

Workshop Herausforderung Stigmatisierung

Dr. T. Alt, C. Brummer, Dr. A. Freisen, KF, K. Engert, Dr. G. Schöck,
Dr. S. Vormann

Die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen stellt für die Betroffenen und auch deren Angehörige eine große Herausforderung dar. Die Folgen können so massiv sein, dass die Stigmatisierung sogar als „zweite Krankheit“ neben der eigentlichen Störung erlebt wird. Sie behindert den Heilungsprozess und führt nicht selten dazu, dass Betroffene sich erst sehr spät oder gar keine Hilfe holen, um nicht als „psychisch krank“ wahrgenommen zu werden.

Wenn man sich näher mit der Thematik beschäftigt wird klar, dass die Ausgrenzung und Stigmatisierung auf verschiedenen Ebenen stattfindet, z.B. in zwischenmenschlichen Beziehungen, am Arbeitsplatz oder in der Nachbarschaft. Es werden negative Stereotypen gebildet, wie „Depressive sind faul und müssten sich nur zusammenreißen“, „manische Menschen sind eine Gefahr für andere“ oder „Schizophrene sind gewalttätig“. Durch falsche oder einseitige Darstellung in den Medien werden diese Vorurteile weiter verankert.

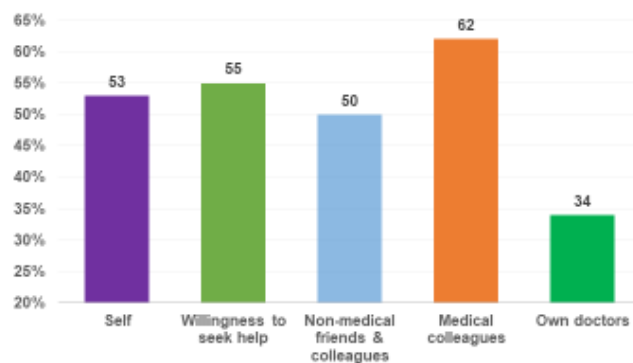
Im Gesundheitswesen tätige Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in besonderem Maße von Stigmatisierung betroffen. Eine psychische Erkrankung passt nicht zum Bild des omnipotenten Helfers. So wurde bis vor wenigen Jahren psychisch Erkrankten noch oft empfohlen, sich einen neuen Arbeitsplatz in einem anderen Bereich zu suchen, weil sie nicht ausreichend belastbar seien für eine solch anspruchsvolle Tätigkeit. Deshalb ist es auch nicht verwunderlich, dass diese Berufsgruppe zwar einerseits besonders häufig von Erkrankungen wie Depressionen, Substanzmissbrauch oder Angsterkrankungen betroffen ist, sich auf der anderen Seite aber nur selten um adäquate Hilfe bemüht. Diese Nichtinanspruchnahme von professioneller Hilfe wird als eine Ursache für die bis zu 5,6fach erhöhte Selbstmordrate bei Ärztinnen und 2,4fach erhöhte Raten bei Ärzten angesehen.

Da es in Deutschland bisher keine Studien zur Stigmatisierung in Gesundheitsberufen gibt, möchte ich die Ergebnisse einer 2014 durchgeführten Studie aus Großbritannien vorstellen, an der sich 127 Ärzte und Ärztinnen, bei

denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, beteiligten. Sie wurden zu ihrer Erfahrung mit Stigmatisierung befragt:

53% gaben an, sich aufgrund ihrer Erkrankung schon selbst stigmatisiert zu haben. 55 % berichteten, dass ihre Bereitschaft, sich im Krankheitsfall Hilfe zu suchen, durch Angst vor Stigmatisierung negativ beeinflusst wurde. 50% erlebten Stigmatisierung durch Freunde, die selbst nicht im Gesundheitswesen tätig waren. 62% gaben Stigmatisierung am Arbeitsplatz durch KollegenInnen an. 34% erlebten Stigmatisierung durch die eigenen BehandlerInnen.

DSN stigma survey results



Doctors' Support Network

In unserem Workshop haben wir uns in Kleingruppen drei der benannten Bereiche genauer betrachten:

1. Selbststigmatisierung
2. Stigmatisierung am Arbeitsplatz
3. Stigmatisierung durch Behandler

Ziel war es nach einem kurzen Erfahrungsaustausch von etwa 20 Minuten, gemeinsam Lösungsvorschläge entwickeln, wie wir mit Stigmatisierung besser umgehen können und stigmatisierendes Verhalten reduzieren können.

1. Selbststigmatisierung

12 TeilnehmerInnen tauschten sich intensiv über die Problematik der Selbststigmatisierung aus. Scham- und Schuldgefühle aufgrund der eigenen psychischen Erkrankung wurden benannt und auch die Zweifel daran, ob man als Profi mit psychischer Erkrankung überhaupt noch etwas im Gesundheitswesen zu suchen hat. Die Erkrankung wurde von einigen Teilnehmenden als eigenes Versagen gesehen.

Die Gruppe konnte aber auch gute Lösungsvorschläge entwickeln: Am wichtigsten erschien es, die Isolation zu verlassen, sich auszutauschen und sich zumindest selektiv zu öffnen. Es wurde betont, dass es hilfreich ist, sich nicht ständig zu vergleichen und den „inneren Antreiber“ zu besänftigen. Dazu gehört auch die Krankheitsakzeptanz und die Ernsthaftigkeit der Erkrankung anzuerkennen. Die bipolare Störung ist eine schwere Erkrankung, die auch mit Änderungen der eigenen Leistungsfähigkeit einhergeht. Dies anzuerkennen ist ein Prozess, der Zeit benötigt. Es erscheint notwendig, sich diese Zeit auch zu nehmen. Und dabei nicht nur auf die Defizite zu fokussieren, sondern den Blick auch auf die Ressourcen zu richten. Auch wenn berufliche Ziele ggf. angepasst werden müssen, verliere ich durch die Erkrankung nicht meine Kompetenz. Im Gegenteil, durch mein Expertentum durch Erfahrung kann meine Kompetenz sogar erweitert werden, wenn ich mich selbst und meine Erkrankung gut kenne und reflektiere.

Trotz des schwierigen Themas war die Stimmung in der Gruppe gut und wertschätzend. Der Austausch stellte einen wichtigen Schritt aus Isolation und Schuldgefühlen dar.

2. Stigmatisierung am Arbeitsplatz

In unserer Arbeitsgruppe ging es um die Stigmatisierung am Arbeitsplatz. Beim Erfahrungsaustausch in unserer kleinen Runde wurde schnell klar, dass jeder schon Erfahrung mit Stigmatisierung bei der Arbeit gemacht hat und nach Wegen

sucht, mit der Erkrankung im Beruf zu bleiben oder wieder Fuß zu fassen. Gerade im Gesundheitswesen und noch einmal mehr in der Psychiatrie/Psychosomatik werden psychische Erkrankungen beim Personal weiterhin geradezu ausgeschlossen! Auf der Suche nach Lösungsansätzen, die gegen diese Tabus oder Stigmata wirken, haben wir überlegt, ob und bei wem wir uns outen wollen. Diese Fragen können helfen:

Was bringt es mir, wenn ich mich oute? Welche Folgen könnte das Outing für mich haben? Was bringt es meinem Gegenüber bzw. was erwarte ich bei meinem Gegenüber? Was passiert, wenn es schief geht? Wo ist es besonders heikel? - Beim Chef? Beim Betriebsrat? Beim Integrationsamt?

Wichtig ist es, sich Verbündete zu suchen. Ob das der Chef, eine Kollegin oder die beste Freundin/der Freund sein kann, muss jeder selbst abwägen, probieren und Erfahrungen sammeln. Wenn keine Möglichkeit der Selbsthilfe im eigenen Umfeld besteht oder diese bisher nicht ausreicht, kann sich jeder gern an unsere Mail- bzw. die virtuelle Selbsthilfegruppe wenden. Zwei Teilnehmer unserer Gruppe haben sich im Anschluss an den Workshop für die Videogruppe angemeldet. Beruflich kann aber auch einiges gecheckt werden. Fragen wie:

Tut mir meine Arbeit gut? Was belastet mich konkret? Gibt es eine Nische, in der die Belastung geringer wäre?

Zum Beispiel könnte ein ArztIn von der Akutklinik in die Tagesklinik wechseln und damit Nachtschichten vermeiden. Oder eine Krankenschwester kann die Arbeitszeit reduzieren bzw. um Tagdienst bitten. Solange ich im Arbeitsprozess stehe bzw. keine Kündigung erfolgt ist, habe ich als ArbeitnehmerIn zudem die Möglichkeit, mich über den Arbeitgeber für ein Berufliches Eingliederungsmanagement einzusetzen. Die Absprachen erfolgen dann allein anhand der Funktionseinschränkungen! Zu keiner Zeit muss bzw. sollte man die Diagnose nennen.

Auf jeden Fall kann jeder Arbeitsbedingungen oder Strukturen anpassen ohne die Diagnose überall öffentlich zu machen. Wenn mein ArbeitgeberIn nicht bereit ist, meine Leistungseinschränkungen anzuerkennen und mir keine Hilfe oder Möglichkeit zur Veränderung anbietet, kann ich mir zudem bewusst machen, dass im Gesundheitswesen bereits vielerorts Fachkräftemangel herrscht.

Vielleicht bringe ich den Mut auf, über den Tellerrand zu schauen und mich beruflich zu verändern? Auch das kann der Schritt in eine neue Zukunft sein.

Auf welchem Wege auch immer, keiner muss aus Angst vor Stigmatisierung am Arbeitsplatz mit der Erkrankung und seinen beruflichen Sorgen allein bleiben! Dazu wurde diese Arbeitsgruppe im Jahr 2014 gegründet. Inzwischen haben wir viel erreicht. Doch vieles liegt noch vor uns. Die zunehmende Nachfrage zeigt, dass wir immer bekannter werden und immer mehr Kolleginnen und Kollegen helfen können. Dazu können wir gern mehr aktive Mitglieder, die sich für Betroffene Profis engagieren wollen gebrauchen.

3. Stigmatisierung durch Behandler*Innen

Erfahrungsberichten zufolge gelingt es manchmal nicht auf Anhieb, dass ein Behandlungsverhältnis auf Augenhöhe stattfindet. Eine wichtige Grundlage hierfür ist aus unserer Betroffenenperspektive die Einhaltung des Rollenverhältnisses Arzt/Ärztin - PatientIn. Auf Seiten der BehandlerIn kann es sinnvoll sein, Ängste gegenüber Patienten aus Gesundheitsberufen abzubauen. Diese ergeben sich beispielsweise daraus, dass der zu Behandelnde über spezifisches Fachwissen verfügt und die Therapieansätze des Behandlers/der Behandlerin besonders kritisch überprüfen könnte. Im Ganzen kann die gemeinsame Beziehung durch Schulungen oder Leitfäden für einen Umgang mit GesundheitsmitarbeiternInnen erleichtert werden. Auch die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen bietet hierbei hilfreiche Unterstützung. Wichtig erscheint uns auch, dass das Problem von Rollenauflösung oder -vermischung rechtzeitig angesprochen wird. Für den BetroffenenIn ist es essentiell, dass er/sie seine Rolle als „Suchender“ nach Einfühlungsvermögen und Unterstützung nicht zugunsten der Rolle des „KollegenIn“ (der ja doch eigentlich alles selbst weiß) aufgeben muss, weil ihm dies insbesondere in Krisensituationen schlichtweg nicht möglich ist. Dies bedeutet aber auf der anderen Seite nicht, dass der BetroffeneIn eine Opferrolle annehmen soll. Das Behandlungsverhältnis sollte weiterhin von Respekt und Klarheit gekennzeichnet sein. Empfehlenswert sind bereits zu Behandlungsbeginn getroffene Absprachen, z.B. dass ein etwaiges eigenständiges Reduzieren oder Absetzen einer Medikation dem BehandlerIn stets offen mitgeteilt wird, dass der/die Betroffene aber deswegen nicht „heruntergemacht“ wird, weil er/sie

schließlich als Mitarbeitende des Gesundheitswissen doch am allerbesten um die Folgen weiß. Bleibt im Behandlungsverhältnis dennoch das eigene Grundgefühl schlecht; fühlt sich der BetroffeneIn wiederholt gekränkt oder passen einfach die Persönlichkeiten nicht zusammen, raten wir, für sich selbst einzutreten und einen Behandlerwechsel vorzunehmen. Eine aussubjektiv empfundene Dankbarkeitsverpflichtung oder fortgeführte Behandlung bei ungutem „Grundgefühl“ ist oft relativierbar. Auch eine Absage weiterer Behandlungen per Email oder telefonisch wäre aus unserer Sicht legitim, der BetroffeneIn sollte sich hierbei keinem Rechtfertigungsdruck ausgesetzt sehen. Wird ein Behandlungsverhältnis bei einem Arzt/Therapeuten einvernehmlich beendet, wäre die Vermittlung an einen WeiterbehandlerIn wünschenswert.