

sozialpsychiatrische informationen

Sonderdruck

An Leib und Seele krank

Autor:
Ingmar Steinhart
Seite 20–24

Gesundheit, Komorbidität und medizinische Versorgung aus Sicht von Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe

Zusammenfassung 1800 Personen mit Eingliederungshilfebezug wurden nach ihren Teilhabechancen, ihrer Lebenssituation und ihrer Gesundheit befragt. Obwohl sie Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, ist ihre Teilhabe im gesundheitlichen Bereich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich eingeschränkt. Höherer Aufwand wie z. B. in einem stationären Setting scheint die Gesundheitssituation verbessern zu können. Die Eingliederungshilfe sollte sich deutlicher als Lotse auch für die somatischen Aspekte der Gesundheit positionieren und für die Sicherstellung einer umfassenden Teilhabe nach neuen Konzepten gemeinsam mit Partnern aus den psychiatrischen und somatischen SGB V-Bereichen suchen.

ISSN 0171 - 4538

Verlag: Psychiatrie Verlag GmbH, Ursulaplatz 1,
50668 Köln, Tel. 0221 167989-11, Fax 0221 167989-20
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

Erscheinungsweise: Januar, April, Juli, Oktober

Abonnement: Print für Privatkunden jährlich 42 Euro einschl. Porto, Ausland 42 Euro zzgl. 15 Euro Versandkostenpauschale. Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. **Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.**

Redaktionsanschrift: beta89, Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover

Redaktionssekretariat: Peter Weber
Tel. 0511 1238282, Fax 0511 1238299
E-Mail: si@psychiatrie.de

Redaktion:
Peter Brieger, Kempten
Michael Eink, Hannover
Hermann Elgeti, Hannover
Eva-Maria Franck, Hannover
Uwe Gonther, Bremen

Silvia Krumm, Ulm
Klaus Nuißl, Regensburg
Sibylle Prins, Bielefeld
Ulla Schmalz, Düsseldorf
Annette Theißing, Hannover
Samuel Thoma, Berlin

Dyrk Zedlick, Glauchau

Gesundheit, Komorbidität und medizinische Versorgung aus Sicht von Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe

Autor: Ingmar Steinhart



Zusammenfassung 1800 Personen mit Eingliederungshilfebezug wurden nach ihren Teilhabechancen, ihrer Lebenssituation und ihrer Gesundheit befragt. Obwohl sie Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, ist ihre Teilhabe im gesundheitlichen Bereich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich eingeschränkt. Höherer Aufwand wie z. B. in einem stationären Setting scheint die Gesundheitssituation verbessern zu können. Die Eingliederungshilfe sollte sich deutlicher als Lotse auch für die somatischen Aspekte der Gesundheit positionieren und für die Sicherstellung einer umfassenden Teilhabe nach neuen Konzepten gemeinsam mit Partnern aus den psychiatrischen und somatischen SGB V-Bereichen suchen.

Normal sein heißt gesund sein?

»Der individuelle Gesundheitszustand einer Person beeinflusst die wahrgenommene Lebensqualität und hat Auswirkungen auf die Teilhabechancen in verschiedenen Lebensbereichen. Gleichzeitig wirkt sich Teilhabe wiederum auf die objektiv und subjektiv wahrgenommene Lebensqualität sowie auf den Gesundheitszustand aus.« (BMAS, 2013, S. 189)

Aus vielen Gesprächen mit Psychiatrieerfahrenen und aus Ergebnissen qualitativer Forschung ist bekannt, dass Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung wie alle anderen auch ein möglichst normales und selbstbestimmtes Leben führen wollen. Hierzu gehört die Gesundheit im Allgemeinen und die Behandlung bzw. Linderung psychischer wie somatischer Leiden. Aber haben Menschen, die schwer psychisch krank sind, auch die Chance auf »normale Teilhabe im Bereich Gesundheit« oder sind ihre Teilhabechancen eher eingeschränkt?

Die aktuelle Datenlage über die Lebenslagen und die Teilhabechancen für die ca. 500.000 bis 1.000.000 schwer psychisch kranken Menschen in Deutschland (Gühne et al. 2015) ist mehr als dünn.

Wir beschäftigen uns im Folgenden mit einer Untergruppe, nämlich den Menschen, die aufgrund ihrer seelischen Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten,

unabhängig davon, ob sie in der eigenen Wohnung oder in einem Wohnheim wohnen. Wir kennen aus den regelmäßigen Berichten der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) ungefähr die Zahlen der Hilfeempfängerinnen und -empfänger mit seelischen Behinderungen im Bereich Wohnen (knapp 60.000 in Heimen, ca. 120.000 Personen mit ambulanter Unterstützung) und im Bereich Arbeit (ca. 50.000 Menschen in Werkstätten für behinderte Menschen). Mehr Informationen z. B. zu den Lebenslagen der Betroffenen oder ihrer gesundheitlichen Situation existieren nicht. Die zweite verfügbare Quelle ist der Teilhabebericht (BTHG) der Bundesregierung z. B. von 2013. Er gibt allgemeine Hinweise auf Benachteiligungen für Menschen mit Behinderungen in vielfältigen Teilhabebereichen mit einer z. T. sehr mangelhaften Datenlage. Nicht einbezogen in den Bericht sind aber grundsätzlich Menschen, die in Einrichtungen wie z. B. Heimen leben. Die Bundesregierung hat mittlerweile einen umfassenden Survey in Auftrag gegeben, wobei die ersten Ergebnisse voraussichtlich frühestens 2020 vorliegen werden (Schmachtenberg 2018).

Gleichwohl ist das Thema von immenser Bedeutung: Bereits im 19. Jahrhundert und bis Mitte des 20. Jahrhunderts – d. h. noch vor Einführung moderner Psychopharmaka – wurde eine Übersterblichkeit psychisch Kranker (gegenüber der Allgemeinbevölkerung) beschrieben. Heute wissen wir, dass

das Sterblichkeitsrisiko bei Schizophrenen Störungen, Bipolaren Störungen, schweren Depressionen und Borderline-Störungen deutlich erhöht ist.

Nach Schulz (2017) ist der vergleichsweise schlechte physische Gesundheitszustand von schwer psychisch kranken Menschen die Folge von sozial benachteiligten Lebenssituationen, einem ungesunden Lebensstil und dem Zusammenspiel weiterer Risikofaktoren. Juckel (2015) thematisiert dann auch anhand einzelner psychiatrischer Krankheitsbilder den engen Zusammenhang der Pathophysiologie psychiatrischer Erkrankungen und die erhöhte – vor allem auch somatische – Morbidität und Mortalität. Es sei davon auszugehen, dass dies bei psychiatrischen Erkrankungen zum einen durch die Vernachlässigung des Gesundheitsverhaltens im Sinne von Vorsorge und Behandlung geschieht (Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gehen nicht rechtzeitig – und schon gar nicht zur Vorsorge – zum praktischen Arzt oder zum Internisten) und zum anderen durch die pathophysiologischen Prozesse, die zur Schizophrenie, zur Angststörung oder zur Depression führen. Letztere setzen bereits selbst wichtige neurobiologische Determinanten, die im Wesentlichen die Pathogenese körperlicher Erkrankungen, wie beispielsweise kardiovaskuläre Erkrankungen (koronare Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Hypertonus), aber auch Diabetes, metabolisches

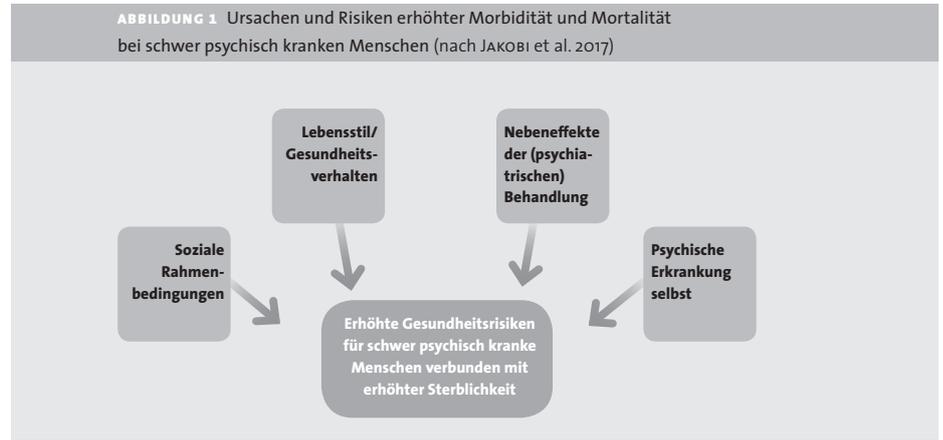
Syndrom etc. vorbereiten, wenn nicht auslösen.

Nach Jakobi (2017) lassen sich die Ursachen und Risiken erhöhter Morbidität und Mortalität bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen zusammenfassen, wie in Abb. 1.

Bei der erhöhten Mortalität von psychisch Erkrankten ist es gerade für Betroffene und Profis wichtig zu wissen, dass nicht primär die psychische Erkrankung selbst zum (verfrühten) Tod führt, sondern dass die Begleitumstände zu einer Häufung von Gesundheitsrisiken führen, wie etwa die ungünstige sozioökonomische Lage, Medikamentennebenwirkungen oder eingeschränkte Teilhabe an Gesundheitsleistungen. Die Identifikation dieser Risiken und die Entwicklung von Methoden zu ihrer Beeinflussung sind eine der Herausforderungen, der sich die Psychiatrie zu stellen hat. Insgesamt scheinen auch die Zugangsbarrieren zu den entsprechenden Dienstleistungen aus dem Gesundheitssektor insbesondere für schwer psychisch kranke Menschen erhöht. Auch wenn einzelne positive Beispiele in der Kooperation z. B. von Gerontopsychiatrie und Geriatrie die möglichen Gestaltungsräume andeuten, ist bei der Zusammenarbeit von Somatik und Psychiatrie – stationär wie ambulant – insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Störungen noch deutlich Luft nach oben. Die Themenfelder körperliche Gesundheit bzw. komorbide körperliche Morbidität treten bei den Bemühungen um Wiederherstellung und dem Management der psychischen Gesundheit noch allzu oft in den Hintergrund. Die erforderliche Verhaltens- und vor allem die Verhältnisprävention sind für diese Zielgruppe nicht ausreichend konzeptionell und methodisch in ihrer gesamten Komplexität unterlegt und schon gar nicht wissenschaftlich evaluiert. Es wird wohl noch etwas Zeit vergehen, bis die Profis tatsächlich von sich sagen können, sie arbeiten mit wissenschaftlich fundierten Methoden – also evidenzbasiert – daran, dass Leib und Seele gesund sind oder werden.

Studiendesign: Die Menschen fragen

Im Rahmen eines bundesweiten Forschungsprojekts (für eine ausführliche Projektbeschreibung siehe: Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e. V., Speck A., Steinhart I. 2018) befragten wir Menschen mit Eingliederungshilfebezug zu ihrer Lebenssituation.



ation. Auf der theoretischen Grundlage des sog. Capabilities Approach (Speck, Steinhart 2016; Steinhart, Speck 2016) integrierte ein umfangreicher Fragebogen mit 190 Items soziodemografische Variablen und Instrumente zu Stigma, sozialen Netzwerken und Einstellungen. Auch kam ein Instrument, der OXCAP-MH, zur Erfassung der sogenannten Capabilities erstmals in Deutschland zum Einsatz (Daum 2018). Um einen Vergleich der Teilhabechancen von Menschen mit schweren psychischen Störungen mit denen der Allgemeinbevölkerung ziehen zu können, wurden zudem zahlreiche Fragen aus dem Sozioökonomischen Panel (SOEP 2013/2014) eingebunden, eine regelmäßig durchgeführte Befragung der Allgemeinbevölkerung zur Erfassung der bundesdeutschen Lebenslagen.

Die Untersuchung wurde als Pilotprojekt in mehreren Bundesländern (Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Teilen von Westfalen, Baden-Württemberg: GPV Ravensburg) durchgeführt, da in diesen Regionen die Anbieter sozialpsychiatrischer Hilfen zur Unterstützung der Befragung gewonnen werden konnten. Im Vorfeld der Untersuchung wurden umfangreiche Informationsveranstaltungen bei den Leistungsanbietern und bei den KlientInnen durchgeführt. Insgesamt 6098 Fragebögen wurden ab Sommer 2015 mit einem Anschreiben in barrierearmer Sprache in die Einrichtungen und Maßnahmen verschickt und jeweils eine verschlossene Wahlurne für die Abgabe bereitgestellt. Hiervon konnten 1897 Fragebögen (31%) ausgewertet werden. Aufgrund des guten Rücklaufs schätzen wir die Aussagekraft als sehr hoch ein, da letztlich so mehr als 1% aller Eingliederungshilfeempfängerinnen und -empfänger bundesweit (ca. 180.000 Personen Wohnen nach BAGüS 2014) erfasst werden konnten. Mit Blick auf den Rücklauf sei noch angemerkt, dass die regionalen Rücklaufquoten durch-

aus schwankten (18% bis 43%). Insbesondere aus den Regionen mit hohen Rückläufen kann der Schluss gezogen werden: *die Menschen fragen*, geht sehr gut, insbesondere dann wenn auch die Mitarbeitenden und Bezugspersonen vom Mehrwert einer solchen Befragung überzeugt werden können.

Psychiatrische Diagnosen und Komorbiditäten

Die Menschen in der Eingliederungshilfe (EGH) wurden u. a. nach ihrer psychiatrischen Diagnose gefragt, wohl wissend, dass die folgenden Angaben insofern keine ärztlich-psychiatrischen bzw. wissenschaftlich fundierten Diagnosen sind, sondern die diagnostische Selbstzuschreibung der befragten Menschen: Depressionen oder Bipolare Störungen werden mit 44% als häufigste Diagnosen genannt, gefolgt von der Schizophrenen Psychose mit 31% und mit 10% Suchterkrankungen. Die Eingliederungshilfe ist heute nicht mehr ein Spezialangebot für Menschen mit dem Etikett »Schizophrenie«, sondern – wie in der Allgemeinpsychiatrie auch – ist diese traditionelle Kerngruppe im Bereich chronisch psychisch kranker Menschen zu einer Teilgruppe im Gesamtspektrum der Sozialpsychiatrie geworden. Grundsätzlich ist von einer konstanten Zahl (ca. 1% der Bevölkerung) von Menschen mit der Diagnose »Schizophrenie« auszugehen. Daher scheint die quantitative Erweiterung und weiterhin steigende Zahl der Eingliederungshilfeempfängerinnen und -empfänger aus anderen Diagnosegruppen zu einem verringerten Anteil aus dem Diagnosespektrum Schizophrenie zu führen – immer bezogen auf die Gesamtzahl in der EGH. Insgesamt zeigt sich – bei aller Vorsicht bezüglich der diagnostischen Selbstzuschreibung –, dass sich die Unterstützungsangebote heute auf ein breiteres Zielgruppenspektrum konzeptio-

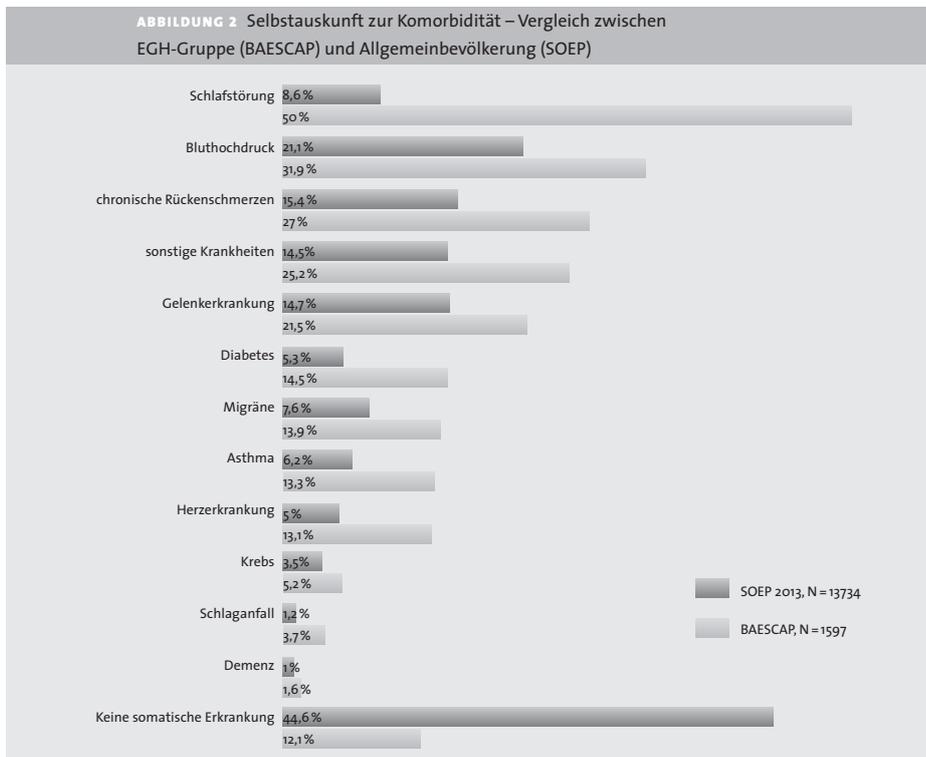
nell einstellen müssen. Das gilt umso mehr, als die Hälfte der Befragten psychiatrische Komorbiditäten angab, also mehr als eine psychiatrische Diagnose (57%). 27% gaben sogar drei oder mehr Diagnosen an. Insbesondere bei Menschen, die jung erkrankt waren, ist die Zahl psychiatrischer Diagnosen eher hoch.

Somatische Komorbidität

Die somatische Komorbidität der EGH-Population ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht: Abbildung 2 zeigt, dass bei jeder der jeweils zwölf erfragten somatischen Erkrankungen (u.a. Schlafstörungen, Diabetes, Krebserkrankungen) die EGH-Gruppe eine signifikant höhere Komorbidität aufwies.

Lediglich 12% der Befragten in unserer Stichprobe gaben keine zusätzliche somatische Komorbidität an. Die Mehrheit der Befragten berichtet von zwei oder mehr somatischen Leiden. Menschen mit drei oder mehr psychischen Erkrankungen leiden fast doppelt so häufig an drei oder mehr somatische Erkrankungen als an einer. Die psychiatrische Krankheitslast korreliert offenbar positiv mit einer somatischen Krankheitslast. Umgekehrt: Die Selbstausskunft, dass keine somatische Erkrankung vorliegt, findet sich in der Allgemeinbevölkerung fast viermal so häufig (45%) wie in der Gruppe von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen (12%).

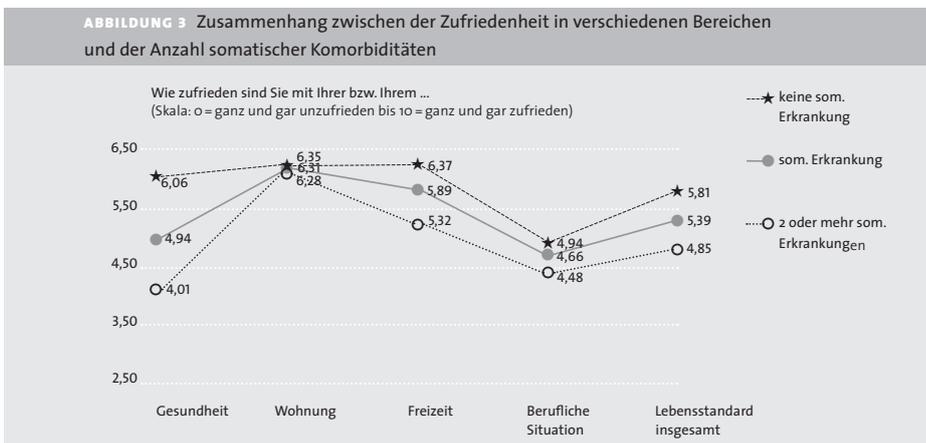
Wenn somit Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zusätzlich häufiger von somatischen Erkrankungen betroffen zu sein scheinen als die Allgemeinbevölkerung, dann wirft das auch die Frage nach der gesundheitlichen Versorgung auf. Barrieren in den Zugängen zur medizinischen Versorgung können sich auf den Gesundheitsstatus niederschlagen und Chronifizierungen begünstigen. Im Gegensatz zu den allgemeinen Strukturdiskussionen zur ärztlichen Versorgung, die eine sehr problematische Zugänglichkeit und eine defizitäre Versorgungsstruktur insbesondere in ländlichen Regionen beschreiben, stellt sich die Zugänglichkeit medizinischer Leistungen unter den Menschen in der Eingliederungshilfe als sehr gut dar. Lediglich lange Wartelisten bei niedergelassenen Ärzten wurden als hervorzuhebendes Problem angegeben, allerdings auch nur von 16% der Befragten. Ebenso wurde die Terminfindung bei Psychiatern bzw. Psychotherapeuten



von 11 bzw. 13 Prozent der Befragten als Barriere berichtet. Seltener ursächlich für medizinische Unterversorgung waren fehlende, wohnortnahe Angebote (8%). Ob diese Einschätzung davon herrührt, dass trotz aller Probleme in der Sicherstellung, das medizinische System sich gleichwohl bemüht, gerade für diese Zielgruppe der schwer psychisch kranken Menschen eine adäquate Versorgung herzustellen, ob die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe hier einen besonderen Aufwand treiben oder ob Menschen mit Eingliederungshilfebezug nicht wirklich wissen, mit welchem Standard sie eigentlich behandelt werden können, muss hier unklar bleiben und bedarf einer vertieften Untersuchung. Die Zielgruppe selbst stellt keine Problem-anzeige, sie ist gut versorgt und/oder hat sich offensichtlich »eingrichtet«.

Die Zahl der Komorbiditäten steht auch in Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit diversen Merkmalen wie der allgemeinen Gesundheit, der Wohnung, der Freizeit, der beruflichen Situation und des Lebensstandards insgesamt. Generell kann ein Trend festgestellt werden, dass je mehr somatische Erkrankungen vorhanden sind, desto geringer ist die Zufriedenheit. Bezüglich der Bereiche Gesundheit, Freizeit und dem allgemeinen Lebensstandard sind diese Ergebnisse statistisch bedeutsam (p < .000), siehe Abb. 3.

In den weiteren Analysen konnten wir auch feststellen, dass Menschen mit zwei oder mehr somatischen Diagnosen eher in der eigenen Wohnung wohnen als in Heimen. Es könnte sein, dass stationäre Einrichtungen im Zusammenspiel mit den zuständigen Aufsichtsbehörden gesundheitliche Belange



deutlicher im Blick haben als in der ambulanten Unterstützungssituation. Vieles deutet allerdings auch darauf hin, dass in den Heimen nicht die »kränkeren« bezogen auf den Gesamtgesundheitszustand leben, sondern dass sie eher in der ambulanten Unterstützungssituation zu finden sind.

Menschen mit mehr als einer somatischen Diagnose berichten auch eher von Stigma-Erfahrungen und beschreiben für sich eher geringe Teilhabechancen im Sinne des Capabilities Approach.

Allgemeine Gesundheit

Wenn es um Teilhabebeeinträchtigungen von Menschen mit chronischen psychischen Beeinträchtigungen geht, spielt der Bereich Gesundheit offensichtlich eine zentrale Rolle. Erinnert sei hier daran, dass in dieser Studie wie in der englischen Referenzstichprobe (Simon et al. 2013) das Item des OXCAP-Fragebogens »Schränkt Ihr Gesundheitszustand Ihre Alltagsaktivitäten auf irgendeine Weise ein, verglichen mit den meisten Menschen in Ihrem Alter?« am negativsten von allen Fragen bewertet wurde (Daum 2018). Hier existiert offensichtlich eine sehr negative Selbstzuschreibung.

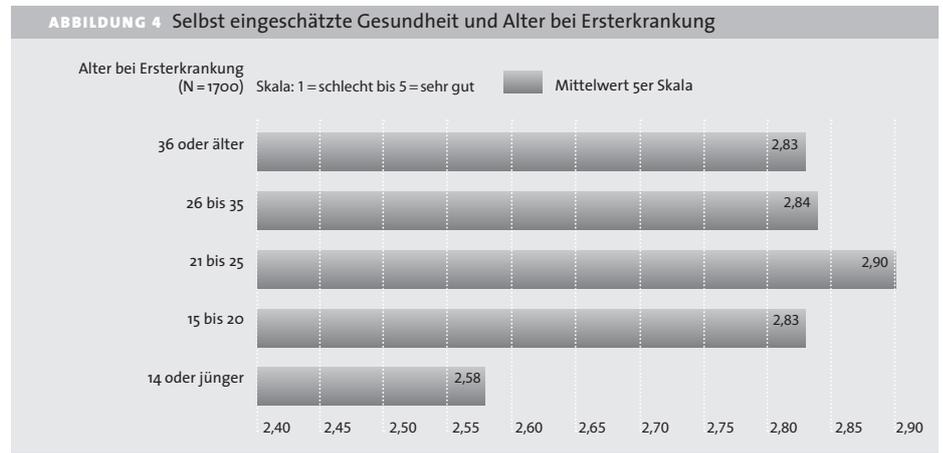
Gefragt nach der selbst eingeschätzten Gesundheit, zeigte sich, dass nur ca. ein Viertel der EGH-Gruppe ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzt. Dagegen sind es in der Allgemeinbevölkerung doppelt so viele Personen, die ihren Gesundheitsstatus positiv bewerten. Umgekehrt beurteilen in der Gesamtbevölkerung nur knapp 15 Prozent ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht, dagegen tun dies 38 Prozent der Menschen mit Eingliederungshilfebezug.

In fast allen Merkmalen, die Teilhabe in einem weiteren Sinne beschreiben wie z.B. Zugang zu Bildung und Beruf zeigte sich, dass eine Gruppe besonders benachteiligt war: die Menschen, die sehr früh erkrankten. Dies wurde auch bei der selbst eingeschätzten Gesundheit deutlich (siehe Abbildung 4).

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend können wir feststellen

- Nur 12 Prozent der befragten Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen und Eingliederungshilfebezug



geben keine somatischen Komorbiditäten an.

- Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung geben sie deutlich mehr somatische Erkrankungen an.
- Die subjektiv empfundene Gesundheit wird deutlich negativer erlebt als in der Allgemeinbevölkerung.
- Diese subjektiv empfundene Gesundheit hängt nicht nur von der psychiatrischen Diagnose bzw. ihrer Zahl, sondern auch vom Vorhandensein und der Zahl somatischer Diagnosen ab.
- Differenzierte Analysen haben ergeben, dass die subjektiv empfundene Gesundheit nicht primär durch den Bildungsstatus oder den Berufsabschluss beeinflusst wird, eher durch die Diagnose und das Geschlecht. Menschen mit der Diagnose Schizophrenie schätzen ihre Gesundheit deutlich positiver ein, Gleiches gilt für Männer im Vergleich zu Frauen.
- Die somatische Komorbidität zeigt deutliche Zusammenhänge mit geringer Zufriedenheit in verschiedenen Teilhabeaspekten, höherer Stigmaerfahrung und geringeren Teilhabechancen.
- In ambulanten Settings scheint die subjektiv empfundene Gesundheit geringer und die Zahl der Komorbiditäten deutlich höher zu sein. Die empfundene Lebensqualität einschließlich der Gesundheit ist im Heimsetting am höchsten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Teilhabe für schwer psychisch kranke Menschen auch im gesundheitlichen Bereich deutlich mehr eingeschränkt ist als die der Allgemeinbevölkerung, obwohl sie Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten. Ein höherer Aufwand wie z.B. in einem stationären Setting die Gesundheit scheint die Teilhabesituation verbessern zu können.

Dass Körper und Seele im Einklang stehen sollten, ist zwar seit der Antike bekannt,

aber was bedeutet dies für die Arbeit der Eingliederungshilfe? Es kann vermutet werden, dass die Verbesserung der subjektiv empfundenen Gesundheit die Teilhabechancen insgesamt deutlich heben kann.

Es wäre in differenzierteren Analysen weiterhin zu klären, ob die besser beschriebene Gesundheitssituation in den Heimen durch die Diagnose allein erklärt werden kann (mehr Menschen mit dem Etikett Schizophrenie in den Heimen) oder ob es andere Qualitäten z.B. im Unterstützungssetting der stationären Angebote gibt wie z.B. individuelle »menschliche« Zuwendung und Unterstützung, aus denen die ambulante Arbeit lernen könnte, wenn dort die notwendigen Ressourcen bereitgestellt würden.

Dies führt direkt zur Frage, ob angesichts der eingangs zitierten Ursachen und Risiken erhöhter Morbidität und Mortalität die seelische *und* die somatische Gesundheit bei Menschen mit Eingliederungshilfebezug ausreichend im professionellen Blick steht:

- Versteht sich die Eingliederungshilfe auch als Lotse für die somatischen Aspekte der Gesundheit?
- Sehen das die Leistungsträger auch? Stellen sie dafür ausreichenden Ressourcen z.B. in Form von Fachleistungsstunden oder einer bezahlten Kooperation mit Pflegediensten zur Verfügung? Bezogen auf die Behandlung durch Psychiatrische Institutsambulanzen kann bundesweit festgestellt werden, dass aufsuchende Hilfen nur bei 12 Prozent der Kontakte erfolgt (Koch-Stoecker et al. 2016), sodass hier die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten vor Ort deutlich eingeschränkt sind z.B. im Sinne eines Assessments von somatischen Leiden.
- Haben die Eingliederungshilfeanbieter die entsprechenden Programme/Methoden zur Gesundheitsförderung, haben sie

Teilhabe auf dem Prüfstand

In der BAESCAP-Studie wurden Nutzer*innen sozialpsychiatrischer Leistungen mit psychischen Erkrankungen befragt. Welche Teilhabemöglichkeiten erleben sie? Die Ergebnisse der Studie liefern Antworten: Trotz Eingliederungshilfe sind sie vielfach abgehängt und chancenlos. Was bedeutet Teilhabe eigentlich konkret und wie kann sie theoretisch abgeleitet werden? Welche Facetten des Lebens greifen wir heraus und welche sind wichtig? Das Autorenteam verankert Teilhabe auf theoretischer Ebene im Capabilities Approach, diskutiert den Teilhabebegriff auch vor dem Hintergrund des neuen Bundesteilhabegesetzes und zeigt auf, was auf sozialpolitischer Ebene nötig ist.



Landesverband Sozialpsychiatrie
Mecklenburg-Vorpommern e.V.,
Andreas Speck, Ingmar Steinhart (Hg.)
Abgehängt und chancenlos?
168 Seiten, 30,00 €
ISBN 978-3-88414-682-8

Psychiatrie
Verlag 

www.psychiatrie-verlag.de

die hierfür geschulten Mitarbeitenden und wenden sie solche Programme an?
– Welche Maßnahmen im Rahmen der Bildung und Personalentwicklung für die Mitarbeitenden sind erforderlich, um das Thema »Gesundheit« mit den Klientinnen und Klienten professionell bearbeiten zu können?

In der Beantwortung dieser Fragen liegen die Herausforderungen für die Sicherstellung einer umfassenden Teilhabe und für die Zukunft einer integrierten Förderung seelischer und körperlicher Gesundheit auch für schwer psychisch kranke Menschen. Dies kann die Eingliederungshilfe nur mit neuen Konzepten und mit Partnern aus den psychiatrischen und somatischen SGB V-Bereichen leisten!

Literatur

- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (Hg.) (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Berlin.
- DAUM M. (2018): Welche Befähigungen eröffnen sich Menschen in der Eingliederungshilfe? In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Speck A., Steinhart I. (Hg.) Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, Psychiatrie Verlag Köln, 111–131.
- JAKOBI F., KARADZA A., ZIERVOGEL K. (2017): Gesundheitsförderung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – Konzept und Evidenzlage. In Pohl U. (Hg.) Morgenspuren, Luther-Verlag, Bielefeld, 155–167
- JUCKEL G. (2015): Psychische Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf Mortalität und Morbidität (II). In: Versicherungsmedizin 67 (1), S. 4–8.
- LANDESVERBAND SOZIALPSYCHIATRIE MECKLENBURG-VORPOMMERN E.V., SPECK A., STEINHART I. (Hg.) (2018): Abgehängt und chancenlos? Teilha-

bechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, Psychiatrie Verlag, Köln

KOCH-STOEBCKER, S., DRIESSEN, M., GOUZOLIS-MAYFRANK, E., POLLMÄCHER, T. (2016) Struktur und Tätigkeitsspektrum der Psychiatrischen Institutsambulanz in Deutschland. Psychiatrische Praxis 43, S. 129–130.

SCHMACHTENBERG, R. (2018): Politik braucht Informationen: Zahlen, Daten, Fakten und die Sicht Betroffener. In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Speck A., Steinhart I. (Hg.) Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, Psychiatrie Verlag, Köln, 33–39.

SCHULZ M., HAHN B., DRIESSEN M., DIEFENBACHER A., REISCHIES F., BRAUN H., BEUTER F., STEINHART I., WIENBERG G. (2017): SoKo-Pein. In Pohl U. (Hg.) Morgenspuren, Luther-Verlag, Bielefeld, 103–123.

SIMON, J.; ANAND, P.; GRAY, A.; RUGKÅSA, J.; YEELES, K.; BURNS, T. (2013): Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research. In: Social science & medicine (1982) 98, S. 187–196.

DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.09.019.

SOZIO-OEKONOMISCHES PANEL (SOEP) (2015) Daten für die Jahre 1984–2013, Version 30. Doi:10.5684/soep.v30

SPECK, A., STEINHART, I. (2016): Teilhabe als Befähigung? Der Capabilities Approach als Rahmentheorie der Sozialpsychiatrie? Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis (2): 42–58.

STEINHART, I., SPECK, A. (2016): Der Capabilities Approach und die Sozialpsychiatrie. Optionen für die Analyse von Teilhabechancen und -barrieren. Sozialpsychiatrische Informationen (4): 4–8.

Der Autor

Prof. Dr. phil. Ingmar Steinhart

Direktor des Instituts für Sozialpsychiatrie M.-V. e. V., An-Institut der Universität Greifswald; Vorstand v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel
ingmar.steinhart@bethel.de