

Schwer psychisch krank in Deutschland – (k)ein „gutes Leben“

Persons with Severe Mental Illness in Germany – Having (not) a „Good Life“



Ingmar Steinhart

Autor

Ingmar Steinhart^{1,2}

Institute

- 1 Institut für Sozialpsychiatrie M.V. e.V., An-Institut der Universität Greifswald
- 2 Vorstand v. Bodenschwingsche Stiftungen Bethel, Bielefeld

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0682-1191>

Psychiat Prax 2018; 45: 341–343

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil. Ingmar Steinhart, Direktor des Instituts für Sozialpsychiatrie M.V. e.V., An-Institut der Universität Greifswald, Ellernholzstraße 1–2, 17487 Greifswald
ingmar.steinhart@sozialpsychiatrie-mv.de

In Deutschland leben ca. 500 000–1 000 000 Menschen, die entsprechend der aktuellen S3-Leitlinie der DGPPN [1] als schwer psychisch krank bezeichnet werden. Über ihre Lebenssituation und -zufriedenheit ist kaum etwas bekannt. Auch wissen wir nicht, wie sie selbst ihre Teilhabe bzw. ihre Chancen zur Teilhabe beschreiben. Über eine Untergruppe von ca. 250 000 Personen, also über die Menschen, die als seelisch behindert anerkannt im Leistungsbezug der Eingliederungshilfe (SGB XII alt) sind, wissen wir mehr: Wir kamen nicht umhin, die von uns vor Kurzem durchgeführte umfangreiche Studie mit 1800 LeistungsbezieherInnen der Eingliederungshilfe mit dem Gesamtprädikat „chancenlos und abgehängt“ zu versehen [2]. Von einem „guten Leben“ sind Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen noch weit entfernt. Sie bewegen sich an praktisch allen Schnittstellen des bundesdeutschen Leistungsrechts bzw. der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in Politik und Forschung. So ist für die „kranke Seele“ die Gesundheitspolitik, für den seelisch behinderten Menschen die Sozialpolitik „zuständig“. Diese Zielgruppe wird in den Forschungsabteilungen vieler psychiatrischer Universitätsklinika eher zurückhaltend wahrgenommen, in den Feldern der noch jungen Teilhabeforschung ist das Thema „schwere psychische Erkrankung“ fast nicht präsent. Insofern gilt es, für die Gruppe schwer psychisch kranker und von seelischer Behinderung bedrohter Menschen das Gesamtkonzept von Behandlung, Bil-

dung, Beruf, Rehabilitation, Unterstützung und Forschung umfassend neu aufzusetzen und aus den zahlreichen Schnittstellen zumindest Nahtstellen werden zu lassen.

Hierzu stellen wir auf Basis unserer aktuellen Daten [2] sechs Thesen zu akutem Handlungsbedarf zur Diskussion. Außen vor bleibt dabei die Forderung nach einem regionalen Mindeststandard gemeindepsychiatrischer Versorgung, wie ihn das funktionale Basismodell [3, 4] beschreibt.

1. Die Gesundheit schwer psychisch kranker Menschen stärken

Unsere Befragungsdaten belegen, dass die Teilhabe für schwer psychisch kranke Menschen im gesundheitlichen Bereich generell deutlich eingeschränkter ist als die der Allgemeinbevölkerung, obwohl sie Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten. Dies zeigt sich in einer deutlich größeren Zahl somatischer Komorbiditäten sowie in einer schlechteren subjektiven Gesundheitseinschätzung. Es scheint auch so zu sein, dass ein höherer Unterstützungsaufwand, z. B. in einem Heimsetting, die Gesundheit und damit die Teilhabesituation verbessern kann.

Zu fordern ist daher, insbesondere im ambulanten Setting, die subjektiv empfundene Gesundheit und damit die Teilhabechancen generell zu verbessern. Die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und die Gesundheitsförderung sollten nun in den Fokus der Interventionen aller be-

teiligten Dienste gerückt werden. Zudem müssen neue integrierte Programme aus den Perspektiven von Teilhabe und Medizin entwickelt werden.

2. Die Unterstützung vor/mit der Krankheit beginnen – individuell und sektorübergreifend

Trotz der in den vergangenen Jahrzehnten in der Jugendhilfe, in Frühinterventionszentren und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bereitgestellten erheblichen Ressourcen und therapeutischen Möglichkeiten, beschreibt in unserer Studie fast die Hälfte der EingliederungshilfeempfängerInnen ihren Krankheitsbeginn vor dem 20. Lebensjahr. Es bleiben offensichtlich nach wie vor zahlreiche Menschen mit psychischen Erkrankungen im psychiatrischen System „hängen“ und von der „Fürsorge“ abhängig. Auch im Verlauf der weiteren „Karriere“ im Hilfesystem scheint ein Abbiegen in die Normalität nicht mehr möglich.

Die vorrangigen Leistungs- bzw. Rehabilitationsträger sind aufgefordert, mit Investitionen und frischen Ideen vor allem für integrierte Behandlungs- und Unterstützungskonzepte in der Kinder- und Jugend- sowie der Adoleszenten-Psychiatrie, in der Jugendhilfe sowie bei der Förderung von Bildung und Arbeit diese Zielgruppe aus dem Fürsorgesystem frühzeitig herauszuführen. Die neuen Möglichkeiten des PsychVVG zur sektorübergreifenden Behandlung und des § 11 des Bundesteilhabegesetzes (rehapro-Modellprojekte) sollten hierfür ebenso genutzt werden wie das gestärkte Selbstverständnis der Eingliederungshilfe als Rehabilitationsträger.

3. Neue Chancen zur Ausbildung und Beschäftigung entwickeln

Die subjektive Unzufriedenheit der EingliederungshilfeempfängerInnen mit ihrer Arbeits- bzw. Beschäftigungssituation ist groß. Objektiv haben 12 % keinen Schulabschluss, 41 % keinen Berufsabschluss und nur ca. 40 % der Befragten gaben an, einer regulären Arbeit oder einer geschützten Beschäftigung nachzugehen. Dies ist nach wie vor eine der größten Baustellen überhaupt: ca. 60 % der Nutzer sozialpsychiatrischer Leistungen haben keinen Zugang zum ersten Arbeitsmarkt oder zu einer Werkstatt für behinderte Menschen. Inwiefern das neue Bundesteilhabegesetz an dieser Situation nachhaltig etwas ändern wird, muss (noch) skeptisch beurteilt werden. Mit dem Budget für Arbeit und der Zulassung weiterer Leistungsanbieter sind zweifellos wichtige Impulse gesetzt. Es ist aber zu befürchten, dass diese konzeptionellen Entwicklungen, ebenso wie die geplanten Modellvorhaben in den Rechtskreisen von SGB II und SGB VI, an NutzerInnen sozialpsychiatrischer Eingliederungshilfemaßnahmen mit niedrigem Bildungsstand und ohne Berufsabschluss vorbeigehen. Damit beispielsweise eine Ausbildung durchgeführt werden kann, müssen evidenzbasierte, neue Wege (z. B. Individual Placement and Support [IPS]-Konzepte [5, 6]) gegangen und von den zuständigen Rehaträgern über Modellprojekte weiterentwickelt werden.

Dass so viele Menschen kaum Wege aus der Eingliederungshilfe finden, liegt nicht nur an der nicht passgenauen Frühintervention. Auch im Alter von 30, 40 oder 50 Jahren sollten immer wieder neue Optionen im Sinne von Teilhabechancen

bereitgestellt werden, um zumindest eine (Teilzeit-)Betätigungsmöglichkeit zu haben.

4. Den Willen der Menschen respektieren: Selbständig Wohnen mit qualifizierter Unterstützungssicherheit

Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zeigt ein aktuelles Review zum Outcome der Unterstützungssettings „Heim“ vs. „eigene Wohnung“ für beide Settings vergleichbare Ergebnisse, weshalb die Autoren dafür plädieren, die Menschen selbst entscheiden zu lassen, wie sie wohnen wollen [7]. Die Betroffenen wählen mehrheitlich das Unterstützungssetting „eigene Wohnung“ [8].

In unserer Studie zeigte sich allerdings, dass die im Heim vorhandenen, gegebenenfalls niedrigschwellig verfügbaren, direkten Kontaktmöglichkeiten mit MitbewohnerInnen oder Professionellen, die zuhören und Rat geben, sehr positiv eingeschätzt und mit verbesserten Teilhabechancen in Verbindung gebracht werden. Auch die höhere Zufriedenheit mit Freizeit, Gesundheit und Arbeitssituation bei gleichzeitig verbessertem Zugang zu Gesundheitsleistungen und einem geringeren Stigma-Erleben sind Vorteile des Lebens in einer Heimsituation. Auf der anderen Seite stehen jedoch die Frage der Selbstbestimmung des Lebensmittelpunkts und die Möglichkeiten den Alltag mitzubestimmen, die im Heim mehr als deutlich abgewertet wurden. Hierzu gehört auch, dass die Mehrheit der HeimbewohnerInnen ihren Weg ins Heim als eher fremdbestimmt beschreibt.

Die differenzierte Betrachtung löst diesen Widerspruch auf und zeigt, dass nicht die Wohnform an sich den Unterschied macht, sondern bestimmte Qualitäten der Wohnunterstützung: Um perspektivisch Heimplätze zu reduzieren, müssen Heimalternativen entstehen, die im Quartier rund um die Uhr eine zum Heim vergleichbar hohe Unterstützungssicherheit mit differenzierten Angeboten gewährleisten [9]. Das müssen die Leistungsträger, insbesondere bei der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes, ab 2020 berücksichtigen.

5. Antistigma-Kommunikation verändern und Begegnungen ermöglichen

Über die Hälfte der Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen berichteten in unserer Studie von Stigmatisierungserfahrungen und Stigma-Erwartungen. Frauen scheinen diesbezüglich deutlich belasteter zu sein als Männer. Auch das Alter differenziert die Stigma-Erfahrungen: Jüngere Nutzerinnen und Nutzer der Eingliederungshilfe berichten von mehr Stigma-Erfahrungen als ältere Kohorten. Das gilt nicht nur für das Lebensalter, sondern auch für das Alter bei Erkrankungsbeginn. Im ambulanten Setting ist das Stigma-Erleben deutlich stärker ausgeprägt als im stationären Hilfebereich.

Um dem Mangel an wirksamen Konzepten zur Verringerung von Vorurteilen in der Bevölkerung entgegenzuwirken und die „Seelische Gesundheit“ anstelle der „Psychischen Krankheit“ in den Fokus zu rücken, gilt es, kommunikative Strategien zu erarbeiten, die an den Lebensrealitäten der Menschen vor Ort ausgerichtet sind und gemeinsam mit ihnen entwickelt werden. Gleichzeitig sind Begegnungsräume im Quartier zu schaffen. Das Querschnittsthema „Seelische Ge-

sundheit“ muss deutlicher in der allgemeinen Stadt- und Quartierentwicklung und der kommunalen Gesundheitsförderung verortet werden. Dazu sollten den Kommunen zumindest zu Beginn einer solchen Entwicklung entsprechende Mittel aus Modellgeldern des Bundes, der Länder oder der Krankenkassen bereitgestellt werden.

6. Wissen über die Teilhabesituation chronisch psychisch kranker Menschen verbessern

Die Teilhabesituation schwer psychisch kranker Menschen darf keine *Blackbox* bleiben. Die bundesweite Befragung von Menschen mit Behinderungen, die im Nachgang des Bundesteilhabegesetzes vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Auftrag gegeben wurde, wird mit hohem methodischen Anspruch und Aufwand die Datenlage über die Teilhabesituation von Menschen mit Behinderungen deutlich verbessern [10]. Die Gruppe schwer psychisch kranker Menschen stellt in dieser Erhebung jedoch nur *eine* Teilgruppe unter vielen dar und die Daten sind nur auf bundesdeutscher Ebene repräsentativ. Die Datenlage über die Teilhabesituation muss daher auch auf der Ebene von Kommunen und Ländern so verbessert werden, dass sie für die Steuerung vor Ort verwendbar ist.

Hierzu sollten in den Bundesländern sozialpsychiatrisch orientierte Forschungseinrichtungen mit der nötigen finanziellen Unterstützung etabliert werden, welche die sozial- und gesundheitsplanerischen Aktivitäten vor Ort berücksichtigen. Gleichzeitig müssen die Organisationen der Wohlfahrtspflege und der privaten und kommunalen Anbieter als Vertreter der Versorgungspraxis stärker in die Forschungsaktivitäten einbezogen werden. Die in den Ländern gewonnenen Erkenntnisse müssen auf Bundesebene – zum Beispiel bei der Arbeits- und Sozialminister-Konferenz oder der Gesundheitsministerkonferenz – aggregiert werden, damit bundespolitische Entscheidungen künftig fundierter als bislang getroffen werden können.

Unsere Befragungsergebnisse haben gezeigt, dass über 40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete eine volle und wirksame Teilhabe für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen noch lange nicht erreicht ist. Ihnen werden vom System im Verlauf ihrer oft sehr früh beginnenden Krankheitsgeschichte entweder nicht ausreichende oder nicht passgenaue Wege und Chancen zur Teilhabe angeboten und sie geraten in der Folge in eine stagnierende prekäre gesellschaftliche Position. Sie bleiben nur dann nicht länger abgehängt und chancenlos, wenn Politik und Psychiatrie die beschriebenen – diverse Sozialgesetzbücher überschreitenden – Herausforderungen umgehend annehmen und diesem Thema endlich eine höhere Priorität geben. Eine

erste Chance hierzu bietet der aktuell vom Bundesminister für Gesundheit angestoßene und demnächst beginnende Experimentaldialog zur Weiterentwicklung psychiatrisch/psychotherapeutischer Hilfen [9].

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Falkai P, Hrsg. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013
- [2] Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, Speck A, Steinhart I, Hrsg. Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen Köln: Psychiatrie-Verlag; 2018
- [3] Steinhart I, Wienberg G. Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. *Psychiat Prax* 2016; 43: 1–4
- [4] Steinhart I, Wienberg G, Hrsg. Rundum ambulant Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2017
- [5] Becker G, Drake R. A working life. The individual placement and support (IPS) program. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center; 1993
- [6] Hoffmann H. Supported Employment – Erst platzieren, dann trainieren. In: Steinhart I, Wienberg G, Hrsg. Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2017: 246–260
- [7] Richter D, Hoffmann H. Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2017; 136: 269–279
- [8] Richter D, Hoffmann H. Psychiatrische Wohnforschung. Der Nutzen systematischer Übersichten und Meta-Analysen. *Sozialpsychiatrische Informationen* 2017; 47: 21–25
- [9] Steinhart I. Mietvertrag statt Heimvertrag. Lösungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. *Sozialpsychiat Inform* 2014; 45: 14–18
- [10] Schmachtenberg R. Politik braucht Informationen: Zahlen, Daten, Fakten und die Sicht Betroffener. In: Speck A, Steinhart I, Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, Hrsg. Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2018: 33–39
- [11] Krüger U. Ein Schub für die Psychiatriereform: Psychiatrieenquete oder Expertenkommission? *Psychosoziale Umschau* 2018; 33: 29