

# Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion psychisch kranker Menschen

## Soziologische Anmerkungen zu einer ärgerlichen gesellschaftlichen Tatsache und einem fortlaufenden Skandal

Von Ernst von Kardorff

### Vorbemerkung

Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention durch die Bundesregierung 2009 haben Fragen der Inklusion und der Anerkennung behinderter, chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen sowie anderer gesellschaftlich marginalisierter Gruppen eine erneute politische und (fach)öffentliche Aufmerksamkeit gewonnen. Dabei geht es um drei miteinander verknüpfte Problemfelder:

- um die Beseitigung materieller, institutioneller, symbolischer und gesellschaftlicher Barrieren, die eine soziale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschweren,
- um die Wahrung der Menschenwürde und die Sicherung der Bürgerrechte, vor allem des Rechts auf Selbstbestimmung und
- um die Bekämpfung gesellschaftlicher Vorurteile, wie sie sich in stigmatisierenden Alltagsbegriffen und nicht zuletzt in wissenschaftlichen und fachlichen Klassifikationen wiederfinden.

Stigmatisierung ist nicht nur eine kränkende und bedrohliche persönliche Erfahrung, weil sie die eigene Identität in Frage stellt, soziale Anerkennung und Einbindung gefährdet, zu beständiger Wachsamkeit im Alltag zwingt und für psychisch vulnerable Personen gleichsam zu einer „zweiten Krankheit“ (Finzen) werden kann. Stigmatisierung bildet darüber hinaus den Ausgangspunkt für vielfältige Formen gesellschaftlicher Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung. Während letztere auf noch nicht eingelöste Versprechen der aufgeklärten Moderne wie Chancengleichheit, Teilhabe und Anerkennung von Verschiedenheit als politische Herausforderung

verweisen, scheint sich Stigmatisierung politischer Steuerung und gesellschaftlicher Aufklärung weitgehend zu entziehen und einen generellen Mechanismus zu bezeichnen, der auf der Ebene der Gesellschaft der Grenzziehung zwischen vorherrschenden Normalitätsvorstellungen und Abweichung dient und auf der Ebene der sozialen Interaktion die Grenze zwischen Zugehörigkeit und Ausschluss markiert. Es scheint, dass die Stigmata sich wandeln, nicht aber die Stigmatisierung.

### 1. Stigmatisierung – ein gesellschaftliches Thema

Auf den ersten Blick erscheint es paradox: 47 Jahre nach Erving Goffmans einflussreicher Studie *Stigma* (1963), in der er die Wirkungen negativer sozialer Zuschreibungsprozesse auf Identität und Selbstwahrnehmung Betroffener und die Folgen für Abstiegs-karrieren und sozialen Ausschluss beschrieben hat, 35 Jahre nach der Psychiatrieenquête, in deren Folge vielfältige Modellprogramme und sozialpsychiatrische Reformen auf den Weg gebracht wurden und mehr als ein Vierteljahrhundert seit Betroffene und Angehörige in Deutschland ihre Belange aktiv, selbstbewusst und erfolgreich in Selbsthilfeorganisationen gegenüber Öffentlichkeit, Politik und Versorgungspraxis vertreten, sind Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung psychisch erkrankter Menschen nach wie vor gesellschaftliche Realität, wenn auch in anderen Formen und unter veränderten gesellschaftlichen Bedingungen. Ein Ende der Ausgrenzung Verrückter ist also noch immer nicht in Sicht.

Während die internationalen bürgerrechtlichen und zivilgesellschaftlichen Diskurse und in Teilen auch die nationale Gesetzgebung auf gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion von behinderten, chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen setzen, die Politik die Wahrung von Menschenwürde und Bürgerrechten sowie das Recht auf Selbstbestimmung – verstanden als das Sprechen mit eigener Stimme („voice“) und individuellen Wahlrechten („choice“) – anerkennt und die Fachpraxis die Expertise Betroffener in eigener Sache zunehmend als wertvolle Hilfe und Erfolgsbedingung bei der Behandlung zu schätzen lernt, Konzepte gemeinsamer individualisierter Hilfeplanung inzwischen vielfach zum Praxisalltag gehören und Themen wie Patientenorientierung, gemeinsame Entscheidungsfindung und informierte Zustimmung breit diskutiert werden, belegen wissenschaftliche Studien<sup>1</sup> ebenso wie Erfahrungsberichte Betroffener und Angehöriger<sup>2</sup> die fortdauernde Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Menschen, sei es in der Öffentlichkeit, innerhalb des Versorgungssystems, bei der Wohnungssuche, im Geschäftsverkehr und vor allem auf dem Arbeitsmarkt<sup>3</sup>. Zwar können Initiativen zur Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen<sup>4</sup> erste Erfolge bei der Sensibilisierung einer interessierten Öffentlichkeit für die persönlichen Belange und die soziale Situation Betroffener und ihrer Angehörigen vorweisen, der Dialog hat inzwischen in der Sozialpsychiatrie eine eigene Tradition wechselseitiger Anerkennung und Verstehensversuche auf Augenhöhe begründet<sup>5</sup> und auf Partizipation und Nutzung der Er-



Ernst von Kardorff, Prof. Dr., Lehrstuhl für Soziologie der Rehabilitation, Berufliche Rehabilitation und Rehabilitationsrecht am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin.

fahrung und der Expertise Betroffener in eigener Sache angelegte Modelle wie das Ex-In-Konzept können mit wohlwollender Aufmerksamkeit rechnen. Dennoch haben Vorurteile gegenüber seelisch erkrankten Menschen in den vergangenen Jahrzehnten kaum abgenommen<sup>6</sup> und Formen struktureller Diskriminierung bestehen trotz vielfältiger gesetzlicher und organisatorischer Reformen fort. Dies erstaunt, angesichts der Tatsache, dass seelische Störungen, besonders Depressionen, Burn-out, die Folgen des Mobbing oder auch Altersdemenzen ein häufiges Thema in den Medien sind, die Veröffentlichungsbereitschaft psychischer Störungen seitens Betroffener nach Aussagen der Ärzteschaft gestiegen ist und psychische Störungen inzwischen den ersten Platz bei der Frühberentung einnehmen und für einen erheblichen Teil der Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich sind.

#### Gründe für den fortdauernden Skandal der Stigmatisierung

Ein Teil der seit etwa 15 Jahren auch wieder in Fachliteratur und Praxis verstärkt geführten Stigmatisierungsdebatte dürfte auf die Resistenz von Vorurteilen gegenüber Aufklärungs- und Integrationsbemühungen zurückgehen; dies kann als Beleg der Funktionalität von Vorurteilen bei der Regulierung sozialer Beziehungen (Handlungsentlastung, Angstabwehr, Sündenbock, usw.) gelesen werden.

Ein weiterer Grund für eine insgesamt gestiegene gesellschaftliche Sensibilisierung für das Thema liegt in der fortschreitenden Tendenz zur Individualisierung: moderne Gesellschaften, die auf eine stark individualisierte wettbewerbsorientierte Selbstinszenierung setzen, reagieren gegenüber Versuchen einer Stigmatisierung oder Beschränkung individueller Lebensentwürfe besonders empfindlich; parallel zur geforderten Vielfalt von Lebensentwürfen, zeigt sich in der Gegenwartsgesellschaft aber auch ein Trend zur Verengung von Handlungsspielräumen und zur Standardisierung von Verhaltensnormen; dies betrifft besonders die Bereiche Bildung und arbeitsmarktbezogene

Leistungsfähigkeit und -bereitschaft, in denen die Bewertung der gezeigten Leistung Ängste vor Stigmatisierung und Statusverlust bis weit in mittelschichtgeprägte soziale Milieus erzeugt.

Nicht zuletzt führt der mit erhöhten Leistungsanforderungen in der Arbeitswelt, dem Zwang zu Flexibilität und zugleich mit sozialen Verlustängsten und dem Gefühl mangelnder Einflussmöglichkeiten einhergehende soziale Wandel zu einer säkularen Zunahme seelischer Störungen, sozialegpidemiologisch besonders an der Zunahme von Ängsten und Depressionen sichtbar; Alain Ehrenberg (2004) spricht vom „erschöpften Selbst“ als Kennzeichen der Moderne: damit rückt das bedrohliche Stigma psychischer Krankheit näher an die gesellschaftliche Mitte und kann nicht mehr so leicht zur Abgrenzung gegenüber den „ganz Anderen“ benutzt werden. Schließlich gewinnt die Debatte um Stigmatisierung auch noch aus einem anderen Grund an Fahrt: im Zuge einer auf Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, auf Inklusion/Partizipation und Diversität setzenden Behindertenpolitik bedroht Stigmatisierung das Integrationsziel; es droht dann eine symbolische Stigmatisierung der Länder und Versorgungssysteme, die etwa die Inklusionsziele der UN-Behindertenrechtskonvention verfehlen.

#### 2. Eine Bestandsaufnahme

Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch kranker Menschen erwachsen aus dem Spannungsverhältnis zwischen dem individuellen krankheitsbedingten Verhalten und den gesellschaftlich vorgeformten Reaktionen darauf. Ersteres bildet häufig Anlass und oft unausgesprochene Begründung für Diskriminierung. Zu diesem Verhalten gehören in Abhängigkeit von der Diagnose, der psychiatrischen „Karriere“, der individuellen Lebensgeschichte und der präsentierten Identität der Betroffenen unter anderem: leichte Kränkbarkeit und starke Gefühlsschwankungen, Unstetigkeit, Irritierbarkeit durch Unvorhergesehenes, verlangsamte Reaktionen sowie die Unfähig-

keit, Ambivalenzen auszuhalten oder Entscheidungen zu treffen. Arbeitgeber beklagen Leistungsschwankungen und eine unrealistische Selbsteinschätzung, häufige Ausfalltage am Arbeitsplatz und geringe Stresstoleranz. Psychisch kranke Menschen gelten im Alltag als schwierig, die Interaktion mit ihnen als (zu) aufwändig.

Die Aufzählung verdeutlicht, dass es sich bei psychischen Krankheiten nicht um eine „ganz andere Wirklichkeit“ handelt, sondern um oft starke, manchmal langanhaltende oder auch um immer wiederkehrende Ausprägungen einzelner Verhaltensäußerungen auf einem Kontinuum, bei dem sich der „Krankheitswert“ weitgehend aus einer schwerwiegenden Nichtbefolgung fundamentaler sozialer Erwartungen ergibt. Krankheitsbedingte Verhaltensweisen wie sozialer Rückzug, Misstrauen und gesteigerte Empfindlichkeit werden durch Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung noch bekräftigt. Dies ist auch ein Grund dafür, dass psychisch Kranke im Durchschnitt kleinere soziale Netze als die Durchschnittsbevölkerung aufweisen und z.B. ihr Scheidungsrisiko um das Dreifache erhöht ist. Damit verlieren sie oft wichtige soziale Unterstützungsressourcen oder können sie gar nicht erst aufbauen: Zur seelischen tritt eine soziale Vulnerabilität hinzu. Eine Folge davon ist, dass viele psychisch kranke Menschen gegenüber Diskriminierung nur geringe Widerstandsressourcen mobilisieren können. In einer fatalen Logik bestätigen sie durch ihr Verhalten wiederum diese Bilder im Blick der Anderen.

Verfestigte und typisierte Wahrnehmungs- und Reaktionsmuster psychischer Krankheit und psychisch kranker Menschen beruhen, ebenso wie die Formen des institutionellen und professionellen Umgangs mit Ver-rückten, auf überwiegend allgemein anerkannten gesellschaftlichen Konstruktionen. Diese historisch entstandenen und in kulturellen Mustern verankerten „sozialen Repräsentationen“ psychischer Krankheit und von psychisch kranken Menschen gerinnen zu einer Macht des Faktischen, die zu strukturellen

Formen der Diskriminierung und Benachteiligung beiträgt und ihre Teilhabechancen verringert.

Erfahrungsberichte und die wenigen Studien zu diesem Thema legen in der Summe eine Praxis struktureller Diskriminierung nahe: dies beginnt im alltäglichen Umgang und zieht sich durch Bildungseinrichtungen und den Arbeitsmarkt bis hin zum Versorgungssystem durch. Die Lebenssituation vieler psychisch kranker Menschen mit chronifizierten Störungen ist durch ein Leben am Armutsrand und durch Abhängigkeit von Institutionen gekennzeichnet. Im subjektiven Erleben zeigen sich oft Beschämung und Gefühle der Erniedrigung und in der Folge sozialer Rückzug oder Suche nach Schutz und Selbstbestätigung in der Psychiatrieszene, allerdings häufig um den Preis einer Selbstisolation in ambulanten Ghettos. Stigmatisierung und Diskriminierung sind aber keineswegs auf die zahlenmäßig relativ kleine Gruppe der an Psychosen erkrankten Menschen beschränkt und auch keineswegs auf langfristig erwerbslose Patienten begrenzt, sondern zeigen sich am Arbeitsplatz, bei der Bewerbung, im Alltag und nicht zuletzt im Versorgungssystem selbst<sup>7</sup>.

### 3. Zum Zusammenhang von Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion

Stigmata stehen für eine negative Zuschreibung gegenüber gesellschaftlich unerwünschten Eigenschaften und Verhaltenweisen; eingebettet in ein semantisches Umfeld verbinden sie sich häufig mit weiteren negativen Wesensmerkmalen der Person. Sie begleiten und ratifizieren die Statuspassage eines Menschen mit seelischen Problemen und auffälligem Verhalten zu einem „ganz Anderen“: so „hat“ ein Mensch mit Persönlichkeitsstörung eine gestörte Persönlichkeit, „ist“ unbeherrscht, unzugänglich, unberechenbar und gefährlich etc., so dass es nahe liegt, sich vor ihm/ihr von nun an in Acht zu nehmen, den Umgang mit ihm/ihr zu meiden, die betreffende Person an die zuständigen Berufsgruppen zu übergeben, die ihn/sie fördern, behandeln, bessern, kontrollieren

und ggf. auch isolieren sollen. Stigmatisierung ist der Vorgang einer nur schwer umkehrbaren klassifizierenden Zuordnung von Personen seitens der Mehrheitsgesellschaft und ihrer Institutionen zu einer Personenkategorie, der negative Eigenschaften zugeschrieben werden, sei es aufgrund von Auffälligkeiten im Verhalten oder anderer Formen der Abweichung von gesellschaftlichen Erwartungen, insbesondere von Leistungsnormen und Perfektionsidealen, von Regeln der sozialen Interaktion und von einschlägigen Zugehörigkeitsmerkmalen. Derartige Klassifikationen sind *individuell folgenreich*, weil der/die Einzelne in eine Verteidigungsposition gegenüber seinem Umfeld (Gruppendruck) gerät und sich kommunikativ in dem Dilemma befindet, die Zuschreibung zurückzuweisen, sie anzunehmen, sie in sein Selbst zu integrieren oder sich dem betreffenden Umfeld zu entziehen. Geht man davon aus, dass Identität sich zu großen Teilen in der Auseinandersetzung mit anderen und an ihrer Anerkennung bildet, lässt sich ermesen, wie sehr persönliche Lebensqualität und Handlungschancen durch Stigmata beeinträchtigt werden. *Sozial folgenreich* sind sie, weil sie soziale Urteile enthalten, die diskriminierendes Verhalten oder segregative Strukturen legitimieren und die Chancen zur gesellschaftlichen Teilhabe begrenzen. Mit der erfolgreichen Zuschreibung eines Stigmas und seiner Legitimation durch eine Diagnose/Etikettierung seitens der zuständigen Professionen erhalten die betroffenen Personen einen „Master-Status“, der dazu führt, dass ihr Aussehen, ihr Handeln, ihr Sprechen, kurz die gesamte Person künftig nur mehr über ihr Stigma wahrgenommen wird: Der alkoholranke Mensch wird zum Alkoholiker.

Betroffene geraten damit in eine Kommunikationsfalle, denn alle ihre Lebensäußerungen werden mit dem Wissen um ihre Krankheit, Behinderung oder anderweitige Abweichung wahrgenommen, so dass die Betroffenen ein beständiges Stigmamangement, vor allem Informationskontrolle gegenüber den „Wissenden“, z.B. Arbeitgebern, betreiben müssen.

Stigmata fungieren als Platzhalter in der sozialen Statushierarchie und führen in gesellschaftlichen Teilsystemen wie Bildung, Arbeitsmarkt und Versorgungssystem zu systematischen Formen der Benachteiligung. Individuell können sie Abstiegskarrieren einleiten oder verfestigen und setzen Betroffene einer besonderen Aufmerksamkeit informeller wie formeller sozialer Kontrolle aus. Den Nicht-Betroffenen hilft die Zuordnung von Personen zu einer Außenseitergruppe bei der eigenen Verhaltensorientierung, bekräftigt die Geltung sozialer Normen, mahnt zu Vorsichtsmaßnahmen, provoziert besondere Verhaltensweisen der „Normalen“ und stärkt das Zusammengehörigkeitsgefühl. Sie kann den immer rechtfertigungsbedürftigen sozialen Ausschluss eines Mitglieds aus der Gemeinschaft legitimieren. Diskriminierung folgt mehrheitlich konsentierten Praktiken des legalen und/oder professionellen Umgangs mit sozialen Auffälligkeiten, und sie erzeugt neue Abweichungen durch Verengung von Abweichungstoleranzen, Zuspitzung geltender Normen oder mit Hilfe der Verfeinerung diagnostischer Praktiken. Am Ende steht dann häufig die Exklusion von einzelnen gesellschaftlichen Handlungsfeldern und zugleich der Einschluss in Behandlungsregimes und/oder in institutionenabhängige soziale Randlagen und/oder der (Selbst-)Einschluss in ambulante Ghettos.

Zwar unterliegt Stigmatisierung gesellschaftlichen Konjunkturen, sie bleibt jedoch – anders als Diskriminierung – der unausweichliche Normalfall: gesellschaftlich erzeugte Unterscheidungen erhalten ihren sozial folgenreichen Sinn im Kontext von Werthierarchien und provozieren beständig positiv wie negativ qualifizierende (= stigmatisierende) Vergleiche. Ob und in welchem Umfang daraus sichtbare negative soziale Konsequenzen (Diskriminierung) folgen, hängt von institutionalisierten Maßnahmen, wie etwa dem gesetzlichen Diskriminierungsverbot, sozialpolitischen Kompensationsangeboten und einer Inklusionspolitik, von informellen Aktivitäten wie der Selbsthilfe, von den Medien sowie von

konkreten Modellen gelungener Integration ab, die als Beispiele für eine Kultur der Anerkennung dienen können. Aber auch eine sensibilisierende und zuweilen der political correctness verhaftete Sprachpolitik („es ist normal, verschieden zu sein“) hebt die grundsätzlichen Mechanismen von Stigmatisierung und Diskriminierung nicht auf, wenngleich sie eine Sensibilisierung und erneute Thematisierung festgefahrener Bilder erreichen kann. Stigmatisierung entfaltet ihre normative Kraft vor dem Hintergrund der gesellschaftlich durchgesetzten, stillschweigend akzeptierten und sanktionierten Normalitätsstandards; sie begegnet den Diskreditierten und Diskreditierbaren als strukturelle Gewalt, die im Kontext gesellschaftlicher Machtbeziehungen steht, die sich etwa in informell wie formell sanktionierten Normen sozialer Anpassung, der Leistung, der Gefühlsregulierung usw. und der üblichen Bereitschaft, sich mit „schwierigen“ Verhaltensweisen auseinander zu setzen zeigt. Dies hat nicht nur praktische Folgen für Lebensführung, Freiheitsgrade und Lebenslage der Betroffenen, sondern auch für ihre Identität.

Unter den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen weisen die „moralischen Karrieren“ (Goffman 1972) vieler chronisch Kranker und Behinderter neue Verlaufsformen auf. Dazu trägt wesentlich bei, dass Betroffene die gesellschaftlichen Wahrnehmungsmuster und sozialen Repräsentationen von Abweichung durch individuelle wie kollektive Strategien des Stigmamanagements gebrochen und transformiert haben. Auch wenn die Mehrzahl der Betroffenen „zu denselben Auffassungen von Identität wie wir“ (Goffman 1975: 16) tendieren und sich nicht immer die Vorstellungen der in ihrem Namen agierenden Betroffenenverbände zu eigen machen, übernehmen sie nicht länger alltägliche oder wissenschaftliche Defizitzuschreibungen, sondern entwickeln ein eigenes Selbstbewusstsein im Angesicht der Differenz und fordern Chancengleichheit und Partizipation. Hier liegt eine der vielversprechenden Chancen der praktischen Anti-Stigma-Politik.

#### 4. Wahnsinnige, psychisch Kranke, seelisch Behinderte, Psychiatriefahrene und Ver-rückte – wie weiter mit der Stigma-Debatte?

Mit jeder der in der Überschrift genannten gesellschaftlich konstruierten Semantiken für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen verbinden sich andere Formen der Stigmatisierung und zugleich Versuche der sprachlichen Ent-Stigmatisierung: Die Epoche der Aufklärung spricht vom Wahnsinnigen, der von der Gesellschaft isoliert und ggf. auch mit Zwang in die Welt der Vernünftigen zurückgeholt werden muss. Das mit der Entwicklung der Psychiatrie als medizinische Disziplin verbundene Konstrukt psychisch Kranker verspricht eine Normalisierung – Kranken wird ein begrenzter Schonraum zugestanden – und eine Entmoralisierung des auffälligen oder unverständlich scheinenden Verhaltens, die auch für die Angehörigen einen „Freispruch“ bedeutet; sie überantwortet sie aber zugleich der Psychiatrie mit ihrer begrenzten medizinischen Perspektive und ihren oft rigiden Behandlungsregimes. Der Begriff seelisch behindert wiederum macht die amtlich festgestellte Beeinträchtigung zur Voraussetzung sozialrechtlicher Leistungsgewährung.

Die moderne Selbstbeschreibung Betroffener als Psychiatriefahrene stellt die Bedeutung des subjektiven Erlebens von Diskriminierung im psychiatrischen Versorgungssystem heraus und fokussiert auf die mangelnde Berücksichtigung eigener Erfahrungen und Expertise, auf die Missachtung von Wünschen und die Verletzung persönlicher Würde und Integrität. Der alltagssprachliche, durch den Trennstrich verfremdete Begriff Ver-rückte erlaubt eine reflexive Beschreibung der klassifizierten Personengruppe, die das Selbsterleben betroffener Menschen und zugleich deren gesellschaftliche Wahrnehmung und Einordnung sichtbar machen kann. Die als psychisch Kranke klassifizierten Menschen sind aufgrund eines ihnen selbst und ihren Mitmenschen oft fremd gewordenen, ängstigen, lähmenden oder irritierenden Erlebens, Denkens und Handelns

aus ihrer eigenen Mitte und der ihres Umfeldes ver-rückt; aber sie sind dies nie mit ihrer ganzen Person, ihrem gesamten Verhalten und ohne Unterbrechung, weshalb auch der Begriff „chronisch Kranke“ stigmatisierend wirkt. „Ver-rückte“ verstören ihre Angehörigen, Freunde und Arbeitskollegen, und sie stören die gewohnten Abläufe der alltäglichen sozialen Ordnung. Damit werden Reaktionen im sozialen Umfeld aber auch institutionelle Sanktionen herausgefordert, die sich in unterschiedlichen Formen der Diskriminierung ausdrücken können: negativ in Missachtung von Menschenwürde und Grundrechten sowie in Prozessen der Etikettierung, die Abstiegskarrieren einleiten, Institutionenabhängigkeit und Hospitalisierung begünstigen oder zu systematischer Benachteiligung etwa im Zugang zu Hilfen führen, positiv in besonderen Hilfeangeboten, gezielter Förderung, Empowerment und Unterstützung zur Wiedergewinnung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung. Über den Begriff des „Ver-rückten“ – auch wenn dieser Begriff im Alltagsgebrauch ja keineswegs neutral ist – liebe sich aber auch produktiv dialogisch ins Gespräch kommen und die Dialektik von gesellschaftlicher Stigmatisierung-Entstigmatisierung aus den Fallstricken von Diskriminierung und Exklusion durch die Anerkennung des Rechts auf Anders-Sein-Dürfen zu befreien. ●

#### Anmerkungen

- 1 Vgl. zusammenfassend hierzu: Finzen (2001); Link/Phelan (2001); Gaebel/Müller/Wulff (Hg.) (2005);
- 2 Z.B. Amsler/Baer/Domingo 2003; vgl. auch die Beiträge von Dunker und Boden in diesem Heft
- 3 z.B. Hoffmann 2004; Eikelmann/Reker/Richter 2005; Mecklenburg/Storck 2008; v. Kardorff/Ohlbrecht 2008 und Baer in diesem Heft.
- 4 Vgl. die Beiträge zu den Projekten „Irre Menschlich“, „Basta“ und „Kwartiermaken“ in diesem Heft.
- 5 Vgl. Bock/Deranders/Esterer (1998); Bombosch/Hansen/Blume (2004).
- 6 Dies ernüchternde Ergebnis bestätigt sich seit vielen Jahrzehnten: vgl. z.B. Stumme (1975), Faust (1981), Angermeyer/Matschinger (1997), betrifft auch Fachkräfte in der Psychiatrie, z.B. Ross/Goldner (2009) und ist darüber hinaus mit negativen Bildern über die Psychiatrie verbunden (vgl. Stumme 1975, Angermeyer 2000).
- 7 Gesundheitsministerkonferenz (2007); Jacobi u.a. (2004); Wittchen u.a. (2002).

Ein ausführliches Literaturverzeichnis zu diesem und weiteren Beiträgen finden Sie auf der Homepage unter: [http://www.kerbe.info/content/artikel\\_48.html](http://www.kerbe.info/content/artikel_48.html).