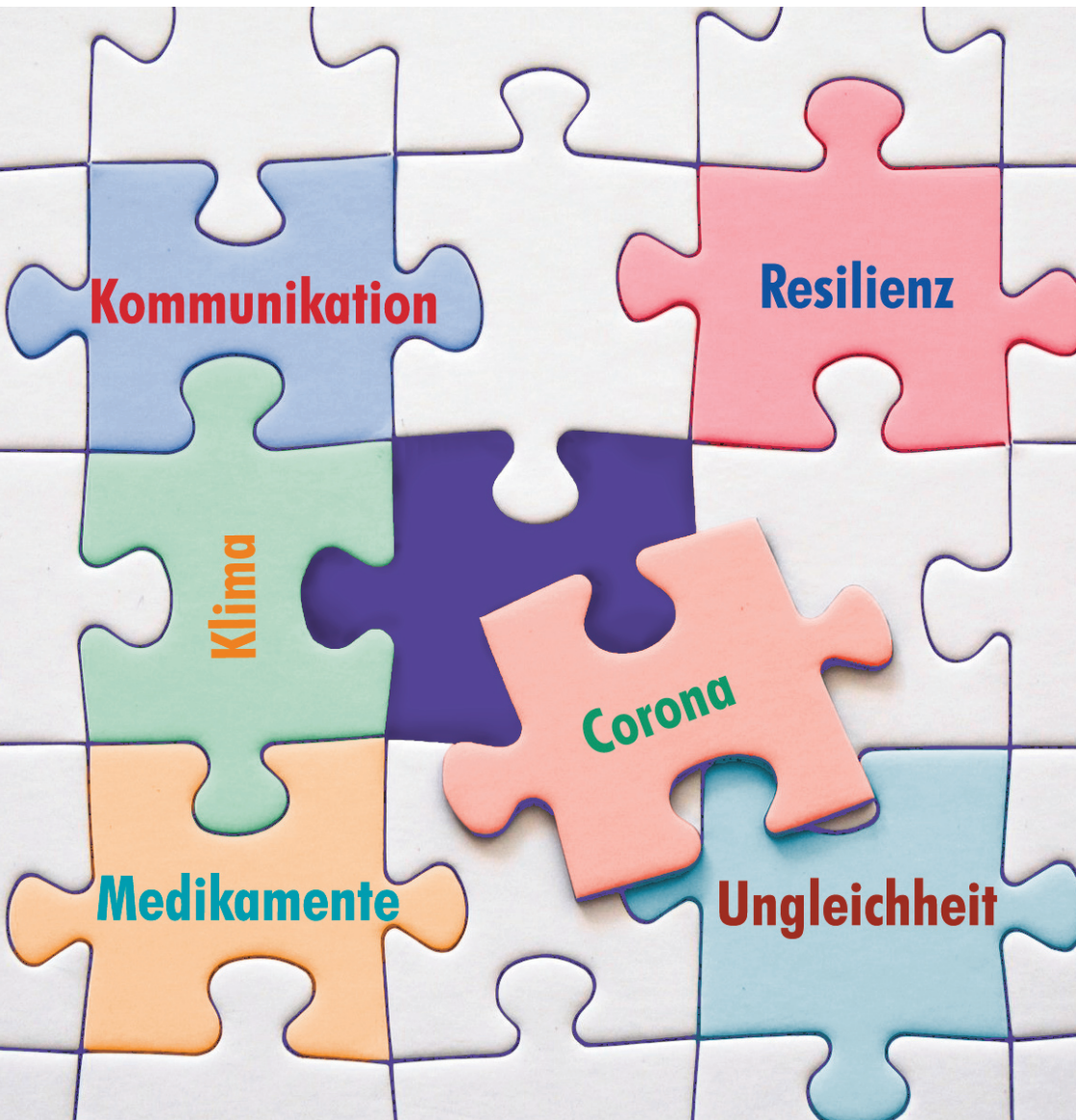




FORUM PSYCHOSOMATIK

Zeitschrift für psychosomatische MS-Forschung

29. Jahrgang | 1–2020



Inhalt

- 3** Liebe Leser*innen
- 4** Corona, MS und die ganze Medizin
Ein Plädoyer für transparente Kommunikation
- 7** Zulassungsverfahren:
Verpasste Chancen für sichere und wirksame Arzneimittel
- 9** Klarstellung
- 10** Von Selbsthilfe und Selbstvertretung
- 13** Resilienz in Zeiten der Corona-Pandemie
- 17** Die 10 wichtigsten Empfehlungen zur Stärkung der psychischen
Gesundheit während der Coronavirus-Pandemie
- 19** Triage – Behinderung darf kein Kriterium bei
Priorisierungs-Entscheidungen sein!
Ein Kommentar zu den klinisch-ethischen Empfehlungen
medizinischer Fachgesellschaften
- 22** SAGE-Wissenschaftler_innen in gesellschaftspolitischer
Verantwortung. Stellungnahme zur Corona-Pandemie und ihren
Folgen
- 29** Engagement für den Klimaschutz:
Menschen mit Behinderung sind dabei
- 33** Wheelchairs for Future
- 34** Gemeinnützigkeit in Gefahr

Impressum

Titelgraphik: Enno Hurlin, S. 4/5: Centers for Disease Control and Prevention, S. 32: Andreas Reigbert, S. 33: Max Dorner



Herausgeberin:

LEBENSNERV – Stiftung zur Förderung
der psychosomatischen MS-Forschung
Liebstöckelweg 14, 13503 Berlin

Tel.: (0 30) 4 36 35 42

Fax: (0 30) 4 36 44 42

e-mail: info@lebensnerv.de

web: www.lebensnerv.de

Stiftungsvorstand:

Dr. Sigrid Arnade
Susanne Same (geb. Wolf)
Gudula Oster

V.i.s.d.P.:

Dr. Sigrid Arnade

Redaktion:

H.-Günter Heiden

Gestaltung:

Enno Hurlin

Druck:

hinkelsteindruck

Druck auf

100% Recycling-Papier

Erscheinungsweise:

FORUM PSYCHOSOMATIK

(gegründet 1992 als „Rundbrief“)
erscheint zweimal jährlich, kostenlos,
auch auf Audio-CD und als
barrierefreie PDF-Datei

Die Stiftung ist als gemeinnützig
anerkannt. Spendenbescheinigungen
werden ausgestellt.

Bankverbindung:

IBAN: DE42 3701 0050 0214 5395 01
BIC: PBNKDEFF

Liebe Leser*innen

das hätte vor einem halben Jahr niemand für möglich gehalten: Ein winzig kleines Virus hat die ganze Welt fest im Griff. Wir bleiben zu Hause, gesellschaftliche und wirtschaftliche Aktivitäten sind lange weitgehend zum Erliegen gekommen, Kitas und Schulen wurden geschlossen, und der Staat pumpt Geld ohne Ende ins System, um einen Zusammenbruch wichtiger Strukturen zu vermeiden und einige Härten abzumildern. Anscheinend können wir uns das leisten. So gesehen sind wir privilegiert, denn in vielen anderen Ländern ist die Ausgangssperre gleichbedeutend mit Hunger. Gleichzeitig kann man sich auch fragen, warum das Gesundheitswesen fast kaputtgespart wurde, warum Kranken- und Altenpflegekräfte ständig unterbezahlt arbeiten mussten, wenn der Staat doch genügend Geld hat.

In der Krise verschärfen sich bestehende Ungleichheiten. Mit diesem und anderen Aspekten der Corona-Pandemie beschäftigen sich verschiedene Beiträge in diesem Heft. Viele behinderte Menschen, die oft schon unter Normalbedingungen ihren Alltag nur mit großer Anstrengung bewältigen können,

sind in diesen besonderen Zeiten extrem belastet: Kinder mit Behinderungen bekommen im Homeschooling nicht die sonst übliche Unterstützung; viele behinderte Eltern müssen ohne Elternassistenz auskommen; für behinderte Werkstattbeschäftigte gibt es kein Kurzarbeitergeld – das zarte Pflänzchen der Inklusion droht drei Rollen rückwärts zu machen.

Wie wird es nach Corona weitergehen? Zu befürchten ist, dass an den falschen Stellen gespart wird. Im letzten Editorial bat ich Sie, sich allen Ausgrenzungstendenzen entgegenzustellen. Diese Bitte möchte ich heute ergänzen: Bitte engagieren Sie sich – wo immer Sie können – für Inklusion und Menschenrechte. Setzen Sie Fakten gegen Verschwörungstheorien. Fordern Sie die Partizipation der Betroffenen ein, denn ohne Partizipation gibt es keine Inklusion.

Für all Ihre Aktivitäten wünsche ich Ihnen viel Erfolg und vor allem: Bleiben Sie schön gesund!

Ihre



Dr. Sigrid Arnade

Corona, MS und die ganze Medizin

Ein Plädoyer für transparente Kommunikation

SIGRID ARNADE

Alle reden von Corona – wir auch. Ob, wie und warum Menschen mit MS bei einer Infektion mit dem neuen Corona-Virus besonders gefährdet sind oder nicht, hängt vermutlich von einer Vielzahl von Faktoren ab, unter anderem von der individuellen Medikation. Über das neue Corona-Virus sowie hemmende oder fördernde Einflüsse weiß man derzeit noch viel zu wenig, um dauerhaft belastbare Aussagen treffen zu können. Manchmal habe ich den Eindruck, dass die Erkenntnisse, die heute in einer Studie publiziert werden, von den Studienergebnissen der kommenden Woche widerlegt werden. Über individuelle Risiken spricht bei Bedarf am besten jede*r Einzelne mit einer Ärztin oder einem Arzt ihres oder seines Vertrauens.

Was können wir trotzdem aus der Pandemie, aus dem umfangreichen Nichtwissen, der allgemei-

nen Verunsicherung und der meist suboptimalen Kommunikation in diesem Zusammenhang lernen? Irgendwann in den letzten Wochen hatte ich den Eindruck, dass sich die ganze Menschheit momentan in einer Situation befindet, die Menschen mit MS sehr gut kennen: Da ist etwas Bedrohliches, das zwar einen Namen hat (MS oder Corona, je nachdem), von dem man einiges weiß, das meiste aber nicht. Vor allem weiß man nicht, warum es mal leichtere, mal schwerere Verläufe gibt, wie welche Medikamente das Krankheitsgeschehen beeinflussen und ob und wann es ein Heilmittel oder einen Impfstoff geben wird.

Als hilfreich erlebe ich in der Corona-Krise eine transparente, sachliche, ehrliche Kommunikation, die es immerhin manchmal gibt. Denn ich fühle mich ernstgenommen, wenn Probleme, Dilemmata und auch Widersprüche benannt wer-

den, wenn Informationen als das bezeichnet werden, was sie sind: als sichere Erkenntnisse, wichtige Hinweise, Vermutungen, reine Spekulation oder Wunschdenken. Dann werde ich mitgenommen auf dieser Reise durch die Krise und kann vielleicht auch die überraschenden Wendungen oder den teils feststellbaren Schlingerkurs der Politik besser verstehen.

Kommunikation bei MS

Eine vergleichbare transparente Kommunikation hätte ich mir auch in Bezug auf meine Erkrankung an MS gewünscht: Was weiß man wirklich, wie lauten gängige Hypothesen, welche Therapieoptionen mit welchen Resultaten gibt es? Stattdessen habe ich immer wieder Neurolog*innen erlebt, die sich ihrer Sache, beispielsweise ihrer Empfehlung zu einem möglichst frühzeitigen Beginn einer immunmodulato-

rischen Therapie, erstaunlich sicher waren. Ohne Bedenken setzen sie junge Menschen einem erheblichen Eingriff in ihr Immunsystem mit belastenden Nebenwirkungen und ungewissen Resultaten aus, obwohl niemand weiß, ob sie nicht ganz ohne Therapie einen harmlosen Verlauf haben könnten.

Meiner Ansicht nach sollten im Gegensatz zur gängigen Praxis die Betroffenen über alle bekannten Daten zu Verläufen und Therapien sachlich informiert werden, statt ihnen mit Sprüchen wie »wenn Sie die Therapie absetzen, garantiere ich für nichts« oder »ohne Medikamente sitzen Sie in einem Jahr im Rollstuhl« zu drohen. Gut informiert könnten Menschen mit MS dann selber die Entscheidungen über ihre Therapie treffen und sich bei Bedarf neu entscheiden.

Für Transparenz im Nichtwissen

Genau genommen sehen sich doch weite Teile der Medizin mit einem Nichtwissen konfrontiert, wie wir es derzeit bezüglich des neuen Corona-Virus erleben. Auch wenn viele Krankheiten heutzutage therapierbar sind und vor allem die Chirurgie große Fortschritte verzeichnet, bleiben wesentliche Fragen nach wie vor ungeklärt: Was sind die Ursachen von Volkskrankheiten wie Rheuma, Krebs oder Demenz-

erkrankungen? Wer ist besonders gefährdet, wer nicht? Welche Therapieoptionen helfen am besten? Wann ist endlich mit wirkungsvollen Heilmitteln zu rechnen? Hier gibt es mehr Fragen als Antworten.

Ein offener transparenter Umgang mit all dem medizinischen Nichtwissen würde meines Erachtens allen Beteiligten guttun: Ärzt*innen könnten erläutern, was man weiß und was man alles nicht weiß. Gemeinsam mit den Betroffenen könnten Entscheidungen für oder gegen die eine oder andere Therapie getroffen werden. Ärzt*innen wären nur manchmal Heiler*innen und sehr oft Begleiter*innen von Menschen mit chronischen Erkrankungen, die die gemeinsamen Entscheidungen mit verantworten und damit die Ärzt*innen auch ein Stück weit entlasten. Die Betroffenen würden sich sicherlich besser aufgehoben fühlen, wenn ehrlich und auf Augenhöhe mit ihnen kommuniziert würde. Dann wäre vielleicht auch gemeinsames Trauern über so viel Nichtwissen möglich.

Wenn die Corona-Krise dazu beiträgt, die Kommunikation in der Medizin zu optimieren, dann hätte sie am Ende eventuell doch etwas Gutes gehabt. Immerhin kämpfen viele Ärzt*innen und andere Fachleute seit Jahrzehnten meist vergeblich für gelingende Gespräche im Gesundheitswesen. Was können wir angesichts dieser ernüchternden Bilanz durch Corona lernen? Derzeit erleben wir alle, was gute Kommunikation bewirkt, zum Beispiel im NDR-Podcast »Das Coronavirus-Update«. Hoffen wir, dass diese Erfahrung uns auch nach Corona erhalten bleibt und zu nachhaltigen Verbesserungen der Kommunikation in der gesamten Medizin führt!

Zulassungsverfahren: Verpasste Chancen für sichere und wirksame Arzneimittel

DR. MED. JOACHIM SEFFRIN

Ein Autorenteam hat randomisierte klinische Studien über Wirkstoffe zur Behandlung von Multipler Sklerose vor und nach deren Zulassung bis zum Juli 2017 überprüft – mit alarmierenden Einsichten.

Seit der Marktzulassung von Interferon Beta und Glatiramer wurden acht Wirkstoffe auf dem europäischen Markt zur Therapie von Multipler Sklerose zugelassen. Die Zulassung dieser Substanzen erfolgte auf der Grundlage von 16 klinischen Studien mit insgesamt rund 16.000 Patienten. Elf dieser Studien (das heißt mehr als zwei Drittel) verglichen den neuen Wirkstoff nur mit Placebo, während die anderen Studien ihn mit Interferon Beta verglichen (die Standardbehandlung in Ermangelung einer besseren Alternative). Der primäre Endpunkt in diesen elf Studien war die mittlere jährliche Rückfallquote. Die einzigen Studien, die die Progression der Behinderung als primären Endpunkt wählten, waren die Studien zu Alemtuzumab (Lemtrada), wobei sie keinen Nachweis seiner Wirksamkeit erbringen konnten.

Mit anderen Worten: Zum Zeitpunkt ihrer Markteinführung waren die meisten dieser Wirkstoffe nicht mit der Standardbehandlung vergli-

chen worden. Ihre Wirkung auf die Krankheitsprogression im Langzeitverlauf wurde ebenfalls nicht geprüft. Dieselben Autoren analysierten die 52 randomisierten klinischen Studien, die nach der Marktzulassung der acht Wirkstoffe durchgeführt wurden. Davon untersuchten 21 Studien Fampriidin. Lediglich 24 der 52 Studien wurden zu Ende geführt und ihre Ergebnisse veröffentlicht. Zwei Drittel (34) der Untersuchungen verglichen das Medikament mit Placebo und nur 17 Prozent (neun Studien) mit Interferon oder Glatiramer. Nur eine der Studien, deren Endergebnisse veröffentlicht wurden, verglich zwei Wirkstoffe im Kopf-an-Kopf-Vergleich: Natalizumab gegen Fingolimod. Nur eine Studie (zu Fingolimod) überprüfte den Krankheitsprogress als Endpunkt, jedoch ohne Wirkungsnachweis. In einer Situation, in der keine direkten Wirkvergleiche zwischen Medikamenten vorliegen, sind wir unfähig zu sagen, welche Stoffe die ers-

te Wahl sind. So wurde auch die Chance vertan, Studien nach Marktzulassung aufzulegen, um bessere Einsicht in die Effekte auf die Krankheitsprogression zu gewinnen.

Die Autoren dieser Arbeit¹ riefen die öffentlichen Gesundheitsbehörden dazu auf, Untersuchungen zu finanzieren, die die wichtigsten Fragen für Patienten und Behandler beantworten können: Welche Medikamente sollten sie wählen, wie groß sind die gewünschten Wirkeffekte und welche Nebenwirkungen sind zu erwarten? Multiple Sklerose ist ein weiteres Beispiel eines Dilemmas, das wir bereits gut aus der Onkologie kennen. Die Substanzen sind so miserabel untersucht, lassen so viele Fragen offen, dass Ärzte sich auf ihre persönliche Erfahrung verlassen müssen. Dabei stehen sie möglicherweise eher unter dem Einfluss sogenannter Key Opinion Leader, als dass sich die Behandler auf überzeugende Daten stützen könnten. Die unzureichende Untersuchung von Medikamenten ist eine Verschwendung von gesellschaftlichen Ressourcen und eine verlorene Chance für Patienten, mit besseren Medikamenten behandelt zu werden.

Fazit

Es ist schon mehr als bedauerlich, dass sich die Behörden immer noch mit solchen unzulänglichen Studien

zufriedengeben. Sie akzeptieren sogar, dass Studien mit Ergebnissen, die dem Hersteller nicht genehm sind, einfach nicht veröffentlicht werden und in der Schublade verschwinden. Wissenschaftler rufen schon seit Langem nach aussagekräftigen Studien, die uns helfen, nutzlose, teils gefährliche und oft überbeuerte Medikamente als unbrauchbar zu identifizieren. Sie fordern, dass alle – alte wie aktuelle – klinischen Studien veröffentlicht werden.²

Wer trägt hier die Verantwortung? Es ist eindeutig die Politik, die in der Pflicht steht, den Bedürfnissen der Bevölkerung Rechnung zu tragen und Pharmaherstellern, aber auch universitärer Forschung entsprechende Auflagen zu machen und Kontrollen zu veranlassen. Stattdessen müssen wir zuschauen, wie Verantwortliche bei der European Medicines Agency (EMA)^{3,4} oder der U.S. Food and Drug Administration (FDA)⁵ zwischen Jobs in der Industrie und der EMA hin- und herwechseln beziehungsweise bei der EMA über Medikamente urteilen, die ausgerechnet der frühere Arbeitgeber zur Prüfung vorgelegt hat. Stattdessen zeigt der Staat uns Ärzten seine Macht, indem er uns die Einrichtung von Terminservicestellen vorschreibt sowie Gesetze zur Verhinderung von Korruption in der Medizin installiert (zu Recht). Dane-

ben kuschelt er aber regelmäßig mit der Industrie beim Pharmadialog, der unter Ausschluss der Ärzteschaft stattfindet – zum ausdrücklichen Wohle des Shareholder Value.

Quellen

- ¹ Prescrire International, April 2019, Volume 28, No. 203, P87.
- ² alltrials.net
- ³ gutepillen-schlechtepillen.de, 2/11, P4.
- ⁴ Prescrire International, November 2012, Volume 21, No. 132, P278.
- ⁵ www.worstpills.org.

Dieser Artikel erschien erstmalig in der KVH aktuell Pharmakotherapie 4/2019. Wir bedanken uns für die freundliche Genehmigung des Nachdrucks.

Klarstellung

Für die vorige Ausgabe von FORUM PSYCHOSOMATIK (2-2019) verfasste ich (Sigrid Arnade) als Vorspann zu dem Interview mit Kristian Röttger ab Seite 23 zu seinem Buch folgenden Text:

*Kristian Röttger, Karin Klingen und ich versuchten zwischen 2011 und 2014 als drei Menschen mit MS, den DMSG-Landesverband Berlin von einem pharmafreundlichen Verein zu einer menschenrechtsorientierten Selbstvertretungsorganisation umzugestalten. Wir hatten den Vorstand eines von innerverbandlichen Streitigkeiten mit Veruntreuungsvorwürfen geschüttelten Vereins übernommen und konnten nach vier Jahren zwar einen geordneten Verband an unsere Nachfolger*innen übergeben, sind aber letztlich mit unserem Anliegen gescheitert.*

Das hat zu Irritationen beim DMSG-Landesverband Berlin geführt, was von mir keineswegs beabsichtigt war. Der heutige Landesverband unterscheidet sich deutlich von dem Verein, den wir 2011 übernommen haben, so dass ich seinen derzeitigen Zustand nicht mit den Attributen »pharmafreundlich« oder »von innerverbandlichen Streitigkeiten mit Veruntreuungsvorwürfen geschüttelt« beschreiben würde.

Mit dem Halbsatz »sind aber letztlich mit unserem Anliegen gescheitert« wollte ich lediglich zum Ausdruck bringen, dass es uns nicht gelungen ist, die DMSG zu einer »menschenrechtsorientierten Selbstvertretungsorganisation« umzugestalten. Zur Begriffsbestimmung einer Selbstvertretungsorganisation lesen Sie bitte den nachfolgenden Text in dieser Ausgabe.

Von Selbsthilfe und Selbstvertretung

SIGRID ARNADE

Die Begriffe »Selbsthilfe« und »Selbstvertretung« klingen ähnlich, haben auch inhaltliche Überschneidungen, lassen sich aber gleichzeitig klar voneinander abgrenzen. Der folgende Text soll zu einem besseren Verständnis beitragen.

Am Anfang war die Selbsthilfe

In Selbsthilfegruppen oder -organisationen schließen sich Menschen mit ähnlichen Anliegen oder Problemen zusammen. Laut Wikipedia gibt es in Deutschland rund 70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen. Etwa neun Prozent der erwachsenen Bevölkerung waren schon einmal Teilnehmende einer Selbsthilfegruppe. Die meisten Selbsthilfegruppen und -organisationen etablierten sich in den 60er bis 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts.

Das trifft auch für die Selbsthilfeorganisationen im Behindertenbereich zu, die meist diagnosespezifisch ausgerichtet sind und sich im Dachverband der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG-S, s. a. www.bag-selbsthilfe.de) zusammengeschlossen haben. Die BAG-S mit ihren über 100 Mitgliedsorganisationen bildet im Deutschen Behin-

derntenrat (DBR, s. a. www.deutscher-behindertenrat.de) die sogenannte »Zweite Säule«. Eine der Selbsthilfeorganisationen in der BAG-S ist beispielsweise die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG). In den meisten Selbsthilfeorganisationen ist es heutzutage üblich, dass in den Vorständen Betroffene vertreten sind. Bei den hauptamtlich Beschäftigten handelt es sich jedoch meistens um Menschen ohne Behinderungen.

Die ersten Selbstvertretungsorganisationen entstanden in Deutschland ab Mitte der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts. Die Behindertenbewegung war politischer geworden. Es ging nicht mehr primär um medizinische oder soziale Fragestellungen, sondern um gesetzliche Gleichstellung, Menschenrechte und die Machfrage. Aus abhängigen Pflegebedürftigen wurden beispielsweise Arbeitgeber*innen, die

rund um die Uhr Assistent*innen beschäftigen. Die neuen Organisationen, zunächst die Zentren für Selbstbestimmtes Leben, arbeiten behinderungsübergreifend, beschäftigen fast ausschließlich behinderte Menschen und beraten andere Menschen mit Behinderungen im Sinne eines selbstbestimmten Lebens.

Vom medizinischen zum menschenrechtlichen Modell von Behinderung

Im Geist der Selbstvertretung wurde auch die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zu Beginn dieses Jahrhunderts unter dem Motto »Nothing about us without us!« (zu deutsch: »Nichts über uns ohne uns!«) erarbeitet. Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen hatten während der Verhandlungen ein weitgehendes Mitspracherecht, wurden gehört und ernst genommen. Mit der UN-BRK gelang es, das medizinische Modell von Behinderung zu überwinden, wonach das jeweilige körperliche, geistige oder seelische vermeintliche Defizit für die eingeschränkte gesellschaftliche Teilhabe verantwortlich ist. Das medizinische Modell wurde durch das menschenrechtliche Modell von Behinderung ersetzt, wonach es eine Menschenrechtsverletzung ist, wenn keine gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe gewährleistet wird. In Deutschland ist die UN-BRK seit

dem 26. März 2009 geltendes Recht.

Selbstvertretungsorganisationen werden definiert

Entsprechend der wesentlichen Rolle der Betroffenen während der Verhandlungen zur UN-BRK wurde auch die Partizipation behinderter Menschen im Text dieser Menschenrechtskonvention an prominenter Stelle verankert. Sie sollen bei allen Angelegenheiten, die sie betreffen, aktiv einbezogen werden. Der UN-Fachausschuss in Genf, der die Umsetzung der UN-BRK überwacht, hat entsprechend bereits 2014 Selbstvertretungsorganisationen behinderter Menschen definiert und von anderen Organisationen der Zivilgesellschaft abgegrenzt. Im Herbst 2018 hat der Fachausschuss einen umfassenden »General Comment« (zu deutsch: Allgemeine Bemerkung) zum Thema Partizipation verabschiedet und darin sowohl seine Definition von Selbstvertretungsorganisationen als auch die Abgrenzung zu anderen zivilgesellschaftlichen Organisationen wiederholt.

Danach sind Selbstvertretungsorganisationen solche, die von Menschen mit Behinderungen geführt, gelenkt und verwaltet werden (englisch: »that are led, directed and governed by persons with disabilities«). Außerdem sollen die Mit-

glieder mehrheitlich Betroffene sein. Letzteres ist in Deutschland sowohl bei Selbsthilfe- als auch bei Selbstvertretungsorganisationen der Fall. Der Fachausschuss grenzt andere zivilgesellschaftliche Organisationen von Selbstvertretungsorganisationen ab. In seinem »General Comment« bezeichnet er Erstere als Organisationen **für** behinderte Menschen, Letztere als Organisationen **von** behinderten Menschen. Gleichzeitig wird der besondere Stellenwert von Selbstvertretungsorganisationen sowie die Bedeutung ihrer umfassenden Partizipation betont.

Behindertenorganisationen in Deutschland

In Deutschland gibt es eine lange gewachsene Struktur von Behindertenorganisationen. Das waren nach dem ersten und zweiten Weltkrieg zunächst die Kriegsopferverbände, die heute Sozialverband Deutschland und Sozialverband VdK heißen und zusammen etwa 2,5 Millionen Mitglieder haben. Sie bilden im Deutschen Behindertenrat (DBR) die sogenannte »Erste Säule«. Die häufig eher medizinisch orientierten diagnosespezifischen BAG-S-Verbände der »Zweiten Säule« wurden oben bereits erwähnt. Behinderungsübergreifend arbeitende Selbstvertretungsverbände behinderter Menschen sind in Deutsch-

land noch recht jung und bilden die »Dritte Säule« im DBR.

Unter dem Eindruck der besonderen Wertschätzung von Selbstvertretungsverbänden in der internationalen Diskussion gründeten die deutschen Selbstvertretungsorganisationen Ende 2015 die LIGA Selbstvertretung (s. a. www.liga-selbstvertretung.de). Auch wenn diese Organisationen, in denen behinderte Menschen alle Angelegenheiten selber regeln, manchmal noch misstrauisch beäugt werden, ist ihre zunehmende Bedeutung nicht mehr umkehrbar.

Resilienz in Zeiten der Corona-Pandemie

H.-GÜNTER HEIDEN

Die psychologischen Folgen der Pandemie wie Isolation, Einsamkeit, gesundheitliche Sorgen oder Stress werden vielfach berichtet. Am Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR) in Mainz¹ werden aktuell mehrere Studien und Forschungsprojekte zu COVID-19 durchgeführt. So analysiert das COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) die psychische Belastung sowie die Risikowahrnehmung und das Wissen über das SARS-CoV-2-Virus in Deutschland. Das LIR untersucht zusammen mit dem vom LIR geleiteten EU Projekt DynaMORE die psychische Belastung in der Allgemeinbevölkerung und in Gesundheitsberufen.

In der LORA-COVID-Studie werden 500 von 1.200 Probanden aus der seit etwa zwei Jahren laufenden LORA-Studie (Longitudinal Assessment of Resilience) wöchentlich be-

züglich Stress, Resilienz und psychischer Belastung durch die Coronakrise befragt. Zudem wird das Online-Training »Auf Kurs bleiben - Kompakt« angeboten. Weiterhin stellt das Institut Hilfestellungen und Empfehlungen zum Umgang mit den psychischen Folgen der Corona-Pandemie zur Verfügung – siehe dazu auch den Text in dieser Ausgabe »Die 10 wichtigsten Empfehlungen zur Stärkung der psychischen Gesundheit während der Coronavirus-Pandemie«.

Resilienz – was ist das eigentlich?

Resilienz ist auch für FORUM PSYCHOSOMATIK kein neues Thema. Bereits in der Ausgabe 2-2013 haben wir die »10 Wege zum Aufbau von Resilienz« der American Psychological Association (APA) veröffentlicht. Doch was versteht man eigentlich unter Resilienz? Bei unseren Buchbesprechungen (siehe dazu S. 37) stellen wir den Titel von Detlef Kuhn et. al. »Resilienz am Arbeitsplatz« vor und darin ist zu lesen: »Der Begriff der Resilienz leitet sich aus dem lateinischen ›resilire‹ (deutsch: abprallen, zurücksprin-

¹ Das LIR wurde im Jahr 2014 unter dem seinerzeitigen Namen »Deutsches Resilienz-Zentrum (DRZ)« als zentrale wissenschaftliche Einrichtung an der Johannes-Gutenberg-Universität (JGU) Mainz gegründet. Seit dem 1.1.2020 firmiert es unter dem Namen »Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR)«.

gen) ab und beschreibt ursprünglich die Beschaffenheit eines Gegenstandes, der – egal, was ihm widerfährt oder auf ihn einwirkt – immer wieder in seinen Ursprungszustand zurückfindet. Auf uns Menschen übertragen beschreibt Resilienz die psychische Widerstandsfähigkeit im Umgang mit Belastungen, Krisen, schwierigen Lebensbedingungen und Extremsituationen. Resilienten Menschen gelingt es, belastende Situationen erfolgreich zu bewältigen und sich von ihnen ohne langfristige Beeinträchtigungen zu erholen. Wie 'Stehaufmännchen' reagieren sie flexibel auf Herausforderungen und schaffen es, sich immer wieder aufzurichten und ihr Gleichgewicht zu finden, zu wachsen und gestärkt aus schwierigen Lebenssituationen hervorzugehen. Dabei ist es nicht zwangsläufig der ursprüngliche Zustand, in den resiliente Menschen zurückkehren. Der Bewältigungsprozess kann auch Veränderungen anstoßen und eine Neuausrichtung zur Folge haben.« (Kuhn, S.12).

Wie schaffen resiliente Menschen so etwas? Die Forschung spricht von »Schutzfaktoren«, »Schutzmechanismen« beziehungsweise »Resilienzfaktoren«. Die amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy E. Werner, die sogenannte »Pionierin der Resilienzforschung«, begann im Jahr 1955 mit einer Längsschnittstudie über Kinder der

Hawaii-Insel Kauai. Trotz schwerwiegender Risikofaktoren, etwa Armut, Suchtmittelmissbrauch der Eltern, Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen, etc. wuchs ein Drittel dieser Kinder zu gesunden Erwachsenen heran, wie Werner herausfand. Grundlegend dafür waren familieninterne und auch externe Schutzfaktoren, sowie innere Schutzfaktoren der Kinder.

Parallel dazu stellte der israelisch-amerikanische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky in den 70er Jahren ein vergleichbares Phänomen der Widerstandskraft bei Holocaust-Überlebenden fest. In seinem Konzept der »Salutogenese« beschrieb er die Schutzfaktoren Sinnhaftigkeit, Handhabbarkeit und Verstehbarkeit, wobei der Sinnhaftigkeit, dem »Sense of Coherence« (SOC) die wesentliche Bedeutung zukomme. FORUM PSYCHOSOMATIK hat darüber bereits in mehreren Ausgaben berichtet und aufgezeigt, dass Empowerment-Trainings eine Erhöhung der SOC-Werte bewirken können.

Ist Resilienz erlernbar?

Damit sind wir auch in Sachen Resilienz bei der entscheidenden Frage, ob man oder frau Resilienz erlernen kann. Kuhn et. al. führen an anderer Stelle (S. 13) dazu aus: »Zu Beginn der Resilienzforschung wurde überwiegend angenommen, dass es sich bei der Resilienz um eine stabile Persönlichkeitseigenschaft handelt. Dies gilt mittlerweile als widerlegt und es wird davon ausgegangen, dass Resilienz als Anpassungsprozess an Stressoren verstanden werden kann und damit dynamisch und veränderbar ist [...] Jeder Mensch verfügt über Resilienzfaktoren und -strategien, die er für sich nutzen und ausbauen kann.«

Was sind denn nun solche Resilienzfaktoren konkret? In der Forschung wird manchmal von »richtigen« oder »falschen« Faktoren gesprochen, auch findet man Modelle mit sieben oder fünf Faktoren. Letztlich hängen aber alle Faktoren miteinander zusammen und an dieser Stelle folgen wir dem fünfstufigen Praxismodell von Kuhn et. al. (S. 30 ff.): »Diese (Faktoren) umfassen Anspruchshaltungen, Einstellungen und Eigenschaften, die unser Verhalten und unser Wohlbefinden in verschiedenen Situationen unseres Lebens beeinflussen. Es stellt vor allem Fragen dazu, wie die Realitäten des Alltags wahrgenommen, verarbeitet und kontrolliert werden.«

Diese fünf Resilienzfaktoren lauten wie folgt:

- 1) Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung
- 2) Akzeptanz und Selbstregulation
- 3) Gestaltung von Beziehungen
- 4) Entscheidungen treffen und proaktives Handeln
- 5) Kreativ und flexibel im Umgang mit Neuem

Kuhn et. al. beschreiben in ihrer Publikation im Folgenden auch ausführlich den Inhalt dieser Faktoren und geben ferner kleine Übungen wieder, mit denen man und frau bei diesen Faktoren Fortschritte machen kann. Eine Übung aus dem Bereich »Gestaltung von Beziehungen« etwa ist der »Wertschätzungeller« (nach Kuhn et. al. S. 70):

»Diese Übung eignet sich vor allem für Teams. Im stressigen Alltag kommt die Wertschätzung meist zu kurz. Mit Hilfe der Wertschätzungeller erhält jedes Teammitglied eine Rückmeldung, welche Eigenschaften die Kolleginnen und Kollegen an ihm schätzen und was sie an dieser Person toll finden. Hierfür wird mit einem Kreppklebeband ein Pappteller auf den Rücken jedes Teammitglieds geklebt. Jeder schreibt anschließend bei jedem etwas Positives darauf. Der Wertschätzungsteller dient als Ressource in schlechten oder stressigen Zeiten, in denen er hervorgeholt werden kann, um sich seiner eigenen Stär-

ken bewusst zu werden und sich unterstützt zu fühlen.«

Das Resilienz-Barometer

Spannend ist außerdem das von den Autor*innen entwickelte »Resilienz-Barometer«, dessen erste Version sie bereits im Jahr 2013 vorstellten. Damit soll eine Antwort auf die Frage versucht werden, ob und wie Resilienz messbar ist. In ihrem Resilienzbarometer sind den fünf Resilienzfaktoren insgesamt 57 Einzelaussagen zugeordnet, zu denen auf einer sechsstufigen Skala von »trifft völlig zu« bis »trifft überhaupt nicht zu« Zustimmung oder Ablehnung geäußert werden kann. Hier zwei Beispielaussagen zum Faktor »Entscheidungen treffen und proaktives Handeln«:

- Ich glaube, dass ich ein entscheidungsfreudiger Mensch bin.
- Wenn ich ein sehr umfangreiches Problem lösen möchte, weiß ich, was ich als Erstes tun muss.

Dem Buch ist ein Einleger beigelegt, auf dem ein Zugangscode und eine Internetadresse² stehen. Damit gelangt man zum Onlinefragebogen und kann sich eine personalisierte Einschätzung seiner Resilienzbereiche erstellen lassen.

Kuhn et. al. (S. 132) betonen in diesem Zusammenhang: »Diese Einschätzung regt die Selbstreflexi-

on über die eigenen Ressourcen, Kompetenzen und Entwicklungspotenziale an, was wiederum ein wichtiger erster Schritt bei der Stärkung der eigenen Resilienz darstellt. Das dahinterstehende Modell basiert auf der Annahme, dass sich Resilienz auf Lernen und Entwicklung begründet. Daher misst das Resilienzbarometer Kompetenzen und Ressourcen, die sich im zeitlichen Verlauf ändern können. Zudem hängt resilientes Verhalten immer auch von konkreten Situationen ab. Das Resilienzbarometer misst also keine zeit- und situationsstabilen Größen, sondern stellt die aktuelle Resilienzausprägung einer Person dar.«

Unser Tipp: Einfach mal ausprobieren!

Die 10 wichtigsten Empfehlungen zur Stärkung der psychischen Gesundheit während der Coronavirus-Pandemie

Gehen Sie bewusst mit Informationen um. Suchen Sie gezielt bei vertrauenswürdigen Quellen wie dem Robert-Koch-Institut oder der WHO nach Informationen. Denken Sie daran, dass die Situation dynamisch ist und sich Informationen weiterentwickeln und verändern. Nehmen Sie sich zum Abschalten regelmäßige Informationspausen.

Behalten Sie Ihre Routinen bei oder entwickeln Sie neue. Sorgen Sie für eine abwechslungsreiche Tagesstruktur. Setzen Sie sich feste Uhrzeiten zum Essen und Aufstehen. Telefonieren Sie mit Ihren Freunden, gehen Sie spazieren oder lesen Sie ein Buch.

Halten Sie soziale Kontakte aufrecht. Kommunikation mit und Vertrauen zu anderen sind in Zeiten von Krisen besonders wichtig. Nutzen Sie Möglichkeiten zur Vernetzung wie Email, Videotelefonie oder Chatprogramme und halten Sie Kontakte aufrecht.

Akzeptieren Sie die Komplexität der Situation. Entwickeln Sie eine annehmende Haltung für die aktuelle Situation, um Energie für andere Bereiche freizusetzen, auf die Sie Einfluss ausüben können. Dadurch lösen Sie sich schrittweise von belastenden Gedanken.

Sorgen Sie für sich. Schlafen Sie ausreichend, ernähren Sie sich gesund und bewegen Sie sich ausreichend. Meiden Sie schädliche Strategien, wie den Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen, um Ihre Gefühle zu regulieren.

Übernehmen Sie Verantwortung. Sie haben einen bedeutenden Einfluss auf Ihre Mitmenschen in Krisenzeiten. Kümmern Sie sich um Ihre Freunde, Familie und Bekannte und vor allem alte Menschen. Bieten Sie Unterstützung an und helfen Sie sich gegenseitig.

Bauen Sie regelmäßig Stress ab. Nutzen Sie Sport oder Entspannungstechniken (Achtsamkeit, Progressive Muskelentspannung, ...), um Stress abzubauen und sich zu erholen.

Seien Sie offen mit Ihren Kindern. Sprechen Sie mit Ihren Kindern, versichern Sie ihnen, dass Sie für sie da sind und sich um sie kümmern. Besprechen Sie Ihre Pläne für die nächsten Wochen. Bewahren Sie Ruhe und klären Sie offene Fragen.

Bereiten Sie sich auf Isolation vor. Betrachten Sie die Situation als eine Auszeit, in der Sie selbstbestimmt Ihren Tag gestalten können. Nutzen Sie die Zeit, um in sich zu gehen. Sichern Sie sich Unterhaltung mit Büchern, Spielen oder dem Erlernen neuer Dinge. Sprechen Sie mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin oder Ihrer Familie darüber, was passiert, wenn Sie sich streiten sollten.

Suchen Sie professionelle Hilfe bei akuten Belastungen. Wenn z. B. Angst oder Niedergestimmtheit unaushaltbar wird, wenden Sie sich an das Patiententelefon der kassenärztlichen Vereinigung (116117) oder die Telefonseelsorge (0800 –111 0 111 oder 0800 –111 0 222). Sollten Sie akute Suizidgedanken haben, nehmen Sie sofort Kontakt mit dem Notdienst Ihrer örtlichen psychiatrischen Klinik oder dem Rettungsdienst (112) auf.

Triage – Behinderung darf kein Kriterium bei Priorisierungs-Entscheidungen sein!

Ein Kommentar zu den klinisch-ethischen Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften

SIGRID ARNADE/H.-GÜNTER HEIDEN

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie und Überlegungen und Berichten über die Anwendung der sogenannten »Triage«¹ haben sechs medizinische Fachgesellschaften und die Akademie für Ethik in der Medizin die Empfehlungen »Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie« erstellt und unter <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file> veröffentlicht. In Form des nachstehenden Kommentars nehmen die Selbstvertretungsorganisationen behinderter Menschen NETZWERK ARTIKEL 3 e.V. und ISL e.V. Stellung zu diesem Dokument.

Eine »medizinische Triage«, also eine Vorrangentscheidung auf dem Hintergrund fehlender Ressourcen, kann in einer akuten Krisensituation notwendig sein, etwa bei der Bergung und Behandlung von Verletzten nach einem Flugzeugabsturz, nach einer plötzlichen Naturkatastrophe, etc. Die Frage ist jedoch, ob dies auch bei der COVID-19-Pandemie so sein muss, da eine »Triage« auf den historisch geschaffenen und aktuell vorhandenen medizinischen Ressourcen beruht. In einer Gesellschaft, die bei-

spielsweise umfangreich in Intensivmedizin investiert hat, wird dies anders aussehen als in anderen Gesellschaften.

Die Überlegungen zu einer »Triage« sind insofern vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren verschärften Ökonomisierung des Gesundheitswesens in Deutschland und dem bekannten »Pflegenotstand« zu betrachten.

Empfehlungen und Kriterien zur Verteilung von Ressourcen für den Notfall können sinnvoll sein. Jegliche Empfehlungen müssen dabei

¹ Der Begriff »Triage« leitet sich ab vom französischen Verb »trier«, was »sortieren, aussuchen, auslesen« bedeutet (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Triage>)

an den Menschenrechten, insbesondere an Artikel 11 der UN-Behindertenrechtskonvention, und an der Verfassung (Artikel 3) orientieren, wie auch der Deutsche Ethikrat und das Deutsche Institut für Menschenrechte fordern.

Es stellt sich jedoch die Frage, wer berechtigt ist, entsprechende Empfehlungen und Kriterien aufzustellen. Die Legitimität der »Fachgesellschaften« erscheint uns dabei mehr als fraglich. Deren Empfehlungen können als ein »Aufschlag« Teil des Diskurses sein, mehr aber auch nicht. Die Politik kann und darf sich nicht aus dieser Verantwortung zurückziehen. Sie darf die Abwägung ethisch hoch brisanter Fragen nicht den Fachgesellschaften überlassen². Vielmehr ist eine breite Diskussion und eine Einbindung der Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen behinderter Menschen unbedingt erforderlich.

Existierende Empfehlungen zur Entscheidungsfindung im Lichte der COVID-19-Pandemie sind zu berücksichtigen, etwa das Statement des National Bioethics Committee

of San Marino Republic³, in dem unter anderem formuliert wird: »The only parameter of choice, therefore, is the correct application of triage, respecting every human life, based on the criteria of clinical appropriateness and proportionality of the treatments. Any other selection criteria, such as age, gender, social or ethnic affiliation, disability, is ethically unacceptable, as it would implement a ranking of lives only apparently more or less worthy of being lived, constituting a unacceptable violation of human rights.«⁴

Die Fachgesellschaften formulieren zwar auch: »Eine Priorisierung ist aufgrund des Gleichheitsgrundsatzes [...] *nicht* zulässig *allein* aufgrund des kalendarischen Alters oder aufgrund sozialer Kriterien.« (*Kursiv i. O.*) Bei ihren Kriterien für Priorisierungs-Entscheidungen stützen sich die Autor*innen aber unter anderem auf den »Allgemeinen Gesundheitsstatus« und die »Erhöhte Gebrechlichkeit« etwa in Form des »Clinical Frailty Scale« (CFS). Bei dem CFS handelt es sich um eine neunstufige »Gebrechlichkeitsskala«,

² Im Gegensatz dazu sieht der Deutsche Ethikrat in seiner Ad-hoc-Empfehlung »Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise« die Verantwortung des Staates bereits als erfüllt an, wenn von diesem lediglich grobe ethische Vorgaben erstellt werden (S. 4, 3. Absatz).

³ Vgl. <http://www.edf-feph.org/newsroom/news/covid-19-resource-page>

⁴ Sinngemäß zusammengefasst wird es als nicht akzeptabel bezeichnet, nach bestimmten Kriterien wie Alter oder Behinderung zu selektieren, weil dadurch Leben als mehr oder weniger lebenswert eingestuft würde.

die auf einem fragwürdigen und veralteten Verständnis von Menschen mit Beeinträchtigungen beruht.

Das Konzept des Ableismus, also der vorgefertigten schubladenartigen Vorstellungen von Behinderung und behinderten Menschen, war offensichtlich beim Verfassen der vorgeschlagenen Empfehlungen im Hintergrund wirksam und wird es auch bei deren Umsetzung werden. Im Ernstfall, der schnelle ethische Entscheidungen in einer Dilemma-Situation erfordert, werden vermutlich durchaus Entscheidungen getroffen, die auf einer vermeintlichen »Lebenswert« – »Nicht Lebenswert«-Alternative beruhen. So ist eine Depriorisierung aufgrund von Behinderung zu befürchten, wodurch behinderte Menschen gravierend benachteiligt werden.

Das von den Fachgesellschaften vorgeschlagene Verfahren der Entscheidungsfindung fordert zwar ein »Mehraugenprinzip«, dabei wird jedoch nur an die »Fachleute« gedacht. Die Betroffenen selber oder ihre Angehörigen spielen keine Rolle. Die Entscheidungen sollen lediglich »transparent [...] kommuniziert und sachgerecht dokumentiert werden«. Dies ist nicht hinnehmbar!

Die Selbstvertretungsorganisationen NW3 e. V. und ISL e. V. fordern:

- **Behinderung darf kein Kriterium bei Priorisierungs-Entscheidungen sein.**

- **Rasche Intensivierung der Kapazitäten in der Notfallmedizin, um möglichst keine Priorisierungssituationen entstehen zu lassen.**
- **Keine Verwendung veralteter und diskriminierender Instrumente bei Entscheidungsfindungen.**
- **Menschenrechtliche Basierung von medizinisch-ethischen Empfehlungen.**
- **Berücksichtigung und Diskussion internationaler Empfehlungen zu COVID-19, etwa der International Disability Alliance (IDA), des Europäischen Behindertenforums (EDF).**
- **Breite gesellschaftliche Diskussion und Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Organisationen bei allen Maßnahmen und Empfehlungen zu COVID-19.**
- **Erarbeitung von Empfehlungen, die durch demokratisch legitimierte Mandatsträger*innen verantwortet werden.**

Mittlerweile haben die LIGA Selbstvertretung, die Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) und das Forum behinderter Jurist*innen (FbJJ) einen digitalen Runden Tisch »Triage« ins Leben gerufen: www.runder-tisch-triage.de Wer möchte, kann sich mit eigenen Beiträgen an diesem Diskussionsforum beteiligen.

SAGE-Wissenschaftler_innen in gesellschaftspolitischer Verantwortung

Stellungnahme zur Corona-Pandemie und ihren Folgen

Warum wir uns aus der SAGE-Perspektive heraus positionieren

Als interdisziplinär arbeitende Wissenschaftler_innen der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH Berlin) qualifizieren und forschen wir in Studium und Weiterbildung für Berufe in den Bereichen Soziale Arbeit, Gesundheit, Erziehung und Bildung (SAGE). Gemeinsam mit der Evangelischen Hochschule Berlin und der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin hat die ASH Berlin 2019 einen SAGE-Verbund für Berlin gegründet.

Die Corona-Pandemie droht, gesellschaftliche Ungleichheitsverhältnisse zu verstärken und soziale Spaltungen zu vergrößern. Die Debatte um Covid-19 birgt die Gefahr, demokratische Grundsätze und Rechte von Bürger_innen gegen die Logik eines zu engen Gesundheitsverständnisses auszuspielen. Wir sehen uns in der Verantwortung, die durch den Handlungsdruck entstandenen Zielkonflikte präzise zu benennen und Handlungsansätze zu entwickeln. Wir treten durch Vor-

schläge von Maßnahmen und zuverlässigen Strukturen einer Verstärkung von Ungleichheiten und Menschenrechtsverletzungen während und nach der Pandemie entgegen. Dabei engagieren wir uns an der Seite von Nutzer_innen des Hilfesystems sowie von Beschäftigten und Trägern des Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesens. Wir plädieren für ein stärkeres Zusammenwirken von Wissenschaft, Politik und Zivilgesellschaft sowie für die konsequente Berücksichtigung sozial-, gesundheits- und bildungswissenschaftlicher Perspektiven.

Im Folgenden erinnern wir an vorliegende und in der aktuellen Situation ausgeblendete sowie neu entstehende Konzepte im Umgang mit pandemischen Krisen und treten ein für:

- eine Neubestimmung von wohlfahrtsstaatlichen Arrangements,
- eine Aufwertung von Care-Arbeit sowie
- eine Gestaltung neuer sozialer Verflechtungen auch im transnationalen Kontext.

Damit begegnen wir einem wieder-

erstarkenden territorialen Denken und erneuten Grenzziehungen.

Welche Risiken und Herausforderungen wir sehen

Aus Covid-19 und den notwendigerweise entwickelten kurzfristigen Gegenstrategien der politisch Verantwortlichen ergeben sich neue und langfristige Risiken der chronischen Überlastung »systemrelevanter Berufe« und faktischer Deprivilegierung, Exklusion, Marginalisierung und Stigmatisierung. Neue Hürden für Chancengerechtigkeit sowie für die aktive gesellschaftliche Teilhabe entstehen. Im ökonomischen Bereich ist als Folge der Krise und der derzeitig notwendigen Unterstützungsmaßnahmen mit einer Rezession und damit verbundenen Einsparungen in Sozialhaushalten zu rechnen. Im gesundheitlichen Bereich werden Ungleichheiten im Sinne erhöhter Erkrankungsrisiken und der erhöhten Gefahr schwerer Verläufe für bestimmte Bevölkerungsgruppen, beispielsweise durch Vorerkrankungen, sichtbar. Im Bildungsbereich sind langfristige Effekte auf Bildungsbiografien und damit die Verminderung von Chancengleichheit, Aufstiegs- und Inklusionschancen zu erwarten. Im sozialen Bereich wird überdeutlich, dass eine komplexe öffentliche soziale Infrastruktur für zahlreiche Kinder, Jugendliche und Erwachsene zur All-

tagsbewältigung und -gestaltung unverzichtbar ist. Triageregelungen und partikulare Solidaritätsmuster (z. B. Rassismus) stellen weitere Gefährdungen dar. Besonderer Beachtung bedürfen Lebenssituationen, in denen sich die Herausforderungen verschränken und gegenseitig verstärken.

Wofür wir plädieren

Als Wissenschaftler_innen der Alice Salomon Hochschule Berlin verpflichten wir uns gemäß unserem Leitbild zu zentralen Prinzipien wie Interdisziplinarität, einer engen Verbindung von Theorie und Praxis sowie einer internationalen Ausrichtung. Seit über 100 Jahren tragen die Mitarbeiter_innen der Hochschule zur Professionalisierung im sozialen Bereich, in Bildung, Erziehung und Gesundheit sowie mit ihrer Forschungsorientierung zur disziplinären Weiterentwicklung bei und verknüpfen die verschiedenen Stränge nutzbringend miteinander. Heute stehen wir mit emanzipatorischem Anspruch für einen gesellschaftlichen Auftrag sozialer Gerechtigkeit und kritischer Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Entwicklungen ein.

Wir möchten die Bürger_innen und Verantwortlichen in Politik, Berufs- und Fachverbänden sowie Gewerkschaften aufrufen, die Chance des durch die Corona-Pandemie

hervorgerufenen gesellschaftspolitischen Umbruchs zu nutzen und langfristig und nachhaltig für Verbesserungen einzutreten. Wir plädieren dafür,

- den gesellschaftlich hohen Wert der SAGE-Fächer anzuerkennen und angemessene Arbeitsbedingungen zu schaffen, um fachliche Errungenschaften zu erhalten und weiterzuentwickeln,
- partizipative, differenzierte und settingübergreifende Strategien transparent zu entwickeln, die neben der Prävention von Covid-19 die Gesundheit, Bildungsgerechtigkeit und Chancengleichheit der gesamten Bevölkerung sowie wachsende (welt-)gesellschaftliche Ungleichheitsfolgen berücksichtigen und
- an der Entwicklung entsprechender Strategien die jeweiligen Selbstvertretungen sowie die Vertreter_innen der Bildungs-, Gesundheits- und Sozialfachberufe zu beteiligen.

Nur so können tragfähige und nachhaltige Konzepte entstehen, die die Achtung der Würde und Menschenrechte gewährleisten und lebensweltliche Vielfalt, soziale Unterstützung, demokratische Rechte und Chancengleichheit in den Blick nehmen. Für die langfristigen Effekte sind materielle und psychosoziale Unterstützungsangebote sowie eine grundlegend gestärkte, nutzer_in-

nenorientierte – auch digitale – Infrastruktur entscheidend.

Menschen verfügen über unterschiedliche Ressourcen zur Kompensation von Krisen- und Konfliktsituationen. Einige kommen hierbei schneller an Grenzen als andere. Erfahren Menschen keine Unterstützung, kann es zur Zuspitzung und langfristigen Manifestation von Problemlagen und zu gefährdenden Situationen kommen. Um diesen zu begegnen, reichen virtuelle Angebote nicht aus – es braucht persönliche Begegnungen, zwischenmenschliche Zuwendung und individuelle, barrierefreie Unterstützung im Alltag. Menschen in herausfordernden Lebenslagen benötigen besonders in Krisensituationen Unterstützung durch Menschen und Institutionen. Wenn sie in ihrer Bewältigung von Herausforderungen unterstützt werden und an Entscheidungen partizipieren, können wir die Corona-Pandemie und ihre Folgen gemeinsam und solidarisch meistern!

Was wir fordern

- Care-Arbeit aufwerten – der Ausbeutung nachhaltig begegnen
- Struktureller Benachteiligung von Frauen* entgegenwirken – geschlechtergerechte Politik umsetzen
- Gesundheitsfachberufe und Soziale Arbeit als zentrale Teile des

Gesundheitssysteme während und nach der Pandemie anerkennen

- Lebenswelt- und ressourcenorientierte Ansätze im öffentlichen Gesundheitsdienst konsequent und interdisziplinär verfolgen
- Unteilbar und solidarisch: Niemanden zurücklassen
- Bildung gerecht gestalten
- Kindeswohl gewährleisten – familienfreundliche Umwelten durch öffentliche Infrastruktur (wieder-)herstellen
- Selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen jederzeit gewährleisten
- Menschen in existenziellen Armutslagen schützen
- Menschen mit Suchtverhalten auch unter Infektionsschutzbedingungen bedarfsgerecht beraten und begleiten
- Institutionelle Unterstützungsangebote mit verstärkten Schutzmaßnahmen aufrechterhalten

Im Folgenden (*FORUM PSYCHOSOMATIK gibt anschließend nur eine Auswahl wieder, d. Red.*) werden die zum Teil bereits vor der Corona-Pandemie bestehenden Herausforderungen sowie deren Verschärfungen in der aktuellen Situation beschrieben sowie kurz- und langfristige Handlungsbedarfe aus der SAGE-Perspektive aufgezeigt.

Struktureller Benachteiligung von Frauen* entgegenwirken – geschlechtergerechte Politik umsetzen

In vielen systemrelevanten Berufen wie im Einzelhandel, dem Reinigungsgewerbe und im Gesundheits- und Sozialwesen arbeiten überwiegend Frauen*, laut WHO sind es im Arbeitsbereich der »Global Health Workforce« 70 %. Gleichzeitig werden Frauen* zumeist schlechter bezahlt als ihre männlichen* Kollegen. Das war bereits vor der Pandemie so, jetzt aber wird unterbezahlte und unbezahlte Arbeit noch sichtbarer: Frauen* sind von Krisen ökonomisch fast immer härter betroffen als Männer*, und die strukturelle Benachteiligung von Frauen* wird durch die aktuelle Situation noch verschärft.

Die in Zeiten der Corona-Pandemie geforderte Care-Arbeit für Kinder, Eltern und Nachbar_innen wird zumeist von Frauen* übernommen. Die Erfahrungen, wie angewiesen alle Menschen auf eine qualifizierte, zuverlässige und gut ausgestattete Arbeit in den genannten Bereichen sind, untermauern die Notwendigkeit besserer Bezahlung und besserer Arbeitsbedingungen. Insbesondere alleinerziehende Mütter* sind durch die Corona-Pandemie überproportional armutsgefährdet oder von Armut betroffen. Familien und pflegebedürftige Menschen

brauchen institutionelle Unterstützung auch zur Entlastung der oft mehrfachbelasteten Frauen*. Neben der Übernahme erweiterter Verantwortungsbereiche und der Notwendigkeit, überwiegend zuhause zu bleiben, sind Frauen* und Kinder aktuell stärker als sonst von (häuslicher) Gewalt bedroht.

Beratungsstellen, Frauen*notdienste und Behörden haben Angebote entwickelt, die mitbedenken, dass die Anzeige von Gewalttaten und der Zugang zu Schutz und Beratung durch den Lockdown gehemmt sind. Dies ist zu würdigen, finanziell zu unterstützen und langfristig auszubauen.

Gesundheitsfachberufe und Soziale Arbeit als zentrale Teile des Gesundheitssystems während und nach der Pandemie anerkennen

Das Gesundheitswesen steht derzeit mit der stationären und ambulanten ärztlichen Versorgung und der Pflege im Fokus. Dabei leisten weitere Gesundheitsfachberufe und Sozialarbeiter_innen als zentrale Teile des Gesundheitswesens ebenfalls systemrelevante Beiträge zur Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Teilhabe und Palliativversorgung. Sie beraten, begleiten, lotsen und stabilisieren Menschen in Krisen sowie dauerhaften herausfordernden Lebenslagen.

So leisten sie einen wichtigen Beitrag im Umgang mit veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen, der auch für die Bewältigung der physischen und psychischen Herausforderungen in Zeiten eines Lockdowns relevant ist.

Ambulante Heilmittelpraxen sind auf Grund ihrer Systemrelevanz weiter geöffnet und tragen nicht nur zur Reduktion von Krankenhausaufenthalten bei, sondern sind ein wesentlicher Bestandteil der Versorgung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen – auch in der Rehabilitation von Beatmungspatient_innen. Gleichzeitig wird bspw. Therapeut_innen der Zutritt zu Wohneinrichtungen für Menschen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf verwehrt, wodurch Therapieerfolge verloren gehen.

Sozialarbeiter_innen in den Sozialdiensten von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen tragen dazu bei, Menschen, die an Covid-19 erkrankt waren, nach schweren Verläufen unter sozialen Gesichtspunkten sektorenübergreifend zu beraten und wieder in ihren »normalen« Alltag zu begleiten. Dies geschieht z. B. durch die schrittweise Wiedereingliederung in das Arbeitsleben sowie den Aufbau und die Stärkung eines individuell stützenden Netzwerks aus privaten und professionellen Akteur_innen.

Mit Blick auf die Zukunft müssen Gesundheitsfachberufe und Sozialarbeiter_innen in digitale Netzwerke eingebunden und digital gestützte Angebote ermöglicht werden. Insbesondere im ländlichen Raum braucht es kreative Lösungen, um auch langfristig regionalen Fachkräfteengpässen zu begegnen. Ohne die Leistungen der Gesundheitsfachberufe und der Sozialen Arbeit drohen bedeutende Säulen des Gesundheitssystems und der Teilhabeförderung wegzubrechen.

Lebenswelt- und ressourcenorientierte Ansätze im öffentlichen Gesundheitsdienst konsequent und interdisziplinär verfolgen

Sozialarbeiter_innen stellen bislang die größte Gruppe im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Sie haben in den letzten Jahren gesundheitsförderliche Gemeinwesenansätze im Sozialraum etabliert; sogenannte Präventionsketten, die lokale Ressourcen verknüpfen und Netzwerke stärken. Auch leisten sie wichtige Beiträge für die Entwicklung transnationaler Gesundheitsstrategien. Die Gesundheitsämter sind aber seit Jahren personell unterbesetzt und können daher ihre Rolle als zentrale Vermittler_innen dieses New-Public-Health-Ansatzes der Prävention vor Ort noch zu wenig wahrnehmen. Damit droht ein gesellschaftlicher Lernerfolg ver-

spielt zu werden, der hierzulande seit der erfolgreichen AIDS-Prävention und international bei der Ebola-Bekämpfung Menschen in ihren Lebenswelten anspricht und die gemeinschaftlichen Ressourcen stärkt.

Aktuell werden dem ÖGD zwar mehr Personal- und Finanzmittel zugeteilt, doch ausschließlich im Verständnis als Kontrollbehörde für Fragen des Trackings von Infektionsketten und für Quarantänemaßnahmen. Diese alten Public-Health-Strategien begünstigen paradoxe Entwicklungen, z. B. die Tabuisierung von Infektionen in Gesundheitseinrichtungen und die Stigmatisierung von sogenannten Risikogruppen. Um dieser Entwicklung zu begegnen, bedarf es statt pauschaler Maßnahmen wie Besuchsverbote und Quarantäne-Verordnungen eines partizipativen, nicht-sanktionsbesetzten Ansatzes in den einzelnen Einrichtungen zur Covid-19-Prävention und der Fortsetzung bestehender Präventionsmaßnahmen. Die Expertise von Gesundheitsfachkräften und Sozialarbeiter_innen ist als Teil moderner Public-Health-Strategien stärker zu berücksichtigen.

Selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen jederzeit gewährleisten

Das Recht auf die gleichberechtigte Teilhabe und die Realisierung des

Grundsatzes »Nichts über und ohne uns!« von Menschen mit Beeinträchtigungen war auch vor der Corona-Pandemie (noch) nicht umfassend realisiert. Nun drohen nicht nur die erreichten Fortschritte in Richtung ihrer selbstbestimmten und selbstständigen Teilhabe sowie einer inklusiven Gesellschaft verloren zu gehen, sondern es entstehen zusätzliche Barrieren. Pressekonferenzen werden vereinzelt in Gebärdensprache übersetzt, aber der barrierefreie Zugang zu Informationen und zu Versorgungsleistungen für alle Menschen mit Beeinträchtigungen fehlt vielerorts. Wenn diese ihre Assistenz und Pflege selbstständig organisieren, stehen sie durch Quarantänemaßnahmen gemeinsam mit ihren Teams vor finanziellen und personellen Herausforderungen. Eine Einhaltung von 1,5 m Abstand ist nicht möglich, wenn körpernahe Unterstützung benötigt wird.

Darüber hinaus werden Menschen mit Beeinträchtigungen pauschal als »Risikogruppe« gelabelt. Am Diskurs um Maßnahmen zum Umgang mit Covid-19 – insbesondere einer möglichen Triage –, in der ihre Lebensqualität von einigen Fachgesellschaften als geringer als die nichtbehinderter Menschen eingestuft wird, werden sie nicht beteiligt. Menschen mit Beeinträchtigungen und ihre Selbstvertretungen müssen seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention bei allen ihre Lebensumstände betreffenden Entscheidungen beteiligt werden, dies ist auch zu Zeiten einer Pandemie und erst recht bei der Formulierung einer Triage zu realisieren. Ihre selbstbestimmte, selbstständige und gleichberechtigte Teilhabe ist durch Barrierefreiheit und bei Bedarf angemessene Vorkehrungen sowie Assistenz sicherzustellen.

Berlin, 15.05.2020

Autor_innen: Prof. Dr. Anja Voss / Azize Kasberg, M.Sc. / Prof. Dr. Barbara Schäuble / Prof. Dr. Bettina Völter / Prof. Dr. Gesine Bär / Prof. Dr. Gudrun Piechotta-Henze / Prof. Dr. Heidi Höppner / Prof. Dr. Raimund Geene / Prof. Dr. Regina Rätz / Prof. Dr. Rita Hansjürgens / Prof. Dr. Silke Dennhardt / Prof. Dr. Susanne Gerull / Prof. Dr. Swantje Köbsell / Prof. Dr. Ulrike Eichinger

Als SAGE-Wissenschaftler_in können Sie die Stellungnahme direkt mitzeichnen. Ansonsten freuen sich die Autor_innen, wenn Sie die Stellungnahme unterstützen. Bitte geben Sie in Ihrer E-Mail Name, Vorname, Position, Institution und Ort an.

Den ausführlichen Aufruf finden Sie unter: <https://www.ash-berlin.eu/hochschule/presse-und-newsroom/news/news/sage-wissenschaftlerinnen-in-gesellschaftspolitischer-verantwortung/>

Die nachstehenden Artikel von Andreas Reigbert und Max Dorner sind bereits im Dezember 2019, also vor der Corona-Zeitrechnung geschrieben worden. Im Gefolge dieser Pandemie ist DAS Thema des Jahres 2019, die Klimakrise, völlig untergegangen. Dabei hängen zunehmende Gefahren durch Virenerkrankungen und die globale Umweltzerstörung eng zusammen. Auch wenn es in absehbarer Zeit einen Impfstoff gegen Covid-19 geben sollte – die Klimakrise kümmert sich nicht um diesen »pandemischen Zwischenhalt«, sie schreitet weiter voran. Deshalb bietet gerade der Wiederaufbau der Wirtschaft nach Corona die Chance, endlich auf umweltverträgliche Technologien und menschenfreundliche Lebensweisen umzusteigen.

REDAKTION FORUM PSYCHOSOMATIK

Engagement für den Klimaschutz: Menschen mit Behinderung sind dabei

ANDREAS REIGBERT

Vom 2. bis zum 13. Dezember 2019 fand in Madrid die 25. Weltklimakonferenz statt. Aktuelle Berichte des Weltklimarats IPCC und des Weltbiodiversitätsrats IPBES zeigen die dramatischen Auswirkungen, die auf uns alle zukommen, wenn wir so weiter machen wie bisher. Die Konferenz trug deshalb den Leitsatz »TimeForAction« (»Zeit, zu handeln«). Wir müssen also jetzt handeln, wenn wir die Erderhitzung stoppen wollen.

Welche Bedeutung hat dieses Thema speziell für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen? Was können wir tun,

wie können wir uns beteiligen? Spätestens seit Greta Thunberg und die Bewegung »Fridays for Future« (FFF) ihre wöchentlichen Schulstreiks und Aktionen 2018 begannen, war das Thema Klimawandel in aller Munde. Doch »Klimawandel« ist ein viel zu harmloser, verniedlichender Begriff. Denn das Klima »wandelt« sich nicht einfach so von alleine. Die Welt steckt vielmehr schon mitten drin in einer von Menschen gemachten fulminanten Klimakrise. Fred Hageneder spricht in seinem 2019 erschienenen Buch »Happy Planet« sogar von Klimazerüttung.

Ich bin ehrlich: Vor Greta Thunberg, FFF und dem Erscheinen von »Happy Planet« war mir die Brisanz und Dringlichkeit des Problems nicht so bewusst. Dabei warnt die Wissenschaft schon seit dreißig Jahren vor den Folgen der Erderhitzung. Aber niemand hat auf sie gehört, insbesondere nicht die Politiker*innen, deren Aufgabe es gewesen wäre. In den letzten vierzig Jahren gab es schon 24 Weltklimakonferenzen (die erste fand 1979 in Genf statt). Auf der Klimakonferenz von Paris 2015 haben sich 195 Staaten dieser Erde, auch die Bundesrepublik Deutschland, vertraglich dazu verpflichtet, die Erderhitzung auf deutlich unter 2 Grad, möglichst 1,5 Grad Celsius gegenüber dem vorindustriellen Niveau zu begrenzen. Sie hätten das wohl kaum getan, wenn die Erde und wir alle nicht ein ernsthaftes Problem hätten. Aber, wie gesagt: die Konferenzen. Papier ist bekanntlich geduldig. Immer, wenn die Medien darüber berichteten, habe ich nicht richtig zugehört.

Mittlerweile ist die Klimazerrüttung auch in Deutschland angekommen. Seit dem Dürre- und Hitzesommer 2018 ist das nicht mehr zu leugnen. Die Landwirte klagen über geringere Ernten und die Grundwasserspiegel konnten den Verlust von 2018 bis heute noch nicht wieder aufholen. Deutschland gehörte im Jahr 2018 erstmals zu

den drei am stärksten von Extremwetter betroffenen Ländern der Welt. Das geht aus dem aktuellen Klima-Risiko-Index (KRI) hervor, den die Umwelt- und Entwicklungsorganisation Germanwatch während der Weltklimakonferenz in Madrid vorgestellt hat. Demnach forderte die Hitzewelle im Jahr 2018 in Deutschland mehr als 1200 Todesopfer.

»Soll ich mich auch noch ums Klima kümmern?«

Aber soll ich mich, sollen wir alle uns deshalb jetzt den Klima-Aktivist*innen anschließen? Sollen wir auch demonstrieren für das Klima und die Erde und gegen deren Zerrüttung und Zerstörung? Als Mensch mit MS und Körperbehinderung habe ich wirklich schon genügend Beeinträchtigungen und Probleme.

Mein Alltag besteht zu einem großen Teil aus Arztterminen, Physiotherapie, Lymphdrainage und diversen anderen Therapien. Dazu kommen die ständigen Auseinandersetzungen mit der Kranken- und Pflegekasse und anderen Behörden, die seit einigen Jahren mehrere Aktenordner füllen, sowie meine behindertenpolitischen Aktivitäten in verschiedenen Verbänden und Vereinen für mehr Barrierefreiheit und Inklusion. Die tägliche morgendliche Körperpflege ist für mich und

für viele von uns Menschen mit Behinderungen doch schon so anstrengend wie ein Marathonlauf für einen gesunden Menschen. Und jetzt soll ich mich als Rollstuhlfahrer auch noch um das Klima kümmern? Ich meine, die Antwort ist: Ja!

Warum ist das gerade für Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen so wichtig? Weil wir diejenigen sind, die die Klimazerrüttung am härtesten treffen wird. Vor großer Hitze und extremen Wetterereignissen wie Starkregen und Überschwemmungen können wir uns am allerwenigsten schützen, geschweige denn, davor weglaufen. Als Mensch mit MS vertrage ich zum Beispiel Temperaturen von mehr als 30 Grad Celsius überhaupt nicht. Das liegt am so genannten Uthoff-Phänomen, einer extremen Wärmeempfindlichkeit, unter der die meisten MS-Betroffenen leiden. Die Nervenleitungsgeschwindigkeit verlangsamt sich bei großer Hitze auch bei gesunden Menschen. Bei MS-Betroffenen aber sehr viel mehr und sehr viel schneller, so dass zeitweise Lähmungen die Folge sind.

Was kann man oder frau tun?

Je weiter die Klimazerrüttung also voranschreitet, je mehr Hitzesommer mit immer höheren Temperaturen, Dürreperioden, Ernteausfälle,

kalte Winter, extreme Wetterereignisse, invasive Arten, Krankheitserreger und finanzielle Belastungen die Klimazerrüttung mit sich bringt, desto gesundheitsgefährdender und lebensbedrohlicher werden die Lebensumstände für uns Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen. Niemand, auch kein/e Klimaforscher*in, kann exakt voraussagen, wie schnell diese Entwicklung voranschreiten wird. Aber es ist höchste Zeit, etwas dagegen zu unternehmen.

Auf welche Art und Weise wir aktiv werden, bleibt jedem/jeder selbst überlassen. Wir können Petitionen unterzeichnen, mit unseren örtlichen Politiker*innen und Bundestagsabgeordneten diskutieren, uns den Demonstrationen und Klimastreiks von FFF anschließen, zivilen Ungehorsam und passiven Widerstand leisten und/oder einer Gruppe von »Extinction Rebellion« (XR) beitreten. Extinction Rebellion bedeutet »Rebellion gegen die Auslöschung« (der Menschheit und des gesamten Lebens auf diesem Planeten). Roger Hallam, einer der Mitbegründer von XR hat zwar kürzlich für negative Schlagzeilen gesorgt, weil er in Interviews mit der Wochenzeitung Die Zeit und dem Nachrichtenmagazin Spiegel völlig inakzeptable Vergleiche zwischen der Klimazerrüttung und dem Holocaust angestellt hat. Aber deswegen

muss man nicht gleich die gesamte Bewegung verteufeln. Es geht bei der Rebellion übrigens nicht nur um die Klimazerrüttung, sondern auch um das Artensterben und die alles durchdringende chemische Verseuchung (Strichworte Pestizide, Nanoplastik). Die Reduzierung auf Klima ist eine ständig wiederholte Fehldarstellung in der Presse.

Auch bei der Gruppe »Ende Gelände«, die in den Braunkohlerevierren Kohlebagger blockiert haben, waren übrigens Rollstuhlfahrer*innen dabei. Wohlgermerkt: Dies ist kein Aufruf zu Straftaten, schon gar nicht zu Gewalt! Es ist nur eine Aufzählung dessen, was viele Menschen zum Schutz des Klimas bereits tun. Die Liste der Möglichkeiten ist überraschend lang. Bei den friedlichen Demonstrationen von FFF gingen dieses Jahr weltweit mehrere Millionen Menschen auf die Straßen. Allein in Deutschland waren es am 20. September 2019 1,4 Millionen und am 29. November 2019 630.000 Teilnehmer*innen. Ich bin bei zwei dieser Demonstrationen mit meinem Elektromobil mitgefahren und habe dabei erstaunlich viele Bekannte und Nachbarn getroffen und interessante Gespräche mit ihnen geführt. Auch im Kleinen, im privaten Bereich ist einiges möglich – vom Verzicht auf Plastiktüten und -flaschen bis hin zum (teilweisen) Verzicht auf Fisch und Fleisch.



Andreas Reigbert, Jahrgang 1961, ist Diplom-Politologe und lebt in Bargteheide bei Hamburg.

Nach beruflichen Stationen am Hanseatischen Oberlandesgericht Hamburg, der Hamburger Hochschule für Wirtschaft und Politik (HWP), der Bundesagentur für Arbeit, dem Bundeskanzleramt und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Berlin) ist er seit 2012 berentet. Der Autor engagiert sich in verschiedenen Verbänden, unter anderem als ehrenamtlicher Leiter der BSK-Kontaktstelle Bargteheide. Seine Hobbies: Gitarre und Tischtennis (mittlerweile auch im Rollstuhl). Seine Leitsätze: »Alles wirkliche Leben ist Begegnung« (Martin Buber) und »Niemals aufgeben!«

Alle Quellen und Literaturhinweise sind beim Autor erhältlich.

Wheelchairs for Future

Die Klimakrise betrifft Menschen mit und ohne Behinderung, überall auf der Welt. Aber wer nicht davonlaufen kann, den wird es härter treffen. Denn die veränderten Lebensbedingungen machen ein selbstbestimmtes Leben noch schwieriger.

Wir wollen deshalb unsere Stimme erheben. Wir wollen mitdemonstrieren, uns zeigen, mitreden, weil es um unser aller Zukunft geht:

Klimaschutz für alle, von allen.

Und wenn wir nicht auf die Barrikaden klettern können, singen wir lauter. Und wenn wir nicht mehr singen können, lassen wir uns mittragen. Wir wollen unsere Welt für uns alle lebens- und liebenswert halten.

WHEELCHAIRS FOR FUTURE wurde am 3. Dezember 2019 von Max Dorner in München gegründet und steht allen Interessierten offen.

Impulse

(Stand 29.12.2019)

- Wirksam wird Klimaschutz dann, wenn sich auch die Schwachen dafür einsetzen können.
- Neue umweltfreundliche Mobilitätsangebote braucht es ebenso für Mobilitätseingeschränkte.
- Voraussetzung für eine echte Verkehrswende ist funktionierende Barrierefreiheit im öffentlichen Nah- und Fernverkehr.
- Die spezifischen Bedürfnisse von Demonstrierenden mit Einschränkungen müssen bei allen Protestaktionen mitgedacht werden.
- Die Verknappung der verfügbaren Ressourcen wird zu einer Verschärfung von Verteilungskämpfen führen. Für behinderte Menschen benötigt es Instrumente, die das Lebensrecht und die Selbstbestimmung wirksam gewährleisten.



Kontakt

kontakt@maxdorner.de
Offene Facebook-Gruppe:
WHEELCHAIRS FOR FUTURE

Max Dorner ist Schriftsteller und hat im Jahr 2008 den Titel »Mein Dämon ist ein Stubenhocker: aus dem Tagebuch eines Behinderten« veröffentlicht; vgl. FORUM PSYCHOSOMATIK Ausgabe 2-2008

Gemeinnützigkeit in Gefahr

SIGRID ARNADE

Sicher haben Sie auch schon davon gehört, dass Organisationen wie Attac oder Campact von Finanzämtern die Gemeinnützigkeit abgesprochen worden ist, was bei Attac auch gerichtlich bestätigt wurde. Was hat das mit uns zu tun, werden Sie sich vielleicht im ersten Augenblick fragen. Aber leider handelt es sich nicht um bedauerliche Einzelfälle: Wenn man die Hintergründe näher beleuchtet, wird rasch klar, dass ganz viele bislang gemeinnützige Organisationen dasselbe Schicksal ereilen könnte. Damit würden nicht nur Arbeitsplätze im gemeinnützigen Bereich verloren gehen. Vielmehr würde die wichtige Säule des zivilgesellschaftlichen Engagements und damit unsere Demokratie an sich erheblichen Schaden nehmen. Zu den Organisationen, die potentiell bedroht sind, zählt auch die gemeinnützige Stiftung LEBENSNERV.

Aber der Reihe nach: Das deutsche Gemeinnützigkeitsrecht ist in die Jahre gekommen, also nicht mehr zeitgemäß. Nach Angaben des Bundesfinanzministeriums sind die Grundzüge des Gemeinnützigkeitsrechts sogar über 100 Jahre alt. In § 52 der Abgabenordnung sind die Zwecke aufgelistet, die als gemeinnützig anerkannt werden. Dabei fehlen ganz wichtige zivilgesellschaftliche Aufgaben, beispielsweise das Engagement für Menschen- und Grundrechte, für den Frieden, für den Klimaschutz, für soziale Gerechtigkeit, gegen Rassismus. Behinderte Menschen kommen nur mit dem gemeinnützigen Zweck »Hilfe für Behinderte« vor. Streng genommen wäre also das Engagement für ein selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen oder für die rechtliche Gleichstellung behinderter Menschen nicht gemeinnützig.

In der Vergangenheit haben die Finanzämter, die in regelmäßigen Abständen prüfen, ob die Gemeinnützigkeit von Vereinen oder Stiftungen noch gegeben ist, recht großzügig, aber nicht unbedingt gesetzeskonform entschieden. Mit den vorliegenden Urteilen könnte sich das ändern, wenn das Bundesfinanzministerium nicht bald aktiv wird und die Abgabenordnung modernisiert.

Da die Gemeinnützigkeit und damit die Existenz vieler Organisationen als ein wichtiger Baustein unserer Demokratie in Gefahr ist, haben sich über 170 Vereine und Stiftungen in der Allianz »Rechtssicherheit für politische Willensbildung« zusammengeschlossen. Sie fordern Rechtssicherheit durch gesetzliche Klarstellungen (s.a. www.zivilgesellschaft-ist-gemeinnuetzig.de). Auf der angegebenen Homepage finden Sie viele Informationen zu dem Thema. Sie können dort auch einen Appell unterzeichnen, der die Bundestagsabgeordneten auffordert, aktiv zu werden und als Sofortmaßnahme die Liste der gemeinnützigen Zwecke in der Abgabenordnung zu erweitern.



Bundesministerium
für Justiz und
Verbraucherschutz

Bundesamt
für Justiz

◀ zurück

Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis

weiter ▶

Abgabenordnung (AO) § 52 Gemeinnützige Zwecke

(1) Eine Körperschaft verfolgt gemeinnützige Zwecke, wenn ihre Tätigkeit darauf gerichtet ist, die Allgemeinheit auf materiellem, geistigem oder sittlichem Gebiet selbstlos zu fördern. Eine Förderung der Allgemeinheit ist nicht gegeben, wenn der Kreis der Personen, dem die Förderung zugute kommt, fest abgeschlossen ist, zum Beispiel Zugehörigkeit zu einer Familie oder zur Belegschaft eines Unternehmens, oder infolge seiner Abgrenzung, insbesondere nach räumlichen oder beruflichen Merkmalen, dauernd nur klein sein kann. Eine Förderung der Allgemeinheit liegt nicht allein deswegen vor, weil eine Körperschaft ihre Mittel einer Körperschaft des öffentlichen Rechts zuführt.

(2) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 sind als Förderung der Allgemeinheit anzuerkennen:

1. die Förderung von Wissenschaft und Forschung;
2. die Förderung der Religion;
3. die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege, insbesondere die Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten, auch durch Krankenhäuser im Sinne des § 67, und von Tierseuchen;
4. die Förderung der Jugend- und Altenhilfe;
5. die Förderung von Kunst und Kultur;
6. die Förderung des Denkmalschutzes und der Denkmalpflege;
7. die Förderung der Erziehung, Volks- und Berufsbildung einschließlich der Studentenhilfe;
8. die Förderung des Naturschutzes und der Landschaftspflege im Sinne des Bundesnaturschutzgesetzes und der Naturschutzgesetze der Länder, des Umweltschutzes, des Küstenschutzes und des Hochwasserschutzes;
9. die Förderung des Wohlfahrtswesens, insbesondere der Zwecke der amtlich anerkannten Verbände der freien Wohlfahrtspflege (§ 23 der Umsatzsteuer-Durchführungsverordnung), ihrer Unterverbände und ihrer angeschlossenen Einrichtungen und Anstalten;
10. die Förderung der Hilfe für politisch, rassistisch oder religiös Verfolgte, für Flüchtlinge, Vertriebene, Aussiedler, Spätaussiedler, Kriegsoffer, Kriegshinterbliebene, Kriegsbeschädigte und Kriegsgefangene, Zivilbeschädigte und Behinderte sowie Hilfe für Opfer von Straftaten; Förderung des Andenkens an Verfolgte, Kriegs- und Katastrophenopfer; Förderung des Suchdienstes für Vermisste;
11. die Förderung der Rettung aus Lebensgefahr;
12. die Förderung des Feuer-, Arbeits-, Katastrophen- und Zivilschutzes sowie der Unfallverhütung;
13. die Förderung internationaler Gesinnung, der Toleranz auf allen Gebieten der Kultur und des Völkerverständigungsgedankens;
14. die Förderung des Tierschutzes;
15. die Förderung der Entwicklungszusammenarbeit;
16. die Förderung von Verbraucherberatung und Verbraucherschutz;



Peter Paul Nawroth
GEBT DER MEDIZIN IHREN SINN ZURÜCK.
Aufruf zu einer radikalen Umkehr im Gesundheitswesen
 Springer-Verlag Berlin, 297 S.
 ISBN 978-3-662-57633-5
 19,99 Euro

Der Autor ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Endokrinologie, Stoffwechsel und Klinische Chemie des Uniklinikums Heidelberg und statt einer Rezension hier zwei markante Absätze aus dem Titel, die für sich selbst sprechen:

»Wie steht es um die Medizin? Nicht gut. Das sage ich als Mediziner. Zwar sind Ärzte, Pfleger und Erfolge der Therapie in Deutschland

besser als ihr Ruf. Auch Pharmafirmen sind mehr an medizinischen Fortschritten und weniger an Korruption der Ärzte interessiert, als oft vermutet wird. Aber trotzdem fährt die moderne Medizin gegen eine Wand. Denn wenn sie das Erfüllen ihrer Regeln für wichtiger hält, als dem Patienten zu nützen, dann hat sie ihr Ziel aus den Augen verloren. Dann hat sie ihren Sinn verloren. Moderne Medizin, das ist vor allem evidenzbasierte Medizin (EbM). Ihr Prinzip ist, dass nicht der »Halbgott in Weiß« – die Eminenz – nach Gutdünken eine Therapie verordnen kann, sondern dass Fakten, Studien, harte Daten – die Evidenz also – Grundlage für eine Therapie sein müssen. Was soll daran falsch sein? Nichts, solange die Fakten auch wirklich hart und universell gültig sind zumindest. Doch das ist alles andere als selbstverständlich. Und vielerorts ist aus der EbM eine IbM geworden, eine interessenbasierte Medizin. Und das ist ein großes Problem. Denn um die Interessen der Patienten geht es da nicht.«

»Die gegenwärtig praktizierte EbM bietet zu viele Schlupflöcher für nicht am Patientenwohl orientierte Interessen. Was tun? Es würde schon helfen, die häufigsten wissenschaftlichen Irrtümer der Medizin einigermmaßen auszuräumen. Dazu gehört der Verwechslung von Korrelation – also schlichtem Zusammen-

hang – und Kausalität – also echter Ursächlichkeit, aber auch übersteigter Glaube an Grenz- und Schwellenwerte, das Unterschätzen der Gefahr einer Überbehandlung und die Unfähigkeit, Studiendaten durch die Brille des Patienten und nicht des Systems zu lesen.«

Gerade in Zeiten, in denen heftig um die bisherige Orientierung im ökonomisierten Gesundheitssystem nach Corona gestritten wird, sollten die Ausführungen von Nawrath mit seinem Plädoyer für eine konsequente Patientenperspektive einen zentralen Platz finden.

HGH

**Detlef Kuhn (Hrsg.):
RESILIENZ AM ARBEITSPLATZ.**

*2. vollständig überarbeitete
Auflage 2019, 157 S.*

*Mabuse-Verlag Frankfurt am Main
ISBN: 978-3-86321-436-4
29,95 Euro*

Die Autor*innen stellen ein Praxismodell mit fünf Resilienzfaktoren für die Arbeitswelt vor. Denn Resilienz ist erlernbar! Das sogenannte Resilienzbarometer verdeutlicht vorhandene Ressourcen und zeigt zugleich auf, in welchen Bereichen noch Entwicklungspotenziale schlummern. Dem Buch liegt ein Gutschein für die Nutzung des Online-Resilienzbarometers bei, das von den Autor*innen entwickelt wurde.

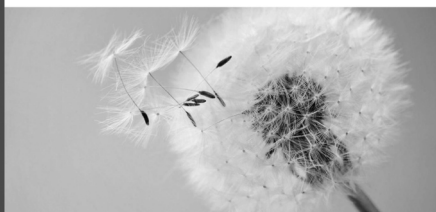
(Siehe dazu auch den ausführlichen Text zum Thema »Resilienz« in dieser Ausgabe, der sich an mehreren Stellen auf das Buch von Kuhn bezieht.)



Ina Hullmann

Magie der Leichtigkeit

Meditationen für innere Ruhe,
Stabilität und Lebensfreude


 Schattauer

Ines Hullmann

MAGIE DER LEICHTIGKEIT

Audio-CD mit Booklet, Spielzeit 33
Min., 1. Aufl. 2020

Klett-Cotta/Schattauer-Verlag Stutt-
gart, ISBN: 978-3-608-40041-0
20,– Euro

»Leichtigkeit ist eine emotionale Qualität, basierend auf einer inneren Einstellung, aus der heraus wir unsere Möglichkeiten wahrnehmen und entfalten können. Diese positive Grundhaltung führt fast automatisch zu Perspektiverweiterungen und ist ein tragendes Element für alle Veränderungs- und Entwicklungsprozesse im Leben eines Menschen. Mit Leichtigkeit bekommt man außerdem die nötige Distanz, Probleme aus einer übergeordneten Perspektive anzuschauen.« – Soweit der Presstext zu dieser CD.

Diese Meditationsübungen sollen deshalb dazu befähigen, Leichtigkeit als Instrument einzusetzen.

Als bekennender Meditationsübender, vorwiegend mit geführten täglichen Meditationen, war ich doch ein wenig enttäuscht: Vor allem war es der Bruch in der Ansprache, die bei beiden Tracks unvermittelt von vertrauten »Du« zum »unverbindlichen »Man« wechselt und mich aus der Meditation riss. Gleichzeitig vermittelt aber die den Worten unterlegte Musik wirkliche Leichtigkeit. Für mich jedenfalls wäre deshalb eine rein instrumentale Leichtigkeits-Meditation das bessere Angebot gewesen.

HGH



LEBENSNERV

Stiftung zur Förderung der
psychosomatischen MS-Forschung

ALLTAG MIT KOGNITIVEN STÖRUNGEN **EIN LEBEN MIT MS**

Die 68-seitige Broschüre von Annette Kindlimann
»Alltag mit kognitiven Störungen - Ein Leben mit MS«
ist von der Stiftung LEBENSNERV jetzt als Printfassung
neu aufgelegt worden. Gegen eine Spende kann sie
bei der Stiftung bestellt werden: info@lebensnerv.de

Achtung!
Neue Stiftungsadresse:

Stiftung LEBENSNERV
Liebstöckelweg 14
13503 Berlin

Tel.: 030/436 35 42
Fax: 030/436 44 42
Mail: info@lebensnerv.de
www.lebensnerv.de

