

REINHARD PEUKERT

Soziale Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker – wer ist schuld?

Der Patient, die Angehörigen, die medizinische Versorgung oder Vorurteile in der „Normal-Gesellschaft“?

Seit einiger Zeit gehört es zur Routine des psychiatrischen und des psychiatrie-nahen Discourses, die gesellschaftliche Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen – insbesondere der Schizophrenien – anzuprangern. Hier und da wird das Stigma zur „2. Krankheit“ erhoben, und in mancher Diskussion könnte man den Eindruck gewinnen, das eigentliche und wesentliche Problem der psychischen Erkrankung sowie der Erkrankten sei deren Stigmatisierung.

Die weltweite Anti-Stigma-Kampagne und der Verein „Irrsinnig Menschlich e.V.“ (Leipzig) genie-

PROF. DR. PHIL. REINHARD PEUKERT
FH Wiesbaden, Fachbereich Sozialwesen
Kurt-Schumacher-Ring 18
65197 Wiesbaden
Vorsitzender des Landesverbandes Hessen der
Angehörigen psychisch kranker Menschen

ßen vor diesem Hintergrund hohe Aufmerksamkeit. Ich weiß nicht recht, was diese breite Diskussion ausgelöst hat, und mit welchen Interessen sie verknüpft ist, aber einen Effekt davon glaube ich erkannt zu haben. Psychiatrie-Erfahrene und wir Angehörigen sind be-

gierig die Stigma-Diskussion aufzugreifen, und zwar aus nachvollziehbaren Gründen: Für uns und für unsere kranken Angehörigen ist der Gedanke verlockend, es wäre „nur“ die *Diagnose* Schizophrenie und die damit einhergehende Stigmatisierung der Krank-

heit und der Kranken, die die nun wahrlich vielfältigen Probleme hervorbringen würden:

- von mangelhafter Behandlung und Betreuung,
- incl. dem Vorenthalten der heute angemessenen medikamentösen Therapie,
- über weitere offensichtliche sozialrechtliche Schlechterstellungen der psychisch Kranken und ihrer Familien, indem nämlich die Sozialhilfe für Leistungen einzustehen hat, für die eigentlich die primären Kostenträger zuständig sind (GKV und Rentenversicherung),
- mit der Folge, dass viele Familien bei der Betreuung ihrer Kranken finanziell hinzugezogen werden; nach einer eigenen Berechnung im Anschluss an Rössler und Salize 1996 sowie Goldberg 1991 liegen die Krankheitskosten für die Angehörigen im Durchschnitt bei 15750 DM¹. Bei ca. 328000 Erkrankten werden von allen Angehörigen in der BRD also jährlich ca. 5,166 Mrd. DM aufgebracht (siehe auch Peukert 2000 in: Dierks²);
- über den kaum erträglichen schleppenden Gang, mit dem die Selbstverwaltung (ich meine den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen) die Umsetzung für die seit mehr als einem Jahr im Gesetz verankerten Soziotherapie betreibt,
- über das Vorenthalten von angemessenen, nämlich ambulante Rehabilitationsmaßnahmen
- bis hin zum häufig ungerechtfertigten Ausschluss nicht nur aus normalen Arbeitsprozessen,

sondern auch aus Maßnahmen des 2. Arbeitsmarktes!

Angesichts dieser Wirklichkeit ist es sehr verlockend zu glauben, an alle dem sei das Stigma schuld.

Allerdings: dies sind reale Belastungen und keine gesellschaftliche Stigmatisierung, sondern eher ein fortdauernder Skandal – trotz 25 Jahren Psychiatriereform in Anschluss an die Psychiatrie-Enquête, und zwar ein politischer Skandal, der mit politischen Mitteln zu bekämpfen ist.

Diesem Teil des Problems kann nicht mit Anti-Stigma-Kampagnen begegnet werden, die womöglich auch noch moralisch appellierend auf das öffentliche Bewusstsein einwirken wollen.

Dient das Stigma-Theorem allein der Umlenkung von Wut?

Nach diesen Vorbemerkungen könnte man annehmen, es gäbe das Stigma gar nicht; das Stigma sei vielmehr eine Erfindung zur Umlenkung der Wut von Psychiatrie-Erfahrenen und von uns Angehörigen, und zwar zur Umlenkung weg von politisch und professionell Verantwortlichen – hin zu unseren Nachbarn und Mitbürgern.

Drei wahre Geschichten können dazu dienen, Licht auf die Realität gesellschaftlicher Stigmatisierung zu werfen.

Im Selbsthilfegruppen-Treff

Vor ca. einer Woche berichtete eine attraktive, auch in ihren Krankheitsphasen immer äußerst ansprechende Dame, wie es ihr bei einer

Vorbereitung für einen Selbsthilfetag erging. Man saß mit wechselseitiger freundlicher Aufmerksamkeit beieinander und plauderte, bis es losging – auch sie trieb Konversation mit ihren Nachbarinnen und Nachbarn zur linken und rechten. Als dann das Treffen offiziell mit der Vorstellungsrunde begann und es an ihr war, sich als Vertreterin einer Gruppe von psychisch Erkrankten zu äußern, zuckten ihre Nachbarinnen und Nachbarn zusammen, bewegten sich ein wenig von ihr ab und versteiften ihre Glieder.

Zwischen Banjul und Frankfurt

Als ich vor ca. 4 Wochen mit dem Flugzeug von einer Afrika-Forschungsreise zurückkehrte kam es aufgrund der Enge des Flugzeugs und von Missverständnissen zu einer kleineren Auseinandersetzung zwischen drei Passagieren. Plötzlich wendet sich einer der drei aus dieser Gruppe heraus, suchte Blickkontakt zu uns inzwischen aufmerksam gewordenen anderen Passagieren und machte die bekannt „Scheibenwischer-Handbewegung“ und deutete dabei auf einen der beiden anderen Kontrahenten. Was wollte er uns sagen? „Der ist bescheuert, was der tut und will, muss man nicht ernst nehmen“ – und mit der Abwertung des Anderen sollte die eigene Position aufgewertet und das eigene Verhalten gerechtfertigt werden.

Psychiatrie-Erfahrene können von vielen, vielen Situationen erzählen, in denen es darum ging, eigene Meinungen zu vertreten, eigene Bedürfnisse oder Interessen

durchzusetzen – und der dabei gemachten Erfahrung, dass sie aufgrund des Wissens der Interaktionspartner, sie seien psychisch krank, als Menschen behandelt wurden, die man nicht ernst zu nehmen bräuchte, deren Intentionen nichts wert seien – und oft fühlten sie sich dann selbst als wertlos!

Im Lions-Club

Mein Vater, ein überzeugtes Mitglied der Lions, der auch mal die Funktion des Governors übernahm, hatte in den letzten Jahren den Eindruck, seine Lions-Freunde würden nicht mehr so gern an seinem Tisch sitzen. Nachdem er mit 71 die Position als Direktor in einem Industrieunternehmen aufgab, hatte er nicht mehr so viel von seinen Erlebnissen bei Dienstreisen rund um die Welt zu erzählen. Er begann die Probleme unserer Familie mit meinem kranken Bruder wahrzunehmen, sich damit zu beschäftigen und er hatte den Eindruck, seine Lions-Freunde damit zu behelligen.³

Er machte – für ihn erfreulicherweise erst in hohem Alter – eine der klassischen Erfahrungen von Angehörigen psychisch kranker Menschen: zunächst wird die Aufmerksamkeit zumeist unfreiwillig um die Probleme der psychischen Erkrankung fokussiert, und bei längerwieriger Erkrankung folgen die Sozialkontakte dem Aufmerksamkeitsfokus: Mit zunehmender Erkrankungsdauer und Belastung dünnten sich alle Sozialkontakte mehr oder weniger aus, ausgenommen die, die um die

Krankheit und die mit ihr einhergehenden Probleme gruppiert sind.

Die eher beiläufigen Ereignisse in den Geschichten

- das fast erschreckte zur Seite wenden im Selbsthilfegruppentreff,
- die Scheibenwischer-Szene mit der Erfahrung, nicht ernst genommen zu werden,
- die Tendenz schleichender Umstrukturierung von Themen und Sozialkontakten bei Angehörigen

können durch empirisch gesichertes Material untermauert werden.

Die GISA-Studie hat die Belastungen von Angehörigen psychisch kranker Menschen durch eine Befragung der jeweils nächsten Bezugsperson bei allen ca. 200 Patienten untersucht, die innerhalb eines bestimmten Zeitpunktes stationär aufgenommen wurden (Franz 2000).

Ein Teil der Ergebnisse wirft ein Licht auf die erlebte Stigmatisierung von Angehörigen: Innerhalb der letzten vier Wochen vor stationärer Aufnahme fühlten sich

35% in Verlegenheit gebracht, und bei

27% der Befragten wurden Schamgefühle ausgelöst.

10% hatten im Laufe der Erkrankung des Angehörigen Kontakt zu anderen Familienmitgliedern verloren, und 25% den Kontakt zu Freunden.⁴

Das Stigma

Jemand gilt oder fühlt sich als stigmatisiert, weil er ein Zeichen – ein

Stigma – trägt, das seine Umwelt zu einem von ihm unerwünschten Verhalten veranlasst.

In historischer Perspektive waren Stigmata Mittel zur Aufrichtung und Aufrechterhaltung der gesellschaftlichen Ordnung: Verbrecher erhielten ein Brandzeichen, so dass jeder gute Bürger sie gleich erkennen und sich schützen konnte (Stigmata waren ein Zeichen für Gefahr) – und der Bürger war zugleich angehalten, dem so Stigmatisierten bestimmte mitmenschliche Zuwendungen, z. B. die Gastfreundschaft, zu verwehren (Stigmata waren also auch eine gesellschaftlich normierte Verhaltensvorschrift).

Im Nationalsozialismus diente die Pflicht zum Tragen des gelben Sterns der Segregation, der Teilung der Gesellschaft in Nicht-Juden und Juden und die Ausschließung der Juden aus der Normal-Gesellschaft, zunächst mit dem Entzug von Menschenrechten und Menschenwürde, und schließlich zur ökonomischen und physischen Vernichtung.

Vor der physischen Vernichtung der Juden war es die aktenkundige psychische Erkrankung und Behinderung, die mehr als 70000 Menschen in die Gaskammern führte, und weitere ca. 50000 fielen der sog. „wilden Euthanasie“ in den Anstalten zum Opfer, z. B. durch Scopolamin (vergl. Meyer in: Seidel/Werner 1991⁵).

An dem historisch mächtigen Stigma des gelben Sterns in Nazi-Deutschland zeigt sich eine weitere Eigenschaft, die aus einem Zeichen (dem gelben Stern) oder einer Zuschreibung (psychisch krank) ein

Stigma werden lässt: Das stigma-verdächtige Zeichen bzw. Merkmal der Person wird zu seiner zentralen Eigenschaft, zur alleinigen Bezugsgröße, die alles andere überlagert – jede Individualität und Einzigartigkeit geht verloren und verliert sich in der Bedeutung des Stigmas!⁶

Das Stigma selbst ist also das nach außen sichtbare Zeichen. Dieses Zeichen verweist auf eine Bedeutung – und das Erkennen des Zeichens ermöglicht es dem Stigma-Rezipienten, auf die Bedeutung zu schließen, d. h. den Stigma-Träger in besonderer Weise zu erkennen (und zu deuten).

Dabei wird diese Bedeutung zur einzigen relevanten Eigenschaft der Person, die alles andere überlagert, und der Interaktionspartner wird sein Verhalten an dieser Deutung orientieren – wobei dieses Verhalten in der Regel ein vom Stigma-Träger unerwünschtes ist.

Die Stigmata „schizophren“ und „psychisch krank“

Einige als Stigma verdächtige Wendungen sind längst Teil der Umgangssprache geworden, und dies trifft z. B. auch auf: „Das ist ja schizophren“ oder „Der ist ja schizophren“ zu – genauso wie das Wort, mit dem mich mein 4 Jahre alter Enkel vor einer Woche beeindruckte: er hatte ein neues Auto bekommen und das war – in seinen Worten – „Voll geil“.

Ein prominenteres Zitat als das meines Enkels: „Mit Verlaub, Herr Präsident, Sie sind ein A...“ führte im Bundesparlament zu einem vorübergehenden Ausschluss aus der Debatte – „Verzeihen Sie

Herr Präsident, Sie sind schizophren“ hätte sicherlich nicht dazu geführt.

Mit der Aussage, jemand sei psychisch krank, steht es schon anders – es sei an die Selbsthilfe-Gruppen-Szene erinnert und daran, wofür die Szene im Flugzeug steht.

Wird eine Person als „psychisch krank“ titulierte, werden Urteile und Vorurteile wachgerufen, die der so identifizierten Person als Attribute zugeschrieben werden (siehe Abb. 1).

Als stigmatisierbar der Stigmatisierung entgehen ...

Unter diesen Umständen ist die stigmatisierbare⁷ Person natürlich daran interessiert zu vermeiden, als psychisch krank erkannt zu werden; und so wird Verbergen ein Teil der eigenen Identität.

Man kann sich recht gut vorstellen, wie viele Anstrengungen die Vermeidung kostet und wie viele Überlegungen und Zweifel einen Menschen umtreiben, bevor er sich entscheidet, sein Psychisch-Krank-Sein einem bestimmten Mitmenschen gegenüber zu offenbaren – oder es besser zu lassen, weil bei seinem Gegenüber damit der Stigmatisierungsprozess ausgelöst werden könnte.

„Das entscheidende Problem ist nicht, mit der Spannung, die während sozialer Kontakte erzeugt wird, fertig zu werden, sondern eher dies, die Information über ihren Fehler (das Psychisch-Krank-Sein, Einfügung R.P.) zu steuern. Eröffnen oder Nicht-Eröffnen; Sagen oder Nicht-Sagen; Rauslassen oder Nicht-Rauslassen; Lügen oder Nicht-Lügen; und in jedem Fall, wem, wie, wann und wo“⁸.

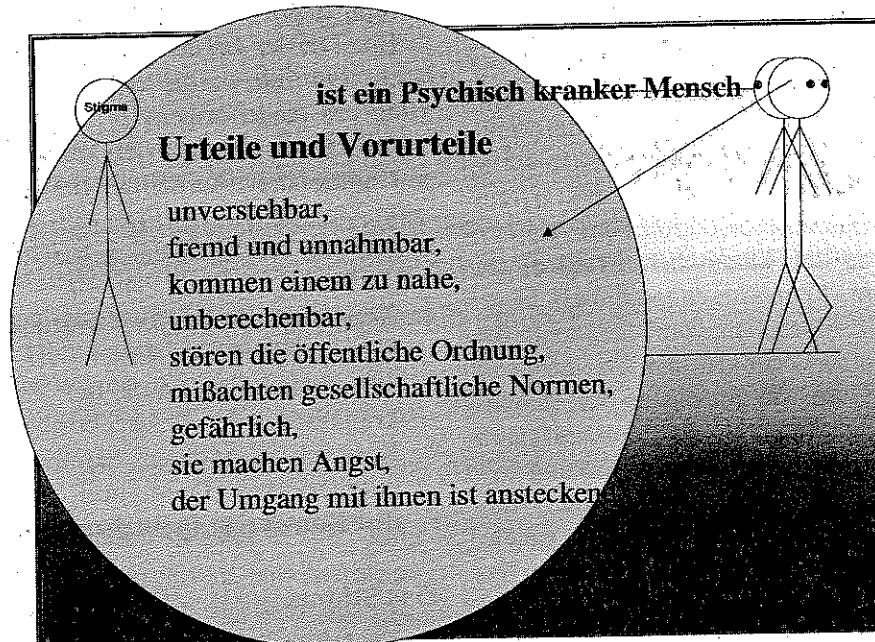


Abb. 1

... oder ihr ausgeliefert sein!

Nun gibt es aber nach wie vor viele psychisch erkrankte Menschen, die diese Entscheidung gar nicht haben. Zwar läuft niemand hinter ihnen her, der die aus dem Flugzeug bekannte Scheibenwischergeste macht und sie tragen auch keinen Stern, der sie kenntlich machen würde und in ihr Kopfhaar ist auch keine Kreuz-Tonsur geschoren, mit der im Mittelalter die Irren gekennzeichnet wurden. Dennoch liegt es nicht *in ihrer Hand*, der Stigmatisierung durch Verbergen zu entgehen.

Gemeint sind die vielen psychisch kranken Menschen, die in den öffentlichen Räumen durch ihre Bewegungen, ihre altersunangemessenen Langsamkeit, ihre ungepflegten Zähne, durch ihr manchmal bizarres Verhalten auffallen und häufig – gewollt oder nicht – als „psychisch krank“ erkennbar werden. In Krisensituationen, wenn sie selbst vor ihrer Krankheit flüchten und den notwendigen Arztbesuch meiden, sind sie besonders auffällig.

Als schlecht versorgte psychisch kranke Menschen wirken sie nicht nur in Krisen unberechenbar, bei mangelnder Alltagsunterstützung sind sie abstoßend, da sie unter schlechten Verhältnissen leben und in der Ausübung grundlegender Fähigkeiten wie Selbstversorgung und Hygiene gestört sind.

Zudem sind sie häufig verstört, und werden sie mit den Medikamenten der ersten Generation behandelt, dann wirken sie zusätzlich fremd, unnahbar, vielleicht tölpelhaft, verkrampft, sicherlich aber

unkonzentriert und mit befremdlichen Bewegungen (EPS) u.s.w.

Mit anderen Worten: Es bedarf häufig keines zusätzlichen Zeichens, um auf die psychische Erkrankung hinzuweisen – sei es die explizite Benennung wie in der Selbsthilfe-Gruppen-Szene oder die Scheibenwischer-Geste im Flugzeug: Die Erkrankten liefern selbst die Anzeichen – in Habitus, Bewegungen, Aussehen und Verhalten.

So haben wir es im Alltag statt mit Zeichen eher mit Anzeichen – linguistisch korrekt gesagt: mit Ikonen – zu tun. „Ikonen“ haben gegenüber den vollständigen Zeichen die Besonderheit, dass sie nicht nur auf Bedeutungen verweisen, sondern dass sich Teile der Bedeutung in ihnen abbilden – so wie einem Gläubigen der orthodoxen Kirchen im Angesicht einer religiö-

sen Ikone Göttlichkeit begegnet, begegnen vielen Menschen im Habitus, Verhalten und der Hygiene unserer kranken Familienangehörigen ihre Urteile und Vorurteile.

Dabei begegnet man in den Anzeichen nicht nur den Urteilen und Vorurteilen der Bevölkerung, sondern auch der Tatsache der schlechten Versorgung – nämlich der realen gesellschaftlichen Basis der stigmatisierenden Anzeichen in Habitus, Verhalten, etc. (siehe Abb. 2)

Die Anzeichen basieren in gravierenden gesellschaftlichen Diskriminierungen:

1. Einerseits in den schon eingangs erwähnten sozialrechtlich begründeten Fehlsteuerungen,
2. andererseits in der mangelnden Bereitschaft der Akteure des Hilfesystems, die vorhandenen

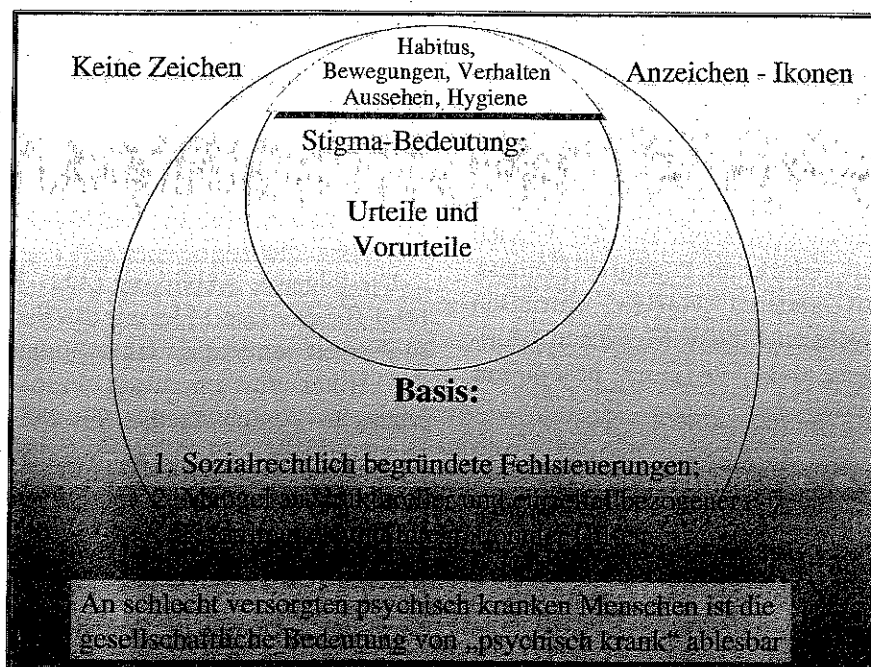


Abb. 2

Ressourcen optimal zu nutzen – indem sie nämlich ihre Angebote strukturell (durch Absprachen in einem gemeindepsychiatrischen Verbund) und einzel-fallbezogen (z. B. in Fallkonferenzen) koordinieren und integrieren würden.

In diesem doppelten Sinne ist an schlecht versorgten psychisch Kranken die gesellschaftliche Bedeutung von „psychisch krank“ unmittelbar ablesbar.

1. Sozialrechtlichen Fehlsteuerungen

Chronisch psychisch kranke Menschen haben unter diesen Einschränkungen besonders zu leiden, z. B.

1.1. Vorenthalten des aktuellen medikamentösen Standards

Chronisch psychisch Kranke leiden besonders unter Antriebsschwäche und kognitiven Einschränkungen; diese werden durch die typischen Neuroleptika eher noch verstärkt – die A-typischen Antipsychotika wirken aktivierend auf den Antrieb und reduzieren kognitive Defizite. Mit anderen Worten: chronisch psychisch kranke Menschen benötigen diese in ganz besonderer Weise!

1.2. Sozialrechtliche Schlechterstellung – Sozialhilfe statt primäre Kostenträger

Diese Tatsache hat nicht allein Anteil an der oben beschriebenen Heranziehung der Angehörigen zu den Krankheitskosten; die ekla-

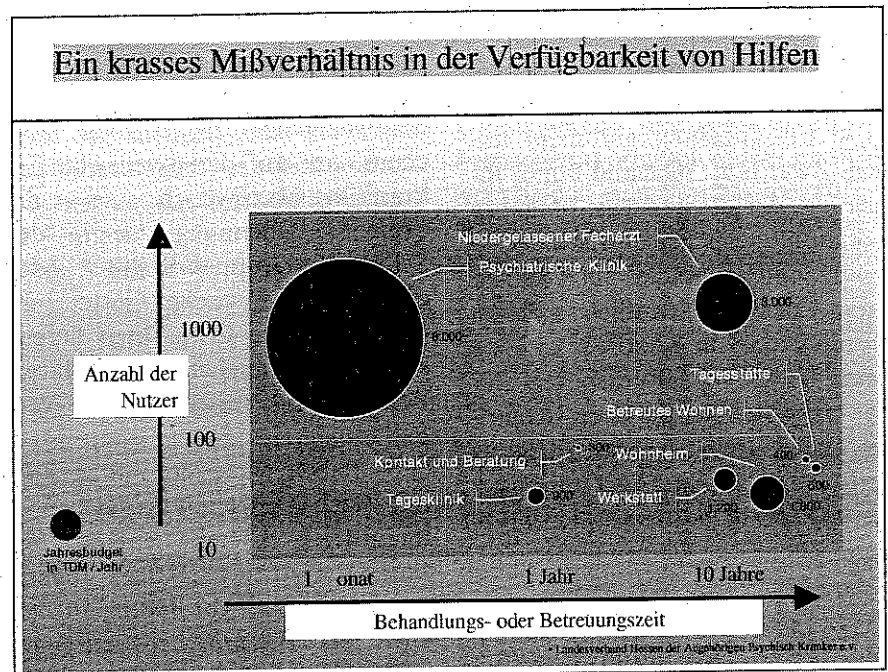


Abb. 3

tante Ungleichverteilung der erforderlichen Angebote mit dem Effekt einer mengenmäßigen Unterversorgung bei gerade den Angeboten, die für chronisch psychisch Kranke besonders wichtig sind: lebensbegleitende und tagesstrukturierende Angebote zur Unterstützung der Selbstversorgung, bei sinnvoller Beschäftigung und Beteiligung am sozialen Leben.

Die folgende Abbildung (Abb. 3) zeigt für das Land Hessen die Verfügbarkeit und das Jahresbudget der Hilfen für psychisch kranke Menschen (nach Liedke in: Peukert 2001⁹).

2. Strukturelle Versorgungsdefizite

Strukturelle Defizite bestehen in der mangelhaften Koordination und Integration der vorhandenen

Hilfen. Dies führt zu einem Nebeneinander von Über- und Unterversorgung: einige der Erkrankten bekommen viel, andere nichts bis wenig¹⁰.

Die Integration der komplementären Angebote von betreutem Wohnen, Tagesstätte und Kontaktstelle in Psychosozialen Zentren sowie die verbindliche Kooperation dieser Zentren mit allen anderen Hilfeanbietern in Gemeindepsychiatrischen Verbänden kann dazu beitragen, dass die chronisch psychisch kranken Menschen das bekommen, was sie benötigen; dies zeigen die Erfahrungen aus den wenigen Regionen, in denen dieser Weg konsequent beschritten wurde. (siehe z. B. APK 1999 S. 179 ff)

Konkret:

- Wie viele der Niedergelassenen pflegen eine regelmäßige Koope-

ration mit den Kliniken und den gemeindepsychiatrischen Angeboten?

- Wer hat z. B. in Verträgen zwischen Niedergelassenen, Kliniken und gemeindepsychiatrischen Anbietern den wechselseitigen Umgang miteinander und wechselseitige Verpflichtungen festgeschrieben – z. B. die Verpflichtung, die ambulant betreuende Sozialpädagogin über eine Veränderung in der Medikamentierung zu unterrichten, da dies z. B. Einfluss auf die Arbeit in der Tagesstätte haben könnte – wobei die Sozialarbeiterin sich z. B. dazu verpflichtete, über bestimmte Veränderungen im Verhalten und der Alltagssituation sie zu informieren – dies natürlich nicht bei allen Patienten, sondern bei denen, bei denen es sinnvoll erscheint und die dies selbst für sinnvoll erachten.
- Wie steht es mit der Arbeitsteilung zwischen Sozialpsychiatrischem Dienst, der Institutsambulanz und den Niedergelassenen? Haben sie sich z. B. dazu verpflichtet, gemeinsam für die ambulante, medizinische Versorgung in ihrem Einzugsgebiet verantwortlich zu sein und untereinander geklärt, wie der Zugang besonders problematischer Patienten zu ihnen gesichert werden könnte – gegebenenfalls unter Einbeziehung anderer Dienste und Einrichtungen der Region?

Wir Angehörigen wissen, dass niedergelassene Fachärzte aus betriebswirtschaftlichen Gründen dazu zumeist nicht in der Lage

sind, da das im Punkte- bzw. Leistungskatalog nicht vorgesehen ist – dabei wäre das so wichtig, genauso wichtig wie die von uns immer wieder geforderten Hausbesuche und die regelmäßige Einbeziehung von uns Angehörigen!

- Wurde ein Teil der regional verfügbaren Angebote zu einer Krisen-Funktion integriert? Damit ist kein isolierter Krisendienst gemeint, sondern die Integration und Kooperation vorhandener Dienste in einer Weise, die an sieben Tagen in der Woche und 24 Stunden täglich den Zugang zu einer Krisenintervention unproblematisch ermöglicht.
- Gibt es in der Region eine Versorgungsverpflichtung für den alltags-begleitenden Bereich, der für chronisch psychisch kranke Menschen so bedeutsam ist, also für die Psychosozialen Zentren und die Wohnverbände?

Das zentrale Versorgungsdefizit aus Sicht der Angehörigen

Die Folge sozialrechtlich begründeter Fehlsteuerungen und mangelnder Kooperations- und Integrationsbereitschaft der Akteure ist eine der für Angehörige schlimmsten Erfahrungen.

Wenn wir für unser eindeutig krankes, sich selbst und Anderen schmerzlich auf die Seele gehendes Familienmitglied, das entweder die elterliche Wohnung nicht verlassen will oder ziellos in der Gegend herum irrt – wenn wir also für ein prä-psychotisches oder bereits psychotisches Familienmit-

glied professionelle Hilfe erfragen, um den Zugang zur – möglichst noch ambulanten – Behandlung zu bahnen, werden viel zu viele von uns Angehörigen viel zu oft allein gelassen.

Wir werden allein gelassen mit dem bedrückenden Hinweis auf die Regelungen der Psychiatrie-Gesetze, die ja bei mangelnder Behandlungsbereitschaft Selbst- oder Fremdgefährdung als „Eintrittskarte“ in das Reich aller nur denkbaren Hilfen vorsehen.

Dabei haben viele andere Angehörige erlebt, dass es sehr wohl möglich ist, im Vorfeld derartig drastischer, oft leider nur gewalttätig zu realisierender Interventionen Hilfen zu erhalten

- indem z. B. der Arzt in die Wohnung kommt und die Zeit hat, Vertrauen herzustellen;
- indem z. B. die Sozialarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes sich wiederholt anbietet, ein Gespräch über anliegende Probleme oder die Bedrohungen der vermeintlichen Verfolger zu führen, – ohne die Anwesenheit der Eltern, die vielleicht auch schon zu Verfolgern geworden sein könnten;
- indem z. B. eine der Mitarbeiterinnen des regionalen Psychosozialen Zentrums ein Treffen im nahegelegenen Cafe anbietet, u. a. weil die Situation zuhause zu eskalieren droht;
- indem z. B. irgendjemand der bisher Genannten oder auch jemand Anderes darauf verweist, dass es einen psychosozialen Krisendienst gibt, an den man sich bei Tag und Nacht wenden kann, wenn man nicht mehr

weiter weis; Voraussetzung: – es gibt die 24-Stunden an sieben Tagen der Woche zugängliche Krisenfunktion (Tagsüber z. B. der Sozialpsychiatrische Dienst und/oder die Institutsambulanz, außerhalb derer Dienstzeiten zwei Vertreter eines Krisenteams aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Einrichtungen und Dienste, die bei Bedarf auf einen Nervenärztlichen Hintergrunddienst zurückgreifen können)

- und indem z. B. die psychisch Kranken in den Diensten und Einrichtungen dazu ermuntert wurden, in „schwierigen Situationen“ ruhig auch Kontakt untereinander aufzunehmen – es gibt Situationen, in denen der Rat eines anderen Psychiatric-Erfahrenen besser ankommt – und sei es der Rat, die angebotene professionelle Hilfe ruhig anzunehmen.

Dieser Rat basiert dann wahrscheinlich auf der Erfahrung des Rat-Gebenden, dass es auch in schwierigsten Situationen „weiche“ Lösungen gibt und die Bereitschaft, den Rat anzunehmen, beruht auf der wechselseitig höheren Vertrauensbereitschaft unter Menschen, die in einer gemeinsamen Lage sind.

- Alle diese – und weitere – Vorgehensweisen sind um so erfolgreicher, je häufiger bereits Kontakte in weniger schwierigen Zeiten erfolgten und je mehr Unterstützung und Hilfe unser problematisch gewordenes Familienmitglied bereits in eher alltäglichen Anliegen er-

halten hat (vergl. Klink/Schermer 1986¹¹).

Dass es Situationen gibt, in denen dies alles und anderes nichts nutzt und die auf eine Zwangsunterbringung hinaus laufen, wissen auch wir Angehörigen und wir sind dankbar, dass es dann Menschen gibt, die bereit sind einzugreifen – aber dass so häufig im Vorfeld so wenig bis gar nichts getan wird, das schmerzt uns und macht uns manchmal wütend!

Die Ausgangsfrage: Wer ist Schuld an der sozialen Stigmatisierung und Diskriminierung

Der Patient, die Angehörigen, die medizinische Versorgung oder Vorurteile in der Normal-Gesellschaft“?

An der sozialen Stigmatisierung haben alle ihren Anteil:

- Patienten liefern in ihrem Habitus, ihrem Aussehen und ihrem Verhalten gegebenenfalls Anzeichen, die den Stigmatisierungsprozess auslösen können – in der Bewegung der Psychoseminare durchbrechen sie allerdings diesen Prozess, indem sie sich selbst und eine zunehmend größere Öffentlichkeit über das, was eine Psychose bedeutet – als Erkrankung und im eigenen Erleben – aufklären – unter dem Motto: „Es ist normal, verschieden zu sein“.
- Angehörige fördern den Stigmatisierungsprozess durch Fokussierung auf die Thematik und soziale Isolierung; dies verstärkt sich in dem Maße, in dem

sie sich von dem allgemeingesellschaftlichen Stigma-Theorem – aus nachvollziehbaren Gründen, wie ich einleitend zu zeigen versuchte – mystifizieren lassen. Wir Angehörigen durchbrechen diesen Prozess und verunmöglichen ihn, wenn wir offensiv werden und die die Stigmatisierung begründenden sozialrechtlichen und versorgungsstrukturellen Defizite skandalisieren, und uns beiläufig und wohllosiert an der Aufklärung beteiligen. Im Bewusstsein der Normal-Bevölkerung sind Bilder eingebrannt, die über die Medien verbreitet, sich immer wieder aus den nicht leugbaren Gewaltdelikten psychisch kranker Menschen speisen, wobei dies – bis auf wenige spektakuläre Ausnahmen – Beziehungsdelikte im unmittelbaren sozialen Umfeld sind.

Die Ahnung der Normal-Bevölkerung, psychisch kranke Menschen seien gefährlich, wird allerdings mindestens ebenso stark durch eine bestimmte Form der institutionellen Verarbeitung geprägt: Warum isolierte man sie und warum versteckte man diese Menschen hinter Mauern von wohnortfernen Landeskrankenhäusern? – doch nur, weil sie unberechenbar und gefährlich sein können. Dies sitzt fest, obwohl eine viel mal größere Anzahl psychisch erkrankter Menschen längst unter der Normal-Bevölkerung lebt.

Sie sehen, ich neige dazu, die alltägliche Normal-Gesellschaft von Schuld freizusprechen und plädiere statt dessen dafür, dem sogenann-

ten „Bürger auf der Straße“ ein Maximum an persönlicher Begegnung und damit unmittelbarer persönlicher Erfahrung mit psychisch erkrankten Menschen und uns Angehörigen zu ermöglichen.

Psychiatrie Erfahrene und Angehörige sind dabei, sich von der Mystifikation der vermeintlich alles bestimmenden Vorurteile der Gesellschaft frei zu machen und suchen selbst und aktiv die Begegnung. Dies ist eine Anti-Stigma-Kampagnen „von unten“, an der sich mehr und mehr Menschen beteiligen – auch wenn einem immer wieder ein erschrecktes zur Seite Rutschen oder die Scheibenwischer-Bewegung begegnet.

Was hilft gegen Stigma und Diskriminierung?

Es sollte deutlich geworden sein, dass wir Angehörigen nicht so sehr eine Schuld anprangern, sondern an die „Pflicht und Schuldigkeit“ von Politik und Professionellen appellieren möchten. Dem Appell an „Pflicht und Schuldigkeit“ liegt die Annahme zugrunde, der Bekämpfung von Stigma und Diskriminierung würde dreierlei dienen:

1. Eine sozialrechtliche Umsteuerung und eine angemessene regionale Koordination und Integration der Hilfen, um die das soziale Stigma begründenden Diskriminierungen zu beenden.
2. Eine drastische Veränderung der Versorgungslandschaft, in der nach wie vor Ressourcen vergeudet werden, die ohnehin nur spärlich zur Verfügung stehen.

Erst diese beiden Voraussetzungen erleichtern

3. die Normalisierung des öffentlich-alltäglichen Umgangs miteinander.

Unsere kühne Hoffnung: mit dem Wegfall der diskriminierenden Basis aus sozialgesetzlicher Fehlsteuerung und regional mangelhafter Koordination und Integration, der Dienste und Einrichtungen fallen auch die Anzeichen weg und mit ihnen das Stigma.

Wir wissen natürlich, dass diese Hoffnung nicht nur trügerisch, sondern naiv ist: das Stigma ist fest im Alltag unserer Gesellschaft verankert und hat dort seinen Platz und seine Funktion; diesem wichtigen Gedanken wurde hier nicht nachgegangen (siehe hierzu Finzen 2001¹²)

Gleichwohl benennen die beiden ersten oben genannten Punkte die *Minimalvoraussetzungen* für einen „Feldzug“ gegen soziale Stigmatisierung – und jeder, der für Anti-Stigma-Aktionen eintritt, muss sich von uns Angehörigen daran messen lassen, wie groß sein Beitrag bzw. sein Engagement in den Bereichen und bei den Aspekten ist, die hier ins Zentrum gerückt wurden.

Wir Angehörigen danken der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen ausdrücklich für die Durchführung des Symposiums; so wie das Symposium selbst ist auch die Herausgabe dieses Sonderbandes ein Beitrag in dem uns Angehörigen so wichtigen Kampf um eine angemessene Versorgung bei sozialrechtlicher Gleichstellung.

¹ Oberender (in diesem Band) errechnet ca. DM 40 000, – an indirekten Kosten je Jahr für schizophrene Erkrankungen; aus seiner Sicht ist mit 15 750, – als Anteil der Angehörigen eher zu niedrig gegriffen – Angehörige der Erkrankten haben also nahezu 50% der indirekten Kosten zu tragen!

² Peukert, Reinhard: Innovative Schizophrenietherapie für alle Patientengruppen oder: Psychisch kranke Menschen – Patienten zweiter Klasse? Chronisch psychisch kranke Menschen – Patienten dritter Klasse? in: Dierks, Christian (Hrsg.): Innovationen in der Schizophrenie, Stuttgart: Schattauer 2001; S. 24–42.

³ Um möglichen Missverständnissen vorzubeugen: Mein Vater hatte den *Eindruck*, man würde in meiden; ich kenne seine Lions-Freunde zu gut, um nicht zu wissen, dass sie an dem Schicksal meines Bruders engagiert Anteil nahmen. Es ist gerade ein Zeichen von gesellschaftlicher Stigmatisierung, im Verhalten der Anderen das Stigma zu erkennen; möglicherweise beruht dieses Erkennen auf einem Fehlschluss, möglicherweise wird dem Interaktionspartner dessen Orientierung am Stigma fälschlicherweise unterstellt. Diese Reifikation zeichnet die gesellschaftliche Macht des Stigmas aus und führt zu sozialem Rückzug.

⁴ Siehe hierzu Franz, Michael: Neue Befunde aus der Belastungsforschung; in: Peukert, Reinhard (Hrsg.): Hessischer Psychiatrietag – Ein sozialmedizinischer Dialog; Offenbach und Wiesbaden 2001, S. 31–37; zu beziehen über: Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker, Ludwigstraße 32, 63067 Offenbach.

Die zitierten Prozentsätze beziehen sich auf alle Aufnahmen innerhalb des Untersuchungszeitraumes; werden die Werte für die Angehörigen **chronisch** psychisch Kranker herausgerechnet, vervielfachen sich die Werte (mündliche Mitteilung Dr. Franz vom 18.03.2001; diese Ergebnisse werden in Kürze publiziert).

⁵ Meyer, Joachim-Ernst: Psychiatrie im Nationalsozialismus; in: Seidel, Ralf und Werner, Wolfgang Franz (Hrsg.): Psychiatrie im Abgrund; Spurensuche und Standortbestimmung nach den NS-Psychiatrie-Verbrechen, Köln und Bonn: Rheinland-Verlag 1991, S. 12–24

⁶ Die allgemeinen Ausführungen zum Stigma orientieren sich an Goffman 1980: Goffman, Erving: Stigma; über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität; Frankfurt: Suhrkamp 1980 (4. Auflage)

- ⁷ Goffman spricht von Diskreditierten und Diskreditierbaren. Goffman 1980, S. 12. Diskreditierbar sind Personen, deren Andersartigkeit nicht unmittelbar erkennbar ist – anders als z. B. bei den von Goffman angeführten „Abscheulichkeiten des Körpers“ (ebenda).
- ⁸ Goffman 1980, S. 56
- ⁹ Liedke, Klaus-D.: Hessen aktuell: Versorgung psychisch Kranker in Hessen; in: Peukert 2001 aao., S. 63–70
- ¹⁰ siehe hierzu z. B. BMG Band 116: Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Baden-Baden: Nomos-Verlag 1998, S. 87ff. Sowie: Peukert, Reinhard und Liedke, Klaus-D.: (Hrsg.): Eine Chance fachlicher Weiterentwicklung – oder alles verloren? Die Umsetzung des § 93 BSHG und die Gemeindepsychiatrie in Hessen; Fachhochschule Wiesbaden und Lebensräume Offenbach 2001; zu beziehen über: Fachhochschule Wiesbaden, Kurt-Schumacher-Ring 18; 65193 Wiesbaden. Sowie: Kunze, Heinrich: Zeit für einen Paradigmenwechsel: Von institutionsorientierten Angeboten hin zu lebensfeldbezogenen Komplexleistungsprogrammen im gemeindepsychiatrischen Verbund; in: APK Band 27: Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung; Köln: Rheinland Verlag 1997 S. 17–26
- ¹¹ Klein, Frauke und Scherner, Elke: „Dieses Mal brauch ich wirklich Hilfe“ – Hilfe-suchverhalten von Arbeitslosen im Sozialpsychiatrischen Dienst; Bremer Beiträge zur Psychologie Nr. 58, Bremen 1986
- ¹² Finzen, Asmus: Psychose und Stigma; Bonn: Psychiatrie-Verlag 2001, S. 38 ff