

COVID-19 und Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung

Stellungnahme des Lehrstuhls Pädagogik und Rehabilitation für Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung der Universität zu Köln im April 2020 zur Vulnerabilität des Personenkreises

I Teilhabe 2/2020, Jg. 59, S. 50 – 54 (Preprint-Version vom 6. April 2020)

I KURZFASSUNG Im Rahmen des nationalen und internationalen Krisenmanagements zur Eindämmung der Corona-Pandemie wurden im März 2020 weitreichende und einschneidende Maßnahmen, Forderungen und Regelungen eingeführt. Diese betreffen alle Menschen gleichermaßen, jedoch mit höchst unterschiedlichen Auswirkungen. Die Gruppe der Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung erweist sich in dieser Zeit als besonders vulnerabel. Dabei spielen gesundheitliche, sozioökonomische und psychosoziale Faktoren in komplexer Weise zusammen. Der Lehrstuhl für Pädagogik und Rehabilitation bei Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung der Universität zu Köln wirft in diesem Beitrag einen analytischen Blick auf die besondere Vulnerabilität von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung in der Corona-Krise. Es werden erste konkrete Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis vorgestellt und eine Programmatik für weitergehende Forschung in diesem Bereich formuliert.

I ABSTRACT COVID-19 and People with Profound Intellectual and Multiple Disabilities. In March 2020, national and international crisis managements had to seize a large number of measures, demands, and regulations in order to halt the spread of the Corona-pandemic. All people in the world were affected by those measures, but in different ways and with different impacts. In these times of crisis, people with profound intellectual and multiple disabilities (PIMD) represent one of the most vulnerable groups of society who is facing a complex combination of health, socioeconomic and psychosocial factors. The chair of Pedagogics and Rehabilitation for People with PIMD at the University of Cologne in Germany takes an analytical view on the particular vulnerability of people with PIMD in times of the Corona-crisis, issues first political and practical recommendations and defines its own approach for a continued research.

COVID-19

Nachrichten über die Verbreitung des Krankheitserregers SARS-CoV-2 (auch als „neues Coronavirus“ bekannt) und den Verlauf der dadurch übertragenen Viruserkrankung COVID-19 dominieren seit Januar 2020 nicht nur in Deutschland die aktuelle Berichterstattung. Immer wieder ist zu hören, dass Infizierte höchst unterschiedliche Symptome zeigen, dass allerdings bei der überwiegenden Mehrheit der Infizierten (die Rede ist von mindestens 80 %) selten schwerwiegende Krankheitsverläufe zu erwarten sind (Robert Koch Institut 2020). Zugleich wird immer wieder auf besonders gefährdete Risikogruppen verwiesen, deren Ansteckung durch die verschiedenen Maßnahmen des sogenannten „social distancing“, also des Abstand-Haltens voneinander, verhindert oder zumindest verzögert werden soll. Das übergeordnete Ziel ist, eine adäquate gesundheitliche Versorgung aufrechtzuerhalten und die Gefahr einer plötzlichen Überlastung des Gesundheitssystems abwehren zu können.

Zwar sind nicht alle Menschen unmittelbar gesundheitlich von der Corona-Pandemie betroffen. Jedoch zeitigen die weitreichenden und einschneidenden Einschränkungen des öffentlichen Lebens zumindest eine mittelbare Betroffenheit, die alle Personen und Gruppen erreicht. Dies gilt über alle Ländergrenzen, die Grenzen zwischen gesellschaftlichen Schichten und zwischen sozialen Milieus hinweg. Sowohl in gesundheitlicher als auch in psychosozialer und sozioökonomischer Hinsicht bestehen jedoch erhebliche Unterschiede, wie diese Betroffenheit sich äußert und welche Ausmaße und konkreten Folgen sie für das Leben der Einzelnen bedeuten. Wir wollen im Folgenden auf die Betroffenheit für Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung in Deutschland eingehen und dabei die besondere Vulnerabilität des Personenkreises herausstellen.

Die Vulnerabilität von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung

Der Begriff der Vulnerabilität, wie er zur Beschreibung der besonderen Gefähr-

dung einzelner Personengruppen innerhalb medizinischer und (gesundheits-)politischer Diskurse aktuell verwendet wird, ist überwiegend medizinisch-individualistisch geprägt (vgl. BURG-HARDT et al. 2017, 97–101). Er beschreibt physiologische und psychologische Eigenschaften, die Betroffene dazu prädisponieren, im Falle einer Infektion einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf zu erleiden. In diesem Sinne vulnerabel sind laut Robert Koch-Institut:

„ältere Personen (mit stetig steigendem Risiko für schweren Verlauf ab etwa 50–60 Jahren); Raucher; Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen: des Herzens (z.B. koronare Herzerkrankung), der Lunge (z.B. Asthma, chronische Bronchitis), Patienten mit chronischen Lebererkrankungen); Patienten mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit); Patienten mit einer Krebserkrankung. Patienten mit geschwächtem Immunsystem (z.B. aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht oder durch Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr schwächen, wie z. B. Cortison)“ (Robert Koch Institut 2020).

Bereits ein erster Blick auf die Situation der Personengruppe der Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung zeigt zum einen, dass von einer großen Schnittmenge zwischen diesen und der Risikogruppe im Sinne des Robert-Koch-Instituts auszugehen ist. So wird proportional zur Gesamtbevölkerung auch die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung immer älter – aktuellen Zahlen aus Westfalen-Lippe zufolge ist etwa ein Drittel der Menschen, die die Eingliederungshilfe beziehen, über 50 Jahre alt (THIMM et al. 2018, 26). Darüber hinaus sind Menschen mit geistiger Behinderung weitaus häufiger von akuten und chronischen Krankheiten betroffen, die das Immunsystem beeinträchtigen, und in deren Folge sie besonderer medikamentöser und anderweitig therapeutischer Behandlungen bedürfen. Daten, die aus Erfahrungen mit der H1N1-Pandemie im US-amerikanischen Raum im Jahre 2009 gewonnen wurden, berichten davon, dass innerhalb der pädiatrischen Patient*innen bei „Kindern und Jugendlichen mit besonderen Gesundheitsbedürfnissen“ (Children and Youth with Special Health Care Needs, CYSHCN), zu denen auch Kinder und Jugendliche mit geistiger und schwerer Behinderung zählen, ein signifikant höheres Risiko besteht, im Falle einer Infektion spezieller inten-

sivmedizinischer Behandlung zu bedürfen und gegebenenfalls der Krankheit zu erliegen (PEACOCK et al. 2012, 91). Die erhöhte Vulnerabilität dieser Gruppe betrifft vorrangig Kinder mit besonderen und chronischen Bedingungen der neurologischen Entwicklung und/oder der Lungen.

Zum anderen zeigt sich angesichts der Personengruppe, dass ein Vulnerabilitätsbegriff, der lediglich individuelle körperliche und psychische Dispositionen fokussiert, sich als unzureichend erweist, um die Gefahr und Verletzbarkeit der betroffenen Menschen angesichts dieser Gesundheitskrise adäquat zu beschreiben. Eine umfassende Analyse kommt nicht umhin, psychosoziale und sozioökonomische Faktoren in ihrer Wechselwirkung mit psychophysischen Faktoren miteinzubeziehen (vgl. BURG-HARDT et al. 2017, 103–110). Dies zeigt sich bereits hinsichtlich der Vielgestaltigkeit und Komplexität der Ursachen für die besondere Anfälligkeit für bestimmte Erkrankungen bzw. für die Wahrscheinlichkeit im Falle einer Ansteckung, schwere Krankheitsverläufe zu erleiden. Beispielsweise ist bekannt, dass Menschen mit Trisomie 21 überdurchschnittlich häufig von einer Schilddrüsen-Dysfunktion betroffen sind (DINGGREINER, KRUSE 2010, 23) und mit Herzfehlern geboren werden (HAVEMAN, STÖPPLER 2010, 84) oder dass sie unter bestimmten neurologischen Störungen mit neuromuskulären Beeinträchtigungen leben, die Schluck- und Atemprobleme verursachen können (PROESMANS et al. 2015). Jedoch führen ebenso Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung zur mangelhaften Diagnostik gesundheitlicher Besonderheiten sowie zu unzureichenden präventiven und therapeutischen Maßnahmen im Falle (auch drohender) akuter oder chronischer Erkrankungen (BÖSSING et al. 2019).

Kommunikation, Verständigung und Orientierung

Für den günstigen Verlauf einer Krankheit und den Erfolg therapeutischer Maßnahmen sind Prozesse des Verstehens und Verständigens von zentraler Bedeutung. Die häufig eingeschränkte Verbalsprache bringt für Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung hier besondere Herausforderungen und mit hin besondere Verwundbarkeiten mit sich. Für die individuelle Behandlung von Krankheiten gilt im Allgemeinen, was im Besonderen für eindämmende Strategien gegen Pandemien auf Ebene der Bevölkerung gilt: Nicht nur die fachkundige Anwendung der richtigen Behandlungsmethode durch medizini-

sches Fachpersonal ist entscheidend, sondern ebenso das entsprechende gesundheitsförderliche Coping-Verhalten einzelner Patient*innen. Dies wiederum erfordert Zugang zu umfassenden und leicht verständlichen Informationen, die besonders gefährdete und potenziell gefährdende Personen darüber aufklären, wie sie sich zum eigenen Schutz und zum Schutz anderer zu verhalten haben. Vor allem in Pandemie-Situationen ist der Kommunikation über Gesundheitsrisiken eine besondere Bedeutung beizumessen, wenn es beispielsweise darum geht, über aktuelle Entwicklungen und Strategien zu informieren oder zu selbstschützenden Verhaltensweisen anzuregen (VAUGHAN, TINKER 2009, 324).

Auffällig an der aktuellen Berichterstattung ist neben der hohen Informationsdichte und der Geschwindigkeit der Statusaktualisierungen der besondere Stellenwert, der den Einschätzungen, Prognosen und Stellungnahmen ausgewiesener Expert*innen und Wissenschaftler*innen, insbesondere der Medizin, Virologie und Ökonomie beigemessen wird. Angesichts der Komplexität und der hohen Dynamik der Veränderungen reicht es momentan nicht aus, die Bürger*innen mit bloßen Fakten und Informationen über das tagesaktuelle Geschehen zu versorgen. Indem die öffentlichen Medien nun häufiger und ausführlicher hochspezialisierte Beobachter*innen zu Wort kommen lassen, reagieren sie auf das individuelle Bedürfnis, dem komplexen Geschehen subjektiven Sinn verleihen zu können, die Bedeutung der Informationen in Bezug auf verschiedene Bereiche der eigenen Alltagswelt besser einschätzen und einordnen zu können, um trotz aller Unübersichtlichkeit weiterhin orientiert zu bleiben. Vor diesem Hintergrund helfen kommentierte und detailreiche Aufklärungs- und Informationskampagnen dabei, Lageberichte und gesundheitspolitische Entscheidungen besser nachvollziehen und die damit einhergehenden Unannehmlichkeiten leichter ertragen zu können. Kurz gesagt: Wir haben nicht nur ein individuelles Bedürfnis über aktuelles Geschehen informiert zu sein, sondern ebenso dargebotene Informationen in einem übergeordneten Kontext zu verstehen und im letzten Schritt die Konsequenzen, die sich daraus ableiten lassen, akzeptieren zu können. In der individuellen Verarbeitung solcher Informationen gibt es jedoch große Unterschiede, die unter anderem von psychologischen, sozialen, kulturellen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Faktoren abhängen (VAUGHAN, TINKER 2009, 324). Es ist also von

immenser Bedeutung, dass solche Aufklärungskampagnen nicht exklusiv gestaltet, sondern an die individuellen Bedarfe der jeweiligen Adressat*innen angepasst werden.

Krise, Komplexität und geistige Behinderung

Den einzelnen Bürger*innen werden in Zeiten der Krise und Verunsicherung hohe behaviorale, kognitive, psychische und affektive Anpassungsleistungen abverlangt. Eingeschliffene Gewohnheiten, Handlungsmuster und Abläufe müssen unter fremdbestimmenden Zwängen rapide eingestellt oder verändert werden. Bedürfnisse müssen untergeordnet und Prioritäten neu sortiert werden. Vorstellungen von Normalität, etablierte Erklärungsmuster und Werturteile werden durch eine sich rasant verändernde Realität immer aufs Neue auf die Probe gestellt. Lang gewohnte Sicherheiten und gefasste Pläne in Bezug auf die nahe und fernere Zukunft geraten ins Wanken. Das eigene Selbstverhältnis in der Spannung zwischen Selbst- und Fremdbestimmung erfährt eine radikale Verschiebung. Mit einer Situation konfrontiert zu sein, die einerseits nur schwer zu ertragen ist und der man andererseits ohnmächtig gegenübersteht, strapaziert die eigenen Fähigkeiten, mit Stimmungen, Aufmerksamkeitsstrukturen und Energien hauszuhalten. Die Ruhe zu bewahren, ist in unruhigen und beunruhigenden Zeiten am meisten gefordert, in Zeiten also, in denen diese Tugend zugleich die größte Herausforderung darstellt.

Versetzt man sich nun in die Lage von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung, lässt sich leicht gegenwärtigen, wie viel härter diese Gesundheitskrise diesen Personenkreis trifft. Die beschriebene Komplexität sowie die damit einhergehenden behavioralen, kognitiven, psychischen und affektiven Zumutungen markieren bei den meisten Menschen ohne geistige Behinderung den Unterschied zwischen dem Alltag und Krise. Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung befinden sich hingegen permanent in einem erhöhten Spannungsverhältnis von Autonomie und Fremdbestimmung (HARMEL 2011, o. S.), sodass die eingangs gezeichnete Situation bereits ihren Alltag unter „normalen Verhältnissen“ beschreibt. Aufgrund sprachlicher und kommunikativer Barrieren haben Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung oftmals Schwierigkeiten, sich angesichts der Komplexität und der hohen kognitiven Anforderungen der normierten Alltagswelt zu orientieren. Veränderungen haltgebender Struktu-

ren, die sich in Gewohnheiten, etablierten Abläufen und festen Ritualen widerspiegeln, können gerade deswegen starke Verunsicherung, Irritation und Angst herbeiführen. Aufgrund ihrer institutionellen Unterbringung befinden sie sich meist in asymmetrischen Beziehungen und Angewiesenheiten (DEDERICH 2007, 147-151), in denen ihnen eine ständige Regulation und Unterordnung ihrer eigenen Bedürfnisse zugunsten fremdbestimmter Pläne zugemutet wird. Hinzu kommen gesellschaftliche Erschwernisse, etwa dass Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung immer noch eine Randstellung im öffentlichen und kulturellen Leben einnehmen und von barrierefreien Zugängen zu Informationsinfrastrukturen in weiten Teilen abgeschnitten sind. Bereits vor der Corona-Krise befand sich ein Großteil der Personengruppe in Situationen starker Isolation, Vernachlässigung und Vereinzelung. Nicht immer werden Möglichkeiten zur Verfügung gestellt, um Bedürfnisse, Sorgen und Nöte mitzuteilen, wenn dies nicht über konventionelle Verständigungskanäle und Symbolsysteme möglich ist. Im Falle häuslicher Gewalt, Vernachlässigung und Nötigung, ist für sie oftmals kein staatlicher Wächter durch eigene Initiative erreichbar. Auf vielfältige Weise sind sie auf die Hilfsbereitschaft und Offenheit von Unterstützer*innen angewiesen, deren Zeitressourcen derweil noch stärker rationiert werden müssen, als es der ökonomische Imperativ und die Bürokratisierung der Pflege schon vor der Krise verlangte. Die Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie verursachen massive Zuspitzungen, Einschnitte und Umwälzungen ausnahmslos auf all diesen Ebenen.

Herausforderungen für das Versorgungs- und Hilfesystem

Aus den bisherigen Ausführungen wird unmittelbar ersichtlich, wieviel die ohnehin hohen Herausforderungen an das pädagogische, medizinische und pflegerische Fachpersonal wachsen, das die Verantwortung für diese Menschen in dieser prüfenden Zeit übernehmen will und muss. Diese Herausforderungen zeigen sich aktuell vor allem im Umgang mit ambivalenten und dilemmatischen Situationen, die durch konfligierende Anforderungen entstehen: Im Sinne des Infektionsschutzes gilt das Gebot, Körperkontakt so vollständig wie möglich zu reduzieren. Jedoch bedürfen viele Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung intensiver Unterstützungs- und Pflegemaßnahmen, deren Durchführung ein hohes Maß an unerlässlichem Körperkontakt er-

fordert. Ebenso ist die Gefahr von Einsamkeit und Isolierung gegen das Gebot sozialer Distanzierung abzuwägen. Für Verantwortliche gilt es nun im Einzelnen zu bedenken, ob sie den ihnen anvertrauten Menschen eher die Gefahr zumuten können, erhebliche psychische und körperliche Schäden durch Vernachlässigung zu erleiden oder durch helfende Maßnahmen das Risiko einer Ansteckung zu erhöhen.

Diese Ambivalenz ist Ausdruck der Komplexität der Lebenswirklichkeit dieser Menschen sowie der Anforderungen ihres Unterstützungsbedarfs. Barbara FORNEFELD (2008) sieht in der hohen Anforderung, die Menschen mit Komplexer Behinderung an das System stellen, eine Gefahr, die sich im Zuge der Corona-Krise weiter zuspitzen dürfte.

„Menschen mit Komplexer Behinderung strapazieren das Versorgungssystem materiell, weil ihr Unterstützungsbedarf als kostenintensiv gilt. Sie strapazieren bzw. überfordern das Versorgungssystem aber auch konzeptionell, weil gängige pädagogisch-therapeutische Konzepte und Methoden bei ihnen nur unzureichend greifen“ (FORNEFELD 2008, 118).

Die Folge sei, dass Versorgungs- und Hilfesysteme Komplexitätsreduktion betreiben, um die an sie gerichteten sozialpolitischen und wirtschaftlichen Anforderungen zu erfüllen, indem sie Menschen mit Komplexer Behinderung entweder kategorisch ausschließen oder auf ihre Körperlichkeit reduzieren und ihnen lediglich eine Grundversorgung ihrer medizinisch-pflegerischen Bedarfe zukommen lassen. Wurde dieser Mechanismus der Exklusion bisher durch die wirtschaftlichen Interessen eines sich auf dem Rückzug befindenden Wohlfahrtsstaates befeuert, der durch die Individualisierung von Verantwortung nach Einsparungsmöglichkeiten suchte, befindet sich derselbe Motor momentan im Krisenmodus. In seinen historischen Analysen, in denen Andreas KUHLMANN unter anderem die humanitären Katastrophen des 20. Jahrhunderts und deren Auswirkungen auf den Umgang mit Menschen mit Behinderung analysiert, zeigt er einen eskalativen Mechanismus auf, der auf der gegenseitigen Verstärkung von Krisenbewusstsein einerseits und andererseits allzu zukunftsberauschtem Aktivismus basiert, von dem man sich einen schnellen Ausgang aus der Krise erhoffte. Je sensibler die Wahrnehmung für die Krisenhaftigkeit der Situation sei, desto

niedriger liege die Hemmschwelle für drastische Maßnahmen. Je höher andererseits die Bereitschaft sei, zu drastischeren Maßnahmen zu greifen, desto stärker falle auch das Krisenbewusstsein aus (vgl. KUHLMANN 2001, 40). Anders ausgedrückt: Je höher die Möglichkeit eingeschätzt wird, die Situation verändern zu können, desto weniger hinnehmbar erscheint diese. Je unerträglicher wiederum die Situation erscheint, desto gerechtfertigter erscheinen nun die Maßnahmen, die einen vermeintlichen Ausweg versprechen. Dass die Hemmschwelle gegenüber verhältnismäßig gering wirkenden Verletzungen gegen Wohl und Würde einer Person sinken könnte, ist eine Gefahr, die in Extrem- und Krisensituationen dringend im Auge zu behalten ist. „Der anwaltschaftliche Einsatz für diejenigen, die nicht für sich selbst sprechen können“ (DEDERICH, SCHNELL 2009, 81) und die „Sicherung humaner Qualität auch unter den Bedingungen knapper ökonomischer Ressourcen“ (ebd.) lassen sich aus dem Katalog der ethischen und politischen Programmatik für die Heil- und Sonderpädagogik von Martin SCHNELL und Markus DEDERICH vielleicht als die Gebote der Stunde herausgreifen.

Naturkatastrophen, gesellschaftliche Desaster und Vulnerabilität

Es zeigt sich, dass physiologische Dispositionen in der Verwundbarkeit gegenüber den Wirkungen und Folgen der Pandemie zwar eine nicht unerhebliche, jedoch bei weitem nicht die einzige Rolle spielen, und dass ferner die Ausblendung anderer Faktoren einen unzulässigen Reduktionismus darstellt. Dass auf der Makroebene einerseits Krankheit und Armut, andererseits Behinderung und Armut signifikant miteinander korrelieren und Gesundheitsrisiken nicht lediglich im psychophysischen Substrat wurzeln, sondern in gesellschaftliche und ökonomische Wirkzusammenhänge eingebettet sind, ist längst keine Neuigkeit (vgl. WALDSCHMIDT 2014, 179). Internationale Forscher*innen der Disability Studies widersprechen seit geraumer Zeit der medizinisch-individualistischen Vereinseitigung und Verengung der Probleme und Ursachen, die um das gesellschaftliche und kulturelle Phänomen Behinderung ranken. Ebenso lassen sich Naturkatastrophen nur in ihrer Wechselwirkung mit den gesellschaftlich gemachten Bedingungen, die vor und nach der Katastrophe vorzufinden sind, adäquat erfassen. So stellen Mark PRIESTLEY und Laura HEMINGWAY heraus, dass die analytische Isolation vermeintlich medizinischer Behin-

derungsursachen von den sozialen und kulturellen Zusammenhängen sowie den konkreten Folgen einer Schädigung ebenso künstlich ist wie analog die Unterscheidung zwischen Naturkatastrophen und ihren gesellschaftlichen Folgen. Anhand zweier Fallstudien zeigen sie, „that natural hazards are realised disproportionately as human disasters for disabled people, and particularly for disabled people in low-income communities“ (PRIESTLEY, HEMINGWAY 2007, 3). Die unterschiedliche Wucht, mit der die aktuelle Pandemie im globalen und lokalen Armutsgefälle im Leben einzelner Menschen und Gruppen einschlägt, stellt abermals unter Beweis, dass die Folgeschäden einer Naturkatastrophe unauflösbar mit den bereits vorher stattfindenden sozialen Desastern verwickelt sind. In der gesellschaftlichen Lebenswirklichkeit vieler Menschen mit Behinderung spitzt sich diese Verflechtung von Katastrophen und gesellschaftlichen Folgen, wie dem Zitat von PRIESTLEY und HEMINGWAY zu entnehmen ist, auf besondere Weise zu.

Für Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung beginnt die komplexe Krise nicht erst mit der Ausbreitung des Corona-Virus. Jedoch droht sich deren Ausgangslage, die in den letzten Jahrzehnten ohnehin bedingt durch stetig voranschreitende Prozesse der Ökonomisierung des Sozialen und der Entsolidarisierung der Gesellschaft von stetig wachsenden Exklusionsgefahren geprägt war (vgl. DEDERICH 2008, 31–36), sich im Zuge dieser verstärkten Gesundheitskrise weiter zu verschärfen.

Soziale Katastrophen folgen Naturkatastrophen meist auf dem Fuße, wenn sie diesen nicht längst in Form gesellschaftlich verursachter Vulnerabilitäten Vorschub geleistet haben.

Soziale Katastrophen folgen Naturkatastrophen meist auf dem Fuße, wenn sie diesen nicht längst in Form gesellschaftlich verursachter Vulnerabilitäten Vorschub geleistet haben. Ein umfassender Vulnerabilitätsbegriff ist damit auch als „gesellschaftsdiagnostische bzw. gesellschaftskritische Figur“ (BURGHARDT et al. 2017, 104) zu begreifen, der es „um die Analyse und Kritik von gesellschaftlichen Prozessen und Wirkkräften [geht], die – etwa durch Stigmatisierung, Vorenthaltung von Anerkennung, Benachteiligung, Marginalisierung oder Exklusion – entweder zu einer Erhöhung einer dispositionsbedingten Vulnerabilität bestimmter Individuen führen oder selbst als

Ursache von Vulnerabilität anzusehen sind“ (ebd.).

Handlungsempfehlungen für Politik, Forschung und Praxis

Die Maßnahmen, Forderungen und Regelungen, die im Rahmen des nationalen und internationalen Krisenmanagements getroffen werden, appellieren an zwei Grundpfeiler gesellschaftlichen Zusammenhalts. Der erste besteht in der solidarischen Verantwortungsübernahme gegenüber den besonders verwundbaren und gefährdeten Gruppen unserer Gesellschaft. Der andere besteht in der kollektiven Einsicht, dass gegenseitige Aufmerksamkeit, Hilfsbereitschaft und Rücksichtnahme die aktuell wesentlichen Tugenden darstellen, durch die diese Krise in erster Linie überwunden werden kann. Nichts jedoch macht Menschen in einer Zeit, in der sie mehr denn je auf den Schutz und die Fürsorge anderer Menschen angewiesen sind, verwundbarer, als übersehen zu werden. Vor allem Menschen mit komplexer Behinderung schweben seit jeher in der Gefahr, „im Dunkeln zu stehen“ (FORNEFELD 2008, 50). Sie sind in besonderem Maß davon bedroht, sowohl durch die breite Öffentlichkeit, als auch durch die Hilfs- und Versorgungsnetze übersehen zu werden, die ursprünglich dazu dienen sollten, die an den Rand Gedrängten, Abgehängten und Ausgeschlossenen der Gesellschaft zu schützen und in die Mitte der Gesellschaft zurückzuholen (vgl. ebd.). Dementsprechend gilt es dringend, die Gesellschaft dafür zu sensibilisieren, dass Menschen mit geistiger

und schwerer Behinderung unabhängig ihres Alters zur COVID-19-Hochrisikogruppe gehören. Die politischen Akteure müssen diesen Personenkreis und die Komplexität ihrer Situation gerade jetzt und auch zukünftig in besonderem Maße in ihre Überlegungen zum Gesundheitsschutz einbinden. Vor allem im Maßnahmenkatalog zum Gesundheitsschutz muss die besondere Ausgangsbedingung von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung berücksichtigt werden. Hierzu zählen die Sicherstellung der Betreuung, Pflege und Unterstützung, die Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung verlässlich benötigen. Informationen zum Gesundheitsschutz und zur Auf-

klärung über aktuelle Entwicklungen sowie Hintergrundinformationen über die veränderten Rahmenbedingungen der Betreuung, Pflege und Unterstützung müssen dem Personenkreis verstärkt barrierefrei zugänglich und verständlich gemacht werden. Mit der Einstufung von Einrichtungen der Behindertenhilfe als systemrelevant muss ein bedarfsgerechter Personalschlüssel zur Abdeckung des zusätzlichen Mehraufwands durch weitere Schutzvorkehrungen in Pflege und Begleitung sichergestellt werden. Dass Mitarbeiter*innen aus Werkstätten für Menschen mit Behinderung und aus tagesstrukturierenden Einrichtungen als flexible Lösung aktuell in Wohneinrichtungen zur Abdeckung des personalen Mehraufwands eingesetzt werden, ist sicherlich begrüßenswert, erfordert gleichzeitig jedoch Schulungen der betroffenen Mitarbeiter*innen in einem bedürfnisentsprechenden und schützenden Umgang. Die Verantwortung zum Gesundheitsschutz sowie die pädagogische Verantwortung liegen in der Hand der Träger der Behinderten- und Eingliederungshilfe sowie der Wohlfahrtsverbände und dürfen nicht aufgrund fehlender einheitlicher Maßnahmenkataloge und entsprechender struktureller Bedingungen auf die einzelnen pädagogischen/pflegerischen Fachkräfte übertragen werden. Mit diesen Forderungen schließen wir uns unter Hinweis auf die Berücksichtigung der speziellen Bedarfe von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung weitestgehend den Forderungen des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe an (Deutscher Berufsverband der Pflegeberufe 2020). Die Gemeinschaft der Forschenden, die dem Personenkreis ihr besonderes Interesse widmet, obliegt nun die Verantwortung, aktuelle Fragestellungen rund um die gegenwärtige und zukünftige Betroffenheit und Verletzbarkeit von Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung angesichts der derzeitigen Krisensituation zu bearbeiten. Akute Probleme und prognostizierbare Folgeprobleme müssen eruiert und systematisiert werden, die sich in der pädagogischen und pflegerischen Praxis sowie in gesellschaftlichen Zusammenhängen angesichts dieser Notsituation auf tun. Lösungen und Konzepte müssen erarbeitet werden, die zur Würdigung, Begleitung und Verbesserung der Praxis dienen, die bereits jetzt von vielen engagierten professionellen und ehrenamtlichen Unterstützer*innen getragen wird. Insgesamt ergeht besonders in Krisenzeiten an die Forschung der Heil- und Sonderpädagogik der ethische Auftrag, nicht nur die leibliche, sondern ebenso die soziale Vulnerabilität vernachlässigter und über-

sehener Personengruppen und die sich daraus ergebende Verantwortung im Auge zu behalten (vgl. DEDERICH 2003, 72-75). Das Ziel dieses Auftrags ist die Aufklärung von Politik und Öffentlichkeit, um auf dieser Basis weiterhin für die Anerkennung ihrer Bedarfe, die Verfügbarmachung benötigter Ressourcen und die Her- und Sicherstellung notwendiger Schutzräumen zu werben.

LITERATUR

- BÖSSING, Carina; SCHROOTEN, Katrin; TIESMEYER, Karin** (2019): Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: Walther, Kerstin; Römisch, Kathrin (Hrsg.): Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit. Wiesbaden: Springer VS, 51–87.
- BURGHARDT, Daniel et al.** (2017): Vulnerabilität. Pädagogische Herausforderungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- DEDERICH, Markus** (2003): Ethische Fragen der Geistigbehindertenpädagogik. In: Fischer, E. (Hrsg.): Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen – Theorien - Aktuelle Herausforderungen. Oberhausen: Athena Verlag, 60–8.
- DEDERICH, Markus** (2007): Abhängigkeit, Macht und Gewalt in asymmetrischen Beziehungen. In: Dederich, Markus; Grüber, Katrin (Hrsg.): Herausforderungen. Mit schwerer Behinderung leben. Frankfurt a.M.: Mabuse Verlag, 139–152.
- DEDERICH, Markus** (2008): Der Mensch als Ausgeschlossener. In: Fornefeld, Barbara (Hrsg.): Menschen mit Komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik. München: Reinhardt, 31–49.
- DEDERICH, Markus; SCHNELL, Martin W.** (2009): Ethische Grundlagen der Behindertenpädagogik: Konstitution und Systematik. In: Dederich, Markus; Jantzen, Wolfgang (Hrsg.): Behinderung und Anerkennung. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 2. Stuttgart: Kohlhammer, 59–83.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.** (DBfK) (2020): Wir fordern: umfassende Unterstützung für Pflegenden im Kampf gegen Corona. www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2020/corona-unterstuetzung-fuer-pflegende.php (abgerufen am 26.03.2020)
- DINGGREINER, Christina; KRUSE, Andreas** (2010): Menschen mit geistiger Behinderung. In: Dies. (Hrsg.): Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 13–30.
- FORNEFELD, Barbara** (2008): Pädagogische Leitgedanken als Ausschluss-Prinzipien? In: Dies. (Hrsg.): Menschen mit Komplexer Behinderung. Selbstverständnis und

Aufgaben der Behindertenpädagogik.

München: Reinhardt, 108–147.

HARMEL, Hilke (2011): Subjekt zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Eine kritische Literaturanalyse und ihre Bedeutung für die Behindertenpädagogik.

Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

HAVEMAN, Meindert; STÖPLER, Reinhilde (2010): Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation, 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

KUHLMANN, Andreas (2001): Politik des Lebens - Politik des Sterbens. Biomedizin in der liberalen Demokratie. Berlin: Alexander Fest Verlag.

PEACOCK, Georgina, MOORE, Cynthia; UYEKI, Timothy (2012): Children with special health care needs and preparedness: experiences from seasonal influenza and the 2009 H1N1 influenza pandemic. In: Disaster medicine and public health preparedness 6 (2), 91–93.

PRIESTLEY, Mark; HEMINGWAY, Laura (2007): Disability and disaster recovery: A tale of two cities? In: Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation 5 (3-4), 23–42.

PROESMANS, Marijke et al. (2015): Respiratory Morbidity in Children With Profound Intellectual and Multiple Disability. In: Pediatric pulmonology 50 (10), 1033–1038.

Robert Koch Institut (2020): Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). Stand: 13.3.2020. www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html?nn=13490888 (abgerufen am 19.03.2020).

THIMM, Antonia et al. (2018): Wohnsituation Erwachsener mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe und Umzüge im Alter. www.lwl.org/spur-download/pdf/mutig.pdf (abgerufen am 19.03.2020).

VAUGHAN, Elaine; TINKER, Timothy (2009): Effective Health Risk Communication About Pandemic Influenza for Vulnerable Populations. In: American Journal of Public Health 99 (52), 324–332

WALDSCHMIDT, Anne (2014): Macht der Differenz. Perspektiven der Disability Studies auf Diversität, Intersektionalität und soziale Ungleichheit. In: Soziale Probleme 25 (2), 173–193.

i Die Autor*innen:

Team des Lehrstuhls „Pädagogik und Rehabilitation bei Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung“ an der Universität zu Köln

Philipp Seitzer, Timo Dins, Maria Busch, Lena Grüter, Theresa Stommel, Julia Fischer-Suhr, Ingeborg Sungen, Michaela Naumann, Vertr. Prof*in Dr. Caren Keeley

@ www.hf.uni-koeln.de/30058
philipp.seitzer@uni-koeln.de