hier an, dass die Social Distance Scale (SDS), die Mental Illness: Clinicians Attitude Scale (MICA) und die Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)

mehrmals in den eingeschlossenen Studien angeführt werden, Lien et al. (2020) nennen nur beispielhaft Skalen für Stigma-Einstellungen und führen hier ebenfalls die SDS, MICA sowie den Opening Minds Survey for Healthcare Providers (OMS-HC) an. Letzterer wird auch als Instrument in der einzigen relevanten eingeschlossenen Studie im Review von Larkings/Brown (2018) zu biogenetischen Erklärungsansätzen psychischer Erkrankungen angeführt.

Die eingeschlossene Übersichtsarbeit zu Anti-Stigma-Maßnahmen im **Setting Arbeitsplatz** (Hanisch et al. 2016) tätigt keine Angaben zu den in den eingeschlossenen Studien verwendeten Messinstrumenten.

Vier Übersichtsarbeiten befassen sich mit **Anti-Stigma-Maßnahmen bei einzelnen Erkrankungen** (Ando et al. 2011; Doley et al. 2017; Herrmann et al. 2018; Livingston et al. 2012) – hier kommen zum Teil krankheitsspezifische Messinstrumente, aber auch allgemeine (validierte) Instrumente zur Messung von Stigma-Mechanismen zum Einsatz. Bei Ando et al. (2011), die sich mit Halluzinationssimulationen zur Reduktion von Stigma bei Schizophrenie befassen, werden mehrere Messinstrumente, die in den eingeschlossenen Studien verwendet wurden, angeführt. Jedoch dürfte nur die Social Distance Scale (SDS) in zwei eingeschlossenen Studien zur Anwendung gekommen sein, alle anderen nur in einer Studie. Livingston et al. (2012) befassen sich mit Anti-Stigma-Maßnahmen bei substanzgebundenen Suchterkrankungen. In den eingeschlossenen Studien kommen mehrmals Messinstrumente für die soziale Distanz (BSSD), die Stigmatizing Attitudes – Believability Scale und der Attitudes to Mental Illness Questionnaire (AMIQ) nach Luty zum Einsatz. Bei Doley et al. (2017) werden in den in den Review zur Reduktion von Stigma bei Essstörungen eingeschlossenen Studien u. a. die soziale Distanz (SDS), die Eating Disorder Stigma Scale (EDSS), der First Aid Knowledge Test (FAKT) sowie der Mental Health Literacy Questionnaire – Bulimia nervosa (MHLQ-B) mehrmals angewandt. Von den in den Review von Herrmann et al. (2018) zu Stigma bei Demenz eingeschlossenen Studien ist nur eine Publikation von Relevanz für die vorliegende Fragestellung, darin kommen jedoch keine standardisierten Messinstrumente zum Einsatz.

Resümierend kann festgehalten werden, dass auch in allen **Übersichtsarbeiten zu Anti-Stigma-Maßnahmen bei definierten Zielgruppen bzw. in definierten Settings** (die Angaben zu Messinstrumenten tätigen) die **soziale Distanz** – gemessen mittels der SDS (in unterschiedlichen Varianten) – jedenfalls ein Ergebnisparameter ist. Sonst kommen auch hier unterschiedliche, zum Teil (zielgruppen- oder erkrankungs)spezifische, Messinstrumente zum Einsatz. Der einzige Review zur Zielgruppe der Medienschaffenden fokussiert auf den qualitativen Ergebnisparameter der (stigma-reduzierenden) Berichterstattung.

Limitationen

Die vorliegende (Kurz-)Recherche weist die nachstehenden Limitationen auf, die bei einer Ergebnisinterpretation zu berücksichtigen sind:

- » Um die Vielzahl der Studien im Bereich der unterschiedlichen Anti-Stigma-Maßnahmen/-Interventionen zu psychischen Erkrankungen abzubilden, wurden systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen, die sich mit diesen Interventionen befassen, recherchiert. Nicht

- alle systematischen Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen führen jedoch die in den eingeschlossenen Studien angewandten Messinstrumente in entsprechendem Detail an.
- » Auch wenn sich die in die vorliegende Kurzrecherche eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen zum Teil mit unterschiedlichen Maßnahmen/Interventionen und Fristigkeiten befassen, unterschiedliche Studientypen berücksichtigen (nur RCT vs. Einschluss verschiedener Studientypen), unterschiedliche Zielgruppen adressieren oder auf bestimmte Erkrankungen fokussieren, kommt es bei den in die einzelnen Arbeiten eingeschlossenen Studien zu Überschneidungen. Damit kann eine allfällige Häufigkeit der Nennungen einzelner in den systematischen Übersichtsarbeiten berichteter Messinstrumente keinen direkten Rückschluss auf die absolute Häufigkeit ihrer Anwendung in Evaluationen/Studien ermöglichen.
 - » Eine Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien wurde vor dem Hintergrund der Fragestellung und dem Fokus auf Messindikatoren und -instrumente nicht durchgeführt.

Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung

Zusammenfassend kann die Fragestellung nach in wirkungsorientierten Untersuchungen (Forschungsstudien, Evaluationen) angewandten Konzepten, Indikatoren und Messinstrumenten zur Messung der intendierten und nichtintendierten Wirkungen von Anti-Stigma-Maßnahmen im Bereich psychischer Erkrankungen **wie folgt beantwortet werden:**

Auf Basis der **Arbeit von Fox et al. (2018)** kann festgehalten werden, dass für jeden der im MISF dargestellten Stigma-Mechanismen zumindest ein gut validiertes Messinstrument verfügbar ist.

Acht Messinstrumente werden von dieser Autorinnengruppe identifiziert, für die zumindest eine Untersuchung der Reliabilität, Validität und Dimensionalität vorliegt und die in die Kategorie „gut etabliert“ fallen (d. h. zumindest zehnmal in der wissenschaftlichen Literatur zitiert wurden). Das sind

- » die Opinions about Mental Illness nach Cohen & Struenig,
- » die Community Attitudes Toward the Mentally Ill (CAMI) nach Taylor & Dear,
- » die Stigma Consciousness Scale nach Pinel,
- » die Stigmatization Scale nach Harvey,
- » die Medical Condition Regard Scale (MCRS) nach Christenson et al.,
- » die Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) nach Boyd Ritscher et al.,
- » der Attitudes to Mental Illness Questionnaire (AMIQ) nach Luty et al. und
- » die Discrimination and Stigma Scale nach Brohan et al. (vgl. auch Tabelle 4.1).

Die Liste mit gut etablierten Messinstrumenten und Angaben zu deren Einordnung im MISF sowie den Untersuchungen ihrer Gütekriterien findet sich in Tabelle 4.1.

Aus den Übersichtsarbeiten, die sich mit Anti-Stigma-Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen allgemein, mit deren Anwendung bei spezifischen Zielgruppen, in spezifischen Settings oder auch mit Maßnahmen für bestimmte Erkrankungen auseinandergesetzt haben, kann zusammenfassend festgehalten werden, dass unterschiedliche – nicht immer deutlich explizierte – Konzepte den

Übersichtsarbeiten/Metaanalysen zugrunde lagen. Mit Ausnahme einer Arbeit, die auf die Zielgruppe der Medienschaffenden gerichtet war und die Qualität der Berichterstattung als Ergebnisparameter wählte, wurde in **allen anderen Arbeiten zumindest die soziale Distanz – gemessen über die SDS (und Varianten dieser) – als ein Ergebnisparameter** gewählt. Hinsichtlich der anderen Konzepte/Messinstrumente können aufgrund der Vielzahl der eingesetzten Instrumente, der unterschiedlich detaillierten Angaben in den Übersichtsarbeiten/Metaanalysen und der Überschneidung der eingeschlossenen Arbeiten nur bedingt Aussagen getroffen werden: Jedenfalls wurden drei (OMI, CAMI und AMIQ) der acht von Fox et al. (2018) als „gut etabliert“ klassifizierten und validierten Instrumente auch in den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zugrunde liegenden Studien mehrmals verwendet. Ein viertes Messinstrument (MCRS) wurde zumindest in einer Studie eingesetzt. Die verbleibenden vier „gut etablierten“ und hinsichtlich der Gütekriterien geprüften Messinstrumente dienen der Untersuchung von Stigma-Mechanismen in der Sphäre der stigmatisierten Personen (antizipiertes Stigma, internalisiertes Stigma und erfahrenes Stigma). Dass Übersichtsarbeiten, die ausschließlich auf Anti-Stigma-Maßnahmen zur Reduktion von Selbststigma / internalisiertem Stigma fokussierten, in der vorliegenden Arbeit nicht betrachtet wurden, könnte eine Erklärung dafür sein, dass sich auch weniger Angaben zu diesbezüglichen Messinstrumenten in den in die vorliegende Arbeit eingeschlossenen Untersuchungen finden. Andere Messinstrumente, die auch häufiger in den hier eingeschlossenen Übersichtsarbeiten Erwähnung fanden, waren jedenfalls: der Attribution Questionnaire (AQ, nach Corrigan et al.), der Acceptance and Action Questionnaire (AAQ, nach Hayes), die Social Acceptance Scale (SAS), die Stigma Scale for Receiving Psychological Help (SSRPH), die Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH), die Dangerousness Scale (DS, nach Griffith), die Perceived Dangerousness Scale (nach Link und Culle), die Penn Affective Reactions Scale, die Positive and Negative Affect Scale (PANAS-X), spezifische Messinstrumente für Gesundheitspersonal, die Mental Illness: Clinicians Attitude Scale (MICA) und der Opening Minds Survey for Healthcare Providers (OMS-HC) sowie krankheitsspezifische Messinstrumente.

Schlussfolgerungen

Mehrere validierte und etablierte Messinstrumente stehen bereits zur Beschreibung und Messung unterschiedlicher Stigma-Mechanismen zur Verfügung. Der Bedarf an der (Weiter)Entwicklung von Messinstrumenten ist daher zu prüfen, um Duplizierungen zu vermeiden. (vgl. Fox et al. 2018).

Insgesamt wurden in den Übersichtsarbeiten zugrunde liegenden Studien zumeist mehrere Messinstrumente eingesetzt. Weil Stigma als komplexes, mehrdimensionales Phänomen zu verstehen ist, das seine Wirkungen über verschiedene Mechanismen entfaltet, ist der Einsatz mehrerer Messinstrumente insbesondere zur Identifikation von erwünschten und unerwünschten Wirkungen zu empfehlen. Erst durch die Kombination unterschiedlicher Ergebnisparameter/Messinstrumente und die Betrachtung verschiedener Mechanismen kann ein differenziertes Bild von Stigma und der Wirkungsweise von Interventionen gewonnen werden. So können Effekte, die einen Ergebnisparameter (Outcome bzw. Impact) der Stigmatisierung mittels einer Intervention adressieren, auch auf andere Parameter wirken (vgl. Link/Phelan 2001).

Wichtig scheint hierbei, dass das theoretische Konstrukt von Stigma, auf das sich die Untersuchung bezieht, bzw. ein Wirkmodell, das nachvollziehbar macht, über welche Mechanismen die Reduktion von Stigma bei welchen Zielgruppen erreicht werden soll, der Intervention und deren Evaluation zugrunde gelegt und explizit dargestellt wird. Erst nach klarer Definition des Interventionszieles und Beschreibung der theoretischen Fundierung / der Wirkannahmen, sollten die Messinstrumente zur Erhebung potenzieller intendierter und nichtintendierter Wirkungen gewählt werden, wobei zur konkreten Auswahl von Stigma-Messinstrumenten Link et al. vorschlagen, folgende sechs Fragen zu berücksichtigen:

„(1) Wie lautet die Forschungsfrage, und welche Variablen muss man messen, um die gestellte Frage zu beantworten? (2) Gibt es ein vorhandenes Maß? (3) Ist es für die untersuchte Population geeignet (oder kann es so modifiziert werden, dass es geeignet ist)? (4) Ist das Maß für die angewandte Studienmethodik geeignet? (5) Ist die Messung zuverlässig und valide, und könnte soziale Erwünschtheit die Antworten auf die Messung beeinflussen? (6) Ist die Durchführung der Messung für die Teilnehmer machbar?“ (Link et al. zit. nach Fox et al. 2018, S. 22)

Relevant für die wirkungsorientierte Messung von Anti-Stigma-Maßnahmen ist auch, dass die meisten Messinstrumente intermediäre Ergebnisse messen (z. B. Wissen, Einstellungen, Handlungsabsichten), jedoch erst das konkrete Verhalten von Personen Stigmatisierung bewirkt. Mit Blick auf die Messung selbstberichteter Einstellungen führt Jorm (2020) Bedenken an, dass die Antworten in Richtung sozialer Erwünschtheit verzerrt sein könnten. Wirkungen auf das tatsächliche Verhalten werden aber in den Untersuchungen üblicherweise nicht erfasst. So schließen Maunder/White (2019), dass künftige Untersuchungen darauf zielen sollten, sowohl Wirkungen, die über die Selbsteinschätzung der Stigmatisierung hinausgehen wie etwa jene des tatsächlichen Verhaltens, als auch implizite Vorurteile gegenüber PMI zu erfassen. Auch andere Autorinnen und Autoren wie Clement et al. (2013); und Mehta et al. (2015) konstatieren einen Mangel an Verhaltens- und Strukturindikatoren in den Untersuchungen zur Wirksamkeit von Anti-Stigma-Maßnahmen. Auf konkreter Verhaltensebene wurden in den eingeschlossenen Untersuchungen nur wenige Ergebnisparameter genannt (z. B. in Clement et al. 2013). Jorm (2020) nennt als Beispiele für verhaltensbezogene Ergebnisparameter Spenden an Wohltätigkeitsorganisationen für psychische Gesundheit, die Anmeldung zu Folgeaktivitäten im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit, die Auswahl von Personen mit einer Vorgeschichte psychischer Erkrankungen für Vorstellungsgespräche und eine nichtdiskriminierende Auswahl von Partnerschaften. Clement et al. (2013) halten hierzu fest, dass Indikatoren wie etwa die stärkere soziale Eingliederung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen relevante Endpunkte für Untersuchungen zu Anti-Stigma-Maßnahmen wären.

Anti-Stigma-Maßnahmen zielen auf längerfristige Veränderungen von Stigma psychischer Erkrankungen, trotzdem werden in den eingeschlossenen Studien überwiegend kurzfristige Veränderungen (zumeist direkt nach Abschluss einer kontakt- oder informationsbasierten Intervention) gemessen. Die Wahl dieses Vorgehens könnte in erhebungspraktischen Gründen liegen, eine relevante Wirkung der Maßnahmen auf das Stigma kann so jedoch nicht belegt werden. So weisen Clement et al. (2013) darauf hin, dass zukünftige Studien eine Ergebnisbewertung über die unmittelbare Zeit nach der Intervention hinaus – vorzugsweise bis zu einem Follow-up von sechs Monaten oder länger – vornehmen sollten.

6 Anhang

6.1 Suchstrategie

Datenbank: Medline via Ovid

Datum der Suche: 20. 10. 2020

Tabelle 6.1:
Suchstrategie

NR	Suchwörter	Treffer	Anmerkungen
1	exp Mental Disorders/	1251258	Psychische Erkrankungen/ Gesundheit
2	exp Mental Health/	39584	
3	((mental* or psychiatr* or psychological*) adj (ill* or disorder* or disease* or problem* or health* or treatment)).ab,ti.	270719	
4	((reduc* or eliminat* or target* or adress* or oppos* or overcom*) adj1 (stigma or discrimination or stereotyping)).ab,ti.	2753	Anti-Stigma
5	"anti*stigma".ab,ti.	106	
6	(anti adj1 stigma).ab,ti.	432	
7	"destigmati*".ab,ti.	396	
8	4 or 5 or 6 or 7	3558	OR Verknüpfung Anti-Stigma
9	exp meta-analysis as topic/	20223	Suchfilter für systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen
10	exp meta-analysis/	121060	
11	"meta analy*".tw.	181945	
12	"metaanaly*".tw.	2127	
13	(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.	182476	
14	"Review Literature as Topic"/	7773	
15	9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14	313775	
16	cochrane.ab.	88312	
17	embase.ab.	97485	
18	(psychlit or psychlit).ab.	915	
19	(psychinfo or psycinfo).ab.	37948	
20	(cinahl or cinhal).ab.	29992	
21	science citation index.ab.	3173	
22	reference list\$.ab.	18412	
23	bibliograph\$.ab.	18574	

NR	Suchwörter	Treffer	Anmerkungen
24	hand-search\$.ab.	7080	
25	relevant journals.ab.	1196	
26	selection criteria.ab.	30895	
27	data extraction.ab.	22262	
28	26 or 27	50813	
29	"review"/	2706597	
30	28 and 29	29458	
31	16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25	179351	
32	exp comment/ or exp editorial/ or exp letter/	1893914	
33	15 or 30 or 31	376304	
34	33 not 32	361998	
35	exp evaluation study/	254270	Suchfilter für Evaluationen
36	exp Program Evaluation/	76702	
37	exp "Outcome and Process Assessment (Health Care)"/	1176535	
38	exp "Surveys and Questionnaires"/	1048992	
39	exp qualitative research/	57631	
40	exp Feasibility Studies/	69433	
41	exp evaluation studies/	254270	
42	(program adj1 evaluation).ab,ti.	4682	
43	(evaluation adj1 study).ab,ti.	4231	
44	35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43	2445052	
45	1 or 2 or 3	1393843	OR Verknüpfung psychische Erkrankungen/Gesundheit
46	8 and 45	1677	AND Verknüpfung Psyche UND Anti-Stigma
47	34 and 46	110	Psyche UND Anti-Stigma UND syst. Übersichtsarbeiten/Metaanalysen
48	limit 47 to yr="2000 -Current"	110	Treffer syst. Reviews/ Metaanalysen
49	44 and 46	552	Psyche UND Anti-Stigma UND Evaluationen
50	limit 49 to yr="2000 -Current"	541	Treffer Evaluationen

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Bei der systematischen Literatursuche in Medline (via Ovid) wurden 106 Treffer mittels des Filters systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen (sowie vier weitere Treffer, welche vor 2010 publiziert wurden, Summe: 110 Treffer) und 444 Treffer in der Kategorie „Evaluationen“ (sowie 97 weitere, die vor 2010 publiziert wurden, Summe: 541 Treffer) identifiziert.

6.2 Operationalisierung der Begrifflichkeiten des MISF nach Fox et al. (2018)

Tabelle 6.2:

Operationalisierung der Begrifflichkeiten des MISF (Definitionen und Itembeispiele)

Stigma-Konzepte	Definition	Beispiele für Items
wahrgenommene Stigmatisierung	Items beziehen sich auf die Meinungen, Überzeugungen oder Verhaltensweisen anderer Personen	» <i>Die meisten Menschen denken, dass eine psychische Erkrankung ein Zeichen persönlicher Schwäche ist.</i>
Stereotype	Überzeugungen betreffend die Merkmale und Verhaltensweisen von Menschen mit psychischen Erkrankungen	» <i>Menschen mit Depressionen sind moralisch schwach.</i> » <i>Depression wird durch moralisches Versagen verursacht.</i>
Vorurteile	Emotionen und Gefühle gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen	» <i>Ich habe Angst vor Menschen mit psychischen Erkrankungen.</i> » <i>Menschen mit psychischen Erkrankungen sollten sich schämen.</i>
Diskriminierung	unfaire oder ungerechte Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	» <i>Ich würde niemanden mit einer psychischen Erkrankung heiraten.</i> » <i>Ich würde niemanden mit einer psychischen Erkrankung einstellen.</i> » <i>Eine Person mit einer psychischen Erkrankung sollte in eine psychiatrische Klinik gesperrt werden</i>
internalisierte Stigmatisierung	Bestätigung der negativen Überzeugungen und Gefühle, die mit der Identität verbunden sind, und Anwendung dieser Überzeugungen und Gefühle auf das Selbst	» <i>Ich fühle mich in der Welt fehl am Platz, weil ich eine psychische Krankheit habe.</i> » <i>Weil ich eine psychische Krankheit habe, brauche ich andere, die für mich Entscheidungen treffen.</i> » <i>Ich bin weniger wert als Mensch, weil ich eine psychische Krankheit habe.</i>
antizipierte Stigmatisierung	Die Erwartung, in Zukunft zur Zielscheibe von Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung von anderen zu werden	» <i>Wenn die Menschen von meiner psychischen Erkrankung erfahren, werden sie mich für schwach halten.</i> » <i>Ich befürchte, dass ich meinen Job verlieren könnte, wenn mein Chef herausfindet, dass ich eine psychische Erkrankung habe.</i>

Stigma-Konzepte	Definition	Beispiele für Items
erlebte Stigmatisierung	Erfahrungen mit Stereotypen, Vorurteilen und/oder Diskriminierung durch andere in der Vergangenheit oder Gegenwart	<ul style="list-style-type: none"> » <i>Oft bevormunden mich Menschen oder behandeln mich wie ein Kind, nur weil ich eine psychische Krankheit habe.</i> » <i>Menschen diskriminieren mich, weil ich eine psychische Krankheit habe.</i> » <i>Ich wurde für eine Stelle abgelehnt, für die ich qualifiziert war, als bekannt wurde, dass ich eine Therapie wegen einer psychischen Erkrankung in Anspruch nehme. .</i>

Quelle: Übersetzung aus Fox et al. (2018)

7 Literatur

- Ando, S.; Clement, S.; Barley, E. A.; Thornicroft, G. (2011): The simulation of hallucinations to reduce the stigma of schizophrenia: a systematic review. In: *Schizophrenia Research* 133/1–3:8–16
- Balthasar, A.; Fässler, S. (2017): *Wirkungsmodelle: Ursprung, Erarbeitungsprozess, Möglichkeiten und Grenzen*. Bern
- BMASGK; GÖG (2018): *Kompetenzgruppe Entstigmatisierung – Kick.Off Sitzung, 07.07.2018*. Wien
- Bte Abd Malik, N. N.; Kannusamy, P.; Klanin–Yobas, P. (2012): The effectiveness of mental health–related theoretical education and clinical placement in mental health settings in changing the attitudes of health care students towards mental illness: A systematic review. In: *JB Library of Systematic Reviewis* 10/58:4019–4076
- Clement, S.; Lassman, F.; Barley, E.; Evans–Lacko, S.; Williams, P.; Yamaguchi, S.; Slade, M.; Rusch, N.; Thornicroft, G. (2013): Mass media interventions for reducing mental health–related stigma. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7:CD009453
- Corrigan, P. W.; Michaels, P. J.; Morris, S. (2015): Do the effects of antistigma programs persist over time? Findings from a meta–analysis. In: *Psychiatric Services* 66/5:543–546
- Corrigan, P. W.; Morris, S. B.; Michaels, P. J.; Rafacz, J. D.; Rusch, N. (2012): Challenging the public stigma of mental illness: a meta–analysis of outcome studies. In: *Psychiatric Services* 63/10:963–973
- Dalky, H. F. (2012): Mental illness stigma reduction interventions: review of intervention trials. In: *Western Journal of Nursing Research* 34/4:520–547
- Dobson, K. S.; Szeto, A.; Knaak, S. (2019): The Working Mind: A Meta–Analysis of a Workplace Mental Health and Stigma Reduction Program. In: *Canadian Journal of Psychiatry – Revue Canadienne de Psychiatrie* 64/1_suppl:39S–47S
- Doley, J. R.; Hart, L. M.; Stukas, A. A.; Petrovic, K.; Bouguettaya, A.; Paxton, S. J. (2017): Interventions to reduce the stigma of eating disorders: A systematic review and meta–analysis. In: *International Journal of Eating Disorders* 50/3:210–230
- Döring, N.; Bortz, J. (2016): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial– und Humanwissenschaften*. Springer Verlag, Berlin Heidelberg

- Finzen, Asmus (2017): Stigma and Stigmatisation Within and Beyond Psychiatry. In: *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?* . Hg. v. Gaebel, Wolfgang; Rössler, Wulf; Sartorius, Norman. Springer International Publishing Switzerland, Cham. S. 42–S. 29
- Fox, A. B.; Earnshaw, V. A.; Taverna, E. C.; Vogt, D. (2018): Conceptualizing and Measuring Mental Illness Stigma: The Mental Illness Stigma Framework and Critical Review of Measures. In: *Stigma Health* 3/4:348–376
- Freimüller, Lena; Wölwer, Wolfgang (2012): *Antistigma-Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis*. Schattauer Verlag, Stuttgart
- Gertler, P. J.; Martinez, S. ; Premand, P.; Rawlings, L. B. ; Vermeersch, M. J. (2016): *Impact Evaluation in Practice, second edition*. Inter-American Development Bank and World Bank, Washington, DC
- Griffiths, K. M.; Carron-Arthur, B.; Parsons, A.; Reid, R. (2014): Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. In: *World Psychiatry* 13/2:161–175
- Hanisch, S. E.; Twomey, C. D.; Szeto, A. C.; Birner, U. W.; Nowak, D.; Sabariego, C. (2016): The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. In: *BMC Psychiatry* 16/:1
- Herrmann, L. K.; Welter, E.; Leverenz, J.; Lerner, A. J.; Udelson, N.; Kanetsky, C.; Sajatovic, M. (2018): A Systematic Review of Dementia-related Stigma Research: Can We Move the Stigma Dial? In: *American Journal of Geriatric Psychiatry* 26/3:316–331
- Janoušková, M.; Tušková, E.; Weissová, A.; Trančík, P.; Pasz, J.; Evans-Lacko, S.; Winkler, P. (2017): Can video interventions be used to effectively destigmatize mental illness among young people? A systematic review. In: *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists* 41/:1–9
- Jorm, A. F. (2020): Effect of Contact-Based Interventions on Stigma and Discrimination: A Critical Examination of the Evidence. In: *Psychiatric Services* 71 /7:735–737
- Kvaale, E. P.; Haslam, N.; Gottdiener, W. H. (2013): The 'side effects' of medicalization: a meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. In: *Clinical Psychology Review* 33/6:782–794
- Larkings, J. S.; Brown, P. M. (2018): Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. In: *International Journal of Mental Health Nursing* 27/3:928–941

- Lien, Y. Y.; Lin, H. S.; Lien, Y. J.; Tsai, C. H.; Wu, T. T.; Li, H.; Tu, Y. K. (2020): Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: a systematic review and network meta-analysis. In: *Psychology & Health*:1-16
- Link, B. G.; Phelan, J. C. (2001): Conceptualizing Stigma. In: *Annual Review of Sociology* 27/1:363-385
- Link, B. G.; Yang, L. H.; Phelan, J. C.; Collins, P. Y. (2004): Measuring mental illness stigma. In: *Schizophrenia Bulletin* 30/3:511-541
- Livingston, J. D.; Milne, T.; Fang, M. L.; Amari, E. (2012): The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. In: *Addiction* 107/1:39-50
- Maiorano, A.; Lasalvia, A.; Sampogna, G.; Poci, B.; Ruggeri, M.; Henderson, C. (2017): Reducing Stigma in Media Professionals: Is there Room for Improvement? Results from a Systematic Review. In: *Canadian Journal of Psychiatry – Revue Canadienne de Psychiatrie* 62/10:702-715
- Maunder, R. D.; White, F. A. (2019): Intergroup contact and mental health stigma: A comparative effectiveness meta-analysis. In: *Clinical Psychology Review* 72/:101749
- Mehta, N.; Clement, S.; Marcus, E.; Stona, A. C.; Bezborodovs, N.; Evans-Lacko, S.; Palacios, J.; Docherty, M.; Barley, E.; Rose, D.; Koschorke, M.; Shidhaye, R.; Henderson, C.; Thornicroft, G. (2015): Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. In: *British Journal of Psychiatry* 207/5:377-384
- Mellor, C. (2014): School-based interventions targeting stigma of mental illness: systematic review. In: *The Psychiatric Bulletin* 38/4:164-171
- Morgan, A. J.; Reavley, N. J.; Ross, A.; Too, L. S.; Jorm, A. F. (2018): Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. In: *Journal of Psychiatric Research* 103/:120-133
- Stockmann, R. (Hg.) (2007): *Handbuch zur Evaluation – Eine praktische Handlungsanleitung*. Waxmann Verlag, Münster
- Stockmann, R.; Meyer, W. (2014): *Evaluation – Eine Einführung*. Bd. 2. Auflage. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Toronto
- Stubbs, A. (2014): Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: a review of the literature. In: *Australasian Psychiatry* 22/6:579-584

Thornicroft, G.; Rose, D.; Kassam, A.; Sartorius, N. (2007): Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? In: *British Journal of Psychiatry* 190/:192–193

Waqas, A.; Malik, S.; Fida, A.; Abbas, N.; Mian, N.; Miryala, S.; Amray, A. N.; Shah, Z.; Naveed, S. (2020): Interventions to Reduce Stigma Related to Mental Illnesses in Educational Institutes: a Systematic Review. In: *Psychiatric Quarterly* 91/3:887–903

Yamaguchi, S.; Mino, Y.; Uddin, S. (2011): Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people: a **narrative review of educational interventions**. In: *Psychiatry & Clinical Neurosciences* 65/5:405–415

Yamaguchi, S.; Wu, S. I.; Biswas, M.; Yate, M.; Aoki, Y.; Barley, E. A.; Thornicroft, G. (2013): Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: a systematic review. In: *Journal of Nervous & Mental Disease* 201/6:490–503