

Die anhaltende Stigmatisierung von SED-Opfern

Konzepte und Implikationen

Marie Blume, Tobias Schott, Anne Weiß & Georg Schomerus

Einleitung

Während des Bestehens der DDR (1949–1989) wurde vielen Bürger:innen Unrecht zugefügt. Der Staat hat dabei in vielen Fällen Menschenrechtsverletzungen in Kauf genommen und selbst ausgeübt. Es gibt Berichte darüber, dass mindestens 300.000 Personen in der DDR aus politischen Gründen willkürlich inhaftiert wurden, langjährige Haftstrafen erhielten und Isolationshaft oder psychischer Folter ausgesetzt waren (Beer & Weißflog, 2011; Borbe, 2010; Klinitzke et al., 2012).

Im Rahmen der politischen Verfolgung kam es auch außerhalb der Haftanstalten zu nicht-strafrechtlichen Repressionen wie Überwachung, Benachteiligung in Ausbildung und Beruf oder gezielter Indiskretion (Spitzer et al., 2007). Das Ziel bestand darin, die Betroffenen einzuschüchtern und ihnen das Selbstvertrauen zu nehmen (Trobisch-Lütge, 2004) bis hin zur Zersetzung ihrer Persönlichkeit. Die Auswirkungen der Unrechtserfahrung konnten sich dabei auf die gesamte Familie, einschließlich der Kinder, auswirken (Trobisch-Lütge, 2017a). Es kam zu Zwangsadoptionen und Kindesentzug mit und ohne vorgetäushtem Kindstod (Landesbeauftragte für Mecklenburg-Vorpommern für die Aufarbeitung der SED-Diktatur, 2019; Zentrum für Zeithistorische Forschung Potsdam [ZZF], 2018). Sogenannte »erziehungsgefährdete« Kinder wurden in Spezialheimen und Jugendwerkhöfen untergebracht, in denen sie oft auch missbraucht wurden (Arp, 2019; Mitzscherlich et al., 2020; Reininghaus & Schabow, 2013; Sachse, 2013). Zudem wurde ein staatlicher Erziehungsauftrag durch politisierte Medizin verfolgt, bspw. durch Zwangseinweisung in geschlossene venerologische Stationen (Steger et al., 2017) oder in psychiatrische Einrichtungen (Haack, 2020; Müller et al., 2015).

In der Forschung zur DDR und zu politischer Verfolgung haben Stig-

matisierungsprozesse bisher kaum Berücksichtigung gefunden. Das überrascht, denn Teil der staatlichen Repression war die bewusste soziale Ausgrenzung von Oppositionellen, die etwa als »Asoziale« gebrandmarkt wurden (Lindenberger, 2005). Hier wurden Menschen bewusst mit negativen Stereotypen in Verbindung gebracht, gezielt Vorurteilen ausgesetzt, vielfach diskriminiert und sie erfuhren teilweise einen erheblichen Statusverlust. Wie wir in diesem Beitrag ausführen werden, sind dies alles Elemente des Prozesses einer Stigmatisierung. Vereinzelt wurde im Kontext der DDR schon von einer »politisch gewollten Stigmatisierung« gesprochen (ebd.).

Das von Erving Goffman Anfang der 1960er Jahre entwickelte Konzept der Stigmatisierung hat inzwischen über die Soziologie hinaus für verschiedene Disziplinen große Bedeutung erlangt. Grundsätzlich können drei Formen von Stigmatisierung unterschieden werden: Öffentliches Stigma, strukturelles Stigma sowie Selbststigma (Thornicroft et al., 2022). Mittlerweile existieren in der sozialwissenschaftlichen Forschung eine Vielzahl an Studien, die Erkenntnisse zur Stigmatisierung, beispielsweise von Personen mit psychischen Erkrankungen, liefern. Die Stigmatheorie hat damit erheblich zum Verständnis des Erlebens von psychischer Krankheit beigetragen. Sie lässt sich aber ebenso gut auf andere Eigenschaften oder Merkmale anwenden, etwa auf den Umgang mit sexuellen Orientierungen oder mit Infektionskrankheiten wie HIV. Wir gehen in diesem Beitrag der Annahme nach, dass auch nach der deutsch-deutschen Wiedervereinigung die staatliche Stigmatisierung von Betroffenen von SED-Unrecht auf unterschiedliche Arten bis heute fortwirkt, sowohl in Form von öffentlichem Stigma als auch strukturellem Stigma und Selbststigma. Dafür werden wir den Prozess der Stigmatisierung theoretisch erläutern sowie Forschungsergebnisse zur Stigmatisierung auf der Ebene der Gesellschaft, im strukturellen Rahmen, insbesondere im Hilfesystem, und des Individuums referieren. Auf Basis dessen sollen dann mögliche Stigmafolgen für Betroffene von SED-Unrecht erörtert werden.

Stigma – Einführung in das theoretische Konzept

Als allgegenwärtiger, oft unterschätzter Aspekt unseres Alltags beeinflusst Stigmatisierung, wie bestimmte Menschen und Gruppen wahrgenommen werden, Eigenschaften und Verhaltensweisen bewertet werden und wie mit

anderen Menschen umgegangen wird. Die Folgen von Stigmatisierung sind Statusverlust und Diskriminierung. Daher ist es wichtig, der Frage nachzugehen, wie es zu Stigmatisierung kommt, welche Arten von Stigmatisierung es gibt, und aufgrund welcher bisherigen Befunde Stigmatisierung von Menschen, denen SED-Unrecht widerfahren ist, vermutet werden kann.

Das Wort Stigma stammt aus dem Altgriechischen und bedeutet so viel wie »Brandmal« und bezeichnet die Andersartigkeit einer Person im Vergleich zu einer Gruppe anderer Personen. Der US-amerikanische Soziologe Erving Goffman definierte Stigma als eine Eigenschaft, die eine Person

»von anderen [...] unterscheidet; und diese Eigenschaft kann von weniger wünschenswerter Art sein – im Extrem handelt es sich um eine Person, die durch und durch schlecht ist oder gefährlich oder schwach. In unserer Vorstellung wird sie so von einer ganzen und gewöhnlichen Person zu einer befleckten, beeinträchtigten herabgemindert« (Goffman, 1975, S. 10f.).

Bruce Link und Jo Phelan (2001) entwickelten basierend auf den Arbeiten von Goffman ein Modell des Stigmaprozesses, das ein dynamisches Gefüge von vier Prozessen innerhalb eines Machtverhältnisses annimmt (Abbildung 1).

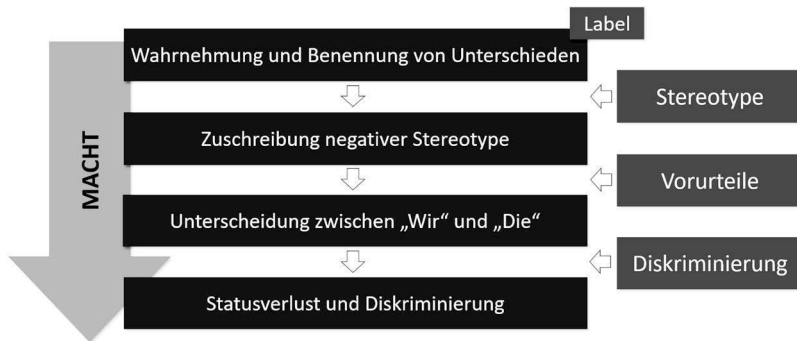


Abbildung 1: Stigmatisierungsprozess nach Link und Phelan (2001)

Am Beginn des Stigmaprozesses steht die bloße Wahrnehmung von Unterschieden. Die Unterschiede werden benannt und die Person wird mit einem Label (Etikett) versehen. Label können wertfrei sein und sich auf vieles beziehen: von der Augenfarbe, die sozial in der Regel keine Rolle

spielt, über die Kleidung bis hin zu körperlichen Merkmalen. Bestimmten Eigenschaften und Labels kann, je nach Kontext, eine größere soziale Bedeutung zukommen, etwa der Hautfarbe, der politischen Orientierung oder der sexuellen Präferenz. In einem weiteren Schritt wird dieses Label mit bestimmten Eigenschaften oder anderen Zuschreibungen verknüpft. Dabei entstehen Stereotype, die auf sozialen Lernprozessen, kulturellen Tradierungen und auch eigenen Erfahrungen basieren. Sie sind eine Art von vorurteilsbehafteter Generalisierung, die auf bestimmten Merkmalen basiert, die einer Person oder einer Gruppe zugeschrieben werden. »Asozialität« könnte etwa mit Faulheit, Rücksichtslosigkeit und Egoismus assoziiert werden. Stereotype ermöglichen eine schnelle Einschätzung einer Person oder Gruppe. Diese Einschätzung kann beinhalten, dass einer alten Dame Wohlwollen und Hilfsbedürftigkeit unterstellt und ihr mit einem entsprechend wohlgesonnenem Verhalten begegnet wird, ohne sie zunächst besser kennenzulernen. Andere Stereotype gewinnen an Bedeutung für uns, weil sie mit negativen Eigenschaften wie Aggressivität verbunden sind. So gibt es bspw. das Stereotyp, dass Menschen mit dunklerer Hautfarbe gefährlicher sind als Menschen mit hellerer Hautfarbe. Ein Stereotyp kann etwas in uns auslösen: Gefühle wie Angst, Wut, Hass oder Trauer. Es entsteht ein emotional aufgeladenes Vorurteil, das zu einer Trennung in »Wir« und »Die« führt. Angepasste, arbeitende Menschen grenzen sich von einer als »asozial« etikettierten Person ab. Diese Trennung drückt den Wunsch nach sozialer Distanz zu der stigmatisierten Person oder Gruppe aus. Eine wahrgenommene Gefahr, auch für das gewohnte Miteinander, ist ein besonders potenter Treiber für diesen Wunsch nach Abgrenzung. Als Folge der Stigmatisierung kommt es dann in einem vierten Schritt zur Diskriminierung der stigmatisierten Person oder Gruppe, die ihren sozialen Status verliert, auf die herabgeschaut wird und die deshalb schlechter behandelt wird. Wie Link und Phelan (2001) feststellen, kann Diskriminierung nur auf Basis eines Machtgefälles stattfinden. Hat beispielsweise ein Arbeitgeber negative Vorurteile gegenüber Menschen mit einer psychischen Erkrankung, weil er sie für weniger leistungsfähig hält, dann könnte dies dazu führen, dass er Personen mit psychischen Erkrankungen nicht einstellt oder sie nicht befördert. Während die gleiche Person ohne das Innehaben dieser Machtposition nicht diskriminieren könnte (ebd.; Thornicroft et al., 2022).

Die historische Aufarbeitung des SED-Unrechts ist weit fortgeschritten. Zudem sind zahlreiche Studien zu Einstellungen und Stigmatisierung auf-

grund verschiedener psychischer Erkrankungen vorhanden. Obwohl die DDR seit über 30 Jahren nicht mehr besteht, kann aufgrund der bisherigen Erkenntnisse vermutet werden, dass bestimmte Einstellungen, Vorstellungen und stereotype Annahmen fortbestehen und Personen, die unter dem Unrechtssystem der SED gelitten haben, von verschiedenen Stigmatisierungsprozessen betroffen sein könnten und noch heute an den Folgen leiden. Bisher gibt es jedoch nur sehr wenige Erkenntnisse darüber, ob und in welchem Maße dies zutrifft.

Arten der Stigmatisierung

Es können drei Arten der Stigmatisierung unterschieden werden: Öffentliche Stigmatisierung, strukturelle Stigmatisierung und Selbststigmatisierung (Abbildung 2).

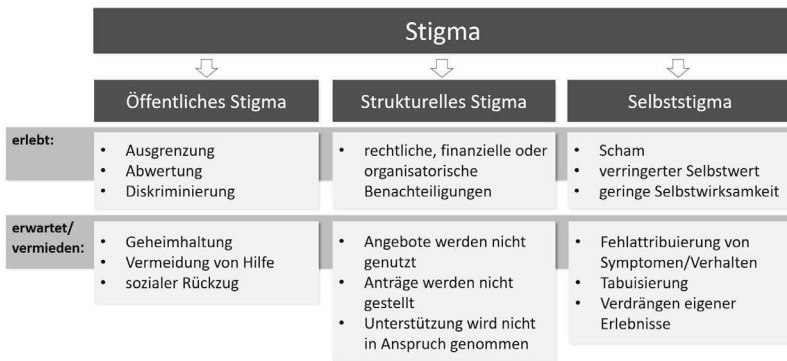


Abbildung 2: Arten der Stigmatisierung nach Schomerus und Corrigan (2022)

Stigmatisierung in der Gesellschaft: zwischen Ausgrenzung und Diskriminierung

Öffentliche Stigmatisierung stellt einen mächtigen sozialen Mechanismus zur Aufrechterhaltung der in einem Kulturkreis vorherrschenden Normen dar. Sie wird zur sozialen Kontrolle derjenigen, die sich nicht an soziale Normen halten, genutzt (Link & Phelan, 2014). Der öffentliche Stigmatisierungsprozess wird dabei durch soziale, kulturelle, wirtschaftliche und

politische Macht aufrechterhalten (ebd.; Scambler, 2009). Oftmals sind soziale und kulturelle Motive dabei unbewusst in uns verankert. Wir tragen sie weiter, ohne viel darüber nachzudenken, um unsere Identität nicht infrage stellen zu müssen.

Öffentliche Stigmatisierung bezieht sich dabei auf das Verhalten von Personen, die andere Menschen aufgrund eines Merkmals oder einer Eigenschaft ablehnen oder diskriminieren. Diese Personen haben nicht nur Kenntnis von negativen Vorurteilen, bspw. gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen, dunklerer Hautfarbe oder u. U. auch gegenüber Betroffenen von SED-Unrecht, sondern können diesen auch bewusst oder unbewusst zustimmen. In der Folge können diese Vorurteile reproduziert werden und in diskriminierendem Verhalten münden, das sich auf unterschiedliche Weise äußert, bspw. durch Vermeidung der stigmatisierten Person oder Gruppe, Aufrechterhaltung sozialer Distanz, Bevormundung oder Unterstützung politischer Bestrebungen, die auf Diskriminierung abzielen. Umgekehrt kann eine erwartete öffentliche Stigmatisierung bei potenziell stigmatisierten Personen zu Geheimhaltung, sozialem Rückzug oder der Vermeidung von Hilfe führen, um möglichen Konsequenzen aus dem Weg zu gehen (Thornicroft et al., 2022).

Politisch gewollte Stigmatisierung in der DDR: Konsequenzen für die Betroffenen

Allen Personen, die einer primären Viktimisierung in der DDR ausgesetzt waren (d. h. direkt Opfer von Unrecht wurden), ist gemeinsam, dass sie aufgrund einer diskriminierenden Zuweisung von negativen sozialen Eigenschaften seitens des Regimes politisch stigmatisiert wurden (Lindenberger, 2005). Ein Gesetz, das diese Ausgrenzung beispielhaft verdeutlicht, ist der sogenannte »Asozialenparagraf« (§ 249 StGB) aus dem Jahr 1961. Personen, die aufgrund dieses Paragrafen verurteilt wurden, mussten mit verschiedenen Formen der Repression rechnen, wie z. B. dem Entzug ihres Personalausweises, Reise- und Aufenthaltsverboten, unangekündigten Hausdurchsuchungen oder der Zuweisung von Arbeitsplätzen, die der »Erziehung zur Arbeit« dienten (Lenski, 2018). Wenn Kinder im Haushalt vorhanden waren, wurden diese oft in Heimen untergebracht oder zur Adoption freigegeben, da »asoziale« Eltern nicht in das Erziehungsmodell der sozialistischen Ideologie passten (Lindenberger, 2005). Die Gesetzgebung in der DDR und die damit verbundenen Institutionen

schufen einen kriminalisierenden Rahmen, der jede Abweichung des vom Staat vorgegebenen Lebensstils sanktionierte. Ein Beispiel hierfür war die Verknüpfung des »Asozialenparagrafen« mit § 215 zum Rowdytum im Jahr 1968. Auf Basis dieser Gesetze wurde es legitimiert, Jugendliche mit einem non-konformen Kleidungsstil und langen Haaren zu entwürdigen, indem sie Zwangshaarschnitte erhielten (Lenski, 2018). Die genannten Personengruppen wurden weiterhin als Bedrohung für die Öffentlichkeit beschrieben und galten deshalb als asozial (Allex, 2009; Gaida, 2021; Lindenberger, 2005; Stegemann, 2017; Zeng, 2000).

Aus historischer Sicht kann Asozialität dabei nicht als spezifisches Phänomen der DDR betrachtet werden. Bereits im deutschen Kaiserreich und während der Herrschaft der Nationalsozialisten wurden Landstreicher:innen, Bettler:innen, Sexarbeiter:innen sowie Menschen, die dem Glücksspiel nachgingen, bestraft und ausgegrenzt (Allex, 2009; Stegemann, 2017). Dies belegt laut Lenski (2018), dass Alltagspraktiken aus der NS-Zeit in Ost- und Westdeutschland fortbestanden. Es ist daher nicht überraschend, dass Stereotypen, die bestimmte Bürger:innen als »arbeits-scheu«, »gemeinlästig« oder eben »asozial« klassifizieren, in Ost und West gleichermaßen unverändert angewendet wurden (Lindenberger, 2005). Eine Besonderheit im Kontext des SED-Regimes war die konstruktive und repressive Anwendung der öffentlichen Stigmatisierung von Personen, die sich kritisch und unangepasst gegenüber der Staatsdoktrin zeigten (ebd.). Diese Maßnahmen dienten dazu, die Diktatur zu festigen. Ganz gezielt nutzte das SED-Regime Stigma als politisches Machtinstrument. Eine genaue Erklärung, wie über Stigma Macht ausgeübt werden kann und welche Formen es gibt, wird in einem Exkurs (Box 1) beschrieben.

Exkurs: Die Macht des Stigmas

Die »Macht des Stigmas« kann als Ressource verstanden werden, die Stigmatisierende nutzen, um durch den Stigmatisierungsprozess Ziele wie Ausbeutung, Manipulation, Kontrolle oder Ausschluss bestimmter Gruppen zu erreichen (Link & Phelan, 2014). In diesem Fall wird der Stigmatisierungsprozess gezielt angewendet, um einen eigenen Vorteil zu erreichen. Die Macht des Stigmas kann auf drei Arten genutzt werden: Unterdrückung, Erhalt sozialer Normen und Ausgrenzung (ebd.).

Unterdrückung: Beim ersten Typ, der Ausbeutung und Beherrschung oder »Unterdrückung« von Menschen, können Reichtum, Macht und ein hoher sozialer Status dadurch erreicht werden, dass eine Gruppe eine andere Gruppe beherrscht oder ausbeutet.

Erhalt sozialer Normen: Beim zweiten Typ geht es darum, soziale Normen durchzusetzen und Menschen in der Gesellschaft zu halten bzw. Menschen auszuschließen, die diese Normen verletzen. Um dies zu erreichen, konstruieren Menschen geschriebene und ungeschriebene Normen. Es existieren Regeln, wie wir eine Straße überqueren oder wie wir uns gegenüber unseren Kolleg:innen verhalten sollen. Mithilfe von Stigmatisierung kann so erreicht werden, dass möglichst viele Menschen ein Teil der Gesellschaft bleiben und andere daran erinnern, was ein Regelbruch zur Folge hätte: einen Ausschluss.

Ausgrenzung: Bei der dritten Art von »Stigma als Macht« geht es schließlich darum, Menschen mit bestimmten Merkmalen oder Verhaltensweisen aus der Gesellschaft auszuschließen, um eine Bedrohung abzuwenden. Aus evolutionärer Sicht könnte dieser Wunsch aus der Vermeidung von Krankheit stammen. So wurden Lepra-Kolonien gegründet, um die Ausbreitung der Krankheit einzudämmen. Möglicherweise hat der evolutionäre Vorteil der Krankheitsvermeidung zu einer allgemeinen Abneigung gegen Andersartigkeit im Aussehen oder Verhalten von Menschen geführt.

Box 1

Das SED-Regime unterdrückte Andersdenkende, indem es kritisches und unangepasstes Verhalten verfolgte. Darüber hinaus wurde in der Bevölkerung ein enormer Konformitätsdruck (z. B. Regimetreue, sozialistische Wertevermittlung etc.) aufgebaut, da selbst der Umgang mit als asozial markierten Personen zur Beobachtung oder Bestrafung der eigenen Person führen konnte. Die drohenden Konsequenzen waren dabei unberechenbar und unvorhersehbar: Entlang eines disziplinären Kontinuums war von der Verwarnung über die plötzliche Trennung von der Familie bis hin zur Inhaftierung vieles möglich (Gallistl & Frommer, 2020a, 2020b). Hier wird deutlich, dass Stigmatisierung zu DDR-Zeiten aktiv zur Durchsetzung von Repressionszielen und zur Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Normen sowie zur Schaffung von Anreizen zur Mitwirkung der Bevölkerung eingesetzt wurde. Darüber hinaus wurden Personen nach einer Haftstrafe oder

Verhören dazu verpflichtet, eine Verschwiegenheitserklärung zu unterschreiben, sodass keine Informationen nach außen gelangten, womit Verunsicherung und Angst geschaffen wurde. Doch systemkonformes Verhalten wurde nicht nur mit Bestrafung erzeugt, sondern auch mit Belohnung. So durften bestimmte Berufe oder Studiengänge nur ergriffen werden, wenn Personen zum Beispiel Parteimitglied der SED waren. Über dieses Beispiel wird deutlich, dass eine Wahl zwischen der normativen Anpassung an das politische System und dessen Ablehnung bestand. Aus Sicht der Attributionstheorie nach Weiner (1986) könnten Betroffene von SED-Unrecht aufgrund ihres Verhaltens für ihr Schicksal verantwortlich gemacht werden. Dies ähnelt einer Schuldzuweisung gegenüber den Betroffenen und basiert auf der Annahme: »Du hättest die Wahl gehabt, alles zu bekommen, was du wolltest. Es ist deine eigene Schuld.« Aus attributionstheoretischer Perspektive liefern unterschiedliche Studien Hinweise darauf, dass Menschen, die beispielsweise an Krankheiten wie AIDS oder einer Drogenabhängigkeit leiden, die mit einem höheren Grad an Eigenverantwortung (z. B. durch risikobehaftetes Verhalten) einhergehen als andere Erkrankungen wie Tuberkulose oder Alzheimer, mehr Ärger und weniger Mitgefühl entgegengebracht wird (Graham et al., 1993; Peters et al., 1994; Weiner et al., 1988).

In einer Online-Erhebung (Blume et al., 2023) wurden 50 Personen gefragt, welche Erfahrungen politisch Inhaftierte in der DDR in ihrem sozialen Umfeld vermutlich gemacht haben (Box 2). Exemplarische Antworten von drei Personen aus der Allgemeinbevölkerung bestätigen die Vermutung, dass die Personen nach ihrer Inhaftierung diskriminierende Erfahrungen machten und mit einem Stigma versehen wurden.

Bei einer Befragung wurden bspw. folgende Vermutungen geäußert, welche Erfahrungen Personen nach politischer Haft in der DDR gemacht haben:

- Ausgrenzung, Ablehnung, Argwohn, Beobachtung, Schuldzuweisungen, Unverständnis
- Alkoholkonsum und daraus resultierendes aggressives Verhalten in der Familie, Misstrauen, Ablehnung, ausgeschlossen sein, Angst vor Verfolgung (Stasi), ein ständiges Sich-verfolgt-Fühlen, Trennungen in Liebesbeziehungen
- Ausgrenzung, Isolation aus Angst vor Folgen

Box 2

Die deutsch-deutsche Trennung hat jedoch auch zu einer getrennten Identität der Bevölkerung in Ostdeutsche (ehemalige DDR-Bürger:innen) und Westdeutsche geführt. Studien zeigen, dass es nicht nur bei Menschen, die unter SED-Unrechtserfahrungen gelitten haben, sondern auch in den Nachwendegenerationen bestimmte Vorurteile gegenüber ost- und westdeutsch sozialisierten Personen gibt sowie wirtschaftliche Unterschiede vorhanden sind (Faus & Stork, 2019). Die »Mauer in den Köpfen« besteht nicht mehr so stark wie in vorherigen Generationen, jedoch weiterhin fort (ebd.). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob es Stigmatisierungsprozesse gibt, die sich speziell auf Personen mit SED-Unrechtserfahrungen beziehen und inwieweit Stigmatisierung aufgrund der Herkunft aus den alten oder neuen Bundesländern besteht.

Unbewusste Stigmatisierung und Diskriminierung

Die bewusste Auseinandersetzung mit möglichen Stigmatisierungsprozessen ist von großer Bedeutung, da die Öffentlichkeit häufig nicht explizit und bewusst andere Menschen ausschließt oder diskriminiert. Es wird hier auch von impliziten (unbewussten) und expliziten (bewussten) Einstellungen gesprochen. Implizite Stereotype entstehen durch Heuristiken, die uns helfen, Informationen schnell zu verarbeiten (Kahneman, 2012; Rüschi, 2021). Wenn eine Person wiederholt mit Informationen über bestimmten Gruppen konfrontiert wird, kann diese zu Verallgemeinerungen und der Bildung von Stereotypen neigen, was über neuronale Prozesse begünstigt wird. Dabei lernen Menschen sehr schnell, verschiedene Merkmale miteinander in Verbindung zu bringen, unabhängig davon, ob sie tatsächlich miteinander zusammenhängen. Wenn bspw. in den Medien wiederholt über Kriminalität und Personen mit einer bestimmten Hautfarbe berichtet wird, liegt der Schluss nahe, dass die Hautfarbe tatsächlich einen Einfluss auf Kriminalität hat. Außerdem lernen wir innerhalb unseres sozialen Systems viele Heuristiken, die nicht auf eigener Erfahrung beruhen (Rüschi, 2021). Beispielsweise könnten Personen gelernt haben, dass Menschen mit einer Schizophrenie gefährlich sind und davon überzeugt sein, ohne jemals einen Menschen mit Schizophrenie kennengelernt zu haben.

Neben diesen unbewussten Einstellungen, die in uns vorhanden sind, gibt es auch unbewusste Formen der Diskriminierung. Forschungsergebnisse aus den Vereinigten Staaten zum Thema Rassismus (Murrell, 2020) zeigen dies recht eindrücklich und können auf verschiedene Personengruppen übertra-

gen werden. Subtile, indirekte und unbewusste Formen der Diskriminierung, die benachteiligte Gruppen erfahren, werden als aversiver Rassismus bezeichnet (ebd.). Verstärkt durch gesellschaftliche Ideologien kann dieser auf tief verwurzelte Vorurteile zurückgeführt werden und erklärt das Auftreten von diskriminierendem Verhalten trotz guter Absichten der handelnden Person. Hier wird die Macht des Stigmas genutzt, um den Status quo aufrechtzuerhalten. Ein wichtiger Aspekt dabei sind Mikroaggressionen, die sowohl subtile, indirekte als auch offensichtliche Formen von Vorurteilen ausdrücken, die wiederum eine Diskriminierung darstellen. Es gibt zwei Arten von Mikroaggressionen: Mikrobeleidigungen und Mikroabwertungen (ebd.). Mikrobeleidigungen sind in der Regel mit Unhöflichkeit und Gefühllosigkeit verbunden. Mikroabwertungen können u. a. Kommentare sein, die die einzigartige Identität einer Person infrage stellen. Ein Beispiel hierfür ist die Verwendung einer heteronormativen Sprache, etwa wenn ein männliches Pronomen verwendet wird und damit eine gemischtgeschlechtliche Gruppe angesprochen wird. Beide Arten von Mikroaggressionen können von sonst wohlwollenden Personen praktiziert werden und reichen von subtilen bis hin zu offensichtlichen Verhaltensweisen (ebd.). Aversiver Rassismus wirkt sich negativ auf die Gesundheit benachteiligter Gruppen aus und verstärkt gleichzeitig soziale Hierarchien und anhaltende Ungleichheiten (ebd.).

Laut Dovidio et al. (2002) äußern sich explizite rassistische Einstellungen durch negative verbale Äußerungen in Interaktionen mit verschiedenen ethnischen Gruppen. Implizite Einstellungen hingegen beeinflussen das nonverbale Verhalten in Gruppen mit Menschen gemischter Hautfarben. Personen mit dunklerer Hautfarbe bewerten das nonverbale Verhalten von Personen mit weißer Hautfarbe stärker, während bei Personen mit weißer Hautfarbe explizite Einstellungen stärkere Auswirkungen haben. Diese unterschiedlichen Erfahrungen beeinflussen das Vertrauen zwischen den ethnischen Gruppen und verstärken die Gruppentrennung in »Wir« und »Die« (Murrell, 2020). Dieses Beispiel verdeutlicht, wie sich trotz öffentlicher Bestrebungen ein Stigma abzubauen (in diesem Fall bezogen auf die Hautfarbe), Verhaltensweisen implizit zeigen und weiterhin zu Diskriminierung führen können.

Auswirkungen von Stigmatisierung auf die Genesung

Stigmatisierung kann erhebliche negative Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit haben. Studien haben gezeigt,

dass Menschen, die Stigmatisierung erleben, ein höheres Risiko für Depressionen, Angstzustände, chronische Krankheiten (Epilepsie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen), Infektionskrankheiten (HIV oder Tuberkulose) sowie andere psychische und physische Probleme haben (Earnshaw et al., 2022). Stigmatisierung in belastenden Situationen kann zudem den Zugang zu Gesundheitsdiensten erschweren, das Selbstwertgefühl mindern und soziale Isolation verstärken (ebd.).

Welche weiteren Folgen durch eine erlebte öffentliche Stigmatisierung bestehen können, zeigen Studienergebnisse zu Menschen mit psychischen Erkrankungen (ebd.; Thornicroft et al., 2022). Öffentliche Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen führt zu Lebensqualitätseinbußen, sozialer Isolation, Diskriminierung bei Arbeit und Wohnraum sowie Benachteiligungen in der Gesundheitsversorgung (Hammarlund et al., 2018; Parcesepe & Cabassa, 2013; Schomerus, Leonhard et al., 2022; Schomerus, Schindler et al., 2022; Thornicroft et al., 2022). Menschen mit Suchterkrankungen und Schizophrenie werden dabei als besonders gefährlich wahrgenommen, während andere Erkrankungen oder Beeinträchtigungen wie Depressionen, Asthma, Menschen mit alltäglichen Problemen oder auch Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, weniger stigmatisiert werden (Parcesepe & Cabassa, 2013; Schomerus, Schindler et al., 2022; Semple et al., 2005). Stigmatisierende Überzeugungen und der Wunsch nach sozialer Distanz zu Menschen mit psychischen Störungen, vor allem mit Schizophrenie und Suchterkrankungen, haben in den letzten Jahren weiter zugenommen (Hammarlund et al., 2018; Parcesepe & Cabassa, 2013; Schomerus, Schindler et al., 2022). In den Vereinigten Staaten führt die Benachteiligung von Personen mit einer psychischen Erkrankung auf dem Wohnungs- und Arbeitsmarkt nicht selten zu Obdachlosigkeit. Diese ist wiederum selbst mit verschiedenen sozialen Stigmata belegt. So besteht die Gefahr, in einen Teufelskreis der Stigmatisierung zu geraten (Parcesepe & Cabassa, 2013). Auch hinsichtlich der Ressourcenallokation im deutschen Gesundheitssystem zeigt sich nach wie vor ein öffentliches Stigma. In einer Studie wurden 2001, 2011 und 2020 Teilnehmende gefragt, bei welchen Erkrankungen auf gar keinen Fall finanzielle Mittel gekürzt werden sollten. Dabei wurden Kürzungen bei Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit am ehesten hingegenommen (Schomerus et al., 2023).

Darüber hinaus stellt die öffentliche Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen eine entscheidende und systematische Barriere bei der Behandlungsentscheidung und -aufnahme dar (Earnshaw et al., 2022; Parcesepe & Cabassa, 2013; Schomerus, Schindler et al., 2022; Thornicroft et al., 2022). Unterschiedliche Studien legen nahe, dass Behandler:innen verschiedener Fachrichtungen (z. B. Psychiater:innen, Psycholog:innen, Allgemeinärzt:innen) Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen haben (Nordt et al., 2005; Stone et al., 2019; Vistorte et al., 2018). Diskriminierende Einstellungen gegenüber Patient:innen können zu deutlichen Schwierigkeiten im Behandlungsprozess führen und wirken sich letztendlich negativ auf deren Gesundheitszustand und den Behandlungsverlauf aus. Negative oder abweisende Reaktionen von Personen (bspw. Grundversorger:innen), an die sich Betroffene (bspw. mit Schizophrenie oder Substanzkonsument:innen) wenden, können dazu führen, dass sie sich nicht ernstgenommen oder aufgegeben fühlen und die Behandlung abbrechen. Dies hat negative Auswirkungen auf das Selbstwirksamkeitserleben und die Prognose zukünftiger Behandlungen (Braune et al., 2008; Sofin et al., 2017). Solche Reaktionen können subtil sein (Mikroaggressionen oder Mikrobeleidigungen), sodass sie von den Betroffenen zwar wahrgenommen werden, aber kein direktes Fehlverhalten feststellbar ist (Barber et al., 2020; Semple et al., 2005). Menschen mit Alkoholmissbrauchsstörungen werden von der Öffentlichkeit stark stigmatisiert (z. B. die Vorstellung, die Person sei selbst schuld an ihrem Zustand). Gespräche über Alkohol in medizinischen Einrichtungen werden hierdurch erschwert und das Erkennen sowie die Krankheitseinsicht nachweislich beeinträchtigt (Schomerus, Leonhard et al., 2022).

Neben den negativen Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Störungen zeigen einige Untersuchungen in der somatischen Versorgung, dass Patient:innen mit psychischen Störungen signifikant weniger indizierte medizinische Behandlungen erhielten als Patient:innen ohne psychische Störungen (Ischämischer Schlaganfall: Bongiorno et al., 2018; Myokardinfarkt: Druss, 2000). Eine mögliche Erklärung könnte dabei der Einfluss des »diagnostic overshadowing« sein (Nash, 2013), bei dem mögliche körperliche Symptome primär der psychischen Erkrankung der Patient:innen zugeschrieben werden.

Öffentliche Stigmatisierung stellt ein erhebliches Hindernis für gesundheitliche Chancengleichheit und soziale Eingliederung dar und hat weitreichende Auswirkungen auf psychische, physische, soziale und finanzielle Bereiche. SED-Unrecht in der DDR führte zur politischen Stigmatisierung von Menschen, die als abweichend oder systemkritisch angesehen wurden. Das SED-Regime nutzte öffentliche Stigmatisierung, um Repression durchzusetzen und gesellschaftliche Normen aufrechtzuerhalten. Personen wurden diskriminiert und mit negativen Eigenschaften versehen, was zu Ausgrenzung, Verfolgung und weiteren Repressionen führte. Weiterhin haben die deutsch-deutsche Trennung und bestehende Unterschiede nach der Wiedervereinigung zu Vorurteilen und Stigmatisierung beigetragen.

Strukturelle Stigmatisierung: eine unsichtbare Barriere

Strukturelle Stigmatisierung bezieht sich auf bestehende gesellschaftliche Strukturen und Systeme, die Menschen aufgrund eines Merkmals oder einer Eigenschaft diskriminieren und benachteiligen. Hier stigmatisieren nicht mehr Gruppen oder einzelne Individuen, sondern z. B. ein Gesetz oder bürokratische Wege. Link und Phelan (2001) definieren strukturelle Diskriminierung als Stigmafolge im Sinne einer kumulierten institutionellen Praxis, die eine Benachteiligung der stigmatisierten Gruppe bzw. Person bewirkt – unabhängig vom Vorhandensein individueller Vorurteile oder diskriminierender Handlungen des Gegenübers. Historische Beispiele betreffen u. a. das Frauenwahlrecht oder die Eheschließung gleichgeschlechtlicher Partner:innen. Aber auch aktuelle Beispiele zeigen die Brisanz struktureller Stigmatisierung, z. B. die Hürden, die ein Mensch mit einer psychischen Erkrankung überwinden muss, um eine adäquate Behandlung zu erhalten. Wenn bereits Vorwissen oder die Erwartung einer strukturellen Stigmatisierung bestehen, kann dies dazu führen, dass Menschen Angebote nicht nutzen, Anträge nicht stellen oder Unterstützung nicht in Anspruch nehmen (Thornicroft et al., 2022).

Im Abschnitt zu politisch gewollter Stigmatisierung in der DDR und den Konsequenzen für die Betroffenen wurde bereits ausführlich beschrieben, dass das SED-Regime Strukturen mit dem Ziel der Stigmatisierung geschaffen hatte, wie z. B. die Zulassung zu bestimmten Studiengängen für

ausschließlich systemkonforme Bürger:innen sowie die Hürden bei der Rückkehr in ein »normales« Leben nach einer politischen Inhaftierung. Diese Strukturen waren die Grundlage für die mögliche Stigmatisierung durch die Öffentlichkeit. Auch über 30 Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung scheinen Opfer des SED-Regimes von struktureller Stigmatisierung betroffen zu sein, was sich im Bereich der Wiedergutmachung des damaligen SED-Unrechts (u. a. Rehabilitationsverfahren, Begutachtung), in der Gesundheitsversorgung der möglichen Folgen (u. a. psychische und physische Erkrankungen) und Barrieren in der Behandlungsaufnahme zeigt.

Zwischen Aufarbeitung und Diskriminierung: Strukturelle Hürden in der Rehabilitation für Menschen mit SED-Unrechtserfahrung

Durch Rehabilitierungsmaßnahmen sind Möglichkeiten eines finanziellen Ausgleichs des damals erlebten SED-Unrechts gegeben, doch sind diese häufig mit erheblichen bürokratischen Hürden und komplexen gesetzlichen Regelungen verbunden. Zudem können nicht alle Opfergruppen gleichermaßen rehabilitiert werden und Leistungen erhalten. Dabei ist fraglich, ob allen Betroffenen diese Möglichkeiten überhaupt bekannt sind oder in Anspruch genommen werden möchten. Ein aus der Unrechtserfahrung der Betroffenen resultierendes Misstrauen gegenüber Ämtern und Beamt:innen kann letztlich auch den Gang zum Versorgungsamt verhindern (Wohlrab, 2009). Von besonderer Relevanz sind die Praktiken öffentlicher und privater Einrichtungen, die Betroffene in ihren Möglichkeiten, Ressourcen oder ihrem Wohlergehen (un-)absichtlich oder (un-)bewusst eingrenzen oder benachteiligen (Rüsch et al., 2004). So kann es im Kontext der Geltendmachung versorgungsrechtlicher Ansprüche zu struktureller Stigmatisierung kommen (Hatzenbuehler, 2016) (siehe Box 3). Betroffene, die eine Rehabilitierung anstreben, müssen dem im Sozialen Entschädigungsrecht geltenden Grundsatz des ursächlichen Zusammenhangs Folge leisten, d. h. einen Nachweis darüber erbringen, dass das schädigende Ereignis, die erlittene Schädigung und die aktuell geltend gemachte Gesundheitsschädigung kausal zusammenhängen. Auf Basis aktueller medizinischer Forschung soll der Nachweis im Sinne der Wahrscheinlichkeit erbracht werden, dass »mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang« (Hasenbeck et al., 2022, S. 21) spricht. Eine solche Kausalitätsbegutachtung, in der das Ausmaß der gesundheitlichen Einschränkungen durch das Unrecht für die

Betroffenen ermittelt wird, erfolgt idealerweise über erfahrene Gutachter:innen (Ebbinghaus, 2020). Durch Unterschiede in der Qualifikation kann es zu Problemen in der gerichtlichen Entscheidungsfindung kommen, langwierigen Verfahren, wiederholten, sich widersprechenden Begutachtungen und hohen Kosten für die Betroffenen. In diesen teils langwierigen Verfahren ist darüber hinaus auch eine Reaktualisierung von negativen Erfahrungen oder Traumata möglich (Rüsch et al., 2005).

Da beim Vorliegen von psychischen Gesundheitsfolgen durch SED-Unrecht, insbesondere bei Zersetzungsmaßnahmen, ein solcher Kausalitätsnachweis häufig kaum möglich ist, wurde die Vermutungsregelung aufgenommen (Hasenbeck et al., 2022). Neben der Vorlage eines Rehabilitierungsbescheids muss das schädigende Ereignis, also das widerfahrene Unrecht, durch eine behördliche Maßnahme belegt sein. Im Falle von Zersetzungsmaßnahmen kann dies bspw. durch einen entsprechenden Akteneintrag (Richtlinie Nr. 1/76 zur Entwicklung und Bearbeitung Operativer Vorgänge) erfolgen. Die Erhebung solcher Ansprüche setzt damit in jedem Fall voraus, dass überhaupt Akten oder andere Unterlagen vorhanden sind, die auf ein mögliches Unrecht hinweisen. Es ist oftmals schlichtweg nicht möglich dieser Forderung Folge zu leisten, da die Akten vernichtet wurden oder niemals existierten.

Bestehenden Defiziten in der Rehabilitierungspraxis ehemals politisch Verfolgter während des SED-Regimes (Eisenfeld, 2007) wurde nach der Wiedervereinigung immer wieder mit einer Nachjustierung des rechtlichen Rahmens begegnet (letztmalig mit der Novellierung der Rehabilitierungsgesetze zum 29. November 2019), sodass neben Haftopfern zuletzt auch Opfer von Zersetzung, verfolgte Schüler:innen und DDR-Heimkinder Berücksichtigung fanden (Hasenbeck et al., 2022). Das Adoptionsvermittlungsgesetz wurde im Zuge dessen, insbesondere auf Initiative der Betroffenen hin, ebenfalls erleichtert. In der bisherigen Aufarbeitung von Adoptionen in der DDR wird deutlich, dass die Inhalte der vorhandenen DDR-Akten selten den Schilderungen der Betroffenen entsprechen, was eine auf geschichtlichem Wissen fundierte Beratung und Unterstützung im Einzelfall notwendig macht (ebd.). Anhand eines Fallbeispiels einer ehemals politisch Inhaftierten aus Sachsen-Anhalt, die in der Folge an einer psychischen Erkrankung mit psychotischen Symptomen litt, konnten Frommer und Kolleg:innen (2017) zeigen, dass bis heute institutionelle Barrieren auf Ebene der Versorgungsämter und der Gerichtsbarkeit bestehen. Die Haftfolgeschäden wurden nicht anerkannt, die Forschungs-

erkenntnisse der Psychotraumatologie und der Geschichtswissenschaft zu traumatogenen Aspekten der Haftbedingungen weitgehend ignoriert und die Glaubwürdigkeit der Betroffenen diskreditiert. Dass ein Nicht-Hinterfragen der vorhandenen Informationen aus DDR-Akten zu Fehlbeurteilungen führt, lässt sich auf andere Betroffenengruppen übertragen (siehe Box 3). Der weitere Handlungsbedarf, der durch strukturelle Benachteiligungen für Betroffene von SED-Unrecht fortbesteht, wird u. a. im Jahresbericht der Bundesbeauftragten für die Opfer der SED-Diktatur (Deutscher Bundestag, 2022) umfassend zusammengetragen.

Ein Betroffener berichtet im Interview von seinen Erfahrungen bei der Geltendmachung von Ausgleichsansprüchen nach politischer Haft in der DDR, in deren Folge er psychisch erkrankte und erwerbsunfähig wurde: »Also ich hatte 13 Jahre einen Kampf vor dem Sozialgericht und Landesozialgericht in [Stadt] geführt aufgrund von Haftfolgeschäden in der Stasi-Haft und später in der normalen Haftanstalt. Ich wusste vorher schon, dass die Anerkennungsquote hier in [Bundesland]/ die ist eigentlich auf Null. [...] und als Antragsteller für Haftfolgeschäden, was man beim Versorgungsamt stellen muss, da kam ich mir erniedrigt vor, wie ein Bittsteller, nachher bei dem Verfahren (gestottert), also, das/ Der Antrag wurde zwei Jahre lang geführt und man hat das schon von Anfang an gewusst, wenn sie den Antrag da abgeben (gestottert), nach zwei Jahren wird das negativ entschieden und genau so war es dann auch gewesen.«

Eine Betroffene äußert sich über die geltende Nachweispflicht, die auf Informationen aus DDR-Akten basiert, die nicht als objektiv bewertet werden können: »Aber wie, wie soll ich es beweisen? Weil meine ganze Akte ist ja total konstruiert und verzerrt.«

Box 3

Die erhöhte Vulnerabilität Betroffener von SED-Unrecht und strukturelle Behandlungsbarrieren

Aufgrund der oft dramatischen Umstände des erlittenen Unrechts (u. a. Isolationshaft, psychische Folter, Trennung von der Familie) leiden die Opfer von Repression und Verfolgung durch den Staatssicherheitsdienst sowie deren Angehörige bis heute noch unter den psychischen und phy-

sischen Folgeschäden wie Traumatisierungen, Depressionen, Angststörungen oder körperlichen Erkrankungen (Bauer et al., 1993; Denis et al., 1997; Maercker et al., 2013; Maercker & Schützwohl, 1997; Priebe et al., 1994; Spitzer et al., 2007; Weißflog et al., 2010, 2011, 2012). Anhand der vorhandenen Literatur zu Trauma und schweren chronischen Stressoren schließen Marheinecke und Kolleg:innen (2023), dass chronischer Stress durch Zersetzungsmaßnahmen im Rahmen politischer Repressionen in der DDR ähnlich negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen haben, wie Traumata vom Kriterium A¹.

Warum manche Menschen mit SED-Unrechtserfahrungen trotz offensichtlicher Symptome keine Behandlung für ihre Erkrankung suchen bzw. aufnehmen, kann verschiedene Gründe haben. Behandlungsbarrieren können sowohl durch individuelle als auch strukturelle Faktoren entstehen und dazu führen, dass der Zugang zu adäquater Behandlung erschwert oder verhindert wird. Nach Sareen und Kolleg:innen (2007) können strukturelle Faktoren u. a. in der Unsicherheit liegen, ob, welche und wie Angebote in Anspruch genommen werden können (z. B. Kontakt zu Beratungsstellen, Termine bei psychiatrischen und neurologischen Fachärzt:innen oder Psychotherapeut:innen) sowie ob ausreichend Verfügbarkeiten (bspw. Termine oder Behandlungsplätze) vorhanden sind. Kaum erforscht wurde bislang, welche möglichen Hindernisse und Barrieren für Menschen mit SED-Unrechtserfahrungen beim Zugang zu adäquater Behandlung und Unterstützung bestehen. Eine erste Studie gibt Hinweise darauf, dass traumatisierte ehemalige DDR-Heimkinder insbesondere im öffentlich-institutionellen Kontext nicht ausreichend unterstützt werden (Gfesser et al., 2021). Betroffene von SED-Unrecht berichten, ein erhöhtes Misstrauen gegenüber Behandler:innen entwickelt zu haben. Insbesondere Personen mit DDR-Heimerfahrungen erleben oder antizipieren Unwissen aufseiten der Behandler:innen. Zudem wird ihnen selten mit Verständnis begegnet. Im Behandlungskontext könnten Betroffene aufgrund der Unrechts-

1 Exposition gegenüber Tod, drohendem Tod, tatsächlicher oder drohender schwerer Verletzung oder tatsächlicher oder drohender sexueller Gewalt auf eine der folgenden Arten: direkte Exposition gegenüber dem Trauma, Miterleben des Traumas, Erfahren, dass ein Verwandter oder enger Freund dem Trauma ausgesetzt war, oder wiederholte oder extreme Exposition gegenüber aversiven Details des/der traumatischen Ereignisses(s) (American Psychiatric Association, 2014).

erfahrungen als »schwierig«, »querulatorisch« oder besonders anspruchsvoll wahrgenommen werden, was ein Hindernis darstellen kann. Vorherige schlechte Erfahrungen oder die fehlende Offenheit, über die eigenen Erfahrungen zu sprechen, können den therapeutischen Prozess ebenfalls erschweren (Lüders et al., 2022) (siehe auch Box 4). Vor dem Hintergrund einer möglichen Re-Traumatisierung kann auch durch die Behandler:innen das Ansprechen der SED-Unrechtsthematik vermieden werden. Es ist wichtig, diese Barrieren zu verstehen, um geeignete und zugängliche Unterstützungsangebote für Menschen mit SED-Unrechtserfahrungen zu entwickeln.

Welche Probleme Betroffenen die Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsangeboten noch heute bereiten kann, beschreibt eine Person wie folgt im Interview: »Naja, nur dass es eben heute noch weh tut, dass es ganz schlimm ist, wenn ich hier ins Krankenhaus oder wenn ich zu dieser Ärztin muss. Da kocht das jedes Mal hoch. Und das schwächt mich dann auch.«

Box 4

Der Einfluss von struktureller Stigmatisierung auf das Leben Betroffener

Ein Blick auf andere Betroffenengruppen zeigt, wie sich strukturelle Stigmatisierung auf die Lebensqualität, eine mögliche Behandlungsaufnahme und Genesung auswirken kann. Die Auswirkungen von Stigmatisierung im Bereich der psychischen Gesundheit können dabei weitreichend sein, da sie dazu führen können, dass Menschen, die Hilfe benötigen, diese nicht erhalten (Brandstetter et al., 2017; Jacobi et al., 2014; Kessler et al., 2001; Wittchen & Jacobi, 2005). Gleichzeitig besteht auch die Möglichkeit, dass Betroffene aus Angst vor einer möglichen Ausgrenzung angezeigte Hilfe nicht in Anspruch nehmen. Eine Studie von Evans-Lacko und Kolleg:innen (2012) in 14 europäischen Ländern zeigte, dass eine erhöhte strukturelle Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen zu einem erhöhten Maß an Selbststigmatisierung und wahrgenommener Diskriminierung führt. Eine erhöhte strukturelle Stigmatisierung von sexuellen Minderheiten (z. B. in Form von fehlenden Gesetzen zum Schutz von sexuellen Minderheiten) steht mit

einer reduzierten Lebenszufriedenheit (Bränström & Pachankis, 2021; Pachankis & Bränström, 2018), einer erhöhten Viktimisierung der Betroffenen (Bränström et al., 2023) sowie höheren Raten von Depressionen und Suizidalität in Verbindung (Pachankis et al., 2022). Eine Studie von Pachankis und Kolleg:innen (2015) hat gezeigt, dass strukturelle Stigmatisierung die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sexuelle Minderheiten ihre sexuelle Orientierung geheim halten. In Regionen mit einer stärkeren strukturellen Stigmatisierung von sexuellen Minderheiten in Form von homophoben Gesetzen, Politiken und Einstellungen in der Bevölkerung (bspw. Russland) ist die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen, wie z. B. HIV-Tests, niedriger (Saxby et al., 2022).

Strukturelle Stigmatisierung hat nicht nur Auswirkungen auf die Lebensqualität, sondern beeinflusst auch die Wirksamkeit von Interventionen. Eine umfangreiche Studie von Reid und Kolleg:innen (2014) hat gezeigt, dass präventive Maßnahmen, wie die Benutzung von Kondomen, in Umgebungen, in denen strukturelle Stigmatisierung besonders stark ausgeprägt ist, eine geringere Wirkung haben. Tatsächlich gab es in Umgebungen mit hoher struktureller Stigmatisierung keine messbaren Effekte durch diese Interventionen. Weiterhin konnte in Staaten mit einer hohen strukturellen Stigmatisierung von sexuellen Minderheiten gezeigt werden, dass die psychiatrische Morbidität aufgrund der sexuellen Orientierung ausgeprägter war als in Staaten mit geringer struktureller Stigmatisierung sexueller Minderheiten (Hatzenbuehler et al., 2009).

Eine weitere marginalisierte Gruppe sind Menschen mit Fluchterfahrung (Shannon et al., 2015). Einer der Hauptgründe, warum diese nicht in die psychische Gesundheitsversorgung gelangen, stellt das Stigma psychischer Erkrankungen dar. Die Barrieren bestehen hierbei insbesondere aufgrund erlittener politischer Repressionen, die mit einer erhöhten Prävalenz von Posttraumatischer Belastungsstörung sowie Depressionen einhergehen. Das Sprechen über diese Erfahrungen wird dadurch zusätzlich erschwert. Die Angst davor, in der eigenen Gemeinschaft als »verrückt« zu gelten und einen Ausschluss zu riskieren, eine unwirksame Gesundheitsversorgung zu erhalten, Scham, die Überzeugung, dass darüber zu sprechen nicht helfen kann, fehlendes Wissen über psychische Gesundheit, die Vermeidung von Symptomen (bzw. die Zuschreibung anderer Ursachen) sowie kulturell bedingte Unterschiede sind vielfach zusammenwirkende Faktoren für die Verschwiegenheit von Flüchtlingen in Bezug auf die eigene psychische Erkrankung.

Strukturelle Stigmatisierung im Zusammenhang mit SED-Unrecht bezieht sich auf bestehende gesellschaftliche Strukturen und Systeme, die für Menschen aufgrund ihrer politischen Vergangenheit diskriminierend und benachteiligend sind. Opfer des SED-Regimes sind augenscheinlich auch heute noch von struktureller Stigmatisierung betroffen, insbesondere hinsichtlich der Wiedergutmachung des damaligen Unrechts sowie der Behandlung von psychischen und physischen Folgeerkrankungen. Bürokratische Hürden, unzureichende Anerkennung von Haftfolgeschäden und fehlende Akten erschweren die Durchsetzung von Ausgleichsansprüchen. Zudem gibt es Barrieren beim Zugang zu angemessener Behandlung und Unterstützung aufgrund von Misstrauen, schlechten Erfahrungen und fehlender Offenheit seitens der Behandler:innen.

Die Auswirkungen von Selbststigmatisierung

Laut Corrigan und Roa (2012) ist Selbststigmatisierung ein schrittweiser Prozess, bei dem eine Person zunächst die Stereotype und Vorurteile wahrnimmt, kennt und schließlich auf sich selbst anwendet. Eine Person, die sich selbst stigmatisiert, hält sich möglicherweise für wertlos oder minderwertig. Als psychisch Erkrankte:r könnte sie zu dem Schluss kommen: »Weil ich eine psychische Erkrankung habe, kann ich auf dem Arbeitsmarkt weniger leisten.« Selbststigmatisierung kann weitreichende Folgen haben und ist unter anderem mit einem geringeren Selbstwertgefühl, einer geringeren Selbstwirksamkeit und einem erhöhten Schamgefühl verbunden (Thornicroft et al., 2022). Personen, die sich selbst stigmatisieren, könnten wichtige Lebensziele aufgeben, weil sie das Gefühl haben, es ohnehin nicht schaffen zu können; auch als »why try effect« beschrieben (Corrigan et al., 2009). Darüber hinaus kann es vorkommen, dass versucht wird, eine mögliche Stigmatisierung zu vermeiden, indem beispielsweise Krankheitssymptome nicht ernst genommen werden, viel zu spät Hilfe gesucht wird oder indem bestimmte Themen tabuisiert werden (Thornicroft et al., 2022). So kann Selbststigmatisierung dazu führen, Anzeichen für psychische und körperliche Erkrankungen nicht wahrzunehmen oder gar in Zusammenhang mit einem bestimmten Ereignis, wie bspw. dem erfahrenen SED-Unrecht, zu stellen.

Mögliche Selbststigmatisierung bei Menschen mit SED-Unrechtserfahrung

Die auf Vorurteilen und Diskriminierung basierenden Auswirkungen können auch für Menschen relevant sein, die politischer Verfolgung in der DDR ausgesetzt waren. Es ist möglich, dass Vorurteile seitens der Gesellschaft gegenüber den vermeintlich selbst verschuldeten Konsequenzen (z. B. Berufsverbote, Haft) sowie des nonkonformen Verhaltens in der DDR (z. B. Partei-kritische Äußerungen oder die Verweigerung des Wehrdienstes) auch heute noch Bestandteil der Realität der Betroffenen sind. Ehemalige Inhaftierte könnten weiterhin Mikroaggressionen begegnen, u. a. aufgrund der möglichen Behauptung, dass sie sich zur damaligen Zeit hätten anders verhalten können und somit selbst schuld an dem Erlebten seien.

In verschiedenen Untersuchungen zu Hafterfahrungen in der DDR konnte gezeigt werden, dass diese zu psychischen und somatischen Schädigungen geführt haben (u. a. Beer & Weißflog, 2011; Beier, 2017; Weißflog & Brähler, 2015). Die politische Verfolgung der SED-Diktatur hat sowohl im strafrechtlichen Bereich als auch darüber hinaus als »man made trauma« zu einer erhöhten Prävalenz von Posttraumatischer Belastungsstörung, Angst, Depression und somatischen Beschwerden geführt (Beer & Weißflog, 2011; Beier, 2017; Klinitzke et al., 2012; Maercker & Schützwohl, 1997; Spitzer, 2015; Spitzer et al., 2007; Weißflog & Brähler, 2015). Die somatischen und psychischen Folgen können bis heute anhalten und gehen mit einer deutlich geringeren Lebensqualität einher als bei der Allgemeinbevölkerung (Trobisch-Lütge, 2017b). Strukturelle Diskriminierung (Hatzenbuehler, 2016), wie Berufsverbote und ähnliche Erfahrungen, kann dazu beigetragen haben, dass das Stigma internalisiert wurde und eine Selbststigmatisierung nach sich zieht, die über die eigentliche Unrechtserfahrung hinausgeht. Als Folge können bestimmte Erwartungen entstehen und Situationen antizipiert werden, in denen sich eine Stigmatisierung wiederholen kann (Box 5), da das Gegenüber z. B. ohne Verständnis reagiert. Das kann an mangelndem historischen Wissen zum Unrecht in der DDR und fehlender Sensibilität im Umgang mit Betroffenen liegen. In der Folge können sich Personen, denen Unrecht widerfahren ist, bestimmten Situationen entziehen sowie professionelle Hilfe (medizinisch oder psychologisch) oder Unterstützung (zum Beispiel über Sozialleistungen) aktiv

oder unbewusst vermeiden. Strukturelle Benachteiligungen im Rahmen der Anerkennung des Unrechts können hierbei typische Situationen darstellen (Rehabilitationsverfahren zur Anerkennung des Unrechts, Rentenansprüche etc.). Die Hemmung und Scham, über das Erlebte zu sprechen (im Sinne einer vermiedenen Selbstoffenbarung, siehe Box 5) (Corrigan & Rao, 2012), Symptome einer Erkrankung nicht mit den erlebten Unrechtserfahrungen in Verbindung zu bringen oder sie sogar zu verdrängen, können Anzeichen für die Verinnerlichung erlebter Stigmatisierung sein. Letztendlich kann dies dazu führen, dass der Selbstwert und die Selbstwirksamkeit der betroffenen Personen abnehmen (u. a. Thornicroft et al., 2022) und sie auch noch Jahre nach der Wiedervereinigung mit den Folgen konfrontiert sind.

- 1 Internalisiertes und antizipiertes Stigma, das über das Bestehen der DDR noch heute in unterschiedlichen Alltagssituationen auftreten kann, ist in Interviews nicht nur schwer zu erfragen, sondern durch die Betroffenen selbst schwer zu greifen und in Worte zu fassen: »Oftmals ist es ja auch so, dass es mir nochmal so richtig bewusstgeworden ist/ Ich mich mit dem Thema nochmal beschäftigt habe. Es muss ja nicht unbedingt so ein direkter, na ich sag mal jetzt Vorwurf von außen kommen, sondern einfach nur, dass man selber das Gefühl hat.« Die gleiche Person berichtet im Weiteren: »Das kann man so als Kern schon einmal festhalten. Das hat sich aus der DDR-Zeit eigentlich aufrechterhalten. Damals war es so ein Gefühl. Da konnte man sagen: Ich rieche Stasioffiziere auf zehn Meter' und ähm, ja heute ist es/ sind es diese Antennen, wenn einem da auch sowas noch begegnet, ja.«
- 2 Dass die eigene DDR-Herkunft verleugnet wird, kann als Strategie der Betroffenen dienen, nicht über das erfahrene Unrecht zu sprechen oder im weitesten Sinne eine Assoziation damit hervorzuheben: »Das war für mich dann eben ein räumlicher Bruch und auch ein personeller. Die Menschen, die ich da dann kennengelernt habe, meine Kommilitonen, habe ich nicht darüber informiert ehemals aus der DDR zu kommen und das bedeutet auch, dass ich zu diesem Zeitpunkt auch nicht mehr über das DDR-Unrecht gesprochen habe.«

Box 5

Selbststigmatisierung und deren Folgen: die Selbstverurteilung

Folgen von Selbststigmatisierung sind auch in anderen stigmatisierten Gruppen zu finden. Es gibt Evidenz dafür, dass Menschen mit Hafterfahrungen bzw. vorhandenen Vorstrafen (Selbst-)Stigmatisierungsprozesse durchlaufen (Grace, 2022; McWilliams & Hunter, 2021). Als Kriminelle werden diese von der Öffentlichkeit oft mit unerwünschten Eigenschaften wie dreckig, grausam, irrational, gefährlich, unwürdig oder faul in Verbindung gebracht (Rade et al., 2016). Zudem erhalten sie generell weniger soziale Unterstützung und werden bei der Wohnungs- und Jobsuche benachteiligt. Sie berichten von einer negativen Selbstwahrnehmung, haben Probleme in Bezug auf ihre psychische Gesundheit und zeigen maladaptive Verhaltensweisen. In diesem Zusammenhang konnten McWilliams und Hunter (2021) in einer US-amerikanischen Studie zeigen, dass die Wahrnehmung und Internalisierung von Stigmata einen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit der Betroffenen hat. Menschen mit Hafterfahrung fühlen sich diskriminiert oder abgelehnt. Um diese negativen Folgen zu vermeiden, versuchen sie oft, ihre Vergangenheit zu verbergen. Auch Menschen, die (langzeit-)arbeitslos sind, unterliegen einem öffentlichen Stigma (Biewen & Steffes, 2010; Gurr & Jungbauer-Gans, 2017). Ihre Arbeitslosigkeit wird oft in einen abwertenden Rahmen gesetzt und auf geringe Qualifikationen, wenig vorhandene Motivation, Faulheit und das generelle Fehlen von Fähigkeiten zurückgeführt. Diese Zuschreibungen wiederum erhöhen die Wahrscheinlichkeit, in der Zukunft keine Stelle zu finden – insbesondere in Zeiten, in denen die Arbeitslosenquote gering ist und Anstellungen leichter zu finden sein sollten. Arbeitssuchende erleben diese Situation sehr häufig als unzufrieden stellend, fühlen sich minderwertig und unterlegen (Gurr & Jungbauer-Gans, 2017). Häufig führt dies zu Scham. Kontexte, in denen Interaktionen mit Nicht-Arbeitslosen erfolgen könnten, werden auch hier antizipiert und vermieden.

Außerdem gibt es viele Studien, die die Auswirkungen von Selbststigmatisierung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen untersuchen. Beispiele dafür sind Untersuchungen zur Selbststigmatisierung bei Schizophrenie (Dubreucq et al., 2021; Kamaradova et al., 2016; Sarraf et al., 2022), Suchterkrankungen (Schomerus, Leonhard et al., 2022) oder affektiven Störungen (Göpfert et al., 2019; Perich et al., 2022). Die möglichen und vielseitigen Folgen der Selbststigmatisierung für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in der Literatur umfassend belegt

(u. a. Dubreucq et al., 2021; Earnshaw et al., 2022; Göpfert et al., 2019; Kamaradova et al., 2016; Thornicroft et al., 2022): Eine verstärkte Selbststigmatisierung kann mit sozialen Ängsten, Depressionen, einer geringeren Hoffnung, vermehrten Suizidgedanken sowie einem erhöhten Risiko für Krankenhausaufenthalte einhergehen. Weiterhin berichten Menschen, die Stigmata internalisiert und auf sich selbst angewendet haben, oft von einer niedrigeren Lebenszufriedenheit sowie weniger adaptiven Bewältigungsstrategien. Sie verfügen generell über ein geringeres Funktionsniveau, um den Alltag zu bewältigen. Am Beispiel der Schizophrenie wird der Einfluss der öffentlichen Stigmatisierung auf die Selbststigmatisierung deutlich. Im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen hat der Wunsch nach größerer sozialer Distanz in Bezug auf an Schizophrenie erkrankten Personen in Deutschland in den letzten 30 Jahren am stärksten zugenommen (Schomerus, Schindler et al., 2022). Menschen mit Schizophrenie weisen in einer tschechischen Studie die höchste Selbststigmatisierungsrate auf (Kamaradova et al., 2016).

Zur Vermeidung der Folgen von Stigmatisierung entwickeln Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig Verhaltensweisen, die auf Dauer nicht gut für sie sind. Diese können auf einem Kontinuum von Verschwiegenheit bis hin zur Selbstoffenbarung betrachtet werden (Corrigan & Bink, 2016):

- (1) Die Vermeidung von sozialen Situationen geht mit dem geringsten Risiko einher, die eigene psychische Erkrankung offenbaren zu müssen.
- (2) Zudem werden die Geheimhaltung der Erkrankung im Alltag und
- (3) die selektive Selbstoffenbarung gegenüber bestimmten Personen(-kreisen), die als vertrauensvoll wahrgenommen werden, benannt.
- (4) Mit der wahllosen Selbstoffenbarung wird ein aktives Verbergen der eigenen Erfahrungen aufgegeben.
- (5) Schließlich kann auch die Verbreitung der eigenen Erfahrungen im Sinne einer aktiven Edukation des Gegenübers als Strategie im Umgang mit der psychischen Erkrankung genutzt werden.

Selbststigmatisierung kann auch bei der Suche nach professioneller Hilfe eine große Hürde darstellen. Individuelle Barrieren können unter anderem die Angst vor Stigmatisierung und Ausgrenzung beinhalten, wie z. B. als »verrückt« von der Gesellschaft angesehen zu werden oder den Arbeitsplatz zu verlieren. Laut Mojtabai und Kolleg:innen (2011) sind es

vor allem die individuellen und nicht die strukturellen Barrieren, die die eigene Hilfesuche erschweren. Personen können den Wunsch entwickeln, die Angelegenheit selbst in die Hand zu nehmen, oder Angst haben, dass eine Behandlung nicht wirksam oder das eigene Problem nicht schwerwiegend genug ist (Mojtabai et al., 2011; Sareen et al., 2007; Shannon et al., 2015). Zusätzlich erschwert Scham, über die eigenen Erfahrungen zu sprechen, den Zugang zur Unterstützung und geht oftmals auch mit der Vermeidung aversiver Gefühle und Erlebnisse einher (Shannon et al., 2015). Doch auch wenn eine Behandlung bereits aufgenommen wurde, erschwert eine bestehende Selbststigmatisierung den Behandlungsverlauf. In einer Untersuchung von Kamaradova und Kolleg:innen (2016) wurden Patient:innen, die sich in ambulanter Behandlung mit diagnostizierter Suchterkrankung, Schizophrenie, Depression, bipolarer, Angst- sowie Persönlichkeitsstörung befanden, bezüglich ihrer Adhärenz² befragt. Dabei stellte sich Selbststigmatisierung als ein bedeutender Faktor heraus, der die Behandlungsadhärenz negativ beeinflusste. Je höher die Selbststigmatisierung bei Patient:innen ausfiel, desto wahrscheinlicher war es, dass sie ihre Medikation entgegen der Empfehlung des:der Psychiater:in absetzten. Dies wiederum erschwert die individuelle Genesung erheblich. Oexle und Kolleg:innen (2018) untersuchten in einer Längsschnittstudie, inwieweit Selbststigmatisierung die Genesung über einen Zeitraum von zwei Jahren beeinflusst. Dabei wurde bei Patient:innen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung erwerbsunfähig sind, festgestellt, dass eine erhöhte Selbststigmatisierung einen geringeren Genesungsgrad voraussagt.

Menschen, die an Alkohol-bedingten Lebererkrankungen leiden, empfinden aufgrund internalisierter negativer Einstellungen, die in der Öffentlichkeit vorherrschen, oft Schuld- und Schamgefühle (Schomerus, Leonard et al., 2022). Dies kann dazu führen, dass sie sich sozial zurückziehen oder es aus Angst vor der Stigmatisierung durch ihr Umfeld sogar vermeiden, in der Öffentlichkeit zu sein. Die Selbststigmatisierung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit hat beispielsweise eine Verringerung der Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf die Abstinenz zur Folge (ebd.). Dies führt zum bereits erwähnten »why try effect« (Corrigan et

2 Adhärenz kann laut Falkenberg (2019) als »das Ausmaß, zu welchem das Verhalten eines Patienten mit den Therapieempfehlungen seines Arztes/Therapeuten, z. B. hinsichtlich der Medikamenteneinnahme, bestimmter Diätmaßnahmen oder Lebensstilveränderungen übereinstimmt«, definiert werden.

al., 2009): Wenn eine Person davon überzeugt ist, dass sie willensschwach ist, warum sollte sie dann überhaupt versuchen, abstinent zu bleiben? Längere Aufenthalte in stationären Suchthilfeeinrichtungen sind häufig mit dieser Annahme verbunden. In der Folge werden Menschen mit Alkoholbedingten Lebererkrankungen schlechter versorgt, was wiederum negative Auswirkungen auf deren Gesundheit hat und die Gesamtbelastung des Gesundheitssystems erhöht (Schomerus, Leonhard et al., 2022).

Strukturelle Stigmatisierung im Zusammenhang mit SED-Unrecht bezieht sich auf bestehende gesellschaftliche Strukturen und Systeme, die für Menschen aufgrund ihrer politischen Vergangenheit diskriminierend und benachteiligend sind. Opfer des SED-Regimes sind augenscheinlich auch heute noch von struktureller Stigmatisierung betroffen, insbesondere hinsichtlich der Wiedergutmachung des damaligen Unrechts sowie der Behandlung von psychischen und physischen Folgeerkrankungen. Bürokratische Hürden, unzureichende Anerkennung von Haftfolgeschäden und fehlende Akten erschweren die Durchsetzung von Ausgleichsansprüchen. Zudem gibt es Barrieren beim Zugang zu angemessener Behandlung und Unterstützung aufgrund von Misstrauen, schlechten Erfahrungen und fehlender Offenheit seitens der Behandler:innen.

Stigmatisierung im gesellschaftlichen und zeitlichen Kontext

Die Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung von Stigmatisierung sollte ebenfalls vor dem Hintergrund sozialer Veränderungsprozesse und geschichtlicher Ereignisse betrachtet werden (Earnshaw et al., 2022). Eine solche Zeitperspektive kann einen Erklärungsbeitrag über die individuellen Bedingungen von Stigmatisierungsprozessen hinaus liefern, hin zu deren gesellschaftlicher und historischer Verankerung. Historische Ereignisse und Entwicklungen können dazu beitragen, die Stigmatisierung bestimmter Gruppen zu etablieren und aufrechtzuerhalten. Ein Beispiel dafür ist die Stigmatisierung von Jüd:innen im Mittelalter und in der frühen Neuzeit. Die religiösen Konflikte und Vorurteile dieser Zeit haben dazu beigetragen, dass Menschen jüdischen Glaubens als »anders« und »gefährlich« angesehen wurden, was zu deren Stig-

matisierung und Diskriminierung führte. Auch in der jüngeren Geschichte haben historische Entwicklungen zur Stigmatisierung bestimmter Gruppen beigetragen wie die Stigmatisierung und Diskriminierung von Homosexuellen im 20. Jahrhundert. Die gesellschaftlichen Normen und Überzeugungen dieser Zeit führten dazu, dass Homosexualität als abweichend und unnatürlich angesehen wurde, wogegen im antiken Griechenland Homosexualität salonfähig war. Die historische Zeitperspektive kann dazu beitragen, dass Stigmata verändert oder aufgehoben werden, wie beispielweise anhand der Stigmatisierung von Frauen in Europa und Nordamerika im Laufe des letzten Jahrhunderts deutlich wird: Der Kampf für Frauenrechte sowie die Veränderungen der gesellschaftlichen Normen und Überzeugungen haben zu einer Verbesserung der gesellschaftlichen Stellung von Frauen und zu einem Rückgang der Stigmatisierung geführt.

Neben der Einbettung in den sozial-historischen Kontext müssen auch die persönliche Lebenszeit und die Entwicklung betrachtet werden. Die Anfälligkeit und Widerstandsfähigkeit gegenüber Stressfaktoren wie Stigmatisierung ist in jeder Lebensphase unterschiedlich. So identifizieren Earnshaw und Kolleg:innen (2022) die Kindheit und Adoleszenz sowie das hohe Alter als sensible Phasen für Stigmatisierung. Kinder und Jugendliche werden sich dieser bewusst, wenn sie metakognitive Fähigkeiten entwickeln, d. h. ein Bewusstsein für die Gedanken und Wahrnehmungen anderer, es ihnen aber zugleich noch an einer vollständigen Bewältigungskompetenz, Selbstwirksamkeit oder sozialen Kompetenz fehlt. Sie sind daher anfälliger für Stigmatisierung, weil sie über weniger Resilienz und Strategien verfügen, um Stigmatisierung zu widerstehen. Studien zeigen, dass Menschen, die früh mit Stigmatisierung konfrontiert werden, im späteren Leben mehr Gesundheitsprobleme haben (ebd.). Ältere Menschen sind ebenfalls anfällig für Stigmatisierung. So verfügen sie zwar unter anderem über ein hohes Maß an Erfahrung in der Regulierung von Emotionen, was ihr Wohlbefinden schützt. Dennoch können ihre Bewältigungsressourcen durch wiederholte Stigmatisierungserfahrungen erschöpft sein. Darüber hinaus sind ältere Menschen häufig von sozialer Isolation und eingeschränktem Zugang zu Ressourcen betroffen, da ihre sozialen Netzwerke schrumpfen und ihre Abhängigkeit von anderen Menschen und sozialen Systemen zunimmt. Diese Faktoren erhöhen die Anfälligkeit für Stigmatisierung und die damit verbundenen Gesundheitsrisiken.

Sind Menschen mit SED-Unrechtserfahrungen mit mehreren Stigmata konfrontiert?

Alle Menschen haben mehr als nur eine Identität. Wenn mehrere dieser Identitäten mit Stigmata assoziiert sind (z. B. psychische Erkrankung, Armut und Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit), wird auch von Intersektionalität gesprochen (Al-Faham et al., 2019). Dabei wird betont, dass es sich beim Zusammentreffen mehrerer stigmatisierter Eigenschaften nicht nur um eine Kombination der einzelnen Stigmata handelt, sondern dass durch das gemeinsame Auftreten eine neue Qualität der Diskriminierung erlebt wird (Rüsch, 2021). Diesbezüglich kann es auch sein, dass bei einer Eigenschaft eine strukturelle Stigmatisierung im Vordergrund steht, während bei einer anderen die öffentliche Stigmatisierung weitaus mehr diskriminierende Erfahrungen schafft. West und Kolleg:innen (2015) untersuchten eine Gruppe von Menschen unterschiedlicher ethnischer Herkunft mit psychischen Erkrankungen und kriminellen Vorstrafen hinsichtlich ihrer erlebten Stigmatisierung. Sie stellten fest, dass das Selbststigma »kriminell« die Selbststigmatisierung von psychischer Erkrankung und ethnischer Zugehörigkeit verstärkt hat. Staiger und Kolleg:innen (2018) haben gezeigt, dass Personen, die Diskriminierung aufgrund von Arbeitslosigkeit und psychischer Krankheit erfahren, eine geringere Selbstwirksamkeit bei der Stellensuche aufweisen und mehr Stigma-bedingte Versorgungsbarrieren wahrnehmen als Personen, die nur von einem oder keinem der Stigmata betroffen sind.

Es stellt sich auch die Frage, ob Personen mit SED-Unrechtserfahrungen möglicherweise sogar mit einer mehrfachen Stigmatisierung bzw. Intersektionalität konfrontiert sind. Ein Beispiel hierfür ist eine Frau, die aus der DDR stammt, also als ostdeutsche Frau gilt, zusätzlich ungerechtfertigt politisch inhaftiert war und nun an Traumafolgestörungen leidet (u. a. Al-Faham et al., 2019). Dass Menschen aufgrund ihrer Hafterfahrungen mit Vorurteilen konfrontiert sind, ist, wie bereits erwähnt, gut belegt (u. a. McWilliams & Hunter, 2021). Inwieweit sich die Stigmatisierung von Inhaftierten auf den Kontext der politischen Verfolgung und Hafterfahrung in der DDR übertragen lässt, ist zu prüfen. Auch psychische Erkrankungen, die zumeist in direktem Zusammenhang mit früheren SED-Unrechtserfahrungen stehen, sind mit (Selbst-)Stigmatisierung und weitreichenden Folgen für das Individuum verbunden.

Neben dem möglichen Stigma durch das erfahrene SED-Unrecht kann

sich das Stigma als psychisch krank zu gelten und dessen Internalisierung aufseiten der Betroffenen (Selbststigmatisierung) negativ auf Emotionen, Verhalten, Gesundheit sowie Lebensqualität auswirken (Rüsch et al., 2004, 2005), was wiederum mit einer erhöhten Hilfesuchbarriere einhergehen kann (Fung et al., 2010; Rüsch et al., 2009; Schomerus et al., 2019). Betroffene von SED-Unrecht und ihre Familien sind nicht selten wirtschaftlich benachteiligt und auf Sozialleistungen angewiesen, da sie aufgrund der gesundheitlichen Langzeitfolgen mit vorübergehender Erwerbsunfähigkeit oder vorzeitigem Renteneintritt konfrontiert sind (Schulze et al., 2020). Sie können darüber den Eindruck gewinnen »für das erlittene Unrecht als Sozialhilfeempfänger >abgestempelt< zu sein« (Hasenbeck et al., 2022, S. 22).

Ausblick

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Stigmatisierung im Kontext des SED-Unrechts ist, mehr als 30 Jahre nach der Wiedervereinigung, aktueller denn je. Obwohl Stigmatisierung weitreichende Folgen hat und sich wie ein unsichtbarer Faden durch das Leben derjenigen, die ein solches Unrecht erfahren, ziehen kann, gibt es bislang keine systematischen Untersuchungen zu dieser Thematik. Wir können daher bisher nur vermuten und spekulieren, ob und in welchem Ausmaß die Leidtragenden auch heute noch von verschiedenen Formen der Stigmatisierung betroffen sein könnten. Zudem befinden sich die meisten der Betroffenen von SED-Unrecht in einem sensiblen Alter, in dem sich die Anfälligkeit für Stigmatisierung und die damit verbundenen Risiken für die Gesundheit erhöhen (Earnshaw et al., 2022).

Auf Basis der vorhandenen Forschungsliteratur kann vermutet werden, dass die Betroffenen durch negative Urteilmuster im sozialen Umfeld und in der Öffentlichkeit bis heute eine sekundäre Stigmatisierung erleiden, die zu weiteren Folgen oder deren Aufrechterhaltung beitragen kann. Aber nicht nur die unmittelbar vom damaligen Unrecht Betroffenen leiden bis heute häufig darunter. Studienergebnisse aus den letzten Jahren zeigen, dass auch ihre Nachkommen durch transgenerationale Effekte indirekt betroffen sein können, wobei eine soziökonomische Schlechterstellung der betroffenen Familien aufgrund der weitreichenden Folgen der SED-Unrechtserfahrung nicht zu vernachlässigen ist (Maslahati et al., 2022).

Darüber hinaus wurde deutlich, dass Stigmatisierungsprozesse zu Herausforderungen und Schwierigkeiten in der allgemeinen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen führen. Auch die Gesellschaft als Sozialraum hat einen erheblichen Einfluss auf diese Prozesse. Aufgrund der in diesem Beitrag ausführlich beschriebenen psychischen und physischen Langzeitfolgen ist davon auszugehen, dass viele Betroffene u. a. mit dem Stigma »psychisch krank« konfrontiert sind. Aufgrund der Intersektionalität verschiedener Stigmata könnten hier jedoch noch ganz andere Mechanismen wirksam werden, als dies bei psychischen Erkrankungen bereits bekannt ist. Nur wenn mögliche Stigmatisierungsprozesse aufgezeigt und besser verstanden werden, können den Betroffenen von SED-Unrecht und ggf. ihren Kindern entsprechende Hilfsangebote gemacht und die Öffentlichkeit und das Hilfesystem für die Thematik sensibilisiert werden.

Entstigmatisierungskampagnen

Ziele, die mit diesen Studienergebnissen verknüpft sind, bestehen u. a. in einem gezielten Abbau möglicher Stigmata, bei welchem Entstigmatisierungskampagnen zum Einsatz kommen können. In der Literatur werden hierzu drei wesentliche Ansätze beschrieben:

- 1 Bildung und Aufklärung (Eduktion),
- 2 persönlicher Kontakt mit Betroffenen und
- 3 Protest und soziale Mobilisierung (Corrigan & Bink, 2016; Rüscher et al., 2005).

Das Ziel von Aufklärung und Bildung (Eduktion) ist es, ein gemeinsames Verständnis für relevante Themen zu fördern und so dazu beizutragen, dass Mythen, Vorurteile und Fehlinformationen hinterfragt und korrigiert werden können (Yanos et al., 2015). Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist die Einbeziehung von Informationen, die unseren eigenen Annahmen widersprechen, in verschiedenen Formen wie Büchern, Videos oder kurzen Lerneinheiten, einschließlich Aufklärungskursen. Direkte Begegnungen mit Betroffenen bieten die Möglichkeit, durch konkretes individuelles Nachfragen mögliche Stereotype und Stigmata abzubauen. Schon früh hat Gordon Allport (1979) die »intergroup contact hypothesis« formuliert, die eine wesentliche Grundlage für diesen Prozess darstellt. Sie besagt, dass Vorurteile gegenüber anderen Gruppen unter bestimmten Be-

dingungen abgebaut werden können, wenn ein Kontakt zwischen beiden Gruppen hergestellt wird. Durch Protest bzw. soziale Mobilisierung soll die Aufmerksamkeit gezielt auf die diskriminierte Gruppe und ihre Rechte gelenkt werden. Dabei soll vor allem eine sehr breite Öffentlichkeit angesprochen werden, beispielsweise durch gezielte Werbekampagnen (z. B. »Jucks im Schritt« zur Aufklärung über Geschlechtskrankheiten), Boykotte bestimmter Medien/Veranstaltungen (z. B. Boykott der Fußball-WM in Katar 2022 aufgrund von Menschenrechtsverletzungen) oder Petitionen und Demonstrationen gegen Gesetze (z. B. Abschaffung des Werbeverbots für Abtreibungen in § 219a StGB).

In Bezug auf die Wirksamkeit zeigt die Studienlage sehr deutlich, dass – vor allem durch Bildung und Aufklärung sowie persönliche Kontakte – stigmatisierende Einstellungen sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei Fachkräften reduziert werden können (Corrigan et al., 2012; Makhmud et al., 2022; Morgan et al., 2018; Pettigrew & Tropp, 2008; Tóth et al., 2023). Es gibt wenige Ansätze im Gruppenformat, die darauf abzielen, stigmatisierenden Einstellungen entgegenzuwirken. In einem Review von Yanos und Kolleg:innen (2015) konnte gezeigt werden, dass ein Kursangebot, das sich über mehrere Sitzungen erstreckte, Selbststigmatisierungstendenzen reduzierte und Selbstvertrauen und Selbstwert gestärkt werden konnten. Zusammenfassend gibt es deutliche Hinweise darauf, dass Interventionen gegen stigmatisierende Einstellungen wirksam und sinnvoll sind. Dadurch können Vorurteile und Diskriminierung abgebaut und das Bewusstsein für diskriminierte Gruppen geschärft werden. Diese Maßnahmen tragen zu einer inklusiven und gerechteren Gesellschaft bei.

Literatur

- Al-Faham, H., Davis, A. M. & Ernst, R. (2019). Intersectionality: From Theory to Practice. *Annual Review of Law and Social Science*, 15(1), 247–265. <https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-101518-042942>
- Allex, A. (2009). Kein Mensch ist »asozial«. In A. Allex & D. Kalkan (Hrsg.), *Ausgesteuert – Ausgegrenzt ... Angeblich asozial* (S. 287). AG SPAK Bücher.
- Allport, G. W. (1979). *The nature of prejudice*. Addison-Wesley Pub. Co.
- American Psychiatric Association (2014). *ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision: Band I – Systematisches Verzeichnis. Version 1.0, Stand August 1994*. Springer.
- Arp, A. (2019). Annäherung an die Gewalterfahrungen ehemaliger Heimkinder aus DDR-

- Spezialheimen: Eine Oral History-Untersuchung. *BIOS – Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufsanalysen*, 30(1–2/2017), 235–258. <https://doi.org/10.3224/bios.v30i1-2.15>
- Barber, S., Gronholm, P.C., Ahuja, S., Rüschi, N. & Thornicroft, G. (2020). Microaggressions towards people affected by mental health problems: A scoping review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e82. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000763>
- Bauer, M., Priebe, S., Blaring, B. & Adamczak, K. (1993). Long-Term Mental Sequelae of Political Imprisonment in East Germany. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 257–262. <https://doi.org/10.1097/00005053-199304000-00007>
- Beer, K. & Weißflog, G. (2011). *Weiterleben nach politischer Haft in der DDR: Gesundheitliche und soziale Folgen*. V&R unipress.
- Beier, F. (2017). *Die geschlossene Gesellschaft und ihre Feindinnen. Biographische Konstruktionen von politisch inhaftierten Frauen in der DDR. Geschlossene Gesellschaften*. 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie.
- Biewen, M. & Steffes, S. (2010). Unemployment persistence: Is there evidence for stigma effects? *Economics Letters*, 106(3), 188–190. <https://doi.org/10.1016/j.econlet.2009.11.016>
- Blume, M., Weiß, A., Schott, T. & Schomerus, G. (2023). *Umfrage zu Einstellungen gegenüber Betroffenen von SED-Unrechtserfahrungen*. Unveröffentlichte Publikation.
- Bongiorno, D.M., Daumit, G.L., Gottesman, R.F. & Faigle, R. (2018). Comorbid Psychiatric Disease Is Associated With Lower Rates of Thrombolysis in Ischemic Stroke. *Stroke*, 49(3), 738–740. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.020295>
- Borbe, A. (2010). Die Zahl der Opfer des SED-Regimes. Landeszentrale für Politische Bildung, Sachsen-Anhalt. <https://www.bundesstiftung-aufarbeitung.de/de/publikationen/die-zahl-der-opfer-des-sed-regimes>
- Brandstetter, S., Dodoo-Schittko, F., Speerforck, S., Apfelbacher, C., Grabe, H.-J., Jacobi, F., Hapke, U., Schomerus, G. & Baumeister, S.E. (2017). Trends in non-help-seeking for mental disorders in Germany between 1997–1999 and 2009–2012: A repeated cross-sectional study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(8), 1005–1013. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1384-y>
- Braune, N., Schröder, J., Gruschka, P., Daecke, K. & Pantel, J. (2008). Determinanten eines Therapieabbruchs während der stationären qualifizierten Entgiftungsbehandlung bei Patienten mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 76(4), 217–224. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1038116>
- Bränström, R., Fellman, D. & Pachankis, J. (2023). Structural Stigma and Sexual Minority Victimization Across 28 Countries: The Moderating Role of Gender, Gender Non-conformity, and Socioeconomic Status. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(3–4), 3563–3585. <https://doi.org/10.1177/08862605221108087>
- Bränström, R. & Pachankis, J.E. (2021). Country-level structural stigma, identity concealment, and day-to-day discrimination as determinants of transgender people's life satisfaction. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(9), 1537–1545. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6>
- Corrigan, P.W. & Bink, A.B. (2016). The Stigma of Mental Illness. In *Encyclopedia of Mental Health* (S. 230–234). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00170-1>
- Corrigan, P.W., Larson, J.E. & Rüschi, N. (2009). Self-stigma and the »why try« effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>

- Corrigan, P.W., Morris, S.B., Michaels, P.J., Rafacz, J.D. & Rüscher, N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963–973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P.W. & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Denis, D., Eslam, J. & Priebe, S. (1997). Psychische Störungen nach politischer Inhaftierung in der Sowjetischen Besatzungszone und der ehemaligen DDR von 1945–1972. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 65(11), 524–530. <https://doi.org/10.1055/s-2007-996359>
- Deutscher Bundestag (2022). Unterrichtung durch die Bundesbeauftragte für die Opfer der SED-Diktatur beim Deutschen Bundestag. Jahresbericht 2022. Die Unterstützung der Opfer der SED-Diktatur – unsere gemeinsame gesamtdeutsche Verantwortung in der Sowjetischen Besatzungszone und der ehemaligen DDR von 1945–1972. https://www.bundestag.de/resource/blob/899252/8f66ceecd61a0a33beafa43953ce0848/Jahresbericht_2022-data.pdf
- Dovidio, J.F., Kawakami, K. & Gaertner, S.L. (2002). Implicit and explicit prejudice and interracial interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 62–68. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.62>
- Druss, B.G. (2000). Mental Disorders and Use of Cardiovascular Procedures After Myocardial Infarction. *JAMA*, 283(4), 506. <https://doi.org/10.1001/jama.283.4.506>
- Dubreucq, J., Plasse, J. & Franck, N. (2021). Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 47(5), 1261–1287. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
- Earnshaw, V.A., Watson, R.J., Eaton, L.A., Brousseau, N.M., Laurenceau, J.-P. & Fox, A.B. (2022). Integrating time into stigma and health research. *Nature Reviews Psychology*, 1(4), 236–247. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00034-2>
- Ebbinghaus, R. (2020). Psychische Langzeitfolgen und Probleme in der Kausalitätsbegutachtung nach politischer Verfolgung in der ehemaligen SBZ und DDR. In Bundesstiftung Aufarbeitung (Hrsg.), *Übersicht über Beratungsangebote für Opfer politischer Verfolgung in der SBZ/DDR* (7. erw. u. überarb. Aufl., S. 23–32). https://www.bundesstiftung-aufarbeitung.de/sites/default/files/shop/Beratungsangebote%20f%C3%BCr%20Opfer%20politischer%20Verfolgung%20in%20SBZ%20und%20DDR_2020.pdf
- Eisenfeld, P. (2007). Defizite bei der Rehabilitierung politischer Verfolgter des SED-Regimes, in: Deutschland Archiv 1/2002. In H. Knabe (Hrsg.), *Die Täter sind unter uns. Über das Schönreden der SED-Diktatur* (S. 59–74). List.
- Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R. & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 42(8), 1741–1752. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002558>
- Falkenberg, I. (2019). Medikamentenadhärenz. In T. Kircher (Hrsg.), *Kompendium der Psychotherapie* (S. 71–100). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57287-0_6
- Faus, R. & Stork, S. (2019). Im vereinten Deutschland geboren – in den Einstellungen gespalten? OBS-Studie zur ersten Nachwendegeneration. https://www.otto-brenner-stiftung.de/wissenschaftsportal/informationsseiten-zu-studien/obs-studie-zur-ersten-nachwendegeneration/?fbclid=IwAR1Gs7ksNTh5aWYigBOjzXN_P5xfxzhLQxvd_qbjzkCbi9JD2L3xDNsDNc

- Frommer, J., Gallistl, A., Regner, F. & Lison, S. (2017). »Nach den Haftunterlagen war das Verhalten der Klägerin problemlos ...«: Rückendeckung für die Diskreditierung von DDR-Unrechtsoptionen durch richterliche Fehlbeurteilung in Sachsen-Anhalt: Ein Fallbericht. *Trauma & Gewalt*, 11(02), 130–146. <https://doi.org/10.21706/tg-11-2-130>
- Fung, K.M.T., Tsang, H.W.H. & Chan, F. (2010). Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: A path analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(5), Article 5. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0098-1>
- Gaida, O. (2021). »Asoziale« im Nationalsozialismus – Diskriminierung, Ausschließung, Vernichtung. In R. Anhorn & J. Stehr (Hrsg.), *Handbuch Soziale Ausschließung und Soziale Arbeit* (Bd. 26, S. 681–700). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19097-6_24
- Gallistl, A. & Frommer, J. (2020a). Disziplinierung und Unrechtserleben – Teil I: Gesellschaftliche Ursachen individuellen Leidens am Beispiel der ehemaligen DDR. *Trauma & Gewalt*, 14(1), 18–27. <https://doi.org/10.21706/tg-14-1-18>
- Gallistl, A. & Frommer, J. (2020b). Disziplinierung und Unrechtserleben – Teil II: Das Magdeburger Beratungskonzept für Betroffene von SED-Unrecht. *Trauma & Gewalt*, 14(1), 28–41. <https://doi.org/10.21706/tg-14-1-28>
- Gfesser, T., Rechenberg, T., Glaesmer, H. & Schomerus, G. (2021). Stigma als Behandlungsbarriere bei ehemaligen DDR-Heimkindern – Eine qualitative Studie am Beispiel der Mitglieder der »Betroffeneninitiative Missbrauch in DDR-Kinderheimen«. *Psychiatrische Praxis*, 48(05), 244–249. <https://doi.org/10.1055/a-1328-0060>
- Goffman, E. (1975). *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Suhrkamp.
- Göpfert, N.C., Conrad Von Heydendorff, S., Dreßing, H. & Bailer, J. (2019). Applying Corrigan's progressive model of self-stigma to people with depression. *PLOS ONE*, 14(10), e0224418. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224418>
- Grace, A. (2022). »Get to know me, not the inmate«: Women's Management of the Stigma of Criminal Records. *The British Journal of Criminology*, 62(1), 73–89. <https://doi.org/10.1093/bjc/azab029>
- Graham, S., Weiner, B., Giuliano, T. & Williams, E. (1993). An Attributional Analysis of Reactions to Magic Johnson. *Journal of Applied Social Psychology*, 23(12), 996–1010. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1993.tb01018.x>
- Gurr, T. & Jungbauer-Gans, M. (2017). Eine Untersuchung zu Erfahrungen Betroffener mit dem Stigma Arbeitslosigkeit. *Soziale Probleme*, 28(1), 25–50. <https://doi.org/10.1007/s41059-017-0028-5>
- Haack, K. (2020). »Im Grunde gibt es ... keine Chance zu Veränderungen zu kommen«. Zur Lage der Anstaltspsychiatrie in der DDR in den 1980er-Jahren – Das Beispiel Ueckermünde. In W. Kumbier, *Psychiatrie in der DDR II, Weitere Beiträge zur Geschichte. Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte* (Bd. 27). be.bra Wissenschaft Verlag.
- Hammarlund, R.A., Crapanzano, K.A., Luce, L., Mulligan, L.A. & Ward, K.M. (2018). Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug- and alcohol-use disorders. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 9, 115–136. <https://doi.org/10.2147/SAR.S183256>
- Hasenbeck, M., Barthelmes, S.-K. & Klingohr, C. (2022). Bericht der Landesregierung zu ihren Aktivitäten auf dem Gebiet der Aufarbeitung der SED-Diktatur in Thürin-

- gen. https://staatskanzlei-thueringen.de/fileadmin/user_upload/TSK/221019_Aufarbeitung_SED-Diktatur_22_BF.pdf
- Hatzenbuehler, M.L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *American Psychologist*, 71(8), 742–751. <https://doi.org/10.1037/amp0000068>
- Hatzenbuehler, M.L., Keyes, K.M. & Hasin, D.S. (2009). State-Level Policies and Psychiatric Morbidity In Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. *American Journal of Public Health*, 99(12), 2275–2281. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.153510>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Kahneman, D. (2012). *Thinking, fast and slow*. Penguin Books.
- Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Krnacova, B., Cinculova, A., Ociskova, M., Holubova, M., Smoldasova, J. & Tichackova, A. (2016). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1289–1298. <https://doi.org/10.2147/PPA.S99136>
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Bruce, M.L., Koch, J.R., Laska, E.M., Leaf, P.J., Manderscheid, R.W., Rosenheck, R.A., Walters, E.E. & Wang, P.S. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research*, 36(6 Pt 1), 987–1007.
- Klinitzke, G., Böhm, M., Brähler, E. & Weißflog, G. (2012). Ängstlichkeit, Depressivität, Somatisierung und Posttraumatische Belastungssymptome bei den Nachkommen ehemals politisch inhaftierter Personen in Ostdeutschland (1945–1989). *PPmP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62(01), 18–24. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1301910>
- Landesbeauftragte für Mecklenburg-Vorpommern für die Aufarbeitung der SED-Diktatur (2019, 14. Nov.). *Zwischen Zweifel und Akzeptanz. Teil 2. Kindstode, Kindesentzug und Adoption in der DDR – Der Umgang mit dem Unfassbaren*. Veranstaltung der Landesbeauftragten für Mecklenburg-Vorpommern für die Aufarbeitung der SED-Diktatur, Schwerin.
- Lenski, K. (2018). Asozialität in der DDR, Re-Konstruktion und Nachwirkung eines Ausgrenzungsbegriffs. In E. Heitzer, M. Jander, A. Kahane & P.G. Poutrus (Hrsg.), *Nach Auschwitz: Schwieriges Erbe DDR: Plädoyer für einen Paradigmenwechsel in der DDR-Zeitgeschichtsforschung*. Wochenschau Verlag.
- Lindenberger, T. (2005). »Asoziale Lebensweise«. Herrschaftslegitimation, Sozialdisziplinierung und die Konstruktion eines »negativen Milieus« in der SED-Diktatur. *Geschichte und Gesellschaft*, 31(2), 227–254.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B.G. & Phelan, J. (2014). Stigma power. *Social Science & Medicine*, 103, 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.035>
- Lüders, J., Fügemann, L., Rechenberg, T., Helmert, C., Sander, C., Speerforck, S. & Schomerus, G. (2022). Potenziell traumatische Lebensereignisse in der ambulanten

- Psychotherapie: Potenziell traumatische Lebensereignisse in der ambulanten Psychotherapie. *Trauma & Gewalt*, 16(4), 340–352.
- Maercker, A., Gäbler, I., O'Neil, J., Schützwohl, M. & Müller, M. (2013). Long-term trajectories of PTSD or resilience in former East German political prisoners. *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 23(1), 15–27.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1997). Long-term effects of political imprisonment: A group comparison study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(8), 435–442. <https://doi.org/10.1007/BF00789137>
- Makhmud, A., Thornicroft, G. & Gronholm, P.C. (2022). Indirect social contact interventions to reduce mental health-related stigma in low- and middle-income countries: Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e79. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000622>
- Marheinecke, R., Strauss, B. & Engert, V. (2023). Visible Wounds of Invisible Repression: A Perspective on the Importance of Investigating the Biological and Psychological Impact of Political Repression. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001548>
- Maslahati, T., Voß, A. L., Donth, S., Heuser-Collier, I. & Roepke, S. (2022). Gesundheitliche Folgen politischer Haft in der Sowjetischen Besatzungszone und der Deutschen Demokratischen Republik. *PPmP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 72(07), 283–291. <https://doi.org/10.1055/a-1704-8486>
- McWilliams, E. R. & Hunter, B. A. (2021). The Impact of Criminal Record Stigma on Quality of Life: A Test of Theoretical Pathways. *American Journal of Community Psychology*, 67(1–2), 89–102. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12454>
- Mitzscherlich, B., Ahbe, T. & Diedrich, U. (2020). Fallstudie Sexueller Kindesmissbrauch in Institutionen der DDR: Fallstudie zu den Anhörungen und Dokumenten der Aufarbeitungskommission. In Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexueller Kindesmissbrauchs (Hrsg.), *Geschichten, die zählen* (S. 175–237). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27797-0_2
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., Wells, K. B., Pincus, H. A. & Kessler, R. C. (2011). Barriers to mental health treatment: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 41(8), 1751–1761. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002291>
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., Too, L. S. & Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 120–133. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.017>
- Müller, T. R., Mitzscherlich, B., Böttcher, A. & Zedlick, D. (Hrsg.). (2015). *Psychiatrie in der DDR: Erzählungen von Zeitzeugen* (3. Aufl.). Mabuse.
- Murrell, A. (2020). Aversive Racism: Foundations, Impact, and Future Directions. In A. Murrell, *Oxford Research Encyclopedia of Business and Management*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190224851.013.194>
- Nash, M. (2013). Diagnostic overshadowing: A potential barrier to physical health care for mental health service users: Michael Nash outlines how physical symptom reports among people with mental health problems are often attributed to mental illness, leading to delayed diagnosis and treatment. *Mental Health Practice*, 17(4), 22–26. <https://doi.org/10.7748/mhp2013.12.17.4.22.e862>

- Nordt, C., Rossler, W. & Lauber, C. (2005). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709–714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- Oexle, N., Müller, M., Kawohl, W., Xu, Z., Viering, S., Wyss, C., Vetter, S. & Rüschi, N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: A longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(2), 209–212. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0773-2>
- Pachankis, J.E. & Bränström, R. (2018). Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(5), 403–415. <https://doi.org/10.1037/ccp0000299>
- Pachankis, J.E., Hatzenbuehler, M., Bränström, R., Schmidt, A., Berg, R., Jonas, K., Pitoňák, M., Baros, S. & Weatherburn, P. (2022). Structural stigma and sexual minority men's depression and suicidality: A multi-level examination of mechanisms and mobility across 48 countries. *European Journal of Public Health*, 32(Supplement_3), ckac129.195. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.195>
- Pachankis, J.E., Hatzenbuehler, M.L., Hickson, F., Weatherburn, P., Berg, R.C., Marcus, U. & Schmidt, A.J. (2015). Hidden from health: Structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS*, 29(10), 1239–1246. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000724>
- Parcesepe, A.M. & Cabassa, L.J. (2013). Public Stigma of Mental Illness in the United States: A Systematic Literature Review. *Administration and Policy in Mental Health*, 40(5), 384–399. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0430-z>
- Perich, T., Mitchell, P.B. & Vilus, B. (2022). Stigma in bipolar disorder: A current review of the literature. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(9), 1060–1064. <https://doi.org/10.1177/00048674221080708>
- Peters, L., Den Boer, D.J., Kok, G. & Schaalma, H.P. (1994). Public reactions towards people with AIDS: An attributional analysis. *Patient Education and Counseling*, 24(3), 323–335. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(94\)90075-2](https://doi.org/10.1016/0738-3991(94)90075-2)
- Pettigrew, T.F. & Tropp, L.R. (2008). How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *European Journal of Social Psychology*, 38(6), 922–934. <https://doi.org/10.1002/ejsp.504>
- Priebe, S., Bolze, K. & Rudolf, H. (1994). Andauernde psychische Störungen nach Repressalien infolge eines Ausreisearbeiters in der damaligen DDR. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 62(11), 433–437. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1002300>
- Rade, C.B., Desmarais, S.L. & Mitchell, R.E. (2016). A Meta-Analysis of Public Attitudes Toward Ex-Offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 43(9), 1260–1280. <https://doi.org/10.1177/0093854816655837>
- Reid, A.E., Dovidio, J.F., Ballester, E. & Johnson, B.T. (2014). HIV prevention interventions to reduce sexual risk for African Americans: The influence of community-level stigma and psychological processes. *Social Science & Medicine*, 103, 118–125. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.028>
- Reininghaus, F. & Schabow, E. (2013). *Meine Kindheit kann mir niemand wiedergeben! Einweisungen von Kindern und Jugendlichen in Spezialheime und Jugendwerkhöfe der DDR bis 1989*. Bürgerbüro e.V.
- Rüschi, N. (2021). *Das Stigma psychischer Erkrankung: Strategien gegen Ausgrenzung und Diskriminierung: wissenschaftsbasiertes Sachbuch*. Elsevier.

- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P.W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Rüsch, N., Berger, M., Finzen, A. & Angermeyer, M. C. (2004). Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. *Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie*, 807–812.
- Rüsch, N., Corrigan, P.W., Wassel, A., Michaels, P., Larson, J. E., Olschewski, M., Wilkniss, S. & Batia, K. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *British Journal of Psychiatry*, 195(6), 551–552. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.067157>
- Sachse, C. (2013). *Ziel Umerziehung: Spezialheime der DDR-Jugendhilfe 1945–1989 in Sachsen*. Leipziger Universitäts-Verlag.
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B. J., Clara, I., ten Have, M., Belik, S.-L., de Graaf, R. & Stein, M. B. (2007). Perceived Barriers to Mental Health Service Utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58(3), 357–364. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.3.357>
- Sarraf, L., Lepage, M. & Sauvé, G. (2022). The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 248, 64–78. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.08.001>
- Saxby, K., Chan, C. & Bavinton, B. R. (2022). Structural Stigma and Sexual Health Disparities Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men in Australia. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 89(3), 241–250. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002851>
- Scambler, G. (2009). Health-related stigma. *Sociology of Health & Illness*, 31(3), 441–455. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01161.x>
- Schomerus, G. & Corrigan, P.W. (2022). Understanding the Stigma of Substance Use Disorders. In dies. (Hrsg.), *The Stigma of Substance Use Disorders* (S. 1–14). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108936972.001>
- Schomerus, G., Leonhard, A., Manthey, J., Morris, J., Neufeld, M., Kilian, C., Speerforck, S., Winkler, P. & Corrigan, P.W. (2022). The stigma of alcohol-related liver disease and its impact on healthcare. *Journal of Hepatology*, 77(2), 516–524. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2022.04.026>
- Schomerus, G., Schindler, S., Sander, C., Baumann, E. & Angermeyer, M. C. (2022). Changes in mental illness stigma over 30 years – Improvement, persistence, or deterioration? *European Psychiatry*, 65(1), e78. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2337>
- Schomerus, G., Spahlholz, J. & Speerforck, S. (2023). Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 66(4), 416–422. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03679-3>
- Schomerus, G., Stolzenburg, S., Freitag, S., Speerforck, S., Janowitz, D., Evans-Lacko, S., Muehlan, H. & Schmidt, S. (2019). Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: A prospective study among untreated persons with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(4), 469–479. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0896-0>
- Schulze, E., Vogl, D., Kaul, G. & Gabriel, J. (2020). *Studie zu aktuellen Lebenslagen von Menschen und deren Familien, die in der Sowjetischen Besatzungszone/DDR politisch ver-*

- folgt wurden oder Unrecht erlitten und im Land Brandenburg wohnen (Sozialstudie). Berliner Institut für Sozialforschung GmbH. https://aufarbeitung.brandenburg.de/wp-content/uploads/2020/11/Sozialstudie_LAKD_BIS.pdf
- Sample, S. J., Patterson, T. L. & Rant, I. (2005). Methamphetamine use and depressive symptoms among heterosexual men and women. *Journal of Substance Use*, 10(1), 31–47. <https://doi.org/10.1080/1465989042000271264>
- Shannon, P. J., Wieling, E., Simmelink-McCleary, J. & Becher, E. (2015). Beyond Stigma: Barriers to Discussing Mental Health in Refugee Populations. *Journal of Loss and Trauma*, 20(3), 281–296. <https://doi.org/10.1080/15325024.2014.934629>
- Sofin, Y., Danker-Hopfe, H., Gooren, T. & Neu, P. (2017). Predicting Inpatient Detoxification Outcome of Alcohol and Drug Dependent Patients: The Influence of Socio-demographic Environment, Motivation, Impulsivity, and Medical Comorbidities. *Journal of Addiction*, 2017, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2017/6415831>
- Spitzer, C. (2015). Psychische Erkrankungen durch politische Verfolgung in der DDR. In S. Trobisch-Lütge & K.-H. Bombarg (Hrsg.), *Verborgene Wunden. Spätfolgen politischer Traumatisierung in der DDR und ihre transgenerationale Weitergabe* (S. 257–271). Psychosozial-Verlag.
- Spitzer, C., Ulrich, I., Plock, K., Mothes, J., Drescher, A., Gürtler, L., Freyberger, H. & Barnow, S. (2007). Beobachtet, verfolgt, zersetzt – Psychische Erkrankungen bei Betroffenen nichtstrafrechtlicher Repressionen in der ehemaligen DDR. *Psychiatrische Praxis*, 34(2), 81–86. <https://doi.org/10.1055/s-2006-940059>
- Staiger, T., Waldmann, T., Oexle, N., Wigand, M. & Rüsche, N. (2018). Intersections of discrimination due to unemployment and mental health problems: The role of double stigma for job- and help-seeking behaviors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(10), 1091–1098. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1535-9>
- Stegemann, D. (2017). Arbeitsscheu und »Asoziale«. In A. Allex (Hrsg.), *Sozialassististische Verfolgung im deutschen Faschismus: Kinder, Jugendliche, Frauen als sogenannte »Asoziale« – Schwierigkeiten beim Gedenken*. AG SPAK Bücher.
- Steger, F., Wiethoff, C. & Schochow, M. (2017). *Vertuschter Skandal: Die kontaminierte Anti-D-Prophylaxe in der DDR 1978/1979 und ihre Folgen*. Mitteldeutscher Verlag.
- Stone, E. M., Chen, L. N., Daumit, G. L., Linden, S. & McGinty, E. E. (2019). General Medical Clinicians' Attitudes Toward People with Serious Mental Illness: A Scoping Review. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 46(4), 656–679. <https://doi.org/10.1007/s11414-019-09652-w>
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., el Chammy, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., ... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)
- Tóth, M. D., Ihionvien, S., Leduc, C., Aust, B., Amann, B. L., Cresswell-Smith, J., Reich, H., Cully, G., Sanches, S., Fanaj, N., Qirjako, G., Tsantila, F., Ross, V., Mathieu, S., Pashoja, A. C., Arensman, E. & Purebl, G. (2023). Evidence for the effectiveness of interventions to reduce mental health related stigma in the workplace: A systematic review. *BMJ Open*, 13(2), e067126. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067126>
- Trobisch-Lütge, S. (2004). *Das späte Gift. Folgen politischer Traumatisierung in der DDR und ihre Behandlung*. Psychosozial-Verlag.

- Trobisch-Lütge, S. (2017a). Auswirkungen der Verfolgung auf die Familien von politisch Verfolgten. In K.-H. Bomberg, S. Trobisch-Lütge, A. Kaminsky & A. Maercker (Hrsg.), *Verborgene Wunden: Spätfolgen politischer Traumatisierung in der DDR und ihre transgenerationale Weitergabe* (S. 56–57). Psychosozial-Verlag.
- Trobisch-Lütge, S. (2017b). Empirische Studien über gesundheitliche Auswirkungen politischer Verfolgung in der DDR/SBZ. In K.-H. Bomberg, S. Trobisch-Lütge, A. Kaminsky & A. Maercker (Hrsg.), *Verborgene Wunden. Spätfolgen politischer Traumatisierung in der DDR und ihre transgenerationale Weitergabe* (S. 58–63). Psychosozial-Verlag.
- Vistorte, A. O. R., Ribeiro, W. S., Jaen, D., Jorge, M. R., Evans-Lacko, S. & Mari, J. de J. (2018). Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 53(4), 317–338. <https://doi.org/10.1177/0091217418778620>
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. Springer.
- Weiner, B., Perry, R. P. & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5), 738–748. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.5.738>
- Weißflog, G., Böhm, M., Klinitzke, G. & Brähler, E. (2010). Erhöhte Ängstlichkeit und Depressivität als Spätfolgen bei Menschen nach politischer Inhaftierung in der DDR. *Psychiatrische Praxis*, 37(06), 297–299. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1248501>
- Weißflog, G. & Brähler, E. (2015). Political Violence in the German Democratic Republic Between 1949 and 1989 and Its Consequences for Mental and Physical Health. In J. Lindert & I. Levav (Hrsg.), *Violence and Mental Health* (S. 287–301). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8999-8_14
- Weißflog, G., Daig, I., Klinitzke, G. & Brähler, E. (2012). Körperbeschwerden nach politischer Inhaftierung und deren Zusammenhang mit Ängstlichkeit und Depressivität. *Verhaltenstherapie*, 22(1), 37–46. <https://doi.org/10.1159/000335418>
- Weißflog, G., Klinitzke, G. & Hinz, A. (2011). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Posttraumatische Belastungsstörungen bei in der DDR politisch Inhaftierten. *PPmP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 61(03/04), 133–139. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1253416>
- West, M. L., Vayshenker, B., Rotter, M. & Yanos, P. T. (2015). The influence of mental illness and criminality self-stigmas and racial self-concept on outcomes in a forensic psychiatric sample. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 150–157. <https://doi.org/10.1037/prj0000133>
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
- Wohlrab, L. (2009). Traumatisierung durch politische Haft in der DDR und ihre transgenerationale Weitergabe. In C. Seidler & M. J. Froese (Hrsg.), *Traumatisierungen in (Ost-) Deutschland* (S. 151–163). Psychosozial-Verlag.
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D. & Lysaker, P. (2015). Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 171–178. <https://doi.org/10.1037/prj0000100>
- Zeng, M. (2000). *»Asoziale« in der DDR: Transformationen einer moralischen Kategorie*. LIT Verlag.
- Zentrum für Zeithistorische Forschung Potsdam (ZZF) (2018). Dimension und Wissen-

schaftliche Nachprüfbarkeit politischer Motivation in DDR-Adoptionsverfahren, 1966–1990-Vorstudie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. https://zzf-potsdam.de/sites/default/files/2018-02-26_zzf-vorstudie_pol_mot_adoptionen_2.pdf

Biografische Notizen

Marie Blume, Dr. rer. nat., M.Sc. Psychologin, in Ausbildung zur Gestalttherapeutin, ist seit Oktober 2021 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Verbundprojekt »Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht« am Standort Leipzig und beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit anhaltenden Stigmatisierungsprozessen von Seiten der Gesellschaft bezogen auf Menschen, denen SED-Unrecht widerfahren ist.

Tobias Schott, Psychologe, M.Sc., Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), ist seit Oktober 2021 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Verbundprojekt »Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht« am Standort Leipzig und beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit anhaltenden Stigmatisierungsprozessen von Seiten des Gesundheitssystems bezogen auf Menschen, denen SED-Unrecht widerfahren ist.

Anne Weiß, Psychologin, M.Sc., in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (tiefenpsychologisch fundiert), ist seit Juli 2021 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Verbundprojekt »Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht« am Standort Leipzig und beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit anhaltenden Stigmatisierungsprozessen Betroffener von SED-Unrecht.

Georg Schomerus, Prof. Dr. med., ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und seit 2019 Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie in Leipzig. Wissenschaftlich beschäftigt er sich u.a. mit der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Krankheiten und den Haltungen der Öffentlichkeit zu psychischer Krankheit. Er leitet das Teilprojekt »Anhaltende Stigmatisierungsprozesse« des Verbundprojekts zu den Gesundheitlichen Langzeitfolgen von SED-Unrecht.