



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Diagnose, Demenz- Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Menschen

Verfasserin

Anna Artych

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im März 2009

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ao. Univ. –Prof. Dr. Germain Weber

Vorwort

Ich möchte hiermit folgenden Menschen, die mir bei der Erstellung dieser Diplomarbeit mit Rat und Tat zur Seite gestanden sind, danken:

Mein bester Dank gilt Prof. Germain Weber, der es mir ermöglichte, im Fachbereich der klinischen Psychologie diese Arbeit zu verfassen. Seine kompetente Unterstützung und seine Hilfestellungen ermöglichten das Verfassen dieser Arbeit.

Der Weiteren möchte ich einen Dank an Prof. Christian Barnas aussprechen, der mir mit seiner Unterstützung während meines Praktikums auf der psychiatrischen Station im AKH Hilfestellungen in jeglicher Hinsicht zukommen ließ. Ein großer Dank gilt auch den Mitarbeitern der Station, die sich immer Zeit nahmen, um mich bei der Datenerhebung zu unterstützen.

Besonderen Dank möchte ich auch meinen Eltern Dipl. Ing. Jan Artych und Dipl. Ing. Iwona Witas- Artych, die mir immer ein großes Vorbild waren, richten. Nur durch ihren Fleiß und ihre Unterstützung war es mir möglich, sowohl das Studium, als auch die Diplomarbeit in der vorgesehen Zeit zu absolvieren.

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung.....	8
I Theorie Teil	9
1. Was bedeutet psychisch krank?	9
2.1. Das Klassifikationssystem ICD-10 und das DSM – VI.....	11
2.2. Die psychiatrische Diagnose.....	11
2. Stigma und Diskriminierung.....	12
2.1. Begriffsdefinition des Stigma.....	12
2.2. Begriffsdefinition der Diskriminierung.....	13
3. Das Stigma.....	14
3.1. Stigma aus Sicht der Soziologie.....	14
3.2. Stigma aus Sicht der Psychologie.....	14
3.2.1. Signale einer psychiatrischen Erkrankung.....	15
3.2.2. Die psychiatrische Diagnose und das Stigma.....	16
3.3. Zwei Formen des Stigmas	17
3.3.1 Das Stigma aus der Bevölkerung	17
3.3.2. Selbst-Stigma	18
4. Erklärungs- und Entstehungsmodelle des Stigmas	19
4.1. Der Prozess der Stigmatisierung.....	19
4.2. Erklärungsmodelle aus der Soziologie	20
4.2.1. Die Etikettierungstheorie von Scheff (1966).....	20
4.2.2. Die modifizierte Etikettierungstheorie nach Link 1989.....	21
4.2.3. Das Stigma Konzept von Link & Phelan (2001)	21
4.3. Erklärungsmodelle aus der Psychologie	22
4.3.1. Begriffsdefinition Stereotype.....	22
4.3.2. Begriffsdefinition Vorurteil.....	23
4.3.3. Emotionale Erklärungsansätze	23
4.3.3.1. Klassische Konditionierung.....	23
4.3.3.2. Fehlattributionen.....	24
4.3.3.3. Abgelöste Aggression	24
4.3.4. Motivationale Erklärungsansätze	25
4.3.4.1. Sicherheit und Kontrolle.....	25
4.3.4.2. Autorität und soziale Dominanz	25

4.3.4.3. Theorie der sozialen Identität nach Tajfel (1982).....	26
4.3.5. Kognitive Ansätze als Erklärungsmodel.....	26
5. Folgen der Stigmatisierung	27
5.1. Interpersonelle Interaktionen.....	28
5.2. Psychisch kranke Menschen in den Augen der Öffentlichkeit	28
5.3. Der Zugang zu sozialen Rollen	28
5.4. Strukturelle Diskriminierung	29
5.5. Konsequenzen für die Lebensqualität	30
5.5.1. Definition von Lebensqualität.....	30
5.5.2. Der Einfluss der Stigmatisierung auf die Lebensqualität	30
6. Strategien zur Veränderung des Stigmas.....	31
6.1. Das Wissen über psychische Erkrankungen	31
6.2. Protest gegen Stigmatisierung	32
6.3. Kontakt zu psychisch kranken Menschen	32
6.4. Effekte der drei Strategien	33
7. Die Demenz.....	33
7.1. Diagnostische Leitlinien der Demenz nach ICD-10	34
7.2. Die Alzheimer- Demenz	35
7.3. Epidemiologie und Prävalenz der Demenz	35
7.4. Interventionen der Diagnose einer Demenz	36
8. Stigma und die Demenz	37
8.1. Ansicht der Bevölkerung über Demenz	38
8.1.1. Das Altersstereotyp	38
8.1.2. Wissen über die Demenz	39
8.1.3. Emotionale Reaktionen	39
II Empirie Teil.....	41
9. Zielsetzung der Untersuchung und Fragestellungen	41
10. Hypothesen.....	43
11. Durchführung der Untersuchung.....	49
12. Untersuchungsinstrumente.....	51
12.1. Fragebogen „Menschen mit Alzheimer“	51
12.2. Wissensfragebogen	51
13. Analyse der Fragebögen.....	52
13.1. Fragebogen „Menschen mit Alzheimer“	53
13.1.1. Faktorenanalyse	53

13.1.2. Analyse des Fragebogenteils „Rechte“	54
13.1.2.1. Überprüfung der Voraussetzungen.....	54
13.1.2.1. Die Faktorenanzahl und Faktoren.....	55
13.1.2.2. Reliabilität.....	57
13.1.3. Faktorenanalyse des Fragebogenteils „Emotionen“	58
13.1.3.1. Überprüfung der Voraussetzungen.....	58
13.1.3.2. Die Faktoren	59
13.1.3.2. Reliabilität.....	60
13.1.4. Faktorenanalyse des Teils „soziale Distanz“	60
13.1.4.1. Die Faktoren	60
13.1.4.2. Reliabilität.....	61
13.1.5. Analyse der weiteren Teile	61
13.2. Der Wissensfragebogen.....	61
14. Auswertungsmethoden.....	64
14.1. Statistische Methode zur Überprüfung der Unterschiede zwischen den beiden Fragebogenversionen	64
15. Ergebnisse.....	66
15.1. Deskriptive Untersuchung der Daten.....	66
15.2. Auswertung der Hypothesen.....	69
16.2.1. Einfluss der psychiatrischen Diagnose auf die Rechte.....	71
16.2.2. Einfluss der psychiatrischen Diagnose auf die Emotionen	74
16.2.3. Einfluss der psychiatrischen Diagnose auf die soziale Distanz	77
16.2.4. Einfluss der psychiatrischen Diagnose auf die Gefährlichkeit	78
16.2.5. Einfluss der psychiatrischen Diagnose auf die Attribution	79
16.2.6. Einfluss des Geschlechts auf Rechte, Emotionen und soziale Distanz	79
17. Interpretation der Ergebnisse und Diskussion	87
17.1. Ergebnisse der Einflussfaktoren Fragebogenversion und Wissen.....	87
17.2. Ergebnisse der Einflussfaktoren Fragebogenversion und Geschlecht.....	92
17.3. Mit der Untersuchung in Verbindung stehende Studien	95
17.3.1. Diskriminierung.....	95
17.3.2. Wissen als Strategie gegen Diskriminierung.....	96
17.4. Grenzen der Untersuchung.....	97
17.5. Schlussfolgerung	97
17.6. Ausblick	98
18. Zusammenfassung.....	99
20. Literaturverzeichnis	101
21. Anhang.....	107

<i>21.1. Tabellenverzeichnis</i>	<i>107</i>
<i>21.2. Abbildungsverzeichnis</i>	<i>108</i>
<i>21.3 Fragebogenversionen</i>	<i>108</i>
<i>21.4 Wissensfragebogen</i>	<i>110</i>
<i>21.5 Abstract</i>	<i>113</i>

Einleitung

Die Wurzeln des Stigmas reichen über Jahrzehnte weit in die Geschichte der Menschheit zurück. Schon damals wurden Menschen, welche sich durch ihr Verhalten von anderen abhoben, mit einem Zeichen versehen, um ihr Anderssein aufzuzeigen. (Goffmann, 1997) Heutzutage werden keine Zeichen mehr verwendet, diese werden zum Teil durch Diagnosen aus dem psychiatrischen Formenkreis abgelöst.

Eine psychiatrische Diagnose wie Schizophrenie, Demenz oder Psychose ist ein Gebilde, welches der Öffentlichkeit unzugänglich und nicht genau fassbar ist. Diagnosen über psychische Krankheiten lösen Angst und Verunsicherung aus, da das Wissen über diese Erkrankungen nicht ausreichend ist, um verbreitete meist negative Einstellungen, Meinungen und Attributionen auszumerzen. (Corrigan, 2005)

Psychisch kranke Menschen werden mit dieser Situation im Alltag oft konfrontiert. Ihnen wird schnell bewusst, dass sie von der übrigen Gesellschaft abweichen. Sie weichen von der „Norm“ ab, was für die meisten Betroffenen rasch spürbar wird. (Helmchen, 2003)

Durch Erfahrungen, die diese Personen machen, wird auch ihre Persönlichkeit und Identität mitgeprägt. Sie beginnen sich als etwas Anderes, zu der „Norm“ nicht Passendes, zu sehen. Ein verminderter Selbstwert und ein negatives Selbstbild sind nur einige der Folgen, die aufgrund der Stigmatisierung entstehen. (Corrigan, Edwards, Green, Diwan & Penn, 2001)

Doch es handelt sich hierbei nicht nur um die Beschädigung der Identität, sondern auch um die Zerstörung der sozialen Netzwerke, in denen die kranken Menschen vor der Erkrankung eingebettet waren. Isolation, Ausgrenzung und Abwertungen sind Erlebnisse, welche viele psychisch kranke Menschen teilen. (Gutierrez- Lobos, 2002)

Bald begann sich auch die Wissenschaft mit dem Phänomen der Stigmatisierung zu beschäftigen. Die Stigma-Forschung stellt mittlerweile einen nicht wegzudenkenden Ansatz zur Erforschung, Erklärung und Verbesserung der Situation psychisch kranker Menschen dar.

Trotz der internationalen Anti-Stigma-Programme und deutlicher Erfolge kann von einem Ende der Notwendigkeit der Maßnahmen nicht gesprochen werden. Lebensqualität ist für alle Menschen gleichbedeutend und psychisch kranke Menschen bedürfen einer besonderen Unterstützung. (Wancata, 2003)

I Theorie Teil

1. Was bedeutet psychisch krank?

Durch die Suche bzw. die Forschung nach den Ursachen sowie den prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren von psychischen Krankheiten, wird die Problematik der Grenzen unseres Krankheitsbegriffes deutlich. (Helmchen, 2003)

Die Existenz dieser Erkrankungen der Psyche entheben sich aller Grenzen und können somit kaum durch klare Linien, wie emotionale, kulturelle, ökonomische oder intellektuelle, eingeschränkt werden, sodass sich schwerwiegende definitorische Probleme ergeben. (Helmchen, 2001) Dieser Zustand ließ bereits zahlreiche Psychiater¹ an psychiatrischen Krankheitsbegriffen zweifeln. Schon damals sprach der Psychiater Thomas Szasz vom Mythos der Geisteskrankheit (1960), der Soziologe Scheff verstand die psychische Krankheit als Reaktion auf die Etikettierung und der Psychiater Robert Laing erklärte die Schizophrenie als gesunde Reaktion auf emotionale Belastungen. (Helmchen, 2003)

Somit ergibt sich sehr schnell die Tatsache, dass es sehr schwer ist, zu definieren, zu beschreiben und zu erklären, was normal ist und was als bereits psychisch krank gilt.

Menschen, welche im alltäglichen Leben ein auffälliges oder abweichendes Verhalten zeigen oder deren Gedanken und Gefühle nicht der bekannten und allgemeinen „Norm“ entsprechen, werden sehr rasch als „anders“ und somit von der Norm abweichend, wahrgenommen. Diese Unterschiede können sehr stark ausgeprägt sein oder nur unter besonderen Umständen wahrgenommen werden. Ob es sich nun um eine unterschwellige oder eine sehr starke Ausprägung einer psychiatrischen Erkrankung handelt, wird oft bei der Zuschreibung „psychisch krank“ nicht bedacht. (Maier, 2001)

Als Menschen mit gestörtem Erlebens- und Verhaltensmuster werden Personen bezeichnet, welche in einem bestimmten Kontext deviant oder abweichend sind, unter einem Leidensdruck stehen und dysfunktional oder sogar gefährlich für sich oder

¹ Zu Gunsten der einfacheren Lesbarkeit wird sowohl für die männliche, wie für die weibliche Form die männliche Form verwendet

andere Menschen werden. Jedoch kann die Schwelle zwischen krank und nicht krank nicht genau definiert werden. (Helmchen, 2005)

Schramme (2000) weist auf die Schwierigkeit der genauen Definition der psychiatrischen Erkrankung in Hinblick auf die Unterschiede zwischen der wissenschaftlichen Perspektive und der lebensweltlichen Perspektive des Krankseins hin. Er befasst sich mit der Kommunikation zwischen Arzt und Patient über die psychiatrische Krankheit, sodass ein außer Acht lassen dieser Komponente, eine genaue Definition der Erkrankung unmöglich macht. Die psychosoziale Beeinträchtigung ist der Fremdbeobachtung zwar zugänglich, aber nicht in der vom kranken Individuum erlebten Qualität objektivierbar. (Schramme, 2000)

Somit ergeben sich erhebliche Probleme bei dem Versuch, einen eindeutigen Krankheitsbegriff zu konstruieren. Neben kommunikativen Aspekten (Schramme, 2000) können auch soziale Aspekte der Gesellschaft und der Umgebung nicht genau eingegrenzt oder definiert werden. (Helmchen, 2005)

Der wohl wichtigste Aspekt ist jedoch die Tatsache, dass es keine klare Grenze gibt, ab der ein Mensch noch als normal gilt und ab wann er als psychisch krank einzuordnen wäre. Der Übergang von normal zu krank ist ein fließender, ohne Vorgaben eines zu überschreitenden Punktes auf diesem Kontinuum. (Schramme, 2000)

So definierte die WHO (1946) als Gesundheit einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und seelischen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“. (WHO 1946; zitiert nach Helmchen, 2003) Jedoch ist dieser Krankheitsbegriff wenig praktikabel, da es wohl kaum Menschen gibt, die sich in diesem Zustand des völligen Wohlbefindens befinden. (Helmchen, 2003)

Die Konsequenzen all dieser Überlegungen zum psychiatrischen Krankheitsbegriff liegen in der alltäglichen Problematik einen Menschen, welcher als „psychisch krank“ angesehen wird, zu behandeln. Diese Situation belastet die Betroffenen sowohl in Krankenhäusern als auch im privaten Leben in großen Ausmaßen, sodass eine Änderung der gegebenen Umstände besonders in Hinblick auf die Stigmatisierung und Diskriminierung angestrebt werden muss. (Wancata, 2005)

2.1. Das Klassifikationssystem ICD-10 und das DSM – VI

In der so genannten Psychopathologie werden Störbereiche mit ihren Abweichungen auf Symptom-Ebene beschrieben. Diese werden des Weiteren in Syndrome zusammengefasst. Mit diesem Begriffssystem der klinischen Psychopathologie sollen abweichendes Verhalten und Erleben als Erlebnis- und Verhaltenssymptome möglichst genau erfasst werden. (Lenz & Küfferle, 2002)

In einem klinischen Interview zur Abklärung psychischer Störungen wird in der Regel hierarchisch vorgegangen, um alle relevanten Bereiche abzuklären. Diese beziehen sich auf die Bereiche Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis, Denktätigkeit und Sprache, Wahrnehmung, Affektivität und Antriebsverhalten. Des Weiteren wird das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von speziellen Syndromen wie Wahn, Befürchtungen (Phobien) und Zwängen angeführt.

Aus der entstandenen Wichtigkeit zur Klassifizierung von psychischen Störungen werden noch Schlafstörungen und Sozialverhalten erfasst. (Lenz & Küfferle, 2002)

Es liegen zwei standardisierte Klassifikationssysteme psychischer Krankheiten vor: das ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das DSM-4 der American Psychiatric Association (APA).

Das multiaxiale System nach Kurt Schneiders ermöglicht die Beschreibung von psychischen Störungen auf 5 Achsen:

- Achse I: vorliegende klinische Syndrome
- Achse II: Vorliegen einer Persönlichkeits- oder Entwicklungsstörung
- Achse III: nach allgemeinen körperlichen Störungen und Zuständen
- Achse IV: nach dem Schweregrad psychosozialer Belastungen und Umweltproblemen
- Achse V: eine globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

(Lenz & Küfferle, 2002)

Des Weiteren werden zwischen Kinder- und Erwachsenenenerkrankungen aus dem psychiatrischen Formenkreis differenziert und leichte (z.B. depressive Verstimmung) von schweren Erkrankungen (z.B. Schizophrenie) abgehoben. (Corrigan, 2005)

2.2. Die psychiatrische Diagnose

Zahlreiche Literaturen befassen sich mit den Prozessen der Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Menschen. Als psychisch krank werden Menschen bezeichnet, welche Auffälligkeiten in ihrem Denken und Verhalten zeigen. (Helmchen, 2003) Jedoch unterscheiden sich diese Menschen in Abhängigkeit davon, welche

psychiatrische Diagnose gestellt wurde. Nach genauer Abklärung der Symptome und dem Verlauf kann dem Betroffenen mittels DSM-IV oder ICD-10 eine psychiatrische Diagnose gestellt werden. In der Literatur wird der Betroffene mit einer psychiatrischen Störung als psychisch krank bezeichnet. Somit werden die Begrifflichkeiten psychisch krank und psychiatrische Störung in dieser Diplomarbeit synonym verwendet.

In der Stigmaforschung wurde besonders auf die Diagnose „Schizophrenie“ eingegangen, da diese besonders starke Auswirkungen der Stigmatisierung aufweisen konnte. Studien von Grausgruber, Katschnig, Meise & Schöny (2002), Katschnig (2002) und Angermeyer & Matschinger (2004) sind nur einige der Untersuchungen zur Schizophrenie und der Stigmatisierung.

Die Auswirkungen der psychiatrischen Diagnose auf die Betroffenen wurden auch in Hinblick auf die Art der Diagnose untersucht. So konnte nachgewiesen werden, dass die Schizophrenie die stärksten Auswirkungen in Hinblick auf soziale Distanz, Gefährlichkeit und negative Attributionen hat. (Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2004) Weitere Studien befassten sich mit Depression (Althaus, Stefanek, Hasford & Hegerl, 2002), Psychosen (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999) und der Demenz (Werner, 2001; Werner & Davidson, 2004)

Eine Gegenüberstellung der Auswirkungen, abhängig von der Art einer psychiatrischen Diagnose auf den Betroffenen, soll auch in diese Untersuchung miteinfließen.

2. Stigma und Diskriminierung

In diesem Kapitel soll auf das Stigma und seine Folgen erstmals näher eingegangen werden.

2.1. Begriffsdefinition des Stigma

Der Begriff „Stigma“ wurde bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts lediglich in der Botanik (Stigma: am Griffelende sitzende Narbe der Blüte), der Biologie (Atemöffnung der Insekten) und der christlichen Theologie verwendet. (Gaebel, 2005)

Der Soziologe Erving Goffmann befasste sich bereits 1963 ausführlich mit diesem Thema und gilt bis heute als Vater der Stigma-Forschung.

Er begann, das Phänomen bereits in seiner Entstehung zu beschreiben und bezog sich dabei auf die Griechen in der Antike, welche eine unangepasste oder kranke Person anhand eines körperlichen Merkmales, des Stigmas, markierten, um etwas Schlechtes

oder Ungewöhnliches über den moralischen Zustand des Trägers zu offenbaren. (Goffmann, 1997)

Im Wörterbuch der Soziologie wird „Stigma“ als ein „Brand-, Schandmal“ (physisches, psychisches oder soziales Merkmal) definiert, durch das eine Person sich von allen übrigen Mitgliedern einer Gruppe (oder der Gesellschaft) negativ unterscheidet und aufgrund dessen ihr soziale Deklassierung, Isolation oder sogar allgemeine Verachtung droht. (Hillmann, 1994)

Aufbauend auf dieser Definition befasste sich die Psychologie mit der Erforschung der Prozesse, welche zu einer Stigmatisierung führen. Stereotype und Vorurteile sowie deren Komponenten der emotionalen, motivationalen und kognitiven Teilbereiche wurden in der Psychologie zur Erklärung des Phänomens Stigma herangezogen. (Corrigan, 2005)

Spricht man von Stigmatisierung, so wird meist im gleichen Sinne auch von Diskriminierung gesprochen, als Folge des Stigmas.

2.2. Begriffsdefinition der Diskriminierung

In der Soziologie wird Diskriminierung wie folgt definiert: „Die Ungleichbehandlung, im soziologischen Sinne ungleiche, herabsetzende Behandlung anderer Menschen nach Maßgabe bestimmter Wertvorstellungen oder aufgrund unreflektierter, z.T. auch unbewusster Einstellungen, Vorurteile und Gefühlsladungen“ (Hillmann, 1994).

Diskriminierung kann auf mehreren Ebenen beobachtet werden. Einerseits in Interaktionen mit der Umwelt und andererseits in den Auswirkungen auf die eigene Identität und Persönlichkeit. Die Folgen belasten Betroffene besonders stark auf psychologischer Ebene, da Bereiche des Selbstwerts und Selbstbildes negativ beeinträchtigt werden können. (Corrigan, Thompson, Lambert, Sangster, Noel & Campbell, 2003)

Ausgrenzung, Isolation und Abwertung mindern die Lebensqualität der Betroffenen, wodurch eine Verbesserung dieser Situation, in vielen Wissenschaften, besonders auch der Psychologie, angestrebt wird.

3. Das Stigma

Dieses Kapitel soll eine erste Vorstellung über das Thema des Stigmas und einen ersten Einblick in die verschiedenen Ansichten geben.

3.1. *Stigma aus Sicht der Soziologie*

In jeder Gesellschaft ergeben sich verschiedene Vorstellungen darüber, wie Menschen sich verhalten, denken und sogar fühlen sollen. Gesellschaften entwickeln einen Satz von Attributionen, welche sie des Weiteren in Kategorien einteilen. Es entstehen Kategorien, in denen Verhaltens- und Denkweisen eingespeist sind, die als gewöhnlich und natürlich empfunden werden. Andere Kategorien beinhalten Verhaltens- und Denkweisen, welche als störend, andersartig oder gefährlich bezeichnet werden. (Ottati, Bodenhausen & Newman, 2005; zitiert nach Corrigan, 2005)

Diese Kategorien unserer Vorstellungen und Erwartungen über andere Menschen haben eine entlastende Funktion, welche uns helfen soll, schneller Meinungen über fremde Personen entwickeln zu können. (Mummendey, Otten, Berger & Kessler, 2000)

Diese Erwartungen anderen Menschen gegenüber, welche nicht als bewiesen oder beobachtet gelten, werden von Goffmann als „virtuelle soziale Identität“ bezeichnet. Verhaltensweisen oder Denkweisen, welche an einem Menschen bereits beobachtet werden konnten, werden im Vergleich als „aktuelle soziale Identität“ bezeichnet. (Goffmann, 1997)

Kommt es nun zu einer Diskrepanz zwischen erwünschter „virtueller sozialer Identität“ und der „aktuellen sozialen Identität“, wird diese Person herabgemindert. Dieser Prozess des Vergleiches läuft meist sehr rasch und unbewusst ab, sodass es oft zu keiner weiteren Interaktion mit dieser Person kommt. Sie wird gemieden, da ein abweichendes Verhalten Angst und Unsicherheit erzeugt. Es kommt zu keiner Möglichkeit, diese Kategorisierung der betroffenen Person aufzuheben oder neu zu bewerten. Deshalb ist die Stigmatisierung ein sehr rasch vollzogener und resistenter Prozess, welcher Betroffene in ihrem Umfeld stark beeinträchtigt. (Goffmann, 1997)

3.2. *Stigma aus Sicht der Psychologie*

Durch die frühen Arbeiten des Soziologen Erving Goffmann erlangte der Begriff des Stigmas zunehmend an Bedeutung. Weitere Wissenschaften erkannten die negativen Folgen und die Bedeutung der Stigmatisierung, sodass dieser Zustand zu einem

Forschungsgegenstand sowohl in der Medizin und Psychologie, als auch in der Wirtschaft und Politik wurde.

Besonders in der Psychologie versuchte man, das Phänomen der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen zu untersuchen, um eine Verbesserung des Zustandes für alle Betroffenen herbeiführen zu können.

3.2.1. Signale einer psychiatrischen Erkrankung

Menschen, die an psychischen Störungen leiden, zeigen oft auffällige Signale wie gestörte oder verminderte soziale Fähigkeiten, welche besonders in Interaktionen mit der Umwelt sichtbar werden, geringen Augenkontakt, Körpersprache und Kommunikation oder bizarre Verhaltensweisen, welche auch ohne Interaktionen stattfinden. (Helmchen, 2003)

Diese Signale nimmt die Umwelt auf, worauf sehr rasch eine Vorstellung darüber gebildet wird, was dieser Person fehlt. Diese Signale und die darauf folgende schnelle Meinungsbildung führen zu der Bildung von Stereotypen und darauf folgend zu einer Diskriminierung. So wird ein Mensch, der auf der Parkbank mit sich selbst redet, schnell einfach als psychisch krank eingestuft und gemieden. (Corrigan, 2005)

Neben den beobachtbaren oder wahrnehmbaren Signalen kann es auch dazu kommen, dass diese bewusst versteckt oder verheimlicht werden. Dies führt zu zwei Erscheinungsformen der Stigmatisierung.

Wenn eine Person mit einer psychischen Störung annehmen muss, dass ihre Störung bereits bekannt ist, oder wenn sie der Meinung ist, sie nicht verstecken zu können, dann handelt es sich bei der Person um einen Diskreditierten. Wenn aber die Symptome verheimlicht werden können und die Krankheit versteckt werden kann, so handelt es sich bei der Person um einen Diskreditierbaren. (Goffmann, 1997)

Die Bevölkerung kann nicht immer Gewissheit darüber haben, ob ein Mensch psychisch krank ist oder nicht. Jedoch ist der Druck, mit dem eine Person leben muss, wenn sie ihre psychische Krankheit verbergen möchte, vergleichbar mit dem Druck einer Stigmatisierung. Beide Bedingungen schränken die persönliche Freiheit ein und gefährden die Identität der Person. (Corrigan, 2005)

3.2.2. *Die psychiatrische Diagnose und das Stigma*

Die häufigsten Folgen psychischer Störungen sind auffälliges bizarres Verhalten, Sprachstörungen, Wahnvorstellungen oder unangepasste Gefühlszustände. All diese Aspekte psychischer Krankheiten weichen von der Norm der Gesellschaft ab, indizieren das Vorhandensein einer psychischen Störung und machen den Menschen Angst. (Lenz & Küfferle, 2005)

Die Untersuchung von Angermeyer, Matschinger & Corrigan (2003) zum Thema der Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch kranken Menschen beruhen auf dem Nachweis der Effekte auf der Verhaltensebene und emotionalen Ebene. Durch Vorgabe einer Vignette wurden die Reaktionen untersucht, welche aufgetreten sind, wenn hinter der Beschreibung in der Vignette eine Schizophrenie-Erkrankung vermutet wurde.

Die Ergebnisse zeigten, dass die schizophrene Person große Ausprägungen im antisozialen Verhalten, besonders der Aggressivität, zugeschrieben wurden. Des Weiteren ergaben die Ergebnisse emotionale Reaktionen wie Angst, Mitleid und Wut gegenüber der schizophrenen Person. Wurde die Vignette als nicht schizophrene Person aufgenommen, so waren die Werte in diesen Bereichen deutlich reduzierter. (Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2003)

Eine weitere Studie von Link, Phelan, Bresnahan, et. al., (1999) untersuchte die Auswirkungen der Annahme, ob es sich in einer vorgegebene Vignette um eine schizophrene oder depressive Person, oder um eine alkohol- oder drogenabhängige Person handelte. Anhand der Beschreibung der fiktiven Person, wurde ein Fragebogen in Hinblick auf Emotionen und Eigenschaften, welche man der fiktiven Person zuschreibt ausgefüllt. Die Ergebnisse konnten zeigen, dass nach der Zuschreibung einer psychischen Krankheit die Attribution einer erhöhten Aggressionsbereitschaft dieser kranken Person deutlich höher war.

Des Weiteren ergaben sich signifikante Ergebnisse dahingehend, dass aufgrund der erhöhten aggressiven Tendenzen die soziale Distanz zu dieser Person größer war als vergleichsweise zu einer Person, welche nur geringfügige Probleme und keine psychische Krankheit aufwies. (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999)

Die Studie von Corrigan, Markowitz & Watson (2003) untersuchten die Ausprägungen in sozialer Distanz aufgrund von Attributionen wie Aggressivität verbunden mit dem Bekanntheitsgrad einer solchen psychischen Erkrankung. Die Kernaussage bezieht

sich auf die Wichtigkeit des Wissens über eine psychiatrische Erkrankung. Nimmt der Bekanntheitsgrad bzw. das Wissen über eine solche Erkrankung zu, nimmt der Grad an negativen Attributionen und sozialer Distanz ab. Ausgehend davon sind die Folgen eines niedrigen Wissensstandes, in Bezug auf Umgang und Entgegenkommen gegenüber psychisch kranker Menschen, größere soziale Distanz.

Dies zeigt sehr klar, wie negativ behaftet eine psychiatrische Diagnose ist, wenn kein Wissen angeeignet, oder Kontakt zu diesen Personen aufgebaut wurde. Geringer Kontakt und wenig Wissen sind jedoch weiter verbreitet als das Gegenteil, was den Prozess einer häufigen Diskriminierung in Gang setzt. (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan & Kubiak, 2003)

3.3. Zwei Formen des Stigmas

Im Folgenden werden die beiden Arten des Stigmas näher beleuchtet. Hierbei handelt es sich um das Stigma aus der Bevölkerung und um das Selbst-Stigma.

3.3.1 Das Stigma aus der Bevölkerung

Das Stigma aus der Bevölkerung ergibt sich aus den Reaktionen, die das Umfeld auf die psychisch kranke Person zeigt.

Aufgrund der Zuschreibung von Aggressivität oder Gefahr, die von einer Person ausgehen kann, erhöht sich die Tendenz dahingehend, sich von dieser Person fernzuhalten. Die soziale Distanz wird größer und kann im extremen Fall zur Isolation führen. Durch die Annahme einer verstärkten Gefahr und Aggressivität, welche psychisch kranken Menschen attribuiert wird, erhöht sich ihnen gegenüber die soziale Distanz nachweislich. (Corrigan, Backs, Green, Diwan & Penn, 2001)

Dieser Prozess, dessen Folge als Diskriminierung bezeichnet wird, führt dazu, dass Personen, welche als psychisch krank gelten, gemieden oder sogar verachtet werden. Diese übergeneralisierte Sicht über Menschen mit psychischen Störungen beeinträchtigt sowohl das soziale als auch das wirtschaftliche Leben einer Person. Durch das Abwenden von Freunden, Bekannten oder Nachbarn wird das soziale Leben der Betroffenen nachhaltig geprägt. Des Weiteren werden die Personen, auch auf wirtschaftlicher Ebene benachteiligt, da Arbeitgeber oder sogar Wohnungsvermieter die soziale Distanz aufrechterhalten möchten. (Corrigan, Markowitz & Watson, 2004)

Eine der wohl augenscheinlichsten Auswirkungen des Stigmas auf psychisch kranke Menschen zeigt die Situation in den Gefängnissen. Die Zahl der Insassen mit

psychischen Störungen steigt zunehmend. Da bei Ausschreitungen die Polizei die erste Kontaktebene ist und es häufig zu keiner Weitervermittlung oder Abklärung kommt, werden auch Personen, welche einer anderen Form der Betreuung bedürften, schnell in das Justizsystem aufgenommen. (Corrigan, 2005)

Die rechtliche Benachteiligung psychisch Kranker, welche als nicht als selbstständig und oft nicht als mündig angesehen werden, bedingt die schlechte Position der Betroffenen im juristischen System. (Gutierrez-Lobos, 2002)

Das Wissen um das soziale Stigma psychisch Kranker in der Bevölkerung äußert sich auch darin, dass einem großen Teil der Bevölkerung wohl bewusst ist, dass die gesellschaftliche Situation verbesserungswürdig ist. In einer Befragung stimmten 80% der Personen der Aussage zu, dass etwas verbessert werden müsse, um die Situation psychisch kranker Menschen in Hinblick auf Akzeptanz und Eingliederung in die Gesellschaft zu verbessern. (Gaebel, 2005)

3.3.2. Selbst-Stigma

Menschen mit psychischen Störungen sind durch die Situation in der Gesellschaft und die Erfahrungen mit Diskriminierung stark belastet. In einer Befragung von Menschen in einer Psychiatrie konnte nachgewiesen werden, dass diese sehr oft ähnliche negative Erfahrungen seitens ihrer Umwelt erfuhren. Sie äußerten, häufig als dumm bezeichnet worden zu sein, distanziert behandelt und sozial abgewertet worden zu sein. (Corrigan, 2005)

Diese Erfahrungen, welche sich über Jahre hinziehen können, bergen die Gefahr, dass die Person, welche diese erfährt, sie ab einem gewissen Zeitpunkt internalisiert und in ihre Identität integriert. Es konnte nachgewiesen werden, dass Menschen, welche solche Erfahrungen machen mussten, vermehrt einen negativen Selbstwert und negatives Selbstbild aufbauten. (Corrigan, Thompson, Lambert, Sangster, Noel & Campbell, 2003)

Sie waren der Überzeugung, selbst nicht so viel wert zu sein wie gesunde Menschen. Die Meinung des Umfeldes wurde so stark integriert, dass sie nach einiger Zeit der Konfrontation mit dieser Situation selbst dieser Meinung über sich waren. (Link & Phelan, 2001)

Das Selbst-Stigma greift auf die Bereiche des Selbstwertes und des Selbstbildes über. Es werden zunehmend negative Aussagen getätigt, wenn es sich um die Beschreibung der eigenen Person handelt. Daraus entstehen negative emotionale Reaktionen,

welche sich in Niedergeschlagenheit, Rückzug und Freudlosigkeit auszeichnen. Bei einer Untersuchung mittels der Selbsteinschätzung auf der Likert-Skala konnte nachgewiesen werden, dass der Selbstwert und das Selbstbild negativ ausfielen. (Corrigan, Thompson, Lambert, Sangster, Noel & Campbell, 2003)

4. Erklärungs- und Entstehungsmodelle des Stigmas

Dieses Kapitel führt Theorien in Hinblick auf Erklärungsansätze zu der Entstehung und dem Prozess des Stigmas an. Diese sollen zu einem breiten Verständnis über dieses komplexe Thema führen. Neben psychologischen Ansätzen werden zunächst soziologische Ansätze angeführt, um möglichst genaue Aufarbeitung des Themas von Beginn an zu ermöglichen.

4.1. Der Prozess der Stigmatisierung

In den westlichen Kulturen beruht die Stereotypisierung psychisch kranker Menschen auf der Zuschreibung von Inkompetenz, Gefährlichkeit und der Unfähigkeit, für sich selber zu sorgen. (Corrigan, 2005)

Somit ist das Stigma ein besonders negativ bewertetes Etikett zur Kategorisierung von Personen, welche in einem oder mehreren Aspekten von unseren Vorstellungen über das „Normale“ abweichen. (Helmchen, 2001)

Diese Vorstellungen können auf der Verhaltensebene (z.B. psychisch kranke Personen verhalten sich bizarr und/oder unberechenbar) und auf der emotionalen Ebene (z.B. Angst vor der psychisch kranken Person) zum Ausdruck kommen. Wut entsteht besonders dann, wenn der psychisch kranken Person eine Selbstverschuldung adjustiert wird, wie zum Beispiel bei Drogenabhängigen. (Corrigan, et.al. 2002)

Um den Prozess der Stigmatisierung erklären und verstehen zu können, müssen generelle Aspekte der Motivation, Kognition und des Affektes, basierend auf den Annahmen der Stereotypisierung, Vorurteile und der Diskriminierung, miteinbezogen werden. (Corrigan, 2005)

Wichtig für die Stigma-Forschung sind auch die frühen Arbeiten in der Soziologie. Im Folgenden werden Erklärungsmodelle und Entstehungsprozesse aus der Sicht der Soziologie und der Psychologie dargestellt.

4.2. Erklärungsmodelle aus der Soziologie

Im Folgenden werden die Ansichten über das Stigma aus Sicht der Soziologie dargestellt, um die Komplexität und somit die wissenschaftlichen Grenzen überschreitende Konstrukt des Stigmas erfassen zu können.

4.2.1. Die Etikettierungstheorie von Scheff (1966)

Die Theorie von Scheff (1966) basiert auf zwei Hauptannahmen der Stigmatisierung mit Bezugnahme auf die Interaktion zwischen der Gesellschaft und der psychisch kranken Person. Die erste Annahme geht davon aus, dass in der Gesellschaft weit verbreitete Meinungen und Vorstellungen über psychisch kranke Menschen vorherrschen. Diese können sich in Einzelfällen voneinander unterscheiden, sind im Wesentlichen aber durch eine negative Stereotype charakterisiert. (Scheff 1966; zitiert nach Corrigan, 2005)

Die zweite Annahme geht darauf zurück, dass es aufgrund verschiedener Umstände und Ursachen zu einer sogenannten „residualen Regelübertragung“ kommt. Dies bezieht sich auf die Verhaltensweisen, die typischerweise von psychisch Kranken gezeigt werden. Wenn diese Verhaltensweisen bekannt werden, erhalten sie das Etikett „psychisch krank“. Diese Etikettierung verursacht ein einheitliches Interaktionsmuster der Gesellschaft gegenüber der kranken Person. (Scheff 1966; zitiert nach Corrigan, 2005)

Das Verhalten der Gesellschaft richtet sich danach, wie einem psychisch kranken Menschen entgegen gekommen werden soll. Diesen Interaktionen ausgesetzt, spielt sich mit der Zeit durch Belohnung und Bestrafung die Rolle des kranken Menschen als eben der „psychisch Kranke“ ein. Wie vorher erwähnt, integriert dieser Mensch das Bild, das die Gesellschaft von ihm hat, was zu einer Umorganisation seiner persönlichen Identität führt. Somit erfüllt der psychisch kranke Mensch die Rolle, die ihm zugeschrieben wird. Dies wird auch als „zweite Devianz“ bezeichnet. (Corrigan, 2005)

Eine abgeleitete Hypothese aus dieser Annahme besagt, dass diese Rollenzuschreibung, welche zu einer Umstrukturierung und Integration in die persönliche Identität führt, an der Chronifizierung psychischer Erkrankungen mitbeteiligt ist. (Finzen, 2000)

Diese Vorstellung warf die Frage auf, ob die Reaktionen der Bevölkerung auf psychisch kranke Menschen aufgrund der Stigmatisierung durch die Etikettierung

erfolgt, oder ob sie aufgrund der devianten Verhaltensweisen der psychisch kranken Menschen erfolgt. (Corrigan, 2005)

Untersuchungen konnten einen starken negativen Einfluss der Etikettierung auf einen psychisch kranken Mensch nachweisen. (Angermeyer, Buyantugs, Kenzine & Matschinger, 2004; Angermeyer & Matschinger, 2004; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000) Durch die oft negativen Einstellungen und Meinungen gegenüber den Betroffenen konnte eine größere soziale Distanz nachgewiesen werden als bei einem vermeintlich gesunden Menschen. (Corrigan, Backs, Green, Diwan & Penn, 2001)

Dies führte zu der „modifizierten Etikettierungstheorie, in welcher das Verhalten der psychisch kranken Person mitberücksichtigt wird.

4.2.2. Die modifizierte Etikettierungstheorie nach Link 1989

Untersucht wurden die Effekte, die aufgrund der Etikettierung als psychisch krank auftraten gegenüber Symptomen, die ein psychisch kranker Mensch aufweist. (Link, Cullen, Frank & Wozniak, 1987) Die Studie von Angermeyer & Matschinger (2003) konnte nachweisen, dass die Effekte, welche durch die Etikettierung als psychisch Kranker ausgelöst wurden, zweimal so groß waren, wie die Effekte, die aufgrund von wahrgenommenen Symptomen aufgetreten sind. (Angermeyer & Matschinger, 2003)

Diese Ergebnisse führten zu der „modifizierten Etikettierungstheorie“. Attributionen, welche aufgrund einer psychischen Störung erfolgen, bekommen einen persönlichen Wert für den Betroffenen. Dieser möchte nicht als psychisch krank gelten und versucht nun, seine Erkrankung zu verheimlichen, um nicht etikettiert und diskriminiert zu werden. Dies führt jedoch zur sogenannten „selbsterfüllenden Prophezeiung“, da genau dieses Verhalten auffällig wird und rascher als psychisch krankes Verhalten deklariert wird. Der Stress, welcher dadurch entsteht, führt zu einer Verstärkung der Symptome des Betroffenen und zu einer Verschlechterung der Erkrankung. (Corrigan, 2005)

4.2.3. Das Stigma Konzept von Link & Phelan (2001)

Untersuchungen zum Phänomen des Stigmas berücksichtigten die Auswirkung auf die Betroffenen nur indirekt. Aufgrund von erbrachten Ergebnissen wurden Rückschlüsse auf das Erleben der Betroffenen gezogen.

Das Konzept von Link & Phelan (2001) berücksichtigt jedoch vordergründig die Perspektive des Betroffenen. Der Prozess der Stigmatisierung und der daraus folgenden Diskriminierung lässt sich in fünf Phasen einteilen:

- Phase I: Wahrnehmung und Benennung eines Unterschiedes (psychotische Symptome/ bizarre Verhaltensweisen etc.)
- Phase II: die wahrgenommenen Unterschiede werden mit negativen Attributionen bzw. Stereotypen versehen
- Phase III: es kommt zu einer Abgrenzung dieser Person (der Betroffene wird einer Minderheitengruppe zugeordnet, die sich von den „Normalen“ unterscheiden)
- Phase IV: es kommt zu diskriminierendem Verhalten (Isolation, Statusverlust etc.)
- Phase V: negative Konsequenzen werden für den Stigmatisierten spürbar

(Link & Phelan, 2001)

Diese fünf Phasen beschreiben den Prozess von der Diagnose zum Stigma und zur Diskriminierung eines psychisch kranken Menschen. Das Modell beruht auf den Konzepten der Stereotype, den Vorurteilen und der daraus folgenden Verhaltensweise. Verbunden werden kognitive, emotionale und motivationale Komponenten, welche die Verhaltens- und Erlebnisebene beeinflussen. (Link & Phelan, 2001)

4.3. Erklärungsmodelle aus der Psychologie

Aufbauend auf den ersten Theorien in der Soziologie werden hier die darauf aufbauenden Ansichten und Erklärungsansätze von Seiten der Psychologie dargestellt. Gleich zu Beginn werden Begriffsdefinitionen angeführt und darauf aufbauend die Theorien beschrieben.

4.3.1. Begriffsdefinition Stereotype

Die Sozialpsychologie definiert Stereotype als Wissensstrukturen, die eine Gruppe von Menschen gelernt hat und teilt. Dieses Wissen basiert auf der Kategorisierung von Informationen über eine bestimmte Gruppe von Personen. Stereotype ist die kognitive Komponente des Vorurteils und basiert auf der Übergeneralisierung. Allen Angehörigen einer bestimmten Gruppe werden aufgrund der Kategoriezugehörigkeit mehr oder weniger dieselben Merkmale zugeschrieben. (Keller, 2008)

Die Kategorisierung als selektive Informationsverarbeitung hat eine entlastende Funktion, da sehr rasch Meinungen und Vorstellungen über eine Person gemacht werden können, und verhindert eine Überlastung des kognitiven Systems, die sich durch eine Vielzahl von Reizen aus der Umgebung ergeben würde. Wie schon erwähnt, beinhalten die Stereotype über psychisch kranke Menschen negative Ansichten über ihre Persönlichkeit wie Aggression und Unberechenbarkeit. (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999)

4.3.2. Begriffsdefinition Vorurteil

Vorurteile sind Einstellungen, deren Objekte Außengruppen sind. Dabei handelt es sich meist um negative, abwertende Einstellungen. Es bestehen einige Übereinstimmungen zwischen den Begriffen Vorurteile und Stereotype. Vorurteile entstehen durch Motivationsprozesse (z.B. Selbstwerterhöhung), während Stereotype (d.h. Übergeneralisierung der Einstellung) primär kognitive Ursachen haben. (Keller, 2008)

Aufgrund dieser affektiven und kognitiven Bewertung und Zuschreibung von Annahmen über Personen kommt es zu einer Verhaltensreaktion, welche in diesem speziellen Fall die Diskriminierung ist. (Corrigan, 2005)

4.3.3. Emotionale Erklärungsansätze

Zu den emotionalen Erklärungsansätzen zählen folgende drei Ansichten.

4.3.3.1. Klassische Konditionierung

Die klassische Konditionierung kann das Entstehen der Stigmatisierung dadurch erklärbar machen, dass Vorurteile gegenüber einer sozialen Gruppe durch das gepaarte Auftreten der sozialen Gruppe mit aversiven Reizen (negative Erfahrung wie bizarres Verhalten) bedingt werden. (Corrigan, 2005)

Untersuchungen belegen, dass die Massenmedien wie auch Kommunikationsmedien eine besondere Rolle bei der Verfestigung und Aufrechterhaltung der Stereotypisierung spielen. Je nachdem, wie psychisch kranke Menschen gezeigt werden, werden diese Erfahrungen konditioniert und im Alltag widergespiegelt, wenn es zu einem Kontakt mit einer psychisch kranken Person kommt. (Baumann, Zaeske & Gaebel, 2003)

Der Einfluss von Erfahrung und Wissen über psychisch kranke Menschen konnte in der Studie von Pupato (2002) insofern nachgewiesen werden, dass psychisch kranke

Personen verstärkt als aggressiv und gefährlich eingeschätzt werden, nachdem ein an Schizophrenie erkrankter Mensch als unberechenbarer Mörder gezeigt wurde. Hierbei wird die Auswirkung der negativen Präsentation eines psychisch kranken Menschen in Film und Medien sichtbar. Dieser Ansatz wird weiteren Untersuchungen unterzogen, um die genaue Art der Konditionierung und die Wirkung genauer definieren zu können. (Pupato, 2002) Somit kann auch die Vermittlung von negativen Eigenschaften einen starken Einfluss auf die Einstellung zu den Betroffenen beeinflussen. Verglichen mit der positiven Vermittlung von Wissen über psychisch kranke Menschen. (Werner, 2003)

4.3.3.2. Fehlattritionen

Fehlattritionen treten auf, wenn ein Affekt, der durch eine Person oder eine Situation ausgelöst wird, einer anderen Person oder Situation zugeschrieben wird. Dieser Prozess läuft meist unterbewusst ab, ohne sich darüber im Klaren zu sein und einer Möglichkeit, diese Attributionen zu korrigieren. So kann es dazu kommen, dass ein negativer Affekt, durch einen bestimmten Kontext ausgelöst, auf eine psychisch kranke Person attribuiert wird und nicht auf den auslösenden Kontext. (Corrigan, 2005)

Durch eine Aufklärung der Bevölkerung darüber, dass negative Affekte oft nur von kontextuellen Bedingungen, in denen eine psychisch kranke Person angetroffen wird, und nicht die Person selber der Auslöser ist, könnte die Situation der Fehlattrition und Stigmatisierung verbessern. (Corrigan, 2005)

Besonders Aufklärungen über psychische Erkrankungen können Stigmatisierung und Diskriminierung eindämmen. Anhand dieser Erkenntnisse beruhen auch die Anti-Stigma- Programme besonders auf der Aufklärungsarbeit. Wissen und Aufklärung können Fehlattritionen mindern oder sogar beseitigen. (Corrigan, et. al., 2001)

4.3.3.3. Abgelöste Aggression

Das Modell der abgelösten Aggression besagt, dass eine bestehende Aggression, ausgelöst durch eine bestimmte Person oder Situation, auf eine andere Person oder Situation, verlagert werden kann. Dies tritt häufig auf, wenn die Person, welche die Aggression ausgelöst hat, nicht damit konfrontiert werden kann und die Aggression anders ausgeglichen werden muss. So wird ein Ersatzziel gesucht, um dort die Aggression abbauen zu können. (Pederson, Gonzales & Miller, 2000)

Diese Prozesse lassen sich auch oft in Wirtschaftskrisen oder in wirtschaftlich schlechteren Wohngebieten beobachten. Löst die allgemeine ökonomische Lage

Aggressionen und Hilflosigkeit aus, so kann diese aber nicht verändert werden oder als Ventil verwendet werden, stattdessen werden Sündenböcke gesucht. Diese Aggressionen treten besonders häufig unter dem Deckmantel der Fremdenfeindlichkeit und Diskriminierung von psychisch kranken Menschen auf, da diese sich in einer schwächeren Position befinden und somit ein leicht zu treffendes Ersatzziel darstellen.

4.3.4. Motivationale Erklärungsansätze

Motivationale Erklärungsansätze beziehen sich auf die Punkte Sicherheit und Kontrolle, Autorität und soziale Dominanz und die soziale Identitätstheorie nach Tajfel.

4.3.4.1. Sicherheit und Kontrolle

Die motivationale Sichtweise der Entstehung des Stigmas beruht auf der Annahme, dass die Gesellschaft eine starke Vorstellung über Recht und Ordnung hat. Kommt es nun zu einer Verletzung dieser Regel, so werden die Mitglieder dieser Gesellschaft aktiv, um den normalen und sicheren Zustand wieder herzustellen. Personen, welche von dieser Norm abweichen, werden als gefährlich erlebt, wodurch sich die Einstellung ergibt, dass die Gesellschaft vor dieser Person geschützt werden muss. (Corrigan, 2005)

Der Wunsch nach Sicherheit in und Kontrolle über den Lebensraum der Menschen lässt eine hohe motivationale Reaktion erkennen, wenn diese gefährdet ist.

4.3.4.2. Autorität und soziale Dominanz

Dieser Ansatz beruht auf Theorien aus der Persönlichkeitsforschung, welche autoritären Charaktere in den Mittelpunkt ihrer Forschung gestellt hat. Es konnte nachgewiesen werden, dass Menschen mit einem stark ausgeprägten autoritären Charakterzug sehr konservativ denken, sich schwer unter andere Autoritäten eingliedern können, einen sehr starken rechtschaffenden Denkstil haben und vermehrt aggressive Tendenzen Personen gegenüber zeigen, welche nicht dieser Norm entsprechen. (Ottati, Bodenhausen & Newman, 2005; zitiert nach Corrigan, 2005)

Es konnte nachgewiesen werden, dass dieser autoritäre Stil mit Vorurteilen korreliert. (Corrigan, 2005)

Des Weiteren konnte untersucht werden, dass Personen mit stark ausgeprägter sozialer Dominanz gegenüber anderen Personen eher Vorurteilen und Diskriminierungen unterliegen. Sie bevorzugen eine soziale Hierarchie, welche

abstufend zwischen verschiedenen Personengruppen unterscheidet. So kommt es rasch zur Abwertung und Ausgrenzung von Minderheiten, welche in der sozialen Hierarchie unten stehen. (Corrigan, 2005)

4.3.4.3. Theorie der sozialen Identität nach Tajfel (1982)

Menschen streben nicht nur nach einem positiven Selbstwert und Selbstbild als eigenständige Person. Sie sind bestrebt, eine positive soziale Identität in Bezug auf die Gesellschaft auszubilden. Die soziale Identität ist ein Teil des Selbstbildes, und zwar das Wissen über die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe und die damit verbundenen Gefühle und Bewertungen. Man strebt nach einer möglichst positiven sozialen Identität, sodass die eigene Gruppe positiver und besser bewertet wird als eine andere. (Tajfel, 1982)

Durch soziale Vergleiche sollen die Erwartungen an die eigene Gruppe erfüllt werden, und diese soll höher gestellt werden als die Vergleichsgruppe. Aus dieser Annahme heraus lässt sich die Hypothese ableiten, dass durch Diskriminierung der Selbstwert zunimmt. (Tajfel, 1982)

Diese Theorie unterscheidet einerseits die kognitive Komponente, welche die eigene Gruppe gegenüber einer anderen Gruppe durch die Kategorisierungen der Wahrnehmung von Informationen einer anderen Gruppe besser dastehen lassen soll. Des Weiteren wird die motivationale Komponente unterschieden, welche darauf gerichtet ist, die eigene soziale Identität positiv zu gestalten. Beide Komponenten greifen ineinander, wenn es darum geht, die eigene Person in Selbstwert und Selbstbild zu verbessern. (Corrigan, 2005)

4.3.5. Kognitive Ansätze als Erklärungsmodel

Denken in Kategorien ermöglicht eine schnelle Urteilsbildung über Menschen und Situationen. Diese Kategorisierungen treten sowohl im Alltag als auch in speziellen Situationen auf, in denen kategorisierende Denkweisen unangebracht sind. Als Beispiel zur Veranschaulichung soll ein Arzttermin angeführt werden, bei dem sich der Arzt aus Zeitmangel nur einige Symptome vom Patienten beschreiben lässt und sofort eine Diagnose stellt. (Pentzek, Fuchs & Abholz, 2005)

Als nächstes muss auch an dieser Stelle auf den Einfluss der Vorurteile hingewiesen werden, welche ebenfalls auf kategorisierendem Denken beruhen. Es mag zwar richtig sein, dass bestimmte psychisch kranke Menschen gefährlich werden könnten, jedoch

wird das Wissen über diese Minderheit oft übergeneralisiert und Angst gegenüber allen psychisch kranken Menschen ausgelöst. (Corrigan, et.al., 2002)

Somit wird eine negative Verhaltensweise eines psychisch kranken Menschen schneller und intensiver wahrgenommen als eine neutrale oder positive Verhaltensweise. (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005)

Inkonsistente Verhaltensweisen einer Gruppe werden häufig uminterpretiert und korrigiert, um die Konsistenz wieder herzustellen. Dies spielt eine verstärkende Rolle bei der Generalisierung von Stereotypen. (Ottati, Bodenhausen & Newman, 2005)

Verhaltensweisen eines psychisch kranken Menschen werden der Einstellung und Meinung gegenüber ihrer Gruppe nach interpretiert. Gilt die Meinung, dass diese Menschen, welche dieser Gruppe angehören, gefährlich sind, so werden ihre Verhaltensweisen als gefährlicher eingestuft, als es verhältnismäßig bei gesunden Menschen vorkommen würde. Das Bestreben nach Konsistenz verursacht die starke Resistenz von Stereotypen mit. (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005)

5. Folgen der Stigmatisierung

Stigmatisierung wird oft als die „zweite“ Krankheit bezeichnet, an der Menschen mit psychischen Störungen leiden. Die Folgen, welche aufgrund der Diagnose einer psychischen Störung entstehen, belasten die Betroffenen gleichermaßen wie die Störung selbst. Isolation, Abwertung und Ausgrenzung sind nur einige Erfahrungen, welche die meisten Betroffenen erleben müssen. Die meisten Untersuchungen zum Thema Stigma befassen sich mit den Erfahrungen der Betroffenen nur indirekt. Aus Studien, welche sich mit der Einstellung der Bevölkerung zu psychisch kranken Menschen befassen (Angermeyer und Matschinger, 2003) oder der sozialen Distanz gegenüber den Erkrankten (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999) sowie den Attributionen, denen Menschen mit psychischen Erkrankungen unterliegen (Corrigan, Markowitz & Watson, 2003), wurden nur indirekte Rückschlüsse auf das Erleben der Betroffenen gezogen.

Eine direkte Untersuchung, welche anhand der direkten Befragung der Betroffenen durchgeführt wurde, konnte vier verschiedene Dimensionen der Folgen von Stigmatisierung und der darauf folgenden Diskriminierung unterscheiden. (Schulze, 2000)

5.1. Interpersonelle Interaktionen

Beinahe die Hälfte aller Erfahrungen mit Diskriminierungen wurden direkt in der Interaktion mit anderen Personen gemacht. Allein durch den Kontakt mit einer psychiatrischen Abteilung wurde den Betroffenen das Etikett „verrückt“ zugeschrieben. (Schulze & Angermeyer, 2002)

Freunde und Bekannte waren an Informationen zu der Erkrankung weniger interessiert als vergleichsweise das Interesse an Informationen zu körperlichen Erkrankungen. Des Weiteren wird ein Verbergen der Erkrankung aus der Sicht der Bekannten und Freunde sowie Familie befürwortet. (Schulze & Angermeyer, 2003)

Zu Diskriminierungen kam es auch beim Kontakt mit Personen aus dem medizinischen Bereich. Betroffene fühlten sich nicht ernst genommen und mit wenig Interesse an der eigenen Person konfrontiert. (Sartorius, 2002)

5.2. Psychisch kranke Menschen in den Augen der Öffentlichkeit

Die Vorstellungen und negativen Attributionen, denen sich Betroffene ausgesetzt fühlen, werden als direkt verletzend und abwertend empfunden. Die Betroffenen sind sich der Vorurteile, die ihnen entgegengebracht werden, bewusst. Besonders starke Vorurteile über Aggressivität und Unzurechnungsfähigkeit wird schizophrenen Personen adjustiert. Hier treten Medien, darunter insbesondere der Film, in den Vordergrund, welche das Bild über die Schizophrenie nachhaltig und meist negativ prägen. (Baumann, Zaeske & Gaebel, 2003)

Durch diese Attributionen und die Sichtweisen werden psychisch kranke Menschen auch indirekt stigmatisiert. Da ihr Verhalten oft gefährlich, aggressiv und als unberechenbar gilt, entwickelt sich die Ansicht, dass Betroffene gemieden oder sogar weggeschlossen werden sollten, um die Gefahr zu bannen. (Schulze & Angermeyer, 2003)

5.3. Der Zugang zu sozialen Rollen

Diese Art der Diskriminierung gefährdet Arbeitsplätze, Wohnungsplätze und Partnerschaften der Betroffenen. Es ist bekanntlich schwerer, nach einer psychischen Erkrankung an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Auch hier sind Menschen, welche an einer Schizophrenie erkrankten, besonders betroffen.

Soziale Distanz und Angst aufgrund der angenommenen Inkompetenz der Betroffenen sind nur einige der Aspekte, welche Arbeitgeber davon abhalten, psychisch kranke Menschen zu beschäftigen. Arbeitgeber befürchten Verluste in der Produktion und rechnen mit Verlusten auf Seiten der Wirtschaftlichkeit. (Corrigan, Markowitz & Watson, 2004)

Von Schwierigkeiten bei der Partnersuche durch eine psychische Erkrankung können die meisten Betroffenen berichten. Partnerschaften zerbrechen an der Angst, dass der Partner nun nicht mehr für die Familie, speziell für die Kinder, sorgen kann. Die Möglichkeit, eine familiäre Rolle zu übernehmen, besonders wenn es sich um die Rolle eines Erziehungsberechtigten handelt, wird dadurch erschwert. (Schulze, 2002)

Kündigungen von Mietverträgen werden häufig unter Vorwänden wie Verdächtigungen von Diebstahl oder Beschwerden der Nachbarn ausgesprochen. Die Suche nach einer neuen Wohnung gestaltet sich nicht weniger problembehaftet.

5.4. Strukturelle Diskriminierung

Trotz der sukzessiven Verbesserung im Gesundheitsbereich berichten psychisch kranke Menschen von mangelnder Qualität psychiatrischer Versorgung. Der Begriff „Drehtür Psychiatrie“ beschreibt die Mängel sehr anschaulich. Nach der Entlassung eines Patienten findet die Nachsorge nur unzureichend statt. Heute befindet sich ein nicht geringer Teil psychisch kranker Menschen sogar ohne festen Wohnsitz auf der Straße oder in Gefängnissen. (Helmchen, 2005)

Viele Patienten sind unzufrieden mit ihrer Behandlung, besonders wenn es um die Medikamentengabe geht, bei der, ohne auf die Patienten einzugehen, eine Standardprozedur durchgeführt wird. Des Weiteren ist die Informations- und Beratungssituation in den psychiatrischen Abteilungen nur ungenügend. Viele Patienten berichten, nicht ernst genommen oder sogar mit Anfragen stets weitergeleitet worden zu sein, ohne eine ausreichende Auskunft über weitere Rehabilitationsmaßnahmen bekommen zu haben. (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005)

Auf der anderen Seite werden psychisch kranken Menschen keine Rechte zugestanden, um sie in diesen Situationen zu unterstützen. Das Rechtssystem sieht für psychisch kranke Menschen keine Rechte vor, was die Situation der Betroffenen auf ökonomischer und wirtschaftlicher Ebene zunehmend erschwert. Aufgrund der Zuschreibung einer nicht vollständigen Mündigkeit aufgrund der Erkrankung wird die

Möglichkeit einer rechtlichen Unterstützung erschwert, beispielsweise bei Anliegen einer Diskriminierung am Arbeitsplatz. (Gutierrez-Lobos, 2002)

5.5. Konsequenzen für die Lebensqualität

Da Stigmatisierung eine große Auswirkung auf das private Leben der Betroffenen hat, soll hier kurz der Einfluss auf die Lebensqualität, als eine der schwersten Folgen der Stigmatisierung, kurz dargestellt werden.

5.5.1. Definition von Lebensqualität

Da die Lebensqualität für jeden Menschen so gut wie möglich sein sollte, hat sie auch einen besonders hohen Stellenwert bei der Klärung und Untersuchung des Phänomens Stigma. (Wancata, 2003)

Lebensqualität bezieht sich aus psychiatrischer Sicht auf zwei Ebenen des menschlichen Befindens, welche zusammen in Verbindung gesetzt werden.

- Die subjektive Lebensqualität („Lebenszufriedenheit“): In einem engeren Sinne bezieht sich die Lebensqualität auf die subjektive Bewertung von verschiedenen Lebensbereichen und –aspekten durch eine Person.
- Die objektive Lebensqualität („Lebensstandard“): Dazu zählen materielle Bedingungen wie Einkommen, Wohnverhältnisse und soziale Netzwerke einer Person. (Gaebel, 2005)

5.5.2. Der Einfluss der Stigmatisierung auf die Lebensqualität

Die Diskriminierung als Folge der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen hat einen starken Einfluss auf die Person selbst, aber auch auf die sozialen Rahmenbedingungen der betroffenen Person. Durch die Diskriminierung kommt es zur Restriktion der Ausübung sozialer Rollen. Eine internationale Studie der WHO beziffert die Quote von Arbeitslosen mit 90 %, welche an einer schweren psychischen Störung leiden. Es fehlt besonders hier an einer sozialen Unterstützung, um den Menschen gezielt helfen zu können. (Harnois & Gabriel, 2000)

Des Weiteren haben diese negativen Erfahrungen der Betroffenen einen negativen Einfluss auf ihren Selbstwert. Hierbei kommt das Verinnerlichen der Erfahrungen zum Tragen, was einen enormen Leidensdruck für die Betroffenen bedeutet. (Corrigan, 2005)

6. Strategien zur Veränderung des Stigmas

Das Stigma und seine Folgen haben einen besonders starken negativen Einfluss auf die Lebensqualität psychisch kranker Menschen. Es konnte nachgewiesen werden, dass falsche Attributionen zu negativen Emotionen und Verhaltensweisen gegenüber dieser Personen führen. (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan & Kubiak, 2003)

Auswirkungen können sich auf sozialer, persönlicher und wirtschaftlicher Ebene manifestieren. Menschen mit psychischen Erkrankungen berichten häufig über solche Erfahrungen und der Hoffnungslosigkeit, der sie sich ausgesetzt fühlen. (Corrigan, Markowitz & Watson, 2004)

Besonders schwere Folgen entstehen bei der Arbeitssuche, Wohnungssuche und bei Rechten von psychisch kranken Menschen. Die rechtliche Benachteiligung führt dazu, dass die benötigte Unterstützung bei Diskriminierungen am Arbeitsplatz versagt bleibt. (Gutierrez- Lobos, 2002)

Aus diesen Gründen wurden Möglichkeiten zur Reduzierung der Stigmatisierung erforscht und erklärt, um die Situation für alle Betroffenen zu verbessern.

Aus der Sozialpsychologie wurden Veränderungsmöglichkeiten, die im Zusammenhang mit Fremdenfeindlichkeit aufgezeigt wurden, übernommen. Es können drei Strategien eingesetzt werden, welche zu einer Reduzierung der aufgrund von Stereotypen auftretenden Stigmatisierung beitragen können.

6.1. Das Wissen über psychische Erkrankungen

Es konnte mehrfach nachgewiesen werden, dass das Ausmaß der Stigmatisierung vom Grad des Wissens über eine psychische Erkrankung abhängt. Je mehr Wissen über eine bestimmte Erkrankung vorhanden ist, desto geringere Ausprägungen von Stereotypen und der daraus folgenden Diskriminierung konnten festgestellt werden. (Werner, 2003)

Des weiteren soll kurz auf die Entwicklung von Anti- Stigma Programmen eingegangen werden, um die Wichtigkeit der Aufklärungsarbeit in Hinblick auf das Wissen und den Einfluss des Wissens auf die Stigmatisierung darzulegen.

Um der Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Menschen in den verschiedenen Ländern entgegenzuwirken, wurde im Weltverband für Psychiatrie (WPA) im Jahre 1996 ein Programm entwickelt, welches effektiv einsetzbar ist. In

Zusammenarbeit mit Betroffenen, Psychiatern, Angehörigen und Medien sowie politischen Organisationen wurde das Ziel gesetzt, die allgemeine Situation der Betroffenen zu verbessern. (WPA 1996; zitiert nach Gaebel, 2005)

Neben der Verbesserung der Behandlung der Betroffenen beruht ein wichtiger Aspekt auf der Aufklärung der Öffentlichkeit. Dazu gehören die Förderung der Kontakte zu den psychisch kranken Menschen sowie eine spezielle Aufklärung von Berufsgruppen, welche einen häufigeren Kontakt mit Betroffenen pflegen. Die Interventionen beziehen sich auf Schulprojekte, Kunstaussstellungen, Informationsveranstaltungen für Berufsgruppen wie Polizisten, Journalisten und Gesundheitspolitiker. Diese Situation stellt die Wichtigkeit des Wissens über psychiatrische Erkrankungen in den Vordergrund. (Werner, 2003)

6.2. Protest gegen Stigmatisierung

Hierbei kommt die Rolle der Medien und des Films stark zum Tragen. Psychisch kranke Menschen, besonders an Schizophrenie Erkrankte, werden in Filmen oft als unberechenbare Mörder oder Gewalttäter dargestellt. (Baumann, Zaeske & Gaebel, 2003) Diese Darstellung psychisch kranker Menschen verstärkt die Stereotypen in der Bevölkerung über die Betroffenen. (Corrigan, et. al., 2002) Bei realen Kontakten im Alltag spiegeln sich diese Erfahrungen im Film dadurch, dass eine größere Distanz gegenüber diesen Menschen nachweisbar wird. Ein Beispiel wäre der Film „Das weiße Rauschen“, welcher einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Sicht gegenüber psychisch kranken Menschen hatte. (Pupato, 2002)

Somit ergibt sich ein Ansatz der Reduzierung des Stigmas, durch eine positivere Darstellung von Betroffenen in Medien, im Film und öffentlichen Plakaten.

6.3. Kontakt zu psychisch kranken Menschen

Die Annahmen sind dahingehend, dass der fehlende Kontakt zu den resistenten und falschen Meinungen und Einstellungen gegenüber psychisch kranker Menschen führt. Diese Ansicht wird in Anti-Stigma-Programmen dahingehend umgesetzt, dass der Kontakt mit Patienten in psychiatrischen Stationen gezielt organisiert wird. Durch das begleitete Führen und die Kontaktaufnahme zu den Patienten durch eine ausgebildete Person könnte eine Änderung von Einstellungen gegenüber diesen Patienten erreicht werden. (Schöny, 2002)

6.4. Effekte der drei Strategien

Untersucht wurden die Effekte dieser drei Strategien in der Studie von Corrigan, et. al. (2002) anhand von Darstellungen von psychisch kranken Menschen in einem Film. Gemessen wurden die Ausprägungen der Stigmatisierung, bevor und nachdem eine Strategie angewandt wurde.

Wissen und Protest wurde anhand von geführten Diskussionen und Aufklärungen umgesetzt. Die vermeintlich falschen Vorstellungen über psychisch kranke Menschen wurden direkt erfragt und diskutiert. Durch die Leitung eines ausgebildeten Personals wurde versucht, die Vorstellungen zu ändern und vermehrt Informationen zu geben. Kontakt wurde durch die Präsentation einer Fallgeschichte eines psychisch kranken Menschen hergestellt. Dieser berichtete über sein Leben mit der Erkrankung und die Folgen, mit welchen er zu leben hatte. (Corrigan, et. al., 2002)

Ergebnisse konnten zeigen, dass Kontakt den größten Effekt auf die Veränderung von Einstellungen und Meinungen hat. Gefolgt von Wissensvermittlung, welche ebenfalls eine deutliche Verbesserung von falschen Attributionen aufzeigen konnte. Im Vergleich führte der Protest nur bedingt zu einer Verbesserung der Zuschreibung von Einstellungen und Meinungen. (Corrigan, et. al., 2002)

7. Die Demenz

Die Demenzerkrankung ist eine psychiatrische Störung, welche im Alter auftritt und zu einer enormen Verschlechterung kognitiver Leistungsfähigkeit führt. Der Alterungsprozess bewirkt neben der Verringerung körperlicher Leistungsfähigkeit, wie körperliches Gebrechen, auch die Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit. Der Begriff des kognitiven Alterns bezieht sich auf die Gesamtheit der Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit im Alter. (Beyreuther, 2002)

Neben der Verringerung wird von der Forschung auch auf eine Verbesserung der kognitiven Funktionen hingewiesen. Dabei handelt es sich um Wissenserwerb, Zunahme lebenspraktischer Erfahrungen und die Fortsetzung der Plastizität des Gehirns. (Staudinger et. al., 2002)

Ein Nachlassen der kognitiven Fähigkeiten im Alter wird als pathologisch aufgefasst, wenn es zu einer Beeinträchtigung der selbstständigen Lebensführung kommt. Der Patient wird als dement diagnostiziert. (Beyreuther, 2002)

7.1. Diagnostische Leitlinien der Demenz nach ICD-10

Das dementielle Syndrom verläuft gewöhnlich chronisch oder fortschreitend unter der Beeinträchtigung vieler kortikaler Funktionen. Diese kognitiven Beeinträchtigungen sind meist begleitet von einer Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation. Bei der Einschätzung, ob eine Demenz vorliegt, sind besonders falsche Zuordnungen zu vermeiden. So kann die der Demenz öfters vorangehende emotionale Beeinträchtigung als Depression angesehen werden. (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005)

Es kommt zu einer deutlichen Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit und gewöhnlich zur Beeinträchtigung in den persönlichen Aktivitäten des alltäglichen Lebens wie Waschen, Ankleiden oder Kochen.

Nach dem ICD- 10 müssen folgende Voraussetzungen für eine Diagnose der Demenz erfüllt sein:

1. Abnahme von Merkfähigkeit/Gedächtnis sowie der intellektuellen Leistungsfähigkeit (Denkvermögen, Fähigkeit zu vernünftigen Urteilen) in einem Ausmaß, das die Alltagsaktivitäten deutlich beeinträchtigt
2. Dauer der Symptomatik mindestens 6 Monate
3. Klarheit des Bewusstseins (zur Abgrenzung zum Delir)

Als Untersuchungsinventar hat sich der „Mini Mental Status“ nach Folstein 1975 (MMSE) durchgesetzt. Abgefragt werden Items zur Orientierung, Rechnen, Schreiben & Lesen, Handlungsgedächtnis, Merkfähigkeit, verbales Gedächtnis, Wortfindung, Nachsprechen und visuokonstruktive Fähigkeit.

Der maximal erreichbare Wert liegt bei 30. Unter 24 Punkten spricht man bereits von Demenz, wobei bei zwischen 10- 20 Punkten von mäßiger Demenz und unter 10 von einer schweren Demenz gesprochen wird.

Aufsteigend nach dem Schweregrad können drei Dimensionen der Demenz unterschieden werden:

- Leichte Demenz: die Fähigkeit alleine zu leben, ohne dabei zu verwahrlosen, ist gegeben
- Mäßige Demenz: die erkrankte Person braucht zeitlich begrenzte Hilfestellungen, um den Alltag zu meistern

- Schwere Demenz: hierbei handelt es sich um pflegebedürftige Menschen, die rund um die Uhr Hilfe benötigen (Lenz & Küfferle, 2002)

7.2. Die Alzheimer- Demenz

Es können zahlreiche Formen der Demenz angeführt werden. Als Beispiele sollen hier nur kurz die Pick-Krankheit-Demenz, Demenz bei Chorea Huntington oder die Demenz im Zusammenhang mit der Creutzfeldt- Jakob- Krankheit genannt werden. Im Folgenden soll die Alzheimer-Demenz als die häufigste Form der Demenz beschrieben werden.

Bei der Alzheimer-Demenz handelt es sich um eine degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie. Der Beginn ist schleichend, die Krankheit entwickelt sich für gewöhnlich über Jahre hinweg. Der Beginn ist im mittleren Erwachsenenalter anzusiedeln, jedoch steigt die Wahrscheinlichkeit, eine Demenz zu entwickeln mit steigendem Lebensalter. (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005)

Stadien der Alzheimer Demenz nach Reisberg:

1. Unauffällig
2. Gedächtnisstörung („mild cognitive impairment“)
3. Beginnende Konfusionsphase (hier kommen erste Kriterien zur Diagnose einer Demenz zu tragen)
4. Ausgeprägte Konfusionsphase (die Person wirkt zunehmend desorientierter in ihrem Alltag)
5. Turbulenzphase (hier kommt es zu auffälligen Verhaltensweisen, welche unnatürlich und unangepasst sind)
6. Schwere Demenz (die Person kann nicht mehr für sich selbst sorgen und wird pflegebedürftig)
7. Terminale Phase (es kann zu Sprachverlust, völliger Unansprechbarkeit oder Bettlägrigkeit kommen) (Reisberg, 2006)

7.3. Epidemiologie und Prävalenz der Demenz

20 % der Österreicher sind über 65 Jahre alt. Des Weiteren muss man mit einer Zunahme der älteren Bevölkerung rechnen, sodass vom Jahre 2000, in welchem 500.000 Österreicher über 75 Jahre alt waren, bis ins Jahr 2030 die Zahl der älteren Menschen auf 700.000 steigen wird. Im Jahr 2000 wurden 100.000 Pflegefälle registriert und man rechnet mit einer Verdopplung bis in das Jahr 2030. (Wancata &

Kaiser, 2008) Die erhöhte Lebensdauer birgt Gefahren in Hinblick auf die Wirtschaft, verbunden mit der sinkenden Geburtenrate, aber auch die steigende Zahl der Erkrankungen im höheren Alter. Untersuchungen zeigen, dass es mit zunehmendem Alter zu einer exponentiellen Zunahme der Alzheimer-Demenz kommt. (Wancata, 2008)

Ca. 3 % aller Menschen im Alter von 65-69 Jahren sind pflegebedürftig und nur ca. 2 % leiden an einer Demenz. Jedoch steigen diese Zahlen auch mit zunehmendem Alter, sodass über 30 % der 85- 89- jährigen pflegebedürftig sind und über 20 % der 85-89 - jährigen Menschen an Demenz leiden. Dieser Anstieg der Prävalenz-Rate gibt einen ersten Eindruck darüber, welche Gefahren die stets zunehmende Lebensdauer mit sich bringt. (Wancata, Winkler, Topitz & Kutschelnigg, 2008)

Die häufigste Form der Demenz ist die Alzheimer-Demenz, darauf folgt die Lewy-Körperchen-Demenz. 60 % der Menschen im Alter von 80 Jahren leiden an der Alzheimer-Demenz. Im Vergleich dazu leiden 15 % an der Lewy- Körperchen Demenz. Die restlichen 25 % teilen sich in Vaskuläre Demenz, eine Mischform der Demenz und anderen Demenzformen. (Wancata, 2008)

7.4. Interventionen der Diagnose einer Demenz

Sowohl für Betroffene als auch für die Angehörigen ist eine psychosoziale Therapieplanung von großer Bedeutung. Neben medikamentöser Therapie ist besonders die Pflege in der eigenen Familie von großer Wichtigkeit für die Erkrankten. Um die Belastung der Angehörigen zu mindern, werden Selbsthilfegruppen angeboten. (Wancata & Kaiser, 2008)

Es existiert zur Zeit keine Therapie, welche das Fortschreiten der Demenz- Erkrankung vollständig beheben könnte. Medikamentöse Therapien sind in der Lage, kognitive Leistungsminderungen zu verzögern. So können Cholinesterasehemmer zur Behandlung der kognitiven Leistungsminderung angewendet werden. (Lenz & Küfferle, 2005)

Neben den kognitiven Einbußen leiden die Betroffenen auch an psychopathologischen Phänomenen der Wahrnehmung und des Verhaltens. Am häufigsten tritt bei Beginn einer Demenz eine depressive Symptomatik auf, welche Schlafstörungen, Ängstlichkeit oder herabgesetzte Psychomotorik aufweist. Oft kann aggressives Verhalten der Betroffenen beobachtet werden. Besonders hierfür ist eine Entlastung der Angehörigen

durch Gespräche mit Ärzten oder anderen Angehörigen von großer Bedeutung. (Wancata, 2003)

Aufgrund der Schwere der Behandlung und Hilfestellung für an Demenz erkrankte Menschen kann eine andauernde Pflege in der Familie nicht gewährleistet werden. Spezielle Heime, welche auf die Bedürfnisse solcher Patienten eingestellt sind, können als Alternative zur Pflege zu Hause in Betracht gezogen werden. (Wancata & Kaiser, 2008)

8. Stigma und die Demenz

Stigmatisierung und Diskriminierung gegenüber psychisch kranken Menschen, werden seit Jahren erforscht und untersucht. Es konnte wiederholt nachgewiesen werden, dass die Einstellungen der Bevölkerung gegenüber Personen mit psychischen Erkrankungen negativ ausfielen. (Wancata, 2002)

Zahlreiche Studien untersuchten die Vorurteile, negative Attributionen und Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch kranken Menschen. Sowohl negative Attributionen wie Aggressionen und Unberechenbarkeit als auch das Verhalten gegenüber solchen Menschen wie soziale Distanz traten vermehrt auf. (Corrigan, Edwards, Green, Diwan & Penn, 2001)

Die heutige Situation ändert sich jedoch dahingehend, dass die Sterblichkeitsrate der über 60-jährigen zurückgegangen ist, sodass der Anteil der älteren Bevölkerung stetig steigt. Es wird sogar ein stärkerer Anstieg des Anteils der älteren Menschen an der Bevölkerung in den westlichen Industrieländern prognostiziert. (Wancata & Kaiser, 2008)

Verbunden damit ändert sich auch das Spektrum psychisch kranker Menschen, sodass vermehrt mit Erkrankungen der Demenz und Erkrankungen aus anderen Formenkreisen wie der Depression oder Angststörungen bei älteren Menschen gerechnet werden muss. (Wancata, 2003)

In vergangener Zeit standen besonders Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis im Mittelpunkt der Stigma-Forschung. Unzählige Studien untersuchten die Effekte der Schizophrenie auf Einstellungen, Meinungen und Verhalten der Bevölkerung. (Angermeyer & Matschinger, 2004)

Allgemeinbevölkerungsstudien über Einstellungen der Bevölkerung gegenüber der Demenz zeigen jedoch, dass Menschen mit dieser psychischen Erkrankung als gefährlich und unberechenbar eingeschätzt werden. (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000)

Angehörige von dementen Menschen berichteten vermehrt darüber, dass sie mit negativen Erfahrungen zu kämpfen hatten. Sie wurden damit konfrontiert, dass andere Personen ihre kranken Angehörigen nicht ernst nahmen, sie ohne Respekt behandelten und ihnen abwertend entgegentraten. (Wancata, et. al., 1998)

Somit stellt sich die Frage, ob in diesem Bereich nicht Aspekte wie mangelndes Wissen und Vorurteile zu tragen kommen, welche als Schwerpunkt in der Stigma-Forschung angelegt werden müssen.

8.1. Ansicht der Bevölkerung über Demenz

Im Folgenden wird die Demenz aus Sicht der Bevölkerung beschrieben um einen ersten Eindruck über die Situation der Betroffenen in der Bevölkerung darzulegen.

8.1.1. Das Altersstereotyp

Wie andere psychische Störungen unterliegt auch die Demenz einem Altersstereotypen. Für die Öffentlichkeit bedeutet Altern häufig Verfall, Abbau, Depression, Demenz und andere Krankheiten, welche mit dem Altern verbunden werden. (Wancata, 2003)

Menschen, die an Demenz erkranken, werden oft depersonalisiert, da durch den kognitiven Abbau auch die Kommunikation mit der Umwelt reduziert ist. Der Erkrankte wird als zunehmend inkompetent und belastend empfunden. Durch ihr hohes Alter verlieren demente Menschen die Verbindung zum aktiven Leben und werden zunehmend auch von der Gesellschaft eher als Belastung gesehen. (Benbow & Reynolds, 2000)

Bereits frühe Untersuchungen konnten nachweisen, dass sich Personen, welche als dement diagnostiziert wurden, abwertend und nicht ernst genommen fühlten. Die größten Ängste der Betroffenen bezogen sich darauf, dass sie befürchteten, aufgrund ihrer Erkrankung aus der Gesellschaft ausgeschlossen zu werden. (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000)

Somit unterliegt auch Demenz als psychische Erkrankung der Stigmatisierung und Diskriminierung durch die Bevölkerung. Jedoch haben die älteren Menschen mit weiteren Belastungen zu kämpfen, da es nicht nur um Folgen der Diskriminierung aufgrund ihrer psychischen Erkrankung geht, sondern die Einstellung der Bevölkerung gegenüber älteren Menschen an sich schon negativ vorbelastet sind. (Wancata, 2003)

Somit bedarf es besonders in diesem Bereich einer raschen und effektiven Verbesserung der Lebensumstände für ältere Menschen. Denn auch sie haben ein Recht auf eine hohe Lebensqualität.

8.1.2. Wissen über die Demenz

Es konnte nachgewiesen werden, dass ein breites Wissen in der Bevölkerung über die Demenz, besonders über die ersten Anzeichen der Erkrankung, zu einer schnelleren Diagnose, einem besseren Umgang im Anfangsstadium und einer besseren Intervention führt. Des Weiteren korrelierte breiteres Wissen mit vermehrtem prosozialem Verhalten gegenüber dementen Personen. (Gupta & Thomas, 2002)

Darüber hinaus bedingt ein breiteres Wissen über Demenz eine Auseinandersetzung mit der eigenen Person. Hierbei handelt es sich um die angenommene Wahrscheinlichkeit, selber einmal an Demenz zu erkranken. Dies wiederum führt zu einer vermehrten Informationssuche und Aneignung weiteren Wissens. (Conner & Norman, 1998)

Eine weitere Studie (Werner & Davidson, 2004) erbrachte das Ergebnis, dass das Wissen der Bevölkerung über Demenz verbesserungswürdig ist. Anhand einer Vignette, welche eine Person im fortgeschrittenen Stadium einer Demenz beschreibt, sollten die befragten Personen angeben, um welche Erkrankung es sich handeln könnte. Nur rund 32 % der Personen konnten die Person in der Vignette als einen an Alzheimer Erkrankten erkennen. 6 % beschrieben die Person als an kognitiven Störungen leidend. Weitere 13 % nannten Gedächtnisstörungen oder Probleme der Orientierung als Ursache für sein Verhalten. 23,6 % nannten andere Probleme, wie zum Beispiel Probleme mit seinem Sohn, als Ursache für sein Verhalten. (Werner & Davidson, 2004)

8.1.3. Emotionale Reaktionen

Untersuchungen konnten zeigen, dass Frauen gegenüber einer an Demenz erkrankten Person eher prosoziale Gefühle zeigten als Männer. Eine Erklärung für diese

Ergebnisse weist auf die Rollenspezifität von Männern und Frauen hin. Die weibliche Rolle in der Gesellschaft gilt als fürsorglicher als die männliche Rolle, was als Indikator für das vermehrte prosoziale Verhalten gegenüber Menschen mit Demenz gesehen werden kann. (Werner & Davidson, 2004)

Des Weiteren ist zu beobachten, dass prosoziales Verhalten steigt, wenn die angenommene Wahrscheinlichkeit, selbst an Demenz zu erkranken, höher ist. Verbunden mit den Gedanken an eine mögliche Erkrankung und die Folgen kommt es zu Stress, der wiederum zu erhöhter Ängstlichkeit und sozialer Distanz führt. (Werner & Davidson, 2004)

Aufgrund der erhöhten Stress-Reaktion und Ängstlichkeit entwickelt sich ein Vermeidungsverhalten gegenüber dementen Personen. Die soziale Distanz bei bekannter dementer Erkrankung wird größer, da man automatisch versucht, einer angstausslösenden Situation aus dem Weg zu gehen. Die Leidtragenden sind jedoch die dementen Personen, die dieses Vermeidungsverhalten nicht verstehen können und nur das reale Verhalten ihnen gegenüber sehen. Dies führt zur emotionalen Belastung, welcher die meisten psychisch kranken Menschen ausgesetzt sind. (Benyamini, McClain & Leventhal, 2003)

II Empirie Teil

9. Zielsetzung der Untersuchung und Fragestellungen

Das Ziel dieser Studie ist die Untersuchung der Einstellungen und Meinungen der Bevölkerung gegenüber Menschen mit psychiatrischen Diagnosen. Hierbei wurden Rechte, Emotionen und soziale Distanzen gegenüber Menschen mit Alzheimer-Demenz untersucht. Anhand einer Vignette „Ältere Menschen“, welche eine Fallbeschreibung ohne Nennung der Diagnose Alzheimer und einem Fallbeispiel „Menschen mit Alzheimer- Demenz“, welches die selbige Beschreibung des Zustandes einer Person beinhaltet, aber die Diagnose Alzheimer gestellt wird, sollen mögliche Folgen in der Zuschreibung von Rechten, Emotionen und dem Grad der sozialen Distanz näher betrachtet werden.

In einem weiteren Schritt fließt der Grad des Wissens über Alzheimer-Demenz in die Untersuchung mit ein. Anhand des individuellen Wissens sollen Unterschiede in den oben bereits genannten Dimensionen erhoben werden.

Auf beide Hauptpunkte soll nun im Folgenden näher eingegangen werden.

Viele Untersuchungen konnten den Nachweis erbringen, dass Menschen aufgrund ihrer psychiatrischen Diagnose an Prozessen der Stigmatisierung und den daraus resultierenden Folgen der Diskriminierung zu leiden haben. (Corrigan, 2005) Aufgrund von Stereotypen wird Menschen, welche an einer psychiatrischen Erkrankung leiden, vermehrte Aggressivität oder Unzurechnungsfähig attribuiert. (Corrigan, Edwards, Green, Diwan & Penn, 2001) Da es sich um einen unbewussten Vorgang handelt, werden diese Attributionen nicht hinterfragt. Die Folgen dieser Attribution lassen sich in verringerten Rechten, welche den Betroffenen zugesprochen werden, nachweisen.

Die folgenden explorativen Fragestellungen beziehen sich immer auf den Vergleich zwischen der Vignette ohne Nennung einer Diagnose und dem Fallbeispiel, in welchem die Diagnose Alzheimer-Demenz gestellt wurde.

Die explorative Hauptfragestellung in Bezug auf die Rechte lautet:

- Gibt es Unterschiede in den zugesprochenen Rechten zwischen den beiden Fragebogenversionen?

Ein nächster wichtiger Aspekt in der Stigmatisierung psychisch Kranker ist die zunehmende soziale Distanz gegenüber betroffenen Menschen. Nachweislich gilt die Gruppe der an Demenz erkrankten Menschen als eine der Stigmatisierung ausgesetzte Gruppe. Studien konnten nachweisen, dass die negativen Attributionen gegenüber Betroffenen einen Einfluss auf die soziale Distanz haben. Soziale Distanz ist eine der meist anzutreffenden Folgen der Stigmatisierung, welche Isolation, Depersonalisierung und Ausgrenzung zur Folge hat. (Corrigan, 2005)

Somit wird eine weitere explorative Fragestellung formuliert, um diese Komponente zu untersuchen:

- Gibt es einen Unterschied in der sozialen Distanz?

Als nächsten wichtigen Aspekt bei der Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen sind die Emotionen zu nennen, welche durch ihre direkte oder indirekte Anwesenheit ausgelöst werden. Des Weiteren soll die Frage nach der attribuierten Gefährlichkeit und Eigenverantwortlichkeit untersucht werden.

Es ergeben sich folgende explorative Fragestellungen:

- Gibt es Unterschiede in den ausgelösten Emotionen?
- Gibt es Unterschiede in der attribuierten Gefährlichkeit?
- Gibt es Unterschiede in Hinblick auf das Ausmaß der Selbstverschuldung an der Situation?

Wie bereits erwähnt, wird vermehrt auf den Einfluss des Wissens über psychiatrische Erkrankungen hingewiesen. (Corrigan, 2001) Vermehrtes Wissen über eine spezielle Erkrankung vermindert soziale Distanz und erhöht den Grad zugeschriebener Rechte. Aufgrund dessen wurde das Wissen über die Demenz-Erkrankung erfasst und in die Untersuchung miteingebunden.

Folgende explorative Fragestellungen in Bezug auf den Grad des Wissens über Demenz wurden untersucht:

- Hat der Grad des Wissens einen Einfluss auf die zugeschriebenen Rechte?
- Hat der Grad des Wissens einen Einfluss auf die Emotionen?
- Hat der Grad des Wissens einen Einfluss auf die soziale Distanz?
- Hat der Grad des Wissens einen Einfluss auf die zugeschriebene Gefährlichkeit?

Neben dem Fragebogen zu den Rechten, Emotionen und der sozialen Distanz, welcher in der Version als Vignette ohne Diagnose und in der Version als Fallbeispiel mit einer Diagnose vorgegeben wurde, wird der Grad des Wissens mittels eines speziell dafür entworfenen Wissensfragebogens mit erfasst.

10. Hypothesen

In Bezug auf die genannten explorativen Fragestellungen in Kapitel 11 wurden spezifische Hypothesen verfasst, um den Bereich der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen in Hinblick auf die Diagnose Alzheimer-Demenz näher zu untersuchen.

Aufgrund der genannten Folgen in Hinblick auf strukturelle Diskriminierung (Corrigan, 2005) wurden folgende Hypothesen zu den Rechten, welche einer psychisch kranken Person zugeschrieben werden, verfasst. Diese beziehen sich auf den Vergleich der Person, welche die gleiche Symptomatik aufweist, sich aber in Hinblick auf das Vorhandensein einer Diagnose unterscheidet, sodass mögliche Unterschiede auf den Einfluss des Vorhandenseins einer psychiatrischen Diagnose zurückzuführen sind. Diese Hypothesen werden anhand von bereits zu diesem Thema durchgeführten Studien gerichtet formuliert und getestet.

- H1a: Der Person in der Vignette „Ältere Menschen“ ohne Nennung der Diagnose Alzheimer werden mehr Rechte zugesprochen, als im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz.
- H1b: Der Person in der Vignette „Ältere Menschen“ ohne Nennung der Diagnose Alzheimer werden mehr Rechte als mündiger Bürger zugesprochen, als im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz.
- H1c: Der Person in der Vignette ohne Nennung der Diagnose Alzheimer werden mehr Rechte mit hoher Eigenverantwortung zugesprochen, als im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz.
- H1d: Der Person in der Vignette ohne Nennung der Diagnose Alzheimer werden mehr Rechte auf Privatsphäre und Information zugesprochen, als im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz.

- H1e: Der Person in der Vignette ohne Nennung der Diagnose Alzheimer werden mehr Rechte auf selbstständiges Leben zugesprochen, als im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz.
- H1f: Der Person in der Vignette ohne Nennung der Diagnose Alzheimer werden weniger Entscheidungsübernahme durch signifikant Andere zugesprochen, als im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz.

Bezüglich der sozialen Distanz gegenüber psychisch kranken Menschen mit einer Diagnose wurde folgende Hypothese abgeleitet:

- H2a: Die soziale Distanz ist gegenüber der Person, welche in der Vignette ohne Nennung der Diagnose beschrieben wurde, geringer, als bei dem Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer.

Anhand der Attribution einer erhöhten Gefährlichkeit, welche von einer psychisch kranken Person vermeintlich ausgeht, wurde durch folgende Hypothese aufgestellt:

- H3a: Der Person in der Vignette ohne Nennung der Diagnose Alzheimer wird ein geringerer Grad an Gefährlichkeit attribuiert, als im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz.

Um den Unterschied in der Attribution einer Selbstverschuldung an der Situation zu erfassen, wurde folgende Hypothese untersucht:

- H4a: Es gibt einen Unterschied zwischen der Person in der Vignette ohne Nennung der Diagnose Alzheimer und der Person mit Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz im Ausmaß der Attributierung einer Selbstverschuldung an der Situation.

In Hinblick auf mögliche Unterschiede in den durch die Person ausgelösten Emotionen wurden durch folgende Hypothesen untersucht:

- H5a: Bei der Person in der Vignette ohne Nennung der Diagnose Alzheimer werden mehr „prosoziale Emotionen“ geäußert, als im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz.
- H5b: Bei der Person in der Vignette ohne Nennung der Diagnose Alzheimer werden weniger „ablehnende Emotionen“ geäußert, als im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz.

- H5c: Bei der Person in der Vignette ohne Nennung der Diagnose Alzheimer werden weniger „unangenehme Emotionen“ geäußert, als im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz.
- H5d: Bei der Person in der Vignette ohne Nennung der Diagnose Alzheimer werden mehr „ängstliche Emotionen“ geäußert, als im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz.

Neben der Untersuchung der Folgen einer Diskriminierung psychisch kranker Menschen wurde in der Untersuchung auch auf den Einfluss des Wissens eingegangen. Untersucht werden soll, ob ein vermehrtes Wissen zu der Reduzierung von sozialer Distanz, negativen Emotionen und der Erhöhung der zugeschriebenen Rechte führt. Des Weiteren wurde untersucht, ob es hierbei einen Unterschied zwischen der Vignette und dem Fallbeispiel gibt. Aufgrund der Ergebnisse in Hinblick auf den positiven Einfluss des Wissens werden folgende Hypothesen gerichtet formuliert und getestet.

Der Einfluss des Wissens auf die zugesprochenen Rechte wurde durch folgende Hypothesen geprüft:

- H6a: Mit zunehmendem Wissen werden der Person in der Vignette ohne Nennung der Diagnose Alzheimer mehr Rechte zugesprochen, als im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer- Demenz.
- H6b: Mit zunehmendem Wissen wird der Person in der Vignette ohne Nennung der Diagnose Alzheimer mehr Rechte als mündiger Bürger zugesprochen, als im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz.
- H6c: Mit zunehmendem Wissen werden der Person in der Vignette ohne Nennung der Diagnose Alzheimer mehr Rechte mit hoher Eigenverantwortung zugesprochen, als im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz.
- H6d: Mit zunehmendem Wissen werden der Person in der Vignette ohne Nennung der Diagnose Alzheimer mehr Rechte auf Privatsphäre und Information zugesprochen, als im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz.

- H6e: Mit zunehmendem Wissen werden der Person in der Vignette ohne Nennung der Diagnose Alzheimer mehr Rechte auf selbstständiges Leben zugesprochen, als im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz.

Der Einfluss des Wissens auf die soziale Distanz wurde durch folgende Hypothese geprüft:

- H7a: Mit zunehmendem Wissen nimmt der Grad der sozialen Distanz ab.

Der Einfluss des Wissens auf die Emotionen wurde durch folgende Hypothesen geprüft:

- H8a: Das Wissen hat einen Einfluss auf die Skala der Emotionen „prosoziale Gefühle“.
- H8b: Das Wissen hat einen Einfluss auf die Skala der Emotionen „Gefühle der Ablehnung“.
- H8c: Das Wissen hat einen Einfluss auf die Skala der Emotionen „unangenehme Gefühle“.

Um den Einfluss des Wissens auf die Variable „Attribution“ zu erfassen, wurde folgende Hypothese aufgestellt:

- H9a: Das Wissen hat einen Einfluss auf die Attribution der Selbstverschuldung in Hinblick auf die Situation im Fragebogen.

Um den Einfluss des Wissens auf die Variable „Gefährlichkeit“ zu erfassen, wurde folgende Hypothese aufgestellt:

- H9a: Das Wissen verringert den Grad der angenommenen Gefährlichkeit gegenüber der Person im Fragebogen.

Um mögliche Wechselwirkungen zu erfassen, wurde der Faktor der Fragebogenversionen „Ältere Menschen“ und „Menschen mit Alzheimer“ gleichzeitig mit dem Faktor „Wissen“ untersucht. Die Fragebogenversionen und die drei Wissensgruppen wurden auf Wechselwirkung in Hinblick auf Rechte, Emotionen, Attribution, Gefährlichkeit und soziale Distanz untersucht.

- H10a: Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den beiden Fragebogenversionen und dem Wissen in Hinblick auf die Rechte.
- H10b: Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den beiden Fragebogenversionen und dem Wissen in Hinblick auf die Rechte als mündiger Bürger.
- H10c: Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den beiden Fragebogenversionen und dem Wissen in Hinblick auf die Rechte mit hoher Eigenverantwortung.
- H10d: Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den beiden Fragebogenversionen und dem Wissen in Hinblick auf die Rechte auf Privatsphäre und Information.
- H10e: Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den beiden Fragebogenversionen und dem Wissen in Hinblick auf die Rechte auf selbstständiges Leben.
- H10f: Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den beiden Fragebogenversionen und dem Wissen in Hinblick auf die Emotionen „prosoziale Gefühle“.
- H10g: Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den beiden Fragebogenversionen und dem Wissen in Hinblick auf die Emotionen „Gefühle der Ablehnung“.
- H10h: Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den beiden Fragebogenversionen und dem Wissen in Hinblick auf die Emotionen „unangenehme Gefühle“.
- H10i: Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den beiden Fragebogenversionen und dem Wissen in Hinblick auf die soziale Distanz.
- H10j: Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den beiden Fragebogenversionen und dem Wissen in Hinblick auf die attributierte Gefährlichkeit.

- H10k: Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den beiden Fragebogenversionen und dem Wissen in Hinblick auf die attributierte Selbstverschuldung an der Situation.

Um den Einfluss des Geschlechtes auf die Zuschreibung von Rechten, den Emotionen und sozialer Distanz zu untersuchen, wurden folgende Hypothesen aufgestellt. Anhand von eingeschränkten vorangegangenen Untersuchungen zu diesem spezifischen Thema wurden die Hypothesen ungerichtet formuliert und getestet.

- H11a: Es gibt einen Unterschied bezüglich der Rechte, die der Person im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose einer Demenz und der Person in der Vignette ohne der Nennung einer Demenz zugesprochen wurde, abhängig vom Geschlecht der Befragten.
- 11b: Es gibt einen Unterschied bezüglich der Emotionen, welche durch die Person im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose einer Demenz und der Person in der Vignette ohne der Nennung einer Demenz zugesprochen wurde, abhängig vom Geschlecht der Befragten, ausgelöst wurden.
- 11c: Es gibt einen Unterschied bezüglich der sozialen Distanz, durch die Person im Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose einer Demenz und die Person in der Vignette ohne die Nennung einer Demenz zugesprochen wurde, abhängig vom Geschlecht der Befragten.

Des Weiteren wurden mögliche Wechselwirkungen zwischen den Fragebogenversionen und dem Geschlecht untersucht.

- H12a: Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den beiden Fragebogenversionen und dem Geschlecht in Hinblick auf die zugeschriebenen Rechte.
- H12b: Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den beiden Fragebogenversionen und dem Geschlecht in Hinblick auf die Emotionen.
- H12c: Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den beiden Fragebogenversionen und dem Geschlecht in Hinblick auf die soziale Distanz.

11. Durchführung der Untersuchung

Es wurden mittels Fragebogen 190 Personen kontaktiert. Die Rücklaufquote beträgt 70%, sodass sich die endgültige Stichprobengröße auf 131 Personen bezieht. Diese wurden in verschiedenen Bereichen ausgesucht und in die Untersuchung miteinbezogen. Durch die Anwesenheit des Untersuchungsleiters konnten mögliche Unklarheiten oder Fragen direkt und unverzüglich gestellt werden, sodass fehlende Daten nicht auf Unklarheiten in Bezug auf den Fragebogen oder die Untersuchung im Allgemeinen zurückzuführen sind.

Es wurde darauf geachtet einen breiten Rahmen in Hinblick auf Ausbildung, Alter und Beruf zu umreißen, sodass vermieden werden sollte, dass nur eine eingeschränkte Altersgruppe oder ein Bildungsniveau erhoben wird. Der Kontakt wurde für den Bereich „viel Wissen“ an der Medizinischen Universität Wien anhand vom bereits bestehenden Kontakt zum Oberarzt der Station 4B im AKH durch ein dort absolviertes Praktikum aufgebaut. Es wurden sowohl Studenten als auch Lektoren befragt, welche sich zu einem vorher verabredeten Termin im HS im AKH befanden, um an einem Vortrag über „Psychiatrie“ teilzunehmen. Insgesamt konnten so 44 Personen gleichzeitig mit Anwesenheit des Untersuchungsleiters herangezogen werden. Die Bereiche „wenig Wissen“ richteten sich an Personen aus technischen Berufen, wobei auch hier auf eine gleichmäßige Altersverteilung geachtet wurde. Der Kontakt wurde über den nahen Verwandtenkreis (Mutter und Vater) hergestellt. Nach Absprache wurden an zwei Tagen insgesamt 52 Personen mit Anwesenheit des Versuchsleiters befragt. 74 Personen wurden in einem neutralen Umfeld (Wohnhaus, Arbeitsstelle) und durch die Weitergabe des Fragebogens über den Verwandten- und Freundeskreis kontaktiert. Hierbei war die Rücklaufquote sehr niedrig und bezog sich letztlich auf 35 Personen. Die drei Wissensgruppen setzten sich aus den drei befragten Gruppen zusammen. Es fielen sowohl Personen aus der Gruppe im AKH in den durchschnittlichen Bereich, als auch Personen aus der Gruppe der technischen Berufe. Somit wurden rund 33% der Befragten in einem neutralen Umfeld, 33% in sozial entfernten Berufen und 33 % in sozial nahen Berufen befragt. Der Fragebogen wurde individuell ausgefüllt.

Des Weiteren wurde darauf geachtet, dass die Verteilung des Geschlechts annähernd gleich erhoben worden ist. Es wurde keine Altersgrenze gezogen, wodurch sich eine Altersverteilung im mittleren Lebensabschnitt ergab. Es ergaben sich zwei Ausreißer im Alter von über 80 Jahren. Diese wurden berücksichtigt.

Des Weiteren gilt für diese Untersuchung ein 2x3 Untersuchungsdesign für mehrfaktorielle Versuchspläne, mit der weiteren Annahme eines großen Effektes. Anhand dieser Überlegungen ergibt sich eine optimale Stichprobengröße von 66 Personen bzw. bei der Untersuchung des Geschlechtes und den Fragebogenversionen ein 2x2 Design mit 72 Personen.

Der Pilotversuch

Da es zu dieser Zeit keine möglichen Informationsquellen in Bezug auf Auswertung oder Verrechnung des neu konstruierten Wissensfragebogens gibt, wurde ein Pilotversuch mit insgesamt 12 Personen herangezogen. Diese 12 Personen bezogen sich auf einen näheren Bekanntenkreis, sodass das individuelle Wissen bereits im Vorhinein einzuordnen war. Die 12 Personen stammen aus einem sozial sehr nahen Bereich (AKH Wien mit Schwerpunkt Demenz), aus sozial ferneren Berufen (Techniker) und eine zufällig zusammengestellte Gruppe aus 4 Personen, welche angegeben haben, sich mit dem Thema auseinander gesetzt zu haben (z.B. MTA). Die Auswahl der Teilnehmer bezog sich nach einem kurzen Erstgespräch zur genauen Definition und Einordnung in die Gruppen auf die folgende Aufteilung:

- 4 Personen, welche aus sozial nahen Berufen kamen und somit ein breites Wissen in Hinblick auf Demenz aufweisen konnten, wurden zur Gruppe „viel Wissen“ eingeordnet.
- 4 Personen konnten nach einem kurzen Vorgespräch in die Gruppe des durchschnittlichen Wissens eingeteilt werden. Diese verfügten über Wissen, welches aber nicht so ausdifferenziert war, wie das der Gruppe „viel Wissen“.
- Die Gruppe „wenig Wissen“ bezog sich auf 4 Personen, welche über keinen Kontakt und keinerlei Interesse oder Wissen über Demenz verfügten.

Die Auswertung der Ergebnisse dieses Pilotversuches konnte nachweisen, dass der Wissensfragebogen zwischen den drei Gruppen unterscheiden konnte. Während die Gruppe „wenig Wissen“ einen Höchstwert von 4 aufweisen konnte, erlangten die Personen der Gruppe „viel Wissen“ Werte von 10 und 11 Punkten. Die Gruppe „durchschnittliches Wissen“ bewegte sich im Bereich von 6 – 8 Punkten.

Somit wird der Wissensfragebogen zur Differenzierung der Wissensgruppen herangezogen. Da es sich um einen nicht evaluierten Fragebogen handelt, wurden

weitere Berechnungen in Hinblick auf Itemschwierigkeit und Gewichtung durchgeführt. (siehe Kap. 4.2.)

Die Ergebnisse werden in Kapitel 15 genau dargestellt.

12. Untersuchungsinstrumente

12.1. Fragebogen „Menschen mit Alzheimer“

Im Rahmen der Diplomarbeit von Elisabeth-Marie Bourkel wurde ein speziell für diese Fragestellung konzipierter Fragebogen erstellt, mittels welchem die zugeschriebenen Rechte, Emotionen und die soziale Distanz gegenüber Menschen mit Alzheimer-Demenz erhoben werden können. Der Fragebogen beinhaltet neben der Erfassung der allgemeinen Angaben zur Person und den Wahrscheinlichkeiten, selbst an Demenz zu erkranken, Items zu den Bereichen Rechte, Emotionen, soziale Distanz, Attribution und Gefährlichkeit.

Die Angaben zur Person wurden auf einer 3-stufigen Skala (nie, ab und zu, regelmäßig) erfasst. Die Items in den Bereichen Rechte, Emotionen, Attribution, Gefährlichkeit und soziale Distanz wurden auf der 5-stufigen Likert- Skala erfasst.

Der Fragebogen wurde in zwei Versionen vorgelegt. Eine Version beruht auf einem Falleispiel „Menschen mit Alzheimer-Demenz“, in welchem die Symptomatik einer Alzheimer-Demenz beschrieben wird und die psychiatrische Diagnose Alzheimer-Demenz gestellt wird. Die zweite Version „Ältere Menschen“ beruht auf der gleichen Beschreibung der Symptomatik einer Alzheimer-Demenz, gleichzeitig wird aber auf die explizite Stellung einer Diagnose verzichtet. Somit unterschieden sich die zwei Fragebögen bezüglich ihrer Fallbeispiele nur durch die Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz.

Da dieser Fragebogen erstmals in der Diplomarbeit von Elisabeth-Marie Bourkel (2009) erschienen und evaluiert wurden, wurde auch in dieser Diplomarbeit der Fragebogen einer erneuten Evaluation unterzogen.

12.2. Wissensfragebogen

Der Wissensfragebogen zu dem Thema Demenz wurde speziell für diese Diplomarbeit konstruiert. Aufbauend auf bereits bestehenden Wissensfragebögen zur Demenz (Arai, Arai & Zarit, 2008) wurde das Untersuchungsinstrument konstruiert und in einem Pilotversuch vor der Anwendung überprüft.

Es wurden 11 Items im Multiple-Choice-Format vorgegeben, welche verschiedene Bereiche des Wissens über die Demenz erfassen sollen. Die Items beziehen sich auf die Bereiche Epidemiologie, Prävalenz, Symptomatik und Therapie der Demenz, welche sowohl in der Studie von Purandare, Luthra, Swarbrick (2006), als auch in der Studie von Werner (2001) und Pentzek, Fuchs & Abholz (2005) erfasst wurden. Hierbei werden generelle Informationen zum Thema Demenz erhoben. Anlehnend an die Studie von Arai, Arai & Zarit (2008) wurden die Items nach der Augenscheinvalidität konstruiert. Es wurde darauf geachtet, dass die Items das Wissen im spezifischen Bereich der Demenz erfassen. (Ari, Ari & Zarit, 2008)

Item 1 „Welche der folgenden Typen von Demenz kommt am häufigsten vor?“, Item 2 „Welcher der folgenden Risikofaktoren stellt die größte Gefahr dar, an Demenz zu erkranken?“ und Item 10 „Welche Form der Therapie ist die effektivste bei der Demenz?“ geben mehr als drei Antwortmöglichkeiten vor, aus denen aber nur eine Antwort richtig ist.

Die restlichen Items basieren auf den Antwortkategorien Ja/Nein (Ari, Ari & zarit, 2008), wodurch eine Erweiterung der Antwortmöglichkeiten (Ich habe mich damit nicht auseinander gesetzt) auf drei notwendig war, um die Ratewahrscheinlichkeit zu vermindern und die optimale Antwortvorgabe in Multiple-Choice-Format zu erlangen. (Bortz & Döring, 2005)

Der Wissensfragebogen basiert auf den Antwortkategorien richtig oder falsch, sodass für jedes Item nur maximal 1 Punkt bei richtiger Antwort vergeben wird. Somit ergibt sich der Gesamtscore aus den richtigen Antworten pro Item. Da es sich bei diesem Instrument um einen neu konstruierten Fragebogen handelt, wurde dieser weiteren Untersuchungen in Hinblick auf Itemschwierigkeit und Gewichtung, sowie der Bildung der drei Wissensgruppen unterzogen. (Bortz, 2005) Die Ergebnisse werden im folgenden Kapitel dargestellt.

13. Analyse der Fragebögen

In diesem Kapitel wird der Fragebogen „Menschen mit Alzheimer-Demenz“ und der „Wissensfragebogen“ (Kapitel 12) der Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse unterzogen.

13.1. Fragebogen „Menschen mit Alzheimer“

Beginnend wird die Evaluierung mittels Faktorenanalyse und Reliabilitätsanalyse des Fragebogens „Menschen mit Alzheimer“ dargestellt.

13.1.1. Faktorenanalyse

Aufgrund der Tatsache, dass der Fragebogen eigens für die zwei Diplomarbeiten konstruiert wurde, soll eine erneute Evaluierung prüfen, welche Dimensionen gemessen werden.

Die Faktorenanalyse wurde mittels der Hauptkomponentenanalyse durchgeführt, sodass anfängliche Startwerte bei der Kommunalitätsschätzung immer kleiner als 1 vorgegeben waren. Die Dimensionen der ersten Faktorenanalyse wurden anhand des Screeplots, des Kaiser-Kriteriums und aufgrund von inhaltlichen Überlegungen bewertet. Aufgrund dieser Überlegungen wurde die Anzahl der Faktoren genau definiert. Eine weitere Faktorenanalyse, welche nun auf der festgelegten Anzahl an Faktoren beruhte, wurde erneut berechnet.

Anhand der Varimax-Rotation sollte eine genauere Erklärbarkeit der Faktoren erreicht werden. Des Weiteren wurde die Methode ausgewählt, da die Faktoren nicht miteinander korrelieren sollten.

Als Voraussetzungen für die Durchführung einer Faktorenanalyse nennt Field (2005) folgende Annahmen. Zum Ersten wäre ideal, wenn die Stichprobe 300 Versuchspersonen beinhaltet und von diesen jeweils 10-15 Personen pro Variable zugeordnet werden. Wenn die Ladungen pro Faktor oder die Kommunalität niedrig ist, sollte die Stichprobe hinreichend groß sein. Des Weiteren sollten keine Items miteinander korrelieren. Sollte dieser Fall auftreten, müssten diese Items aus der Faktorenanalyse ausgeschlossen werden. Eine Normalverteilung und intervallskalierte Daten wären von Vorteil, da diese Voraussetzungen starken Einfluss auf die Generalisierbarkeit der Ergebnisse haben. (Field, 2005)

Geprüft werden soll auch die Sphärizität, Multikollinearität und Singularität, wo ein Extrem vermieden werden sollte.

Das measure of sampling adequacy (MSA) bzw. das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium (KMO) beruht auf der Überprüfung der Zusammengehörigkeit der Daten und bildet einen Indikator dafür, ob eine Faktorenanalyse sinnvoll ist. Die Werte des KMO können zwischen 0 und 1 liegen, wobei die Beurteilung nach vorgeschriebenen Grenzwerten vorzunehmen ist. Ein KMO ab 0,6 wird als „mittelmäßig“ angesehen, ab 0,7 als „ziemlich gut“, ab 0,8 „verdienstvoll“ und ab 0,9 als „erstaunlich“ beurteilt. Werte unter

diesen Bereichen gelten als „kläglich“ (bis 0,5) und „untragbar“ bei einem Wert unter 0,5.

13.1.2. Analyse des Fragebogenteils „Rechte“

Für die Analyse werden zuerst die Voraussetzungen für die weiteren Berechnungen überprüft und des Weiteren die Faktoren sowie die jeweiligen Reliabilitäten berechnet.

13.1.2.1. Überprüfung der Voraussetzungen

In einem ersten Schritt wurden die Daten der Prüfung unterzogen, ob sie die Voraussetzungen für eine Faktorenanalyse erfüllen. Beginnend wurde überprüft, ob die Items miteinander korrelieren, um zu erfassen, ob die Notwendigkeit einer Korrelation der Daten für die Berechnung einer Faktorenanalyse erfüllt wurde. Es konnte festgestellt werden, dass alle Items miteinander korrelieren.

Ein weiterer Schritt war die Überprüfung der Sinnhaftigkeit einer Faktorenanalyse mittels des KMO Wertes. Dieser lag bei 0,79, was als „ziemlich gut“ zu interpretieren ist. Zusätzlich wurde die Anti-Image-Korrelation berücksichtigt, in welcher die Werte nicht unter 0,5 liegen sollten. Auch hier lagen alle Werte über 0,5.

Die Korrelationsmatrix zeigte einen Wert unter 0,00 an, welcher beweist, dass Multikollinearität vorliegt und somit zwei Items zu hoch korrelieren. Diese zwei Items beziehen sich auf Item 12 „Frau/Herr M. sollte nicht rauchen“ und auf Item 20 „Frau/Herr M. sollte keinen Alkohol trinken“, da sie eine Korrelation von 0,598 aufweisen. Nach inhaltlichen und theoretischen Überlegungen wird das Item 12 verworfen, da aus diesem Item nicht klar hervorgeht, ob sich die Antwort auf den generellen Gesundheitszustand bezieht, welcher jeden Menschen gleich betrifft oder es verbunden mit Alzheimer Demenz anzusehen ist. Somit wird das Item 12 aus der Faktorenanalyse und auch allen weiteren Berechnungen verworfen.

Der Test auf Normalverteilung zeigt keine Verletzung der Voraussetzung an. Da die Signifikanz über $p = 0,05$ liegt und deshalb die Daten als normalverteilt gelten.

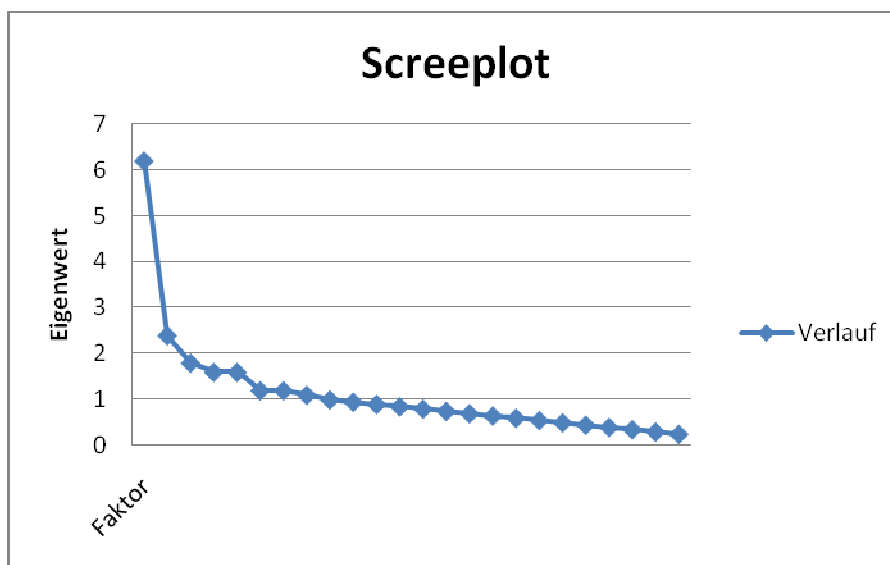
Der Bartlett- Test zeigt keine Signifikanz an, sodass keine Sphärizität vorliegt.

13.1.2.1. Die Faktorenanzahl und Faktoren

Nach erstmaliger Faktorenanalyse nach dem Kaiser-Kriterium (Berechnung nach den Eigenwerten größer 1) wurden acht Faktoren extrahiert. Die Werte der Kommunalität nach der Extraktion lagen unter 0,7, was eine Reduzierung der Faktoren nahe legt. Des Weiteren wurde der Screeplot herangezogen, welcher eine Anzahl von 5 Faktoren zur weiteren Berechnung anzeigte. Da der Knick im Screeplot bei 6 lag, wurden die davor liegenden Faktoren als aussagekräftig angesehen. (Bortz, 2005)

Somit wurden zur besseren Interpretation 5 statt 8 Faktoren herangezogen und erneut mittels Faktorenanalyse mit Varimax- Rotation berechnet.

Abbildung 1 Faktorenanalyse „Fragebogenteil Rechte“



Folgend werden die fünf Faktoren mit ihren dazugehörigen Items und Faktorladungen angeführt. Die Faktoren beziehen sich auf unterschiedliche Bereiche der Rechte.

Faktor 1 (Rechte auf Privatsphäre und Information)

Item 21: Frau M. soll eine Vorausverfügung verfassen können, in der festgehalten wird, welche medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden sollen und welche Person später als Betreuer bestimmt werden soll. (Faktorenladung = .662)

Item 4: Das Pflege- und Betreuungspersonal von Frau M. sollte dafür sorgen, dass ihr Alltag entsprechend ihren Vorstellungen gestaltet werden kann. (Faktorenladung = .611)

Item 7: Frau M. sollte über pflegerische und medizinische Diagnosen und Maßnahmen aufgeklärt werden, zudem sollten mit ihr mögliche Risiken und Alternativen besprochen werden. (Faktorenladung = .605)

Item 13: Die Weltanschauungen, Religionszugehörigkeit und das Ausüben religiöser Handlungen von Frau M. sollten akzeptiert werden, auch wenn dadurch ihre Versorgung komplizierter wird. (Faktorenladung = .477)

Item 25: Die an der Betreuung, Pflege und Behandlung von Frau M. beteiligten Personen sollten Frau M. alle Entscheidungen abnehmen. (Faktorenladung = .436)

Item 14: Frau M. sollte selbst entscheiden können, ob sie nach ihrem Tod ihre Organe spenden möchte. (Faktorenladung = .408)

Item 3: Das Pflegepersonal muss Frau M. nicht erklären, wozu sie ihre Medikamente einnimmt. (Faktorenladung = .301)

Faktor 2 (Rechte auf eine eigenständige Lebensführung)

Item 26: Frau M. sollte ihre Finanzen selbst verwalten. (Faktorenladung = .731)

Item 2: Frau M. sollte sich jederzeit frei bewegen können. (Faktorenladung = .721)

Item 1: Frau M. sollte ein selbständiges Leben führen können, auch wenn dies einige Risiken beinhaltet. (Faktorenladung = .624)

Item 22: An den Regierungswahlen sollte Frau M. teilnehmen, falls sie dies möchte. (Faktorenladung = .512)

Faktor 3 (Rechte als mündiger Bürger)

Item 16: Frau M. sollte nicht in ihre Krankenakte Einsicht nehmen können. (Faktorenladung = .666)

Item 20: Frau M. sollte keinen Alkohol trinken. (Faktorenladung = .577)

Item 19: Auch wenn Frau M. die Pflege durch eine bestimmte Person als unangenehm empfindet, ist es nicht unbedingt notwendig, dass ihr eine andere Person zugewiesen wird. (Faktorenladung = .532)

Item 8: Die Ärzte sollten für Frau M. entscheiden, an welchen medizinischen Maßnahmen sie teilnimmt. (Faktorenladung = .522)

Item 15: Wenn Frau M. das Bedürfnis dazu hätte, sollte sie einen Partner haben dürfen, zu dem sie auch eine sexuelle Beziehung hat. (Faktorenladung = .478)

Item 18: Frau M. bekommt die Möglichkeit, an einer Behandlung teilzunehmen, deren Wirksamkeit und Sicherheit noch nicht wissenschaftlich überprüft sind. Hier sollten der Arzt und die Familie eine Entscheidung für sie treffen, ob sie daran teilnimmt. (Faktorenladung = .403)

Item 24: Frau M. sollte es verboten werden, Auto zu fahren. (Faktorenladung = .401)

Faktor 4 (Rechte mit hoher Eigenverantwortung)

Item 10: Falls künstliche Ernährung bei Frau M. notwendig werden würde, sollte diese auch gegen ihren Willen durchgeführt werden. (Faktorenladung = .724)

Item 5: Die Familie und/oder die Betreuer(innen) von Frau M. sollten entscheiden, wo sie lebt. (Faktorenladung = .618)

Item 23: Der körperliche Zustand von Frau M. hat sich verschlechtert. Wenn bestimmte Maßnahmen nicht durchgeführt werden, könnte sie sterben. Hier sollte Frau M. selbst bestimmen können, in welchem Ausmaß und ob die Behandlung durchgeführt werden soll. (Faktorenladung = .616)

Faktor 5 (Entscheidungsübernahme durch signifikant Andere)

Item 11: Im Pflegeheim sollte jede(r) Betreuer(in) die Briefe von Frau M. ohne ihre Zustimmung lesen können. (Faktorenladung = .784)

Item 9: Wenn Frau M. möchte, sollte sie allein sein dürfen. (Faktorenladung = .599)

Item 17: Frau M. sollte vor Gericht für ihre Taten verantwortlich gemacht werden können. (Faktorenladung = .456)

Item 6: Es muss nicht unbedingt an der Tür von Frau M. geklingelt oder geklopft werden, um ihren Raum betreten zu können. (Faktorenladung = .365)

13.1.2.2. Reliabilität

Für die 5 Faktoren wurden Reliabilitäten mit der Methode der inneren Konsistenz berechnet. Die Tabelle soll eine übersichtliche Darstellung der Cronbach Alphas ergeben.

Tabelle 1 Reliabilität der Faktoren „Rechte“

Faktoren	Cronbach- Alpha
Rechte auf Privatsphäre und Information	0,699
Rechte auf eine eigenständige Lebensführung	0,729
Rechte als mündiger Bürger	0,646
Rechte mit hoher Eigenverantwortung	0,605
Entscheidungsübernahme durch signifikant Andere	0,604

13.1.3. Faktorenanalyse des Fragebogenteils „Emotionen“

Für die Analyse werden zuerst die Voraussetzungen für die weiteren Berechnungen überprüft und des Weiteren die Faktoren sowie die jeweiligen Reliabilitäten berechnet.

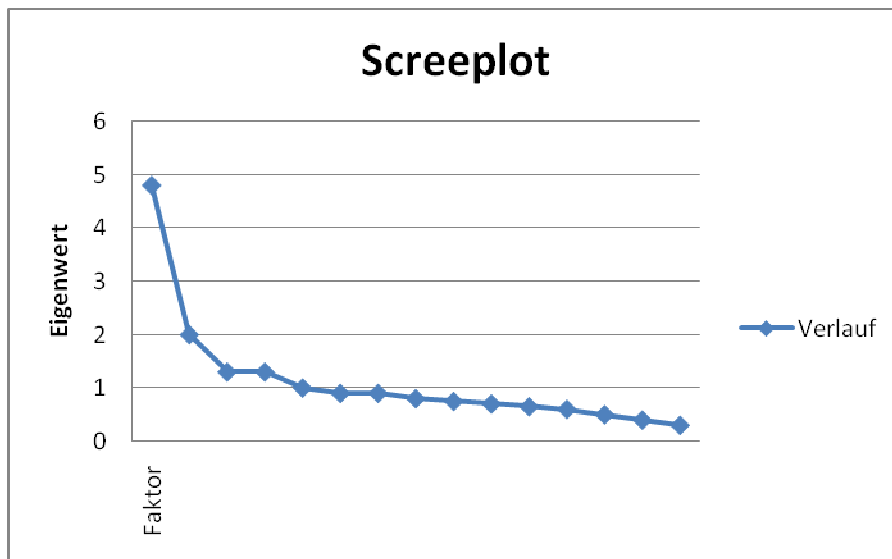
13.1.3.1. Überprüfung der Voraussetzungen

Die Items des Teils „Emotionen“ wurden auf ihre Korrelation überprüft. Es konnte festgestellt werden, dass alle Items miteinander korrelieren, aber keine über einem Wert von $p = 0,5$, sodass keine Multikollinearität vorherrscht.

Die Korrelationsmatrix wies einen Wert größer 0,0001 auf, sodass auch keine Items eine Korrelation größer 0,5 aufweisen.

Der KMO hatte einen Wert von 0,799, welcher angibt, dass die Daten für eine Faktorenanalyse „ziemlich gut“ geeignet sind. Der Bartlett-Test zeigte keine Signifikanz an, sodass keine Sphärizität vorlag.

Abbildung 2 Faktorenanalyse „Emotionen“



13.1.3.2. Die Faktoren

Anhand des Kaiser-Kriteriums und des Screeplots wurden vier Faktoren extrahiert. Die Emotionen werden auf folgende vier Faktoren aufgeteilt.

Faktor 1 „ unangenehme Emotionen“

- Unsicherheit (Faktorenladung = ,741)
- Verlegenheit (Faktorenladung = ,772)
- Ungeduld (Faktorenladung = ,668)
- Unbehagen (Faktorenladung = ,576)

Faktor 2 „ prosoziale Emotionen“

- Mitgefühl (Faktorenladung = ,720)
- Sorge (Faktorenladung= ,663)
- Mitleid (Faktorenladung = ,555)
- Bestürzung (Faktorenladung = ,549)
- Verlangen zu helfen (Faktorenladung = ,408)

Faktor 3 „ Emotionen der Ablehnung“

- Spott (Faktorenladung= ,778)
- Verärgerung (Faktorenladung= ,773)
- Ablehnung (Faktorenladung= ,690)
- Wut (Faktorenladung= ,626)

- Ekel (Faktorenladung= ,476)

Faktor 4 „ängstliche Emotionen“

- Angst (Faktorladung= ,795)
- Abschreckung (Faktorladung= ,377)

13.1.3.2. Reliabilität

Alle Faktoren wurden auf innere Konsistenz berechnet. Faktor 2 wies die Reliabilität mit allen Items von ,588 auf. Nach Ausschluss des Items „Verlangen zu helfen“ wurde die Reliabilität größer.

Tabelle 2 Reliabilität des Fragebogenteils „Emotionen“

Faktoren	Cronbach Alpha
Unangenehme Emotionen	0,742
Prosoziale Emotionen (ohne Verlangen zu helfen)	0,787
Ablehnende Emotionen	0,588
Ängstliche Emotionen	0,574

13.1.4. Faktorenanalyse des Teils „soziale Distanz“

Die Korrelationsmatrix zeigte Korrelationen aller Items aber keine Multikollinearität an, da der Wert über 0,0001 lag.

Das KMO gab einen Wert von 0,788 an, welcher die Daten für die Anwendung einer Faktorenanalyse als „ziemlich gut“ bewertet.

Der Bartlett- Test war nicht signifikant, sodass keine Sphärizität vorherrscht.

13.1.4.1. Die Faktoren

Die Daten zeigten nach der Faktorenanalyse nur einen Faktor an, sodass diese Skala der sozialen Distanz nur eine Dimension aufweist.

- Mit Frau/Herrn M. anfreunden (Faktorenladung= ,809)
- Mit Frau/Herrn M. den Abend verbringen (Faktorenladung= ,839)
- Frau/Herrn M. persönlich unterstützen (Faktorenladung= ,713)

- Einer Heirat mit einem Kind von Frau/Herrn M. zustimmen (Faktorenladung= ,512)
- In der Nachbarschaft von Frau/Herrn M. wohnen (Faktorenladung= ,665)
- Frau/Herrn M. um einen Gefallen bitten (Faktorenladung= ,763)

13.1.4.2. Reliabilität

Die Reliabilität beträgt ein Cronbach Alpha von 0,812.

13.1.5. Analyse der weiteren Teile

Die restlichen Teile des Fragebogens „Wahrscheinlichkeit selbst an einer Demenz zu erkranken“, „ Attribution“ und „Gefährlichkeit“ stellen sich jeweils aus nur zwei Items zusammen, sodass eine Faktorenanalyse nicht durchgeführt wurde. Diese wurden einer Reliabilitätsanalyse auf innere Konsistenz unterzogen. Die Tabelle stellt die Ergebnisse dar.

Tabelle 3 Reliabilität der weiteren Fragebogenteile

Variablen	Cronbach Alpha
Wahrscheinlichkeit selbst an einer Demenz zu erkranken	0,571
Attribution	0,478
Gefährlichkeit	0,765

Die Reliabilität eines solchen Fragebogens sollte bei einem Cronbach- Alpha von 0,7 liegen. (Bortz, 2005) Trotz der niedrigen Reliabilität der Skalen „Wahrscheinlichkeit selbst an einer Demenz zu erkranken“ und „Attribution“ wird kein Item ausgeschlossen, da sie nur aus zwei Items bestehen.

13.2. Der Wissensfragebogen

Der Wissensfragebogen basiert auf den Antwortkategorien richtig oder falsch, sodass für jedes Item nur maximal 1 Punkt bei richtiger Antwort vergeben wird. Somit ergibt sich der Gesamtscore aus den richtigen Antworten pro Item.

Die Items gliedern sich in vier Bereiche des Wissens zu dem Thema Demenz. Wobei die beiden Bereiche Epidemiologie und Prävalenz aus Gründen des ähnlichen Schwerpunktgebietes zusammen betrachtet werden.

Epidemiologie und Prävalenz

Item 4: Welches Geschlecht erkrankt mit höherer Wahrscheinlichkeit an Demenz?

Item 1: Welcher der folgenden Typen der Demenz kommt am häufigsten vor?

Item 2: Welcher der folgenden Risikofaktoren stellt die größte Gefahr dar, an Demenz zu erkranken?

Item 3: Glauben Sie, dass die Wahrscheinlichkeit, dass sie an Demenz erkranken, höher ist, wenn ein Mitglied Ihrer Familie an Demenz leidet?

Item 5: Menschen mit niedriger Ausbildung haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken.

Symptomatik

Item 6: Die Demenz-Erkrankung schreitet..... voran.

Item 7: Die ersten Anzeichen von Demenz zeigen sich im Auftreten von körperlichen Gebrechen (z.B. vermehrte Gehschwierigkeiten, schlechteres Sehvermögen).

Item 8: Demenz im Anfangsstadium kann unter Umständen mit einer Depression verwechselt werden.

Therapie

Item 9: Ein Klimawechsel in wärmere Gebiete verbessert den Zustand der Demenz.

Item 10: Welche Form der Therapie ist die effektivste?

Item 11: Es gibt zur Zeit keine Therapieform, welche die Demenz schnell und vollkommen stoppt.

Die Einteilung der Items Anhand der richtig gelösten Häufigkeiten ergeben folgende drei Schweregrade der Items.

Tabelle 4 Schweregrad der Items

Schweregrad	Items
Schwerer Schwierigkeitsgrad	5
Mittlerer Schwierigkeitsgrad	3, 4, 7, 8, 9, 11
Leichter Schwierigkeitsgrad	1, 2, 6, 10

Item 5 „Menschen mit niedriger Ausbildung haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken“ gilt als schwierig, da 76% der Befragten dieses Item falsch beantwortet haben.

Items mit mittlerem Schwierigkeitsgrad wurden zum Großteil zu 50% richtig und 50% falsch beantwortet.

Items mit leichtem Schwierigkeitsgrad wurden mit rund 60% bis 80% richtig beantwortet.

Aufgrund der verschiedenen Schwierigkeitsgrade der Items wurden diese einer empirisch-analytische Gewichtungsbestimmung, in diesem Falle der explorativen Faktorenanalyse, unterzogen. Die Faktorenladungen dienen als Gewichtungsfaktoren. Des Weiteren entsteht dadurch der Index pro Person.

Tabelle 5 Gewichtungen der Items

Item	Gewichtung	Item	Gewichtung
1	-0,204	7	0,324
2	0,193	8	0,595
3	0,574	9	0,630
4	-0,254	10	0,201
5	0,45	11	0,625
6	-0,168		

Aufgrund der fehlenden Voruntersuchungen wird die Stichprobe anhand des Mittelwertes (MW= 1,6) und der Standardabweichung (Stw= 1) in drei homogene Wissensgruppen unterteilt. Dadurch ergibt sich eine Normalverteilung der Wissensgruppen innerhalb der Stichprobe.

Der Vergleich der Mittelwerte zeigte, dass Wissen im Bereich der Epidemiologie und Prävalenz (MW= 2,759) größer ist als das Wissen im Bereich der Symptomatik (MW= 1,508) und der Therapie (MW= 1,363).

14. Auswertungsmethoden

Dieses Kapitel soll darstellen, welche statistische Methode zur Überprüfung der aufgestellten Hypothesen in Kapitel 10 verwendet wurde.

Für die Berechnungen wurden aus den Items pro Faktor Mittelwerte gebildet, um so die Skalen in die Auswertungen miteinzubinden. Die Skalen beziehen sich auf die fünf Faktoren der „Rechte“, auf die vier Faktoren der „Emotionen“, die Skala der „sozialen Distanz“ sowie die restlichen Teilen des Fragebogens „Attribution“ und „Gefährlichkeit“.

Fehlende Werte einer Person wurden berücksichtigt und in die Untersuchung mittels paarweisen Ausschlusses miteinkalkuliert.

14.1. Statistische Methode zur Überprüfung der Unterschiede zwischen den beiden Fragebogenversionen

Zur Überprüfung der Unterschiedshypothesen zwischen der Vignette ohne Nennung der Diagnose Alzheimer und dem Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Alzheimer, in Hinblick auf den Grad des Wissens, wurde eine zweifache Varianzanalyse berechnet.

Untersucht wurden mögliche Unterschiede in der Gruppe der Vignette und des Fallbeispiels in Hinblick auf die fünf Skalen „Entscheidungsübernahme durch signifikant Andere“, „Rechte als mündiger Bürger“, „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“, „Rechte auf Privatsphäre und Information“ und „Rechte auf selbstständiges Leben“. Des Weiteren wurden Unterschiede in Hinblick auf die vier Skalen der Emotionen „prosoziale Gefühle“, „ablehnende Gefühle“, „ängstliche Gefühle“ und „unangenehme Gefühle“ untersucht. Die „soziale Distanz“, „Attribution“ und „Gefährlichkeit“ wurden auf die gleiche Art als Unterschiedshypothese untersucht. Alle Skalen wurden auch in Hinblick auf den Einfluss des Wissens untersucht.

Die weiteren Fragebogenteile „Attribution“ und „Gefährlichkeit“ werden auch mittels zweifacher Varianzanalyse berechnet. Hierbei wird der Einfluss des Wissens mitberücksichtigt.

Zu den Voraussetzungen der zweifachen Varianzanalyse zählen die Normalverteilung der Daten, Intervallskalierung der Daten und Homogenität der Varianzen.

Da die Daten keine signifikanten Ausreißer enthalten und die Daten mittels einer fünfstufigen Likert-Skala erhoben wurden, kann von Intervallskalierung ausgegangen werden.

Die Datenerhebung im Wissensfragebogen basiert auf dem Multiple-Choice-Format, sodass der erhobene Gesamtscore pro Versuchsperson eine zu quantitativen Messwertklassen zusammengefasste Variable ergab.

Die Voraussetzung der Normalverteilung der Daten wurde mittels Kolmogorov-Smirnoff-Test überprüft. Die Ergebnisse zeigen in allen sechs Gruppen (Vignette vs. Fallbeispiel und den drei Wissensgruppen) eine Normalverteilung der Daten an. Des Weiteren kann von der Homogenität der Varianzen ausgegangen werden, da der Levene-Test auf Überprüfung der Homogenität der Varianzen in den meisten Fällen nicht signifikant ausfällt. Einzelne Skalen wiesen ein signifikantes Ergebnis auf. Für diese Hypothesen gilt es, die Ergebnisse mit Vorsicht zu genießen. In Hinblick auf die gleichen Gruppengrößen zwischen den beiden Versionen des Fragebogens gilt die zweifache Varianzanalyse dennoch als relativ robust und wird deshalb angewandt. (Field, 2005)

Die Teststärke beruht auf einem Alpha-Niveau von 0,05, sodass dies zu der Teststärke von 0,95 führt. Das Festlegen dieser Grenze beruht auf der Überlegung nach der Forderung eines gleich großen Alpha- und Betarisikos. Hier gilt, dass das Risiko eine richtige H_0 fälschlicherweise zu verwerfen, gleich gravierend ist, wie eine richtige H_1 fälschlicherweise zu verwerfen. (Bortz & Döring, 2005)

Es muss hier darauf hingewiesen werden, dass trotz der fallweise gebrochenen Voraussetzungen dennoch eine zweifache Varianzanalyse berechnet wurde. Der Grund dafür ist die Überlegung, dass es keine Alternative zu einer zweifachen Varianzanalyse gibt. Somit würde eine andere Auswertungsmethode den Einfluss des Wissens auf die Skalen nicht erfassen können.

15. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Daten der Stichprobe in Hinblick auf Alter, Geschlecht, Beruf und Kontakt zu Menschen mit Demenz deskriptiv und im Weiteren werden die verfassten Hypothesen mittels der zweifachen Varianzanalyse dargestellt.

15.1. Deskriptive Untersuchung der Daten

Für die Datenerhebung wurden 190 Fragebögen jeweils zu 50% als Vignette ohne Nennung und zu 50% als Fallbeispiel mit der Nennung der Diagnose Demenz verteilt. Die Rücklaufquote betrug rund 70%, sodass die Gesamtstichprobe aus 131 Personen besteht. Es wurde darauf geachtet, dass sowohl 50% Frauen als auch 50% Männer erreicht werden und die Verteilung der Versionen des Fragebogens trotz variabler Rücklaufquote annähernd gleich bleibt. Des Weiteren wurde versucht, einen Querschnitt durch die Population zu erfassen, sodass versucht wurde, einen breiten Rahmen zu stecken und verschiedene Bereiche in Hinblick auf Alter, Geschlecht, Versionen des Fragebogens, Ausbildung und Wissensgruppen zu erfassen.

Die folgenden Tabellen sollen die erhobenen Häufigkeiten nun übersichtlich darstellen.

Tabelle 6 Deskriptive Statistik der Stichprobe „Alter“

Alter	Prozentangabe
20-30	41%
31-40	24%
41-50	18%
51-	17%

Tabelle 6 gibt einen Einblick in die Altersverteilung der Stichprobe. Der größte Teil der Stichprobe befindet sich in der Altersgruppe 20-30 Jahre. Mit einem Prozentanteil von 24% setzt sich die Gruppe von Personen im Alter von 31-40 Jahren zusammen. Die beiden ältesten Versuchspersonen haben ein Alter von 84 Jahren und die jüngste Person war 20 Jahre alt. Die Ausreißer der über 80-jährigen wurden bei den weiteren Berechnungen berücksichtigt.

Tabelle 7 Deskriptivstatistik der Stichprobe „Geschlecht“

Geschlecht	Prozentangabe
Weiblich	52%
männlich	48%

Tabelle 8 Deskriptivstatistik der Stichprobe „Vignette vs. Fallbeispiel“

Version	Prozentangabe
Vignette	47%
Fallbeispiel	53%

Es konnte eine prozentuell annähernd gleiche Häufigkeit der Verteilungen der Versionen des Fragebogens und eine annähernd gleiche Verteilung an Personen bezüglich des Geschlechts erzielt werden. Die Verteilung der Fragebögen lässt den Schluss zu, dass es zu keinem Ungleichgewicht in der Bearbeitung der Versionen kam. Die Fluktuation der Rücklaufquote ist zufällig, sodass keine Annahmen über mögliche Abbrüche aus Gründen der verschiedenen Versionen aufgestellt werden.

Tabelle 9 Deskriptivstatistik der Stichprobe „Ausbildung“

Beruf	Prozentangabe
Grundschule	2%
Abgeschlossene Lehre	17%
Abitur	35%
Hochschulabschluss	39%
Sonstiges	7%

Die Tabelle 9 zeigt sehr deutlich die Verteilung der Ausbildungsgrade in der allgemeinen Bevölkerung. Nur ein sehr geringer Prozentsatz hat ausschließlich einen Grundschulabschluss. Die abgeschlossene Lehre wird mit 16% angegeben und befindet sich somit zwischen Grundschulabschluss und den beiden am häufigsten vertretenen Ausbildungen der Matura und dem Hochschulabschluss. Beide Ausbildungen sind mit rund 35% und 39% annähernd gleich häufig vertreten.

Tabelle 10 Deskriptivstatistik der Stichprobe „Wissensgruppen“

Wissensgruppe	Prozentangabe
Wenig Wissen	29%
Durchschnittliches Wissen	52%
Viel Wissen	19%

Tabelle 10 gibt Aufschluss über den Grad des Wissens über die Demenz in der erhobenen Stichprobe. Es wird hierbei deutlich, dass das Wissen eher im durchschnittlichen Bereich liegt. Jedoch stehen 29% der Gruppe „wenig Wissen“ einer im Vergleich kleineren Gruppe „viel Wissen“ mit nur 19% gegenüber.

Des Weiteren wurde berechnet, in welchem Ausmaß die Befragten Kontakt zu Menschen mit einer Demenz haben. Unterschieden wurden hier drei Bereiche des Kontaktes in Hinblick auf Beruf, Freundeskreis und Familie. Anschließend wurde die Wahrscheinlichkeit, mit welcher sie glauben, selbst an einer Demenz zu erkranken, erhoben. Abschließend wird angegeben, wie viele Personen einen Angehörigen in der Familie mit Demenz haben.

Tabelle 11 Deskriptive Statistik „Kontakt zu Menschen mit Demenz“

Kontakt	Nie	Ab und Zu	Regelmäßig
Beruf	75%	18%	7%
Familie	57%	28%	15%
Freundeskreis	71%	21%	8%

Die Tabelle 11 verdeutlicht, dass nur 14% der Befragten „regelmäßig“ Kontakt zu einem Familienmitglied mit Demenz haben. Der Großteil der Stichprobe gibt an „Nie“ Kontakt zu einem an Demenz erkrankten Menschen in allen drei Bereichen zu haben.

Tabelle 12 Deskriptive Statistik „Wahrscheinlichkeit selber an einer Demenz zu erkranken“

Kontakt	Nicht	Wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr
Wahrscheinlichkeit	3%	9%	34%	32%	22%

Die Tabelle 12 zeigt den größten Prozentanteil, „Wahrscheinlichkeit selbst an einer Demenz zu erkranken“ bei der Antwortmöglichkeit „mittelmäßig“ an. Die Tendenz der Antworten zeigt aber einen Anstieg der Wahrscheinlichkeit in Richtung vermehrter Gedanken und Empfindungen an.

Zum Abschluss soll noch die Häufigkeit der Personen mit einem an Demenz erkrankten Familienmitglied dargestellt werden.

Tabelle 13 Deskriptive Statistik „an Demenz leidende Angehörige“

Angehöriger	Prozentangabe
Ja	38%
Nein	62%

Die Tabelle zeigt, dass rund ein Drittel der Gesamtstichprobe einen Angehörigen in der Familie hat, welcher an Demenz leidet.

15.2. Auswertung der Hypothesen

Die im Folgenden angewandte Auswertung beruht auf der zweifachen Varianzanalyse. Zu Beginn werden die Voraussetzungen geprüft, die klären sollen, ob eine zweifache Varianzanalyse berechnet werden kann.

Darauf Folgend werden die Hypothesen geprüft, ob es Aufgrund der Nennung einer psychiatrischen Diagnose zu Unterschieden in der Zuschreibung von Rechten, Emotionen und sozialer Distanz kommt. Als weitere Einflussfaktoren auf mögliche Unterschiede in der Reaktion auf die Vignette versus dem Fallbeispiel werden in Folge Attribution und Gefährlichkeit überprüft.

Um den Einfluss des Wissens auf die genannten Dimensionen zu erfassen, wird der Grad des Wissens in die zweifache Varianzanalyse, als weiterer Einflussfaktor neben der zweifachen Version des Fragebogens mit berücksichtigt.

Prüfung der Voraussetzungen

Als Voraussetzungen für die Anwendung einer zweifachen Varianzanalyse gelten folgende Annahmen:

- Intervallskalierung
- Normalverteilung der Daten
- Homogenität der Varianzen

Die Daten in dieser Untersuchung erfüllen die Voraussetzung der Intervallskala. Die Items werden im Fragebogen „Menschen mit Alzheimer“ auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet, sodass es sich hierbei um eine quantitative Erhebung handelt. Die Untersuchung, ob die Daten Ausreißer enthalten, zeigte, dass es einzelne Ausreißer gibt, diese berücksichtigt die Intervallskalierung nicht.

Die Untersuchung befasst sich mit möglichen Unterschieden in der Auswirkung der Nennung einer psychiatrischen Diagnose auf zugeschriebene Rechte, ausgelöste Emotionen, soziale Distanz, Attribution und Gefährlichkeit. Somit werden die beiden Versionen des Fragebogens „Menschen mit Alzheimer“ und „Ältere Menschen“ auf Unterschiede im Hinblick auf die genannten Dimensionen untersucht. Als weiterer Einflussfaktor wurde der Grad des Wissens erhoben, um mögliche Auswirkungen des Wissens auf die Antworten der Befragten zu untersuchen.

Somit ergeben sich 6 Gruppen, welche separat mittels des Kolmogorov-Smirnoff-Test auf Normalverteilung geprüft wurden. Geprüft wurde, ob die empirische Normalverteilung von der theoretischen Normalverteilung abweicht. Die Daten wurden doppelseitig und mit einem Alpha von 0,05 auf NV geprüft. Der K-S-Test zeigte keine signifikanten Ergebnisse der drei Wissensgruppen in Bezug auf die Rechte ($p=,98$, $p=,78$, $p=,75$) an. Die zwei Versionen des Fragebogens zeigten kein signifikantes Ergebnis ($p=,99$, $p=,73$) an.

Weitere Prüfungen in Hinblick auf soziale Distanz, Gefährlichkeit, Attribution und Emotionen zeigten keine signifikanten Ergebnisse ($p > 0,05$) an. Somit wird für die Daten die Normalverteilung angenommen.

Die Überprüfung der Homogenität der Varianzen mittels Levene-Test zeigte nicht bei allen ein nicht signifikantes Ergebnis an. Die Ergebnisse, bei welchen der Levene-Test nicht signifikant war, können nur mit Vorbehalt interpretiert werden.

16. Ergebnisse der Auswertung

Die aufgestellten Hypothesen in Kapitel 13 wurden mit der statistischen Methode der zweifachen Varianzanalyse auf mögliche Signifikanz ($\alpha = 0,05$) überprüft.

16.2.1. Einfluss der psychiatrischen Diagnose auf die Rechte

Rechte Gesamt

Der Levene- Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,421 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als erfüllt.

Der F-Wert der Fragebogen-Versionen beträgt 8,877, was auf ein hoch signifikantes Ergebnis schließen lässt. Mit einer Signifikanz von $p = 0,003$ gilt der Unterschied der zugeschriebene Rechte in Bezug auf die zwei Versionen des Fragebogens als gegeben. Das Wissen hat einen F-Wert von 0,918 und ein nicht signifikantes Ergebnis von $p = 0,402$, was auf keinen Unterschied zwischen den Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen dem Grad des Wissens und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F- Wert von 0,039 und einem nicht signifikanten Ergebnis von $p = 0,962$ kein signifikantes Ergebnis.

Tabelle 14 Ergebnisse „Rechte gesamt“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Vignette/Fallbeisp.	8,877	0,003
Wissensgruppen	0,918	0,402
Wechselwirkung	0,039	0,962

Anhand des Ergebnisses wird deutlich, dass der Person in der Version des Fragebogens „Ältere Menschen“ ohne Nennung einer psychiatrischen Diagnose signifikant mehr Rechte zugesprochen werden, als im Fragebogen „ Menschen mit Alzheimer“. Da die Prüfung auf den Einfluss des Wissens auf die Rechte gesamt sowie die Wechselwirkung nicht signifikant ausfällt, werden diese in den weiteren Berechnungen zu den fünf Faktoren nicht angeführt.

Rechte auf Privatsphäre und Information

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,694 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als erfüllt.

Der F-Wert der Fragebogen-Versionen beträgt 5,939 und zeigt mit einer Signifikanz von $p= 0,191$ keinen Unterschied der zugeschriebene Rechte auf Privatsphäre und Information in Bezug auf die zwei Versionen des Fragebogens als gegeben an.

Tabelle 15 Ergebnisse „Rechte auf Privatsphäre und Information“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Vignette/Fallbeisp.	5,939	0,191

Anhand des Ergebnisses wird deutlich, dass der Person in der Version des Fragebogens „Ältere Menschen“ ohne Nennung einer psychiatrischen Diagnose signifikant mehr Rechte auf Privatsphäre und Information zugesprochen werden als im Fragebogen „Menschen mit Alzheimer“.

Rechte auf eigenständige Lebensführung

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,009 signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als verletzt, die folgenden Ergebnisse müssen unter Vorbehalt interpretiert werden.

Der F-Wert der Fragebogen-Versionen beträgt 21,613 und zeigt mit einer Signifikanz von $p= 0,000$ den Unterschied der zugeschriebene Rechte auf ein eigenständiges Leben in Bezug auf die zwei Versionen des Fragebogens als gegeben an.

Tabelle 16 Ergebnisse „Rechte auf eigenständige Lebensführung“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Vignette/Fallbeisp.	21,613	0,000

Anhand des Ergebnisses wird deutlich, dass der Person in der Version des Fragebogens „Ältere Menschen“ ohne Nennung einer psychiatrischen Diagnose signifikant mehr Rechte auf ein eigenständiges Leben zugesprochen werden als im Fragebogen „Menschen mit Alzheimer“.

Rechte als mündiger Bürger

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,324 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als erfüllt.

Der F-Wert der Fragebogen-Versionen beträgt 3,38 und zeigt mit einer Signifikanz von $p = 0,068$ keinen Unterschied der zugeschriebene Rechte als mündiger Bürger in Bezug auf die zwei Versionen des Fragebogens als gegeben an.

Tabelle 17 Ergebnisse „Rechte als mündiger Bürger“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Vignette/Fallbeisp.	3,38	0,068

Anhand des Ergebnisses wird deutlich, dass der Person in der Version des Fragebogens „Ältere Menschen“ ohne Nennung einer psychiatrischen Diagnose nicht signifikant mehr Rechte als mündiger Bürger zugesprochen werden als im Fragebogen „Menschen mit Alzheimer“.

Rechte mit hoher Eigenverantwortung

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,293 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als erfüllt.

Der F-Wert der Fragebogen- Versionen beträgt 3,977 und zeigt mit einer Signifikanz von $p = 0,048$ den Unterschied der zugeschriebene Rechte mit hoher Eigenverantwortung in Bezug auf die zwei Versionen des Fragebogens als gegeben an.

Tabelle 18 Ergebnisse „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Vignette/Fallbeisp.	3,977	0,048

Anhand des Ergebnisses wird deutlich, dass der Person in der Version des Fragebogens „Ältere Menschen“ ohne Nennung einer psychiatrischen Diagnose signifikant mehr Rechte mit hoher Eigenverantwortung zugesprochen werden als im Fragebogen „Menschen mit Alzheimer“.

Entscheidungsübernahme durch signifikant Andere

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,004 signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als verletzt, sodass die weiteren Interpretationen des folgenden Ergebnisses unter Vorbehalt erfolgen.

Der F-Wert der Fragebogen-Versionen beträgt 7,852 und zeigt mit einer Signifikanz von $p = 0,006$ den Unterschied der zugeschriebene „Entscheidungsübernahme durch signifikant Andere“ in Bezug auf die zwei Versionen des Fragebogens als gegeben an.

Tabelle 19 Ergebnisse „Entscheidungsübernahme durch signifikant Andere“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Vignette/Fallbeisp.	7,852	0,006

Anhand des Profil- Diagramms wird deutlich, dass der Person in der Version des Fragebogens „Ältere Menschen“ ohne Nennung einer psychiatrischen Diagnose signifikant weniger Entscheidungsübernahmen durch signifikant Andere zugesprochen werden als im Fragebogen „Menschen mit Alzheimer“.

16.2.2. Einfluss der psychiatrischen Diagnose auf die Emotionen

Im Folgenden wird der Einfluss des Vorhandenseins einer psychiatrischen Diagnose auf die dadurch ausgelösten Emotionen den Emotionen gegenübergestellt, die durch die Vignette mit selber Symptomatik aber ohne Nennung der Diagnose vorgegeben wurde, dargestellt. Verbunden damit wird der Einfluss des Wissens mit erhoben.

„Unangenehme Emotionen“

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,515 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als gegeben.

Der F-Wert der Fragebogen-Versionen beträgt 1,269 und zeigt mit einer Signifikanz von $p = 0,262$ keinen Unterschied der Emotionen „prosoziale Gefühle“ in Bezug auf die zwei Versionen des Fragebogens. Das Wissen hat einen F-Wert von 0,592 und ein nicht signifikantes Ergebnis von $p = 0,555$, was auf keinen Unterschied zwischen den Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen dem Grad des Wissens und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F-

Wert von 0,175 und einer Signifikanz von $p = 0,840$ keine Wechselwirkung zwischen Wissen und der Versionen des Fragebogens.

Tabelle 20 Ergebnisse „Unangenehme Emotionen“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Vignette/Fallbeisp.	1,269	0,262
Wissensgruppen	0,592	0,555
Wechselwirkung	0,175	0,840

Die Ergebnisse deuten auf keinen Einfluss der psychiatrischen Diagnose oder des Wissens auf die Emotionen der Skala „Unangenehme Emotionen“. Des Weiteren konnte keine signifikante Wechselwirkung nachgewiesen werden.

„Ablehnende Emotionen“

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,000 signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als verletzt und die folgenden Ergebnisse müssen unter Vorbehalt ausgewertet werden.

Der F-Wert der Fragebogen-Versionen beträgt 0,193 und zeigt mit einer Signifikanz von $p = 0,661$ keinen Unterschied in der Skala „Ablehnende Emotionen“ in Bezug auf die zwei Versionen des Fragebogens. Das Wissen hat einen F-Wert von 5,497 und ein signifikantes Ergebnis von $p = 0,009$, was auf einen Unterschied zwischen den Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen dem Grad des Wissens und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F-Wert von 0,025 und einer Signifikanz von $p = 0,976$ keine Wechselwirkung zwischen Wissen und der Version des Fragebogens.

Tabelle 21 Ergebnisse „Ablehnende Emotionen“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Vignette/Fallbeisp.	0,193	0,661
Wissensgruppen	5,497	0,009
Wechselwirkung	0,025	0,976

Die Ergebnisse deuten auf keinen Einfluss der psychiatrischen Diagnose auf die Emotionen der Skala „Gefühle der Ablehnung“. Des Weiteren konnte keine signifikante Wechselwirkung nachgewiesen werden. Des Einfluss des Wissens fiel jedoch hoch signifikant aus, sodass Personen mit höherem Wissen weniger Gefühle der Ablehnung aufzeigen.

„Prosoziale Emotionen“

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,912 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als gegeben.

Der F-Wert der Fragebogen-Versionen beträgt 1,322 und zeigt mit einer Signifikanz von $p = 0,253$ keinen Unterschied der Emotionen „Gefühle der Ablehnung“ in Bezug auf die zwei Versionen des Fragebogens. Das Wissen hat einen F-Wert von 1,899 und ein nicht signifikantes Ergebnis von $p = 0,154$, was auf keinen Unterschied zwischen den Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen dem Grad des Wissens und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F-Wert von 1,052 und einer Signifikanz von $p = 0,352$ keine Wechselwirkung zwischen Wissen und der Versionen des Fragebogen.

Tabelle 22 Ergebnisse „Prosoziale Emotionen“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Vignette/Fallbeisp.	1,322	0,253
Wissensgruppen	1,899	0,154
Wechselwirkung	1,052	0,352

Die Ergebnisse deuten auf keinen Einfluss der psychiatrischen Diagnose auf die Skala „Prosoziale Emotionen“. Des Weiteren konnte keine signifikante Wechselwirkung nachgewiesen werden.

„Ängstliche Emotionen“

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,877 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als gegeben.

Der F-Wert der Fragebogen-Versionen beträgt 0,269 und zeigt mit einer Signifikanz von $p=0,605$ keinen Unterschied in der Skala „Ängstliche Emotionen“ in Bezug auf die zwei Versionen des Fragebogens. Das Wissen hat einen F-Wert von 1,452 und ein nicht signifikantes Ergebnis von $p=0,238$, was auf keinen Unterschied zwischen den Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen dem Grad des Wissens und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F-Wert von 0,4 und einer Signifikanz von $p=0,671$ keine Wechselwirkung zwischen Wissen und der Versionen des Fragebogens.

Tabelle 23 Ergebnisse „Ängstliche Emotionen“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Vignette/Fallbeisp.	0,269	0,605
Wissensgruppen	1,452	0,238
Wechselwirkung	0,400	0,671

Die Ergebnisse deuten auf keinen Einfluss der psychiatrischen Diagnose auf die Skala „Prosoziale Emotionen“. Des Weiteren konnte keine signifikante Wechselwirkung nachgewiesen werden.

16.2.3. Einfluss der psychiatrischen Diagnose auf die soziale Distanz

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,332 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als gegeben.

Der F-Wert der Fragebogen-Versionen beträgt 0,146 und zeigt mit einer Signifikanz von $p=0,703$ keinen Unterschied in der sozialen Distanz in Bezug auf die zwei Versionen des Fragebogens. Das Wissen hat einen F-Wert von 1,370 und ein nicht signifikantes Ergebnis von $p=0,258$, was auf keinen Unterschied zwischen den Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen dem Grad des Wissens und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F-Wert von 0,533 und einer Signifikanz von $p=0,588$ keine Wechselwirkung zwischen Wissen und der Versionen des Fragebogens.

Tabelle 24 Ergebnisse „ soziale Distanz“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Vignette/Fallbeisp.	0,146	0,703
Wissensgruppen	1,370	0,258
Wechselwirkung	0,533	0,588

Es konnten keine signifikanten Ergebnisse in Hinblick auf die soziale Distanz bezüglich der beiden Fragebogenversionen, der Wissensgruppen und der Wechselwirkung nachgewiesen werden.

16.2.4. Einfluss der psychiatrischen Diagnose auf die Gefährlichkeit

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,489 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als gegeben.

Der F-Wert der Fragebogen-Versionen beträgt 5,754 und zeigt mit einer Signifikanz von $p= 0,018$ einen Unterschied in dem Ausmaß der Gefährlichkeit in Bezug auf die zwei Versionen des Fragebogens. Das Wissen hat einen F-Wert von 0,097 und ein nicht signifikantes Ergebnis von $p= 0,908$, was auf keinen Unterschied zwischen den Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen dem Grad des Wissens und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F-Wert von 1,989 und keiner Signifikanz von $p= 0,141$ keine Wechselwirkung zwischen Wissen und der Versionen des Fragebogens.

Tabelle 25 Ergebnisse „ Gefährlichkeit“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Vignette/Fallbeisp.	5,754	0,018
Wissensgruppen	0,097	0,908
Wechselwirkung	1,989	0,141

Die Ergebnisse deuten auf einen Einfluss der psychiatrischen Diagnose auf das Ausmaß der attribuierten Gefährlichkeit hin. Die Person mit der Diagnose Alzheimer-Demenz wird als gefährlicher attribuiert als die Person ohne einer Diagnose. Sowohl der Einfluss des Wissens als auch eine mögliche Wechselwirkung fielen nicht signifikant aus.

16.2.5. Einfluss der psychiatrischen Diagnose auf die Attribution

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,695 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als gegeben.

Der F-Wert der Fragebogen-Versionen beträgt 6,889 und zeigt mit einer Signifikanz von $p = 0,010$ einen Unterschied in Bezug auf die Attribution einer Selbstverschuldung in Bezug auf die zwei Versionen des Fragebogens. Das Wissen hat einen F-Wert von 5,987 und ein signifikantes Ergebnis von $p = 0,030$, was auf einen Unterschied zwischen den Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen dem Grad des Wissens und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F-Wert von 1,080 und einer Signifikanz von $p = 0,345$ keine Wechselwirkung zwischen Wissen und der Versionen des Fragebogens.

Tabelle 26 Ergebnisse „Attribution“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Vignette/Fallbeisp.	6,889	0,010
Wissensgruppen	5,987	0,030
Wechselwirkung	1,080	0,345

Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen der Vignette und dem Fallbeispiel mit Nennung der Diagnose Demenz. Die Ergebnisse zeigen, dass die Attribution auf Selbstverschuldung des Zustandes in der Vignette ohne Nennung der Diagnose höher ist als bei dem Fallbeispiel mit der Nennung der Diagnose Alzheimer.

Bezüglich der Wissensgruppen ist das Ergebnis signifikant. Zwischen den drei Wissensgruppen bestehen signifikante Unterschiede in Bezug auf die Attribution des Selbstverschuldens. Der Einfluss des Wissens ergibt sich dahingehend, dass je mehr Wissen vorhanden ist, die Attribution der Selbstverschuldung dementsprechend abnimmt.

16.2.6. Einfluss des Geschlechts auf Rechte, Emotionen und soziale Distanz

In diesem Abschnitt sollen die Nebenhypothesen in Bezug auf den Einfluss des Geschlechtes auf die fünf Skalen der Rechte, der vier Skalen der Emotionen sowie soziale Distanz, Attribution und Gefährlichkeit untersucht werden.

Rechte

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,378 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als gegeben.

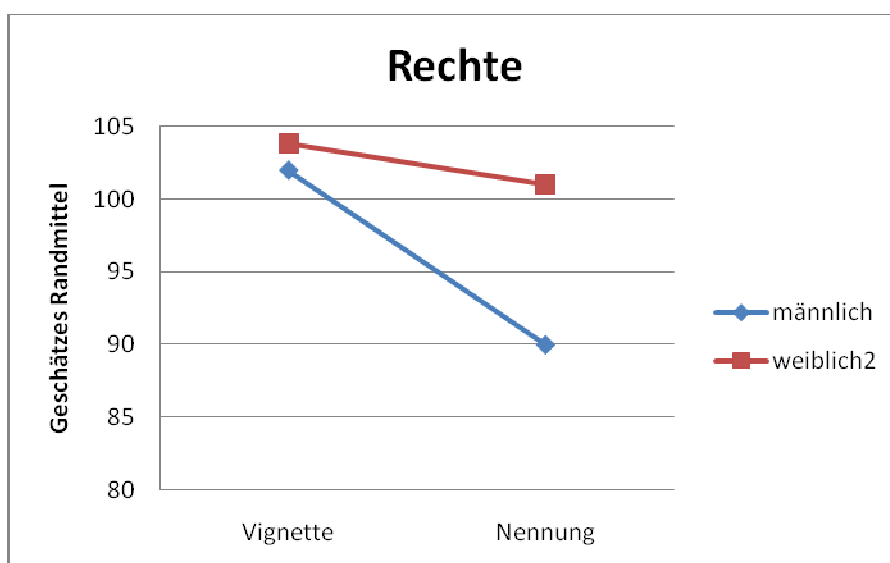
Das Geschlecht hat einen F -Wert von 8,587 und ein signifikantes Ergebnis von $p=0,009$, was auf einen Unterschied zwischen den beiden Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen den Geschlechtern und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F -Wert von 4,790 und einer Signifikanz von $p=0,016$ eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht und den Versionen des Fragebogens.

Tabelle 27 Ergebnisse „Rechte gesamt abh. vom Geschlecht“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Geschlecht	8,587	0,009
Wechselwirkung	4,790	0,016

Es gibt einen signifikanten Einfluss des Geschlechtes auf den Zuspruch von Rechten. Frauen sprechen signifikant mehr Rechte zu als Männer. Die signifikante Wechselwirkung zeigt, dass es zu einem deutlich höheren Abfall der zugesprochenen Rechte bei Männern im Vergleich zu den Frauen kommt, wenn die Diagnose genannt wird. Im Vergleich dazu sprechen die Frauen und Männer bei der Vignette annähernd gleich viele Rechte zu.

Abbildung 3 Profildigramm „Rechte“



Rechte auf Privatsphäre und Information

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,03 signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als verletzt, sodass die weiteren Ergebnisse mit Vorbehalt zu deuten sind.

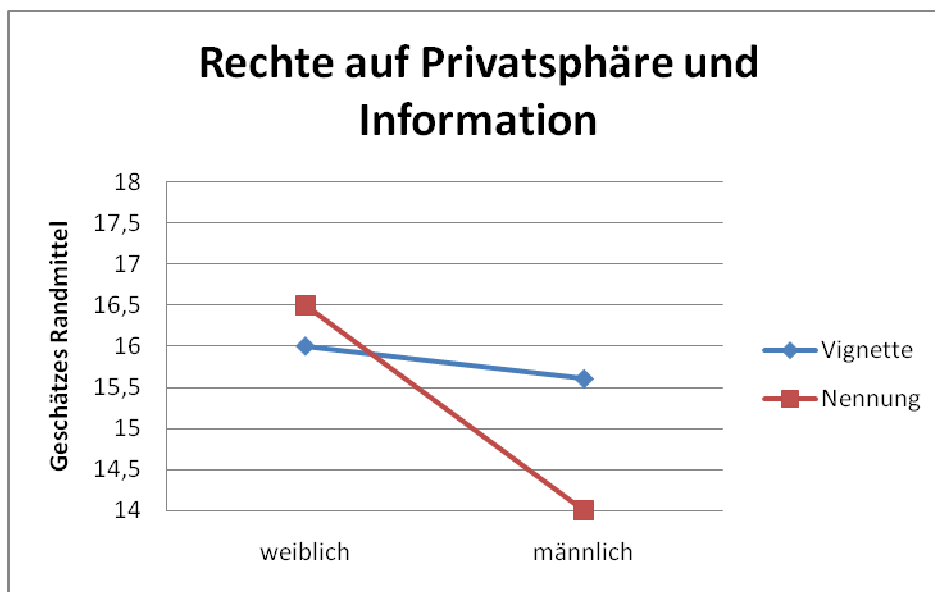
Das Geschlecht hat einen F- Wert von 18,167 und ein signifikantes Ergebnis von $p=0,000$, was auf einen Unterschied zwischen den beiden Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen den Geschlechtern und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F-Wert von 6,864 und einer Signifikanz von $p=0,010$ eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht und den Versionen des Fragebogens.

Tabelle 28 Ergebnisse „Rechte auf Privatsphäre und Information abh. vom Geschlecht“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Geschlecht	18,167	0,000
Wechselwirkung	6,864	0,010

Es gibt einen signifikanten Einfluss des Geschlechtes auf den Zuspruch von Rechten. Frauen sprechen signifikant mehr Rechte auf Privatsphäre und Information zu als Männer. Die signifikante Wechselwirkung zeigt, dass es zu einem deutlich höheren Abfall der zugesprochenen Rechte bei Männern im Vergleich zu den Frauen kommt, wenn die Diagnose genannt wird. Im Vergleich dazu sprechen die Frauen und Männer bei der Vignette annähernd gleich viele Rechte zu.

Abbildung 4 „Rechte auf Privatsphäre und Information abh. Vom Geschlecht“



Rechte auf eine eigenständige Lebensführung

Der Levene- Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,517 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als gegeben.

Das Geschlecht hat einen F-Wert von 0,074 und ein nicht signifikantes Ergebnis von $p = 0,786$, was auf keinen Unterschied zwischen den beiden Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen den Geschlechtern und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F-Wert von 1,360 und einer Signifikanz von $p = 0,246$ eine nicht signifikante Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht und den Versionen des Fragebogens.

Tabelle 29 Ergebnisse „ Rechte auf eine eigenständige Lebensführung abh. vom Geschlecht“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Geschlecht	0,074	0,786
Wechselwirkung	1,360	0,246

Es konnten keine signifikanten Ergebnisse in der Skala „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“ nachgewiesen werden.

Rechte als mündiger Bürger

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,388 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als gegeben.

Das Geschlecht hat einen F-Wert von 4,574 und ein signifikantes Ergebnis von $p=0,034$, was auf einen Unterschied zwischen den beiden Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen den Geschlechtern und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F-Wert von 1,559 und einer Signifikanz von $p=0,214$ keine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht und den Versionen des Fragebogens.

Tabelle 30 Ergebnisse „Rechte als mündiger Bürger abh. vom Geschlecht“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Geschlecht	4,574	0,034
Wechselwirkung	1,559	0,214

Es gibt einen signifikanten Einfluss des Geschlechtes auf den Zuspruch von Rechten als mündiger Bürger. Frauen sprechen signifikant mehr Rechte als mündiger Bürger als Männer.

Rechte mit hoher Eigenverantwortung

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,247 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als gegeben.

Das Geschlecht hat einen F-Wert von 0,560 und ein signifikantes Ergebnis von $p=0,456$, was auf einen Unterschied zwischen den beiden Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen den Geschlechtern und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F-Wert von 3,239 und einer Signifikanz von $p=0,074$ eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht und den Versionen des Fragebogens.

Tabelle 31 Ergebnisse „Rechte mit hoher Eigenverantwortung abh. vom Geschlecht“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Geschlecht	0,560	0,456
Wechselwirkung	3,239	0,074

Es konnten keine signifikanten Ergebnisse in der Skala „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung“ nachgewiesen werden.

Entscheidungsübernahme durch signifikant Andere

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,001 signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als verletzt, sodass weitere Ergebnisse unter Vorbehalt zu interpretieren sind.

Das Geschlecht hat einen F-Wert von 13,415 und ein signifikantes Ergebnis von $p=0,000$, was auf einen Unterschied zwischen den beiden Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen den Geschlechtern und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F-Wert von 3,246 und einer Signifikanz von $p=0,074$ keine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht und den Versionen des Fragebogens.

Tabelle 32 Ergebnisse „Entscheidungsübernahme durch signifikant Andere abh. vom Geschlecht“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Geschlecht	13,415	0,000
Wechselwirkung	3,246	0,074

Es gibt einen signifikanten Einfluss des Geschlechtes auf den Zuspruch der Entscheidungsübernahme durch signifikant Andere. Frauen sprechen signifikant weniger Entscheidungsübernahme durch signifikant Andere zu als Männer.

Soziale Distanz

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,628 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als gegeben.

Das Geschlecht hat einen F-Wert von 5,974 und ein signifikantes Ergebnis von $p=0,016$, was auf einen Unterschied zwischen den Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F-Wert von 0,015 und einer Signifikanz von $p=0,902$ keine Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht und den Versionen des Fragebogens.

Tabelle 33 Ergebnisse „soziale Distanz abh. vom Geschlecht“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Geschlecht	5,974	0,016
Wechselwirkung	0,015	0,902

Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen dem Geschlecht dahingehend, dass Frauen eine geringere soziale Distanz aufweisen als Männer.

Gefährlichkeit

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,268 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als gegeben.

Das Geschlecht hat einen F-Wert von 4,655 und ein signifikantes Ergebnis von $p=0,033$, was auf einen Unterschied zwischen den Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F-Wert von 0,138 und einer Signifikanz von $p=0,711$ keine Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht und den Versionen des Fragebogens.

Tabelle 34 Ergebnisse „Gefährlichkeit abh. vom Geschlecht“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Geschlecht	4,655	0,033
Wechselwirkung	0,138	0,711

Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen dem Geschlecht dahingehend, dass Frauen eine geringere Gefährlichkeit der Person attribuieren als Männer

Attribution

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,684 nicht signifikant aus. Somit gilt die Gleichheit der Varianzen als gegeben.

Das Geschlecht hat einen F -Wert von 3,042 und ein signifikantes Ergebnis von $p=0,084$, was auf keinen Unterschied zwischen den Gruppen schließen lässt. Das Ergebnis der Prüfung auf die Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht und den zwei Versionen des Fragebogens ergibt mit einem F -Wert von 0,246 und einer Signifikanz von $p=0,621$ keine Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht und den Versionen des Fragebogens.

Tabelle 35 Ergebnisse „Attribution abh. vom Geschlecht“

Faktoren	F-Werte	Signifikanz
Geschlecht	3,042	0,084
Wechselwirkung	0,246	0,621

Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen dem Geschlecht in Bezug auf die Attribution. Des Weiteren konnte auch keine signifikante Wechselwirkung nachgewiesen werden.

Emotionen

Die vier Skalen der Emotionen wiesen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf. Des Weiteren konnten auch keine signifikanten Wechselwirkungen nachgewiesen werden. Zu vereinfachen Anschaulichkeit werden die nicht signifikanten Ergebnisse für die Unterschiede der Geschlechter und als zweites die Ergebnisse der Wechselwirkungen tabellarisch angeführt.

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen fällt mit einem p von 0,419 bei „Unangenehme Emotionen“, einem p von 0,621 bei „prosoziale Emotionen“ und bei „ängstliche Emotionen“ mit $p=0,332$ nicht signifikant aus. Somit gilt die

Gleichheit der Varianzen als gegeben. Nur bei „Ablehnende Emotionen“ fiel der Levene-Test mit einem p von 0,007 signifikant aus.

Tabelle 36 Emotionen abh. vom Geschlecht

Skala	Signifikanz(Geschlecht/Wechselwirkung)
Unangenehme Emotionen	0,640/ 0,863
Ablehnende Emotionen	0,740/ 0,240
Prosoziale Emotionen	0,812/ 0,442
Ängstliche Emotionen	0,489/ 0,629

Somit gibt es keine Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht in Hinblick auf die beiden Fragebogenversionen.

17. Interpretation der Ergebnisse und Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse interpretiert und diskutiert in Hinblick auf sowohl signifikante Ergebnisse als auch nicht signifikante Ergebnisse.

17.1. Ergebnisse der Einflussfaktoren Fragebogenversion und Wissen

Rechte

Die Untersuchungen der Hypothesen bezüglich der Rechte gegenüber der Person im Fragebogen „Menschen mit Alzheimer-Demenz“ und der Person im Fragebogen „Ältere Menschen“ ergaben in drei der fünf Faktoren und im Gesamtmittel der Rechte signifikante Ergebnisse. Die „Rechte auf Privatsphäre und Information“ und „Rechte als mündiger Bürger“ wiesen nicht signifikante Ergebnisse auf.

Die Rechte als Gesamtmittel über alle Items aus dem Fragebogenteil „Rechte“ ergaben ein hoch signifikantes Ergebnis dahingehend, dass der Person in der Fragebogenversion „Ältere Menschen“ ohne der Nennung der psychiatrischen Diagnose Alzheimer-Demenz mehr Rechte zugesprochen wurden, als der Person in der Fragebogenversion „Menschen mit Alzheimer-Demenz“. Hiermit gilt die Hypothese, dass die psychiatrische Diagnose der Alzheimer-Demenz zu Folgen der Diskriminierung im Bereich der Rechte führt, als bestätigt. Die Tatsache, dass in den Fragebogenversionen die Symptome, anhand derer die Person beschrieben wurde, identisch waren und sich die Fallbeschreibungen nur durch die Anwesenheit einer

Diagnose unterschieden lässt den Schluss zu, dass die Diagnose Alzheimer-Demenz die betroffenen Menschen, in Hinblick auf die Rechte, zu einer diskriminierten Gruppe macht. Somit konnte nachgewiesen werden, dass eine psychiatrische Diagnose einen starken negativen Einfluss auf die Lebensführung in Hinblick auf die zugesprochenen Rechte hat. Menschen, welche eine psychiatrische Diagnose „tragen“, werden deutlich weniger Rechte zugesprochen. Eine Person welche die gleiche Symptomatik aufweist aber keine psychiatrische Diagnose gestellt bekommen hat, wird im Bereich der Rechte keiner Diskriminierung ausgesetzt. Dieses Ergebnis geht mit den Ergebnissen vorangegangener Studien über die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen konform. (Corrigan, Thompson, Lambert, Sangster, Noel & Campbell 2003)

Die Tatsache, dass psychiatrische Diagnosen einen solchen negativen Effekt erzielen, wurde häufig diskutiert. Die signifikanten Ergebnisse der Studie von Angermeyer & Matschinger (2003) wiesen nach, dass das Vorhandensein einer psychiatrischen Diagnose zu Stigmatisierung der Betroffenen führt. Des Weiteren bestätigt das signifikante Ergebnis der Skala „Rechte gesamt“ die Ergebnisse der Studie über die rechtliche Benachteiligung psychisch kranker Menschen. (Gutierrez- Lobos, 2002)

Die Untersuchungen auf den Einfluss des Wissens auf die Rechte als Gesamtmittel und auf die jeweiligen fünf Faktoren ergaben alle samt keine signifikanten Ergebnisse. Somit wird deutlich, dass das Wissen über die Demenz keinen Einfluss auf die zugeschriebenen Rechte hat. Menschen mit viel Wissen über die Demenz urteilten in Bezug auf die Rechte im gleichen Ausmaß wie Menschen mit wenig Wissen. Somit kann nicht bestätigt werden, dass durch eine Erhöhung des Wissens über die Demenz der Grad der Diskriminierung im Bereich der Rechte abnimmt. Diese nicht signifikanten Ergebnisse widersprechen der Studie von Werner (2003) und der Studie von Corrigan (2001), in welchen ein breiteres Wissen zu einer signifikanten Reduzierung der Stigmatisierung geführt hat.

Diese widersprechenden Ergebnisse könnten Auswirkungen des „Altersstereotyps“ sein. Unabhängig von einer psychiatrischen Diagnose der Alzheimer-Demenz werden ältere Menschen mit dem „Altersstereotyp“ konfrontiert. (Wancatca, Winkler, Topitz & Kutschelnigg, 2008) Für die Allgemeinbevölkerung bedeutet Altern häufig Verfall, Depression, kognitiver Abbau und Unselbstständigkeit. Diese Ansicht, unabhängig von der Diagnose Alzheimer, führt dazu, dass eine Aufklärung über diese Erkrankung zu keiner signifikanten Reduzierung der Diskriminierung führt, da die Wurzeln der Stigmatisierung nicht bei der Diagnose liegen. Diese Tatsache erklärt auch die widersprechenden Ergebnisse über den Einfluss des Wissens in Bezug auf andere psychiatrische Störungen und deren Diagnosen. So konnte ein signifikanter Einfluss

des Wissens auf die Reduzierung der Stigmatisierung der an Schizophrenie erkrankter Menschen nachgewiesen werden (Angermeyer & Matschinger, 2004). Diese widersprüchlichen Ergebnisse deuten auf die Präsenz des „Altersstereotyps“ in unserer Gesellschaft hin.

Untersuchungen in Hinblick auf eine Wechselwirkung zwischen der Fragebogenversion und dem Grad des Wissens ergaben keine signifikanten Ergebnisse. Dies ist die Folge der nicht signifikanten Ergebnisse in Hinblick auf den Einfluss des Wissens auf die Rechte in allen fünf Faktoren.

Somit können Ergebnisse vorangegangener Studien über den Einfluss des Wissens auf den Grad der Stigmatisierung in dem spezifischen Bereich der Alzheimer-Demenz nicht bestätigt werden. Neben den angeführten Punkten muss hierbei auf das neu konstruierte Instrument und die geringe Gruppengröße hingewiesen werden. Die beiden Aspekte könnten dazu beigetragen haben, dass mögliche Einflüsse nicht erhoben wurden. Auf der anderen Seite sprechen die Vergleiche mit vorangegangenen Studien für einen starken Einfluss des „Altersstereotyps“ hin. So könnte die Einstellung zu der älteren Bevölkerung im Allgemeinen einen möglichen Einfluss des Wissens überlagert haben. Weiter Untersuchungen in diesem Bereich würden diesen Zustand näher untersuchen können.

Emotionen

Die Untersuchungen der Hypothesen bezüglich der Emotionen gegenüber der Person im Fragebogen „Menschen mit Alzheimer-Demenz“ und der Person im Fragebogen „Ältere Menschen“ ergaben in allen vier Skalen kein signifikantes Ergebnis.

Die Auswertung der Hypothesen, ob Unterschiede in den Emotionen in Hinblick auf die beiden Fragebogenversionen nachzuweisen sind, ergab keine signifikanten Ergebnisse. Der Fragebogen „Menschen mit Alzheimer-Demenz“ zeigte keine Auswirkungen auf die Emotionen der Befragten. Des Weiteren konnten auch keine Unterschiede aufgrund von Wissen festgestellt werden. Lediglich die Skala „Ablehnende Emotionen“ wies einen signifikanten Einfluss des Wissens auf. Wechselwirkungen konnten nicht nachgewiesen werden.

Diese Ergebnisse können den signifikanten Einfluss der Alzheimer-Demenz auf die Emotionen nicht bestätigen. Die Studie von Werner & Davidson (2004) wies einen positiven Effekt der Beschreibung einer Alzheimer-Demenz als Vignette auf. In dieser

Studie konnten vermehrt positive Emotionen festgestellt werden. Prosoziales Verhalten konnte als Folge der Emotionen erhoben werden.

Die Studie der Stigmatisierung an Schizophrenie erkrankter Personen, welche negative Emotionen aufwiesen (Angermeyer & Matschinger, 2004) und die Folgen der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen auf emotionaler Ebene (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan & Kubiak, 2003) konnten einheitlich die Auswirkungen der psychiatrischen Diagnose auf die Emotionen nachweisen. Die Tatsache, dass es zu keinen Unterschieden in den Emotionen kam, lässt den Schluss zu, dass entweder der Begriff Alzheimer-Demenz nicht emotional gefärbt ist, oder der Begriff Alzheimer-Demenz durch die starken Emotionen gegenüber älteren Menschen im Allgemeinen keinen Einfluss hat. Wiederum muss hier auf den starken Einfluss des „Altersstereotyps“ hingewiesen werden. (Wancata, 2002)

Die Annahme ist aber dahingehend, dass das Bild der älteren Menschen in unserer Gesellschaft negativ gefärbt ist. Hier spielen auch wirtschaftliche Faktoren eine große Rolle. Eine schlechte wirtschaftliche Lage lässt Gedanken zu, welche die ältere Generation nur mehr als Belastung darstellen. Da sie nicht mehr als Weise oder Ratgeber fungieren, wie es damals in großen Familienverbänden der Fall war, lässt man sie zu einer einsamen, pflegebedürftigen und teuren Parallelgesellschaft werden. (Wancata & Kaiser, 2008) Die Emotionen gegenüber älteren Menschen, welche noch dazu kognitive Defizite aufweisen und der Pflege bedürfen, lösen so starke Emotionen aus, dass die Wirkung einer psychiatrischen Diagnose überlagert wird und keinen Einfluss mehr zeigt.

Soziale Distanz

Die Untersuchung der Hypothese bezüglich der sozialen Distanz gegenüber der Person im Fragebogen „Menschen mit Alzheimer-Demenz“ und der Person im Fragebogen „Ältere Menschen“ ergaben ein nicht signifikantes Ergebnis. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die soziale Distanz. Menschen mit, und ohne einer psychiatrischen Diagnose wurde im gleichen Ausmaß entgegengekommen.

Des Weiteren ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse in Bezug auf die drei Wissensgruppen. Es konnten keine Unterschiede in Bezug auf die soziale Distanz festgestellt werden. Die Untersuchung auf eine mögliche Wechselwirkung zwischen

der Fragebogenversion und dem Grad des Wissens in Bezug auf die soziale Distanz ergaben des Weiteren ein nicht signifikantes Ergebnis.

Die Studie von Werner (2005) konnte einen signifikanten Einfluss der Diagnose Alzheimer-Demenz auf die soziale Distanz nachweisen. Es konnte nachgewiesen werden, dass ein höheres Maß an Wissen über die Demenz Angst und Unsicherheit in Bezug auf mögliche Konsequenzen einer solchen Erkrankung auslöst. Da Alzheimer-Demenz durch ihren irreversiblen Verlauf und die schwerwiegenden Folgen negative Empfindungen auslöst, bewirkt ein Kontakt mit einer erkrankten Person, dass diese Empfindungen verstärkt wahrgenommen werden. (Werner, 2005)

Die nicht signifikanten Ergebnisse in Hinblick auf den Einfluss des Wissens könnten als Folge das nicht signifikante Ergebnis des Einflusses auf die soziale Distanz erklären. Des Weiteren konnten gefundene Ergebnisse aus Studien über die soziale Distanz und die Diagnose „Schizophrenie“ nicht bestätigt werden. (Katschnig, 2002) Somit konnte die Annahme, dass eine Reduzierung der negativen Auswirkungen einer Diagnose durch eine Erhöhung der sozialen Distanz (Werner, 2005) erlangt wird, nicht bestätigt werden.

Attribution

Die Untersuchung der Hypothese bezüglich der Attribution der Selbstverschuldung gegenüber der Person im Fragebogen „Menschen mit Alzheimer-Demenz“ und der Person im Fragebogen „Ältere Menschen“ ergab ein signifikantes Ergebnis. Das Ergebnis konnte zeigen, dass die Attribution auf Selbstverschuldung des Zustandes in der Vignette ohne Nennung der Diagnose höher ist, als im Fallbeispiel mit der Nennung der Diagnose Alzheimer-Demenz. Alzheimer ist eine gut umschriebene und bekannte Erkrankung aus dem psychiatrischen Formenkreis. (Werner, 2003) Alzheimer wird somit sehr wohl von Krankheiten wie Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit unterschieden, wo sehr oft ein Selbstverschulden attestiert wird.

Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass vermehrtes Wissen über die Demenz dazu führt, dass den Betroffenen kein Selbstverschulden zugeschrieben wird. Dies geht auf die Tatsache zurück, dass Demenz nicht selbstverschuldet auftritt und somit die Personen mit vermehrtem Wissen diesen Aspekt richtig wiedergeben konnten.

Gefährlichkeit

Die Untersuchung der Hypothese bezüglich der Gefährlichkeit gegenüber der Person im Fragebogen „Menschen mit Alzheimer-Demenz“ und der Person im Fragebogen „Ältere Menschen“ ergaben ein signifikantes Ergebnis.

Die Ergebnisse zeigen, dass die psychiatrische Diagnose Alzheimer-Demenz einen höheren Wert in der Gefährlichkeit aufzeigt. Eine erhöhte Attribution von Gefährlichkeit konnte in zahlreichen Studien zur Schizophrenie (Angermeyer & Schulze, 2002) belegt werden. Im Vergleich dazu löst die Diagnose Demenz gleichermaßen eine Attribution einer höheren Gefährlichkeit aus. Der Schluss, dass die Diagnose Alzheimer eine Wirkung zeigt, beruht auf der Tatsache, dass diese Erkrankung alte Menschen betrifft, welche kognitive Defizite aufweisen und somit unberechenbar werden. Im Allgemeinen gilt eine alte Menschen nicht als gefährlich, da körperliche Fähigkeiten und Stärken abnehmen und dieser somit nicht als potenzielle Gefahr angesehen wird. Dennoch wird aufgrund einer psychiatrischen Diagnose die Gefährlichkeit höher eingeschätzt, als es im Vergleich bei einem psychisch gesunden Menschen wäre. Die Tatsache, dass die Alzheimer-Demenz einen Zustand der kognitiven und persönlichen Verhaltensänderung bewirkt, löst bei anderen Menschen Unsicherheit und Angst aus. (Werner, 2003) Dies spiegelt sich in der erhöhten Bewertung der Gefährlichkeit wieder.

Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Wissensgruppen und der Wechselwirkung der beiden Faktoren festgestellt werden.

Die Studie von Proctor, Martin & Hewison (2002) konnte signifikante Ergebnisse in Hinblick auf den Einfluss Wissens und auf den Grad der zugeschriebenen Gefährlichkeit nachweisen. Ein vermehrtes Wissen äußerte sich in einem höheren Grad an Angst gegenüber der betroffenen Person. Diese Ergebnisse konnten nicht bestätigt werden, da kein signifikanter Einfluss des Wissens nachgewiesen werden konnte. Hierbei muss aber auf die geringe Stichprobengröße und das neu konstruierte Instrument hingewiesen werden, als mögliche Erklärung für das Fehlen eines signifikanten Ergebnisses.

17.2. Ergebnisse der Einflussfaktoren Fragebogenversion und Geschlecht

Rechte

Die Untersuchung der Hypothese bezüglich der Rechte gegenüber der Person im Fragebogen „Menschen mit Alzheimer-Demenz“ und der Person im Fragebogen „Ältere Menschen“ in Hinblick auf das Geschlecht ergab ein signifikantes Ergebnis.

Frauen schrieben signifikant mehr Rechte zu als Männer, unabhängig von der Nennung einer Diagnose.

Die Ergebnisse weisen auf die Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern hin. Während Frauen in ihrer Rolle in der Gesellschaft eher als warmherzig und fürsorglich gelten, nehmen Männer die Rolle des Beschützers und Versorgers ein. (Angermeyer, Matschinger & Holzinger, 1998) Somit spiegeln die Ergebnisse die Rollenaufteilung in der Gesellschaft wieder. Frauen agieren fürsorglicher, was sich an einer höheren Zusprechung von Rechten widerspiegelt. Männer zeigen weniger soziale, sondern eher pragmatische Überlegungen in Hinblick auf kranke Personen hin und schreiben diesen weniger Rechte zu. (Werner, 2003)

Dies äußert sich vor allem in der signifikanten Wechselwirkung des Geschlechtes und der Fragebogenversion. Männer schreiben bei der Nennung der Diagnose drastisch weniger Rechte zu als Frauen.

Emotionen

Es konnten keine signifikanten Unterschiede in den Faktoren Fragebogenversion und Geschlecht in Hinblick auf die Emotionen festgestellt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass es zu keinen differenten Emotionen in Bezug auf das Geschlecht gibt. Männer und Frauen weisen die gleichen Emotionen in Hinblick auf die Person in dem Fragebogen auf. Hierbei muss wieder auf die Sichtweise der Bevölkerung gegenüber älteren Menschen hingewiesen werden. (Wancata, 2008) Die Annahme, dass die Diagnose Alzheimer-Demenz keine unterschiedlichen Emotionen auslöst, kann durch das Ergebnis erweitert werden, dass es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt. Beide Geschlechter weisen keine Unterschiede in der emotionalen Reaktion auf die Person auf.

Dieses Ergebnis steht jedoch im Widerspruch zu dem signifikanten Ergebnissen in der Skala „Rechte“. Die Tatsache, dass Frauen signifikant mehr Rechte zusprechen, lässt es paradox erscheinen, dass es zu keinen signifikanten Ergebnissen bei den Emotionen kommt. Die Studie von Werner (2003) konnte signifikante Unterschiede in Hinblick auf das Geschlecht und Emotionen nachweisen. Dies kann nur teilweise durch das „Altersstereotyp“ erklärt werden.

Soziale Distanz

Die Auswertung der Hypothese, wonach es einen Unterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die soziale Distanz gibt, konnte bestätigt werden. Frauen weisen eine niedrigere soziale Distanz auf als Männer. Hierbei wird die gesellschaftliche Rolle der Frau als fürsorglich und warmherzig wieder aktiv. (Werner, 2003) Frauen neigen eher dazu, kranke Menschen zu versorgen und Hilfestellungen zu geben, als Männer dies tun würden. Diese Annahme bestätigt sich auch durch Beobachtungen von sozialen Berufen wie Krankenschwester oder (Alten-)Pflegerin. (Werner, 2003) Diese Berufsgruppen werden eindeutig von Frauen dominiert, wodurch die soziale Distanz gegenüber kranken Menschen geringer ausgeprägt zu sein scheint als bei Männern. Dies spiegelt sich in dem signifikanten Unterschied der sozialen Distanz zwischen Männern und Frauen wieder. (Angermeyer, Matschinger & Holzinger, 1998)

Gefährlichkeit

Frauen sprechen der Person mit der Nennung einer Alzheimer-Demenz signifikant weniger Gefährlichkeit zu als Männer. Auch bei diesem Ergebnis geht die Überlegung der Rollenverteilung mit ein. Die beiden Fallbeispiele lösen bei Frauen vermehrt Gefühle aus, welche eine Ablehnung der Person durch negative Attributionen verringern. Männer gehen bei der Fallbeschreibung rationaler vor und filtern Informationen heraus, welche Angst und Unsicherheit ohne Präsenz von Gefühlen des Mitleids oder Fürsorge. Dieses Ergebnis wird von der Studie von Werner (2005) bestätigt.

Jedoch muss hier auf das Paradoxon der nicht signifikanten Ergebnisse in den Skalen für „Emotionen“ hingewiesen werden. Dies könnten zum Teil durch die relativ kleine Stichprobe erklärt werden. Weitere Untersuchungen in Hinblick auf die Emotionen und das daraus resultierende Verhalten könnten zu einer genaueren Aufklärung beitragen.

Attribution

In Hinblick auf die Attribution konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. hierbei urteilen Männer und Frauen gleich. Dies lässt sich auf die Tatsache zurückführen, dass die Attribution mit dem Grad des Wissens zusammenhängt. Als bestätigt gilt, dass vermehrtes Wissen einen Effekt auf die Attribution hat und somit nicht mit dem Geschlecht zusammenhängt.

17.3. Mit der Untersuchung in Verbindung stehende Studien

Im folgenden Abschnitt werden die erzielten Ergebnisse mit Ergebnissen aus vorangegangenen Studien verglichen und diskutiert.

17.3.1. Diskriminierung

Wancata (2005) spricht von Menschen mit Demenz von einer diskriminierten Gruppe. Die Diskriminierung beruht auf den Einbußen der kognitiven und körperlichen Fähigkeiten, welche mit der Erkrankung an Demenz mit einher gehen. Die Tatsache, dass die Menschen im weiteren Verlauf der Erkrankung zunehmend hilfsbedürftig werden, lässt sie in den Augen der Bevölkerung als „anderswertig“ erscheinen. Durch den Verlust der Fähigkeit, mit der Außenwelt zu kommunizieren, Verlust des Gedächtnisses und weiteren Fehlhandlungen im Umgang mit den Außenstehenden kommt es zu einer Degradierung und Depersonalisierung dieser Menschen. Ihnen werden weniger Rechte zugesprochen in Hinblick darauf, dass es so besser für sie sei oder sie den Rechten nicht mehr bedürfen.

Die Isolation und Ausgrenzung aus der funktionierenden Gesellschaft wird als „strukturelle Diskriminierung“ bezeichnet. In den Untersuchungen von Corrigan (2005) konnte nachgewiesen werden, dass den psychisch kranken Menschen weniger Rechte von Seiten der Justiz, Wirtschaft und Politik zugesprochen werden. Psychisch kranken Menschen wird das Recht als mündige Bürger abgesprochen, wenn sie sich in die Gesellschaft nicht mehr eingliedern lassen. Die Pflege eines psychisch kranken Menschen zieht die Folge einer Entmündigung rasch nach sich. Diese Menschen werden als nicht Urteilsfähigkeit angenommen, sodass ihnen direkt oder indirekt Rechte abgesprochen werden. Auch in Österreich wird von einer rechtlichen Benachteiligung psychisch kranker Menschen gesprochen. Menschen mit Demenz sind davon nicht ausgeschlossen. (Gutierrez-Lobos, 2002)

Neben der Diskriminierung im Bereich der Rechte konnte eine höhere soziale Distanz psychisch kranken Menschen gegenüber nachgewiesen werden. Die Ergebnisse von Corrigan, Edwards, Green, Diwan & Penn (2001) konnten zeigen, dass eine psychische Erkrankung negative Empfindungen wie Angst und Unsicherheit auslöst. Durch den Kontakt mit den Betroffenen werden diese Empfindungen vermehrt wahrgenommen und der Wunsch nach der Reduzierung dieser Empfindungen lässt sich nur durch eine größere soziale Distanz erreichen. Die soziale Distanz als Folge der Diskriminierung hat für den Betroffenen viele negative Auswirkungen wie Isolation,

Ausgrenzung und Vereinsamung. Diese Ergebnisse konnten in dieser Diplomarbeit jedoch nicht bestätigt werden.

Es konnte nachgewiesen werden, dass psychische Krankheiten wie Schizophrenie meist negative Emotionen auslösen. Den Betroffenen wird eine erhöhte Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit attribuiert. (Corrigan, Rowan, Green, Diwan & Penn, 2001) Diese Ergebnisse konnten in dieser Studie nicht belegt werden. Hierbei spielt aber der Stellenwert der älteren Menschen in der Bevölkerung eine wichtige Rolle. Es kommt zu keinen unterschiedlichen Emotionen in Abhängigkeit der Diagnose Demenz. Überlagert wird dieser Effekt möglicherweise durch den starken emotionalen Hintergrund in Bezug auf alte Menschen im Allgemeinen. Des Weiteren konnte keine Zunahme der Gefährlichkeit nachgewiesen werden. Auch hier spielt der Faktor des hohen Alters eine zentrale Rolle. (Wancata, 2008) Im Vergleich dazu befinden sich schizophrene Patienten meist in einem mittleren Alter und weisen keinen körperlichen Abbau auf. Wohingegen Menschen mit Demenz sich im fortgeschrittenen Alter befinden und mit körperlichen Einbußen zu rechnen ist. Aus diesem Grund bewirkt die Diagnose einer Alzheimer-Demenz keine vermehrte Attribution von Gefährlichkeit.

17.3.2. Wissen als Strategie gegen Diskriminierung

Viele Konzepte zur Reduzierung der Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Menschen beruhen auf den Annahmen, dies durch Aufklärung und Vermittlung von Wissen erreichen zu können. (Corrigan, 2002) Dies beruht auf der Tatsache, dass durch das vermehrte Wissen Aspekte der Erkrankung besser eingeordnet werden können und somit besser mit der Situation umgegangen werden kann.

Im Vergleich zu den Ergebnissen dieser Studie konnte der Einfluss des Wissens auf die Diskriminierung an Demenz erkrankter Menschen nicht bestätigt werden. Vermehrtes Wissen hatte keinen positiven Einfluss auf die Zuschreibung von Rechten, sowie es keine signifikanten Ergebnisse im Bezug auf mögliche Wechselwirkung gab. Somit können Ergebnisse aus vorangegangenen Studien im Bereich der Demenz nicht bestätigt werden. Die Möglichkeit der Einstellung zur älteren Bevölkerung im Allgemeinen könnte eine wichtige Moderatorvariable spielen, sodass Untersuchungen in diesem Bereich von großer Wichtigkeit wären.

17.4. Grenzen der Untersuchung

Diese Untersuchung als Teil der Diplomarbeit beruht auf einer Stichprobengröße von 131 Personen. Diese Anzahl wird in wissenschaftlichen Studien meist deutlich überschritten, da viele statistische Methoden stark stichprobenabhängig sind. Für eine Faktorenanalyse gilt eine Stichprobengröße von 300 Personen als optimal. Des Weiteren wäre zur genaueren Abklärung der Einflussfaktoren auf Rechte, Emotionen oder soziale Distanz eine Berechnung mittels dreifacher Varianzanalyse von Vorteil. Hierbei gilt die Stichprobe als zu gering.

Anhand dieser Erhebung konnten einige Variablen untersucht werden, welche eine beinahe Signifikanz zeigten. ($p= 0,055$) Weitere Interpretationen waren nicht möglich, da zu weiteren Untersuchungen in diesen speziellen Bereichen mehr Personen von Nöten gewesen wären.

Eine weitere Begrenzung ergibt sich daraus, dass viele Ergebnisse nicht eindeutig interpretierbar sind. Der Grund für nicht signifikante Ergebnisse, welche den vorangegangenen Studien widersprechen, können nicht eindeutig interpretiert werden. Für eindeutige Erklärungen müssten weitere Variablen untersucht und berücksichtigt werden. In diesen Fällen reicht die Anzahl der Personen pro interessierenden Faktor für eine weitere Berechnung nicht aus.

Teile des Fragebogens weisen sehr niedrige Reliabilitäten auf. Hierbei müssen die folgenden Ergebnisse unter Vorbehalt interpretiert werden.

Aufgrund von Verletzungen der Voraussetzungen in Hinblick auf die statistischen Methoden, müssen auch diese Ergebnisse unter Vorbehalt interpretiert werden.

17.5. Schlussfolgerung

Die Studie zur Abklärung möglicher Einflussfaktoren auf die Diskriminierung psychisch kranker Menschen zeigte eindeutige Ergebnisse in rechtlichen Bereichen und nicht eindeutig interpretierbare Ergebnisse in Bereichen der sozialen Distanz und weiteren Teilen des Fragebogens. Aufgrund der genannten Grenzen der Untersuchung können Ergebnisse nur bedingt generalisiert werden. Besonders durch die geringe Stichprobengröße in Hinblick auf wissenschaftliches Arbeiten und Verletzungen von Voraussetzungen für die Anwendung von statistischen Verfahren muss bei der Interpretation und Verwendung der Ergebnisse auf inhaltliche und theoretische Überlegungen zurückgegriffen werden. Widersprechende Ergebnisse dieser

Untersuchung gegenüber wissenschaftlichen Studien in diesem Bereich können nur bedingt erklärt werden. Eine Abklärung der Ergebnisse wäre ein Anliegen weiterführender Untersuchungen in diesem Bereich.

17.6. Ausblick

Die Untersuchung der Diplomarbeit befasste sich mit dem Thema Stigma und der Diskriminierung psychisch kranker Menschen. Hypothesen über die Auswirkung der Diagnose Alzheimer auf Rechte, Emotionen und soziale Distanz sollten die derzeitige Situation der Betroffenen darlegen.

Es konnte ein signifikanter Einfluss der Diagnose auf die Rechte der Person festgestellt werden. Aufgrund der nicht signifikanten Ergebnisse in Hinblick auf Emotionen und die soziale Distanz lassen einen weiteren Faktor im Zusammenspiel der Diagnose Demenz und dem Einfluss auf den Betroffenen vermuten. Weitere Studien könnten klären, ob ein wichtiger Faktor der Stellenwert der älteren Menschen in der Bevölkerung darstellt. Da auch das Wissen keinen signifikanten Einfluss auf die Auswirkung der Diagnose Demenz insbesondere auf die Rechte hatte, müsste in weiterer Folge eine mögliche Ursache dafür erforscht werden. Mögliche Hypothesen könnten sich auf die Sicht der Bevölkerung in Hinblick auf ältere Menschen beziehen. Hierbei könnte untersucht werden, ob die Diagnose Demenz zu keiner Diskriminierung führt oder ob die Tatsache einer bereits diskriminierten Gruppe aufgrund des Alters einen möglichen Effekt der Diagnose Demenz überlagert.

Des Weiteren fielen Hypothesen, welche Unterschiede im Wissen feststellen sollten, knapp nicht signifikant aus. Es konnte dennoch eine Tendenz des Einfluss erkannt werden. Hierbei könnte eine größere Stichprobe und die Berücksichtigung mehrere Variablen eindeutigere Ergebnisse aufzeigen. Insbesondere sollte die Einstellung der Bevölkerung in Hinblick auf ältere Menschen genauer untersucht werden. Da sowohl die Einstellungen als auch das Verhalten diesen Menschen gegenüber unabhängig von psychiatrischen Diagnosen zunehmend negativer wird. Dieser Entwicklung gilt es Einhalt zu gebieten, um eine höhere Lebensqualität für die ältere Generation zu ermöglichen.

18. Zusammenfassung

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurde das Thema Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Menschen behandelt. Ergebnisse aus Studien und die Literatur befassten sich mit den Ursachen und Folgen der Stigmatisierung psychisch Kranker. Das Thema wurde sowohl historisch als auch fächerübergreifend behandelt und wiedergegeben. Des Weiteren wurde besonders auf die Folgen der Stigmatisierung in Form der Diskriminierung in verschiedenen Bereichen der Lebensführung eingegangen.

Wichtige Erkenntnisse aus vorangegangenen Studien wurden kurz dargestellt und zur Ableitung von Hypothesen dieser Arbeit herangezogen. Besonders stark wurde auf die rechtliche Diskriminierung und soziale Distanz Bezug genommen. Des Weiteren wurden Aspekte wie Emotionen, Attributionen und Gefährlichkeit, welche durch eine Fallbeschreibung einer psychisch kranken Person ausgelöst wurden, untersucht.

Im Empirieteil wurden aufgestellte Hypothesen in Hinblick auf Rechte, Emotionen, Gefährlichkeit, Attribution und soziale Distanz untersucht. Ergebnisse konnten im Bereich der Rechte signifikante Unterschiede zwischen den Fragebogenversionen mit und ohne Nennung einer Diagnose zeigen. In Bereichen der Emotionen, Attributionen und der Gefährlichkeit konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Um den Einfluss des Wissens über die Demenz-Erkrankung zu untersuchen, wurde mittels Wissensfragebogen das individuelle Wissen der Befragten erhoben. Ergebnisse zeigten wenig Einfluss des Wissens auf Bereiche der Rechte, Emotionen und der sozialen Distanz. Bereiche der Attribution und Gefährlichkeit wurden durch den Grad des Wissens nicht beeinflusst.

Untersuchungen zum Einfluss des Geschlechtes auf die Bereiche Rechte, Emotionen und soziale Distanz ergaben, dass Frauen mehr Rechte zuschreiben und eine geringere soziale Distanz aufweisen. Diese Ergebnisse lassen sich teils durch die weiblichen Attribute wie vermehrte Fürsorglichkeit und Warmherzigkeit im Vergleich zu Männern interpretieren.

Ergebnisse, welche den vorangegangenen Studien widersprechen, lassen sich durch Faktoren wie den Stellenwert älterer Menschen in der Gesellschaft zum Teil erklären.

Somit ergeben sich signifikante Ausmaße der Diskriminierung von Menschen mit der Diagnose Alzheimer-Demenz in rechtlichen Bereichen. Weitere Bereiche scheinen nicht betroffen zu sein, wohingegen der Einfluss weiterer Variablen nicht untersucht

wurde. Der Einfluss der Diagnose Alzheimer-Demenz zeigt somit durchschnittliche Auswirkungen auf eine mögliche Diskriminierung. Dieses Ergebnis bedarf weitergehender Untersuchungen, auch in Hinblick auf den Stellenwert der älteren Bevölkerung in der Gesellschaft.

20. Literaturverzeichnis

- Althaus, D., Stefanek, J., Hasford, J. & Hegerl, U. (2002). Wissensstand und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu Symptomen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen. *Nervenarzt*, 73, 659-664.
- Angermeyer, M.C., Beck, M. & Matschinger, H. (2003). Determinants of the Public's Preference for Social Distance From People With Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 663-668.
- Angermeyer, M.C., Buyantugs, L., Kenzine, D.V. & Matschinger, H. (2004). Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences? *Acta Psychiatr Scand*, 109: 420-425.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (2004). Labeling- stereotype- discrimination. An investigation of the stigma process. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 391-395.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H. & Holzinger, A. (1998). Gender and attitudes towards people with schizophrenia. Results of a representative survey in the Federal Republic of Germany. *Int J Soc Psychiatr*, 44 (2): 107-116.
- Angermeyer, M. & Matschinger, H. (2004). The Stereotype of Schizophrenia and Its Impact on Discrimination Against People With Schizophrenia: Results From a Representative Survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1049-1061.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 108, 304-309.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H. & Corrigan, P.W. (2003). Familiarity with mental illness and social distance from people with Schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69, 175-182.
- Angermeyer, M.C. & Schulze, B. (2002). Interventionen zur Reduzierung des Stigmas der Schizophrenie: Konzeptuelle Überlegungen. *Neuropsychiatrie*, 16, 39-45.
- Angermeyer, M.C. & Zaumseil, M. (1997). *Verrückte Entwürfe*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Arai, Y., Arai, A. & Zarit, H. (2008). What do we know about dementia?: a survey on knowledge about dementia in the general public of Japan. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23, 433-438.
- Baumann, A., Zaeske, H. & Gaebel, W. (2003). Das Bild psychisch Kraker im Spielfilm: Auswirkungen auf Wissen, Einstellungen und soziale Distanz am Beispiel des Films „Das weiße Rauschen“. *Psychiatrische Praxis*, 30, 372-378.
- Benbow, S.M. & Reynolds, D. (2000). Challenging the stigma of Alzheimer's disease. *Hospital Medicine*, 61, 174-177.
- Benyamini, Y., McClain, C., Leventhal, E.A. & Leventhal, H. (2003). Living with the worry of cancer: health perceptions and behaviours of elderly people with self, vicarious and no history of cancer. *Psychological Oncology*, 12, 161-172.

- Beyreuther, K., Einhäupl, K.M., Förstl, H. & Kurz, A. (2002). *Demenzen. Grundlagen und Klinik*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Bortz, J. (2005). *Statistik*. (6., überarbeitete Aufl.) Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation*. (3., überarbeitet Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Comer, R.J. & Sartory, G. (2008) *Klinische Psychologie*. (Kapitel 1). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Corrigan, P.W. (2005) *On the Stigma of Mental Illness*. Washington : American Psychiatric Association.
- Corrigan, P.W., Backs, A., Green, A., Diwan, S. & Penn, D. (2001) Prejudice, social distance and familiarity with mental illness. *Psychiatric Service*, 27, 219-226.
- Corrigan, P.W., Larson, J.L. & Kuwabara, S.A. (2007). Mental Illness Stigma and the Fundamental Components of Supported Employment. *Rehabilitation Psychology*, 52, 451-457.
- Corrigan, P.W., Markowitz, F.E. & Watson, A.C. (2004). Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 481-491.
- Corrigan, P.W., Markowitz, F.E., Watson, A.C., Rowan, D. & Kubiak, M.A. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*; 44, 162-179.
- Corrigan, P.W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff- Wasowski, K., White, K. & Kubiak, M.A. (2002). Challenging Two Mental Illness Stigmas: Personal Responsibility and Dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 293-309.
- Corrigan, P.W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff- Wasowski, K., White, K. & Kubiak, M.A. (2002). Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 187-195.
- Corrigan, P.W., Edwards, B.A., Green, A., Diwan, L.S. & Penn, L.D. (2001). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 219-225.
- Corrigan, P.W., Thompson, V., PhD, Lambert, D., PhD, Sangster, Y., PhD, Noel, J.G., PhD & Campbell, J., PhD. (2003). Perceptions of Discrimination Among Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 54, 1105-1110.
- Crisp, A.H., Gelder, M.G. Rix, S., Meltzer, H.I. & Rowlands, O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Crocker, J. (1999). Social Stigma and Self-Esteem: Situational Construction of Self-Worth. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35, 89-107.
- De Mendonça Lima C. A., Levav, I., Jacobsson, L., Rutz, W. (2003). Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 679-682.
- Dilling, H., Mombour W., Schmidt, M.H. & Schulte – Markwort, E. (Hrsg.). (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD – 10 Kapitel V (F)*.

Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis (5., korrigierte und ergänzte Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

- Fetka- Einsiedler, G. & Förster, G. (1994). *Diskriminiert?* Graz: Leykam Verlag.
- Finzen, A. (2000). *Psychose und Stigma*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Gaebel, W., Baumann, A., Witte, M. & Zaeske, H. (2002). Public attitudes towards people with mental illness in six German cities. *Eur Arch Psychiatry Clinics Neuroscience*, 252, 278-287.
- Gaebel, W., Möller, H. & Rössler, W. (2005). *Stigma- Diskriminierung- Bewältigung*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Goffman, E. (1997). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Graham, C., Ballard, C. & Sham, P. (1997). Carers' Knowledge Of Dementia And Their Expressed Concerns. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 470- 473.
- Graham, N., Lindesay, J., Katona, C., Bertolote, J.M., Camus, V.& Copeland, J.R.M. et al. (2003). Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensus statement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 670-678.
- Grausgruber, A., Katschnig, H., Meise, U. & Schöny, W. (2002). Einstellungen der österreichischen Bevölkerung zur Schizophrenie. *Neuropsychiatrie*, 16, 54-67.
- Gutiérrez- Lobos, K. (2002). Rechtliche Benachteiligung psychisch Kranker in Österreich. *Neuropsychiatrie*, 16, 22-26.
- Gupta, A. & Thomas, P. (2002). Knowledge of stroke symptoms and risk factors among at- risk elderly patients in teh UK. *International Journal of Clinical Practice*, 56, 634-637.
- Harnois, G. & Gabriel, Ph. (2000). Mental health and work: Impact, issues and good practices. Geneva: WHO.
- Helmchen, H. (2005). Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. *Nervenarzt*, 77, 271-275.
- Helmchen, H. (2003). Krankheitsbegriff und Anspruch auf medizinische Leistungen. *Nervenarzt*, 74, 395-397
- Helmchen, H. (2001). Unterschwellige psychische Störungen. *Nervenarzt*, 72, 181-189.
- Herkner, W. (2004). *Lehrbuch Sozialpsychologie* (2., unveränderte Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Hillmann, K.H. (1994). *Wörterbuch der Soziologie*. Stuttgart: Kröner Verlag.
- Jolley, D.J.& Benbow, S.M. (2000). Stigma and Alzheimer's disease: causes, consequences and a constructive approach. *International Journal of Clinical Practice*, 54, 117-119.
- Katschnig, H. (2002). Stigmarelevante historische Wurzeln des Schizophreniekonzepts in Kraepelins, Bleulers und Schneiders Werk. *Neuropsychiatrie*, 16, 11-19.

- Keller, J. (2008). Stereotype, Vorurteile und soziale Diskriminierung. Theorie, Befunde und Interventionen. *Weinheim: Beltz Verlags Union*.
- Lenz, G. & Küfferle, B. (2002). *Klinische Psychiatrie*. (2., neubearbeitete Auflage). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Link, B., Cullen, F., Frank, J. & Wozniak, J. (1987). The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *The American Journal of Sociology*, 92, 1461-1500.
- Link, B.G., PhD, Phelan, J.C., PhD, Bresnahan, M., MPH, Stueve, A., PhD & Pescosolido, B.A., PhD. (1999). Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. *American Journal of Public Health* 89, 1328-1333.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annu. Rev. Sociol.* 27. 363-385.
- Maier, W. (2001). Unterschwellige psychische Störungen. Das Problem der Spezifität unspezifischer Diagnosen. *Nervenarzt*, 72, 167-168.
- Mummendey, A., Otten, S., Berger, U. & Kessler, T. (2000) Positive-negative asymmetry in social discrimination: Valence of evaluation and salience of categorization. *Personality-and-Social-Psychology-Bulletin*, 26 (10), 1258-1270.
- Ottati, V., Bodenhausen, G. & Newmann, L. (2005). Social Psychological Models of Mental Illness Stigma. In: P. Corrigan (Ed.) *On the Stigma of Mental Illness*. (S. 99-128) Washington: American Psychological Association.
- Pentzek, M., Fuchs, A. & Abholz, H.H. (2005). Die Einstellung der Hausärzte zu Demenz. Kognitive, affektive und externe Komponenten. *Nervenheilkunde*, 24, 499- 506.
- Pescosolido, B.A., PhD, Monahan, J., PhD, Link, B.G., PhD, Stueve, A., PhD, & Kikizawa, S. (1999). The Public's View of the Competence, Dangerousness, and Need for Legal Coercion of Persons With Mental Health Problems. *American Journal of Public Health*, 89, 1339-1345.
- Pederson, W.C., Gonzales, C. & Miller, N. (2000). The moderating effect of trivial triggering provocation on aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 913-927.
- Proctor, R., Martin, C. & Hewison, J. (2002). When a little knowledge is a dangerous thing...: a study of carer's knowledge about dementia, preferred coping style and psychological distress. *Int J Geriatr Psychiatry*, 17, 1133-1139.
- Pupato, K. (2002). Die Darstellung psychischer Störungen im Film. *Bern: Lange Verlag*.
- Purandare, N., Luthra, V., Swarbrick, C. & Burns, A. (2007). Knowledge of dementia among South Asian (Indian) older people in Manchester, UK. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 22, 777-781.
- Reisberg, B. (2006). *Hirnleistungsstörungen : Alzheimersche Krankheit und Demenz*. Weinheim: Psychologie-Verlag.
- Rüsch, N., Angermeyer, M.C. & Corrigan, P.W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.

- Sartorius, N. (2002). Eines der letzten Hindernisse einer verbesserten psychiatrischen Versorgung: Das Stigma psychischer Erkrankung. *Neuropsychiatrie*, 16, 5-10.
- Schramme, T. (2000). *Patienten und Personen*. Frankfurt: Fischer Verlag.
- Schulze, B. (2000). Stigmatisierungserfahrungen schizophrener Erkrankter und ihrer Angehörigen. Ergebnisse einer bundesweiten Fokusgruppenstudie. *ZNS-Journal*, 21, 3-12.
- Schulze, B. & Angermeyer, M.C. (2002). Perspektivenwechsel: Stigma aus Sicht schizophrener Erkrankter, ihrer Angehörigen und von Mitarbeitern in der psychiatrischen Versorgung. *Neuropsychiatrie*, 16, 78-86.
- Schulze, B. & Angermeyer, M.C. (2003). Subjective experience of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science and Medicine*, 56, 299-312.
- Schöny, W. (2002). Schizophrenie hat viele Gesichter- Die österreichische Kampagne zur Reduzierung des Stigmas und der Diskriminierung wegen Schizophrenie. *Neuropsychiatrie*, 16, 48-53.
- Staudinger, U.M., Smith, J. & Bales, P.B. (1992). Wisdom-related knowledge on a lifereview task: age differences and the role of professional specialization. *Psychological Aging*, 7, 271-281.
- Tajfel, H. (1982). *Gruppenkonflikt und Vorurteil. Entstehung und Funktion sozialer Stereotypen*. Bern: Huber Verlag.
- Wancata, J. (2003) *Grauzone - Die Versorgung älterer psychisch Kranker*. Innsbruck : Verl. Integrative Psychiatrie.
- Wancata, J. (2002). Stigma- ein Kommentar aus gerontopsychiatrischer Perspektive. *Neuropsychiatrie*, 16, 115-116.
- Wancata, J. & Kaiser, G. (2008). Dimensionen der psychosozialen Versorgung alter Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21 (1), 11-19.
- Wancata, J., Kaup, B. & Krautgartner, M. (2001). Die Entwicklung der Demenzerkrankung in Österreich vom Jahr 1951 bis zum Jahr 2050. *Wiener klinische Wochenschrift*, 113, 172-180.
- Wancata, J., Winkler, J., Topitz, K. & Kutschnigg, A. (2008). Demenz- Menschen mit Alzheimer. *Vortrag an der medizinischen Universität Wien zum Thema Demenz, Medizinische Universität Wien*.
- Wancata, J., Windhaber, J., Friedmann, A., Fischer, P. Rainer, M., Wuschitz, A., et.al. (1998). Die Pflege von Demenzkranken durch ihre Partner. *Gemeindenahe Psychiatrie*, 19, 3-15.
- Werner, P. (2001). Correlates of family caregivers knowledge about Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 32-38.
- Werner, P. (2005). Social distance towards a person with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 182-188.
- Werner, P. (2003). Knowledge about symptom's of Alzheimer's disease: correlates and relationship to help-seeking behaviour. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1029-1036.

- Werner, P. & Davidson, M. (2004). Emotional reactions of lay persons to someone with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 391-397.
- Werner, P. (2006). Lay perceptions regarding the competence of persons with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 674-680.
- Werner, P. (2007). Family Physicians' perceptions and predictions regarding the competence of a person with Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 320-326.

21. Anhang

21.1. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Reliabilität der Faktoren „Rechte“	58
Tabelle 2 Reliabilität des Fragebogenteils „Emotionen“	60
Tabelle 3 Reliabilität der weiteren Fragebogenteile	61
Tabelle 4 Schweregrad der Items	63
Tabelle 5 Gewichtungen der Items	63
Tabelle 6 Deskriptive Statistik der Stichprobe „Alter“	66
Tabelle 7 Deskriptivstatistik der Stichprobe „Geschlecht“	67
Tabelle 8 Deskriptivstatistik der Stichprobe „Vignette vs. Fallbeispiel“	67
Tabelle 9 Deskriptivstatistik der Stichprobe „Ausbildung“	67
Tabelle 10 Deskriptivstatistik der Stichprobe „Wissensgruppen“	68
Tabelle 11 Deskriptive Statistik „Kontakt zu Menschen mit Demenz“	68
Tabelle 12 Deskriptive Statistik „Wahrscheinlichkeit selber an einer Demenz zu erkranken“	68
Tabelle 13 Deskriptive Statistik „an Demenz leidende Angehörige“	69
Tabelle 14 Ergebnisse „Rechte gesamt“	71
Tabelle 15 Ergebnisse „Rechte auf Privatsphäre und Information“	72
Tabelle 16 Ergebnisse „Rechte auf eigenständige Lebensführung“	72
Tabelle 17 Ergebnisse „Rechte als mündiger Bürger“	73
Tabelle 18 Ergebnisse „Rechte mit hoher Eigenverantwortung“	73
Tabelle 19 Ergebnisse „Entscheidungsübernahme durch signifikant Andere“	74
Tabelle 20 Ergebnisse „Unangenehme Emotionen“	75
Tabelle 21 Ergebnisse „Ablehnende Emotionen“	75
Tabelle 22 Ergebnisse „Prosoziale Emotionen“	76
Tabelle 23 Ergebnisse „Ängstliche Emotionen“	77
Tabelle 24 Ergebnisse „soziale Distanz“	78
Tabelle 25 Ergebnisse „Gefährlichkeit“	78
Tabelle 26 Ergebnisse „Attribution“	79
Tabelle 27 Ergebnisse „Rechte gesamt abh. vom Geschlecht“	80
Tabelle 28 Ergebnisse „Rechte auf Privatsphäre und Information abh. vom Geschlecht“	81
Tabelle 29 Ergebnisse „Rechte auf eine eigenständige Lebensführung abh. vom Geschlecht“	82
Tabelle 30 Ergebnisse „Rechte als mündiger Bürger abh. vom Geschlecht“	83
Tabelle 31 Ergebnisse „Rechte mit hoher Eigenverantwortung abh. vom Geschlecht“	84
Tabelle 32 Ergebnisse „Entscheidungsübernahme durch signifikant Andere abh. vom Geschlecht“	84
Tabelle 33 Ergebnisse „soziale Distanz abh. vom Geschlecht“	85
Tabelle 34 Ergebnisse „Gefährlichkeit abh. vom Geschlecht“	85
Tabelle 35 Ergebnisse „Attribution abh. vom Geschlecht“	86
Tabelle 36 Emotionen abh. vom Geschlecht	87

21.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Faktorenanalyse „Fragebogenteil Rechte“	55
Abbildung 2 Faktorenanalyse „Emotionen“	59
Abbildung 3 Profildigramm „Rechte“	80
Abbildung 4 „Rechte auf Privatsphäre und Information abh. vom Geschlecht“	82

21.3 Fragebogenversionen

„Menschen mit Alzheimer-Demenz“

Frau M. ist 75 Jahre alt und seit 7 Jahren verwitwet. Da sie schon seit einigen Jahren an hoher Vergesslichkeit und Konzentrationsschwierigkeiten litt, suchte Frau M. auf Wunsch ihrer Tochter vor einem Jahr einen Arzt auf. Dieser führte mit ihr verschiedene Tests und Untersuchungen durch und diagnostizierte Alzheimer-Demenz. Obwohl ihre Familie aussagt, dass Frau M. noch in der Lage sei, alleine zu Hause zu wohnen und sich selbst zu versorgen, lebt sie seit 2 Monaten in einem Altersheim. Mittlerweile hat ihre Vergesslichkeit sich verschlimmert und sie hat Probleme beim Lernen von neuem; alte Gedächtnisinhalte sind jedoch kaum beeinträchtigt. Im Organisieren von Tätigkeiten und bei alltäglichen Aufgaben gibt es Schwierigkeiten; auffällig ist auch, dass sie starke Rechenprobleme hat. Obwohl Frau M. auf den ersten Eindruck keine Kommunikationsschwierigkeiten zu haben scheint, ist ihre Sprache stockender und weniger präzise als früher. Sie fühlt sich oft überfordert, ist reizbar und wirkt depressiv und ängstlich; körperliche Beschwerden liegen nicht vor.

„Ältere Menschen“

Frau M. ist 75 Jahre alt und seit 7 Jahren verwitwet. Da sie schon seit einigen Jahren an hoher Vergesslichkeit und Konzentrationsschwierigkeiten litt, suchte Frau M. auf Wunsch ihrer Tochter vor einem Jahr einen Arzt auf. Obwohl ihre Familie aussagt, dass Frau M. noch in der Lage sei, alleine zu Hause zu wohnen und sich selbst zu versorgen, lebt sie seit 2 Monaten in einem Altersheim. Mittlerweile hat ihre Vergesslichkeit sich verschlimmert und sie hat Probleme beim Lernen von neuem; alte Gedächtnisinhalte sind jedoch kaum beeinträchtigt. Im Organisieren von Tätigkeiten und bei alltäglichen Aufgaben gibt es Schwierigkeiten; auffällig ist auch, dass sie starke Rechenprobleme hat. Obwohl Frau M. auf den ersten Eindruck keine Kommunikationsschwierigkeiten zu haben scheint, ist ihre Sprache stockender und weniger präzise als früher. Sie fühlt sich oft überfordert, ist reizbar und wirkt depressiv und ängstlich; körperliche Beschwerden liegen nicht vor.

21.4 Wissensfragebogen

Wissensfragebogen

Der zweite Teil dieses Fragebogens, bezieht sich auf Ihr Wissen zu dem Thema Demenz. Bitte beantworten Sie auch hierbei alle Fragen sorgfältig, und lassen keine aus. Kreuzen Sie die Ihrer Meinung nach **EINE** richtige Antwort an. Bitte antworten sie ehrlich und raten Sie nicht, es handelt sich hierbei um keine herkömmliche Benotung oder Bewertung Ihres Wissens.

1. Welche der folgenden Typen der Demenz, kommt am häufigsten vor?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| a) Vaskuläre Demenz | d) Lewy Körperchen Demenz |
| b) Parkinson'sche Demenz | e) HIV/ Aids folge Demenz |
| c) Alzheimer Demenz | f) Kreuzfeld- Jakob Demenz |

2. Welcher der folgenden Risikofaktoren, stellt die größte Gefahr dar, an Demenz zu erkranken?

- a. Falsche Ernährung
- b. Alkohol
- c. Alter
- d. Stress

3. Glauben sie, dass die Wahrscheinlichkeit, dass sie an Demenz erkranken, höher ist, wenn ein Mitglied ihrer Familie an Demenz leidet?

Ja Nein Ich habe mich damit nicht auseinander gesetzt

4. Welches Geschlecht erkrankt mit höherer Wahrscheinlichkeit an Demenz?

- a. Frauen
- b. Männer
- c. Beide gleich

5. Menschen mit niedriger Ausbildung, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken.

Ja Nein Ich habe mich damit nicht auseinander gesetzt

6. Die Demenz- Erkrankung, schreitet voran.

- a. Schnell
- b. Langsam
- c. Manche schnell ,andere langsam

7. Das erste Anzeichen von Demenz, ist das Auftreten von körperliche Gebrechen.(z.B. vermehrte Gehschwierigkeiten, schlechteres Sehvermögen etc.)

Ja Nein Ich habe mich damit nicht auseinander gesetzt

8. Demenz im Anfangsstadium kann unter Umständen, mit einer Depression verwechselt werden.

Ja Nein Ich habe mich damit nicht auseinander gesetzt

9. Ein Klimawechsel in wärmere Gebiete, verbessert den Zustand der Demenz.

Ja Nein Ich habe mich damit nicht auseinander gesetzt

10. Welche Form der Therapie, ist die effektivste bei der Demenz?

- a. Beschäftigungstherapie
- b. Medikamentöse Therapie
- c. Beide zusammen
- d. Keine der genannten

11. Es gibt zur Zeit keine Therapieform, welche Demenz schnell und vollkommen stoppt.

Ja

Nein

Ich habe mich damit nicht auseinander gesetzt

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

21.5 Abstract

Objectives This study examines the reactions of the public towards people Diagnosed with Alzheimer's disease. Determinants of discrimination (e.g. social distance, attribution, emotional reactions) were measured using two different vignettes (with /without naming Alzheimer) and the correlates to knowledge about the disease.

Participants A total sample of 131 persons of high, middle and low knowledge about AD were tested for the degree of discrimination towards the people in the vignette.

Method The effects of emotional reaction, social distance, acknowledgment of rights, attribution and dangerousness of the person in the vignette (diagnosis AD vs. no diagnosis AD) examined for a correlation with the degree of knowledge.

Result The participants' knowledge about AD had almost no effect on the Determination of discrimination. High effect between the two vignettes could be found in personal rights, attribution and perceived dangerousness. People in the vignette without a diagnosis were conceded more personal rights, a more positive attribution and less dangerousness. Further differences could be found between men and women. Women showed more pro social behavior in personal rights towards the people diagnosed with AD.

Conclusion Increasing the knowledge about AD is not as important as improving the attitude towards older people in general. Results show that discrimination against older people is independent from the diagnosis AD. Campaigns should focus on attitudes towards older people and improve them.

Untersuchung Diese Studie untersuchte die Reaktionen der Bevölkerung gegenüber Personen mit der Diagnose Alzheimer. Bereiche der Diskriminierung (z.B. soziale Distanz, Attribution, Emotionen) wurden mittels zwei Fragebogenversionen einer Vignette (mit / ohne Nennung der Diagnose Alzheimer) untersucht. Des Weiteren wurde der Effekt des Wissens über Alzheimer auf die Diskriminierung untersucht.

Personen Die gesamte Stichprobe von 131 Personen unterteilt in viel, durchschnittliches und wenig Wissen wurde auf den Grad der Diskriminierung gegenüber der Person in der Vignette untersucht.

Methode Die Effekte in Bereichen wie Emotionen, soziale Distanz, persönlich Rechte, Attribution und Gefährlichkeit ausgehend von den Fragebogenversionen und dem Zusammenhang mit dem Grad des Wissens wurden auf Signifikanz überprüft.

Ergebnisse Der Grad des Wissens hatte meist keinen Einfluss auf den Grad der Diskriminierung. Hoch signifikante Unterschiede ergaben sich in den Rechten, Attribution und Gefährlichkeit. Der Person ohne Nennung der Diagnose Alzheimer wurden signifikant mehr Rechte, eine positivere Attribution und eine geringere Gefährlichkeit zugesprochen. Weitere Unterschiede konnten in Bezug auf das Geschlecht festgestellt werden. Frauen zeigten eine stärkere prosoziale Haltung gegenüber den Rechten der Person in der Vignette.

Interpretation Vermehrtes Wissen über die Alzheimer- Erkrankung hat keinen Effekt Reduzierung der Diskriminierung. Die Ergebnisse zeigen, dass die Stigmatisierung älterer Menschen unabhängig von der Diagnose Alzheimer- Demenz ist. Programme zur Verbesserung der Situation müssten an der generellen Einstellung der Bevölkerung zu älteren Menschen ansetzen.

Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe und, dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, am 12.06.2009

U.:.....

Lebenslauf

Angaben zur Person

Name	Artych Anna
Adresse	1140 Wien, Vogtgasse 5/1/38
Telefon	+43 699/10 866 543
E-Mail	anna.artych@gmx.at
Geburtsdatum	18.08.1984
Familienstand	ledig
Staatsbürgerschaft	Österreich

Ausbildung

Seit Oktober 2008	Selbsterfahrung in psychoanalytischer Gruppe
Seit Oktober 2005	Inskription Psychotherapeutisches Propädeutikum Hopp geplanter Abschluss Juni 2009
seit Oktober 2004	Studium Psychologie , Universität Wien
Beginn der Diplomarbeit	WS 08/09; geplanter Abschluss Juni 2009
2007 bis 2009	Absolvierung von Seminaren mit wirtschaftlichen Schwerpunkten: Coaching; Recruitment; Motivation in Organisationen: Mitarbeiterzufriedenheit; Kommunikation in Organisationen;
2004 bis 2007	Jährliche Wochenend- Führungsseminare; Weiterbildung in Bereichen Führung, Motivation, Zeitmanagement, Gruppendynamik und Coaching
Juni 2003	Matura Realgymnasium Astgasse; Schwerpunkt Mathematik und Geschichte; Abschluss mit gutem Erfolg
1995 bis 2003	Realgymnasium Astgasse Goethegymnasium

Berufliche Tätigkeiten

September 2008	3- Monats Praktikum im AKH, biologische Psychiatrie Station 4D; im Rahmen des psychotherapeutischen Propädeutikums
September 2007	6-Wochen Praktikum im SMZ Ost, Gerontopsychiatrie; im Rahmen des Psychologie Studiums
SS 07	Student- Mentor im Rahmen des CBM Programms an der Universität Wien (Schwerpunkte in Kommunikation, Zeitmanagement und Arbeitsstil)
2003 bis 2007	Betreuerin, für einen 4- wöchigen Zeitraum, von Kindern und Jugendlichen (Schwerpunkte in psychologischer Betreuung und Konfliktmanagement)

Persönliche Fähigkeiten und Kompetenzen

Muttersprache	Polnisch
Fremdsprachen	Englisch: in Wort und Schrift Polnisch: in Wort und Schrift
Soziale Kompetenzen	Führungskompetenzen durch jahrelange Erfahrungen im Bereich der Gruppenführung. Durch Absolvierung der Praktika in verschiedenen Bereichen, Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit Erkrankungen aus dem psychiatrischen Formenkreis. Durch mehrere Ausbildungen in Bereichen von Führungskompetenzen, Motivation und Coaching, weit gefächerte Kenntnisse im Umgang mit Menschen.
Organisatorische Kompetenzen	Koordination und Organisation mehrerer Mitarbeiter und Projekte, durch jahrelange Arbeit im Verein Ferienhort und bei der Österreichischen Hochschülerschaft. Sowie Gründung des Vereins Kiwi- Sport und Freizeit für Kinder und Jugendliche.