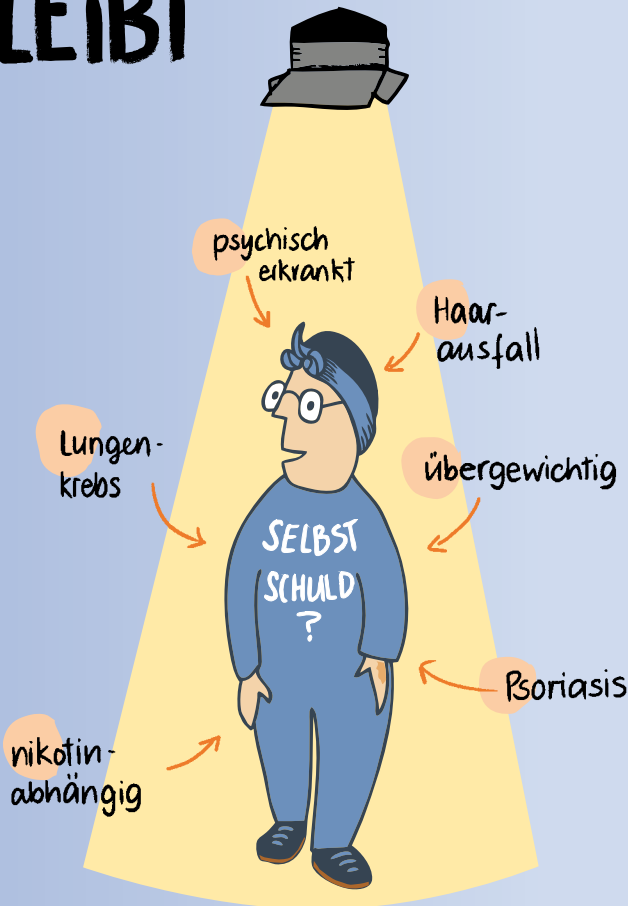


Gemeinsam
handeln

DAMIT KRANKHEIT KEIN STIGMA BLEIBT





Wolfgang van den Bergh
Herausgeber Ärzte Zeitung/
SpringerMedizin

Das hat uns gerade noch gefehlt! In der Hoffnung auf mehr Zuversicht nach der Pandemie kommt jetzt das nächste Thema aufs Tapet. Ein Fehler? Wir finden nein! Denn wenn Menschen aufgrund ihrer Erkrankung gemobbt und herabgewürdigt werden, muss das immer ein Thema sein!

Betroffene leiden oft mehr unter der Stigmatisierung als unter ihrer eigentlichen Erkrankung. Zu diesem Ergebnis kommt die „Lancet-Kommission“, eine Gruppe von Wissenschaftler:innen in einem Bericht, in dem die Schicksale von Menschen zusammengetragen worden sind. Die Kommission fordert: Stigmatisierung muss aufhören!

Für uns als Verlag war das mehr als ein Impuls, diesen Menschen eine Stimme zu geben und gemeinsam mit Partnern eine Offensive gegen Herabwürdigung und für gesellschaftlichen Wandel zu starten. Mit unserer Publikation zeigen wir konkrete Möglichkeiten auf, wo wir ansetzen müssen, um Stigmatisierung im Gesundheitsbereich zu verhindern. Darüber wollen wir mit der Politik ins Gespräch kommen.

Ja, Stigmatisierung muss aufhören, damit auch diese Menschen eine Chance haben, mit Zuversicht in die Zukunft zu schauen.



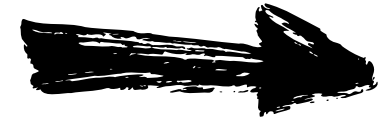
Dr. Bettina Lutz
Leiterin Inflammation &
Immunology, Pfizer Deutschland

Dass Menschen andere Menschen „in Schubladen stecken“, ist in einem gewissen Umfang normal. Kritisch wird es dort, wo das Gegenüber auf bestimmte Merkmale reduziert und abgewertet wird. Das ist Stigmatisierung und findet leider auch mit Blick auf Krankheiten statt.

Ob psychische Erkrankung, Adipositas, HIV-Positiv-Status oder Hauterkrankung – immer wieder erfahren Betroffene Zuschreibungen, dass sie an diesem Leid schuld seien, „falsch leben“ oder sich eine Erkrankung nur einbilden.

Als forschendes Pharmaunternehmen setzt sich Pfizer für eine Gesellschaft ein, in der kein Patient und keine Patientin stigmatisiert und benachteiligt wird. Stigmatisierung findet von Mensch zu Mensch, aber auch von Institutionen zu Menschen statt. Schärfen wir unseren Blick und tun wir etwas dagegen! Zu einer lebenswerten Gesellschaft zählt, dass jeder als Individuum wahrgenommen und im Krankheitsfall nicht nur gut, sondern auch fair behandelt wird. Dazu gehört auch, dass wir Krankheiten nicht unterschiedlich bewerten.

DAMIT SICH ETWAS WANDELT



**10 Thesen für
einen Wandel – 4**

**Die Teilnehmer:innen
an den 4 Workshops – 5**

**Die gemeinsam
erarbeiteten Empfehlungen – 6**

**Zügig umsetzen –
3 Sofortmaßnahmen – 11**

**Alles auf einen Blick –
Graphic Recording – 12**

**Die Basis –
Workshops und Methodik – 14**

**Blick in die
Ideenwerkstatt – 16**

Impressum – 23

10 Thesen gegen Stigmatisierung aus interdisziplinären Workshops

DAMIT EIN WANDEL ENTSTEHEN KANN, BRAUCHT ES ...

1 /

Forschung & Evidenz

Förderung von Forschung und evidenzbasierten Ansätzen zum zielgerichteten Vorgehen gegen Stigmatisierung unter Zuhilfenahme von Indikatoren und Messinstrumenten für Monitoring & Outcome.

2 /

Neudefinition Lifestyle-Erkrankung

Erweiterung der Betrachtungsweise stigmatisierender Krankheiten weg von der reinen „Lifestyle“-Problematik, hin zur Anerkennung als Erkrankungen mit Komorbiditäten und dadurch Forcierung frühzeitiger, zielgerichteter Diagnostik und Behandlung.

3 /

Bewusstsein über Sprache

Anstoßen eines gesellschaftlichen Diskurses über Stigmatisierung und Sprachgebrauch, Förderung einer Kultur des offenen Ansprechens und Vorleben einer entstigmatisierten und respektvollen Kommunikation.

4 /

Aufklärung & Ent-Tabuisierung

Informationskampagnen und Aufklärungsinitiativen, die belastbare Fakten über Krankheitsbilder vermitteln und gesellschaftliche Tabus rund um Erkrankungen aktiv thematisieren – zielgruppenspezifische und ressourcenorientierte Ansprache dabei beachten.

5 /

Frühe Verankerung

Aufklärung und Sensibilisierung für Stigmatisierung bereits in Lehrplänen und pädagogischen Konzepten von Kita und Schule verankern und Pädagogikfachkräfte und Lehrer:innen dahingehend schulen.

6 /

Vertiefende Ausbildung im Gesundheitsbereich

Aus- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich neu denken & gezielt implementieren, um eine stigmatisierungssensible Kommunikation in der patientenzentrierten Versorgung zu gewährleisten.

7 /

Begegnungsräume

Förderung von Organisationen, Programmen und Initiativen, die Orte der Begegnung schaffen und Entstigmatisierung in verschiedenen Lebensbereichen, auch durch die Schaffung von sicheren Räumen unterstützen.

8 /

Partizipative Entscheidungsprozesse

Aktive Beteiligung von Betroffenen in Entscheidungs- und Planungsprozessen, bewusste Einbindung in Gremien und Berücksichtigung ihrer Expertise und Erfahrung bei der Entwicklung und Implementierung konkreter Maßnahmen.

9 /

Influencer:innen & Medienpartnerschaften

Zusammenarbeit mit Vorbildern & Influencer:innen sowie Partnerschaft mit Medien, um gezielte Aufklärungsarbeit zu leisten, ein breites Bewusstsein für die Thematik zu schaffen und unterschiedliche Zielgruppen zu erreichen.

10 /

Zivilcourage

Stärkung von Selbsthilfegruppen, Mentor:innen und Patientenorganisationen, die Betroffene in ihrem Umgang mit Stigmatisierung unterstützen sowie gezielte Unterstützung von Initiativen, die Mut und Zivilcourage zur Entstigmatisierung fördern.

Die Workshop-Teilnehmer:innen

Karen Abel

Podcasterin „Let's talk about cancer“

Dr. Janine Dieckmann

Institut für Demokratie und Zivilgesellschaft (IDZ), Jena

Nicoline Ehrhardt

Patientennetzwerk ALKpositiv Deutschland

Anna Ferrario

Caritasverband Berlin, [U25] Online-Suizidprävention

Marius Grosser

Deutscher Psoriasis Bund e.V.

Prof. Dr. Matthias Hastall

TU Dortmund, Fakultät Rehabilitationswissenschaften

Felix Högl

Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V.

Anne Langhorst

Malteser Hilfsdienst e.V. Berlin, Leitung Wirkungsmanagement und Partnerships

Christel Moll

Adipositas Verband Deutschland e.V.

Simone Pareigis

SHG Leukämie- und Lymphompatienten Halle

Tanja Renner

Netzwerk für Autoimmunerkrankte – NIK e.V.

Thomas Richter

AfB gGmbH (Arbeit für Menschen mit Behinderung)

Ralph Schliewenz

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.

Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak

Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus

PD Dr. Rachel Sommer

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen

Prof. Dr. Christian Stierle

Hochschule Fresenius für Wirtschaft und Medien GmbH

Dr. Klaus Strömer

Dermatologische Privatpraxis Ahaus, Projekt „In meiner Haut“ (ECHT)

Ipek Türkeköle

Interessengemeinschaft Sichelzellkrankheit und Thalassämie e.V.

Martin Weber

Caritasverband Berlin, Leiter Arztmobil, Wohnungslosenhilfe

Holger Westermann

Deutsche Fibromyalgie Vereinigung e.V.

PD Dr. Susanna Wiegand

Charité Universitätsmedizin Berlin, Vizepräsidentin der Deutschen Adipositas Gesellschaft

Michael Wirtz

AdipositasHilfe Deutschland e.V.

DIE GEMEINSAM ERARBEITETEN EMPFEHLUNGEN

Was sind Handlungsoptionen, die zügig umsetzbar sind und schnellen Erfolg bringen? Nach drei Vorläufer-Workshops haben Vertreter:innen aus Betroffenenverbänden, Medizin und Wissenschaft sowie gesellschaftlichen Gruppierungen in einer vierten Arbeitssitzung die Optionen identifiziert und konsentiert. Vor allem drei Ansätze sind viel versprechend.

Viele (Volks-)Krankheiten verursachen doppeltes oder gar dreifaches Leid: Neben den unmittelbaren Folgen der Krankheit wie Schmerz, Verlust oder Beeinträchtigung körperlicher und geistiger Funktionen sowie Arbeitsunfähigkeit leiden betroffene Menschen unter gesellschaftlicher Diskriminierung. Manche Krankheiten gelten als selbst verschuldet wie beispielsweise Übergewicht und Abhängigkeit von Alkohol oder Zigaretten. Psychische und psychiatrische Krankheiten werden in ihren Erscheinungsformen als von der Norm abweichendes Verhalten angesehen – die davon Betroffenen werden ausgegrenzt, diskriminiert, stigmatisiert. Sichtbare Hautkrankheiten stören das ästhetische Empfinden, können Ekel auslösen und werden allein aufgrund ihres Erscheinungsbildes als gefährlich und infektiös empfunden.

Die Reaktionen der Umwelt führen zur dritten Kategorie von Leid der betroffenen Patient:innen: die Selbststigmatisierung. Im Wissen um die Normabweichung „verschonen“ Patienten ihre Umwelt und ziehen sich aus der sozialen Interaktion zurück. Sie gehen gezwungenermaßen in die Selbstisolation.

Krankheit und Schuldzuweisung

Stigmatisierung von kranken Menschen ging lange Zeit mit einer Dämonisierung von Krankheiten einher: als Strafe Gottes für vermeintliches Fehlverhalten. Die Entwicklung der modernen, wissenschaftlich begründeten Medizin hat mit solchen Formen der Dämonisierung zwar aufgeräumt – aber nicht das

Problem der Stigmatisierung beiseitigen können.

Zum einen liegt dies daran, dass immer noch Erkenntnislücken verbleiben. Zum anderen erfordern die Verbreitung medizinisch-wissenschaftlicher Evidenz und deren Wahrnehmung in Politik und Gesellschaft nicht selten Jahrzehnte.

Ein Beispiel dafür sind die in den vergangenen zwei Jahrzehnten gewonnenen Erkenntnisse über die komplexen Regulationen des Stoffwechsels zwischen Gehirn und Verdauungsorganen, den daran beteiligten Rezeptoren und Botenstoffen. Damit konnte die Entstehung der Krankheit Übergewicht aufgeklärt werden.

Lifestyle und Stigma

Genau diese Zusammenhänge waren Ende der 1990er- und Anfang der 2000er-Jahre, als die heutige Fassung des Negativlisten-Paragrafen 34 SGB V entstand, noch unbekannt. Aber bis heute ist die Erstattungspraxis der Krankenkassen aufgrund des „Lifestyle“-Paragrafen nicht entsprechend den wissenschaftlichen Erkenntnissen korrigiert worden.

Michael Wirtz von der Adipositas-Hilfe Deutschland findet für diese Umstände drastische Worte: „Lifestyle ist ein echter Scheißbegriff. In diesem Sinne könnte man auch bei Lungenkrebs von einer ‚Lifestyle‘-Erkrankung sprechen, denn die Ursache für Lungenkrebs ist in den meisten Fällen das Rauchen.“

Was also kann konkret getan werden, um Stigmatisierung durch Krankheit zu überwinden? Die Teilnehmenden des vierten interdisziplinären Workshops (S. 5) bewerteten die in

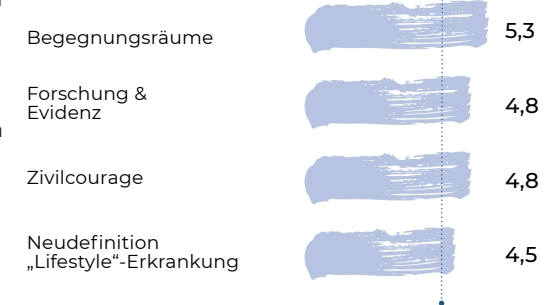
den drei Vorläufer-Workshops identifizierten zehn Thesen und Handlungsfelder (S. 4–5 und 14–23) in drei Schritten mit dem Tool Situation R® (S. 15) und zwar unter den Aspekten:

- a) Status quo – wie gut sind wir bereits?
- b) Wo sind jeweils Politik, Medizin, Betroffene und Zivilgesellschaft verantwortlich?
- c) Was sind die Handlungsoptionen hinsichtlich Wirksamkeit, Umsetzbarkeit und Bereitschaft zum Engagement?

Der Status quo – wo besteht größter Handlungsbedarf?

Die erfreuliche Nachricht: Der Prozess der Entstigmatisierung von Krankheiten schreitet voran, und es scheint Fortschritte zu geben. Das gilt vor allem hinsichtlich des allgemeinen Sprachgebrauchs und einer offenbar zunehmenden Sensibilisierung, aber auch für wachsende Zivilcourage bei der Benennung diskriminierender Umstände oder Verhaltensweisen. Im Zusammenhang

Verantwortlichkeiten-Mapping Politik



Durchschnitt: 4,2 Punkte (Skala von 0-8)
Quelle: Workshop-Ergebnis (FAS Research, Methodik: S. 15)

damit steht auch ein leicht überdurchschnittlicher Wert für die Aufklärung über Ent-Tabuisierung.

Dem stehen jedoch noch beachtliche Defizite und Aufholpotenziale gegenüber: An erster Stelle wird eine möglichst frühe Verankerung des Themas Stigmatisierung von Krankheiten genannt. Gemeint ist die Bildungsfunktion von Kitas und Schulen schon bei der frühkindlichen Bildung und die wichtige Rolle, die Erzieher:innen und Lehrer:innen dabei einnehmen sollten.

Ebenfalls noch erheblicher Nachholbedarf besteht bei einer Verbesserung der Partizipation Betroffener an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen. Offenbar werden die Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte von Patient:innen im Gemeinsamen Bundesausschuss – Antrags- und Mitberatungsrecht, jedoch keine

Entscheidungsbefugnis – noch als unzureichend bewertet.

Drittes noch unbeackertes Handlungsfeld ist die Definition sogenannter „Lifestyle“-Erkrankungen. Wie groß inzwischen die Kluft zwischen wissenschaftlicher Evidenz und politisch-gesetzlicher Realität geworden ist, scheint bislang kaum ins Bewusstsein von politischen Entscheidungsträger:innen gedrungen zu sein. Aber auch die Defizite hinsichtlich Forschung und Evidenz werden noch als beträchtlich angesehen. Das gilt insbesondere hinsichtlich einer systematischen Aufarbeitung existierender Stigmatisierung.

Nicht nur Druck auf die Politik

Wer sollte im Verbesserungsprozess an welcher Stelle besondere Verantwortung übernehmen, wer kann es am besten?

Politik und Gesetzgeber wären vor allem gefragt, wenn es darum geht, gesellschaftliche Begegnungsräume für gesunde und kranke Menschen zu schaffen, um Vorurteile und Unkenntnis abzubauen. Aber auch Stigmatisierung intensiver zu erforschen und bessere Daten zu schaffen, wird in der Verantwortung des Staates gesehen. Ebenso sollten staatliche Institutionen die Zivilcourage fördern. Und es liegt auf der Hand, dass der Gesetzgeber die Aufgabe hat, für „Lifestyle“-Erkrankungen eine neue Definition zu finden, die der wissenschaftlichen Evidenz gerecht wird.

Ein ausgesprochen breit gespreiztes Ranking mit sehr eindeutigen Verantwortlichkeiten ergibt sich für die Medizin und ihre Institutionen: An vorderster Stelle steht die Aufgabe, bei der

Ausbildung von Ärzt:innen und Gesundheitsberufen, mögliche Stigmatisierung als Folge von Krankheiten vertiefend zu integrieren. An zweiter und dritter Stelle stehen – gleichgewichtig – verstärkte Anstrengungen in der Forschung und die Neudefinition von „Lifestyle“-Erkrankungen. Das heißt: Den Ärzt:innen und ihren Institutionen werden eine beträchtliche Verantwortung und Einflussmöglichkeit für letztlich politisch-gesetzgeberische Entscheidungen zugetraut.

Überraschend groß werden die Aktionsspielräume der Betroffenen selbst eingeschätzt, an erster Stelle ihre Möglichkeit, Zivilcourage zu fördern. Das würde ein erhebliches Selbstbewusstsein voraussetzen. Dass dies so hochgeschätzt wird, könnte eventuell auch Grund für Optimismus sein – und, dass der Prozess der Entstigmatisierung von Krankheiten in der Gesellschaft schon ein Stück vorangekommen ist.

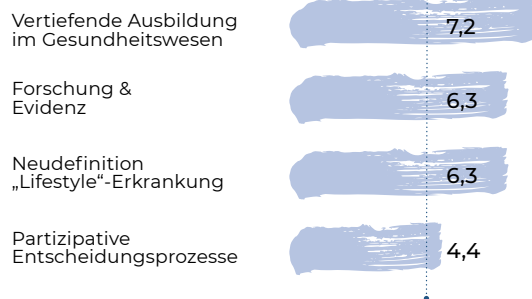
Dass auf Platz 2 Partizipation an Entscheidungsprozessen steht, liegt auf der Hand – ohne die Verantwortung dafür zu übernehmen, wäre dies zum Scheitern verurteilt. Dicht folgt die Verantwortung dafür, ein Bewusstsein für Stigmatisierung in der Kommunikation und Sprache zu entwickeln. Auch die Aufklärung über Krankheiten und ihre Folgen hat ein überdurchschnittliches Gewicht sowie die Option, Medienpartnerschaften und Influencer:innen zu nutzen. Im politischen Prozess bei der Neudefinition von „Lifestyle“-Erkrankungen kommt auch den Betroffenen eine überdurchschnittlich wichtige Funktion zu.

Eine überragende Verantwortung der Zivilgesellschaft sehen die Workshop-Teilnehmer:innen hinsichtlich des Sprachbewusstseins. Eine prägende Rolle könnten dabei Medien haben, aber ebenso Bildungseinrichtungen, und auch die Kommunikation im Internet.

Was tun? Was hat Aussicht auf Erfolg?

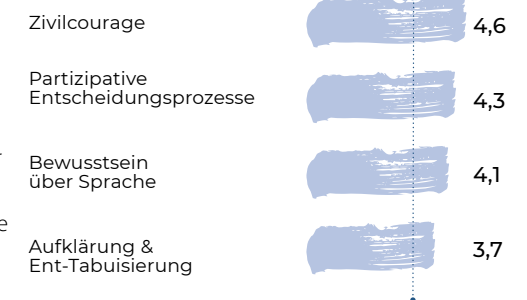
Insgesamt zehn Handlungsoptionen/Thesen (S. 4–5) haben die Workshop-Teilnehmer:innen in der letzten Beratungsrunde mit Hilfe von Situation R® hinsichtlich Wirksamkeit, Komplexität und Enthusiasmus/Bereitschaft zum Engagement bewertet. Am Ende stehen die Instrumente/Aktionen, die wahrscheinlich eine ziemlich rasche Wirkung erzielen, eine nicht allzu hohe Komplexität bei der Umsetzung aufweisen und die zugleich mit der Bereitschaft zu eigenem Engagement befördert werden.

Verantwortlichkeiten-Mapping Medizin



Durchschnitt: 4,2 (Skala von 0-8)
Quelle: Workshop-Ergebnis (FAS Research)

Verantwortlichkeiten-Mapping Betroffene



Durchschnitt: 3 (Skala von 0-8)
Quelle: Workshop-Ergebnis (FAS Research)

Unter den zehn Handlungsmöglichkeiten erweisen sich nach der Dreifach-Bewertung fünf als besonders geeignet, rasche Fortschritte zu erzielen:

○ Mitglieder des Bundestags-Gesundheitsausschusses einladen mit der höchsten Wirkung und relativ leichter Umsetzbarkeit,

○ eine Aufklärungskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit leichter Umsetzbarkeit und relativ guter Wirksamkeit,

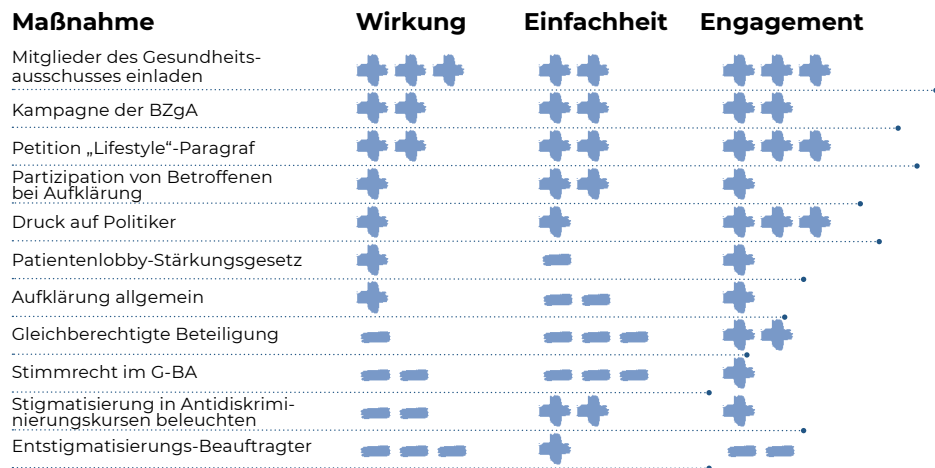
○ eine Petition zur Änderung des „Lifestyle“-Paragrafen mit dem höchsten Maß an Engagement und relativ guter Wirksamkeit,

○ die Partizipation von Betroffenen bei der Aufklärung mit positivem Impact und noch relativ leichter Umsetzbarkeit sowie

○ ganz generell den Druck auf die Politik erhöhen mit einem ausgeprägten Enthusiasmus.

Wenig Hoffnung besteht hingegen hinsichtlich der Erweiterung von Patientenrechten etwa durch ein Stimmrecht im Bundesausschuss. Und ernüchternd ist die Einschätzung der Wirksamkeit eines speziellen Entstigmatisierungs-Beauftragten der Bundesregierung. Es wäre – neben den Beauftragten für Patient:innen, Drogen, Pflege und Behinderte – der Fünfte im Bereich Soziales und Gesundheit.

Schneller Fortschritt durch hohe Wirksamkeit, einfache Umsetzbarkeit (geringe Komplexität) und hohen Enthusiasmus



Legende:
 +++ weit über Durchschnitt --- weit unter Durchschnitt **Wirkung** = Maß der Wirksamkeit gegen Stigmatisierung
 ++ deutlich über Durchschnitt -- deutlich unter Durchschnitt **Einfachheit** = ist leicht zu realisieren
 + leicht über Durchschnitt - leicht unter Durchschnitt **Engagement** = Bereitschaft, sich einzubringen

Quelle: modifiziert nach FAS Research

3 Sofortmaßnahmen

JETZT ZÜGIG UMSETZEN

Intensiver Austausch mit Parlamentarier:innen und Aufklärung durch die BZgA mit dem Ziel, den Negativlisten-Paragrafen 34 SGB V zu revidieren – das wären konkrete, wirksame und schnell umsetzbare Aktionen zur Bewältigung von Stigmatisierung durch Krankheit.



- Mitglieder des Bundestags-Gesundheitsausschusses einladen und informieren
- Aufklärungskampagne starten
- Petition zur Revision des „Lifestyle“-Paragrafen 34 SGB V

Das ist die Quintessenz von vier Workshops mit Vertreter:innen aus betroffenen Patientengruppen, Medizin und Wissenschaft sowie gesellschaftlichen Gruppierungen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich. Und: Hier ist die Bereitschaft, sich selbst einzubringen (Engagement) besonders hoch. Stigmatisierung – das wurde deutlich – hat ihre Ursache in Unkenntnis und Vorurteilen. Dabei wurde offensichtlich: Die Ausgrenzung von „Lifestyle“-Arzneimitteln basiert auf dem Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft und der gesellschaftlichen Attitüden der 1990er-Jahre – beides längst überholt durch neue Erkenntnisse. Notwendig ist: Handeln für eine evidenzbasierte Politik!

Krankheitsbedingte Stigmatisierung

Rückblick

3 Workshops haben uns weiter gebracht.

Forschung + Politik sind nicht stigmatisierungsfrei

Wie können wir das Leben unserer Patient:innen leichter machen?

Vorurteile wiegen schwer!

Wir wollen Individuen in den Fokus nehmen



§34

"Lifestyle-bedingte Erkrankungen"

unsäglich!

Wir holen die Politik ins Boot!

DAMIT SICH ETWAS WANDELT

fordern wir:



Überblick über Versorgungskontext

Für 45% der Stigmat. Hintergründe gibt es keine Anlaufstellen.

121 Hintergründe für Stigmatisierung definiert

Mehrfach Stigmatisierung beachten

Queer
Haar-ausfall
Übergewichtig

Es fehlt eine übergreifende Studie.



DRUCK DARF NICHT NACHLASSEN



nikotin-abhängig

wesentliches:

Expertise der Erkrankten

Erkrankung ins SELBSTBILD aufnehmen.

Es ist eine gesellschaftl. Aufgabe

Autoimmunerkrankung sichtbar machen!



Selbststigmatisierung vermeiden durch bewusste Sprache

JETZT zügig umsetzen

Mitglieder des Gesundheitsausschusses einladen Austausch

Aufklärungskampagne starten

Petition "Lifestyle-Paragraf" ändern!

STOP §34



2. Neudefinition Lifestyle-Erkrankung

4. Aufklärung & Ent-Tabuisierung

6. Vertiefende Ausbildung im Gesundheitsbereich

8. Partizipative Entscheidungsprozesse

1. Forschung & Evidenz

3. Bewusstsein über Sprache

5. Frühe Verankerung

7. Begegnungsräume

9. Influencer:innen & Medienpartnerschaften

10. Zivil-courage

Voraussetzungen

"Make or Break"

Ergebnis

©Miss Vizz

GEMEINSAM STIGMA- TISIERUNG IM GESUND- HEITSWESEN BEENDEN

Stigmatisierung, Ausgrenzung, Diskriminierung – das sind Folge vieler, oft chronischer Erkrankungen. Ursachen sind oft Unkenntnis, unbegründete Ängste und daraus resultierende Vorurteile. Die Auswirkungen können gravierend sein und betreffen auch den Zugang zu medizinischen Leistungen. In drei Workshops haben Teilnehmende aus Betroffenen-Verbänden und Selbsthilfegruppen, von gesellschaftlichen Gruppierungen und aus Medizin und Wissenschaft Handlungsoptionen erarbeitet. In einem vierten Workshop wurden daraus 10 Thesen bewertet (S. 4–5).

Es existieren einzelne Studien, Initiativen und Aktionen, die das Thema Stigmatisierung im Bereich der Medizin und des Gesundheitswesens thematisieren. Den Kampf gegen die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen haben die Parteien der Ampel sogar in den Koalitionsvertrag aufgenommen. Stigmatisierung im Gesundheitswesen geht aber weit über psychische Erkrankungen hinaus.

Eine Klammer um die vielen Aktivitäten

Was fehlt, ist eine Klammer um alle diese einzelnen Aktivitäten. Hier hat der Fachverlag Springer Medizin angesetzt und zu Workshops eingeladen. Ausgewählt wurden Vertreterinnen und Vertreter aus Organisationen und Einrichtungen sowie Einzelpersonen, die sich beim Thema Stigmatisierung hervorgetan haben oder die Betroffene vertreten, die besonders von Diskriminierung betroffen sind.

Dazu fanden initial drei Workshops statt, zwei in Präsenz, einer online: acht Online-Teilnehmende von Betroffenen-Verbänden und Selbsthilfegruppen, sechs Teilnehmende gesellschaftlicher Gruppierungen sowie vier aus Medizin und Wissenschaft.

Drei Schritte führen zum Ergebnis

Aufbau und Herangehen waren in den drei initialen Workshops identisch, jedoch gab es in Präsenz Kleingruppen-Arbeit, online hingegen Einzel-Interviews. Dabei wurde in drei Schritten gearbeitet.

Erstens: Wo müssen wir zuerst ansetzen, was sind wichtige Hebelpunkte?

Zweitens: Wie hoch wird das Bewusstsein für die jeweiligen Hebelpunkte in der deutschen Gesellschaft eingeschätzt? Und gibt es Rücken- oder Gegenwind für die jeweiligen Hebelpunkte (zunehmendes oder abnehmendes Momentum)?

Drittens: Welche konkreten Maßnahmen und Ideen gibt es, wie wird ihre Wirksamkeit, ihre Realisierbarkeit eingeschätzt und wie groß ist die Bereitschaft in der jeweiligen Gruppe, sich dafür selbst zu engagieren?

Die so in den Workshops 1 bis 3 herausgearbeiteten Thesen bewerteten die Teilnehmenden in einem vierten, interdisziplinären Workshop (S. 4–11).

Bewertung und Ranking mittels intelligentem Software-Tool

Ideen und Ansätze wurden jeweils gesammelt und diskutiert, anschließend ein Ranking erstellt. Dies geschah mit dem Softwaretool Situation R® des Unternehmens FAS Research aus Wien. Mit dem Tool erfolgte eine digitale Analyse der wesentlichen Hebelpunkte, Handlungsoptionen wurden priorisiert und eine Roadmap entwickelt, um die Ziele zu erreichen. Die Teilnehmer:innen gaben dazu individuelle Bewertungen auf ihren digitalen Geräten ab, während die Software die Ergebnisse in Echtzeit konsolidierte, miteinander verglich und diese in Balkendiagrammen, Action-Maps oder Netzwerken visualisierte (s. Grafiken auf den Folgeseiten).



BLICK IN DIE IDEEN-WERKSTATT

Was die Hebelpunkte für weniger Stigmatisierung sind, wie das Bewusstsein dafür in der Gesellschaft ist und welche Handlungsoptionen vielversprechend sind, sehen die Teilnehmenden der drei Workshops differenziert. Bei allen Unterschieden besteht Einigkeit darin, dass frühe Bildung und Aufklärung, Kommunikation und Partizipation eine wesentliche Rolle spielen, um Stigmatisierung von Menschen mit Krankheiten zu überwinden.

Wer Krebs hat, gilt nicht selten als todgeweiht ... – und der Tod ist in unserer Gesellschaft ein Tabu. Sichtbare Hautkrankheiten können subjektiv Ekelgefühle erregen – und Angst vor Infektionen verursachen. Menschen mit psychischen und psychiatrischen Störungen wurden bis vor wenigen Jahrzehnten weggesperrt – und auch heute noch sind betroffene Menschen isoliert. Adipositas, die sich weltweit pandemisch ausbreitet, galt lange Zeit als selbstverschuldete Charakterschwäche und wurde vom Gesetzgeber in den 1990er-Jahren ausdrücklich als „Lifestyle-Krankheit“ eingestuft; die Gesellschaft verweigert Betroffenen professionelle, wirksame und evidenzbasierte Hilfe.

Unwissenheit, Tabuisierung, Dämonisierung – das ist auch im scheinbar aufgeklärten 21. Jahrhundert im Umgang mit etlichen Krankheiten immer noch real. Die davon betroffenen Menschen leiden unter Diskriminierung, Stigmatisierung, Selbststigmatisierung und Ausgrenzung. Allen Inklusions-Postulaten zum Trotz.

In drei unterschiedlich besetzten Workshops, die im November 2022 stattfanden, sind Ansatzpunkte (Hebelpunkte) und Handlungsoptionen erarbeitet und hinsichtlich des jeweiligen gesellschaftlichen/politischen Bewusstseins und ihrer Realisierbarkeit bewertet worden. Besetzt waren die jeweiligen Workshops mit Vertreter: innen

aus dem Kreis der Betroffenen: Organisationen wie der Deutsche Psoriasis Bund, der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband, das

Patientennetzwerk ALK-positiv Deutschland, die Selbsthilfegruppe Leukämie- und Lymphompatienten Halle, die Deutsche Fibromyalgie Vereinigung, die Adipositas-Hilfe Deutschland, Adipositas Verband Deutschland sowie eine Lungenkrebsaktivistin und Bloggerin,

aus Medizin und Wissenschaft: sie repräsentieren die Expertise für Psychiatrie/Psychologie, Dermatologie, Adipositas und Kommunikationswissenschaften, etwa von der Charité und dem Uniklinikum Hamburg-Eppendorf,

von thematisch relevanten gesellschaftlichen Organisationen: Caritas, Malteser Hilfsdienst, Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen und ein Vertreter eines Inklusionsunternehmens.

aber auch die Ausgrenzung der Behandlung sogenannter „Lifestyle“-Erkrankungen wie Adipositas durch den Gesetzgeber (konkret: der Negativlisten-Paragraf 34 des SGB V). Dementsprechend hat auch die Forderung nach einer Neudefinition von „Lifestyle“-Erkrankungen eine überdurchschnittliche Priorität (14,2%) und steht auf Platz 4.

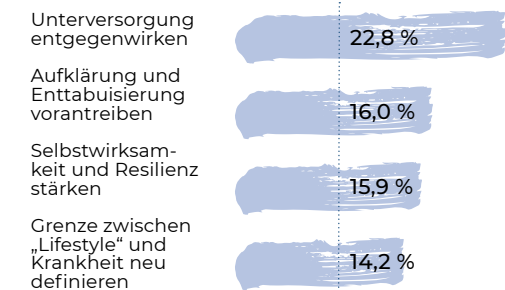
Platz 2 und 3 richten sich an die Gesellschaft: Gefordert wird mehr Aufklärung und Ent-Tabuisierung von Krankheiten durch ein rationales Verständnis in der Gesellschaft. Gleichauf steht der Wunsch, Selbstwirksamkeit und Resilienz zu stärken, nicht zuletzt deshalb, weil gesellschaftliche Diskriminierung bestimmter Krankheiten bei den Betroffenen zu einer Selbst-Tabuisierung führt – beispielsweise die Selbstisolation depressiver Menschen oder von Patientinnen und Patienten mit Hautkrankheiten.

Der erste Schritt: Die Ansatz- und Hebelpunkte

Wo soll angesetzt werden, wenn gesellschaftliche Stigmatisierung von Krankheit auf Dauer überwunden werden soll?

Die unmittelbar Betroffenen setzen dabei sehr deutliche Prioritäten: Ganz oben steht dabei die Forderung, einer Unterversorgung bei bestimmten Krankheiten entgegenzuwirken. Dieser Hebelpunkt bekommt – abgewogen mit den anderen acht Hebelpunkten – mehr als das Doppelte (22,8%) des Durchschnitts aller Ansatzpunkte (9,1%). Ursächlich könnten Erfahrungen mit der tatsächlichen Versorgung sein: lange Wartezeiten in der Psychotherapie und in Teilen der fachärztlichen Medizin,

Hebelpunkte: Wo muss man zuerst ansetzen? Die Sicht der Betroffenen



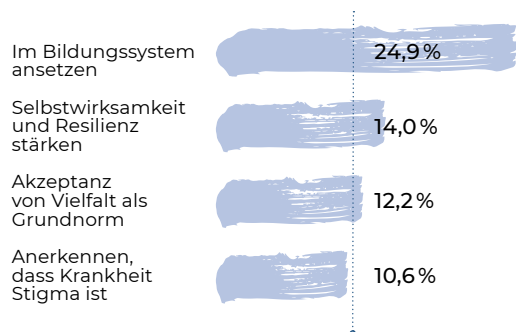
Durchschnitt: 9,1 %

Quelle: Workshop-Ergebnis (FAS Research)

Starke Rolle von Bildung und Aufklärung

Andere Ansatzpunkte und auch andere Prioritäten setzen die Teilnehmenden aus der Medizin und Wissenschaft. Die höchste Bedeutung messen sie einer möglichst frühen Bildung und Aufklärung – durchgängig von der Kita bis zur Universität – zu. Wissen und Erfahrung durch Begegnungen mit Menschen, deren Krankheiten stigmatisierend wirken, sehen sie als den wirksamsten Hebel, unbegründete Ängste und Vorurteile abzubauen. „Neben Aufklärung und der Vermittlung von Wissen muss es auch darum gehen, kranke Menschen mit Gesunden zusammen zu bringen“, postuliert die Dermatologin Dr. Rachel Sommer vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Hebelpunkte: Wo muss man zuerst ansetzen? Die Sicht der Medizin



Durchschnitt: 11%

Quelle: Workshop-Ergebnis (FAS Research)

In einem weiteren Punkt treffen sich Betroffene und Medizin/Wissenschaft: bei der relativ hohen Bedeutung einer Stärkung von Selbstwirksamkeit und Resilienz. Die Fähigkeit von Menschen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung, ihre Gebrechen und Benachteiligungen auch selbst kompensieren zu können, steht auf Platz 2 der Prioritätenliste der Vertreter:innen aus Medizin und Wissenschaft.

Inklusion als Selbstverständlichkeit

Ähnlich wie die Teilnehmenden aus Medizin und Wissenschaft sehen jene relevanter gesellschaftlicher Gruppen das Kennen und Wissen von und über Krankheiten als wichtigsten Ansatzpunkt für eine Entstigmatisierung. Als geeigneten Weg empfehlen sie die persönliche Erfahrung durch frühe Begegnung mit den betroffenen Menschen: „Wir müssen so früh wie möglich ansetzen – schon in der Schule und im Kindergarten –, um den Menschen zu zeigen, dass es eine große, bunte Vielfalt gibt, um da einfach Normalität reinzubringen“, schlägt Anna Ferrario vom Berliner Caritas-Verband vor. Ein möglicher Ansatzpunkt dafür könnte auch „Storytelling“ der Betroffenen selbst sein: Wie geht es mir mit meiner Krankheit, wie werde ich wahrgenommen, wie möchte ich wahrgenommen werden?

Differenzierte Sichtweisen in den drei Workshops

Im zweiten Analyseschritt der Workshops wurde zum einen eingeschätzt, ob und inwieweit Stigmatisierung auf Grund von Krankheit im gesellschaftlichen Bewusstsein verankert ist. Zum anderen, inwieweit Ansatzpunkte zu ihrer Überwindung vorhanden sind und es dabei auch Rückenwind gibt (positives Momentum). Je nach Kreis der Teilnehmenden zeigt sich hier ein differenziertes Bild.

Es gibt aber auch Schnittmengen. Das gilt beispielsweise für den Hebel „Storytelling der Betroffenen“: Durch ihre Unterstützungsleistungen jenseits der Medizin können gesellschaftliche Organisationen, wie Caritas oder Diakonie, Betroffenen von Stigmatisierung ein Sprachrohr bieten. Die hohe Glaubwürdigkeit der von Betroffenen selbst berichteten Lebensumstände schaffen so überdurchschnittliches Bewusstsein in der Gesamtgesellschaft. In die gleiche Richtung könnten auch eine offene Sprache und die frühe Erfahrung im Umgang mit kranken Menschen wirken.

Das deckt sich in etwa mit der Einschätzung der Teilnehmenden aus Medizin und Wissenschaft: Sie sehen die Aufgabe allerdings eher bei den Medien, die mit „Storytelling“ zur Entstigmatisierung beitragen könnten. Ärzt:innen sind ebenfalls der Auffassung, dass es in der Gesellschaft durchaus anerkannt ist, dass Krankheit stigmatisierend wirken kann und der Umgang damit der Achtsamkeit bedarf. In der Momentum-Analyse („Wo sehen wir Rücken- und Gegenwind?“) messen sie diesem Aspekt besonders hohe Bedeutung

bei, ebenso viel wie einer Stärkung der Selbstwirksamkeit und Resilienz.

Davon unterscheidet sich die Einschätzung der Betroffenen in Teilen gravierend: Zwar sehen sie eine Stärkung der Resilienz und Selbstwirksamkeit und durch mehr Aufklärung ein geschärftes gesellschaftliches Bewusstsein und damit Rückenwind. Doch ihr wichtigster Ansatzpunkt findet keinen Niederschlag in der gesellschaftlichen Wahrnehmung: Die Neudefinition von vermeintlichen „Lifestyle“-Erkrankungen für bestehende oder drohende Versorgungsdefizite.

Gefährliche Selbststigmatisierung

Die Sicht der Betroffenen auf das Phänomen der Unterversorgung ist dabei durchaus differenziert. Berichtet wird davon, dass Menschen, die sich krank fühlen, den Weg zur Diagnostik und



» *Echte Liberalität und Akzeptanz müssen gesellschaftlicher Konsens werden. In der Versorgung sollte psychisch kranken Menschen genauso viel Inanspruchnahme gewährt werden wie anderen Patienten.*

Professor Dr. Meryam Schouler-Ocak, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus

Therapie auch deshalb scheuen, weil sie mit dem Erkennen und Bestätigen einer bestimmten Krankheit stigmatisierende Wirkungen befürchten. Eine solche Vermeidungsstrategie führt dann zur Krankheitsverschleppung, zur Chronifizierung und Verschlimmerung.

Ein anderes Phänomen ist eine Art stillschweigendes Ranking von Krankheiten nach dem Prestige, aber auch nach schnell sichtbaren Erfolgen. Den Nachteil haben Patient:innen, die als schwierig gelten, die langwierige gesprächsintensive Therapien benötigen oder deren Adhärenz eingeschränkt ist.

Gibt es selbst verschuldete Krankheiten?

Stigmatisierend wirken auch (tradierte) Schuldzuweisungen: das gilt etwa für bestimmte Formen des Lungenkrebses, die nicht durch Rauchen verursacht werden. Gesellschaftlich verfestigt ist das Vorurteil,



Wir sollten das Thema Stigmatisierung ab Beginn der Ausbildung thematisieren und dies auch mit den Studierenden üben. Vor allem aber wünsche ich mir, dass wir den Begriff „Stigmatisierung“ in einigen Jahren gar nicht mehr brauchen und ihn im Duden nachschlagen müssen.

PD Dr. Susanna Wiegand, Vizepräsidentin der Deutschen Adipositas Gesellschaft

dass Übergewicht im Wesentlichen auf Charakterschwäche, mangelnder Selbstdisziplin und Genussucht beruht. Diese Annahme, auf der die noch immer geltende Negativlisten-Regelung im SGB V basiert, ist wissenschaftlich längst widerlegt.

Der dritte, letztlich entscheidende Schritt der Workshops besteht aus vier Elementen: der gemeinsamen Entwicklung von Ideen und konkreten Handlungsoptionen, der Ermittlung eines Rankings nach der Wirksamkeit und dem real existierenden Handlungsspielraum (oder der politischen Umsetzbarkeit) sowie der Bereitschaft, sich auch selbst bei der Umsetzung der Handlungsoptionen zu engagieren.

Den Ärzt:innen die Augen öffnen

Teils sehr konkrete Ideen entwickeln die Betroffenen selbst: Von den insgesamt elf Handlungsoptionen wird dabei der Wirksamkeit der Kommunikation in Richtung Arzt/Ärztin der höchste Wert zugemessen. Die Forderung „Die Stimme der Patient:innen in die Fachmedien integrieren“ ist offenbar mit der Erwartung verbunden, einerseits das Thema Stigmatisierung bei Ärzt:innen zu problematisieren, andererseits aber auch die gesellschaftliche und politische Schlüsselrolle von Ärzt:innen als Hebel zu nutzen.

Fast gleichauf an zweiter und dritter Stelle stehen „politisches Agenda-Setting“ und „Stigmatisierung in Zahlen sichtbar machen“ – zwei Handlungsoptionen, die in einem engen Zusammenhang stehen: Welches Ausmaß und welche Ausprägungen Stigmatisierung auf Grund von

Krankheit hat, ist derzeit noch unzureichend untersucht, die Datenlage ist dürrig. Eine rationale Politik bedarf allerdings der Evidenz durch Daten und Fakten. Als überdurchschnittlich wirksam wird auch die Etablierung von Betroffenen-Beiräten bewertet.

Etwas ernüchternd fällt dann allerdings die Bewertung der Handlungsoptionen nach Handlungsspielraum/Realisierbarkeit aus: Die als besonders wirksam eingeschätzten Handlungsoptionen haben eine eher unterdurchschnittliche Chance auf tatsächliche Umsetzung. Die besten Möglichkeiten werden darin gesehen, die Selbsthilfegruppen als Mentoren und Berater zu nutzen. Auch Patient:innentage müssten neu gedacht werden: als von Patient:innen ausgehender Dialog mit den Health-Professionals.

Hohe Motivation zum Engagement

Die Motivation, sich selbst durch eigenes Engagement einzubringen, ist ausgeprägt: Das gilt in überdurchschnittlichem Maße für Kommunikationsinitiativen für die Zielgruppe Ärzt:innen (Fachmedien), Transparenz und Daten über Art und Ausmaß von Stigmatisierung zu schaffen und an der Vernetzung von Selbsthilfegruppen mitzuwirken.

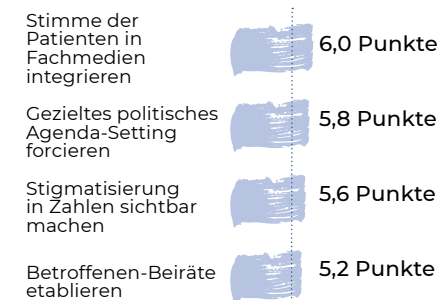
Die von den sechs Teilnehmenden aus Medizin und Wissenschaft entwickelten Handlungsoptionen unterscheiden sich teils deutlich von denen der Betroffenen, stehen dazu aber nicht in Widerspruch, sondern könnten sich auch ergänzen. Als überdurchschnittlich wirksam wird dabei die Verbesserung der Kommunikation

mit den zu versorgenden Patientinnen und Patienten eingeschätzt, nahezu gleichauf die Partizipation der Betroffenen in den Behandlungsprozessen zu stärken. Das deckt sich insbesondere mit dem Ansatzpunkt, Resilienz und Selbstwirksamkeit bei Krankheit zu verbessern – ein Hebelpunkt, der von beiden Gruppen als besonders relevant angesehen wird.

Auf weiteren Plätzen des Ideenrankings der Ärzt:innen stehen: forcierte Evaluation von Curricula, zielgruppenspezifische Aufklärung, die Förderung einer stärker vernetzten Selbsthilfe und die Stärkung der Patient:innen-Autonomie. Die Unterschiede in der Wirksamkeit fallen eher gering aus – das hieße für die konkrete Umsetzung: keine der Ideen ist wirklich überflüssig oder vergeblich.

Nah beieinander liegen die jeweiligen Rankings für Handlungsspielräume und die Bereitschaft, sich selbst für die

Ideen und Initiativen für Veränderung – Was ist wirksam? Die Sicht der Betroffenen



Durchschnitt: 4,8 Punkte (Skala von 0-8)

Quelle: Workshop-Ergebnis (FAS Research)

Umsetzung der Idee zu engagieren: Besonders große Umsetzungschancen sehen Ärzt:innen, ihre Kommunikation mit Patient:innen zu verbessern, ihre Autonomie zu fördern und die Partizipation in Therapieprozessen zu stärken. Hinsichtlich der Patient:innen-Partizipation, der Kommunikation und Aufklärungsarbeit sehen sich die Mediziner in hohem Maße selbst in der Pflicht.

Der Konflikt zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Deutlich andere und politisch eher übergeordnete Handlungsoptionen nennen gesellschaftliche Organisationen wie Caritas, Diakonie oder auch Inklusionsunternehmen: Am wirksamsten wäre es aus ihrer Sicht, umfassend in Bildung zu investieren – möglichst mit einem „Sondervermögen von 100 Milliarden Euro“ wie für die Bundeswehr beschlossen. Damit korrespondierend sollten Schul-



Die Arzt-Patienten-Kommunikation muss verbessert werden. Arzt und Patient müssen sich auf Augenhöhe begegnen. Gesprächsführung muss deshalb fest in Curricula verankert werden.

Marius Grosser, Deutscher Psoriasis Bund e.V.

und Kinderbücher auf mögliche Stigmatisierung überprüft und überarbeitet werden. Vor allem auch im Bildungssektor – aber nicht nur dort – sollten Antidiskriminierungskurse verpflichtend angeboten werden. Eine Verbesserung des Personalschlüssels sowie verbindliche Zielvereinbarungen für Quoten, die sicherstellen, dass Teilhabe aller unter diskriminierten Krankheiten leidenden Menschen gelingen kann, werden als weitere Optionen mit überdurchschnittlicher Wirksamkeit identifiziert.

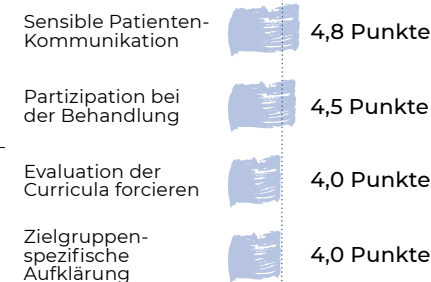
Allerdings wird auch gesehen, dass Wunsch und Wirklichkeit angesichts begrenzter Ressourcen kaum in Übereinstimmung zu bringen sind oder dass politische Entscheidungsträger:innen ganz andere Prioritäten setzen. So werden der Top-Idee für ein „Sondervermögen Bildung“ unter allen Handlungsoptionen die geringsten Realisierungschancen zugerechnet. Ähnliches gilt für eine verbesserte Personalausstattung. Die höchsten Wahrscheinlichkeiten auf Umsetzung haben insofern der Aufbau eines Stigmatisierungsindex („Stigmatisierung mit wissenschaftlichen Daten sichtbar machen“), ein verändertes Wording in caritativen Einrichtungen, verbindliche Quotenvereinbarungen und die Förderung der Achtsamkeit. In diesen Handlungsfeldern sehen die gesellschaftlichen Gruppierungen auch realistische Möglichkeiten, sich selbst zu engagieren.

Plädoyer für Pragmatismus

So könnte es ein pragmatischer Ansatz sein, in der eigenen Organisation zu starten. Ein Beispiel dazu lieferte Simone Pareigis von der Selbsthilfegruppe Leukämie- und Lymphom-Patienten in Halle: Dort lädt die Selbsthilfegruppe Ärztinnen und Ärzte und andere Profis regelmäßig zu einem Jour fixe, um diese aus der Sicht der Betroffenen mit ihren Erfahrungen zu konfrontieren. Das, so Pareigis, werde auch von Ärzt:innen geschätzt, weil es ihnen einen konkreten Nutzen schafft.

Andere Beispiele nennt Michael Wirtz von Adipositas Deutschland e.V.: Seine Organisation hat einen Medienleitfaden entwickelt, wie die Ausprägungen von Adipositas zutreffend und sensibel beschrieben werden können. Eine weitere Chance für die Betroffenen sieht er darin, Allianzen zu bilden, etwa mit der Pharmaindustrie und mit Ärztinnen und Ärzten beim politischen Agenda-Setting für eine neue „Lifestyle“-Definition. „Da artikuliere ich mich sehr drastisch und sage auch, wie beschissen das ist, praktisch keine Versorgung zu haben.“

Ideen und Initiativen für Veränderung – Was ist wirksam? Die Sicht der Medizin



Durchschnitt: 4,1 Punkte (Skala von 0-8)
Quelle: Workshop-Ergebnis (FAS Research)



Bei der Adipositas gibt es für die Betroffenen außer der Chirurgie keine akzeptierte medizinische Versorgung. Adipositas gilt als „Lifestyle“-Erkrankung – das entspricht nicht mehr dem Stand der Wissenschaft.

Michael Wirtz, AdipositasHilfe Deutschland e.V.

IMPRESSUM

Herausgeber und Verlag: Springer Medizin Verlag GmbH, Am Forsthaus Gravenbruch 5–7, 63263 Neu-Isenburg, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg, HRB 167094 B, VISdP: Denis Nößler
Redaktion: Helmut Laschet

Grafische Gestaltung: Christa Marek
Bildnachweise: S. 1, 12–13, 24 © Miss Vizzz, S. 3 links © Michaela Illian/Springer Medizin, S. 3 rechts © Pfizer Pharma GmbH, S. 15 © FAS Research, S. 19, 20 © Adrian Büttner, S. 22 © Deutscher Psoriasis Bund e.V., S. 23 © AdipositasHilfe Deutschland e.V.

Druck: F&W, Druck- und Mediacenter GmbH, Holzhauser Feld 2, 83361 Kienberg
Zur Methodik in den Workshops mit dem Softwaretool „Situation R®“ von FAS Research siehe Seite 15. Wissenschaftliche Daten zum Thema Stigmatisierung steuerte die Vandage GmbH aus Bielefeld zu den Workshops bei.

© Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin, Juni 2023

In Kooperation und mit freundlicher Unterstützung von Pfizer Deutschland GmbH, Linkstraße 10, 10785 Berlin

Gemeinsam gegen Stigmatisierung –

Verteter:innen aus Medizin
und Wissenschaft,
Betroffenenverbänden,
gesellschaftlichen
Organisationen und
Politik handeln
zusammen



Eine Kooperation von:

