

Unverständnis – Vorurteile – Diskriminierung

Psychosoziale Auswirkungen seltener chronischer Krankheit



Dr. Carolin Tillmann

An einer chronischen Krankheit zu leiden, hat für die betroffenen Menschen in der Regel lebenslange gravierende Auswirkungen, insbesondere wenn diese Erkrankungen auch noch relativ selten vorkommen. Es wird zwar davon ausgegangen, dass in Deutschland etwa 4 Millionen Menschen mit einer seltenen Erkrankung leben, dennoch ist insgesamt wenig über die sozialen Folgen für diese chronisch kranken Menschen bekannt. Dr. Carolin Tillmann zeigt in diesem Beitrag anhand der Ergebnisse einer Studie auf, mit welchen Benachteiligungen Menschen mit einer seltenen chronischen Krankheit im Gesundheitswesen konfrontiert sind.

Seit dem 26. März 2009 ist das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in der Bundesrepublik Deutschland rechtsverbindlich: Der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) liegt ein menschenrechtliches Modell von Behinderung zugrunde, welches chronische Krankheit einschließen kann. Dabei ist es „(...) auf die äußeren, gesellschaftlichen Bedingungen gerichtet, die behinderte Menschen aussondern und diskriminieren“ (Degener, 2017).

Im Folgenden werden Aussonderungs- und Diskriminierungserfahrungen von chronisch kranken Menschen in den Mittelpunkt des Interesses gerückt: Chronische Krankheiten gehen in der Regel mit erheblichen Einschränkungen einher; besonders prekär wird die Situation, wenn eine Erkrankung zudem selten ist. Von einer seltenen Erkrankung wird gesprochen, wenn nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen das jeweilige Krankheitsbild aufweisen. In Deutschland leben etwa 4 Millionen Menschen mit einer seltenen Erkrankung. Der sozialen und gesellschaftlichen Situation chronisch Kranker wurde bislang dennoch wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Mit der hier vorgestellten Untersuchung wird diese Lücke verkleinert; dies geschieht am Beispiel von Menschen, die an einer seltenen rheumatischen Erkrankung, dem sogenannten Lupus erythematoses (kurz: Lupus), erkrankt sind. Lupus gilt als Chamäleon in der Medizin,

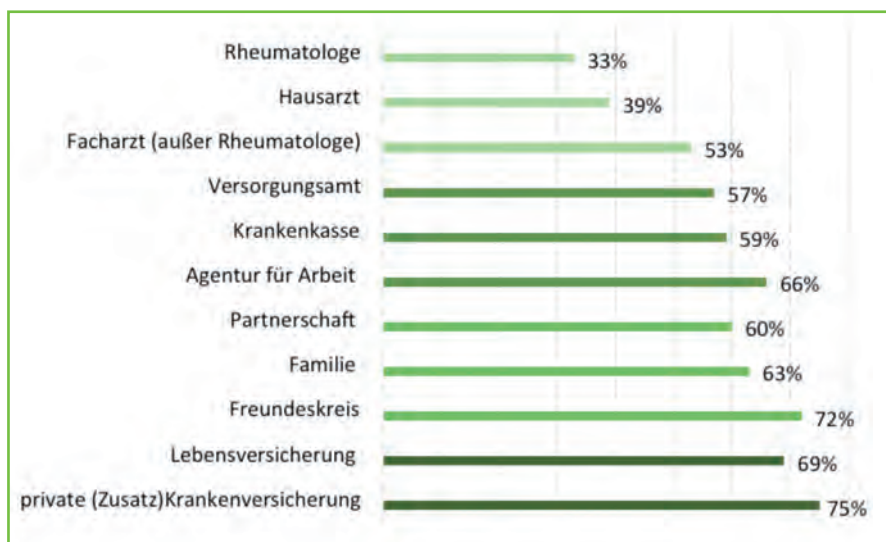
weil alle Organe, Gelenke und Muskeln von der Erkrankung befallen sein und somit andere Erkrankungen imitiert werden können.

Über den Forschungsansatz der Disability Studies wurde ein interdisziplinäres, multimethodisches Studiendesign entwickelt, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob sich Menschen mit seltener Erkrankung und teilweise unsichtbaren Symptomen spezifischen gesellschaftlichen Diskriminierungs- und Stigmatisierungsformen ausgesetzt sehen. Die Vorzüge von qualitativer und quantitativer Datenerhebung wurden durch den Einsatz einer Methodentriangulation genutzt. Im Sommer 2013 wurden dazu 8 Expert*inneninterviews geführt. Als Expert*innen wurden an Lupus erkrankte Selbsthilfegruppenleiter*innen definiert, die in der Lupus Erythematoses Selbsthilfegemeinschaft e. V. organisiert sind. Aufgrund der Interviewergebnisse wurde für den quantitativen Studienteil ein standardisierter Fragebogen konstruiert und eingesetzt. Von den 2.700 Anfang 2014 an Lupusranke versandten Fragebögen konnten 839 in die Auswertung mit komplexen statistischen Verfahren der deskriptiven und der induktiven Statistik einfließen.

Benachteiligungen in unterschiedlichen Lebensbereichen

In der Untersuchung gaben 81 Prozent der Befragten an, aufgrund ihrer Erkrankung bereits in unterschiedlichen Lebensbereichen, insbesondere beim

Abbildung 1: Erfahrungen von Benachteiligung aufgrund der Lupuserkrankung Quelle: Tillmann



Abschluss privater Versicherungen, im privaten Umfeld und bei Sozialleistungsträgern auf Benachteiligungen gestoßen zu sein (Abbildung 1).

Insbesondere bei Diskriminierungen, die den Abschluss privater Versicherungen betreffen und sich durch Benachteiligungen im Umgang mit Sozialleistungsträgern äußern, zeigen sich die Folgen des fehlenden Schutzes chronisch kranker Menschen vor Diskriminierung in der deutschen Gesetzgebung. Im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) ist chronische Krankheit nicht als Diskriminierungsmerkmal benannt. Während etwa in England Menschen mit HIV, Multipler Sklerose und Krebs explizit durch eine Antidiskriminierungsgesetzgebung geschützt sind, ist dies in Deutschland nicht der Fall. Auch Gesetze anderer europäischer Länder schützen Menschen vor Diskriminierung aufgrund ihres Gesundheitszustandes. Zwar sind hierzulande chronische Krankheiten eng an den Behinderbegriff im AGG und im Grundgesetz geknüpft, es ist jedoch nicht geklärt, ob chronische Krankheit implizit vom Behinderbegriff erfasst ist (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2013). Im Rahmen eines von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2013) in Auftrag gegebenen Rechtsgutachtens wurden zahlreiche Maßnahmen formuliert, die den Dis-

kriminierungsschutz für chronisch Kranke verbessern sollen. Hierzu zählt die Anerkennung von chronischer Krankheit als ausdrücklichen Bestandteil des im Gesetz verankerten Behinderbegriffs, eine Novellierung des AGG durch Einführung einer Diskriminierungsdimension „Krankheit“ oder „chronische Krankheit“ sowie eine gesetzliche Sicherstellung, dass Menschen mit chronischer Erkrankung nicht von privater Versorgungsvorsorge ausgeschlossen werden. Die vorliegende Studie zeigt, wie wichtig die Umsetzung dieser Maßnahmen ist.

Gefordert ist eine hörende statt sprechende Medizin

Ein weiteres Ergebnis ist, dass es negative Erfahrungen im Umgang mit Professionellen – insbesondere Ärzt*innen – gibt. Bei Rheumatolog*innen als Fachärzt*innen für diese Erkrankung machten 33 Prozent die Erfahrung von Unverständnis oder Benachteiligung, während es bei den Hausärzt*innen 39 Prozent waren. Der höchste Prozentsatz zeigte sich bei nicht näher definierten Fachärzt*innen mit 53 Prozent. Als ursächlich wird in den Interviews die Unbekanntheit und mögliche Symptomvielfalt der Erkrankung angeführt. Des Weiteren können hier ökonomische Zwänge, denen Ärzte zunehmend unterliegen, angeführt werden. Kranke sind

jedoch Hilfesuchende, wenn sie sich an das medizinische System wenden, und dürfen somit durchaus eine Ignoranz im Hinblick auf die wirtschaftlichen Interessen von Ärzt*innen an den Tag legen (Kühn, 2005, S. 11). Ferner hängt die Zufriedenheit von Patient*innen mit einem Arztgespräch wesentlich davon ab, wie hoch der eigene Gesprächsanteil ist. Aus der medizinischen Forschung wissen wir, dass der Gesprächsanteil von Ärzt*innen bei der Aufklärung über eine lebensbedrohliche Erkrankung häufig bei über 80 Prozent liegt und dies direkten Einfluss auf die Patient*innenunzufriedenheit hat (Borasio, 2014, S. 176). Der Sterbeforscher Borasio (2014) plädiert deswegen für eine hörende statt für eine sprechende Medizin; dieser relativ einfach umzusetzende Ansatz dürfte auch bei Arztkontakten chronisch kranker Menschen von großem Nutzen sein.

Vorurteile und Fehlinterpretationen

Weiterhin konnten durch die Interviews zahlreiche Vorurteile und Fehlinterpretationen identifiziert werden. Hierzu gehört die Unterstellung von Bewegungsmangel als Ursache für Schmerzen, von ungesunder Ernährung als Grund für medikamentenbedingte Gewichtszunahmen oder von Schlafmangel als Ursache für eine krankheitsbedingte Erschöpfung. Mit Hilfe des quantitativen Studienteils konnten die drei gängigsten Fehlinterpretationen herausgearbeitet werden: 52 Prozent der Befragten wurde aufgrund einer krankheitsbedingten Leistungsminderung unterstellt, dass sie faul seien. 46 Prozent wurden aufgrund der Unsichtbarkeit der Symptome mit dem Vorwurf des Simulierens konfrontiert und 29 Prozent wurde aufgrund der Unbekanntheit der Erkrankung unterstellt, dass die Krankheit ansteckend sei.

Verstärktes Belastungserleben

Im Vergleich zu einer Untersuchung von Meusling aus dem Jahr 1995 lässt sich bei der mittleren Belastung im Umgang der Kranken mit ihren Mitmenschen ein Anstieg von 12 Prozent (1995) auf heute 18 Prozent be-

obachten. Während sich in der Erhebung aus dem Jahr 1995 noch 5 Prozent ziemlich und sich niemand im Umgang mit Anderen sehr stark belastet fühlt, so geben aktuell 23 Prozent an, sich im Umgang mit Anderen ziemlich bis sehr stark belastet zu fühlen (Tillmann, 2016, S. 252).

Wie lässt sich dieses veränderte Belastungserleben erklären? In unserer gesellschaftlichen Entwicklung hat nicht nur „jeder seines Glückes Schmied“ zu sein, sondern es ist mittlerweile auch die Erwartung gewachsen, dass jeder „seiner Gesundheit Schmied“ sein könnte. Diese Entwicklung zeigt ihre Auswüchse auch darin, wie mit kranken Menschen umgegangen wird. Die Reaktion von Anderen auf eine Erkrankung hängt zum Teil davon ab, ob eine Krankheit als selbstverschuldet oder als nicht durch die Person beeinflussbar eingeordnet wird; letzteres erregt Mitleid und erzeugt Hilfeversuche. Wird die Ursache der Erkrankung jedoch in der Eigenverantwortung der Person gesehen, dann kommt es zu Nichtbeachtung, Verärgerung, Angst vor der Erkrankung bis hin zum diskriminierenden Ausschluss (Gipser, 2012, S. 131). Im qualitativen Teil dieser Studie zeigte sich etwa, dass der Begriff Autoimmunerkrankung von einem Teil der Mitmenschen mit Immunschwäche gleichgesetzt wurde und es zu einer Verwechslung mit einer HIV-Infektion kam. HIV gilt auch heute noch als eine stark mit Stigmatisierung verknüpfte Infektionskrankheit.

Laut Kühn (2005) wird Kranksein in der heutigen Zeit sowohl wieder mit Verantwortung im Sinne von Schuld als auch mit Verhaltenspflichten in Verbindung gebracht; Krankheit gilt in diesem Verständnis als Folge von Fehlanpassung und -verhalten (ebd., S. 15). Dies zeigt sich etwa an Aufklärungskampagnen zum Zusammenhang von Gesundheitszustand und Lebensstil, in denen Gesundheit als Resultat eigenen Verhaltens propagiert wird (Borgetto, 2009, S. 257). Die immer wieder aufflammenden Diskussionen über die Erhöhung von

Krankenkassenbeiträgen für sogenannte Risikogruppen wie etwa Übergewichtige oder Raucher zeigen die steigende Bereitschaft, vermeintlich gesundheitsschädliches Verhalten zu sanktionieren (ebd.). Mit der Generali-Versicherung gibt es bereits den ersten europäischen Krankenversicherer, der Gutscheine und Rabatte anbietet, wenn Versicherte nachweisen, dass sie gesund leben. Das Ganze geschieht mit Hilfe einer Applikation, mit der die Versicherten in regelmäßigen Abständen Daten über ihren Körper und Lebensstil an die Versicherungsgesellschaft übermitteln.

Über die Applikation wird die Einhaltung von Vorsorgeterminen, die Anzahl der täglich verrichteten Schritte, die Häufigkeit sportlicher Betätigung und die Anzahl der aufgenommenen Kalorien dokumentiert (Maak, 2014). In eine ähnliche Richtung geht das Angebot der AOK Nordost, die die Sammler von Bonuspunkten bei der Anschaffung von bestimmten Geräten wie einer Apple-Watch mit bis zu 50 Euro bezuschussen will (Fritzen, 2015). Es profitieren diejenigen, die sich überwachen lassen, und gleichzeitig wird suggeriert, dass durch ein bestimmtes Verhalten Krankheiten vorgebeugt werden kann. Dass zahlreiche Erkrankungen nicht durch ein

bestimmtes Verhalten zu verhindern sind, fällt hierbei nicht ins Gewicht. Die öffentliche Meinungsbildung wird so beeinflusst, dass Krankheiten mitunter als selbstverschuldet angesehen werden. Jedem Menschen wird immer stärker eine existenzielle Verantwortung für seine Gesundheit aufgebürdet. Aus dieser Perspektive wird Krankheit als Folge eines falschen Lebensstils interpretiert. Dabei ist Krankheit nicht das Ergebnis einer persönlichen Fehlleistung, sondern wird weitaus stärker von der sozialen Lage bestimmt (Schmidt, 2010).

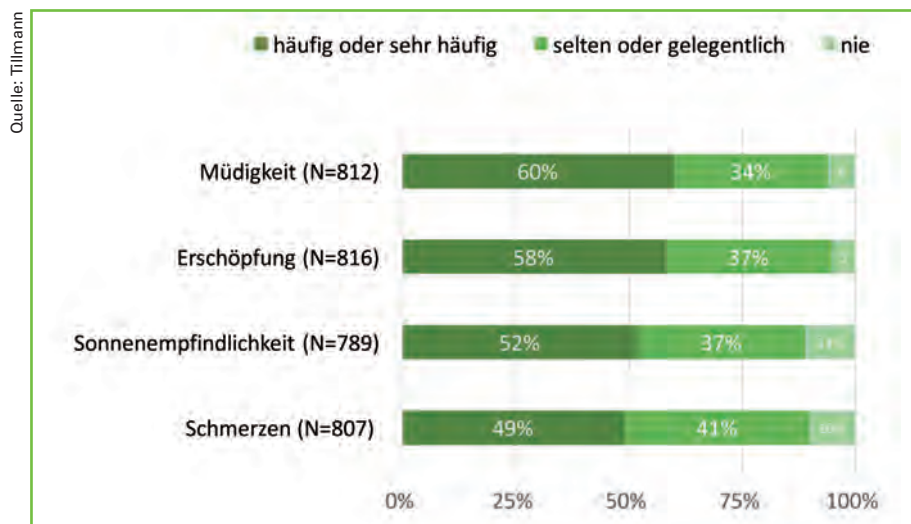
Hintergrund dieser Entwicklungen ist auch der politisch unter dem Begriff des „Fördern und Fordern“ zusammengefasste Ansatz, der in enger Nachbarschaft zur sogenannten Eigenverantwortung steht. Dabei wird „Fördern und Fordern“ auch im Hinblick auf Gesundheit als Grundsatz verstanden, der neue Chancen der Teilhabe und Verwirklichung ermöglichen soll. „Es geht dabei um eine Kombination von Solidarität und Eigenverantwortung, um die Verbindung zwischen sozial gerechter Risikoabsicherung und Förderung auf der einen und wachsender Bereitschaft zu Mitwirkung und Leistung auf der anderen Seite“ (DIP 2005, S. 14).



Gesunde Lebensweise kann zwar manchen Krankheiten vorbeugen, zahlreiche Erkrankungen lassen sich aber nicht verhindern.

Foto: andreaobzerova, fotolia.com

Abbildung 2: Erfahrungen von Unverständnis und Benachteiligung aufgrund von Symptomen.



Dabei führt Eigenverantwortung im Hinblick auf Gesundheit nicht zwangsweise zu einem mehr an Gesundheit, sondern der Anspruch zwischen Gesundsein-Wollen bzw. -Sollen und Gesundsein-Können kann als persönliche Niederlage erlebt werden (Schmidt, 2010, S. 30). Und die damit einhergehende Übertragung von Verantwortung für Gesundheit auf den Einzelnen kann den Nährboden für gesellschaftliche Diskriminierungserfahrungen bilden, wie die Ergebnisse dieser Studie vermuten lassen. Es ließe sich spekulieren, dass sich die Forderung nach mehr Eigenverantwortung aus einem empirisch festgestellten Defizit an Eigenverantwortung in der Bevölkerung entwickelt hat. Überraschenderweise ist Eigenverantwortung ein „spektakulär konsensueller Wert der Deutschen“, wie Klages (2006, S. 112) anhand seiner These zur 14. Shell-Jugendstudie und zum Wertesurvey 1997 resümiert. Es verwundert, dass dennoch die schwach ausgeprägte Eigenverantwortlichkeit beklagt und ihre Stärkung anvisiert wird.

Unverständnis aufgrund unsichtbarer Symptome

Darüber hinaus konnte die Studie die besondere Bedeutung der Unsichtbarkeit von Symptomen belegen. In der Studie wurden 18 sichtbare und unsichtbare Symptome abgefragt, die bei Lupus, aber auch bei anderen Erkrankungen auftreten können. Es zeigt

te sich, dass es eher unsichtbare bzw. nicht sofort wahrnehmbare Krankheitssymptome sind, die besonders oft mit der Erfahrung von häufigem oder sehr häufigem Unverständnis oder Benachteiligungen einhergehen: diese Erfahrung machten 60 Prozent aufgrund des Symptoms Müdigkeit, 58 Prozent aufgrund von Erschöpfung, 52 Prozent aufgrund von Sonnenempfindlichkeit und 49 Prozent aufgrund von Schmerzen (vgl. Abb. 2).

Viele gesunde Menschen kennen diese Symptome im Rahmen harmloser Befindlichkeitsstörungen und nicht als Ausdruck einer schwerwiegenden, potenziell tödlich verlaufenden Erkrankung. Dies zeigt, dass die Bekanntheit von Symptomen aus dem eigenen nichtpathologischen Erleben neben der fehlenden Sichtbarkeit als ein weiterer Faktor für die Art des Umgangs von Mitmenschen mit Erkrankten gesehen werden kann.

Diskriminierungen aufgrund chronischer Krankheiten muss auf verschiedenen Ebenen begegnet werden

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass Lupuskranken häufig von Diskriminierung betroffen sind und dass dies in engem Zusammenhang mit der Seltenheit der Erkrankung, mit Unsichtbarkeit von Symptomen und mit tiefgreifenden Veränderungen in unserer Gesellschaft steht.

Um die Situation im gesellschaftlichen und sozialen Miteinander für chronisch kranke Menschen mit ähnlichen Erfahrungen zu verbessern, kann auf unterschiedlichen Ebenen angesetzt werden: Auf wissenschafts-politischer Ebene gilt es, den Einsatz emanzipatorisch-partizipativer Forschungsmethoden, wie etwa die hier gewählte Forschungsstrategie der Disability Studies, weiter zu fördern. Einer der Leitsprüche aus der Behindertenbewegung „Nichts über uns, ohne uns“ sollte unbedingt beherzigt werden, um Fragen aus der Praxis für die Praxis entwickeln zu können. Auf sozialpolitischer Ebene sollte das Solidaritätsprinzip auch in Zukunft Vorrang vor dem Renditeprinzip haben. Es sollte verhindert werden, dass Maßnahmen zur Krankheitsprävention dazu führen, dass Krankheit zunehmend als selbst verschuldet angesehen wird; hier müssen die Grenzen des Prinzips „Eigenverantwortung“ gesehen werden.

Auf behindertenpolitischer Ebene verdeutlicht die Arbeit – insofern Krankheit unter den Behindertenbegriff subsumiert wird – die soziale Dimension von chronischer Krankheit, die als wesentlich behindernd wahrgenommen werden kann. Es sind die Reaktionen der Anderen, die die Kranken zusätzlich zu ihren Symptomen behindern und belasten. Als erster Schritt zur Verbesserung der Situation wäre die Aufnahme von chronischer Krankheit als Diskriminierungsmerkmal in das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz hilfreich. Auf gesundheitspolitischer Ebene könnte zum einen institutionell eingegriffen werden: Die Studienergebnisse zeigen, dass sich schwer lupuskranken Menschen oft nicht gut medizinisch versorgt und in ihrer Situation benachteiligt fühlen. Am Universitätsklinikum Köln werden seit einiger Zeit im Palliativzentrum schwer an Multipler Sklerose erkrankte Menschen betreut, so wie dies schon seit geraumer Zeit sehr erfolgreich etwa in London, begleitet durch das Kings College, geschieht. Eine solche Betreuung bietet zudem einen niedrig-

schwelligen Zugang zu Kolleg*innen aus der Sozialen Arbeit. Ersten Erkenntnissen nach profitieren die Patient*innen sehr von diesem Angebot; es bleibt zu prüfen, ob hier nicht auch eine Öffnung für andere schwere Krankheitsbilder erfolgen könnte. Zum anderen benötigen wir, wie von Borasio (2014) gefordert, eine hören-de Medizin, in der der Mensch in den Mittelpunkt des Interesses gerückt wird und nicht hinter ökonomischen Interessen zurückstehen muss. Auf individueller Ebene könnte es für kranke Menschen entlastend sein, wenn sie darüber informiert werden würden, dass ein Großteil der sozialen und gesellschaftlichen Probleme

nicht in ihrer Person begründet sind. Einen interessanten Ansatz bietet hier der Einsatz von Peer-Counseling, indem Betroffene andere Betroffene beraten. Für Letzteres gibt es mit dem Projekt „PiK-Peers im Krankenhaus“ bereits einen interessanten Vorreiter.

Mit dem Bundesverband für Menschen mit Arm- oder Beinamputationen e. V., der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der AOK und des Unfallkrankenhauses Berlin haben sich Kooperationspartner zusammenge-funden (Peers im Krankenhaus, 2015), mit deren Hilfe das Unfallkrankenhaus Berlin seit dem Jahr 2010 die Unter-stützung durch einen Peer vor und

nach einer Amputation anbieten kann. Im Rahmen eines Arzt-Patienten-Ge-spräches wird das Angebot einer Peer-Beratung gemacht und könnte sicher auch bei anderen chronischen, seltenen oder schweren Krankheiten ergänzend zum Einsatz kommen.

■ *Dr. Carolin Tillmann, Diplom-Pädagogin, Heilpädagogin, Erzieherin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Erziehungswissenschaft, Arbeitsbereich Sozial- und Reha-bilitationspädagogik der Philipps-Universität Marburg, © carolin.tillmann@staff.uni-marburg.de*

Literatur

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2013): **Forschung der ADS auf einen Blick: „Schutz vor Benachteiligung auf-grund chronischer Krankheit.“**

Verfügbar unter: http://www.antidiskriminierungsstelle-datenbanken.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Factsheets/factsheet_Schutz_vor_Benachteiligung_aufgrund_chronischer_Krankheit.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 16.09.2015)

Borasio, G. D. (2014): **Selbst bestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns hin-dert. Wie wir es erreichen können.** München: Verlag C. H. Beck.

Borgetto, B. (2009): **Sozialer Wandel und die Bewältigung chronischer Er-krankung aus individualisierungstheo-retischer Perspektive.** In: D. Schaeffer (Hrsg.): *Bewältigung chronischer Krank-heit im Lebenslauf.* Bern: Hans Huber Verlag, S. 247–262.

Degener, T. (2017): **Die UN-Behinder-tenrechtskonvention als Inklusionsmo-tor.** Verfügbar unter: <http://www.inklusion-als-menschenrecht.de/gegenwart/zusatzinformationen/die-un-behinder-tenrechtskonvention-als-inklusionsmo-tor/> (letzter Zugriff am 23.01.2017)

DIP – Dokumentations- und Informations-system für Parlamentarische Vorgänge (2005): Deutscher Bundestag. 15. Wahlpe-riode. Unterrichtung durch die Bundesregie-rung. **Lebenslagen in Deutschland – Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht.** Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/050/1505015.pdf> (letzter Zugriff am 31.07.2015)

Fritzen, F. (2015): **Meine Pulsfrequenz gehört mir. Fitnessapps und Bonuspunk-te.** Frankfurter Allgemeine. Verfügbar unter: <http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/fitnessapps-wer-schuetzt-die-persoennlichen-daten-13740546.html> (letzter Zu-griff am 12.08.2015)

Gipser, D. (2012): **Krank, alt, behindert – nutzlos oder kostbar für die Gesell-schaft?** In: A. Pelinka (Hrsg.): *Vorurteile. Ursprünge, Formen, Bedeutung.* Berlin: Walter de Gruyter GmbH, S. 115–145.

Klages, H. (2006): **Eigenverantwortung als zivilgesellschaftliche Ressource.** In: L. Heidbrink & A. Hirsch (Hrsg.): *Verant-wortung in der Zivilgesellschaft.* Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Kühn, H. (2005): **Patient-Sein und Wirt-schaftlichkeit.** In: *Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen, Jahrbuch Kritische Medizin, Band 42.* Hamburg: Argument Verlag, S. 8–42.

Maak, N. (2014): **Die Veröffentlichung unserer Körper.** In: *Frankfurter Allgemeine.* Verfügbar unter: <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/generali-app-preis-nachlass-bei-zusenden-der-koerperdaten-13287991.html> (letzter Zugriff am 17.06.2015)

Meusling, U. (1995): **Psychosoziale Be-lastungen und psychologische Inter-ventionsmöglichkeiten beim systemi-schen Lupus erythematoses.** Berlin: Verlag Dr. Köster.

Peers im Krankenhaus (2015): **Peer Counseling für akut amputierte Patien-ten.** Verfügbar unter: <http://www.peers-im-krankenhaus.de> (letzter Zugriff am 28.07.2015)

Schmidt, B. (2010): **Der kleine Unter-schied: Gesundheit fördern – und for-dern.** In: B. Paul & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheits-gesellschaft.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 23–37.

Tillmann, C. E. (2016): **Soziale und gesellschaftliche Risiken und Neben-wirkungen einer seltenen chronischen Krankheit.** *Leben mit Lupus erythema-todes.* Marburg: Tectum Verlag.