

Prof. Dr. Ernst von Kardorff,  
Humboldt Universität zu Berlin,  
Institut für Rehabilitationswissenschaften,  
Abt. Soziologie d. Rehabilitation, Berufliche Rehabilitation & Rehabilitationsrecht

## **„Ich bin doch nicht behindert!“ – Studierende mit chronischen Krankheiten in der Stigmatisierungsfalle**

Guten Morgen meine Damen und Herren!

Zunächst einmal vielen Dank für die freundliche Einladung zu Ihrer wichtigen Tagung. Vielen Dank dafür, liebe Frau Jonas, vielen auch Dank für die Vorschusslorbeeren – über deren Berechtigung Sie alle dann nach meinem Vortrag befinden können.

Gestern ist der hier nebenan auf dem Dorotheenstädtischen Friedhof beerdigte Georg Friedrich Wilhelm Hegel mit seiner berühmt gewordenen Formulierung, dass das Bewusstsein das Sein bestimme, zitiert worden. Genauso wahr ist aber auch, dass das Sein die Handlungsmöglichkeiten bestimmt. Aber, noch einmal kurz zurück zu Hegel: die Definition von Handlungsmöglichkeiten wird auch von einem Bewusstsein bestimmt, das sich in unserer Wahrnehmung zu einer Realität verdinglicht hat, die uns wie eine zweite Natur gegenübertritt und damit Bilder von Behinderung und Krankheit nicht nur folgenreich prägt, sondern auch zu ihrer beständigen Reproduktion in Alltag, Studium und Beruf beiträgt. Soziale Repräsentationen, also Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit, über Normalität und Behinderung, über Leistungsfähigkeit oder Versagen lassen sich als symbolische Konstruktionen verstehen, die historisch gewachsen und im kollektiven Gedächtnis so verankert sind, dass sie uns heute als selbstverständlich erscheinen. Sie wirken als unsichtbare Strukturen und unbefragte Gewissheiten gleichsam hinter dem wachen Bewusstsein und dienen als Rahmungsvorgabe für Wahrnehmungen und Deutungen der Welt. In der sozialen Wirklichkeit erweisen sie sich allerdings als genauso hart und widerständig wie das Pult, auf das ich mich stütze.

*Zur Ausgangssituation chronisch kranker und behinderter Studierender*

Aber diese unsichtbaren Barrieren sind ebenso wie auch die sichtbaren veränderbar, wengleich im Unterschied zu letzteren erst in langer Perspektive, mit entsprechender Energie und entsprechendem Werkzeug. Und deshalb möchte ich zunächst einmal anknüpfen an dem langen Weg zur inklusiven Universität und Hochschule, der sein Ziel noch lange nicht erreicht hat, und dessen Endpunkt sich

mit der dann jeweils zurückgelegten Wegstrecke auch immer wieder ein Stück weiter entfernt, weil dann neue Barrieren sichtbar werden und Neues als Barriere erkannt und bewertet wird. Also: unending work, so wie die Bewältigung chronischer Krankheit oder das Leben mit einer Beeinträchtigung selbst.

Wir haben gestern die Daten zur Ausgangssituation, die Ergebnisse der Studie des Studentenwerks, präsentiert bekommen, Tabellen gesehen und die Daten zur Kenntnis genommen. Und was dort herausgekommen ist, ist im Wesentlichen die empirische Bestätigung dessen, was seit 30 Jahren oder mehr bei Fachleuten nicht unbekannt ist und für Generationen von betroffenen Studierenden ihre Studienerfahrung mehr oder weniger stark geprägt hat und bis heute prägt. Was natürlich nicht heißt, dass sich seither nichts bewegt, verändert, verbessert hätte und nicht neue Gesichtspunkte die Debatten befruchtet und Sichtweisen verändert hätten, wenngleich noch vieles zu tun und zu erstreiten bleibt, wie gestern an einzelnen Beispielen ja auch diskutiert wurde. An allen Universitäten und Hochschulen gibt es Behindertenbeauftragte. Von engagierten betroffenen Studierenden und Fachschaften initiiert, sind darüber hinaus studentische Anlauf- und Beratungsstellen entstanden, die vielerorts mit der programmatischen Bezeichnung *Enthinderungsstelle* die Beseitigung von Barrieren für betroffene Studierende in den Mittelpunkt ihrer Arbeit gerückt haben und damit den Anspruch auf Bildungsteilhabe nicht länger individualisieren, sondern als *Anspruchsrechte* markieren und zur Reflexion darüber anregen, wie Teilhabe zu gestalten ist. In diesen Stellen engagieren sich vor allem Studierende aus der aktiven Körperbehindertenbewegung und Studierende mit Sinnesbehinderungen um für den Abbau von Barrieren, materiellen wie immateriellen, zu kämpfen. Und es gibt bereits viele gute Modelle und kreative Vorschläge, wie Institutionen und Strukturen zu verändern sind, damit ein Abbau von Barrieren gelingt und eine Aufmerksamkeit für die Belange der betroffenen Studierenden bewirkt werden kann. Und damit taucht das Problem der Koordination dieser vielfältigen Aktivitäten und der politischen wie finanziellen Verantwortung dafür auf, worauf gestern bereits auf der Podiumsdiskussion verwiesen wurde. Hier beginnen die Mühen der Ebene in verschiedensten Gremien, das Formulieren von Anträgen, die Formulierung von Begründungen und die Organisation von Öffentlichkeitsarbeit, der immer wieder notwendigen Proteste und der Mobilisierung der Betroffenen angesichts einer oft unbeweglichen Bürokratie und universitärer bzw. mehr noch landespolitischer Kameralistik. Und hier zeigt sich das Missverhältnis zwischen programmatischer Rhetorik und praktischer wie kostenuntersetzter Umsetzung. Die erstere ist am Beginn eines Veränderungsprozesses als Motivationsfaktor unerlässlich, sie wird

aber bei fehlender Umsetzung zu einem Bumerang, der Unglaublichkeit transportiert.

Dies ist zwar nicht mein Thema, bildet gleichwohl jedoch den Kontext der folgenden Überlegungen: Sie haben Ihrer Tagung das Motto „Es ist normal, verschieden zu sein“ gegeben. Diese Aussage ist zunächst einmal Tatsachenfeststellung, aber im Kontext der Diskussionen um den Abbau von Barrieren für Menschen mit Behinderungen fungiert sie zugleich als normative Leitlinie, zu der notwendig der Nachsatz gehört: so sollte es sein. Nun ist die Universität ja ein hochgradig kompetitives und damit auch selektive Positionierungen begründendes System, das, selbst wenn alle materiellen und administrativen Barrieren beseitigt wären, eine besondere Herausforderung für Menschen mit behinderungs- oder krankheitsbedingten Studienschwierigkeiten darstellt, die mit dem Tempo und dem Zeitrhythmus des Leistungswettlaufs oder des Wettlaufs mit der impliziten Norm von Regelstudienzeit und Normalbiografie nicht mithalten können (ob man es denn will ist ja eine ganz andere Frage). Dies gilt, wenn ich meine Erfahrungen als Studienfachberater betrachte, sowohl für leistungsbezogene wie auch für selbstwert- und vergleichsbezogene Fragen der Selbstpositionierung gegenüber Mitstudierenden und Lehrenden und für die Rahmung der eigenen Identitätsarbeit .

Ein ganz wesentliches Ergebnis, das ich aus der vom Deutschen Studentenwerk in Auftrag gegebenen Untersuchung „Studieren mit Behinderung/chronischer Krankheit“ herausgreifen möchte, sind die unsichtbaren chronischen Krankheiten, die im Titel von der Behinderung nur mit einem Schrägstrich getrennt sind, aber doch in einer Reihe von Bereichen und Fragen eigenständige und spezifische Wahrnehmungen, Problemlagen, Unterstützungsbedarfe und Handlungserfordernisse bedingen. Zu dem in der Studie breit aufgefächerten Spektrum chronischer Krankheiten, deren einzige Gemeinsamkeiten in ihrer zeitlichen Beständigkeit, bislang fehlender Heilungsmöglichkeiten und einem dauerhaften medizinischen Behandlungsregime bestehen, gehören z.B. psychische Krankheiten, die in der Häufigkeit ganz vorne stehen, genauso aber auch Allergien, Diabetes, Krebserkrankungen, obstruktive Lungenleiden, psychosomatische Beschwerden wie Fibromyalgie, Rückenschmerzen ohne Befund usw. Und es gehören die sechs Prozent der Teilleistungsstörungen hinzu, eine Größenordnung, die mich selbst überrascht hat. Sie werden spätestens dann sichtbar, wenn Prüfungen misslingen oder Nachteilsausgleiche beantragt werden müssen. Das stellt für viele Studierende eine besondere Hürde dar, denn damit werden sie beim Prüfungsamt und den Lehrenden bekannt. Und mit dieser in vielen Fällen unausweichlichen und nicht ganz freiwilligen Veröffentlichung, mit dem Sichtbarwerden der jeweils spezifischen Beeinträchtigungen, sind Stigmatisierungsrisiken verbunden. Auf neudeutsch formuliert: Teilleistungsstörung

und Studium, das geht ja schon gar nicht. Im Bewusstsein erscheinen Teilleistungsstörungen als Widerspruch zu den kognitiv ausgerichteten Anforderungen und den kompetitiven Erwartungsmustern der Universität. Diese zentralen Erwartungsmuster werden übrigens nicht nur von der Organisation selbst, sondern auch von allen Beteiligten, Studierenden wie Lehrenden, geteilt und gefördert und mit Blick auf die betroffenen Studierenden bislang kaum reflektiert. Dazu später noch mehr.

### *Neue Herausforderungen angesichts des Inklusionsgedankens und der Postulate der UN-Behindertenrechtskonvention*

Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihre Ratifizierung durch die Bundesregierung hat der Diskussion um „Enthinderung“ einen neuen Schub gegeben und die Akzente verschoben. Die Idee der Inklusion, die damit verbunden ist und von der gar nicht erwartet werden kann, dass sie umgehend oder vollständig 1:1 umgesetzt wird, bleibt gerade deshalb auch eine beständige politische Herausforderung, die im Diskurs wach gehalten werden muss. So ist dies bei allen normativen Postulaten, die als gesellschaftliches Regulativ zunehmender Zivilisierung der Organisation des sozialen Zusammenlebens dienen. Die Chancen dazu sind im Augenblick sehr gut. Das hat auch damit zu tun, dass ja unter dem Postulat der Inklusion nicht nur die Inklusion von Menschen mit Behinderung, sondern auch andere Fragen der Benachteiligung und Ungleichbehandlung angesprochen sind, deren Bearbeitung politisch in Alltag, Studium und Beruf verhandelt werden müssen wie z. B. Geschlechtergerechtigkeit oder die Berücksichtigung von Nachteilen aufgrund sozialer und/oder ethnischer Herkunft. Kurz, die Anerkennung von Heterogenität steht zur Debatte, also ein ganzes Paket von Inklusionsaufgaben, das vielfältige Herausforderungen für Politik, gesetzliches Feintuning für Organisationen und für Begegnungen zwischen behinderten oder chronisch kranken Menschen mit Nichtbehinderten sich bringt. Zentral in diesem Kontext ist die immer wieder auch für Ihre Tagung gewählte Formel „Es ist normal, verschieden zu sein“, wie sie vom ehemaligen Bundespräsidenten Richard von Weizsäcker auf einer Tagung der Aktion Mensch vorgetragen hat. Und seither ist dieses geflügelte Wort zu einer Überschrift geworden, die manchmal ein bisschen zu leicht von den Lippen geht, denn einerseits ist Heterogenität - die Unterschiede, die normal sind - zunächst einmal eine unbestreitbare empirische Tatsache: jede und jeder von uns ist von dem/der anderen in vielfältiger Hinsicht verschieden. Beim näheren Hinschauen wird man auf den zweiten Blick feststellen, dass diese vielfältigen Unterschiede wiederum Unterschiede machen, vom Geschlecht, der ethnischen Herkunft, der religiösen Orientierung, den verschiedenen Lebensstilen angefangen bis zu den Unterschieden in sozialer Stellung, Einkommen und

Berufsposition. Und diese Unterschiede sind in den Wissensordnungen einer Gesellschaft über weitgehend unbefragt akzeptierte Kategorien genormt, die z.B. Eigenschaften einzelner Personen in Klassifikationssystemen subsumieren oder gesellschaftliche relevante Unterschiede wie die nach Leistung, Nützlichkeit, Schönheit, Religiosität etc. gruppenspezifisch zuordnen. All dies dient uns zur pragmatischen Orientierung im Alltag. Solche Unterscheidungen, die mit gesellschaftlich hierarchisierten Wertungen in der gesellschaftlichen Ordnung verknüpft sind, sind historisch gewachsen und in der gesellschaftlichen Wahrnehmung fest verankert und kommen uns in der Regel gar nicht zu Bewusstsein - sie werden gleichsam hinterrücks wirksam. Sie sind aber sozial wie für den Einzelnen durchaus folgenreich. So sind mit der klassifizierenden Bezeichnung von Unterschieden auf unterschiedlichen Dimensionen ganz häufig auch negative Zuschreibungen und Stigmatisierungen auf verschiedenen Ebenen verbunden, wie im Fall von Behinderung und bei vielen chronischen Krankheiten. Insofern ist festzuhalten, dass sich in der Formel „Es ist normal, verschieden zu sein“ zwei Dimensionen verbergen: eine faktische Dimension, die mit dem in der Behindertensoziologie benutzten Konzept *des Normalismus* beschrieben werden kann, dem statistischen Durchschnitt, an dem das Verhalten der Menschen von anderen im Alltag und institutionell beurteilt und gemessen wird. In der Universität sind dies z.B. die durchschnittlich erfüllten Leistungsnormen, die eine Platzierung der Studierenden in der Normalverteilung erlauben. Die zweite Dimension verweist auf ein normativ verstandenes Konzept von Normen, mit dem sich die Forderung verbindet, dass aus der Tatsache der vielfältigen individuellen Unterschiede Gleichbehandlung und Anerkennung und die Chancen zu einer gleichen Teilhabe an den zentralen Lebensbereichen folgen solle.

*Unterschiede, die Unterschiede machen: zum Zusammenhang zwischen sozialer Differenzierung und Stigmatisierungsrisiken*

Kurz zusammengefasst: Differenzierung zwischen einzelnen Personen und die Klassifikationen zwischen einzelnen Gruppen bilden also Unterschiede, die sozial folgenreiche Unterschiede machen. Sichtbar wird dies an der im Alltag verankerten Unterscheidung zwischen Behinderung und chronischer Krankheit. Das deutsche Sozialrecht macht keinen Unterschied zwischen Behinderung und chronischer Krankheit, sondern es definiert Behinderung (in Anlehnung an die International Classification of Funktion, Disability and Health (ICF)) ausgehend von den Funktionsbeeinträchtigungen in Alltag und Beruf und mit Bezug auf die Abweichung vom jeweiligen Lebensalter her. Es bezieht sich damit ebenso auf von Geburt an bestehende oder unfallbedingte Behinderungen wie auf Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund einer chronischen Krankheit. Im Alltag wird aber, anders als im Sozialrecht,

sehr wohl zwischen Behinderung und chronischer Krankheit unterschieden. Studierende, die von Geburt an eine Behinderung haben – bei den Studierenden sind das nach der Studentenwerkserhebung ca. 12 Prozent in der repräsentativen Stichprobe – würden sich dagegen verwahren, als chronisch Kranke zu gelten und chronisch kranke Studierende sehen sich nicht als Behinderte und nehmen daher oft die angebotenen Beratungsangebote kaum wahr.

Die alltagsweltliche Differenzierung zwischen Krankheit und Behinderung war eine Voraussetzung für den Erfolg, den die Behindertenbewegung seit Mitte der 80er-Jahre im Anschluss an die aus den USA stammende Selbstbestimmt-Leben-Bewegung gewonnen hat, die ja gerade über eine Akzentuierung des Behindertenbegriffs öffentliche Aufmerksamkeit mobilisieren konnte. Dort wurde formuliert: Wir gehören auch dazu, und zwar von Anfang an und nicht im Sinne einer „Integration“ - wir müssen erst dazu gebracht werden, die Normen so oder so zu akzeptieren und uns der Mehrheitsgesellschaft unterzuordnen. Es geht vielmehr um Enthinderung, von den fehlenden behindertengerechten Toiletten bis zur Assistenz, die eine Teilnahme an allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens ermöglicht und nicht um Anpassung.

#### *Die übersehenen chronisch kranken Studierenden bei Enthinderungsstrategien*

Der Erfolg der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung mit ihrem damals entwickelten Slogan „Nichts ohne uns über uns“ ist auch dadurch in die Universität hineingekommen, dass die Behinderten-Bewegung Mitte der 80er-Jahre ja ganz wesentlich auch eine Bewegung der intellektuellen Körper- und Sinnesbehinderten gewesen ist, getragen von vielen, die studiert haben, die promoviert haben und einige von ihnen sitzen ja auch hier im Publikum .

Für chronisch kranke Studierende stellt sich die Lage ganz anders dar. Sie gehören zu einer sehr heterogenen und bislang weitgehend übersehenen Gruppe, die sich, wie die Untersuchung des Studentenwerks hervorhebt, nicht im Kontext „Behinderung“ verorten und die Beratungsstellen für behinderte Studierende nicht als für sie zuständig betrachten. Dies hat damit zu tun, dass chronische Krankheiten äußerlich oft unsichtbar sind. Anders als im Erstkontakt mit Gehörlosen etwa sind sie, wie der Soziologe Erving Goffman es formuliert, diskreditierbar; viele Betroffene entwickeln Strategien eines Stigmamanagements, damit Beeinträchtigungen auch unsichtbar bleiben. Oft gelingt dies nicht, denn es sind natürlich nicht nur die Barrieren, die die Universität errichtet, sondern solche, die durch die chronische Erkrankung selber bedingt sind, wie es z.B. schnelle Ermüdbarkeit, geringere

Stresstoleranz, langsames Arbeiten, Arztbesuche, Nebenwirkungen von Medikamenten, krankheitsbedingte Ausfallzeiten sind.

Innerhalb der chronischen Krankheiten - so die Ergebnisse der Untersuchung - machen psychische Störungen ca. 45 Prozent, somatisch-chronische Erkrankungen ca. 20 Prozent aus – darunter können sich Rheuma, Allergien, Diabetes und viele andere Dinge verbergen – und schließlich sind da noch die schon erwähnten sechs Prozent der Teilleistungsstörungen.

### *Die soziale Dynamik von Zuschreibungsprozessen und „Respektable“ Erkrankungen und „nicht respektable“ Erkrankungen*

Neben den alltagsweltlichen Definitionen existieren fachliche, rechtliche und institutionelle Definitionen von Krankheit und Behinderung. Und auch diese errichten durch ihre Kategorisierungen eigene Barrieren. Ich möchte dies am Beispiel der Kategorisierung psychische Krankheit deutlich machen. Wenn jemand eine einschlägige Diagnose bekommt, kann das ja erst einmal für den Betroffenen wie seine Angehörigen und das unmittelbare Umfeld hilfreich sein, um die Verhaltensweisen, die einen selber bedrängen oder andere irritieren, einordnen zu können. Betroffene müssen sich die Symptome nicht als persönliches Versagen zurechnen, sondern sind über die Zuschreibung von Krankheit entlastet. Aber mit dieser Zuschreibung, mit dem Etikett „psychisch krank“, geht gleichzeitig ein ganzes Feld von Assoziationen einher, die sich, wie Erving Goffman anschaulich beschreibt, wie Zuckerwatte um die Betroffenen wickeln, an ihm kleben bleiben und ihre weitere Wahrnehmung und Einordnung durch Andere beeinflussen. Die mit psychischer Krankheit verbundenen Assoziationen sind überwiegend negativ und führen zu einem Master Status, wie Soziologen das nennen, wenn die gesamte Person mit allen ihren Eigenheiten nur noch über die Kategorie „psychisch krank“ wahrgenommen alle Verhaltensweisen der Krankheit zugeordnet werden. Verhält sich die Person ganz normal heißt es, er oder sie hat gerade eine gute Phase und wenn etwas nicht gelingt, heißt es, das sei Ausdruck eben der Krankheit. Ist das Etikett erstmal da, geraten die Betroffenen in eine Kommunikationsfalle. Die Stigmatisierung wirkt sich, wie Asmus Finzen, ein bekannter Sozialpsychiater, es einmal formuliert hat, wie eine zweite Krankheit aus und zwingt die Betroffenen, sich über ihre psychische Krankheit zu definieren. Betroffene müssen sich immer erklären und rechtfertigen. Ein depressiv Erkrankter ist dann nicht nur einer, der erschöpft wirkt, müde ist usw.; es kommt nicht zu konkreten Verhaltensbeschreibungen,

sondern wird zu einer Kategorie, die sich lähmend über die Person legt, und mit der auch alle weiteren Eigenschaften bezeichnet werden. Und wenn der Betreffende mal nicht depressiv ist, dann sagt man, es geht ihm gut, aber im Prinzip, wenn man schon sagt „Es geht ihm gut“, ist dahinter natürlich schon diese Wahrnehmung, dass er ja eigentlich depressiv ist. Hinzu kommt, dass psychische Krankheit nicht gleich psychische Krankheit ist; denn da gibt es solche, die stärker akzeptiert sind, und solche, bei denen dies nicht der Fall ist. Psychosen etwa sind mit starken Vorurteilen verknüpft und erzeugen Angst, Depressionen und Burnout sind stärker akzeptiert; sie werden im Sinne einer allgemeinen gesellschaftlichen Erschöpfung, wie Alain Ehrenberg dies als Ausdruck allgemeiner Stressbelastungen in der beschleunigten Moderne beschrieben hat und die wir alle kennen und emotional besser nachvollziehen können, verortet.

Also Sie sehen schon, es sind unterschiedliche Barrieren, die durch die Art der Kategorisierung erzeugt werden. In diesem Zusammenhang spricht man zuweilen auch von „respektablen“ Erkrankungen auf der einen und diskriminierten sowie tabuisierten Erkrankungen auf der anderen Seite. Ich habe das natürlich, damit sie es nicht falsch verstehen, in Anführungsstriche gesetzt. Krebs etwa ist eine „respektable“ Erkrankung. Sie macht Angst, aber sie ist „respektabel“. Eine von Geburt an vorliegende körperliche Behinderung ist „respektabel“ - wenngleich sie wiederum einer anderen Kategorisierung im Alltag unterliegt, die mit „Schicksal“ oder der Zuschreibung von Leid und dem Empfinden des Mitleids verbunden sein kann. Auch dies ist eine Form der Diskriminierung, weil es in der semantischen Codierung die Selbstdefinition der Betroffenen vordefiniert. In diesen Kontext fallen auch diskriminierte und diskreditierbare und moralisierte oder moralisierbare Erkrankungen. Das ist ein Thema, das interessanterweise in der Studentenwerkserhebung nicht auftaucht, weil es wahrscheinlich unter psychischen Erkrankungen verborgen ist: ich meine die Suchterkrankungen, von Alkohol bis zu nicht-stoffgebundenen Süchten. Sie sind nicht respektabel und mit dem moralischen Makel fehlender Selbstkontrolle behaftet.

Teilleistungsstörungen wiederum gehören zu den tabuisierten Beeinträchtigungen, sie liegen in einer Grauzone zwischen Behinderung und Krankheit. In der Psychologie sind sie natürlich nicht tabuisiert, aber da bewegt man sich innerhalb des Kontextes einer Fachdisziplin. Aber innerhalb der Studierenden ist das ein



tabuisiertes Thema. Auf der einen Seite greifen Studierende– hier nur bezogen auf die Aktivitäten der Fachschaften - Themen wie Behinderung oder Krankheiten durchaus auf; gleichwohl ist aber im Studienalltag trotzdem eine gewisse Tabuisierung solcher Themen und eine fast schon peinliche Vermeidung zu beobachten. Das unterscheidet sich nicht so sehr von der übrigen Alltagswelt: Man nimmt die Probleme der Betroffenen zur Kenntnis, setzt sich advokatorisch für ihre Interessen ein. Aber Engagement und Toleranz heißt nicht unbedingt Akzeptanz; Toleranz kann auch Ausdruck einer gewissen Gleichgültigkeit sein: chronisch kranke und behinderte Studierende gibt es eben. Und irgendwann werden die Betroffenen gar nicht aus bösem Willen, sondern aus einer gewissen Gleichgültigkeit oder aus Unsicherheit, wie man ihnen begegnen soll, sozial abgehängt. Als Folge davon isolieren sie sich dann vereinzelt auch selbst. Sie werden als Personen immer unsichtbarer, tauchen nur noch gelegentlich einmal auf, und genau damit geraten sie dann leicht aus dem Blickfeld und verlieren die so wichtigen universitären sozialen Netzwerkeinbindungen.

Es gibt trotz dieser vielleicht etwas ernüchternden Anmerkungen aber durchaus positive Veränderungen in den gesellschaftlichen Wahrnehmungen und Diskursen über Behinderung und über Menschen mit Behinderungen. Und das ist die gute Botschaft, dass bestimmte Erkrankungen, wenn man das im säkularen Wandel sieht, hinsichtlich ihrer Akzeptanz beeinflusst werden können. Das klassische Beispiel dafür ist Aids. In dem Augenblick, in dem Aids als Erkrankung sozialepidemiologisch sichtbar und relevant wurde, hat die Selbsthilfebewegung sehr schnell reagiert, und es ist ihr sehr geschickt gelungen, die Politik für ihre Anliegen zu gewinnen, so dass damit ein gesellschaftlicher Entstigmatisierungs-Diskurs – übrigens auch von der Politik getragen und mit erheblicher finanzieller Unterstützung verbunden – zu einem deutlichen Erfolg geführt hat, so dass Aids aus der Unsichtbarkeit heraus gesellschaftlich sichtbar geworden ist. Und genau dieser Rahmen erleichtert es Betroffenen, sich zu „outen“ und damit veränderungsinduzierende Impulse zu setzen und das gesellschaftliche Gespräch über die eigene Gruppe und die medizinische Fachwelt hinaus zu den Mitstudierenden hin zu eröffnen. Aber auch das Outen ist natürlich nicht ganz unproblematisch. Wenn man etwa im Bereich des Arbeitsmarkts verbleibt, zeigt sich, dass das Verstecken doch auch nützlich sein kann, wenn man eine Stelle bekommen möchte und auch im Studium möchten viele Betroffene lieber im Verborgenen bleiben und damit nicht in negative Rollenzuschreibungen gelangen, die trotz Inklusionsrhetorik noch immer bestehen. Denn es ist keineswegs immer ausgemacht, wie die Mitstudierenden auf ein „Outing“ reagieren, zumindest werden Betroffene mit der Notwendigkeit konfrontiert, sich beständig erklären zu müssen und in der Folge dann mit einer übertriebenen Sorge der Anderen rechnen

zu müssen. Also wieder keine vollständige Anerkennung der Verschiedenheit, sondern eher die beständige Herausforderungen, mit derartigen Paradoxien umgehen zu lernen; dies wiederum spricht ja gerade für den Zusammenschluss in studentischen Selbsthilfeszusammenhängen.

### *Veränderung gesellschaftlicher Normtoleranzen und ihre differentiellen Auswirkungen*

Ich möchte noch auf einen weiteren Punkt zu sprechen kommen. Und der ist ambivalent, und zwar dahingehend, dass sich im Prozess des beschleunigten sozialen Wandels, wie wir ihn gegenwärtig beobachten können, eine Veränderung von Normtoleranzen einstellt: auf der einen Seite erweitern sich Normtoleranzen - vielfältigste Lebensweisen sind akzeptiert, die Beispiele der Schwulen und Lesben sind hierfür ein gutes Beispiel. Hier ist die gesellschaftliche Akzeptanz inzwischen weitgehend gegeben, nicht zuletzt aufgrund eines offensiven, für die Betroffenen aber nicht immer ganz einfachen Coming out. Auch das ist Ergebnis von sozialen Bewegungen. Hier haben sich die Normtoleranzen mit Blick auf andere ganz individuelle persönliche Lebensentwürfe erweitert. Dies ist aber nur die eine Seite. Parallel dazu zeigen sich Verengungen von Normtoleranzen, also etwa zum Beispiel bei Verhaltensstörungen, und ganz besonders im Bereich von Leistungsnormen, was an der Universität seit den Bologna Reformen immer deutlicher spürbar wird: gestiegene Leistungsanforderungen, engere Zeittakte, Verdichtung von Arbeitsabläufen, Zunahme kleinteiliger Prüfungen, eine Rhetorik der Exzellenz usw. Diese Veränderungen definieren neue Barrieren, besonders für Menschen, die in ganz unterschiedlichen Bereichen aufgrund ihrer Konstitution oder aufgrund biografischer Erfahrungen wie kumulierten Misserfolgserfahrungen, aufgrund von Behinderung und chronischer Krankheit, dem Erleben des Stigmatisiertwerdens, Erfahrungen von Ausgrenzung oder aufgrund von Traumata besonders vulnerabel sind. Ich sage bewusst vulnerabel und nicht krank, denn ob sie krank sind oder nicht oder sich die Störung als krankheitswertig definieren lässt, bleibt eine Frage der fachlichen Definitionen der Medizin, der Psychologie, der Behindertenpädagogik, usw.

Aus dem Gesagten folgt, dass für chronisch kranke Menschen und für Menschen mit Behinderungen in Universität und Gesellschaft heute einerseits größere Teilhabemöglichkeiten bestehen und verbesserte Chancen auf Akzeptanz vorhanden sind, auf der anderen Seite aber eine Verengung von Leistungstoleranzen (mehr Leistungsnachweise, enge zeitliche Terminierung durch elektronische Anmeldeverfahren für Prüfungen, engmaschigere Kontrolle und zunehmende Standardisierung) stattgefunden hat, eine Entwicklung, die besonders für chronisch

krank und beeinträchtigte Studierende neue Barrieren schafft, Aspekte, die bislang nur wenig aufgegriffen wurden.

Das heißt natürlich nicht, dass die Universität nicht leistungsorientiert sein sollte; es stellt sich vielmehr die Frage: wie geht man mit dem Paradox erwünschter Kompetitivität auf der einen und begrenzter krankheitsbedingter Leistungsbegrenzung um und wie ermöglicht man Studierenden mit chronischer Krankheit und Behinderung eine möglichst optimale Nutzung ihrer Potentiale?

### *Chancen der Veröffentlichung chronischer Krankheiten im Kontext von Selbsthilfe*

Auch wenn der Mentalitätswandel nicht verordnet werden kann und auch Gesetze ihn nicht erzwingen können, ist es gleichwohl möglich und chancenreich, das Bewusstsein für eine dauerhafte Wachsamkeit gegenüber Diskriminierung und die beständig notwendige Auseinandersetzung mit den Problemen eines Studiums unter erschwerten Bedingungen zu schärfen. Ein Mentalitätswandel vollzieht sich nur *on the long run*, so wie überhaupt die Akzeptanz neuer Sichtweisen, Lebens- und Verhaltensformen Zeit und langen Atem, aber eben auch nachhaltige und nachhakende öffentliche Kommunikation erfordert. Das ist für den einzelnen Betroffenen kein unmittelbarer Trost, belegt aber, dass Betroffene zusammen mit entsprechenden Bündnispartnern eben doch positive Entwicklungen erreichen können. Ich möchte das am Beispiel der Selbsthilfebewegung deutlich machen.

Das, was wir heute als gruppenbezogene Selbsthilfe kennen, ist in Deutschland Mitte der 70er-Jahre zunächst von Professionellen angestoßen worden - so ganz „von selbst“ ist noch nicht einmal die Selbsthilfe entstanden. Es bedarf dazu nicht nur einer guten Idee und aktiver Personen und Aktionen als Initialzündung, sondern es müssen auch Rahmenbedingungen gegeben sein und die Umstände, das gesellschaftliche Klima muss für eine derartige Entwicklung „reif“ sein. Im Kontext von Frauen- und Gesundheitsbewegung hat sich dann die Selbsthilfe relativ schnell, erst gegen Widerstände durchgesetzt - die Ärzte und die Professionellen waren zunächst gegenüber der Selbsthilfe sehr skeptisch, weil sie befürchteten, dass die Betroffenen sich nicht mehr an die ärztlichen Empfehlungen halten würden. Und heute hat sich die Selbsthilfe etabliert, ist breit akzeptiert und wird von Krankenkassen und Kommunen gefördert. Es hat aber ca. 40 Jahre gebraucht, bis sich ein neues kulturelles Muster herausgebildet hat, das zu ihrer weitgehenden Akzeptanz hat, die heute innerhalb der Versorgung chronisch kranker Menschen gar nicht mehr wegzudenken sind.

### *Mentalitätswandel „von unten“ im Umgang mit chronischer Krankheit*

Ich war bei dem langsamen Mentalitätswandel stecken geblieben. Er setzt so etwas wie, in Amerika sagt man *affirmative action* voraus, also, dass die betroffenen Menschen sich an die Öffentlichkeit wenden, nicht defensiv mit einem Defizit-Blick, sondern sich selbstbewusst das Recht nehmen, in eigener Sache mit eigener Stimme zuzusprechen, sich selbst bemächtigen, zur Mobilisierung beitragen und Gelegenheitsstrukturen z.B. innerhalb der Universität schaffen, damit Empowerment gelingen kann. So dass sie ihre Stimme im Konzert der unterschiedlichen Interessen, zum Beispiel bei der Gestaltung von Prüfungsordnungen, zu Gehör bringen können, um aktiv beteiligt zu werden. Darin ist die praktische Anerkennung der betroffenen Menschen mit ihren eigenen Anliegen enthalten und zwar so, dass sie mit eigener Stimme als Experte/-in in eigener Sache mitbestimmen können und dass dies zu einem selbstverständlichen Moment einer modernen aufgeklärten Universitätskultur dazugehört.

Nun, in dieser *affirmative action* kommt noch etwas anderes zum Tragen, was derzeit zuweilen über Begriffe wie Inklusion ein bisschen verdeckt wird, die paradoxe Funktion „politisch korrekter“ Sprache. Ich beobachte das in meinem eigenen Bereich. In meinem Institut gibt es eine Abteilung „Geistigbehindertenpädagogik“, die darf ja, folgt man der Selbsthilfebewegung Betroffener „Mensch zuerst“, gar nicht mehr so heißen, die Betroffenen bezeichnen sich als Menschen mit Lernschwierigkeiten, und die entsprechenden Schulen haben den Wandel von der Hilfsschule des 19. und frühen 20. Jhrdts. über die Sonderschule und dann zur Förderschule für Geistigbehinderte bis zu den heute offiziell so genannten bisSchulen für geistige Entwicklung durchlaufen. Das löbliche Ziel dieser semantischen Politiken ist es, die diskriminierende Kategorie „Geistige Behinderung“ (oder eben dann andere Kategorisierungen) zu vermeiden. Gleichzeitig weiß aber jeder, um welche Personengruppe es sich bei diesen Schülern und Schülerinnen handelt. Damit wird eine Art *double speak* erzeugt. Zunächst führen diese Begriffsveränderungen dazu, dass ein für selbstverständlich gehaltener Sachverhalt, wie es sozial folgenreiche, mit Risiken von Stigmatisierung und Diskriminierung behaftete Kategorisierungen sind, durch eine neue Semantik zum Tanzen gebracht werden und in der Öffentlichkeit als Aufmerksamkeit erzeugen. Das kann man begrüßen. Aber die Frage ist, wie lange dauert der Tanz? Und kommt es dann tatsächlich zu einer nachhaltigen Mentalitätsveränderung und nicht zu Reaktanzphänomenen, die in der Psychologie ausführlich beschrieben sind. Also das ist ein Punkt, von dem besonders auch Studierende, die sich für etwas „Gutes“ engagieren, nicht vollkommen frei sind.

Nun gibt es noch einen anderen kritischen Aspekt bei chronischen Krankheiten.. Insbesondere bei psychischen Krankheiten bereitet es Schwierigkeiten von

„Erkrankungen“ zu sprechen: manches sind vielleicht vorübergehende psychische Belastrungen, verzögerte Entwicklungskrisen, die durchaus mit funktionalen Beeinträchtigungen einher gehen;. So sehr dies für den/die Einzelne/-n auch belastend ist, sollte man mit einer „Verkrankung“ der Beschwerden auch vorsichtig umgehen. Es besteht, wie dies ein Kollege einmal ganz treffend formuliert hat, die Gefahr einer Erweiterung der Behinderungszone. Wir müssen vorsichtig sein, dass wir nicht alle psychischen Probleme, unter die die Kategorie Krankheit subsumieren. Was nicht heißt, dass die damit verbundenen Probleme nicht beratungsbedürftig wären. Nur das muss man deshalb auch schon sagen, weil von diesen Fragen auch diejenigen betroffen sind, die sich gar nicht selber in irgendeinem Sinne als chronisch krank oder gar als behindert erleben würden, dass die aber auch die Möglichkeit haben – und sie dann auch nutzen –, in psychischen Problemlagen sich auch zu äußern und entsprechend kompetent beraten zu werden. Dies berührt die Frage, ob die vorhandenen Beratungsstellen für behinderte Studierende nicht neu definiert werden müssten und ihre Aufgaben und Kompetenzen in Richtung einer Beratung auch für chronisch kranke Studierende erweitern sollten. Das ist vielleicht ein gewisses Problem, denn die Frage der Selbstzuschreibung von Behinderung oder von Krankheit stellt sich natürlich als ein nicht unwesentliches Problem für das eigene Selbstbewusstsein dar. Denn die gesellschaftlich etablierten Begriffe – z.B. psychische Krankheit– haben ein semantisches Umfeld, von dem sich viele natürlich mit guten Gründen freihalten wollen. Das wird nicht dadurch verändert, dass man sagt, es ist normal, verschieden zu sein. „Es ist normal, verschieden zu sein“ hat noch einen ganz anderen Hintergrund, der im Kontext der modernen gesellschaftlichen Entwicklung mit einer, wie Hans Joas sagt, *Tendenz zur Sakralisierung des Selbst*, zusätzliche Selbstdarstellungsnotwendigkeiten oder Selbstdarstellungszwänge in Form unverwechselbarer Individualität erzwingt. In diesem Kontext ließe sich der Aspekt betrachten, der in der Studentenwerkstudie nicht zum Ausdruck kommt, weil sie eine Querschnittsstudie ist, die Entwicklung. Wir wissen nicht, ob die 45 Prozent, die dort als psychische Störungen angegeben sind, vor 10 Jahren auch schon 45 Prozent waren. Wir können also nur eine Hypothese aus der statistischen Zunahme von psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft insgesamt nehmen. Dafür gibt es belastbare Daten. Und es stellt sich natürlich die Frage, um welche Krankheiten es sich handelt in dem Zusammenhang - die Psychosen sind mehr oder weniger auf dem gleichen Niveau geblieben, aber Angststörungen und Depressionen haben zugenommen. Und da liegt der Verdacht ja nahe, dass das etwas mit säkularen gesellschaftlichen Entwicklungen zu tun hat, auch wenn man das nicht kausal zurechnen kann, aber doch so weit, dass man feststellen kann: es haben sich Kontextbedingungen verändert, die zu einer Zunahme von psychischen Störungen führen oder aber zu einer sensibleren

Wahrnehmung von psychischen Störungen. Abgesehen von technischen Fragen, wie etwa der, dass Ärzte heute mehr psychische Krankheiten diagnostizieren als noch vor einigen Jahrzehnten - sei es weil Patienten ihre seelischen Probleme verstärkt in der ärztlichen Praxis präsentieren, sei es weil die öffentlichen Debatten zu einer verstärkten Sensibilisierung für die Wahrnehmung von seelischen Problemen wie Erschöpfung oder Burn-out beigetragen haben - möchte ich an dieser Stelle sagen, auch wenn ich es jetzt nicht beweisen kann, aber meine Beobachtung der letzten Jahre ist, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen den Veränderungen der Studienstrukturen und einer Zunahme psychischer Störungen oder Probleme..

In diesem Bereich gibt es nach wie vor Stigmatisierungen. Kurz: es gilt immer noch: ein Ende der Ausgrenzung und der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen ist noch keineswegs erreicht. Innerhalb der Studierenden gibt es starke Differenzen nicht nur im persönlichen Stil sondern auch in den Leistungsniveaus. Diese müssen im sozialen Zusammensein der Studierenden klein gehalten werden, um den Zusammenhalt als Gesamtgruppe „Studierende“ zu bewahren. Aber es gibt die Differenzen natürlich. Und es gibt sie verschärft. Also vielleicht ist das in der Tat etwas, was mit dem Bachelorstudium zusammenhängt, das ich mit Blick auf Entschlackung des Studiums vor Überspezialisierung und mit Blick auf eine verbesserte Studierbarkeit befürworte, aber dann doch wieder problematisch finde: was ich als Hochschullehrer zunehmend feststelle ist, dass Studierende nach Prüfungen kommen und dann wird gestritten, ob die Note 2,0 oder 2,3 ist. Das ist für mich ein ganz neues Phänomen. Das gab es vor fünf, sechs, sieben Jahren nicht, ist aber ein Symptom für den vorweggenommen Blick auf den Arbeitsmarkt nach der Universität – und zwar einmal ganz unabhängig davon, ob dies eine realistische Einschätzung ist, wirkt es sich auf das Verhalten der Studierenden aus. Und zwar nicht nur als eigenen Angst, sondern auch als Abwehr von Abweichung und Versagen, für das dann psychische Krankheiten gesellschaftlich immer noch stehen. *„Ich bin doch nicht behindert“ – Bedingungen für einen offensiven Umgang mit chronischer Krankheit im Studium*

Frau Jonas Sie hatten das am Anfang, gesagt, dass Interviews im Vorfeld der Untersuchung immer wieder von chronisch kranken Studierenden geäußert wurde, *Ich bin doch nicht behindert*. Wenn betroffene Studierende formulieren, *Ich bin doch nicht behindert*, dann ist das ja eine Reaktion auf die Wahrnehmung einer gesellschaftlichen Realität, die man beobachtet, so wie jeder von uns immer das beobachtet, was um ihn herum vorgeht und sich in seinem Verhalten mehr oder weniger daran ausrichtet. Und dies wirkt sich dahingehend aus, dass Betroffene vor einer Veröffentlichung zurückschrecken. Die daraus resultierenden Folgen machen sich dann aber nicht von heute auf morgen bei den betroffenen Studierenden

bemerkbar, sondern erst nach längerer Zeit, besonders in der zweiten Studienphase, denn natürlich, es sind ja auch die nicht nur behinderten oder chronisch kranken Studierenden, die etwas länger studieren. Was zu beobachten ist, ist der schleichende soziale Ausschluss im Studium. Und da wäre es notwendig, dass man dies erkennt, vor allen Dingen, dass die Betroffenen es selbst erkennen, aber auch, dass die Lehrenden es erkennen, wenn eine stark ausgeprägte soziale Isolation bemerken oder ein schleichender sozialer Ausschluss sichtbar wird. Oft ist es dann eher zufällig, wenn Lehrende dies unter den Bedingungen der Massenuniversität überhaupt erfahren, etwa wie es mir vor kurzem bei einer Prüfung ergangen ist, als ich eine ausländische Studierende, die eine ungenügende Prüfungslleistung gezeigt hatte, fragte, ob sie denn mit anderen Studierende gemeinsam gelernt habe, in Tränen ausbrach und erzählte, dass sie gar keine engeren Kontakte zu anderen Studierenden habe, mit denen sich auch zusammen lernen könne. Auch wenn man einmal von einem solchen Extremfall absieht, ist eine Erfahrung, die ich immer wieder mache, dass viele Studierende mit chronischen Krankheiten und Behinderungen den Anschluss an ihre Studienkohorte, mit der sie zu studieren begonnen haben, verlieren. Es erweist sich als psychologisches und sozialpsychologisches Problem, wenn der Anschluss an die Beginnerkohorte verloren geht. Das heißt also – nur ein Beispiel aus dem persönlichen Bereich gerade zu sagen, gestern bekomme ich eine E-Mail einer Studierenden, die ist im Diplom im 11. Semester und gerade dabei, das Vordiplom zu machen. Alle ihre anderen sind natürlich schon fertig, mit denen sie angefangen hat. Also der Verlust der Kohorte, wenn Sie es so wollen, der Anfangskohorte, wird als belastend erlebt und erweist sich als Problem der sozialen Integration dar. Und das verweist darauf, worauf die Studierendenvertreterin Frau Küssner gestern verwiesen hatte, dass das Engagement in der Selbsthilfe beim BAföG-Bezug berücksichtigt werden, denn genau da wird ja soziale Netzwerkarbeit geleistet. Darüber hinaus käme es auch darauf an, den Kontakt zur Selbsthilfe aktiv herzustellen. Bei den Behinderten ist das der Fall. Im Gegensatz dazu ist die Bewegung der Gesundheitsselbsthilfe, in der sich viele chronisch kranke Menschen organisiert haben, noch kaum in die Universität hineingekommen, mit Ausnahme vielleicht in den Fächern, die sich wie die Behindertenpädagogik mit der Selbsthilfe aus fachlicher Sicht beschäftigen. Selbsthilfe vollzieht sich außerhalb der Universität. Und deshalb wäre eine solche Verknüpfung notwendig. Das gilt im Übrigen auch für sogenannte Langzeitstudierende, die ebenfalls irgendwann den Anschluss an ihre Kohorte verlieren, und dann fällt es ihnen immer schwerer, sich für die Abschlussprüfungen anzumelden .

*Chancen und Risiken der Veröffentlichung der Krankheit: eine narrative Perspektive*

Veröffentlichung ist einerseits notwendig, denn nur so kann sich eine Mentalitätsveränderung überhaupt herstellen. Aber Veröffentlichung hat Risiken. Und genau diese Risiken müssen durch Beratung, aber vor allen Dingen auch in Kontakt mit anderen Studierenden aufgefangen werden. Und eine Möglichkeit besteht darin, diese Veröffentlichung in eine bestimmte Form zu gießen, in eine narrative Form, die diskursiv auch in Seminaren oder auch von Fachschaften behandelt werden kann und nicht zuletzt auch bei Veranstaltungen zur Erstsemestereinführung aufgegriffen werden könnte. Kurz, es geht darum auch einen erleichternden Rahmen für eine Veröffentlichung z.B. von Modellen erfolgreichen Studierens zu schaffen, aber auch von den Schwierigkeiten, den persönlichen Wegen und Umwegen des Studierens mit Beeinträchtigungen zu berichten und von daher neben der Perspektive auf materielle und administrative Barrieren den Blick auf die Innensicht der betroffenen Studierenden selbst zu richten. Die Situation dafür ist im Moment sehr günstig. Es gibt ja gesellschaftliche Diskurskonjunkturen. Der Behindertendiskurs hatte Mitte der 80er-Jahre mit der Krüppelbewegung usw., eine gewisse Konjunktur und hatte dann über die Aktion Grundgesetz usw. ja auch vielfältigste Erfolge. Dann ist die Diskussion wieder in den Hintergrund gerückt, weil der Eindruck entstanden ist, dass ja Entscheidendes erreicht wurde. Aber natürlich bleibt immer eine Differenz zwischen dem politisch erreichten Erfolg und der konkreten Umsetzung in der Praxis und vor allem ist die Ebene des konkreten Zusammenlebens und der konkreten Teilhabe behinderter und chronisch kranker Studierender im Alltag des universitären Zusammenlebens noch etwas anderes. Die UN-Behindertenrechtskonvention, öffnet jetzt wieder ein Fenster für eine erneute gesellschaftliche Thematisierung. Und das scheint mir für die Universitäten ein Chance zur Weiterentwicklung von Inklusion auch von chronisch kranken Studierenden zu sein. Und hier scheint mir der Blick auf die eigene Geschichte, auf die Biografien der betroffenen Studierenden wichtig. Es gibt ein interessantes Buch eines amerikanischen Soziologen, von Arthur Frank mit dem Titel „The Wounded Storyteller“, das diejenigen in den Mittelpunkt stellt, die über ihre Geschichte und die damit verbundenen seelischen und sozialen Verletzungen, Kränkungen usw. berichten. Denn jede und jeder kann über solche Verwundungen, die aus den konkreten Erfahrungen in Schule und Universität und im Alltagsleben, im Kontakt mit Behörden, usw. resultieren erzählen, so dass das Thema chronische Krankheit einen persönlichen Bezug erhält und nicht nur als abstrakte Barriere erscheint. Und deshalb ist es wichtig, solche Aspekte auch sichtbar und behandelbar zu machen. Biografische Narrationen erscheinen damit als eine zusätzliche Möglichkeit der Entstigmatisierung. Dies könnte auch dabei helfen, Erwartungsparadoxien, auf die ich hingewiesen habe - Kompetitivität und Zeitdruck, Leistungsbeurteilung, etc. - im Zusammenhang mit Behinderung und chronischer Krankheit zu behandeln. So wollen behinderte Studierende wollen ja nicht etwa



deshalb gute Notenerhalten, weil sie behindert sind. Denn das könnte angesichts ohnehin schwierigen Studiensituation von den betroffenen Studierenden als zusätzliche Entwertung ihrer tatsächlichen Leistungsfähigkeit erlebt werden. Aber natürlich gibt es eine Interaktion zwischen den hohen Leistungsanforderungen und den damit verbundenen Differenzierungsgewinnen und -verlusten auf der einen und den jeweiligen individuellen Funktionsbeeinträchtigungen auf der anderen Seite, angesichts derer betroffene Studierende immer wieder mit Vergleichen und mit Fragen oder auch Zweifeln bezüglich ihres Selbstwerts konfrontiert werden. Derartige Paradoxien lassen sich nicht auflösen oder durch Barriereabbau alleine bewältigen, aber z.B. durch Selbsthilfe besser bearbeiten; und dafür können Anstöße, etwa durch die Beratungsstellen geliefert werden, da - wie schon früher erwähnt - Selbsthilfe nicht einfach von selbst entsteht, sondern auf Modelle und ermutigende Anstöße angewiesen ist.

Ein weiteres großes Problem für chronisch kranke und behinderte Studierende ist das Jobben neben dem Studium. Das schaffen die meisten chronisch kranken und behinderten Studierenden eben nicht. Und dadurch entstehen finanzielle Restriktionen im Studium, darauf ist ja gestern in der Diskussion schon hingewiesen worden. Dies verweist auf die Notwendigkeit von Nachteilsausgleichen und ggf. ihrer spezifischen Erweiterung, vor allem aber der Nutzung dieser Nachteilsausgleiche um zu größere Verzögerungen im Studium zu vermeiden. Das berührt die schon weiter oben angesprochenen Punkte Studienzeitverlängerung und Netzwerkverlust. Und für manche ist das dann natürlich mit der Konsequenz verbunden, dass sie zwar das Netzwerk, aber nicht die Institution verloren haben. Dann ist die Institution der sichere Ort, und dann kommt aber je länger man in der Universität verbleibt der *Übergang zum Arbeitsmarkt* als kritische Schwelle immer näher. Und das ist auch eine inzwischen zwar mit Career Centern aufgenommene Herausforderung für die Universitäten, bei denen aber meist das Thema Behinderung und chronische Krankheit nicht berücksichtigt wird. Ich möchte das wiederum an einem Beispiel illustrieren. Bei uns hat gerade eine Studierende, die mit den Folgen eines Schlaganfalls konfrontiert ist, ihr Diplom erfolgreich bestanden und mir berichtet, wie schwierig das ist, jetzt hat sie das Studium ordentlich geschafft, wie schwierig das ist, auf dem Arbeitsmarkt irgendeine Akzeptanz zu finden. Also auch beim Management dieses Übergangs gilt es aktive Hilfestrukturen zu entwickeln bzw. die bestehenden entsprechend zu profilieren, etwa durch ja schon vorhandene Bewerbungsseminare des Studentenwerks für chronisch kranke und behinderte Absolvent\_innen. Denn, um damit zu schließen, so unsichtbar sind auch die unsichtbaren Behinderungen wieder nicht. Denn im konkreten alltäglichen Kontakt, angesichts von Anforderungen,

Zeitdruck, stresserzeugenden Situationen oder an den kritischen Übergangsschwellen werden die chronischen Krankheiten sichtbar.

Studienbegleitung in der Kohorte?! – Fragezeichen, Ausrufezeichen. Verknüpfung zwischen Selbsthilfe und betroffenen Studierenden stärken. Und – ich habe gestern gesehen, dass die Hochschule Lausitz hier ein viel versprechendes Konzept entwickelt hat: *Die Entdeckung der Langsamkeit*. Die *Entdeckung der Langsamkeit* - die aus Sten Nadolnys Roman von 1983 propagierte Idee - verweist darauf, dass eine besondere Qualität in der Zeit zum Reflektieren und zum Wachsen besteht. Und diese Zeit für chronisch kranke und behinderte Studierende zu schaffen, das individuelle Tempo und die individuellen Belastungen zu berücksichtigen, ermöglicht dann wieder die konkreten Studienleistungen und die Entwicklung von Potentialen der betreffenden Studierenden hervortreten zu lassen und in angemessener Weise gerecht zu beurteilen.

Das ist nicht das Schlechteste. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.