ISSN 0724-5165

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB

# Kerbe

## Forum für soziale Psychiatrie

3 2012
August
September
Oktober
30. Jahrgang

THEMENSCHWERPUNKT

**Armut begegnen**

Exklusion durch Armut und psychische Erkrankung

Gerechtigkeit neu denken

## 3 Editorial

## 4 Themenschwerpunkt

**Psychische Erkrankungen und Armut**
Über den Zusammenhang von Prekarität und Gesundheit
Cornelia Weiß, Seite 4

**Exklusion durch Armut und psychische Erkrankung**
Ein fach- und sozialpolitischer Handlungsauftrag
Jörg Holke, Seite 8

**Armutsproblematik für Menschen mit psychischen Erkrankungen**
Die Innensicht sozialpsychiatrischen Handelns
Ulla Schmalz, Seite 11

**Ein Arbeitsleben im Sozialstaat**
Petra Hirschberg, Seite 14

**Bedingungsloses Grundeinkommen**
Entlastung, Herausforderung, Zumutung
Sascha Liebermann, Seite 16

**Seelische Gesundheit, Armut und Verwirklichungschancen**
Gerechtigkeit neu denken
Uwe H. Bittlingmayer, Seite 19

**Wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen**
Inklusion bei einer existentiell bedrohlichen Lebenssituation
Gerhard Trabert, Seite 21

**Mensch sein heißt, dazu zu gehören**
Armut und psychische Erkrankung
Fritz Bremer, Seite 24

**Ein barrierefreier Zugang zu Arbeit ist möglich**
Irmgard Plößl, Seite 28

**Durch Empowerment und selbstbestimmt zum eigenen Recht**
Ein Blick aus Sicht einer Assistenz
Silke Frisch, Seite 30

## 31 Spectrum

**Die Früherkennungsmethode**
Risikomanagement von Aggressivität in der Forensischen Psychiatrie
Frans Fluttert, Anja Thormann, S. 31

**ProPsychiatrieQualität (PPQ)**
Der Sozialtherapeutische Verbund der Bergischen Diakonie Aprath ein Jahr nach der bundesweit ersten PPQ-Zertifizierung
Günter Schäfer-Bach, Jürgen Bombosch, Seite 35

**Krisenbegleitung**
Wann und wie hilft sie, stationäre Behandlungen zu vermeiden oder zu verkürzen?
Bernhard Düformantel, Gwen Schulz, Seite 38

## 40 Nachrichten

## 42 Termine


Foto: Dieter Skubski

EDITORIAL

## Liebe Leserin, lieber Leser

Armut hängt immer mit strukturellen, gesamtgesellschaftlichen Bedingungen und sozialer Ausgrenzung zusammen und weist darüber hinaus jeweils eindeutige Abhängigkeiten zum geschichtlichen Kontext auf. Dies verdeutlichen Ernst-Ulrich Huster und andere in ihrem „Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung“[1]: „Es bleibt der Widerspruch, Armut als stetes Phänomen in der Geschichte anzutreffen und sie zugleich als etwas zu begreifen, das es zu überwinden gilt“. „Armut oszilliert zwischen subjektiven und objektiven Faktoren“. „Armut hat nicht nur verschiedene, sondern vor allem konkrete Gesichter“. „Armut wird sozial bewirkt und wirkt sozial“.

Was bedeutet dies in einer Gesellschaft, in der sich die Schere zwischen Arm und Reich immer weiter öffnet und Lebenslagen sowie Arbeitsverhältnisse immer prekärer werden? Was bedeuten diese Entwicklungen für die seelische Gesundheit der Menschen? Wie gehen Menschen mit psychischen Erkrankungen damit um, dass soziale Sicherheit für viele immer brüchiger wird?

Cornelia Weiß verdeutlicht in ihrem einführenden Übersichtsartikel sehr differenziert den Zusammenhang zwischen Prekarität und psychischer Gesundheit und belegt darüber hinaus objektiv wissenschaftlich, dass arbeitslose Menschen auch überdurchschnittlich oft psychisch erkranken.

Die Perspektive sozialpolitischer und sozialpsychiatrischer Lobby-Arbeit verdeutlicht Jörg Holke in seinem Artikel. Er formuliert u. a. konkrete Handlungsaufträge an die Politik, um Armutsrisiken und ökonomische Exklusion zu überwinden.

Das „oszillierende“ Armutsphänomen beschreibt Ulla Schmalz in ihrem Beitrag zu Menschen, die mindestens gleichzeitig psychisch erkrankt und wohnungslos sind. Sie berichtet von ihren Erfahrungen mit Menschen, die Sozialarbeit und Unterstützung rundweg ablehnen.

Das Dilemma des Scheiterns und des sich Am-eigenen-Schopf-aus-dem-Sumpf-Ziehens, mit Hilfe der Selbsthilfe und in Kombination mit professioneller psychiatrischer Unterstützung, beschreibt Petra Hirschberg aus der Innensicht einer Psychiatrie-Erfahrenen.

Sascha Liebermann entwickelt die Pro- und Contra-Diskussion um das Bedingungslose Grundeinkommen und führt aus, dass viele der Sorgen und Probleme von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch das Bedingungslose Gundeinkommen gemindert oder aufgehoben werden könnten

Was wir Menschen für ein „gutes und gelingendes Leben“ benötigen, beschreibt Uwe Bittlingmayer am Beispiel des Capabilities-Ansatzes bzw. des Verwirklichungschancen-Ansatzes.

„Das Bermudadreieck der sozialen Benachteiligung“ erläutert Gerhard Trabert. Sein Fazit endet mit einem Appell an uns alle, uns eindeutig zu empören und die Realität nicht länger als gegeben hinzunehmen!

In der Textcollage von Fritz Bremer kommen betroffene Menschen zu Wort, die die Wirklichkeit eines Lebens in Armut und Ausschließung eindrücklich schildern und uns so näher bringen.

Irmgard Plößl macht uns darauf aufmerksam, dass „ein barrierefreier Zugang zu Arbeit möglich ist“, wobei anscheinend die „Barrieren in unseren Köpfen und Herzen“ das größte Hindernis für die Umsetzung darstellen!

Schließlich betont Silke Frisch, aus der Sicht einer Assistentin, dass für Werkstatträte mit psychischer Erkrankung der Lohn oft doppelt bitter sei. Armut und finanzielle Ungerechtigkeiten seien deshalb auch wichtige Themen der politischen Lobbyarbeit der Werkstatträte.

Wir freuen uns, wenn Sie uns als engagierte Kerbe-Leserinnen und Kerbe-Leser an Ihrer Meinung zum Thema Armut und psychische Erkrankung teilhaben lassen. Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre und sind gespannt auf Ihre Meinung.

*Kathrin Ratzke*
*Jürgen Bombosch*

1 Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung, Hg. Huster, Ernst-Ulrich / Boeckh, Jürgen / Mogge-Grotjahn, Hildegard, 2. Auflage 2012.

# Psychische Erkrankungen und Armut

## Über den Zusammenhang von Prekarität und Gesundheit

Von Cornelia Weiß

Psychische Erkrankungen werden derzeit öffentlich heftig diskutiert, weil sie im Krankheitsgeschehen eine immer größere Rolle spielen. Für diese Entwicklung wird neben Ursachen in der sich wandelnden Arbeits- und Lebenswelt wirtschaftliche Not als begünstigender Faktor gesehen. Das größte, aber nicht das einzige, Armutsrisiko ist Erwerbslosigkeit. Arbeitslose sind von psychischen Erkrankungen überdurchschnittlich häufig betroffen. Heißt das, dass Arbeitslosigkeit krank macht? In diesem Beitrag soll den Verflechtungen zwischen Arbeitswelt, Armut und (psychischer) Gesundheit nachgegangen werden.

Cornelia Weiß
Soziologin
Kontakt: Wurmflakstr. 1a, 46485 Wesel; Email: connie_weiss@gmx.de

Psychische Erkrankungen erfahren nach Jahren der Tabuisierung gegenwärtig eine große öffentliche und mediale Aufmerksamkeit. Auf den Titelblättern einschlägiger Nachrichtenmagazine waren innerhalb der letzten Monate mehrfach Berichte zu psychischen Erkrankungen zu finden. Im Gegensatz zu vergangenen Jahrzehnten steht der Gang zum Psychiater erheblich weniger in Verruf. Ärzte und Psychotherapeuten können sich über einen rege ansteigenden Zustrom von Behandlungsbedürftigen oder Behandlungswilligen freuen. Zum „psychischen Fall“ abgestempelt zu werden, bleibt dennoch im privaten und beruflichen Umfeld gefürchtet.

Die allzu öffentliche Diskussion zu psychischen Erkrankungen dürfte indes nicht nur angenehme Folgen haben. Einerseits ist eine mediale Verzerrung zu befürchten und andererseits besteht die Gefahr, dass ernste Leiden, die fachlicher Diagnose und Therapie bedürfen, aus den Sprechzimmern und Kliniken in die Cafés verlagert werden. Die möglichen Folgen, die von fehlender Behandlung bis zur Verstärkung des Stigmas reichen, möchte man sich für den Einzelfall gar nicht ausmalen.

Einzelne Faktoren, die psychische Erkrankungen begünstigen und auslösen können, stehen im Fokus der Debatte. Den Veränderungen in der modernen Arbeits- und Lebenswelt kommt dabei besondere Bedeutung zu. Auch über die Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und psychischen Erkrankungen ist einiges bekannt, jedoch werden diese öffentlich nicht annähernd so heiß diskutiert wie die Burnout-Fälle von erfolgreichen Zeitgenossen.
In diesem Beitrag soll zunächst geklärt werden, was derzeitig über die Verbreitung psychischer Erkrankungen bekannt ist. Danach wird der Frage nachgegangen, welche Veränderungen in der Arbeitswelt zu neuartigen Belastungen führen. In diesem Zusammenhang sind auch gesundheitliche Gefährdungen zu sehen. Einerseits scheinen Formen moderner Arbeit eine Quelle psychischer Gefährdungen zu sein. Andererseits lassen die beschriebenen Trends die Schwierigkeiten ahnen, denen gesundheitlich beeinträchtigte Personen in der Arbeit und bei der Suche nach Arbeit ausgesetzt sein können. Eine andere, vermutlich nicht weniger wirksame Quelle von Belastungen, ist die Armut, die im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit aber auch als Folge moderner Arbeit auftreten kann. Daher geht es danach um Ursachen und Verbreitung von Armut, um abschließend der Frage nachzugehen, wie moderne Arbeit, Arbeitslosigkeit und/oder Prekarität, die häufig in engem Zusammenhang stehen, und (psychische) Erkrankungen aufeinander wirken.

### Was ist derzeit öffentlich bekannt zu psychischen Erkrankungen?

An harte Fakten zu psychischen Erkrankungen zu kommen, ist relativ schwierig. Trotz einer derzeit teilweise hitzig geführten öffentlichen Debatte zum Thema bleibt es eine anspruchsvolle Aufgabe, genaue Zahlen zu ermitteln, die Auskunft zur Verbreitung psychischer Erkrankungen geben können. Im letzten Jahrzehnt haben sich Untersuchungen zu Ausbreitung und Bedeutung psychischer Erkrankungen gehäuft. Vor allem die Krankenkassen, aber auch Wissenschaftler haben regelmäßig Zahlen, Daten und Fakten bereitgestellt.

Das Robert-Koch-Institut (RKI) stellt in einem Panel repräsentative Daten zur Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland zur Verfügung. Der Verbreitung psychischer Erkrankungen ist dabei eine Sonderstudie gewidmet. In der Teiluntersuchung „Psychische Störungen“ nahmen im Zeitraum 1997-1999 insgesamt 4775 Personen teil. Affektive, Angst- und somatoforme Störungen sind in der deutschen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren weit verbreitet. Zum Erhebungszeitpunkt waren 17,2 % der Befragten von einer der untersuchten psychischen Störungen betroffen. Am häufigsten wurde die typische Depression (Major Depression) diagnostiziert. In allen Alters- und Störungsgruppen (außer bei den 18- bis 35-Jährigen mit affektiven Störungen) waren Frauen signifikant häufiger betroffen als Männer. Eindrücklich zeigten die Daten zu allen Formen psychischer Erkrankungen, dass die Arbeitsproduktivität und die gesamte Lebensführung der Erkrankten teilweise oder vollständig eingeschränkt ist. Dies illustriert die Größenordnung und gesundheitsökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen (Wittchen et al. 1999).

Die gesetzlichen Krankenkassen stellen in jährlichen Reports Daten zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen vor, die zum Download auf den jeweiligen Web-

seiten verfügbar sind. Diese bilden den Teil des Krankheitsgeschehens ab, der auf die gesetzlich versicherte und erwerbstätige bzw. arbeitslos gemeldete Bevölkerung bezogen ist. Daher ist die Aussagekraft dieser Daten begrenzt. Langzeitarbeitslose, die ALG II beziehen, und Personen, die berufsunfähig sind, werden nicht erfasst. Zusätzliche Verzerrungen ergeben sich daraus, dass Kurzzeitarbeitsunfähigkeiten von weniger als vier Arbeitstagen, für die kein Krankenschein notwendig ist, nur teilweise registriert werden. Viele Erkrankungen werden statistisch nicht erfasst, weil die Betroffenen dennoch ihrer Erwerbsarbeit nachgehen oder die Störungen zu Frühberentungen führen. Die tatsächlichen Prävalenzen dürften also deutlich höher liegen. Auffällig ist die Entwicklung der letzten Jahre. Ein konstanter, bisweilen dramatischer Anstieg bei der Gruppe psychischer Erkrankungen wird seit einigen Jahren im Zahlenwerk aller Krankenkassen registriert und in regelmäßig erscheinenden Sonderheften diskutiert. Die Steigerung allein sagt jedoch nichts über die Ursachen aus. Es besteht die Annahme, dass die Fallzahlen deutlich gestiegen sind. Aber diese Perspektive ist in der wissenschaftlichen Diskussion nicht unumstritten. Skeptiker gehen vielmehr von Verzerrungen durch bessere Diagnostik und verändertes Problembewusstsein aus (Jacobi 2009). Ganz gleich, ob man von einer realen oder einer durch veränderten Umgang bedingten Steigerung der Fallzahlen ausgeht, sind psychische Erkrankungen weit verbreitet, verursachen einen erheblichen Leidensdruck und schränken die Betroffenen in ihrer Lebensführung deutlich ein. Diese Umstände allein rechtfertigen eine intensive Diskussion möglicher Auslöser. Die wichtigsten der derzeit diskutierten sozialen Auslöser oder Risikofaktoren für psychische Erkrankungen sollen hier dargestellt werden.

Eine Quelle zunehmenden Drucks ist in der sich stetig verändernden Arbeitswelt zu verorten. Die Anforderungen, unter Termin- und Zeitdruck mehr leisten zu müssen und steigende Unsicherheit zu ertragen, können die psychische Gesundheit erheblich beeinträchtigen. Ein weiteres Risiko ist nicht unabhängig von der Arbeitswelt zu betrachten. Durch unsicherer werdende Erwerbsverhältnisse machen viele Beschäftigte häufiger die Erfahrung von Arbeitslosigkeit. Wirtschaftliche Not und fehlende Perspektiven bzw. Zukunftsängste, die mit dem Verlust des Arbeitsplatzes verbunden sind, gelten als Risikofaktor für psychische Erkrankungen. Hinzu kommt die wachsende Gruppe von Beschäftigten, die trotz Vollzeiterwerbstätigkeit von Armut betroffen ist. Auch diese Personen sind besonders gefährdet, psychisch zu erkranken.

## Veränderungen in der Arbeitswelt bringen Stress und grenzen aus

Aktuell ist die Arbeitswelt von deutlichen Veränderungen geprägt, die weit in die Lebenswelt hineinreichen. Für viele Berufstätige ist die Erwerbsarbeit nicht mehr an feste Zeiten gebunden. Die Flexibilisierung der Arbeitszeiten (das betrifft sowohl Arbeitstag, -woche, -monat oder -jahr als längere Zyklen wie Befristungen oder die Lebensarbeitszeit generell) wird weiter vorangetrieben. Die Beschäftigten müssen die entsprechenden Arbeitszeitstrukturen selbst herstellen. In der Folge wird selten weniger gearbeitet. Die Beschäftigten neigen vielmehr dazu, länger zu arbeiten. Leicht entstehen in diesem Zusammenhang erhebliche Überlastungssituationen. Bei befristeten Arbeitsverhältnissen oder bei Leih- und Zeitarbeit, um zwei andere Beispiele zu nennen, müssen aufgrund der Kurzfristigkeit oft enge Termine eingehalten werden. Hinzu kommen Bemühungen zur Fortsetzung der Beschäftigung oder aber Anstrengungen im Rahmen neuer Bewerbungen. Die dauerhafte biographische Unsicherheit, die generell durch die Befristungen entsteht, wirkt sich negativ speziell auf Familienplanung und den Aufbau bzw. die Pflege sozialer Netzwerke aus, das Familienleben wird drastisch erschwert.

Zu den zeitlichen Varianzen kommen häufig auch räumliche. Pendeln, Außendienst, Teleheimarbeit oder häufige Dienstreisen müssen durch die Beschäftigten im Alltag organisatorisch und auch praktisch bewältigt werden. Neben den deutlichen Auswirkungen auf die sozialen Netzwerke und das Familienleben der Betroffenen sind gesundheitliche Folgen zu befürchten. In ihrer Studie stellten Schneider et al. (2010) für Pendler mehr Stress, weniger Bewegungsmöglichkeiten, mehr Infektionen bei Bahnfahrern und Vielfliegern und frühere Arthrose bei Autopendlern fest. Verschleppte Krankheiten dürften gerade für Pendler charakteristisch sein. Veränderungen auf sozialer Ebene bedingen weitere Unsicherheiten und Belastungen. Projektarbeit in wechselnden Teams, hohe Fluktuation oder ständige Umstrukturierungen sind die Ursachen für zusätzliche Unsicherheiten auf sozialer Ebene. Oberflächliche und fragile Beziehungen zu Kollegen können die Folge sein. Arbeitgeberwechsel und daraus folgende Umzüge führen zu sozialer Entgrenzung. Die neue Orientierung für Familien, der Aufbau eines neuen Freundeskreises und sonstiger Netzwerke können starken Druck erzeugen.

Auch auf fachlicher Ebene müssen sich viele Arbeitnehmer immer wieder neu verorten. Für manche mögen Fortbildungen und die Übernahme neuer Aufgaben oder auch der (mehrfache) Wechsel des Arbeitgebers eine Quelle zusätzlicher Motivation sein. Sicher werden andere dadurch überstrapaziert. In jedem Fall wird das Zeitkonto zusätzlich belastet, die Zeit zur Erholung schrumpft und der beständige Wechsel kann auch als Zeichen von wachsenden Unsicherheiten interpretiert werden.

Dem individuellen Handeln kommt in all diesen neuen Formen der Gestaltung von Arbeit wachsende Bedeutung zu: Zeitpläne müssen erstellt, räumliche Distanzen bewältigt, Präsenzen organisiert, verschiedene Kollegen integriert und neue Aufgaben erledigt werden. Diese zusätzlich eingeforderten Aufgaben laufen alle neben dem eigentlichen Arbeitsprozess ab, werden jedoch in keiner Weise honoriert, sondern führen vor allem zu deutlichen Belastungen. Hinzu kommen die wahrgenommenen Unsicherheiten und die Einschränkungen in der langfristigen Planung, die für viele Beschäftigte als Quelle der Belastung wahrgenommen werden. Die Beschäftigten übernehmen Aufgaben, Funktionen und Zuständigkeiten, die ursprünglich betriebliche Angelegenheiten waren, additiv zu ihrer eigentlichen Arbeit (vgl. Voß 1998; Gottschall/Voß 2003; Jurczyk et al. 2009) und werden nicht selten dabei überlastet.

Die skizzierten Trends in der Arbeitswelt lassen darüber hinaus die Schwierigkeiten ahnen, denen gesundheitlich beeinträchtigte Personen in der Arbeit und bei der Suche nach Arbeit ausgesetzt sein können.

## Du bist selbst verantwortlich!

Der oben beschriebene Wandel der betrieblichen Steuerungslogik von ehemals rigiden Vorgaben und Kontrollen zu einer deutlicheren Ergebnisorientierung ist nicht allein auf die Sphäre der Arbeit zu beziehen, auch das „Leben" ist von dieser Logik durchdrungen. Überall ist die Tendenz spürbar, dass diffuser werdende Anforderungen eindeutig definierte Aufgaben ablösen. Dadurch sind alle scheinbar für die Rahmenbedingungen ihres beruflichen aber auch sonstigen Handelns selbst verantwortlich. Sich auflösende Strukturen führen außerdem dazu, dass alle Bereiche des Lebens zunehmend betrieblichen und ökonomischen Zwängen untergeordnet werden. Für manche Personen können diese Veränderungen neuartige Chancen und Gestaltungsräume eröffnen. Die damit aber entstehende Gefahr der Überforderung wird meist übersehen. Ebenfalls im Schatten bleiben diejenigen, die aus gesundheitlichen, wirtschaftlichen oder sozialen Gründen weniger belastbar sind oder bereits Folgen der Überlastung tragen. In der öffentlichen Diskussion werden immer wieder Hinweise auf eine neue Qualität gesundheitlicher Gefährdung der Beschäftigten im Kontext von betrieblichen Veränderungen gegeben. Arbeitsbedingte Erschöpfung und arbeitsinduzierte Gefährdungsszenarien für psychische Gesundheit werden öffentlich derzeit ausführlich besprochen. Bei genauerem Hinsehen kann jedoch der Gedanke aufkommen, dass neben mitteilungsbedürftigen, ausgebrannten Managern in Privatkliniken andere Gruppen psychisch Kranker gar nicht wahrgenommen werden. Selbst in den jährlich von Krankenkassen herausgegebenen Zahlenwerken zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen findet diejenige Gruppe, die zahlenmäßig am deutlichsten von psychischen Erkrankungen betroffen ist, häufig nur Platz in einer Fußnote. Gemeint sind Arbeitslose und prekär Beschäftigte. Diese sind im Ranking der psychisch Kranken seit Jahren die einsamen Spitzenreiter.

## Auch Armut, Arbeitslosigkeit und Prekarität sind belastend

Nicht wenige Beschäftigte haben grundsätzliche Probleme damit, eine kontinuierliche Berufsbiografie zu verfolgen und ihre grundlegenden Bedürfnisse durch das erzielte Einkommen zu decken. Die Gruppe der „Working Poor" ist in den letzten Jahren beständig gewachsen. Die prekär beschäftigten Erwerbstätigen haben häufig befristete Verträge, sind für Zeitarbeitsfirmen tätig oder beziehen sehr niedrige Löhne und Gehälter. Aber auch Langzeitarbeitslose gibt es in beträchtlichen Größenordnungen. Allen gemeinsam dürfte die alltägliche Sorge um das wirtschaftliche Überleben sein. Für die Gesundheitsforschung relevante Gruppen sind neben Arbeitslosen und Langzeitarbeitslosen auch Personen in prekären Beschäftigungsverhältnissen, da nicht nur Arbeitslosigkeit selbst, sondern auch die subjektiv wahrgenommene Bedrohung der Beschäftigung gesundheitsschädlichen Stress erzeugt (Dragano/ Siegrist 2006, Ferrie 2006).

Den Einfluss von Armut auf Lebenschancen kann man kurz beschreiben: sie macht krank, grenzt aus und verkürzt die Lebenserwartung. In Deutschland ist Armut jung und weiblich. Besonders problematisch ist der große Teil von Kindern, der mitbetroffen ist. Armut und der damit verbundene niedrige Sozialstatus stellen also ein erhebliches Risiko für die Gesundheit der Betroffenen dar. Besonders psychische Erkrankungen treten bei von Armut betroffenen Personen häufiger auf. Dabei kann Armut sowohl Ursache als auch Folge psychischer Erkrankung sein.

Das größte Armutsrisiko bleibt die Erwerbslosigkeit, auch wenn andere Ursachen zunehmen. Die wissenschaftliche Grenze zur Armutsgefährdung liegt bei weniger als 60 % des mittleren bedarfsgewichteten Nettoeinkommens. Für Deutschland sind das bei einem Alleinstehenden 940 €. Der Paritätische Wohlfahrtsverband berichtet 2011 von etwa 12 Millionen armutsgefährdeten Menschen in Deutschland, das entspricht 14,5 % der erwerbsfähigen Bevölkerung. Dazu zählen die Personen, die von Arbeitslosengeld I oder II leben müssen, aber auch zunehmend Erwerbstätige. Der Teil der „Working Poor" wächst stetig. Daher bleiben die Armutszahlen auch bei aktuell sinkender Arbeitslosigkeit hoch. Prekäre Beschäftigungsverhältnisse, dazu zählen befristete Jobs, Leiharbeit, Teilzeitstellen und Minijobs, sind im Durchschnitt deutlich schlechter bezahlt als sogenannte Normalarbeitsverhältnisse. Auch die Zahl der Soloselbständigen nimmt zu. Diese Unternehmer ohne eigene Angestellte wie bspw. Freelancer verdienen häufig sehr wenig. Sie sind also von den Phänomenen der Arbeitsarmut betroffen. Barbara Ehrenreich (2001) hat dazu eine interessante Studie mit dem Titel „Arbeit poor" vorgelegt. In dieser anrührenden und auch bedrückenden Sozialstudie schildert sie aus eigener Erfahrung den Alltag von Dienstleistungsangestellten in Amerika, die es trotz Arbeit häufig nicht schaffen, von dem verdienten Geld zu leben. Neben Arbeitslosen gibt es also eine Vielzahl von Personen, die ebenfalls von Armut betroffen sind. Damit sind Effekte verbunden, die sich überlagern können. Wer in der Arbeit ein geringes Einkommen bezieht, wird auch im Fall von Arbeitslosigkeit ein geringes Arbeitslosengeld beziehen. Oder er war nicht lang genug beschäftigt, um überhaupt Anspruch auf Arbeitslosengeld I zu haben und bezieht direkt bei Eintritt in die Arbeitslosigkeit Arbeitslosengeld II. Personen mit Phasen der Erwerbslosigkeit und geringem Einkommen können auch keine entsprechende Altersvorsorge aufbauen und sind deshalb sehr viel häufiger von Altersarmut betroffen als „Normalverdiener".

## Macht Arbeitslosigkeit krank oder werden Kranke arbeitslos?

Neu ist diese Fragestellung nach dem Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit nicht. Bereits in einer klassischen soziologischen Untersuchung, der zu den Arbeitslosen von Marienthal, spielte der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und (psychischer) Gesundheit eine große Rolle. Die Forscher Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel untersuchten 1932 im österreichischen Marienthal, dessen Bevölkerung nach der Schließung der örtlichen Textilfabrik nahezu komplett arbeitslos wurde und auch blieb, die (psychischen) Konsequenzen von Massenarbeitslosigkeit bei Arbeitern (Jahoda et al. 1975). Der durch die Arbeit in der Textilfabrik ohnehin nicht gute Gesundheitszustand der Marienthaler litt auch unter der Arbeitslosigkeit. 90 % waren durch die Arbeit tuberkulosegefährdet, dieser Zustand besserte sich nach Schließung der Textilfabrik. Allerdings machten sich einseitige Ernährung und mangelnde Körperhygiene gesundheitsgefährdend bemerkbar.

Die psychische Verfassung der Marienthaler wurde durch die Forscher in vier Typen, die sozusagen eine Entwicklung darstellen, erfasst. Die zunächst ungebrochene Haltung geht nach und nach in eine resignierte, verzweifelte und apathische Haltung über. Die festgestellte Haltung war mit Unterschieden im Einkommen verbunden. Die „ungebrochenen" Familien verfügten im Durchschnitt über 34 Schilling im Monat, die „Resignierten" über 30 Schilling, die „Verzweifelten" über 25 Schilling und die „apathischen" Familien hatten 19 Schilling. Bereits eine Differenz von 5 Schilling im Monat wurde von den Marienthalern als „andere Lebensform" wahrgenommen (Jahoda u.a. 1975. S. 96).

Einerseits hat die Studie durch derzeit knapp 3 Millionen Arbeitslose und knapp 5 Millionen „erwerbsfähige Hilfebedürftige", die Arbeitslosengeld II beziehen, nicht an Aktualität verloren. Andererseits war die soziale Sicherung der Marienthaler damals anders geregelt. Die finanzielle Unterstützung richtete sich nach Höhe des letzten Lohnes und der Familiengröße und wurde zwischen 20 und 30 Wochen gezahlt. Im Anschluss konnte „Notstandshilfe", die ca. 80 % der Arbeitslosenunterstützung betrug, beantragt werden. Diese konnte zwischen 22 und 52 Wochen ausgezahlt werden. Nach dieser Zeit bekamen die Arbeitslosen keinerlei finanzielle Hilfe mehr (Jahoda et al. 1975: 38). Wirklich vergleichbar ist die wirtschaftliche Situation der Marienthaler Arbeitslosen mit der heutigen Situation vermutlich nicht. Aber Parallelen in den Auswirkungen von Arbeitslosigkeit und Armut auf Gesundheit und Lebensführung dürften erkennbar sein.
Arbeitslose leiden auch heute unter wirtschaftlicher Not, Status- und Identitätsverlust, Verlust der Zeitstruktur, relativer sozialer Isolation durch den Verlust der an den Arbeitsplatz gebundenen Kontakte und Sinnverlusten, sowie den durch die Arbeitslosigkeit bedingten gesundheitlichen Konsequenzen. Als besonders belastet gelten Langzeitarbeitslose (BPtK 2010). Allerdings dürfen auch umgekehrt in Erkrankungen durchaus Ursachen von Arbeitslosigkeit gesehen werden. Unbestritten ist, dass

- Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen einen schlechteren Gesundheitszustand haben,
- Arbeitslose früher sterben,
- Arbeitslose und prekär Beschäftigte mehr gesundheitliche Beschwerden haben,
- die psychische Gesundheit von Arbeitslosen und prekär Beschäftigten besonders beeinträchtigt ist und
- Krankheiten sowohl Folge als auch Ursache von Arbeitslosigkeit sein können (Kroll/Lampert 2012).

Die im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit auftretenden Belastungen erzeugen psychosozialen Stress, begünstigen gesundheitsriskantes Verhalten und das Auftreten von Erkrankungen. Verschiedene Autoren dokumentieren das vermehrte Auftreten von psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen bei Arbeitslosen (ebd.). Allerdings haben auch Erwerbstätige mit chronischen Erkrankungen ein höheres Risiko, arbeitslos zu werden. Gesundheitlich eingeschränkte Arbeitslose haben ihrerseits schlechtere Aussichten auf Wiederbeschäftigung (Weber et al. 2007).

Kroll und Lampert (2012) dokumentieren einen stabilen Zusammenhang von Arbeitslosigkeit, prekärer Beschäftigung und Gesundheit in Deutschland. Demnach wiesen Arbeitslose ein höheres Sterberisiko auf, seien häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen und verhielten sich öfter gesundheitsriskant. Sie stellen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeitserfahrungen bzw. wahrgenommener Arbeitsplatzunsicherheit und psychischen Erkrankungen fest. Andererseits weisen sie auch auf gesundheitliche Einschränkungen als mögliche Ursache für Arbeitslosigkeit hin.

Grobe (2006) und Hollederer (2011) zeigen, dass Arbeitslose einen schlechteren Gesundheitszustand als Erwerbstätige haben und dies möglicherweise auf die Lebenssituation der Arbeitslosen zurückzuführen sei. Dieser Effekt ist deutlicher bei Männern ausgeprägt. Eine Vielzahl von Belegen für einen schlechteren Gesundheitszustand von Arbeitslosen spricht sicher einerseits für einen engen Zusammenhang von Arbeitslosigkeit, materieller Not und Krankheit und andererseits für die Kumulation von Risiken und Überlagerungseffekte bei einzelnen Personen, die aufgrund ihrer Disposition mehrfach gefährdet sind.

**Literatur**

**Bundespsychotherapeutenkammer** (BPtK) (2010), Komplexe Abhängigkeiten machen psychisch krank. BPtK-Studie zu psychischen Belastungen in der modernen Arbeitswelt, Berlin. (http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/20100323_belastung-moderne-arbeitswelt_bptk-studie.pdf)

**Dragano, Nico/ Siegrist, Johannes** (2006), Arbeitsbedingter Stress als Folge von betrieblichen Rationalisierungsprozessen – die gesundheitlichen Konsequenzen, in: Badura, Bernhard/ Schellschmidt, Henner/ Vetter, Christian/ Beelmann, Gert (Hrsg.), Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit, Berlin.

**Ehrenreich, Barbara** (2001), Arbeit poor. Unterwegs in der Dienstleistungsgesellschaft, München.

**Ferrie, Jane E.** (2006), Gesundheitliche Folgen der Arbeitsplatzunsicherheit, in: Badura, Bernhard/ Schellschmidt, Henner/ Vetter, Christian/ Beelmann, Gert (Hrsg.), Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit, Berlin.

**Gottschall, Karin/Voß, G. Günter** (Hrsg.) (2003),Entgrenzung von Arbeit und Leben. Zum Wandel der Beziehung von Erwerbstätigkeit und Privatsphäre im Alltag, München/ Mering.

**Grobe, Thomas G.** (2006), Sterben Arbeitslose früher? In: Hollederer, Alfons/ Brand, Helmut (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit,Bern.

**Hollederer, Alfons** (2011), Unemployment and health in the German population: results from a 2005 microcensus, in: J Public Health 19 (3).

**Jacobi, Frank** (2009), Nehmen psychische Erkrankungen zu? In: Report Psychologie 34 (1).

**Jahoda, Marie/ Lazarsfeld, Paul E./ Zeisel, Hans** (1975, zuerst 1933), Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langdauernder Arbeitslosigkeit, Frankfurt a. M.

**Jurczyk, Karin/Schier, Michaela/Szymenderski, Peggy/Lange, Andreas/Voß, G. Günter** (2009), Entgrenzte Arbeit – entgrenzte Familie. Grenzmanagement im Alltag als neue Herausforderung, Berlin.

**Kroll, Lars Eric/ Lampert, Thomas** (2012),Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit, in: GBE kompakt 1 (3).

**Schneider, Norbert F., Ruppenthal, Silvia und Heiko Rüger** (2010), Berufliche Mobilität, in: Windemuth, Dirk/Jung, Detlev/Petermann, Olaf (Hrsg.), Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf, Wiesbaden.

**Voß, G. Günter** (1998), Die Entgrenzung von Arbeit und Arbeitskraft. Eine subjektorientierte Interpretation des Wandels der Arbeit, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 31 (3).

**Weber, Andreas/ Hörmann, Georg/Heipertz, Walther** (2007), Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht, in:DtschÄrztebl, 104 (43).

**Wittchen, Hans-Ulrich/Müller, N./Pfister, H./ Winter, S./Schmidtkunz, B.** (1999), Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen", in: Gesundheitswesen (61), Sonderheft 2.

# Exklusion durch Armut und psychische Erkrankung

## Ein fach- und sozialpolitischer Handlungsauftrag

Von Jörg Holke

Die fach- und sozialpolitische Diskussion um Exklusion und Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat mit der Unterzeichnung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung in Deutschland eine neue Dynamik gewonnen. Aus soziologischer Perspektive definiert sich Exklusion bzw. Ausgrenzung als negative Umkehrung von gesellschaftlicher Teilnahme bzw. Inklusion. Die Gesellschaft setzt gewissermaßen Bedingungen und definiert die Zugangsmöglichkeiten für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Die Teilnahme am sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben (Inklusion) ist somit mit jeweils definierten Bedingungen verknüpft (Luhmann 1995). Wer diese Bedingungen nicht oder nur teilweise nicht erfüllt, ist von der Gefahr der Exklusion bedroht.

Exklusion spiegelt sich wider im schulischen Alltag, wenn die Eingangskriterien wie Sprach- bzw. Lernfähigkeit unter vorgegebenen Schulbedingungen nicht erfüllt sind. Exklusion findet statt gegenüber Mitbürgerinnen, die auf Grund von Arbeitslosigkeit und dem damit oft verbundenen Armutsrisiko sich zum Beispiel Kultur- und Freizeitangebote nicht leisten können. Exklusion findet auch statt bei psychischen Erkrankungen, wenn deren Folgen sich auf die gesellschaftlich geforderten Kommunikations- und Kontaktfähigkeiten auswirken. Und besonders fatal wirken sich die Wechselwirkungen zwischen diesen beiden letztgenannten Ausgrenzungsfaktoren aus.

### Psychische Erkrankung und Armutsgefährdung

Psychische Erkrankungen nehmen in ihrer Erscheinungsform, Krankheitsschwere und Dauer eine immense Bandbreite ein. So ist ca. jeder Dritte in der Bevölkerung mindestens einmal im Jahr von einer psychiatrischen Diagnose betroffen (Jacobi et al 2004) Der Anteil langandauernder Krankheitsverläufe mit weitreichenden Auswirkungen auf Arbeits- und Alltagsfähigkeit und der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft liegt aber eher unter 5 % (GBE Bund).

Armut in einem Sozialstaat wie Deutschland ist anders zu definieren als es eine globale Sichtweise erfordern würde. Von Armut ist dann auszugehen, wenn eine Person ein soziokulturelles Existenzminimum nicht erreicht und dadurch keine angemessene Teilhabe an der Gesellschaft möglich ist (Bundesregierung 2008). Der zweite und dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung orientiert sich an einem relativen Einkommensbegriff, bei dem die Armutsgrenze – der Bericht der Bundesregierung spricht von „Armutsrisikoquote“ – auf 60 Prozent eines mittleren Einkommens (Medianeinkommen) festgelegt wird. Das Risiko in Deutschland einkommensarm zu sein, lag im Erhebungsjahr 2005 bei 13% für das gesamte Bundesgebiet.

Bei der Betrachtung von Exklusion in Bezug auf psychische Erkrankung und Armut sind die Dimensionen einer Lebenslage von Bedeutung, in denen das verfügbare Einkommen wichtige Voraussetzung ist. Vorrangig sind hier anzuführen Wohnen, eine Mindestversorgung in den Bereichen Erziehung und Bildung, Gesundheit, Transportmöglichkeiten, Information, kulturelle Beteiligung, Rechtsschutz, soziale Kontakte und soziale Integration.

### Alltägliches Phänomen Exklusion

Arbeitslosigkeit und Überschuldung sind laut Bericht der Bundesregierung häufig Ursachen für Einkommensarmut. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind besonders betroffen. Dass Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der betrieblichen Arbeitswelt ausgegliedert werden und zudem Inklusion durch vielfältige Barrieren behindert wird, ist ein naheliegendes und auch empirisch nachweisbares Phänomen von Exklusionsprozessen (Baer 2007). So sind es oft Arbeitsanforderungen, die auf ein hohes Maß an Leistungsfähigkeit, Flexibilität und Belastbarkeit ausgerichtet sind, denen Menschen in ihren psychischen Krisen nicht gewachsen sind. Ohne entsprechende fachliche und betriebliche Unterstützung und integrierte Behandlung geht oft der Arbeitsplatz verloren oder eine Erwerbsminderung droht. Zudem gehen mit einer länger andauernden Arbeitslosigkeit Resignation, schleichende Hoffnungslosigkeit und psychische Krisen einher. So ist es dann auch nicht überraschend, dass bei fast 40 % der Menschen, die ihren Lebensunterhalt mit Arbeitslosengeld II bestreiten müssen, Symptome psychischer Erkrankungen ärztlich diagnostiziert wurden (APK 2011). Noch nicht erfasst sind dabei die vielen Betroffenen, die nicht zum Arzt gehen. Ebenso wenig überraschend aber doch alarmierend ist die Tatsache, dass mehr als ein Drittel aller Erwerbsminderungsrenten auf einer psychischen Beeinträchtigung beruhen.

Jörg Holke
Geschäftsführer
Aktion Psychisch Kranke e.V.
Kontakt: Oppelnerstr. 130, 53119 Bonn,
Tel. 0228/676740
E-Mail: holke@apk-ev.de, www.apk-ev.de-derborn.de

Das sind ca. 500 000 Menschen, die auf Grund einer psychischen Erkrankung eine Erwerbsminderungsrente beziehen, und jährlich erfolgen mehr als 60 000 Neubewilligungen (DRV Rentenstatistik 2011). Menschen mit psychischen Erkrankungen sind zudem oft überschuldet. So geben laut einer Studie der Universität Mainz 40% von über 600 befragten überschuldeten Personen an, an einer psychischen Erkrankung zu leiden (Münster 2008).

Die positive Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt hat sich nicht im gleichen Maße auf den Abbau der Langzeitarbeitslosigkeit im SGB II ausgewirkt.

Bei Eingliederungshilfen nach dem SGB XII im Bereich Wohnen ist die Anrechnung von Einkommen gesetzlich vorgeschrieben. Zwar ist hier neben den Wohnkosten ein Betrag in Höhe des doppelten Regelsatz anrechnungsfrei. Jedoch sind mit Arbeitsaufnahme oft auch weitere Kosten verbunden, so dass auch hierdurch ein Leben mit Armutsrisiko nach der oben angeführten Definition verbunden sein kann. Exklusion spiegelt sich nicht nur im Bereich von Einkommensarmut und Erwerbsstatus wider, sondern hat auch eine sozialräumliche Ausprägung (Stichweh 2005) und eine soziale Dimension.

Bei sozialpsychiatrischen Hilfeangeboten, die in ihrer Ausgestaltung ein Milieu schaffen, in dem die Menschen mit psychischen Erkrankungen unter sich bleiben und ihre Möglichkeiten stark einschränken, dort zu arbeiten bzw. zu leben, wo auch andere leben bzw. arbeiten, besteht die Gefahr von länger andauernder und sich verfestigender Exklusion. Das können Wohnheimangebote, Freizeitangebote oder Werkstattangebote sein. Laut der Ergebnisse einer Befragung von Heimbewohnern 2008 in Westfalen waren nur knapp 2 % im allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt, lebten weniger als ein Drittel in einer Partnerschaft und nur ca. ein Drittel hatten soziale Kontakte außerhalb des Heimes (Richter 2008).

## Auswirkung sozialrechtlicher „Reformen“

Mit den sogenannten Hartz-Reformen und der Einführung des SGB II waren soziale Einschnitte verbunden. Der Wegfall der einkommensorientierten Arbeitslosenhilfe und die Verkürzung der Bezugszeiten des einkommensabhängigen ALG I bedingen seither eine wesentlich schneller eintretende Abhängigkeit von dem Existenzminimum in Form von Regelsätzen. Zudem wurde die Chance verpasst und möglicherweise war es auch nicht beabsichtigt, die Regelsätze auf ihre Tauglichkeit in Bezug auf gesellschaftliche Teilhabe zu überprüfen. Berechnungen von Wohlfahrtsverbänden und Betroffenenverbänden hatten bereits vor der Einführung gezeigt, dass mit den Sozialhilfe-Regelsätzen ein Leben an der Armutsgrenze verbunden war. Dies wird durch aktuelle Gutachten auch für die zur Zeit geltenden Regelsätze bestätigt (Münder 2011). Die mit der Reform 2011 geschaffenen zusätzlichen Teilhabegelder für Kinder können hier nur sehr begrenzt mildernd wirken.

Persönliches Budget, Integrierte Teilhabeplanung und Koordinierte Leistungserbringung könnten wesentlich zur Überwindung des Armutsrisikos beitragen.

Zwar haben sich mit dem SGB II mehr Fördermöglichkeiten ergeben. Jedoch waren bisher diese Förderangebote oft nicht auf die besonderen Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgerichtet. So konnten nur geringe Eingliederungseffekte in den allgemeinen Arbeitsmarkt und dadurch kaum Einkommenszuwächse erzielt werden (APK 2010). In Bezug auf Integrationserfolge ist auch von Bedeutung, dass sich die positive Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt nicht im gleichen Maße auf den Abbau der Langzeitarbeitslosigkeit im SGB II ausgewirkt hat. Gerade hier ist aber wie bereits oben erwähnt der Anteil psychisch Kranker besonders hoch. Zudem haben sich Fördermöglichkeiten im SGB XII verschlechtert, da in Folge der Hartz-Reform die Zuverdienstmöglichkeiten eingeschränkt wurden.

Mit dem bereits 2001 eingeführten SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe – waren große Hoffnungen in Richtung von individueller und integrierter Förderung von Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bzw. am Arbeitsleben verbunden gewesen. Insbesondere das neue Postulat der Teilhabe signalisierte, dass die Chance am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, deutlich erhöht werden sollte. Es zeigte sich jedoch relativ schnell, dass der angekündigte Paradigmenwechsel in Richtung individueller Förderung umgesetzt wurde und wird. Gründe liegen vor allem in der zu unverbindlichen Gesetzesformulierung, aber auch in der nicht ausreichenden Beachtung der Gesetzesvorgaben durch die Leistungsträger und Leistungserbringer. So wurden zentrale Gesetzesinhalte wie das Persönliches Budget, Integrierte Teilhabeplanung und Koordinierte Leistungserbringung, die wesentlich zur Überwindung des Armutsrisikos beitragen könnten, bisher nur mangelhaft bzw. kaum flächendeckend umgesetzt.

## Aktuelle Gesetzesinitiativen und Weiterentwicklung der Hilfen

Unter Bezug auf den mit dem SGB IX eingeleiteten Paradigmenwechsel hat die Arbeits- und Sozialministerkonferenz eine Reform der Eingliederungshilfe empfohlen. Eine Bund-Länderarbeitsgruppe hat zur Umsetzung ein Eckpunktepapier erstellt. Aktuell wird ein Gesetzentwurf vorbereitet. In Bezug auf die Überwindung von Exklusion durch psychische Erkrankung und Armut sind folgende Reformplanungen relevant:

- Durch die beabsichtigte Trennung von Wohnen und Betreuung werden die Grenzen zwischen ambulant und stationär fließend und die Wahlmöglichkeiten in Richtung einer ambulanten und teilhabeorientierten Hilfe für die Hilfeempfänger größer.
- Durch die vorgesehene verbindliche integrierte Hilfeplanung werden insbesondere die Hilfen zu Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung mehr Beachtung finden und auch vor jeder Berentungsüberlegung Alternativen geprüft werden müssen.
- Die Flexibilisierung der Hilfen nach § 39ff SGB IX (aktuell Werkstattleistungen) wird mehr Wahlmöglichkeiten in Bezug auf eine teilhabeorientierte bzw. betriebliche Ausrichtung ermöglichen.
- Die Aufforderung, das Budget für Arbeit bundesweit in allen Ländern zu erproben, würde mehr Menschen mit psychischen Erkrankungen und einer eingeschränkten Erwerbsfähigkeit Wege in Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes mit Entlohnung eröffnen.

Die bisherigen Reformbemühungen zur Weiterentwicklung des SGB II – Grundsicherungen für Arbeitsuchende – haben für die vielen arbeitslosen Menschen mit psychischen Erkrankungen mit ALG II–Bezug nur sehr bedingt Verbesserungen gebracht. Eine der bedeutsamsten Verbesserungen durch die Reform 2008 – die Einführung der Jobperspektive mit einer unbefristeten Lohnbezuschussung für schwer vermittelbare Langzeitarbeitslose – ist mit der aktuellen Instrumentenreform 2012 wieder gestrichen worden, bevor sie überhaupt ins Laufen gekommen ist.

Die Förderleistungen sind weiterhin noch zu stark auf kurzfristige Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ausgerichtet. Angepasste, flexible Unterstützungsmöglichkeiten, die die Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf lange Sicht maßgeblich reduzieren würden, fehlen nach wie vor. Eine Chance liegt in den freien Fördermöglichkeiten der Jobcenter, die es regional entsprechend zu nutzen gilt. Auch die gesetzliche Verankerung der „Unterstützten Beschäftigung“ im § 38 a SGB IX als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben ist eine Option, die noch viel stärker genutzt werden muss – notfalls auch in Form des persönlichen Budgets.

Dass Reformen im Bereich der medizinischen Behandlung und der Pflegeversicherung immer unter dem Blickwinkel der Vermeidung von Ausgrenzung und Armut kritisch hinterfragt werden müssen, ist nicht nur ein Auftrag, der sich aus der UN-Konvention ergibt, sondern fachpolitische Aufgabe sozialpsychiatrischer Lobbyarbeit im Sinne der Betroffenen. Positiv zu bewerten sind hier die Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung zumindest in Modellkrankenhäusern, die Integrierte Versorgungsmöglichkeiten nach § 140 SGB V und die verbesserten Hilfen für Demenzkranke in der Pflegereform. Ausgespart wurde in der Pflegereform jedoch die in Bezug auf psychische Erkrankungen dringend notwendige Neuformulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

## Perspektive Partizipation und Teilhabe bzw. Inklusion

Im Bund-Länderarbeitspapier sind Bezüge zur UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung enthalten. Diese Behindertenrechtskonvention – seit 2009 per Gesetz vom Bundestag verabschiedet – hat nach Anlaufschwierigkeiten mittlerweile eine beachtliche Strahlkraft entwickelt. Die Behindertenrechtskonvention (BRK) der UN enthält zwei zentrale politische Botschaften, zu deren Umsetzung sich Deutschland durch die Ratifizierung verpflichtet hat. Sie formuliert ein Inklusionsverständnis, dass einen gesellschaftlichen Zustand anstrebt, in dem jeder Mensch in seiner Individualität von der Gesellschaft akzeptiert wird und die Möglichkeit hat, in vollem Umfang an ihr teilzuhaben oder teilzunehmen. Das Vorhandensein von Unterschieden wird von der Gesellschaft weder in Frage gestellt noch als Besonderheit gesehen. Das Recht zur Teilhabe bezieht sich auf sämtliche Lebensbereiche, in denen sich alle barrierefrei bewegen können sollen.

> Von dem gesellschaftlichen Leitbild, das die Behindertenrechtskonvention der UN vorsieht, ist die bundesdeutsche Realität weit entfernt.

Von solch einem gesellschaftlichen Leitbild ist die bundesdeutsche Realität noch weit entfernt. Deutschland hat zugesagt, zur Umsetzung dieser Grundhaltung entsprechend angemessene Vorkehrungen zu treffen. Das betrifft die politische Bildungsarbeit, aber auch entsprechend ausgerichtete Unterstützungsleistungen für die Betroffenen. In Bezug auf die Exklusion durch Armutsrisiken verpflichtet die BRK die Regierung und die Zivilgesellschaft, für einen angemessenen Lebensstandard, sozialen Schutz und ein Recht auf Arbeit in einem offenen und integrativen Arbeitsmarkt Sorge zu tragen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Hier sind Handlungsaufträge in Richtung Überwindung von Armutsrisiken und ökonomischer Exklusion impliziert, die da beispielsweise heißen müssten:

- Überarbeitung der Regelsatzverordnung in Bezug auf die Ermöglichung eines Mindestmaß an sozialer Teilhabe und Inklusion
- Einführung eines flächendeckenden gesetzlichen Mindestlohn
- Angepasste Flexible Unterstützungsmöglichkeiten zur Arbeitsförderung im SGB II und III
- Unverzügliche Verabschiedung der Eingliederungshilfereform
- Weiterentwicklung des SGB IX in ein (steuerfinanziertes) Leistungsgesetz mit verbindlichen Vorgaben zu einer am individuellen Bedarf und Teilhabe orientierten Leistungserbringung.

Weitere Handlungsfelder sind der Ausbau einer Inklusion fördernden psychiatrischen Behandlung, eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriff und Ausbau von Selbsthilfeförderung und Partizipationsmöglichkeiten. Fachliche Ausarbeitungen zu diesen Handlungsfeldern sind der Stellungnahme der Fachverbände Sozialpsychiatrie und den Stellungnahmen der Aktion Psychisch Kranke (www.apk-ev.de) zu entnehmen. Zu unterstützen sind die Aktivitäten auf Länderebene, Aktionspläne aufzustellen. Diese sind gleichzeitig kritisch zu begleiten. Nicht zuletzt sollten aber auch Leistungsträger und Leistungserbringer durch konkrete Aktivitäten und möglicherweise auch Aktionspläne (vorbildlich hier die Gesetzliche Unfallversicherung) ihren Beitrag leisten zu einer Gesellschaft, die sich im Geist der BRK an Teilhabe und Inklusion ausrichtet.


**Literatur**

**Luhmann, N.:** Inklusion und Exklusion in: N. Luhmann Soziologische Aufklärung 6; 1995 Wiesbaden.

**Stichweh, R. :** Inklusion und Exklusion – Studien zur Gesellschaftstheorie. 2005 Bielefeld.

**Jacobi, F.; Klose, M.: Wittchen H. U.**; Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung; Bundesgesundheitsblatt 2004 · 47:736–744.

**Bundesregierung**; Dritter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2008 Berlin.

**Münster, E.: Letzel, S.;** ASG-Studie (Armut, Schulden und Gesundheit) – Universität Mainz , 2008 Mainz.

**Aktion Psychisch Kranke e.V.** (Hrsg.): Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke. 2010 Bonn.

**Aktion Psychisch Kranke e. V. :** eigene Auswertungen von zur Verfügung gestellten Krankenkassendaten der AOK, BKK, und TK, Bonn 2011.

**Baer, N.:** „Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen?“ Resultate einer Befragung von KMU. Zeitschrift für Sozialhilfe (1), 32–33, 2007.

**Münder, J.:** Verfassungsrechtliche Bewertung des Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen 24.03.2011, Gutachten für die Hans-Böckler-Stiftung, August 2011.

**Gesundheitsberichterstattung des Bundes** (GBE): www.gbe-bund.de

# Armutsproblematik für Menschen mit psychischen Erkrankungen

## Die Innensicht sozialpsychiatrischen Handelns

Von Ulla Schmalz

Neulich an einem lauen Frühsommerabend mit zwei Freunden in einem Szenerestaurant, in das wir zufällig geraten waren, da war es plötzlich da. Ganz kurz nur, aber deutlich. Neben uns traf sich eine illustre Gesellschaft zu einer privaten Geburtstagsfeier. Die Menschen, die nach und nach eintrafen, waren gut gelaunt, gut gekleidet und gut situiert. Es waren viele, bestimmt vierzig oder fünfzig, was in etwa dem Anlass des Geburtstages entsprach. Das Gefühl, was da plötzlich auftauchte, war: Exklusion. Quatsch, Exklusion ist natürlich kein Gefühl, sondern bezeichnet einen Zustand. Das Gefühl war: Wehmut. Traurigkeit. Neid? Jedenfalls war klar – zu dieser Gesellschaft habe ich keinen Zugang, dort gehöre ich nicht hin. Und als dann die Rechnung bezahlt werden musste, fühlte ich mich plötzlich auch ein kleines bisschen arm, das war hundertprozentig nicht meine Gehaltsklasse. Hier wird deutlich, wie relativ der Begriff „Armut“ ist, und so kann es im Folgenden auch nur um „relative Armut“ gehen. (Bestimmt fühlt sich Herr Middelhoff aktuell auch relativ arm)

Ich möchte auch nicht Herrn Sarrazin das Wort reden und nachweisen, dass man sich mit der Grundsicherung vernünftig und gesund ernähren kann. Ich möchte nur meiner Ungewissheit und Unsicherheit Raum geben und von unserer Arbeit erzählen, die mit armen Menschen zu tun hat. Sollten Sie jetzt einen glühenden kämpferischen Beitrag erwarten, der zum Handeln für arme psychisch kranke und wohnungslose Menschen aufruft, können Sie direkt zum nächsten Artikel weiterblättern.

### Menschen im Hotel Plus: Wer ist hier arm?

Ich nehme Sie mit in ein kleines schäbiges, heruntergekommenes Hotel ins Zentrum einer Großstadt (also beste Lage!).

Hier lebt z.B. Herr S. Er kam abgerissen und verwahrlost ins Hotel, nachdem er vorher jahrelang auf der Straße gelebt hatte. Jetzt ist er ein gepflegter, braun gebrannter, gut aussehender Herr, der gerade die dritte Ausstellung seiner Bilder organisiert. Er strukturiert seinen Tagesablauf minutiös, zu dem auch der tägliche Cafébesuch gehört. Unsere Gesetzgebung hat dafür gesorgt, dass ihm sowohl medizinische Hilfe (gegen seinen Willen) als auch soziale Hilfe zuteil wird, obwohl er auf beides zunächst keinen Wert gelegt hatte. Das Einzelzimmer betrachtet er mittlerweile als sein Zuhause und lehnt es rigoros ab, in eine eigene Wohnung zu ziehen. So bleibt ihm (gegen unseren Willen) der Status der Obdachlosigkeit erhalten. Ist er arm?

Frau H., auch eine sehr gepflegte Frau in den Sechzigern, hat ebenfalls eine sehr ausgefeilte Tagesstruktur, ganz ohne psychiatrische Hilfen. Sie sucht die Plätze der Obdachlosenhilfe auf, um dort den „Armen“ zu helfen, ist genauestens informiert über alle Angebote, wo man kostenlose Mahlzeiten bekommt und kontrolliert hier, dass diese auch wirklich von der Zielgruppe genutzt werden. Auch ist sie in Gänze über das Leben an den europäischen Königshäusern informiert und über alle aktuellen Katastrophen, an denen sie auch bereitwillig teilhaben lässt. Auf gar keinen Fall will sie in eine eigene Wohnung ziehen, jeder Versuch in diese Richtung ist in den vergangenen acht Jahren gescheitert. Sie verteidigt ihren Status „wohnungslos“ vehement auch gegenüber dem Kostenträger. Ist sie arm?

Herr L. hat es endlich geschafft, mit unserer Hilfe ist er in eine eigene Wohnung gezogen. Diese ist klein, ziemlich schäbig und liegt in einem Stadtteil, den er nicht mag. Besonders glücklich ist er nicht, er ist nicht mehr „wohnungslos“, empfindet sich aber als verloren und einsam in der ungewohnten Umgebung. Ist er arm?

Ulla Schmalz
Fachkrankenschwester für Psychiatrie. Seit 1997 Leiterin der Abteilung Psychiatrie beim DRK Köln. Sie entwickelte das Konzept Hotel Plus für psychisch kranke wohnungslose Menschen.

Herr D., der unter PsychKG Behandlung völlig „normal“ wurde, Pläne entwickelte, sich Beschäftigung suchte, mit uns auf Wohnungssuche ging, die auch erfolgreich war, und als er endlich in die frisch renovierte und hübsch eingerichtete Wohnung ziehen sollte, die Behandlung abbrach und sich wieder in eine fremde, uns nicht zugängliche Welt zurückzog, mit der Verweigerung des Umzugs. Der Verbleib in dem elenden Hotelzimmer wirkt selbst gewählt. Ist er arm?

Frau F., seit vielen Jahren im Hotel, vorher überall rausgeflogen, weil niemand ihre aggressiven Impulsdurchbrüche ertragen hat, verkommt auch körperlich immer mehr. Sie tyrannisiert ihre Mitmenschen, gibt alles Geld in Spielautomaten aus, wenn sie gewinnt, ist sie freigebig und großzügig und versorgt alle, wenn sie verliert, bedroht sie und wird auch gewalttätig. Sie lehnt alle gutgemeinten Versorgungsangebote ab und sieht in dem Hotel ihr Zuhause. Ist sie arm?

Herr R., seit vier Jahren im Hotel, baut zunehmend ab, körperlich und geistig. Er entwickelt Hassfantasien gegen alles und jeden, fühlt sich ständig attackiert, hat schon mehrmals sein Zimmer demoliert und ist immer vom Rausschmiss bedroht. Weil er aber so sichtlich krank ist, wird er (mit Behandlungsauflagen) von den anderen mitgetragen. Ist er arm?

Herr B., Mitte Dreißig, lebt ganz still und zurückgezogen. Er ist äußerlich verwahrlost und ernährt sich aus Mülltonnen. Lehnt alles ab, was an Hilfsangeboten an ihn herangetragen wird. Sagt, er nehme den Platz ein, den die Gesellschaft ihm gibt. Jetzt hat „die Gesellschaft" ihm eine schöne Zweizimmerwohnung verschafft, die völlig leer steht. Er verfügt über genügend Geld, sie entsprechend einzurichten, über Unterstützungsangebote beim Kauf, will aber nichts. Ist er arm?

Herr T., auch schon lange im Hotel, ist vor neun Jahren verblutet und hat seine Seele verloren und eine Frauenseele bekommen. Deshalb trägt er nur Frauenkleider, kommuniziert mit dem Universum mittels elektrischer Impulse und gibt den größten Teil seines Geldes für Tabak aus, den er ununterbrochen konsumiert. Sein Zimmer ist Treffpunkt für alle armen Seelen auch aus der Nachbarschaft und der Junkie Szene. Ist er arm?

Wer im Hotel arbeitet, braucht eine Haltung, die ihn interessiert sein lässt an Menschen, die ihrerseits nicht das geringste Interesse an ihm aufbringen.

Dies ist nur als kleiner Einblick in die Armutsproblematik unseres täglichen Miteinanders gedacht.

## Was heißt es, Menschen in diesen Situationen zu begleiten?

Um überhaupt Kontakt zu bekommen, ist es erforderlich, über ein hohes Maß an Toleranz gegenüber Menschen mit abweichendem Verhalten zu verfügen. Bei der Arbeit im Hotel wird mitunter deutlich, wo Bürgerarbeit ihre klaren Grenzen hat. Wenn ich mich irgendwo ehrenamtlich engagiere, gehe ich ja in der Regel mit Recht davon aus, dass meine Tätigkeit erwünscht und notwendig ist. Diese Voraussetzung ist bei unserer Arbeit nicht gegeben. Eher stoßen wir auf Ablehnung, Skepsis bis hin zu Widerwillen und völliger Versagung. Wir benötigen eine innere Haltung, die uns interessiert sein lässt an Menschen, die ihrerseits nicht das geringste Interesse an uns oder ihrer Umgebung aufbringen. Es bedeutet, Ablehnung auszuhalten, auch wenn sie mir konstant entgegen gebracht wird und nicht aufzugeben, sondern es mit Freundlichkeit und Offenheit immer wieder zu versuchen. Es bedeutet manchmal aber auch, sich zu schützen, wenn ich mich unsicher fühle, den Kontakt im richtigen Moment abbrechen und mich zurückziehen zu können. Deshalb ist auch ein fundiertes Fachwissen über Krankheitsbilder notwendig, denn nur, was mir wirklich zur Verfügung steht, kann ich auch beiseitelegen, um mich auf den Menschen einzulassen, der mir gegenüber sitzt.

Wenn sich in einem Irrgarten von Sätzen plötzlich ein Gefühl von Verständigung ausbreitet, kann das wahrhaftig beglücken.

## Mit welchen Handlungsstrategien wird den Problemen begegnet?

Niemand verfügt in unserem Arbeitsbereich über Zaubermittel und die Methoden der sozialen Arbeit und auch der psychiatrischen Pflege sind sehr begrenzt. Deshalb ist auch meine Ausführung zu dieser Frage sehr knapp. Da für uns das gezielte Einsetzen der sozialen Gruppenarbeit so gut wie ausgeschlossen ist, verwenden wir es ungezielt nach Lust und Laune. Das bedeutet, dass wir selbstverständlich ein Frühstücksangebot und ein Mittagessenangebot machen. Die Menschen, die daran teilnehmen, finden sich damit ab, dass sie nicht alleine am Tisch sitzen. Mitunter kommt es hier aber auch zu lebhaften Diskussionen, zu Fragen und auch schon mal zu einfachem munterem Geplauder, was sozusagen einen Höhepunkt der Gruppenarbeit darstellt. Es gibt aber auch in diesem Bereich so was wie Auf und Ab und gerade entwickelt sich in einem Hotel eine kleine Gruppenzusammenkunft, die sich mit persönlichen Fragen der Teilnehmenden auseinandersetzt. Unsere wichtigste Methode, wenn wir es denn so nennen wollen, ist die Einzelarbeit. Das ist meist die einzige Art von Kontakt, die überhaupt zugelassen wird, und hier entfaltet sich die wahre Kunst der psychiatrischen Arbeit. Ja, der Begriff Kunst scheint hier manchmal wirklich angemessen, und diejenige Kollegin, die es selbst schon erlebt hat, wird wissen, wie es gemeint ist. Wenn aus einem Irrgarten von Sätzen, die mitgegangen werden, behutsam nach Wegweisern suchend und sorgsam achtend, nicht über die Wegbegrenzungen zu trampeln, sich plötzlich ein Gefühl von Verständigung ausbreitet, kann das wahrhaftig beglücken!

Natürlich kommt auch die dritte wesentliche Methode der Sozialarbeit so gut wie täglich zum Einsatz - die Gemeinwesenarbeit. Mit anderen Worten - wir greifen ständig die Konflikte auf, die sich aus dem Leben in der Gemeinde ergeben und versuchen hier zu Verständigung mit den Nachbarn und/oder den anderen Hotelbewohnern zu gelangen. Dies scheitert mitunter an tatsächlich unzumutbaren Verhaltensweisen, und wo Verständigung nicht mehr möglich ist, bleibt auch uns nur die Gesetzesgrundlage, die dann greift: Exklusion.

## Wie können Menschen unterstützt werden, ihre Rechtsansprüche wahrzunehmen und durchzusetzen?

Es begegnet uns häufig, dass Menschen in einem völligen Chaos aus ihrer verloren gegangenen Wohnung zu uns kommen. Hier ist zunächst basale Sozialarbeit angesagt: verlorengegangene Papiere wieder beschaffen, Anträge stellen und unendlich viele Seiten Fragebögen und Antragsformulare ausfüllen. Oft ist hier aber die wirkliche Barriere nicht unser Rechts - oder Sozialsystem, sondern die Erkrankung des Betroffenen. Und deshalb ist auch für uns mitunter der einzige Weg, um einem Menschen weiterhelfen zu können, der Antrag auf Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung. Wir erleben aber häufig viel Wohlwollen und auch Entgegenkommen bei den Mitarbeitern der Ämter und, wenn sie informiert worden sind über die

Schwierigkeit der Antragsteller, auch viel Unterstützung bei der Lösung der Probleme.

### Wo sind heute engagierte sozialpolitisch bewegte Sozialarbeiterinnen und kämpferische Persönlichkeiten?

Bei dem aktuellen Stand unserer Arbeit empfinde ich eine solche Frage schon als Zumutung! Tatsache ist, dass ein junger Sozialarbeiter mit einer vollen (41 Stunden) Stelle und zwei kleinen Kindern von seinem Gehalt seine Familie nicht ernähren kann. Dazu kommt die Befristung seines Arbeitsvertrages, die schon ein politisches Engagement für seine eigenen Interessen unterbindet und woher dann noch die Kraft für ein Engagement für die Belange seiner Klienten nehmen? Wir haben einen Kollegen, der (unverheiratet und kinderlos) sich im Bereich Sozialarbeit politisch einsetzt, sich von seinen Klienten aber eher abgrenzt, weil er wohl den Einkommensunterschied als nicht besonders groß erlebt. Da er nur eine halbe Stelle, einen kleinen Nebenjob und keine großen Ansprüche hat, bewegt er sich auf ähnlichem Einkommensniveau wie unsere Klienten und er erlebt sich keinesfalls als arm! Das ist überhaupt eine Aussage, die immer häufiger von den jungen Kolleginnen und Kollegen kommt. Ihr Einkommen bewegt sich, nach Abzug ihrer Ausgaben wie Miete, Versicherungen, vielleicht Auto (eher selten) nicht so weit weg von dem, was ihre Klienten zur Verfügung haben. Der Unterschied zu den „alt etablierten“ Kollegen ist gravierend und man darf gespannt sein, wann es in diesem Bereich, der natürlich auch die anderen sozialen Berufe betrifft, endlich mal kracht!

Das Einkommen mancher junger Mitarbeiter bewegt sich nicht weit weg von dem, was die Klienten zur Verfügung haben.

Es ist begeisternd und erfreulich zu erleben, wie aufmerksam, wach und engagiert diese Kolleginnen und Kollegen mit den Nöten ihrer Klienten umgehen, mit wie viel Fantasie sie immer wieder neue Stellen auftun, bei denen sie Unterstützung für unterschiedlichste Problemlagen erreichen. Ob es um eine neue Brille für 400 Euro geht, um eine neue Matratze (muss angespart werden vom Regelsatz...), um die Tierarztbehandlung oder eine Ferienfahrt geht, wöchentlich unterschreibe ich die interessantesten Anträge auf Einzelfallhilfen. Und das ist wahrscheinlich wirklich auch ein Knackpunkt - es geht immer um die Einzelfälle. Aber hier kommt ja der Sozialstaat nun wirklich auch an seine Grenzen, von welchem Geld soll nun für all diese individuellen Bedürfnisse gesorgt werden?

### Wie beeinflusst die Tatsache, dass die Klienten oft in Armut leben, die eigene Arbeit?

Es gibt Tage, da lassen einen der Schmutz und die Schäbigkeit verzweifeln, da wird man auch schon mal von Resignation und Hoffnungslosigkeit geschüttelt. Da möchte man alles hinschmeißen, weil man nur noch das Elend beschreibt und dieses Elend zu riechen, zu sehen und zu greifen ist. Dies sind die Tage, wo ich mir meiner Privilegien sicher bin, wo ich mich unermesslich reich fühle im Vergleich mit den Menschen, mit denen ich arbeite. Es gibt durchaus auch andere Tage, an denen ich eine Form der Sorglosigkeit erlebe, wo alle Anforderungen der Umwelt, der Mitmenschen, der Ämter, der Vermieter, der Angehörigen abprallen an einem stabilen und auch schützendem Wahnsystem, so dass mir meine Ansprüche an mich und an andere auch eher wahnsinnig erscheinen.

Dies alles beantwortet die Frage nach der Armut nicht, da wir fortwährend von relativer und nicht absoluter Armut sprechen. Denn hungern muss tatsächlich niemand, der bei uns lebt und auch für ein Dach über den Kopf wird gesorgt.

Aber eine Form der Armut ist deutlich sichtbar - alle unsere Klienten sind arm an Beziehungen. Es umweht sie häufig ein Hauch von Einsamkeit, der fast körperlich spürbar ist. Wiederum hilft auch hier der laute Ruf nach Inklusion nicht unbedingt - wer will wen denn wohin einschließen?

Menschen, die bei uns leben, haben häufig alle Brücken hinter sich abgebrochen und können sich ein Leben im sogenannten „Normalen“ gar nicht mehr vorstellen oder empfinden es als bedrohlich. Am ehesten trifft hier noch die Vorstellung von „leben und leben lassen“.

---

### Das Hotel Plus
### Ort für psychisch kranke Menschen ohne festen Wohnsitz

Das Konzept sieht vor
- eine überschaubare Bewohnerzahl pro Objekt
- die Unterbringung in eigenen Zimmern
- die Präsenz des DRK in den Objekten (je zwei MitarbeiterInnen pro Haus)
- ein Minimum an Hausregeln
- die Unterstützung in lebenspraktischen Bereichen
- die Beratung zur Bewältigung von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen
- bei Bedarf die Vermittlung von ambulanten oder stationären Hilfen
- keine Begrenzung der Aufenthaltsdauer
- Toleranz gegenüber krankheitsbedingt extremem Verhalten

Das Hotel Plus in Köln hat bereits Nachahmer in Münster, Aachen, Reutlingen und Düsseldorf gefunden.

**Internet:**
**http://www.drk-koeln.de/was-wir-tun/fuer-kranke-menschen/hotel-plus.html**
**Kontakt: leitung.psychiatrie@drk-koeln.de**

# Ein Arbeitsleben im Sozialstaat

Von Petra Hirschberg

**Sorge um Arbeitsplatz und Einkommen, heutzutage gepaart mit extrem gestiegenem Arbeitsaufkommen und Druck seitens Arbeitgeber und Kollegen, prägen das Leben vieler Menschen in Deutschland. Immer mehr werden psychisch und/oder physisch so krank, dass sie schließlich vorübergehend oder sogar endgültig aus dem Berufsleben ausscheiden und für ihren Lebensunterhalt auf soziale Systeme angewiesen sind.**

Petra Hirschberg
Diplom-Chemikerin, Fachfremder Berufsweg, Psychiatrieerfahren und -betroffen

Besonders gefährdet sind Menschen, die wissentlich oder unwissentlich psychisch vorbelastet sind, mein Fall ist nur einer unter vielen. Gerade psychische Einschränkungen finden nur selten Verständnis, im Gegenteil, Skepsis begegnet einem überall, im Berufsalltag, bei Bekannten, selbst Ärzten, und natürlich bei staatlichen Stellen. Mit meinen heutigen Erfahrungen bejahe ich, dass mir eine frühere Diagnose und therapeutische Begleitung geholfen und mir viel Leid erspart hätten. Zudem kann ich jedem nur empfehlen, sich von Arbeit nicht so beherrschen zu lassen, dass das Privatleben verloren geht.

Mein besonderer Dank geht an meine Freundin Margret Osterfeld, die mir diesen Artikel nicht nur ermöglicht hat, sondern mich auch immer wieder erinnert hat. Anzufangen fiel mir ausgesprochen schwer, aber im Nachhinein empfinde ich das Schreiben als Therapieerfolg.

Schon in frühen Jahren charakterisierte mich eine langjährige Freundin als „himmelhoch jauchzend – zu Tode betrübt." Doch mir die Zukunft schien mir offen zu stehen. Mitte der 80er Jahre beendete ich mein Studium als Diplom-Chemikerin. Mangelndes Selbstwertgefühl und Lebensumstände führten dann aber zum Abbruch der Promotion,

Finanzielle Unabhängigkeit war schon damals mein oberstes Gebot. So blieb ich jahrelang in einem unterbezahlten Angestelltenverhältnis unter kaum erträglichen Bedingungen – nur der Gedanke an Arbeitslosigkeit war noch schlimmer. Schließlich landete ich im Finanzgewerbe. Gefordert wurde Anwesenheit von montags bis sonntags sowie bei zahlreichen „Verkaufsmotivations"-Veranstaltungen, Nichtanwesenheit wurde sanktioniert. Der Schwerpunkt lag auf Akquisition von Neukunden und Mitarbeitern, Datenabfrage, Wunschsuggestion und provisionsorientierten, aber langlebigen Abschlüssen. Ich aber wollte beraten, also intensive Kundengespräche führen und individuelle Konzepte vorbereiten. Meine Vorgesetzten wollten sofort verdienen. Schikanen und 16- bis 18-Stunden-Tage waren die Regel. Immerhin die KundInnen dankten mir und empfahlen mich aktiv weiter.

**Finanzielle Unabhängigkeit war immer mein oberstes Gebot.**

Sieben Jahre lang hielt ich stand, allerdings ließen sich die Schwankungen meiner Stimmung am Einkommen ablesen. Dann jedoch begann der Niedergang. Ich wurde zur Heulsuse, auf einsamen Autofahrten oder daheim. Terminverschiebungen, nicht erledigte Anrufe, Vergessen von Wichtigem kamen erst gelegentlich, dann immer häufiger vor. Schließlich fuhr ich weder ins Büro noch war ich in irgendeiner Form erreichbar. Für nichts und niemanden.

Drei Jahre lang hatte ich hilflos mit offenen Augen meinen Weg in den Abgrund beobachtet. Bisher hatte ich es immer ohne Hilfe aus den Stimmungstiefs wieder heraus geschafft, diesmal aber nicht. Einsehen wollte ich das noch lange nicht.

Anfang 2005 waren definitiv alle Rücklagen incl. Altersvorsorge aufgebraucht, ich war nicht einmal mehr krankenversichert, selbst Geld für Brot, geschweige denn für Miete und alle anderen Verpflichtungen gab es nicht mehr. Mein Leben war zu Ende. Mein in der Psychiatrie arbeitender Bruder veranlasste aus der Ferne den Besuch des sozialpsychiatrischen Dienstes noch am gleichen Tag, der wiederum Ämtergänge und den Antrag auf Hartz IV initiierte. Da war ich nun, wo ich nie hinwollte – in finanzieller Abhängigkeit.

Bis zu einem Arztbesuch vergingen noch Monate, in denen ich mit Müh und Not das Notwendigste bewältigte. Dann war ich endlich bereit, psychiatrische Hilfe anzunehmen. ehrere Monate Klinik, sehr gute ärztliche Betreuung, Therapien und andere Hilfen sorgten dafür, dass ich mein Leben wieder in den Griff zu bekam.

Ein Jahr später dachte ich wieder über Erwerbstätigkeit nach, vorzugsweise selbstständig und von zuhause aus, eine Idee fand sich. Bei der Arbeitsagentur war ich eine Exotin mit meinem Streben nach Selbstständigkeit. Wäre ich damals schon in der Reha-Abteilung der ARGE geführt worden, wäre die Realisierung meines Plans als psychisch Kranke unmöglich gewesen. Selbst Umschulung oder Weiterbildung wird dort nur nach psychologischem Gutachten gewährt. So aber bekam ich die Chance. Das Geschäft startete gut, Kunden kamen über Mundpropaganda. Doch nach ein

paar Monaten realisierte ich, dass ein finanzielles Auskommen nur möglich war, indem ich Telefonbücher abtelefonierte, um Kundentermine zu generieren, für mich unvertretbar. Mein Ziel lautete aber weiterhin Einkommen ohne staatliche Unterstützung. Über eine Zeitarbeitsvermittlung ergab sich in einem Call-Center eine zusätzliche Verdienstmöglichkeit, den Vertrieb eines überteuerten Produkts. Kündigen konnte ich dort nicht, drei Monate Sperre beim Arbeitslosengeld drohten. So hatte ich also wieder eine 6-Tage-Woche mit Wechselschicht und täglich 4 Stunden Fahrzeit. Und wie heute üblich: 4 Zeitverträge über ein Jahr, täglich auf der Abschussliste. Nach der Kündigung machte mir das Scheitern zu schaffen, der Verlust der Arbeitsstelle eher nicht. Schließlich gab ich meine Selbstständigkeit auf. Übrig geblieben war ein Nervenwrack, das der Amtsarzt als erwerbsunfähig dem Arbeitsmarkt entzog.

Nun war ich legitim „arbeitsfrei“ gestellt und realisierte, wie sehr mich meine Berufstätigkeit von der Außenwelt abgeschottet hatte. Es ergaben sich wieder Kontakte, Aktivitäten, Teilnahme an Veranstaltungen, zwei Jahre zuvor wieder entdeckte Interessen wurden erneut aus der Versenkung geholt. Ich entdeckte Lebensgefühl neu und so lernte ich auch Margret kennen.

Zunächst verdrängte ich die Problematik Erwerbstätigkeit erfolgreich, wurde sogar in der Rehaabteilung der ARGE verständnisvoll unterstützt. Meine Therapeutin begleitete mich tatkräftig. Der Amtsarzt und auch ich selbst hielten eine Teilerwerbsfähigkeit für möglich. Im Beruflichen Trainingszentrum zeigte sich dann allerdings, welche Schäden mein Arbeits“leben“ hinterlassen hatte: Obwohl die Atmosphäre dort angenehm war, die praktischen Dinge mir durchaus lagen, ebenso die Erarbeitung eines Konzepts im Team, die Konzentrationstrainings einfach waren, hatte ich sechs Wochen lang Migräne, mehrfach Blackouts und schließlich einen Nervenzusammenbruch, weil ich an mir selbst verzweifelte. Mittlerweile habe ich es eingesehen: einem normalen Arbeitsleben bin ich nicht mehr gewachsen.

Die Fallmanagerin der ARGE schlug nun ehrenamtliche Tätigkeit vor. So kam zu meinem schon längerfristigen Einsatz bei der hiesigen Tafel die Tätigkeit als Mentorin an einer Einrichtung zur Vorbereitung allein stehender Jugendlicher, durch Krieg und Flucht meist traumatisiert, auf den Hauptschulabschluss hinzu. Hausaufgabenbetreuung und Unterrichtsbegleitung, eine Aufwandsentschädigung gab es wegen fehlender finanzieller Mittel nicht. Dem Staat sind Investitionen in Sozialbereiche kein Geld wert.

Über Beziehungen fand ich schließlich sogar eine bezahlte Tätigkeit: Putzen in einem Baumarkt, täglich eine Stunde. Es wird mir ein Rätsel bleiben, wie man das vorgegebene Pensum in hygienischer Weise in einer Stunde schaffen soll. Ein ärztlicher Regeltermin beendete diesen Ausflug, ich wurde wieder krank geschrieben. Leider hatte ich einen Arbeitgeber erwischt, der mir den notwendigen Bogen für das Jobcenter nicht ausfüllte, keine Lohnabrechnung gab und auch kein Geld überwies. So stand ich also in der Beweispflicht, kein Geld bekommen zu haben, und musste, um Leistung zu erhalten, Anzeige gegen den Unternehmer erstatten. Beim Lesen der Standardschreiben fühlte ich mich wie eine Betrügerin. Erst als sich meine ARGE-Sachbearbeiterin mit ihm telefonisch in Verbindung setzte und auf sein Verhalten hin fragte: „Zahlen Sie häufiger nicht?“ war zwei Tage später der Lohn auf meinem Konto. Ich selbst fühlte mich regelrecht rehabilitiert, dabei hatte ich mir gar nichts zuschulden kommen lassen.

Meine Therapeutin hat mir in vielen Gesprächen vermittelt: Arbeit macht nicht den Wert eines Menschen aus. Mittlerweile glaube ich das.

Kein Geld bekommen zu haben, begegnete mir 2011 wieder. Diesmal war das Honorar einer Schule in der ich inzwischen stundenweise als Betreuerin beschäftigt war, nicht eingegangen. Wegen der Ferien war dort jedoch niemand erreichbar. Von der Hartz-IV-Leistung wird aufgrund der Regelmäßigkeit meiner Tätigkeit am Anfang des Monats ein Betrag abgezogen, die Verrechnung für Nachzahlungen erfolgt im erst im Nachhinein, aber erst nach Vorlage des Kontoauszugs, also des Geldeingang. Behalten darf ich 100 Euro als Hartz-IV-Empfängerin, darüber hinaus bleiben mir 20 %, die hohen Ticketkosten finden keine Berücksichtigung.

Vor einem Jahr kam im Zuge der Sparmaßnahmen die Aufforderung der Reha-Abteilung, eine Arbeitsmarktrente zu beantragen. Mir kommt es so vor, als sollte ich ausgemustert werden. Mir graut vor der Entscheidung. Ich wäre auf Grundsicherung seitens des Sozialamtes angewiesen und empfinde die Zukunft als bedrohlich: Behandlung als arbeitsunwilliger Underdog, noch mehr Kontrolle, noch weniger Geld, Verlust meines Refugiums mit Garten. Weiter arbeiten, bedeutet zuzahlen.

Trotzdem suche ich weiter, schließlich will ich arbeiten. Allerdings muss ich auf viele Faktoren achten, es ist nicht einfach im heutigen Arbeitsmarkt. Gefunden habe ich noch eine stundenweise Tätigkeit als Arbeitsassistenz.

Bei ausreichender Rente könnte ich mein Leben genießen. „Keine Langeweile zu kennen, sei eine meine Stärken“ so Margret vor kurzem. Mein Interessenspektrum ist vielfältig, aber kaum mit Kosten verbunden. Wenig Geld macht erfinderisch, mehr vermittelt allerdings Sicherheit und Freiheitsgefühl.

Meine geniale Therapeutin hat mir in vielen Gesprächen vermittelt, dass Arbeit nicht den Wert eines Menschen ausmacht, mittlerweile glaube ich das. Ein gewisses Minderwertigkeitsgefühl wird mir aber wohl bleiben.

# Bedingungsloses Grundeinkommen

## Entlastung, Herausforderung, Zumutung[1]

Von Sascha Liebermann

**Von der Wiege bis zur Bahre ein Einkommen, ohne eine Gegenleistung erbringen zu müssen? Beim Bedingungslosen Grundeinkommen handelt es sich nicht um ein weiteres sozial- oder arbeitsmarktpolitisches Instrument zur „Bekämpfung" von Arbeitslosigkeit oder Armut. Der Vorschlag setzt anders an, leitet die Bereitstellung einer Geldleistung von der Wiege bis zur Bahre aus der Stellung der Bürger im Gemeinwesen her und lässt dadurch andere Möglichkeiten aufscheinen. Erwerbstätigkeit wäre nicht mehr höchster Zweck, es bliebe Einzelnen überlassen, sich ins Gemeinwesen einzubringen. Ein Wolkenkuckucksheim? Und was heißt dies für Menschen mit psychischen Erkrankungen?**

Sascha Liebermann
Dr. phil. (Soziologie), wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Ruhr-Universität Bochum, forscht zum Grundeinkommen. Er ist einer der Gründer der Bürgerinitiative „Freiheit statt Vollbeschäftigung".
Email: sascha.liebermann@udo.edu



Seit ungefähr sieben Jahren wird über den Vorschlag eines Bedingungslosen Grundeinkommens (kurz: BGE) öffentlich debattiert.[2] Bedingungslos soll es sein, weil es keine Gegenleistung des Beziehers oder Bedürftigkeit voraussetzt; es soll eine Leistung an die Person um ihrer selbst willen darstellen. Es setzt darauf, dass der Einzelne am besten weiß, wie er sein Leben in die eigenen Hände nehmen kann. Wo er dazu nicht in der Lage ist, wird er sich Rat oder Hilfe suchen. Bedingt ist ein BGE dennoch, bloß in einem anderen Sinn. Es bedarf eines Gemeinwesens als Solidargemeinschaft von Bürgern, das es bereitstellt. Von der Wiege bis zur Bahre sollen es Staatsbürger und Personen mit dauerhafter Aufenthaltsberechtigung erhalten, Kinder wie Erwachsene gleichermaßen. Möglich machen soll es ein Leben ohne Erwerbstätigkeit. Bestehende bedürftigkeitsgeprüfte Leistungen könnten bis zur Höhe des BGE ersetzt werden, je höher es ausfiele, desto mehr Leistungen könnte es ersetzen (z.B. Arbeitslosengeld I und II, Sozialhilfe, Rente, Kindergeld, Bafög, Wohngeld usw. – auch den Steuerfreibetrag). Bedürftigkeitsgeprüfte Leistungen darüber hinaus müssten weiter bestehen, z.B. um aufwendige Therapien und Hilfsgeräte zu finanzieren. Mit keinem anderen Einkommen soll es verrechnet werden, von daher kann es zu recht als Bürgereinkommen bezeichnet werden. Es leitet sich von diesem Status her..

### Bürgergemeinschaft oder Arbeitsgesellschaft?

Ist das BGE, weil es auf den mündigen Bürger setzt, eine Lehnstuhlphantasie für bessere Zeiten? Setzt es einen Menschen voraus, den es nicht, vielleicht noch nicht gibt? Einwände dieser Tragweite werden häufig vorgebracht und halten sich für realistisch, das Leben führe es uns ja vor (Liebermann 2011). Eine Antwort darauf weist die nüchterne Realität der politischen Ordnung. Sie setzt ein verantwortungsvolles Individuum als Bürger in jeder Hinsicht voraus. Selbst unter Bedingungen von Erwerblosigkeit und Beaufsichtigung durch Behörden wird diese Forderung an den Einzelnen, sein Leben in die eigenen Hände zu nehmen und zum Gemeinwohl beizutragen, nicht aufgegeben, wenn auch in Kundenrhetorik zynisch verpackt. Was also manche für eine Utopie halten, erscheint nur so vor dem Hintergrund einer Selbstdeutung des Gemeinwesens als Arbeitsgesellschaft.

Wie stark diese Selbstdeutung ist, erkennen wir, wenn wir uns die Wirkungszusammenhänge im heutigen Sozialstaat vor Augen führen. Leistungen zu erhalten setzt voraus, Ansprüche erworben zu haben oder bedürftig zu sein. Diese Leistungen, wie unschwer zu erkennen, sind kompensatorisch, sollen Einkommensmangel beheben, der daraus resultiert, dem normativen Ideal „Erwerbstätigkeit" nicht zu folgen oder nicht folgen zu können. Weil Erwerbstätigkeit als höchster Beitrag zum Gemeinwohl gilt, ist jeder Zustand, der ihm widerspricht, ein Missstand. Unser Gemeinwesen als Arbeitsgesellschaft zu bezeichnen, wie es verbreitet ist, scheint also einzuleuchten, ist mit den Grundfesten der politischen Ordnung, in der wir leben, jedoch nicht in Einklang: Bürger bilden den Souverän und nicht Erwerbstätige. Elementar sind und bedingungslos verliehen werden Bürger-, nicht Erwerbstätigenrechte. Aktivierende Sozialpolitik, wie sie seit Jahren vorherrscht, ist ein Instrument der Arbeitsgesellschaft, nicht aber eines der Bürgergemeinschaft. Sie bezeugt ein Misstrauen in die Bürger, statt ihnen mehr Freiräume zu ermöglichen. Während die politische Ordnung auf den verantwortungsbewussten, loyalen, mündigen und kritischen Bürger vertraut – und vertrauen muss –, traut ihm die ‚Arbeitsgesellschaft' wenig bis

gar nichts zu, deswegen muss er angeleitet werden.

## Standardisierung, nicht Ökonomisierung

Häufig wird diese Entwicklung auf eine Ökonomisierung der Lebensverhältnisse zurückgeführt, das scheint mir eher verschleiernd als aufklärend. Die Aktivierungspolitik im Allgemeinen bezeugt eher eine Entmündigung durch Standardisierung, eine Standardisierung dort, wo sie kontraproduktiv ist. Es reicht nicht aus, um ein weiteres Beispiel zu bemühen, dass der Einzelne sich den Erfahrungsmöglichkeiten, sei es in der Schule, sei es in der Universität aus Neugierde öffnet und ihm zugemutet wird, sich mit dem Gebotenen auseinanderzusetzen. Scheitern und Gelingen eines Bildungsprozesses sollen nicht ermöglicht, sie sollen sichergestellt und garantiert werden – Scheitern also soll es nicht geben dürfen. Beide aber sind nur als zwei Seiten desselben Prozesses zu haben, Gelingen ist nur im Angesicht von Scheitern möglich. Wer Scheitern ausschließen will, meint das Leben planen zu können. Diese Haltung erweist sich, eine Furcht vor Fehlentscheidungen zu sein. Ohne Fehlgehen, ohne Scheitern aber keine Erfahrung, kein verantwortungsvolles Leben. Das Planungsdenken entspringt weniger ökonomistischen Verkürzungen, es ist Ausdruck von Misstrauen, dem Einzelnen wird nichts zugetraut. Standardisierung soll ihn vorm Scheitern schützen. Dagegen wendet sich der Vorschlag eines BGE.

## Angebot oder Anordnung?

Aber was, so wird eingewandt werden, geschieht mit denen, die ihr Leben nicht in die eigenen Hände nehmen können, die Hilfe benötigen? Wir müssen zurückfragen: Wer beurteilt, ob Hilfe benötigt wird? Überlassen wir es der Lebenspraxis selbst, dann muss das heißen: Hilfsangebote sollte es geben, über ihre Inanspruchnahme muss jeder selbst befinden (solange das Wohl anderer nicht betroffen ist). Wer sich darauf nicht bescheiden will, dem bleibt nur bevormundende Fürsorge, wie wir sie heute in vielen Formen kennen, aktivierende Sozialpolitik ist die bekannteste davon.

Die Auswirkungen eines BGE wären also weitreichend, weil es die aktivierende Sozialpolitik aufgibt. Es kehrte die Rechtfertigungsverpflichtungen um. Erwerbstätigkeit gälte nicht mehr als höchster Beitrag zum Gemeinwohl, den jeder vor allen anderen zu erbringen hätte. Erreicht würde das durch die dauerhafte Bereitstellung eines BGE von der Wiege bis zur Bahre. Im Unterschied zu heutigen Kompensationsleistungen, die dem Bezieher stets vor Augen führen, dass er aus seiner Notlage wieder hinausstreben soll, gewährte ihm das Gemeinwesen mit dem BGE eine dauerhafte Absicherung ohne Gegenleistungsvorgabe. Wir könnten sagen, die einzige Verpflichtung, die mittelbar bliebe, ist diejenige, seinen Möglichkeiten gemäß zu leben – eine gewaltige Zumutung. Sie ergibt sich allerdings nicht aus einem Gesetzesauftrag, einer Direktive der Arbeitsagentur oder ARGE, sie entspringt den Voraussetzungen eines demokratischen Gemeinwesens, das auf mündige Bürger setzt. Mündigkeit ist hierbei gleichzusetzen damit, Entscheidungen im Einklang mit den je eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten treffen und verantworten zu müssen. Darüber zu befinden hat aber der Einzelne.

## Untergang des Abendlandes?

Hier spätestens wittern manche Kritiker den Untergang des Abendlandes, die Verdummung des Volkes, die Erosion jeglicher Leistungsbereitschaft. Auf solche Gedanken kommt jedoch nur, wer der Überzeugung ist, Engagement und Leistung entsprängen monetären Zielen. Sicher, auf die Frage, weshalb jemand erwerbstätig ist, erhält man durchaus häufig die Antwort „Weil ich das Geld brauche“. Sie liegt nahe, wenn es zur Einkommenserzielung keine legitime Alternative gibt, ist vor allem einfacher zu benennen als innere Beweggründe, die schwer zu explizieren sind. Einkommenssicherung durch Erwerbstätigkeit ist zwar gegenwärtig unerlässlich, sie bildet jedoch keineswegs den Grund dafür, einer bestimmten Tätigkeit nachzugehen. Sinn und Erfüllung im Beruf, zum Gemeinwohl beizutragen, sind tragendes Fundament für Engagement, wie fallrekonstruktive Forschung in den Sozialwissenschaften zeigt. Es ist also der Vorrang von Erwerbstätigkeit, der den Blick verstellt. Weil durch sie Berufung und Beruf, Sinnerfüllung und Einkommenserzielung zusammengebunden werden, erscheinen sie notwendig zusammenhängend. Andere Tätigkeiten werden dadurch abgewertet und nicht als das anerkannt, was sie für eine Gemeinschaft bedeuten, obwohl sie unerlässliche Voraussetzung für ihr Bestehen sind. Von allen gleichermaßen zehrt das Gemeinwesen, denn ohne Eltern, die sich bedingungslos ihren Kindern widmen, würde es keine mündigen Staatsbürger geben; ohne ehrenamtliches Engagement gäbe es weder politische Parteien, Kirchengemeinden, Wohlfahrtsorganisationen, Sportvereine, Stadtteilinitiativen und vieles mehr. Noch weitreichender allerdings ist die Loyalität der Bürger zu ihrem Gemeinwesen, denn nur durch sie kann sich die politische Ordnung erhalten.

Aufgehoben würde der normative Vorrang von Erwerbstätigkeit nur durch ein BGE von der Wiege bis zur Bahre, nur mit ihm wären alle Bezieher gleich. Wäre erst einmal Erwerbsarbeit in eine Reihe gestellt mit jeglichem anderen Engagement, würde sich auch der Charakter darüber hinaus weiterhin bestehender bedürftigkeitsgeprüfter Leistungen verändern. Ein BGE belohnt nicht eine Tätigkeit, es ist kein Freiwilligenhonorar, kein Erziehungs- oder Betreuungsgeld und auch keine Familienprämie. Anerkennung der Person als Bürger ist der Zweck. Das BGE brächte ein gemeinschaftliches Vertrauen ins Individuum zum Ausdruck, ganz, wie es die politische Ordnung voraussetzt, und wäre zugleich eine Solidarleistung der Bürger an sich selbst. Jeder würde genommen, wie er ist. Ihm würde nicht vorgehalten, wohin er zu streben hätte – genau das jedoch tut die Erwerbsverpflichtung. Auch wenn selbstverständlich die Höhe einer solchen Einkommenssicherung nicht unbedeutend ist, liegt die entscheidende Wendung doch im Prinzip der Anerkennung, das sie zum Ausdruck bringt. Der illusionären Vorstellung, in einem Gemeinwesen könnte es der Fall sein, dass die einen auf Kosten der anderen leben, in dem Autonomie mit Autarkie verwechselt wird, würde entgegengesetzt, was politische Gemeinschaften auszeichnet: In ihnen leben stets und notwendig alle auf Kosten aller, weil ohne die Loyalität zu gemeinschaftlichen Entscheidungen der Einzelne nicht existieren kann. Auch die Arbeitsteilung bezeugt das, genauso wie das Steuerwesen, in dem

immer jeder in die Pflicht genommen wird.

## Autonomie und Trauma

Die Voraussetzungen, derer ein BGE bedarf, sind alles andere als illusionär, sie entsprechen denjenigen, auf deren Basis wir heute schon leben. Viele der Sorgen und Bekümmernisse, die Sybille Prins für psychisch kranke Menschen schildert (Prins 2010, S. 16 ff.) – Druck durch „Fördern und Fordern", Sanktionen durch Sozialadministration, Mangel an Verwirklichungschancen, Überforderung durch bürokratische Hürden, kein Platz im Leben der Gemeinschaft – würden so gemindert, wenn nicht gar aufgehoben. Andere würden in ihrer Brisanz erst sichtbar, denn mit einem BGE, frei von der Erwerbsverpflichtung, würde sich die Frage, was der Einzelne mit seinem Leben anfangen will, ungleich radikaler stellen. Das könnte desillusionierend und damit befreiend wirken, ließe Ausreden allerdings auch als das erkennen, was sie sind: Ausflüchte. Freiräume würden lediglich durch Einkommenssicherheit geschaffen, sie zu nutzen aber wäre dem Einzelnen aufgegeben. Es wäre geradezu nahegelegt und erwünscht, sich der eigenen Traumatisierungsgeschichte zu stellen, statt abwegigen Idealen nachzueifern. Krankheit, statt als zu behebendes Defizit aufgefasst zu werden, könnte sein, als was sie der Soziologe Ulrich Oevermann treffend bestimmt hat: „Krankheit erscheint so in ihrer einzig angemessenen Konzeptualisierung: nicht einfach platt als das klassifikatorische Gegenteil von Gesundheit, sondern als das Maximum an Gesundheit, das ein konkretes Leben in seiner Traumatisierungsgeschichte und in seinem Überlebenskampf unter seinen je konkreten Lebensbedingungen zu erreichen in der Lage war." (Oevermann 1996, S. 127). Damit soll nun nicht gesagt sein, dass therapeutisches Setting und Arbeitsbündnis überflüssig würden. Krankheit wäre aber immer als Ausdruck einer individuierten Lebensgeschichte zu begreifen, der Blick auf Selbstheilungskräfte, auf die Autonomie, die dem Patienten noch verblieben ist, würde geschärft. Einen dem „Klienten oder Patienten gemäße[n] Platz in der Gesellschaft" (Hildenbrand 2011, S. 14) zu finden, wäre mit einem BGE davon entlastet, in irgendwelche Arrangements zu führen, die eine Anerkennung in Erwerbstätigkeit simulieren (Brill und Jäger 2002, S. 9 ff.). Erkrankungen, die heute Reaktionen auf die gemeinschaftliche Überbewertung von Erwerbstätigkeit sind, wäre der Boden entzogen.

## Ausblick

Verschwinden würden im besten Fall die Sorgen um Einkommenssicherung. Eine angemessene Familienpolitik wäre möglich, die es den Eltern überließe, wie sie die sich ihnen stellenden Aufgaben bewältigen wollen. Mütter wie Väter könnten sich um die Kinder kümmern, könnten zuhause bleiben, solange sie es für wichtig erachten. Unterstützende Hilfe in Familie, Verwandtschaft und Nachbarschaft wären, solange keine aufwendigen zusätzlichen Bedarfe gedeckt werden müssten, auf keine Behörde mehr angewiesen (Legewie 2010, S. 31 ff.). Gerade angesichts der Diskussion um eine Leistungsverbesserung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wird deutlich, was ein BGE möglich machte. Aus Regionen mit geringen Einkommenschancen müsste nicht mehr abgewandert werden, Initiative könnte sich dort entfalten, wo sich jemand zuhause fühlt, nicht dort, wo er Geld verdienen muss. Hilfedienste verschiedenster Art könnten sich entwickeln. Zugleich müsste sich das Bewusstsein schärfen, dass Hilfe und Kontrolle stets nahe beieinander liegen, die bestgemeinte Hilfe also entmündigend sein kann. Ehrenamtliche Begleitung durch den Alltag würde als Solidarleistung unter Bürgern durch das BGE ermöglicht.

Nur wenige Auswirkungen habe ich hier skizzieren können, es ist ein Leichtes, weitere zu durchdenken, wenn die Möglichkeiten eines BGE in Kontrast zu den Wegen gesetzt werden, die wir heute beschreiten, um gemeinschaftliche Aufgaben zu lösen. Statt auf Aktivierungs-Programme zu setzen, die schon unterstellen, es mangele an Aktivitätsbereitschaft, müssten lediglich Freiräume eröffnet werden, damit sich vorhandene Initiative ihren Weg bahnen kann. ‚Empowerment' ohne Anleitung, einfach durch das Schaffen von Möglichkeiten, über die der Einzelne durch Einkommenssicherheit selbst befinden kann, das wäre einer Bürgergemeinschaft gemäß.

### Literatur

**Brill, Karl-Ernst und Jäger, Bernd** (2002), „Wie psychisch kranke Menschen am Arbeitsleben teilhaben können", in: Kerbe 4/2002, S. 9–11.

**Hildenbrand, Bruno** (2011), „Opfer, Täter oder was? Die zentrale Bedeutung der Zumutbarkeit im sozialpsychiatrischen Handeln", in: Kerbe 3/2011, S. 13–15.

**Legewie, Heiner** (2010), „Welche Zukunft hat die Gemeinde?", in: Sozialpsychiatrische Informationen Heft 1/2010, S. 31–35.

**Liebermann, Sascha** (2010), „Souveränität gewinnen. Auswirkungen eines bedingungslosen Grundeinkommens", in: Sozialpsychiatrische Informationen 3.

**Liebermann, Sascha** (2011), „Bittsteller oder Bürger? Kommentierung einer Umfrage zum bedingungslosen Grundeinkommen", in: Sozialpsychiatrische Informationen 2.

**Oevermann, Ulrich** (1996), „Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns". In A. Combe,. W. Helsper (Hrsg.), Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns (S. 70–182). Frankfurt/M.: Suhrkamp

**Prins, Sybille** (2010), „Erwartungen und Bedürfnisse Psychiatrie-Erfahrener in Deutschland", in: Sozialpsychiatrische Informationen Heft 1/2010, S. 16–19

### Anmerkungen

1 Der Beitrag ist eine stark überarbeitete Fassung von Liebermann 2010.

2 Eine umfangreiche Materialsammlung zur Diskussion ist im Archiv Grundeinkommen (http://archiv-grundeinkommen.de) zugänglich. Einführende Filme zum Thema sind „Kulturimpuls Grundeinkommen" (http://www.kultkino.ch/kultkino/besonderes/grundeinkommen) von Daniel Häni und Enno Schmidt, und „Designing Society" (http://www.designing-society.de/index.swf) von Jördis Heizmann und Andreas Zgraja.

# Seelische Gesundheit, Armut und Verwirklichungschancen

## Gerechtigkeit neu denken

Von Uwe H. Bittlingmayer

Im vorliegenden Beitrag wird der empirisch gesicherte Zusammenhang zwischen sozialer Position und psychischer Erkrankung, der auf markante soziale Ungerechtigkeiten verweist, als argumentativer Ausgangspunkt gesetzt. Auf dieser Grundlage wird in aller Kürze in den gerechtigkeitstheoretischen Ansatz der Verwirklichungschancen (Capabilities-Ansatz) eingeführt und von dort aus sozial- und arbeitspolitische Forderungen abgeleitet, die Public Health, will sie nicht zum Erfüllungsgehilfen schlechter gesellschaftlicher Zustände werden, öffentlichkeitswirksam vertreten muss.

Uwe H. Bittlingmayer
Professor für Soziologie am Institut für Soziologie der Pädagogischen Hochschule Freiburg und Mitherausgeber des Jahrbuch Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften; Kontakt: uwe.bittlingmayer@ph-freiburg.de

Der Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und der sozialen Schichtzugehörigkeit, der sich seit etwa 20 Jahren in Deutschland, aber auch in anderen Industrieländern kontinuierlich in zahlreichen Studien zeigt, lässt wenig Zweifel an einer klaren Verknüpfung aufkommen: Je niedriger die Schichtzugehörigkeit (in der Regel ein Index aus erreichtem Bildungsabschluss, beruflicher Stellung und Haushaltseinkommen) umso häufiger sind die Erkrankungsraten von psychischen Störungen (Angstzuständen, Depression usw.) und umgekehrt, je niedriger die soziale Schicht, umso unwahrscheinlicher ist ein Zustand seelischer Gesundheit.

### Zwischen Objektivität wissenschaftlicher Daten und Sozialtechnokratie

In der Regel werden solche Studien im gesundheitswissenschaftlichen Bereich eher deskriptiv, also rein beschreibend gehalten. Die grundlegende Perspektive ist, dass die Wissenschaft, vor allem die so genannte Sozialepidemiologie, die sich mit der sozialen Verbreitung von Krankheiten befasst, den politischen Entscheidungsträgern objektive Daten liefert, die dann in der Politik weiter bearbeitet werden. Das gilt für die Sozialepidemiologie ebenso wie für die Armutsforschung. Und in der Regel werden normative Einschätzungen – also Einschätzungen darüber, ob die gefundenen Daten gut, gerecht oder unfair, ungerecht sind, auf Seiten der empirischen Wissenschaften vermieden, weil man sonst befürchtet, dass wissenschaftliche Erkenntnisse viel von ihrer Objektivität einbüßen, wenn man selbst normativ klar Stellung bezieht. Die aktuelle Arbeitsteilung zwischen Politik und Wissenschaft folgt – insbesondere im Gesundheitsbereich – einer technokratischen Logik. Dabei wird von Seiten der Wissenschaft, die die Politik ja beraten soll, häufig übersehen, dass die alarmierenden Befunde im Gesundheitsbereich ja eine Konsequenz der Entscheidungen der politischen Akteure sind, die nun besser beraten werden sollen (für eine Einschätzung der ungleichheitsverstärkenden Gesundheitspolitik der aktuellen Regierungskoalition vgl. JKMG 2011). Parallel zu dieser sozialtechnokratisch-arbeitsteiligen Praxis lässt sich eine jüngere Diskussion über die normative Verankerung der Gesundheitswissenschaften ausmachen, die die Fragen nach Gleichheit und Gerechtigkeit nicht einfach ins politische Feld delegiert, sondern durch die Hinwendung zur politischen Theorie und gerechtigkeitstheoretischen Ansätzen direkter gesundheits- und sozialpolitische Konsequenzen und Forderungen abgeleitet (vgl. Bittlingmayer/Sahrai/Schnabel 2009). Einen besonders wichtigen gerechtigkeitstheoretischen Ansatz aus der jüngeren Debatte, den „Capabilities-Ansatz“, der nicht wortwörtlich ins Deutsche übertragen werden kann und häufig mit „Verwirklichungschancen“ oder „Handlungsbefähigung“ übersetzt wird, möchte ich im Folgenden kurz vorstellen, um die Argumentationsmuster aus der politischen Theorie in den gesundheitswissenschaftlichen Diskussionen etwas bekannter zu machen.

### Verwirklichungschancen und die Verfügbarkeit von Handlungsbefähigungen

Der Capabilities-Ansatz bzw. Verwirklichungschancen-Ansatz ist seit etwa zehn Jahren einer der meist diskutierten Ansätze aus dem Bereich der politischen Theorie. Mittlerweile liegen einige wenige Arbeiten im deutschsprachigen Raum vor, die versuchen den Ansatz für Public Health fruchtbar zu machen (z.B. Abel/Schori 2009; Remmers 2009; Küppers 2012; Bittlingmayer/Ziegler 2012; grundlegend für die englischsprachige Diskussion Prah Ruger 2010). Entwickelt wurde er vom Ökonomienobelpreisträger Amartya Sen und eine – insbesondere für die Gesundheitswissenschaften zentrale Va-

**1. Leben:** Fähig zu sein, ein Leben von normaler Länge zu leben; nicht vorzeitig zu sterben oder vor jenem Zeitpunkt, an dem das Leben so reduziert ist, dass zu leben es nicht mehr wertvoll erscheint.
**4. Sinne, Vorstellungen und Gedanken:** Fähig zu sein, die Sinne zu gebrauchen und zu denken, Ausdrucksmöglichkeiten zu besitzen, lustvolle Erfahrungen zu haben und unnötigen Schmerz zu vermeiden. Die Gelegenheit zu haben, den eigenen Verstand in einer Weise anzuwenden, die durch die Garantien der freiheitlichen Äußerungen der politischen und künstlerischen Rede sowie der freien Religionsausübung geschützt werden.
**5. Gefühle:** Fähig zu sein, emotionale Bindungen zu Gegenständen und anderen Menschen einzugehen und die Möglichkeit zur Entwicklung eigener Gefühle zu haben. Die Möglichkeit umfasst Formen der menschlichen Gemeinschaftsbildung, von denen sich nachweisen lässt, dass sie für die Gefühlsentwicklung wesentlich sind.
**6. Praktische Vernunft:** Fähig zu sein, sich eine Vorstellung vom Guten zu bilden und sein eigenes Leben daraufhin in kritischer Reflexion zu planen.
**7a. Zugehörigkeit:** Fähig zu sein, für und mit anderen Menschen zu leben und für sie Sorge zu tragen. Fähig zu sein, sich in die Situation eines anderen hineinzuversetzen.
**7b. Zugehörigkeit:** Fähig zu sein, über eine soziale Basis für Selbstrespekt zu verfügen und frei von Demütigungen zu leben.
**9. Spiel:** Fähig zu sein, zu spielen, zu lachen und zur Erholung.

Tabelle 1 Auswahl aus der Liste der Central Capabilities nach Martha Nussbaum (2006: 76ff. übersetzt von Ulrich Steckmann).



riante des Capabilities-Ansatzes (Bittlingmayer/Ziegler 2012) – wurde von der US-amerikanischen Philosophin Martha Nussbaum vorgelegt.
Im Zentrum des Verwirklichungschancen-Ansatzes steht die Auswahlmenge an Entfaltungsmöglichkeiten (das Set an spezifischen Handlungsbefähigungen), die Menschen zur Verfügung stehen. Nussbaum hat nun eine breit diskutierte Liste mit Capabilities bestimmt, die auf jeden Fall erfüllt sein müssen, damit die Menschen individuell in die Lage versetzt sind, ihre Idee eines guten Lebens zu verfolgen und zu erfüllen (vgl. Tab. 1). Haben Menschen in der einen oder anderen Weise Einschränkungen dieser Handlungsbefähigung hinzunehmen, ist das eine Verletzung von Gerechtigkeitsprinzipien.

## Psychische Gesundheit aus der Perspektive des Verwirklichungschancen-Ansatzes

Es ist nicht schwer zu erkennen, dass die von Nussbaum formulierten notwendigen individuellen Handlungsbefähigungen zur Verwirklichung eines guten Lebens, wie sie in der Tab. 1 abgebildet sind, große Überschneidungen zum Gegenstandsbereich psychische Gesundheit aufweisen. Dabei ist nun aus der Capabilities-Perspektive bedeutsam, dass die Verfügbarkeit und Menge der individuellen Handlungsbefähigungen einerseits von den Fähigkeiten, Kompetenzen und Potenzialen eines Menschen bestimmt werden, andererseits vom Raum der gesamtgesellschaftlichen Möglichkeiten. Dieser gesamtgesellschaftliche Raum hält aufgrund bestimmter historischer, sozialer, kultureller und institutioneller Bedingungen bestimmte Ressourcen wie Güter, Rechte und Dienstleistungen bereit. Das Verhältnis zwischen individuellen Kompetenzen und gesellschaftlichen Bedingungen ist nun dem Capabilities-Ansatz zufolge nicht symmetrisch, sondern die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bestimmen wesentlich nachhaltiger darüber, welche Menge an Handlungsbefähigungen den Menschen in einer konkreten Gesellschaft zu Verfügung stehen. Deshalb ist es – nach Martha Nussbaum – die Aufgabe der gesellschaftlichen Institutionen, „den Bürgerinnen und Bürgern die materiellen, institutionellen sowie pädagogischen Bedingungen zur Verfügung zu stellen, die ihnen einen Zugang zum guten menschlichen Leben eröffnen und sie in die Lage versetzen, sich für ein gutes Leben und Handeln zu entscheiden“. Diese asymmetrische Konstruktion – technisch gesprochen einer Vorherrschaft (Präponderanz) des Gesellschaftlichen gegenüber dem Individuellen – hat nun für die Diskussion um psychische Gesundheit und Armut weit reichende Konsequenzen.

## Psychische Gesundheit, Armut und Verwirklichungschancen

Werden die sozialepidemiologischen Befunde, dass es einen starken Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit (im Extremfall: Armutslagen) und psychischen Erkrankungen gibt, aus dem Blickwinkel des Verwirklichungschancen-Ansatzes betrachtet, dann lässt sich hier zunächst eine markante Gerechtigkeitsverletzung aktueller gesellschaftlicher Verhältnisse festmachen. Das Argument ist dabei so simpel wie schlagend: Wenn Einbußen an ökonomischen Ressourcen für die darunter leidenden Individuen mit Gesundheitseinbußen und psychischen Erkrankungen einher gehen, dann muss die Produktion solcher Ungleichheitsverhältnisse gestoppt werden. Das führt sozialpolitisch unmittelbar zu dem folgenden (sicher ergänzungsbedürftigen) Katalog an Forderungen:

- Arbeitsverhältnisse, die zu Verhältnissen von Working Poor führen, sind unverzüglich abzustellen.
- Massenarbeitslosigkeit, die ebenfalls in Deutschland mit Armut verbunden ist, ist abzuschaffen.
- Für Menschen, die aus irgendwelchen Gründen keine Lohnarbeit antreten können oder wollen, ist ein garantiertes Grundeinkommen einzuführen, das den individuellen Konzeptionen eines guten Lebens nicht im Weg steht.
- Der nachhaltig gestiegene Druck und Stress in der Arbeitswelt, der eine der wichtigsten Ursachen für Burnout-Phänomene und psychische Erkrankungen ist, muss unverzüglich abgestellt und die Produktionsformen auf die Lebensbedürfnisse der Menschen umgestellt werden.

Parallel hierzu, aber eben nicht vorrangig, ist natürlich jedwede individuelle Hilfestellung für psychisch Erkrankte einzurichten, die sinnvoll ist und dem aktuellen Stand der Versorgungsmöglichkeiten entspricht. Aber solange gesamtgesellschaftliche Strukturen etabliert sind, die systematisch die Produktion von Armut und psychischen Erkrankungen hervorbringen, bleibt jedes noch so umfassende Hilfesystem Makulatur und einem schwerwiegenden Zynismus ausgesetzt, unabhängig davon, dass die Gewährung von Hilfeleistungen zur Milderung akuter Not unverzichtbar ist.

**Literatur**

**Abel, Thomas/Schori, Dominik,** (2009), Der Capability-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Ansatzpunkte für eine Neuausrichtung der Ungleichheitsforschung, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 34 (2), 48–64.

**Bittlingmayer, Uwe H./Sahrai, Diana/Schnabel, Peter-Ernst,** (2009), Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden.

**Bittlingmayer, Uwe H./Ziegler, Holger,** (2012), Public Health und das gute Leben. Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften? WZB-Discussion-Paper, online unter: http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2012/i12-301.pdf; [Zugriff 6.4.2012].

**JKMG – Jahrbuch Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften**, (2011), Bd. 47: Zur Kritik schwarz-gelber Gesundheitspolitik, Hamburg.

**Kümpers, Susanne,** (2012), Partizipation hilfebedürftiger und benachteiligter Älterer – die Perspektive der ‚Grundbefähigungen' nach Martha Nussbaum, in: Rosenbrock, Rolf/Hartung, Susanne (Hg.), Handbuch Partizipation und Gesundheit, Bern, 197–211.

**Nussbaum, Martha,** (2006), Frontiers of Justice, Cambridge.

**Remmers, Hartmut,** (2009), Ethische Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit gesundheitlicher Versorgungsleistungen, in: Bittlingmayer, Uwe H./Sahrai, Diana/Schnabel, Peter-Ernst (2009), 111–133.

**Ruger, Jennifer Prah,** (2010), Health and Social Justice. New York.

# Wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen

## Inklusion bei einer existentiell bedrohlichen Lebenssituation

Von Gerhard Trabert

Wohnungslosigkeit nimmt in Deutschland wieder zu. Hier spielt das „Bermudadreieck der sozialen Benachteiligung" eine entscheidende Rolle. Arbeitslosigkeit führt zu multiplen Belastungssituationen, die dann häufig mit einer erhöhten Prävalenz von Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen korreliert. Dies alles kann dann wiederum zu Wohnungslosigkeit führen. Uneingeschränkte Partizipation an gesellschaftlichen Angeboten auf der Basis der bewussten Akzeptanz individueller Unterschiedlichkeit ist entscheidender Parameter für soziale Inklusion. Wir benötigen nicht mehr wirtschaftliches Wachstum, sondern eine gerechtere Verteilung von gesellschaftlichen Ressourcen: mehr Gleichheit, mehr Gleichwertigkeit und größere Gleichwürdigkeit gegenüber Menschen am Rande unserer Gesellschaft.

Gerhard Trabert
Prof. Dr. med., Dipl. Soz.-päd., Hochschule RheinMain, Fachbereich Sozialwesen, Lehrgebiet Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie, Kurt-Schumacher-Ring 18, 65197 Wiesbaden, Telefon: 0611-9495-1313, gerhard.trabert@hs-rm.de



Armut und speziell Wohnungslosigkeit, als eine Extremform von Armut, nimmt in Deutschland seit Jahren zu, in Bezug auf wohnungslose Menschen muss man sagen, nimmt wieder zu. So verzeichnet die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W 2011) eine bedrückende Zunahme von wohnungslosen Menschen in Deutschland und prognostiziert eine drastische Verschlechterung der Situation in den nächsten Jahren. Besonders die Zahl der jungen wohnungslosen Menschen steigt weiter an. 2010 war bereits ein knappes Drittel der Klientel der Wohnungslosenhilfe unter 30 und 20% unter 25 Jahre alt. In dieser Altergruppe ist der Anteil der jungen Frauen überproportional hoch: 31% sind jünger als 25, 43 % jünger als 30. Diese jungen Erwachsenen leben entweder ganz auf der Straße, in Abbruchhäusern oder kommen bei sog. Freunden und Bekannten unter. Dies sind häufig außerordentlich prekäre Wohn- und Lebensverhältnisse, die nicht selten von Gewalt und Missbrauch begleitet werden. Die häufigen Sanktionen nach SGB II bei den jungen Erwachsenen und die immer seltener bewilligten Jugendhilfemaßnahmen für über 18-Jährige bewirken ein Übriges, so dass diese jungen Leute zunehmend sozial ausgegrenzt und zu Wohnungsnotfällen werden.

## Das Bermudadreieck der sozialen Benachteiligung

Was führt zu dieser extremen Lebensform? Hier spielt das „Bermudadreieck der sozialen Benachteiligung“ eine entscheidende Rolle. Arbeitslosigkeit führt zu multiplen Belastungssituationen, die dann häufig mit einer erhöhten Prävalenz von Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen (insbesondere Depressionen) korreliert. Dies kann dann, als eine extreme Auswirkung, auch den Verlust der Wohnung zur Folge haben. Was in einem „Rückkehrmechanismus“ wiederum Arbeitslosigkeit manifestiert und häufig zu psychischen und physischen Belastungen führt, die das Auftreten von Suchterkrankungen, psychischen Auffälligkeiten und körperlichen Erkrankungen zusätzlich fördert. Es besteht somit eine Interdependenz zwischen der Lebenssituation: Wohnungslosigkeit – Arbeitslosigkeit – psychische Belastung zu erhöhten Erkrankungsprävalenzen, insbesondere den Suchtaspekt betreffend. Eine Reflektion und kritische Bewertung der Studien hinsichtlich psychiatrischer Erkrankungen sowie die Berücksichtigung der Erfahrungen praktisch Tätiger im Wohnungslosenbereich deuten darauf hin, dass etwa ein Drittel der wohnungslosen Menschen als psychisch krank und behandlungsbedürftig einzuschätzen sind.

## Die Mortalität wohnungsloser Menschen

Es existieren nur wenige Untersuchungen zur Mortalität wohnungsloser Menschen. Eine der interessantesten und umfangreichsten Studien zur Mortalität wurde vom Institut für Rechtmedizin der Universität Hamburg im Jahr 2001 vorgelegt (Ishorst-Witte et al., 2001). Diese Studie ergab bei wohnungslosen Menschen eine sehr hohe Suizidquote, sie lag bei fast 10 % der Todesursachen. Die Dunkelziffer ist sehr wahrscheinlich deutlich höher. Nicht natürliche Todesursachen waren bei 31 Wohnungslosen ein verübter Selbstmord, in 74 Fällen eine Intoxikation (Betäubungsmittel, Alkohol, Mischintoxikationen), 40 verstarben aufgrund eines Unfalles und vier wohnungslose Männer verstarben durch Unterkühlung. Bei mehr als einem Drittel der Verstorbenen war der Todesort die Straße. Die Sterblichkeit von arbeitslosen Menschen ist um das 2,6 fache höher als bei Erwerbstätigen. Die Selbstmordversuchsrate mit tödlichem Ausgang ist bei arbeitslosen Menschen im Vergleich zu Erwerbstätigen 20fach erhöht. Während Untersuchungen aus den Jahren 1984 – 1997 (Sozioökonomisches Panel) einen Lebenserwartungsunterschied von 8 Jahren bei den Männern und 5 Jahren bei den Frauen zwischen dem reichsten und dem ärmsten Viertel der deutschen Bevölkerung aufzeigten (Reil-Held, 2000); belegen die Erhebungen von 1998 – 2003, dass diese Differenz bei den Männern auf 11 Jahre, und bei den Frauen auf 8 Jahre angestiegen ist (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung; Erhebung im 5-Jahreszeitraum).

## Multikausalität: Armut, psychische Erkrankung und Suizidalität

Wieso nimmt diese Form von Armut, die eine hohe Korrelation zu psychischen Erkrankungen – insbesondere Depressionen– bis hin zum Suizid aufzeigt, in einem der reichsten Länder der Erde, weiterhin zu? Dies hat natürlich verschiedene Gründe, unterschiedliche Kausalitäten. Die wirtschaftliche Entwicklung, die Arbeitslosenquote und vieles mehr, werden viele Fachleute als Erklärungsbeispiele benennen. Multikausalität ist das Trendwort in diesem Kontext. Meines Erachtens liegt ein entscheidender Schlüssel für diese Entwicklung allerdings in einem verinnerlichten Leistungsdenken, in falschen Prioritätensetzungen und in der Geringschätzung von Menschen die, aus welchen Gründen auch immer, diesem Leistungsanspruch nicht genügen oder auch gar nicht genügen wollen. Von zentraler Bedeutung sind zudem gesellschaftsstrukturelle Faktoren die zu Ausgrenzung und Benachteiligung führen und / oder diese manifestieren. Soziale Inklusion wird gefordert. Aber was bedeutet dies eigentlich?

## Inklusion basiert auf Wertschätzung und Menschenwürde

Uneingeschränkte Partizipation, also Teilhabe und Teilnahme, an gesellschaftlichen Angeboten ist ein zentrales Element von Inklusion, basierend auf der bewussten Akzeptanz der individuellen Persönlichkeit eines jeden Bürgers und damit auch und ausdrücklich der Unterschiedlichkeit von Lebensgestaltung und Lebensentwürfen. Diese Andersartigkeit wird bewusst wahrgenommen und als normale Varianz des Miteinander und Gegenüber gesehen. Es besteht ein Recht für Jedermann auf diese Teilhabe in sämtlichen Lebensbereichen. Deshalb ist Barrierefreiheit, bezüglich des Zugangs zu gesellschaftlichen Lebensräumen, zu schaffen und zu sichern. Dies beinhaltet die Gleichwertigkeit eines jeden Individuums und auch, wie Jesper Juul, ein dänischer Familientherapeut, es ausdrückte, die Gleichwürdigkeit des Menschen in Interaktions- und Kommunikationsprozessen. Ich zitiere diesen Begriff, obwohl es ihn in der deutschen Sprache nicht gibt, es ihn aber geben sollte, da er fokussiert das Thema Wertschätzung und Menschenwürde beinhaltet. Inklusion bedeutet damit auch, dass es die Gesellschaft selbst ist, die Strukturen entwickeln und zur Verfügung stellen muss, die eine Teilhabe aller Menschen ermöglicht. Und damit nicht einzelne Individuen, durch ihre Unterschiedlichkeit geprägt, durch Normerfüllung für das Erreichen gesellschaftlicher Inklusion allein verantwortlich gemacht werden können. Erst durch diesen Inklusionsprozess ist es dann wiederum jedem Individuum möglich, seinen Beitrag zur kollektiven Weiterentwicklung des Zusammenlebens zu leisten. In diesem Kontext kann auch das Thema Capabilities, Verwirklichungschancen, von A. Sen, dem indischen Wirtschaftsökonom und Nobelpreisträger, thematisiert werden. Das neoliberale Dogma der Eigenverantwortlichkeit für gesellschaftliche Integration findet in der Diskussion und Reflektion dieser Konzepte seine Grenzen, und macht zudem die Beschränktheit einer solchen Argumentation deutlich.

## Was fördert Inklusion?

Was fördert nun Inklusion? Zum Einen ist eine gerechtere Verteilung von gesellschaftlichen Ressourcen von zentraler Bedeutung. Zum Anderen ist es eine wirklich empfundene und gelebte Wertschätzung aller Mitglieder einer Gesellschaft, insbesondere derer die von Ausgrenzung, aufgrund ihrer Andersartigkeit, bedroht sind. Dies bedeutet auch an die Fähigkeiten und Fertigkeiten, an die individuellen Ressourcen aller Menschen zu glauben.

Richard Wilkinson und Kate Pickett (2009) veröffentlichten im Jahre 2009 die wissenschaftliche Expertise „The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better“, ins Deutsche, nicht ganz sinngemäß übersetzt: „Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind.“ Darin belegen die Autoren, anhand zahlreicher fundierter wissenschaftlicher Analysen, dass mit zunehmender Ungleichverteilung der vorhandenen gesellschaftlichen Ressourcen, bei Armen, wie interessanterweise auch bei Reichen, die Problemkonstellationen ansteigen. Physische sowie psychische und soziale Probleme und im weitesten Sinne Störungen, nehmen zu, wie Stress, Depressionen, Gewalt, Konkurrenz, soziale Verwahrlosung, die Lebenserwartung fällt geringer aus als in weniger ungleichen Gesellschaften, Teenagerschwangerschaften kommen häufiger vor, das Wettrüsten der Statussymbole nimmt zu. Mehr Gleichheit hingegen fördert das gegenseitige Vertrauen, mit der Folge, dass die Menschen glücklicher sind, und damit in allen gesellschaftlichen Klassen die Lebenserwartung steigt, Depressionen deutlich geringer festgestellt werden, die Quote von Gewalttaten geringer ausfällt, und vieles mehr. Sinngemäßes Fazit der Autoren, wir benötigen nicht mehr Wachstum, wir benötigen mehr Gleichheit. In Deutschland nimmt die Ungleichheit in den letzten beiden Jahrzehnten, besonders in den letzten Jahren, deutlich zu. Warum?

## Zunahme von Ungleichheit in Deutschland

Stéphan Hessel, 93 - Jähriger in Berlin geborener französischer Staatsbürger und Résistance – Mitglied, der das Konzentrationslager Buchenwald der Nazis überlebte, und Mitverfasser der Menschenrechtserklärung der Vereinten Nationen (1948) ist, hat die bemerkenswerte Streitschrift „Empört Euch!“ im Jahre 2010 verfasst. In dieser Streitschrift, kritisiert Hessel den Umgang mit armen Menschen in der Mitte Europas. Dies tut er, indem er die gezielte Unterdrückung, den Verlust an Menschenrechten beanstandet und die Macht des Finanzkapitalismus anprangert. Er schließt mit den Worten: „Neues schaffen heißt Widerstand leisten. Widerstand leisten heißt Neues schaffen.“

## Fazit

Wir sollten uns alle empören, wie mit sozial benachteiligten Menschen in unserer Gesellschaft umgegangen wird. Fangen wir an, uns konstruktiv und konsequent zu empören, in Solidarität mit und Beteiligung von betroffenen Menschen. Schaffen wir Inklusion indem wir an die Fähigkeiten wohnungsloser und psychisch kranker Menschen glauben, indem wir Teilnahme und Teilhabe strukturell verankern, indem wir Ausgrenzungsmechanismen entlarven, benennen und beseitigen, indem wir Gleichwertigkeit und Gleichwürdigkeit leben.

**Ein ausführliches Literaturverzeichnis stellt der Verfasser gern zur Verfügung:**

**Email: gerhard.trabert@hs-rm.de**


# KERBE

Forum für soziale Psychiatrie

Fachzeitschrift für Experten, Betroffene und Angehörige

Themen 2012/2013

1 / 2012
Nach allen Regeln der Kunst: 1. Leitlinien

2 / 2012
Die ganz normale Krise

3 / 2012
Armut begegnen: Armut und psychisch Erkrankung

4 / 2012
Prävention: Psychiatrische Gesundheitsförderung

1 / 2013
Gute Arbeit

2 / 2013
Psychosen

3 / 2013
Krankheitsbilder

4 / 2013
Psychisch krank im Alter

**Herausgeber:**
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) in Berlin
www.beb.info / www.kerbe.info

**Bestelladresse:**
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon: 0711 / 60 100 – 40, Email: vertrieb@evanggemeindeblatt.de

# Menschsein heißt, dazu zu gehören

## Armut und psychische Erkrankung – Eine Textcollage

Von Fritz Bremer

Welche Form benötigt dieses Thema? Eher theoretische, abstrakte, erklärende... Sätze blieben mir im Kopf stecken...Mein Gedanke: Erfahrungen selbst sollen sprechen! Betroffene Menschen sollen zu Wort kommen. Ergebnisse von Befragungen und einige Schlussfolgerungen sollen ergänzend hinzutreten. So entstand die Vorstellung von einer Textcollage, die mir am ehesten angemessen erschien. Abgesehen von meiner Abstraktionsunwilligkeit bei diesem Thema, gibt es vor allem einen Grund für die Wahl dieses Vorgehens. Beim Lesen über Armut, Arbeitslosigkeit, psychische Erkrankung..., in Gesprächen mit Kolleginnen und mit betroffenen Menschen stellte sich eine Frage immer wieder ein: Ist die Tatsächlichkeit, die Wirklichkeit von Leben in Armut und Ausschließung wirklich erfasst? Ist sie-auch unter „sozialpsychiatrisch Tätigen"-realisiert, klar erkannter Bestandteil von Realität? Mir scheint: Nein. Wir reden von einer Lebensrealität, deren Tatsächlichkeit wir nicht an uns herankommen lassen. Hier also der Versuch, mit Erfahrungen und Ergebnissen näher heranzukommen. Die Leserinnen und Leser bitte ich, diesen Text ganz besonders lesend weiter zu schreiben, Widersprüche weiter zu denken, Schlussfolgerungen zu ziehen.... Beginnen wir mit einem Bericht aus einer „Depression".

### Depression und die Angst vor der Armut

Sabine Burtzlaff beschreibt ihre Depressionserfahrung, insbesondere die Angst vor Verarmung so: „Im Frühjahr 2003 erkrankte ich an einer Depression. Neben anderen Symptomen wie z.B. anhaltenden Schlafstörungen, Unruhezuständen und aggressiven Gedanken, tauchten Ängste auf, dass das Geld nicht reichen würde. Ich hatte Angst, dass wir unser gerade erworbenes Haus verlieren würden, aber auch weniger konkrete Angst meine finanzielle Situation betreffend. Im weiteren Verlauf der Erkrankung verstärkte sich die Angst, verselbständigte sich zu etwas Diffusem, sehr Bedrohlichen. Kurz vor Beginn der Erkrankung hatte ich eine Arbeitsstelle verloren. Eigene Einkünfte hatte ich nicht. Zu zweit lebten wir von dem Verdienst meines Mannes. Während der Klinikaufenthalte erklärten die Ärzte, dass es für diese Ängste keine Grundlage gäbe, dass es sich dabei vielmehr um den sogenannten Verarmungswahn handele, dieser sei ein typisches Symptom einer schweren Depression und würde mit erfolgreicher Behandlung verschwinden.

Einerseits fühlte ich mich durch diese Aussage entlastet, andererseits jedoch mit meinen Sorgen nicht ernstgenommen und als krank und somit abweichend von der Norm abgestempelt. Dieses Gefühl: be-handelt, be-urteilt zu werden gehörte während der Klinikaufenthalte zu meinem Alltag. Mitgefühl und Gespräche auf Augenhöhe erlebte ich wenig. Noch jetzt, Jahre später (ich erlebe mich seit ca. sechs Jahren als gesund), erinnere ich mich daran, dass einige Ärzte und PflegerInnen sich so distanziert und herablassend mir gegenüber verhielten, dass daraus zu schließen war, dass sie sich offensichtlich für besser hielten, als die ihnen anvertrauten PatientInnen. Aus heutiger Sicht glaube ich, dass diese Haltung aus einer tiefen Angst resultiert. Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, ist relativ hoch. Verbunden damit ist fast immer ein gesellschaftlicher Abstieg, ein Statusverlust und finanzielle Einbußen. In unserer Gesellschaft, die Leistung(sfähigkeit) und finanzielle Sicherheit sehr hoch bewertet, ist eine psychische Erkrankung eine Katastrophe, die man nicht erleben möchte. Die Angst davor muss abgespalten werden, psychisch Kranke als anders, als unnormal betrachtet werden. Zu meiner finanziellen Situation: ich habe keinerlei eigene Einkünfte, ein Rentenanspruch besteht nicht, mein Mann, der mit mir diese schwere Zeit durchgestanden hat, ist im Ruhestand, ob wir unser Haus zuende abbezahlen können, wissen wir nicht."

Fritz Bremer
Sonderschullehrer und Diplom-Pädagoge; langjährige Tätigkeit für sozialpsychiatrische Einrichtungen; Mitbegründer der Zeitschrift Brückenschlag und des Paranus Verlages.
Email: Fritz.Bremer@t-online.de

Die Angst vor Verarmung und Statusverlust, die Angst vor dem Verlust von Teilhabe und Zugehörigkeit ist ein quälender Bestandteil der Depressionserfahrung. Mit der Schilderung von S. Burtzlaff wird klar, dass wir es rund um „Armut-psychische Erkrankung-Teilhabe" mit einer Fülle von Wechselwirkungen zu tun haben. Unserem „psychischen Haushalt" ist die Angst vor der Verarmung des „alltäglichen Haushalts" tief eingeschrieben. Was bildet aktuell den ökonomischen und gesellschaftlichen Hintergrund, vor dem diese Ängste entstehen und geschürt werden?

### Nüchterne Befunde

Am 30.04.2012 wurden auf „NDR Info" am Vormittag wiederholt folgende Nachrichten gesendet- und zwar in der hier wiedergegebenen Reihenfolge: „Genf: Die Internationale Arbeitsorganisation der Vereinten Nationen warnt vor einem zu strikten Sparkurs, vor allem in Europa. In den Krisenländern der EU seien die erhofften Ziele durch Sparmaßnahmen nicht erreicht worden, heißt es im neuen Jahresbericht der Organisation. Sie hätten weder zu mehr Wachstum noch zu einer Ver-

besserung am Arbeitsmarkt geführt. Die UN-Behörde rief die Regierungen auf, die Schaffung von Arbeitsplätzen an die erste Stelle ihrer Krisenpolitik zu stellen. Mit Blick auf Deutschland kritisiert die Organisation, dass es zuviele unsichere Arbeitsverhältnisse gebe. So machten befristete Verträge, Teilzeitmodelle, Mini-Jobs und Leiharbeit inzwischen ein Viertel der Jobs in Deutschland aus.

Berlin: In Deutschland fallen Arbeitnehmer immer öfter wegen psychischer Probleme aus. Das geht aus einer Studie des Bundesarbeitsministeriums hervor, die NDR Info vorliegt. Demnach gab es im Jahr 2010 bundesweit mehr als 53 Millionen Fehltage. Neun Jahre zuvor waren es noch 33 Millionen. Mehr als 13 Prozent der Krankschreibungen gehen inzwischen auf psychische Probleme zurück. Gründe seien steigende Anforderungen im Job, höhere Eigenverantwortung und kürzere Arbeitsverhältnisse. Frauen gelten als besonders gefährdet."

Das sind Ergebnisse aus Studien renommierter Organisationen. Das sind nüchterne Befunde. Die kommen ganz vernünftig auf uns zu und machen Angst. Angst, die sich einschreibt, das Empfinden und Denken, das Lebensgefühl verändert.

Der Blick in den regionalen Armutsatlas des „ Paritätischen" Gesamtverbandes kann die Angst nicht nehmen. Die Studie vergleicht Werte von 2005 bis 2011. Es zeigt sich, dass sich in Schleswig- Holstein der Bruch zwischen reichen und armen Regionen verfestigt: „Das Armutsrisiko in der Region um Lübeck und den Kreis Ostholstein ist fast doppelt so hoch wie im Hamburger Rand. Im Bundesdurchschnitt sind 14,5 Prozent aller Menschen von Armut bedroht..." (Sozial Nr. 1 Febr./März 2012, Der Paritätische Schleswig-Holstein). Wir können also auch das regional unterschiedliche Armuts- und Angstpotential erkennen. Solche sachlich zutreffenden und angstmachenden Nachrichten sind alltäglich.

## Die Angst vor Hartz IV

„Die Angst vor Hartz IV geht um. Hartz IV bedeutet für viele Betroffene zuallererst Statusverlust. Ihr Selbstwertgefühl ist massiv erschüttert. Sie müssen zunächst einen 16-seitigen Antrag ausfüllen, der sie zum gläsernen Menschen macht. Gegen dieses Antragsformular läuft eine Klage beim Bundesverfassungsgericht wegen Verstößen gegen den Datenschutz. Der Bundesdatenschutzbeauftragte hat diese Verstöße moniert, doch von der Bundesregierung wurden die Einwände einfach ignoriert. Weiter müssen die Betroffenen eine Eingliederungsvereinbarung mit Pflichten und de facto ohne Rechte unterschreiben, das bedeutete Entmündigung, das bedeutet Zwangserziehung, das bedeutet Entdemokratisierung, da hier der reine Gehorsam vom „Kunden" der Arbeitsagentur gefordert wird. (...) In einem Profiling, das dem in der Verbrechensbekämpfung eingesetzten analog ist, durchleuchtet er das gesamte Leben der Klienten. Für jedes Fehlverhalten gibt es monetäre Sanktionen, die bis zur kompletten Streichung des ALG 2 Bezuges gehen können. Die Angst vor Hartz IV geht um, denn Hartz IV heißt Armut." (www.gesundheitberlin.de/index.php 4? 27.03.2012).

Der verängstigte Mensch, der Mühe hat, zu glauben, dass das alles Tatsachen sind und Teil der Realität, in der er lebt, fragt sich: Wie konnte das geschehen? Warum wurden von Schröder, Müntefering u. a. Gesetze gemacht mit solchen Folgen? Gibt es Schutz vor Armut und Teilhabeverlust?

## SGB II und das Recht auf Gewährleistung eines Existenzminimums

„Pressemitteilung, Berlin, den 25.04.2012 Beschluss vom 25.April 2012 (S 55 AS 9238/12): Nach Auffassung der 55. Kammer des Sozialgerichts Berlin verstoßen die Leistungen des SGB II gegen das Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums. Die im Anschluss an die statistische Bedarfsermittlung vorgenommenen Kürzungen einzelner Positionen (Ausgaben für Verkehr, alkoholische Getränke, Mahlzeiten in Gaststätten und Kantinen, Schnittblumen u.s.w.) seien ungerechtfertigt. Insbesondere habe der Gesetzgeber dabei den Aspekt der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unzureichend gewürdigt. Im Ergebnis seien die Leistungen für einen Alleinstehenden um monatlich rund 36 Euro und für eine dreiköpfige Familie (Eltern und 16 jähriger Sohn) um monatlich rund 100 Euro zu niedrig bemessen." Die Nachricht enthält die Botschaft: Es gibt eine Instanz, die der Politik auf die Finger schaut. Der Regelsatz wird erneut überprüft. Aber auch die Botschaft: Der damalige Gesetzgeber hat diese Situationen bewusst hergestellt. Die beängstigenden Ergebnisse waren absehbar... Und diese Erkenntnis ist eigentlich eine weitere Bedrohungsstufe.

Burkhard Wiebel und Alisha Pilento kommen zu der Schlußfolgerung: „Durch weitere staatlich gesteuerte Maßnahmen, z.B. in Arbeitsagenturen oder in der Gesundheitsversorgung, wird ihre (die in Arbeitslosigkeit gebrachten Menschen, A. d. A) endgültige und aufgrund des Eintretens psychosozialer Schädigungen unwiderrufliche Abkoppelung aus dem produktiven Sektor der Gesellschaft vervollständigt" (B. Wiebel/A.Pilento, Gehirn und Gesellschaft-Mechanismen neoliberaler Destruktion, S.65).

## Arbeitslos und psychisch krank

„Gesundheitsstatistiken belegen, dass es nicht allein mit Zukunftsangst und Exklusion aus sozialen Bezügen verbundene depressive Entwicklungen sind, die durch Arbeitslosigkeit angestoßen und ausgeformt werden, sondern auch Entwicklungen zu weiteren psychischen Störungsbildern wie Suchterkrankungen und Psychosen." (ebda,S.66). „Mechanismen psychosozialer Destruktion sind in der Logik neoliberaler Ökonomie „ konstruktiv". Sie schaffen – über Generationen – ein Heer der Arbeitslosen aus den „Überflüssigen", da so durch Verweis auf die Arbeitslosigkeit der anderen Lohnniveaus gesenkt werden können, und damit potentielle in den Lohnnebenkosten liegende Fesseln des freien ökonomischen Gestaltens gelockert werden" (ebd., S. 66).

Was bedeutet das konkret für die Lebenslage und für die Gesundheits- und Teilhabechancen psychisch erkrankter Menschen?

Auf www.diakonie-bayern.de heißt es in den „Positionen der Diakonie zu Armut und psychischer Erkrankung" mit Bezug auf den Bericht der nationalen Armutskonferenz," dass ...Arbeitslosigkeit mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko einhergeht. So erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer körperlichen

Erkrankung von Arbeitslosen im Vergleich zu Beschäftigten um 30% bis 80%, bei psychischen Leiden sogar um fast 100%." Zugleich sind aber psychisch erkrankte Menschen auch besonders häufig bedroht von Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit. „Psychisch kranke Menschen haben also ein besonders erhöhtes Armutsrisiko." Ein Teufelskreis: „Armut entsteht hier durch Ausgrenzung von Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten und die Abkoppelung psychisch kranker Menschen von der Entwicklung am Arbeitsmarkt" (ebd.). Das wiederum verringert die Genesungschancen, bzw. verstärkt die Entwicklung chronischer Erkrankung. Und: „der Status als Sondergruppe (psychisch Kranker) verstärkt sich noch dadurch, dass auf Grund der schwierigen finanziellen Situation nur Freizeitaktivitäten wahrgenommen werden können, die keine Kosten verursachen. Die Integrationsmöglichkeiten werden dadurch geschmälert und das Ziel der Teilhabe deutlich erschwert" (ebda).

## Ein-Euro-Job

Axel Weitkus ist regelmäßiger Besucher der „Begegnungsstätte" der „Brücke" in Neumünster. Er hat einen „1 Euro-Job" bei der „Neumünsteraner Tafel." In einem Gespräch im März 2012 beschreibt er seine Lebenssituation. Er erwähnt „eine schwere Zeit", über die er jetzt aber nicht sprechen möchte und sagt weiter: „Es geht jetzt langsam aufwärts, weil mein 1 Euro-Job den gleichen Stellenwert für mich hat wie früher, wie die Arbeit, die ich kenne: sie macht Spaß, sie ist hart und schwer, ich habe tolle Kollegen. Deshalb schone ich mich nicht, kenne keine Grenzen. Das ist ein Fehler, weil ich schon mal so schwere Rückenschmerzen habe, dass ich nicht mehr laufen kann. Mit dem Job ist es nicht mehr ganz so schlimm, aber manchmal doch: der halbe Monat ist rum und kein Geld mehr da. Ich muss mir überlegen, spar ich für eine Hose oder geh ich zum Bowlen mit Kollegen. (...) Seit ich Hartz IV habe, gehe ich kaum noch, da ist nur Sparen oder Knapp-leben. Ich konnte vor Hartz IV mehr unternehmen, mit der Familie auch mal essen gehen, Ausflüge machen und größere Einkäufe mit meinem Auto erledigen. Das alles geht jetzt nicht mehr. Aber der Hartz IV-Job gibt mir die Möglichkeit, wieder frische Lebensmittel, nicht nur Dosennahrung zu essen. Trotzdem sind 2,50 Euro für ein Mittagessen in der Begegnungsstätte, auch mit dem 1 Euro Job, häufig schon ein Problem. Ich habe nur ein Hobby (Weltall) und möchte gern mal in die Sternwarte. Aber ich kann mir das nicht leisten. Im letzten Jahr hatte ich den 1 Euro-Job noch nicht. Da bin ich über Weihnachten hier geblieben und nicht zu meinen Eltern gefahren, die 90 km weit weg wohnen. Ich hatte die Fahrkarte für 20 Euro nicht."

## Kein Geld für Freizeitangebote

Im Jahre 2008 erarbeiteten Mitarbeiterinnen des „Kieler Fensters" eine Studie zu dem Thema: „Hemmschwellen bei der Teilhabe an Freizeitangeboten im Gemeinwesen." 63 psychiatrieerfahrene Menschen aus dem Umfeld der Einrichtung wurden befragt. In der Auswertung heißt es: „71,4% möchten ihre Teilnahme an Freizeitaktivitäten erweitern! Gewünscht wird vor allem die Teilnahme an sportlichen, kulturellen und Weiterbildungsangeboten. Es wird nach verschiedenen Gründen gefragt, die die Teilnahme verhindern. U. a.: „Wie viel Geld steht Ihnen für Freizeitaktivitäten im Monat zur Verfügung?" Auswertung: „weniger als 10 Euro, 21%; bis 20 Euro, 38%; mehr als 20 Euro, 40%." Und weiter wird gefragt: „Erleben Sie, dass dadurch die Teilhabe vereitelt wird?" Auswertung: nein, 19%: ja, etwas, 19%: ja, in starkem Maße: 62% (siehe dazu: Soziale Psychiatrie, 02/2010," Raus aus der Psychokiste!?", Bettermann u.a.,S.20).

## Komplexe Problemlagen

Im Jahresbericht des „Ambulant Betreuten Wohnens" der Brücke Neumünster für das Jahr 2011 fand ich einige bemerkenswerte Zahlen. Im Jahre 2011 wurden insgesamt 125 psychisch erkrankte Menschen betreut.

- Zur beruflichen Qualifikation der ambulant betreuten Menschen heißt es: ungelernt/angelernt: 82 Personen, Facharbeiter/in: 35, höherer Abschluss: 8.
- Unter Familienstand ist zu lesen: allein lebend: 99; in Partnerschaft oder eheähnlichen Verhältnis lebend: 24, bei Eltern oder Verwandten: 2." In der Schlussbemerkung schreibt die Autorin des Berichts: „Besonders auffällig ist, dass es immer mehr Menschen gibt, die unter diffusen Störungen leiden und komplexe Problemlagen zeigen. Häufig fehlen grundlegende Fertigkeiten für eine selbständige Lebensführung."

Im „Brückenschlag" 22/2006 „Turboleben und neue Ausgrenzung" schreibt Petra Urbaniak: „...außer der Geduld und Zeit ist es das Finanzielle, was fehlt. Aber erst kommen unsere Verpflichtungen, dann bleibt nichts mehr übrig, für sich und die Gesundheit und die Psyche und soziale Kontakte und Freunde, und alles was so wichtig ist, sondern zurückstecken, was man sonst immer gemacht hat, sich nicht so wichtig nehmen zu können.(...). Sicher geht es uns in Deutschland sehr viel besser und wir sind vielleicht etwas verwöhnt, aber so wie in den ärmeren Ländern muss es doch nicht weitergehen, nur weil die sich im Sozialstaat etwas verschätzt haben! Und vieles ist noch gar nicht entschieden und richtig durchdacht worden, dass keiner vergessen wird! So machen sie das Leben nicht einfacher, sondern ganz im Gegenteil, alles sehr viel schwieriger und komplizierter, so empfinde ich es!" (S. 9f).

## Scham verhindert Widerstand

„...nichts schwächt und lähmt derart wie die Schmach. Sie greift an der Wurzel an und untergräbt jede Tatkraft, sie degradiert Menschen zu beliebig beeinflussbaren Objekten und reduziert alle, die unter ihr leiden, zur wehrlosen Beute. Daher der Reiz der Mächtigen, sich ihrer zu bedienen und sie zu verbreiten. Die Schmach erlaubt es, Gesetze aufzustellen, ohne auf Gegner zu stoßen, und sie dann zu übertreten, ohne Protest befürchten zu müssen. Die Schmach führt in eine ausweglose Situation, sie verhindert jeglichen Widerstand....Die Scham sollte an der Börse gehandelt werden – sie ist ein wichtiger Grundstoff des Profits." Das Zitat stammt aus dem Buch „Terror der Ökonomie" von Viviane Forrester. Die Zeilen von 1996 sind für viele psychisch erkrankte und arme Menschen 2012 bestürzend aktuell. Ökonomische und gesellschaftliche Verhältnisse herbeizuführen, in denen die Alltagsrealität vieler zugunsten weniger von Angst und Scham gekennzeichnet ist, ist schamlos. Die herrschende Schamlosigkeit der wenigen erzeugt Scham und Angst bei vielen.

Im „Brückenschlag" 22/2006 schreibt eine psychisch erkrankte Frau unter

dem Pseudonym „Sisy Phos“:...inzwischen hatten sich ALG II, Arztpraxisgebühr, Zuzahlungen ins feine Getriebe des sozialen Räderwerks geschlichen und meine bislang unbeachteten Wehwehchen waren verurteilt, zu schweren Krankheitserscheinungen zu mutieren. Medikamente, die man selbst kaufen muss, um die morschen Knochen zu stärken, mussten ebenso wie Medikamente für Herz und Blutdruck wegen der Praxisgebühr und Zuzahlungen abgesetzt werden. (...) Und dann kam die „ArGe“, die mir mit satten 234 Euro pro Monat eine unglaublich drastische Abmagerungskur bewilligte. Ich nahm neun Kilo innerhalb von 3 Wochen ab. Ich schämte mich, auf die Straße zu gehen. (...) Die Decke der Armut, unter der man friert und schwitzt zugleich, hüllt mich ein.(...) Ich bin kein Mensch mehr, ich bin arbeitslos, ohne Recht auf ein würdiges Leben. Mensch sein heißt dazuzugehören, und eigentlich muss ich sagen, dass die Scham darüber größer ist, ein Mensch gewesen zu sein, als das Bedauern, dieser Spezis angehört zu haben“ (S. 50ff).

## Rechte ohne Ressourcen

Die „Soltauer Initiative“ veröffentlichte 2009 eine Stellungnahme unter dem Titel „Moralisch aufwärts im Abschwung- UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung im Kontext von Sozial-und Wirtschaftspolitik.“ Dort heißt es u.a.: „Rechte ohne Ressourcen zu besitzen ist ein grausamer Scherz.“ (Julian Rappaport, amerikanischer Gemeindepsychologe, 1998)

Der indische Wirtschaftswissenschaftler und Nobelpreisträger (1998) Amartya Sen beschreibt mit seinem Konzept der „Verwirklichungschancen“, wie entscheidend Wohlergehen auch vom Einkommen und dem Zugang zu materiellen Gütern abhängig ist. Armut wird nach diesem Ansatz als Mangel an Teilhabe an gesellschaftlich bedingten Chancen begriffen. Die Überwindung von Armut muss deshalb zu den vorrangigen strukturpolitischen Maßnahmen gehören, um soziale Ausgrenzung zu verhindern. In diesem Sinne machen die Autorinnen und Autoren der UN-BRK bereits in der Präambel und insbesondere in Artikel 28 deutlich, dass die Verwirklichung der Menschenrechte behinderter Menschen nicht ohne den Einsatz auch materieller Ressourcen zu haben ist. Gefordert wird nicht lediglich ein „soziokulturelles Minimum“ wie im deutschen Sozialrecht“ (S. 3).

„Die Soltauer Initiative sieht es als erforderlich an, dass in der Politik ein Diskussionsprozess eingeleitet wird, in dem die ethischen und fachlichen Anliegen der Konvention auf den realen und fortgeschrittenen Prozess der Ökonomisierung des Sozialen bezogen werden. Denn wenn Ideal und Wirklichkeit zu stark auseinanderklaffen, wird dies sehr bald Betroffenen nur noch zynisch-bittere Bemerkungen entlocken und zu weiterer Demoralisierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern führen, die die Arbeit im Sozial- und Gesundheitswesen tragen“ (S. 11).

Im Brückenschlag 22/2006 schreibt Gundula Kayser: „Die Stimmung der meisten Arbeitslosen und Psychiatrieerfahrenen, mit denen ich in den letzten Wochen geredet habe, ist durch Hilflosigkeit und Resignation sowie durch die Aussicht geprägt, auf Dauer von einem Einkommen leben zu müssen, das zur absoluten Sparsamkeit zwingt. Der Kaffee oder das Bier, das ich mit einigen in öffentlichen Lokalen trank, war für die meisten, mit denen ich redete, ein Luxus, (...) Das Leben psychiatrieerfahrener Empfängerinnen von ALG II spielt sich (...) zumeist im äußerst privaten Rahmen ab. Für Begegnungen mit anderen, womöglich nicht psychiatrieerfahrenen Menschen und womöglich außerhalb der Kontaktstellen der Betreuungsvereine (...) fehlt schlichtweg das Geld. Jeder, der mit marktüblichen Preisen vertraut ist und ab und zu einmal ausgeht, überblickt leicht, dass das ALG II die Bezieher systematisch von der Teilnahme am normalen gesellschaftlichen Leben ausschließt. (...) Das erklärte Ziel vieler Maßnahmen im Bereich der Gemeindepsychiatrie ist es, psychisch beeinträchtigten Menschen ein möglichst eigenständiges Leben zu ermöglichen und sie womöglich nach längerem Krankenhaus- oder Heimaufenthalten wieder in die Gesellschaft zu integrieren. Würde man die Kosten, die die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verursachen (...) berücksichtigen, müsste das ALG II nach Berechnungen des DPWV mindestens 19% höher angesetzt werden. An den ökonomischen Bedingungen des Lebens auf einem Einkommensniveau, das weit unterhalb des europäischen Armutsniveaus liegt, drohen jedoch die Zielsetzungen der Gemeindepsychiatrie zu scheitern.(...) Gerade auch Menschen, deren Gesundheit und Leistungsfähigkeit durch psychische Probleme beeinträchtigt sind, werden durch Hartz IV-„Reformen“ immer weiter an den Rand der Gesellschaft gedrängt und viele fühlen sich immer mehr entmutigt, auf die Möglichkeit zu hoffen, dass sich ihre Situation womöglich auf Grund eigener Anstrengungen zum Besseren wenden wird.

## Ermutigungen – Hoffnungen

Diese Menschen brauchen viel Ermutigung, um dennoch einen einigermaßen befriedigenden Lebensweg zu finden. Darüber hinaus wird es angesichts der Verschlechterung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung und ihrer sozialen und ökonomischen Situation auch immer notwendiger, dass diejenigen, die durch ihre Arbeit mit den Problemen vertraut sind, nicht nur in der Fachöffentlichkeit, sondern auch in der allgemeinen Öffentlichkeit dokumentieren, wie sich die Verhältnisse zum Negativen wenden und welche Konsequenzen die Sparpolitik auf Kosten der sozial Schwächsten haben.“ (S. 41 ff). Ich hoffe, dass beim Aufnehmen der Erfahrungen und Fakten die Realität näher gerückt ist. Wie können Sie in Ihrem psychiatrischen Arbeitsfeld die Lebenslage bzw. die Armut psychisch erkrankter Menschen zum Thema machen – im Gemeindepsychiatrischen Verbund, in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, im Sozialausschuss Ihrer Kommune? Wie können Sie mit der Ambivalenz umgehen, psychisch erkrankten Menschen behilflich sein zu sollen bei der Integration oder gar Inklusion und zugleich zu wissen, dass die betroffenen Menschen arm sind und ihnen die Mittel für Teilhabe fehlen? Wie wäre es mit einer Anfrage an die Ratsversammlung oder den Kreistag mit der Forderung nach Erarbeitung eines regionalen Armutsberichts unter besonderer Berücksichtigung der Situation psychisch erkrankter Menschen?

# Ein barrierefreier Zugang zu Arbeit ist möglich

Von Irmgard Plößl

Es könnte so einfach sein: wer seinen Lebensunterhalt durch Arbeit verdient, kann sich aus der Armutsfalle befreien und auch selbst entscheiden, wofür er sein Geld ausgeben möchte. Um den Zugang zu Arbeit zu ermöglichen, legt die UN-Behindertenrechtskonvention in Artikel 27 das Recht von Menschen mit Behinderungen fest, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird. Doch ein Blick auf Studien zur Arbeitssituation von psychisch kranken Menschen zeigt, dass von einem barrierefreien Zugang zum Arbeitsmarkt nicht die Rede sein kann. Psychisch erkrankte Menschen haben schlechte Karten auf dem Arbeitsmarkt und laufen Gefahr, aus dem Arbeitsleben ausgegliedert zu werden, vor allem in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit. So sind laut Armutsbericht der Bundesregierung von 2001 über 40% der psychisch Erkrankten dauerhaft aus dem Arbeitsleben ausgeschieden. Eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt gelingt nicht allen und wird mit zunehmender Krankheitsdauer immer unwahrscheinlicher. Dies hat auch mit den vielfältigen Barrieren zu tun, die den Zugang zu Arbeit erschweren. Im Vordergrund stehen dabei die Barrieren in den Köpfen und Herzen, und zwar auf beiden Seiten, bei psychisch Kranken und bei Arbeitgebern gleichermaßen.

## Barrieren in den Köpfen und Herzen

Emotionale Barrieren auf Seiten der Betroffenen entstehen meist vor dem Hintergrund diskriminierender Erfahrungen in der Vergangenheit. Viele psychisch Kranke haben erlebt, dass sie den Anforderungen am Arbeitsplatz nicht mehr gewachsen waren, dass ihre Leistung nicht gut genug war, sie haben sich überfordert und unfähig gefühlt. Auch die Erfahrung sozialer Ausgrenzung ist nicht selten, sie reicht von Mobbing, ständiger Kritik, dem Gefühl, nicht verstanden zu werden bis zur erlebten Diskriminierung durch besondere Schonung und übertriebene Rücksichtnahme. Vor dem Hintergrund solcher Erfahrungen entwickeln psychisch Kranke mitunter Ängste vor der Arbeitswelt, die sehr ausgeprägt sein können. Teilweise können auch die Erfahrungen Anderer, von denen man gehört hat, ursächlich für die Entwicklung von Ängsten sein. Im Vordergrund steht dabei meist die Angst vor einem Rückfall oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Man fürchtet, den Anforderungen, die am Arbeitsplatz gestellt werden, einfach nicht gewachsen zu sein, nicht gut genug oder nicht zuverlässig genug zu sein und erneut ausgeschlossen und abgewertet zu werden. Diese Ängste führen dazu, dass Betroffene mitunter nur sehr zögerlich nach einer Arbeit Ausschau halten. Oft möchten sie durchaus arbeiten, zeigen sich dann aber einer konkreten Gelegenheit oder einem realisierbaren Vorschlag gegenüber ambivalent oder sogar abwehrend, eben weil dann erneut die Ängste vor negativen Erlebnissen als emotionale Barrieren in den Köpfen aufgebaut werden. Wenn solche erfahrungsbedingten Ängste als fehlende Motivation missverstanden werden, erschwert dies zusätzlich den Zugang zu Arbeit für psychisch Kranke.

Aber auch auf Seiten der Arbeitgeber gibt es emotionale Barrieren. Auch diese entstehen durch negative Erlebnisse und Überforderung in der Vergangenheit. Arbeitgeber, die bereits Erfahrungen mit psychisch belasteten oder erkrankten Mitarbeitern gemacht haben, berichten häufig, dass diese Erfahrungen sehr negativ waren. Sie hatten den Eindruck, den betroffenen Mitarbeiter nicht zu verstehen und entsprechend auch nicht unterstützen zu können. Arbeitgeber scheinen aus diesen negativen Erfahrungen häufig die Konsequenz zu ziehen, künftig keine psychisch kranken Bewerber mehr einzustellen - eine Ursache für die geringe Erwerbsquote von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Irmgard Plößl
Dr., Psychologin, leitet im Rudolf-Sophien-Stift in Stuttgart die Abteilung für Berufliche Teilhabe und Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen. Kontakt: ploessl@rrss.de

## Sachliche Barrieren

Verglichen mit den emotionalen Barrieren sind die rein sachlichen Barrieren eher klein. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt es keine grundsätzlichen Barrieren, die in jedem Fall problematisch sind und überwunden werden müssen, wie beispielsweise Treppenstufen für Rollstuhlfahrer, die durch Aufzüge überwunden werden können oder komplizierte Texte für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, gegen die „leichte Sprache“ eine für alle Menschen angenehme Abhilfe darstellt. Es gibt keine Arbeitsaufgabe oder Arbeitssituation, die grundsätzlich ungeeignet für psychisch kranke Menschen wäre. Frühere Annahmen in dieser Richtung sind im Laufe der Jahre alle widerlegt worden. Psychisch Kranke arbeiten an Maschinen und mit Computern ebenso wie in der Gastronomie oder im sozialen Bereich, selbst in der Pflege gibt es gute Erfahrungen. Natürlich sind solche Arbeitssituationen für viele psychisch Kranke ungeeignet, für andere aber eben genau das Richtige. Man sollte also keine Möglichkeit von vorneherein ausschließen.

## Vorbehalte offen ansprechen

Die Hauptursache für Ausgrenzung und

Exklusion psychisch kranker Menschen aus dem Arbeitsleben sind emotionalen Barrieren auf beiden Seiten. Wenn sie überwunden sind, lassen sich für die sachlichen Barrieren meist Lösungen finden. Die emotionalen Barrieren müssen deshalb thematisiert werden. Es reicht nicht, sich nur auf Hilfsmittel, gesetzliche Vorschriften oder ähnliches zu konzentrieren. Hilfreich ist es, Vorbehalte und Befürchtungen sowohl der Arbeitgeber als auch der psychisch kranken Bewerber offen anzusprechen und auch aussprechen und benennen zu lassen. Förderlich sind erfahrene, unaufgeregte und zuversichtliche professionelle Helfer, so genannte Job Coaches, die als kontinuierliche Ansprechpartner sowohl für psychisch Kranke, als auch für Arbeitgeber zur Verfügung stehen und dazu beitragen, auf beiden Seiten zumindest Akzeptanz füreinander zu wecken. Die Vermittlung durch Job Coaches erschließt Zugänge zur Arbeitswelt für psychisch Kranke und kann helfen, diese Zugänge auf Dauer zu sichern. Dies bedeutet aber auch, dass sich das Zeitbudget professioneller Mitarbeiter verschiebt und Kontakte und Gespräche mit Arbeitgebern und Kollegen am Arbeitsplatz einen größeren zeitlichen Rahmen einnehmen als bisher. Arbeitgeber benötigen phasenweise ebenso viel Verständnis und Unterstützung wie die psychisch erkrankten Klienten.

## Arbeitsplätze „backen“

Ein hervorragendes Mittel, um sachliche Barrieren abzubauen, ist es, Arbeitsplätze zu „backen“. Zu diesem Zweck werden hoch verdichtete, komplexe Arbeitsabläufe entzerrt und entkompliziert. Arbeitgeber werden dabei beraten, wie sie ihre meist überlasteten Arbeitnehmer ein wenig entlasten können, indem alle einen kleinen Teil ihrer Aufgaben abgeben, die dann zu einer neuen Stelle zusammengefasst werden. Der Integrationsfachdienst (IFD) kann beraten, wie eine solche Stelle durch Zuschüsse teilweise finanziert werden kann. So haben beide Seiten etwas davon. Arbeitgeber sind durchaus zugänglich und bereit, psychisch Kranke einzustellen, wenn sie einen konkreten Nutzen für sich sehen und sicher sind, dass sie die Stelle auch finanzieren können. Und psychisch Kranke profitieren am meisten, wenn es „die richtige Stelle“ ist, die ihnen angeboten wird. Wichtig ist es, den richtigen Platz im richtigen Betrieb zu finden, Arbeitsplätze für Menschen zu suchen und nicht Menschen für Arbeitsplätze.

## Empowerment durch Transparenz, Motivation und Mut zum Risiko

Um Barrieren abzubauen, ist alles hilfreich, was wir aus dem Bereich Empowerment kennen und gelernt haben. Dazu gehört die Verstehbarkeit. Es muss leicht sein, einen Zugang zu Arbeit zu bekommen, Angebote müssen transparent sein. Schon auf dieser Ebene besteht in den meisten Regionen ein ganz enormer Nachholbedarf. Psychisch kranke Menschen warten oft sehr lange und nicht selten vergeblich auf Arbeitsangebote. Gerade diejenigen, die nicht durch professionelle Helfer oder tatkräftige Angehörige unterstützt werden, finden oft gar keinen Zugang zu Arbeit.

Auch die Sinnhaftigkeit spielt eine entscheidende Rolle. Arbeit muss in den Augen desjenigen, der sie ausführt, sinnvoll erscheinen. Wenn psychisch erkrankte Menschen scheinbar unmotiviert oder unschlüssig an das Thema Arbeit herangehen, sollten keine Zugangsbarrieren aufgebaut werden, indem Pünktlichkeit oder Zuverlässigkeit zur ehernen Vorbedingung für jeden Versuch auf dem Arbeitsmarkt gemacht werden. Denn auch scheinbar unmotivierte Klienten können für bestimmte Tätigkeiten plötzlich sehr motiviert sein. Wir müssen uns fragen, wie motivierend die Arbeits-Alternativen sind, die wir im Angebot haben und ob sie für Menschen so sinnstiftend sind, dass sie in die Lage versetzt werden, emotionale Barrieren zu überwinden.

Um Empowerment zu stärken, ist auch die Eröffnung von Wahlmöglichkeiten wichtig. Dazu gehört auch das Recht auf Irrtum und Risiko, die Möglichkeit, auch wieder einen Schritt zurück zu gehen, wenn man sich verschätzt hat. Sinnvoll ist es, Erprobungsmöglichkeiten zu eröffnen, den Zugang zu erleichtern und mit Rückschlägen konstruktiv umzugehen und diese als Erfahrung und nicht als Scheitern zu werten. Dabei sollten Zugänge zum Arbeitsmarkt so leicht wie möglich gestaltet werden: Betriebsbesichtigungen, kurze „Schnupperpraktika“, Praktika mit geringem Stundenumfang oder intensive Begleitung durch Job Coaches inklusive Unterstützung am Arbeitsplatz sind Möglichkeiten, Ängste abzubauen und motivierende, stärkende Erfahrungen machen zu können.
Letztlich müssen professionelle Helfer manchmal auch stellvertretend für die Betroffenen Hoffnung bewahren. Aber gerade im Bereich der Arbeit macht sich oft ein gewisser Pessimismus breit, nicht nur bei den psychisch erkrankten Klienten, sondern auch bei professionellen Helfern, der mitunter dazu führt, es nicht einmal mehr zu probieren. Hintergrund sind oft die bereits genannten emotionalen Barrieren. Ein barrierefreier Zugang zu Arbeit muss daher ganz entscheidend von Hoffnung und Zuversicht geprägt sein. Es ist auch für psychisch erkrankte Menschen möglich, ihren Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen: vielleicht nicht sofort und sicher auch nicht immer vollständig, aber es ist möglich.

## Berufliche Teilhabe zählt

Allgemein kann man sagen, dass psychisch Kranke nichts anderes brauchen, als andere Arbeitnehmer auch, allerdings ein bisschen mehr davon. Viele psychisch kranke Menschen fühlen sich wie „Teststäbchen“. Sie spüren die Belastungen in der Arbeitswelt früher und deutlicher als Andere, aber auch die Kollegen leiden irgendwann darunter. Inklusion bringt insofern auch Vorteile für das Klima in der Arbeitswelt. Die wachsende Zahl von Arbeitnehmern, die an Burnout oder stressbedingten Depressionen leiden, hat zu einem langsam beginnenden Prozess des Umdenkens in vielen Betrieben geführt. Man beginnt, auch über die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz intensiver nachzudenken. Eine Chance gerade für Menschen mit verminderter psychischer Belastbarkeit.

Firmen, Betriebe und Arbeitsplätze sind immer auch Sozialräume, in denen es gelingen kann, Menschen zu aktivieren und nicht-psychiatrische Unterstützung zu mobilisieren. Eine der größten Barrieren in den Köpfen ist die Gleichsetzung von versicherungspflichtiger Beschäftigung mit Erfolg. Was zählt, ist die berufliche Teilhabe. Diese ist bunt und vielfältig, es gibt viele Möglichkeiten, Arbeit so zu gestalten, dass psychisch Kranke und ihre Arbeitgeber positive, stärkende Erfahrungen machen.

# Durch Empowerment und selbstbestimmt zum eigenen Recht

## Ein Blick aus Sicht einer Assistenz

Von Silke Frisch

Seit 2003 gibt ist es die Landesarbeitsgemeinschaft der Werkstatträte (LAG WR). Es handelt sich dabei um einen freiwilligen Zusammenschluss von Werkstatträten aus Baden-Württemberg. Die Idee ist, die Interessen und Forderungen der Beschäftigten in Werkstätten für behinderte Menschen zu bündeln und mit einer Stimme zu vertreten. Was hat sich seither getan? Mittlerweilen vertritt die LAG WR ca. 130 Werkstätten mit über 20 000 Menschen mit Behinderung im Arbeitsbereich.

Der Blickwinkel vieler Menschen hat sich seit der Anfangszeit verändert. Werkstatträte treten selbstbewusster auf, kennen ihre Rechte und versuchen diese auch auszufüllen. Dies gelingt aber nur in Einrichtungen, in denen die Hauptamtlichen  die Arbeit der Werkstatträte unterstützen.

„Mit **Empowerment** bezeichnet man Strategien und Maßnahmen, die geeignet sind, den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Menschen oder Gemeinschaften zu erhöhen und die es ihnen ermöglichen, ihre Interessen (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und zu gestalten...“ (Wikipedia 03.04.2012 )

### Was bedeutet das für die Werkstatträte?

Es bedeutet, dass sie bis zum heutigen Tage darauf angewiesen sind, welche Maßnahmen und Strategien ihnen die Werkstatt zur Verfügung stellt. Im Klartext ausgedrückt: Werkstatträte sind so gut, wie die Werkstatt es zulässt. Aber hat eine Werkstatt überhaupt ein Interesse daran möglichst fähige Werkstatträte im Hause zu haben?

Aus Sicht der LAG WR ist das keineswegs immer der Fall. Mitwirkung und Mitbestimmung stehen mancher Orts nur auf dem Papier und Werkstatträte sehen sich nicht in der Lage ihre Rechte einzufordern. Es ist schwer, Kritik gegenüber der Einrichtung zu äußern, die dazu geschaffen wurde Menschen mit Behinderung zu unterstützen.

Die Sicht, dass Menschen mit Behinderung die Kunden der Werkstatt sind, ist noch nicht überall angekommen. In Zeiten, in denen sich Politik ernsthaft Gedanken über günstige Alternativen zu Werkstätten macht, kann es sich eigentlich niemand mehr leisten, dass seine Kunden unzufrieden sind und dies auch laut und immer selbstbewusster äußern. „Diskutiert wird immer. Schon allein darum können wir es auch gleich auf Augenhöhe und im Vorfeld tun.“ Das sind die ungefähren Worte einer vorausschauenden, kundenorientierten Geschäftsführerin einer Werkstatt. Eine der wenigen, die so denken.

Das möchten sich viele Werkstatträte nicht mehr gefallen lassen. Und das ist auch einer der Ausgangspunkte der Landesarbeitsgemeinschaft Werkstatträte: Austausch der Werkstatträte auf regionaler Ebene machen Vergleiche der Einrichtungen und Arbeitsweisen möglich. Gegenseitig Unterstützung, Hilfe zur Selbsthilfe ist angesagt. Hier können es Werkstatträte erleben: Sich selber organisieren und weiterbilden ist möglich. Und dadurch verändert sich der Umgang miteinander. Gut informierte verlässliche Werkstatträte werden wahr- und ernstgenommen. Solche Beispiele gibt es natürlich innerhalb der LAG WR. Anhand dieser guten Beispiele lernen wir voneinander und machen uns Mut.

### Doch wie sieht die Situation außerhalb der Werkstätten aus?

Auch hier hat sich einiges verändert. Die Vorstände der LAG Werkstatträte haben einen vollen Terminkalender: Inklusion ist modern und wer etwas auf sich hält, beteiligt Menschen mit Behinderung.

Silke Frisch
Erzieherin und Diplom-Sozialpädagogin/ Diplomsozialarbeiterin (FH). Freie Referentin in der Erwachsenenbildung, seit 2007 hauptamtliche Assistenz der Landesarbeitsgemeinschaft der Werkstatträte Baden-Württemberg.

Der Kommunalverband für Jugend und Soziales hat die Werkstatträte in zwei Gremien eingebunden. Sie werden für Fachtage, Kongresse und Messen angefragt. Experten müssen sich daran gewöhnen, dass sie während einer Podiumsdiskussion ermahnt werden, nicht „Krawattisch“ (also für „Nichtfachleute“ unverständlich) zu sprechen.

Armut und finanzielle Ungerechtigkeit sind dabei bestimmt die dicksten Bretter, die es an Themen zu bohren gilt. Für Werkstatträte mit psychischer Erkrankung ist der Werkstattlohn oft doppelt bitter: Viele haben schon auf dem ersten Arbeitsmarkt für einen angemessenen Lohn gearbeitet und sie sind in der Lage die Finanzierung der Werkstätten und der Sozialhilfe zu durchschauen. Haben sie dann erkannt, welche Arbeit (Entschuldigung, wir sprechen ja von Beschäftigung) in Werkstätten geleistet wird, ist der Wunsch groß, sich für eine finanzielle Verbesserung einzusetzen.

Aber wo es ums Geld geht, will keiner zuständig sein: mehr zu verteilen gibt es sowieso nicht, von einer Umverteilung will keiner etwas wissen und völlig neue Wege auch nur zu denken, fällt vielen Entscheidungsträgern schwer. Systeme die einmal laufen,

sind nur schwer zu verändern. Und trotzdem: die Werkstatträte bringen immer und überall die finanzielle Ungerechtigkeit auf die Tagesordnung.

### Was ist zu tun?

Lobbyarbeit für Menschen mit Behinderung innerhalb und außerhalb der Werkstätten ist ein wichtiger Baustein. Der Zusammenschluss der Werkstatträte auf Bundesebene ist vollbracht. Denn wir sind davon überzeugt:

- dass jeder Mensch etwas leisten kann, wenn er die Gelegenheit dazu bekommt;
- dass Vielfalt den Menschen gut tut;
- dass Werkstatt für Menschen mit psychischer Behinderung ein guter, geschützter Arbeitsort sein kann;
- dass Menschen nach einer Werkstattphase wieder auf dem 1. Arbeitsmarkt arbeiten können;
- dass gerade gestresste Krawattenträger viel von Menschen mit Behinderung lernen könnten.

Wir werden nicht warten, bis alle Menschen zur Inklusion bereit sind. Wir fangen schon mal an. Auch oder gerade in der Werkstatt. Denn eines haben wir inzwischen gelernt: Selbstbestimmung und Veränderungen sind möglich, fangen oft klein an und dauern ihre Zeit – aber sie sind unaufhaltsam.

# Die Früherkennungsmethode

## Risikomanagement von Aggressivität in der Forensischen Psychiatrie

Von Frans Fluttert und Anja Thormann

Im Falle der unfreiwilligen Aufnahmen von Patienten in die (Forensische) Psychiatrie stellt für die meisten forensischen Patienten die Kontrolle der Aggression das zentrale Problem dar. Aggression bezieht sich dabei auf schädigendes verbales oder körperliches Verhalten gegenüber Personen oder Gegenständen. Das Pflegepersonal ist durch den täglichen rund-um-die-Uhr-Kontakt in der Lage, Patientenverhalten zu beobachten und zu beeinflussen (Fluttert et al 2008, Mason 2009). Ein besserer Einblick von Pflegepersonal und Patienten in die Funktion und den Vorgang von Aggressivität würde die erfolgreiche Umsetzung von Präventionsstrategien zum Risikomanagement erleichtern (Duxbury 2005, Mason 2009, Martin & Daffern 2006, Meehan, McIntosh und Bergen 2006, Fluttert et al. 2008). Obwohl sie dringend erforderlich wären, existieren kaum Methoden zum besseren Verständnis aggressiven Patientenverhaltens (Fluttert et al. 2008, Daffern & Howell 2009). Ein weiterer Schritt in Richtung eines besseren Umgangs mit Aggression durch Patienten wäre die Entwicklung von Strategien für gemeinsame Bemühungen von Psychiatriemitarbeitern und Patienten, um (1) die individuellen Frühwarnzeichen von Aggression zu erkennen und dadurch (2) die Fähigkeit der Patienten zu verbessern, mit den Anfangsstadien von aggressiven Verhaltensweisen umzugehen (Fluttert et al. 2008).

Mit der Früherkennungsmethode (Fluttert et al. 2008, Fluttert et al. 2010) gingen wir davon aus, dass das Personal besser in der Lage sein würde, Sicherheit und andere Behandlungsziele miteinander zu vereinbaren. In den Niederlanden wird die Früherkennungsmethode seit 2003 an forensischen Hochsicherheitskliniken untersucht. Die Hypothese war, dass Patienten, die aktiv an der Früherkennungsmethode teilnehmen, weniger aggressiv werden und daher seltener isoliert werden müssen.

### Die Phänomene der Aggression

Aggression und gewalttätiges Verhalten sind vielschichtige Phänomene, beide definiert als Verhaltensweisen, die bedrohlich oder schädlich für die eigene Person, Andere oder Gegenstände sind. In der forensisch-psychiatrischen Literatur werden beide Begriffe häufig synonym verwendet. Es liegt keine einheitliche Definition von Aggression und Gewalt vor (Abderhalden et al. 2008). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gewalt eher umfassend als: „Der zielgerichtete Einsatz von angedrohter oder tatsächlicher körperlicher Gewalt oder Macht, gegen die eigene Person, gegen eine andere Person oder gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, die Verletzungen, Tod, psychischen Schaden, Fehlentwicklung oder Deprivation zur Folge haben oder mit großer Wahrscheinlichkeit darauf hinauslaufen.“ (Krug 2002, S. 5). In diesem Artikel nutzen wir den Begriff Aggression, wie er von Morrison (1990) definiert wurde: Aggression ist „jedes verbale, non-verbale oder physische bedrohliches Verhalten (gegen sich selbst, andere oder Gegenstände) oder physisches Verhalten, das verletzt (sich selbst, andere oder Gegenstände)”.

Frans Fluttert
Dr., Pflegeforscher FPC Dr. S. Van Mesdag, Niederlande, Ass.Professor Molde University College, Norwegen, Research Supervisor Oslo University Hospital, Norwegen.

Die Co-Autorin Anja Thorman ist Dipl.-Pflegewissenschaftlerin (FH).

## Der Entstehung der Gewalt

Gewalttätiges Verhalten und Aggression entstehen meistens durch ein komplexes Zusammenspiel von Faktoren. Aggression kann kategorisiert werden in impulsive und geplante Aggression (Dermott et al. 2008). In der Forschung gibt es einen zunehmenden Fokus auf individuelle wiederkehrende Symptome und Zeichen, die Vorläufer von Aggression durch Patienten im stationären Setting sind (Bjørkly 2004, Daffern & Howells 2009, McDermott et al. 2008, Doyle & Dolan 2002, Dolan et al. 2008, Vitacco et al. 2009). Viele Forscher betonen die dynamischen Risikofaktoren von Patienten als Vorläufer des aggressiven Verhaltens, wie z.B. Ärger, Symptome ihrer psychiatrischen Erkrankung, aber auch der interpersonale Stil, wie sie auf andere reagieren (Doyle & Dolan 2006, Vitacco et al 2009, McDermott et al. 2008). Eine beachtliche Anzahl von Studien hat einen Zusammenhang festgestellt zwischen aggressivem Verhalten und den sogenannten TCO-Symptomen [Threat Control Override]: dem Erleben vorangegangener Bedrohung und damit, dass andere die Kontrolle über die eigenen Gedanken übernommen haben (Bjørkly & Havik 2003, Green et al., 2009, Link et al. 1998, Skeem et al, 2006). TCO Symptome und andere psychotische Symptome rufen im Allgemeinen Sicherheitsverhalten hervor. Dies bezieht sich auf das individuelle Bewältigungsverhalten von Patienten in Reaktion auf die unterschiedlichen Arten von emotionalem Stress, der durch Symptome ausgelöst wird (Freeman et al. 2007).

Betrachtet man Gewalt auf der Ebene des einzelnen Patienten, beschreibt Bartels (2001) anhand der Theorie der sozialen Kompetenz, dass die individuelle Wahrnehmung und Reaktionen auf Ereignisse von persönlichen Eigenschaften, Lebenserfahrungen und interpersonellen Fähigkeiten beeinflusst werden.

So genannte Grundüberzeugungen scheinen einen großen Einfluss auf die Art und Weise der Reaktion auf Ereignisse zu haben. Ein tiefes Verständnis der Verletzlichkeit der Patienten, stressvolle Situationen (z.B. Wahn) zu bewältigen und in den Entwicklungsprozess von Aggressionen sind wesentlich für das dem dynamische, wechselseitige Verständnis von Gewalt (Bjørkly 2006). Dieses Verständnis ist wichtig für Pflegende, die Aggressionsmanagementstrategien anwenden, weil sie sich bewusst sein müssen, dass das Unvermögen der Patienten, ihre Aggressionen zu steuern, ein komplexes Phänomen ist.

## Risikomanagement von Aggressivität

Trotz des Bemühens durch strukturierte Risikoeinschätzungsinstrumente, die dynamischen Risikofaktoren bei Patienten einzuschätzen, bleiben Auftreten und Eskalation von weniger ausgeprägten Formen der Agitation bis hin zum Vollbild von Aggression unklar. Eine weitere Einschränkung bei der Anwendung von Risikoeinschätzungsinstrumenten ist, dass Patienten dabei nicht aktiv teilhaben, womit ihr Potential zur Anwendung von Selbstmanagementstrategien zum Vorbeugen von Aggression nicht einbezogen wird (Fluttert et al. 2008). Dadurch werden empirische Hinweise ignoriert, die darauf hinweisen, dass das aktive Einbeziehen von Patienten und eine gute Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Patienten wichtige Faktoren bei der Bewältigung von Aggression im stationären Bereich sind (Bowers et al. 2006, Meehan et al. 2006, Mason et al. 2008, Rask & Brunt 2006, Fluttert et al. 2010a). Indem der Patient aktiv an der Rekonstruktion zunehmender Verhaltensauffälligkeiten und aufkommender Aggressionen beteiligt wird, lassen sich eventuell Faktoren aufdecken, die zu aggressivem Verhalten führen (Bulten 2009, Fluttert et al. 2011, Nicholls et al. 2009). Besonders Frühwarnzeichen helfen dabei, das Auftreten und den Verlauf von Aggression zu erklären (Fluttert et al. 2008).

## Metapher 'From Black Box to Brain Box'

Eine Metapher zur Erläuterung der Frühwarnzeichenmethode hat ihren Ursprung in der Luftfahrt: Segelfliegen ist eine der sichersten Sportarten auf dieser Erde - sagt man. Diese Sportart ist so sicher, dass ein Segelflugzeug keine Blackbox hat. Und dass dies doch bemerkenswert ist, kann ich Ihnen aus eigener Erfahrung berichten. Vor einigen Jahren kam es in 400 Metern Höhe zu einer Kollision von zwei Segelflugzeugen. Ich war einer der Piloten und habe überlebt. Die einzige Möglichkeit, aus diesem Zwischenfall zu lernen, bestand in einer Rekonstruktion des gesamten Fluges. Wir Piloten und die Zuschauer am Boden wurden danach befragt, was auffällig gewesen war an diesem Flug. Wir machten uns sozusagen auf die Suche nach einer alternativen Blackbox. Dadurch, dass wir alle Flugbewegungen auf einer Karte markierten, konnten wir den ganzen Flug, inklusive des Zusammenstoßes, rekonstruieren und daraus lernen. Es schien, dass Prävention vor allem dadurch gewährleistet werden könnte, dass man frühzeitig während des Fluges auf bestimmte Protokolle besser achtet.

Die Verbindung zur Frühwarnzeichenmethode ist, dass wir unseren Patienten erklären, dass die Anwendung der Methode eigentlich wie das Lesen der mentalen Blackbox ist, mit dem Schwerpunkt der Suche nach den Frühwarnzeichen von Risikoverhalten.

## Die Früherkennungsmethode

Das Konzept der Früherkennung beruht auf der Annahme, dass sich das Patientenverhalten in individueller Weise in Richtung Aggression verschlechtert, dabei jedoch rekonstruierbar ist und somit eine Art „Signatur" darstellt (Fluttert et al. 2008, Fluttert, Meijel v & Hahn 2010c). Frühwarnzeichen von Aggression können als Veränderungen des individuellen Verhaltens, des Denkens, der Wahrnehmung und des Fühlens des Patienten definiert werden, die dem aggressiven Verhalten vorausgehen (Fluttert et al. 2008, van Meijel et al. 2003). Frühwarnzeichen können sowohl intern, z.B. (nur) vom Patienten selbst wahrgenommen, oder extern sein, z.B. auch durch andere wahrnehmbar. Frühwarnzeichen stellen ein Kontinuum dar von der sehr frühen Phase der Verschlechterung des Verhaltens (z.B. zunehmendes Misstrauen) bis hin zur Phase der Verschlechterung, die kurz vor der Aggression steht (z.B. Wut). Frühwarnzeichen treten gemeinhin als Teil einer Folge von Warnzeichen auf, die darauf hinweisen, dass aggressives Verhalten bevorsteht.

Ausgangspunkt der Methodik der Anwendung von Signal-Erkennungsplänen ist die Früherkennung und das

frühzeitige Intervenieren (siehe Bild 1).

Die Basislinie im Bild gibt das Verhalten wider, wie wir es in normalen und stabilen Situationen vorfinden. Die schräg verlaufende Linie symbolisiert eine Zunahme von Entgleisungen des Verhaltens. Normalerweise sind wir in der Lage, unser Verhalten selber zu steuern, so dass wir uns wieder auf der Basislinie bewegen. Wenn aber der Stress und die Symptome einer Störung überwiegen, kann das Verhalten bis zu dem Punkt entgleisen, dass keine Anpassung zum ursprünglich stabilen Verhalten mehr möglich ist. Im schlechtesten Fall kann diese angehende Krise zu einem Deliktverhalten ausarten oder einer floriden (stark ausgeprägten) Psychose.

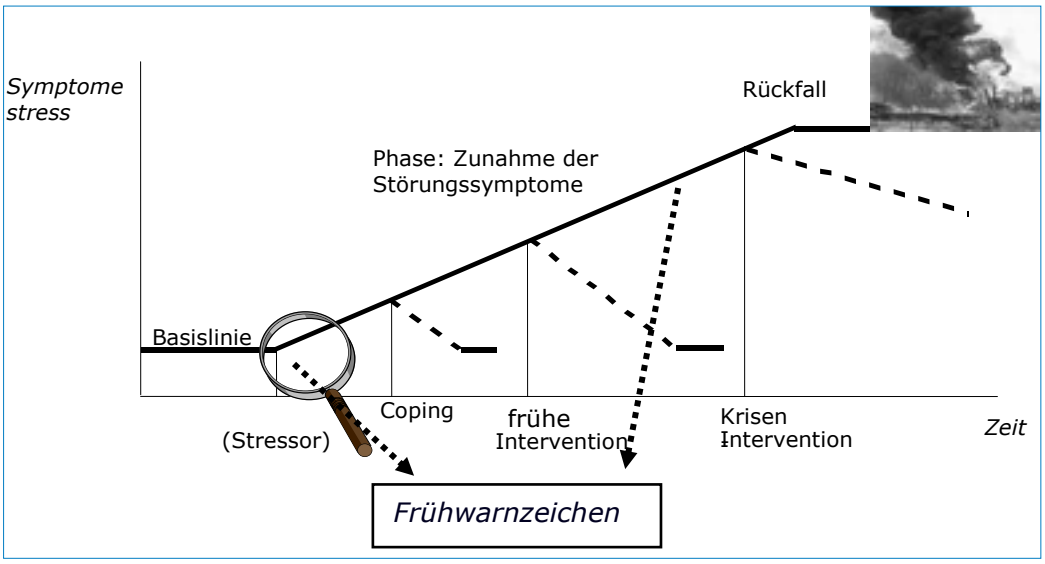


Bild 1 Zunehmende Verhaltensauffälligkeit

Bei der Früherkennungsmethode richten wir unsere Arbeit auf die in der Mitte verlaufende Linie. Bei Psychosen wird dies auch die floride Phase genannt. In dieser Phase ist das Verhalten wohl schon außer Balance aber noch nicht entgleist. Das ist die Phase, in der die sogenannten frühen Vorzeichen (Frühwarnzeichen) auftreten. Und das ist der Teil, in dem die Chance auf Verhaltensbeeinflussung und Prävention besteht. Frühwarnzeichen machen ein präventives Eingreifen möglich im Hinblick auf eine Vorbeugung von Krisen. Dieses frühzeitige Eingreifen wird auch frühe Intervention genannt. Alle relevanten Vorkenntnisse, Frühwarnzeichen und frühzeitige Interventionen werden in einem Signal-Erkennungsplan festgehalten und aufgenommen.

Die Früherkennungsmethode ist ausführlich beschrieben in dem von uns entwickelten Forensischen Protokoll. Das Protokoll und die Methode sind klar in vier Schritte der Früherkennung unterteilt: Im ersten Schritt wird die Methode dem Patienten erklärt und erläutert, es wird dargestellt, was vom Patienten und von der Pflegekraft erwartet wird. Im zweiten Schritt werden Pflegekraft, Patient und Menschen aus dem sozialen Umfeld des Patienten gebeten, die wichtigsten Warnzeichen aufzulisten und sie im „Früherkennungsplan“ zu beschreiben (einem Plan zur Rezidivprävention anhand von Frühwarnzeichen). Im dritten Schritt lernt der Patient sein Verhalten zu beobachten, sodass er selber Frühwarnzeichen entdecken kann. Im vierten Schritt werden Präventionsmaßnahmen erörtert und der Patient ermutigt, diese zu ergreifen, sobald ihm Frühwarnzeichen auffallen. Außerdem wird im Protokoll beschrieben, wie mit Feindseligkeit oder mangelnder Motivation des Patienten umgegangen werden kann.

Bei der Früherkennungsmethode wird besonders auf die für den jeweiligen Patienten sehr typischen Warnzeichen geachtet. Sie sind oft sehr individuell und idiosynkratrisch, weil die inneren Überzeugungen und Verhaltensmuster des Patienten das Resultat seiner gesamten Lebenserfahrung sind. Bei Provokation reagieren manche Patienten mehr oder weniger vorhersehbar feindselig. Jeder Patient hat ein persönliches Profil, das durch Fehldeutungen seiner Umgebung und negative Kontakterfahrungen geprägt ist und sein Verhalten bestimmt.

## The Forensic Early Signs of Aggression Inventory

Die Früherkennungsmethode (The Early Recognition Method [ERM]) zielt darauf ab, den Patienten dabei zu unterstützen, die eigenen Frühwarnzeichen von Aggression zu erkennen, die im sogenannten Early Detection Plan [EDP] beschrieben sind. Ein großes Hindernis in der derzeitigen klinischen Praxis ist, dass es kaum verfügbare Instrumente oder Werkzeuge gibt, um Patienten und Pflegende zu unterstützen, gemeinsam relevante Frühwarnzeichen systematisch zu erheben. Für diesen Zweck wurde „the Forensic Early Signs of Aggression Inventory [FESAI]” entwickelt: es wurden insgesamt 3768 Beschreibungen von “Frühwarnzeichen” aus zwei forensischen Kliniken untersucht (Fluttert et al. 2011).

Das Inventar (FESAI) beinhaltet insgesamt 44 Frühwarnzeichen von Aggressionen, unterteilt in 15 Kategorien, darunter: Veränderung der täglichen Aktivitäten, soziale Isolation, Veränderungen im Selbstmanagement, kognitive Veränderungen, Anspannung, Agitation, Wut, Enthemmung und Impulsivität. Die Augenscheinvalidität des FESAI wurde als angemessen beurteilt, die Interrater-Reliabilität war zufriedenstellend. Es wird erwartet, dass das Inventar eine brauchbare Auflistung von Frühwarnzeichen forensischer Patienten ist für die Erstellung eines Early Detection Plan [EDP] zur Prävention aggressiven Verhaltens in der forensischen Psychiatrie. Mittels des Inventars untersuchen die Pflegenden und der Patient gemeinsam welche Punkte des Inventars die Frühwarnzeichen des Patienten repräsentieren, wonach Pflegende und Patient auf dieser Grundlage Frühwarnzeichen im EDP ausarbeiten.

## Distanzierte Anteilnahme

Insbesondere beim Risikomanagement wird die Distanz des Pflegepersonals

zum Patienten und die Anteilnahme oft im Sinne eines Gleichgewichts zwischen Sicherheit und Behandlung betrachtet (Björkdahl et al. 2010, Fluttert et al. 2010a). Mason (2009) schrieb dazu: „(...) die Spannung zwischen professionellem Wissen und dem öffentlichen Aufschrei bei unerwarteten Zwischenfällen" (S. 217) führt bei den Pflegekräften zu Gefühlen wie Angst, Missbrauch, Versagen, Verlust und Gegenübertragung. Die Qualität der Wechselbeziehung zwischen Pflegekräften und Patienten sowie insbesondere die Steuerung aggressiven Verhaltens hat Auswirkungen auf das Wohlbefinden von Patienten und Personal (Holmqvist & Armelius 2006; Jansen et al. 2005; Martin 2006; Meehan, McIntosh, und Bergen 2006; Rask & Brunt 2006; Needham 2006, Stringer et al 2008). Maslach (2001) stellte die Vermutung auf, dass sich ein Burn-out-Syndrom verhindern ließe, wenn die Mitarbeiter des Gesundheitswesens im Umgang mit den Patienten dauerhaft zur distanzierten Anteilnahme imstande wären. Maslach (2001) bezeichnete die distanzierte Anteilnahme als die Fähigkeit „(..) sein Mitgefühl für die Patienten durch die emotionale Distanz von ihnen (...)" auszubalancieren (S. 400). Laut Betgem (2000) bedeutet distanzierte Anteilnahme, dass das Personal die emotionale Wirkung eines Patienten durch eine objektive Haltung neutralisieren muss und gleichzeitig emotionale Betroffenheit signalisieren muss, wobei zynisches und kaltes Verhalten vermieden wird.



## Die Früherkennung Studien

Pflegende in forensischen Settings sind häufig mit Aggressionen von Patienten konfrontiert. In der aktuellen Studie haben wir untersucht, ob die Anwendung der Früherkennungsmethode zu einer signifikanten Abnahme von Besonderen Vorkommnissen führt (Fluttert et al. 2010b).

Die Früherkennungsmethode wurde auf 16 Stationen eines maximal/hoch gesicherten forensischen Krankenhauses eingeführt. Es wurde ein „one-way case-crossover design" gewählt, indem die Fälle ihre eigenen Kontrollen sind. Die Effekte der Früherkennungsmethode wurden erhoben anhand des Vergleichs der Anzahl der Besonderen Vorkommnisse von den 189 Patienten während der Phase "Pflege wie gewohnt" mit der Anzahl der Besonderen Vorkommisse nach Einführung der Früherkennungsmethode. Die Intervention beinhaltet eine wöchentliche Evaluation der Frühwarnzeichen zwischen Pflegenden und Patienten. Das Ergebnis wurde anhand der Anzahl der Absonderungen und der Schwere der Besonderen Vorkommnisse gemessen (Fluttert et al. 2010b).

Die Ergebnisse zeigen einen signifikanten Rückgang der Anzahl der Absonderungen nachdem die Früherkennungsmethode eingeführt wurde. Von diesem Rückgang abgesehen konnte festgestellt werden, dass die Schwere der Besonderen Vorkommnisse nach der Einführung der Methode abnahm. Diese Ergebnisse sind bei Patienten mit Substanzmittelmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen am ausgeprägten. Die Größeneffekte bei Patienten mit Schizophrenien waren mäßig aber signifikant. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Früherkennungsmethode eine innovative und effektive Risikomanagementmethode für forensische Patienten ist, insbesondere für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen.

## Ausblick

Das Hauptziel der Früherkennungsmethode ist somit für Patienten, Bewusstsein und Einblick in die Entstehung ihres eigenen gewalttätigen Verhaltens zu bekommen. Patienten müssen als erstes lernen, ihre Reaktionen und ihre Grundüberzeugungen, die diesen Reaktionen zugrunde liegen zu erkennen. Dies wird durch die Erstellung eines Early Detection Plans (EDP) erreicht, einer Beschreibung der Gefühle, Einstellungen und der Verhaltensreaktionen, die mit Aggressionsereignissen in der Vergangenheit in Zusammenhang stehen. Zusätzlich müssen Patienten lernen, aufmerksam zu sein und ihre Reaktionen auf spezifische Trigger zu erkennen. Dann können Patienten alternative Verhaltensweisen üben und Fähigkeiten entwickeln, um Streit zu vermeiden und sich selbst in anderen Spannungssituationen zu stabilisieren. In der Praxis und wie zu erwarten war dies ein sehr schwieriger Prozess und daraus folgt, dass es am Besten ist, Frühwarnzeichen in weniger stressvollen Situationen zu reflektieren. Weniger stressige Situationen bieten bessere Lernmöglichkeiten als schwere Krisensituationen. Ein großer Vorteil der Früherkennungsmethode ist, dass der Patient und die Pflegende in einem Setting zusammenarbeiten, in dem die gewohnten Trigger von Aggressionen präsent sind und in dem gewalttätige Zwischenfälle auftreten und auftreten können. Gut ausgebildete Pflegende sind solche, die scharfsinnig Lernaufgaben unter sorgfältig ausgewählten, ausführbaren Rahmenbedingungen auswählen und nicht heldenhafte Maßnahmen versuchen, nachdem die Situation eskaliert ist und außer Kontrolle gerät.

Flugschreiber helfen der Flugindustrie zu erkennen, was falsch lief, nachdem Dinge schief gelaufen sind und können dadurch ähnliche verhängnisvolle Situationen in der Zukunft vorbeugen. Gut trainierte und erfahrene forensische Pflegende sollten die außergewöhnliche Fähigkeit haben, kleine Zeichen drohender Instabilität zu entdecken und in der Lage sein, diese Warnzeichen zum therapeutischen Vorteil des Patienten zu nutzen Um die Analogie der Luftfahrt noch einen Schritt weiter zu führen: moderne Fliegerei ist so sicher, weil fortschrittliche Computer kontinuierlich vielseitige Sofort-Anpassungen vornehmen. Die Herausforderung für forensische Pflegende ist, den Patienten beizubringen zu sehen, wo und wann Anpassungen erforderlich sind und zuverlässig die notwendigen Anpassungen vorzunehmen.

**Acknowledgements**

Dr. Berno Van Meijel; Prof. dr. Stål Bjørkly; Prof. dr. Henk Nijman; Prof. dr. Mieke Grypdonck; FPC Dr. S. Van Mesdag, Groningen, Die Niederlände; LWL Zentrum für Forensische Psychiatrie, Eickelborn.

**Ein ausführliches Literaturverzeichnis finden Sie auf www.kerbe.info zur aktuellen Ausgabe.**

# ProPsychiatrieQualität (PPQ)

## Der Sozialtherapeutische Verbund der Bergischen Diakonie Aprath ein Jahr nach der bundesweit ersten PPQ-Zertifizierung

Von Günter Schäfer-Bach und Jürgen Bombosch

Der Sozialtherapeutische Verbund der Bergische Diakonie Aprath war die erste sozialpsychiatrische Einrichtung in Deutschland, die nach dem Qualitätsmanagement-System ProPsychiatrieQualität (PPQ 2009) im Juli 2011 durch die Zertifizierungsgesellschaft proCum Cert GmbH zertifiziert wurde. In diesem Artikel wird der Stand der Dinge reflektiert und der für ein QMS entscheidende „Kontinuierliche Verbesserungsprozess", ein Jahr nach der Erstzertifizierung und kurz vor der ersten Begutachtung zur Systemförderung im Juli 2012, vorgestellt. Alle im Rahmen des ersten Systemaudits festgestellten Verbesserungspotentiale sind im Laufe des Folgejahres entwickelt und erfolgreich umgesetzt worden.

Günter Schäfer-Bach
Diplom-Psychologe/ Psychologischer Psychotherapeut, Leiter der Stabsabteilung Qualitätsentwicklung (QE), Diakonissenweg 44, 42489 Wülfrath Telefon (0202) 27 29-473, Email: guenter.schaefer-bach@bergische-diakonie.de

Jürgen Bombosch
Diplom-Psychologe/ Diplom-Soziologe/ Qualitätsauditor, Referent Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V., Geschäftsbereich Familie, Bildung und Erziehung (FABE), Email: j.bombosch@diakonie-rwl.de

Das Qualitätsverständnis von PPQ ist seit über 15 Jahren zentraler Bestandteil der Qualitätspolitik und des Qualitätsmanagements im Sozialtherapeutischen Verbund (SthV) der BDA. Nach dem sich der SthV der BDA im Fachbeirat des Bundesverbandes evangelischer Behindertenhilfe (BeB) zur Entwicklung von PPQ I (Ende der 1990er Jahre) beteiligte, wurden bereits im Jahr 2000 die ersten Mitarbeiter des SthV bei der GFO[1] fortgebildet. Die Teilnahme am Projekt PPQ II in der Regionalgruppe Köln im Jahre 2001 war daher folgerichtig ein weiterer wichtiger Entwicklungsschritt, PPQ-Prozess-Standards mit zu erarbeiten, die das Qualitätsverständnis von PPQ weiter differenzieren sollten und mit deren Hilfe die Qualitätsentwicklung dokumentiert, bewertet, kommuniziert und extern begutachtet werden kann. Die in der Regionalgruppe Köln entwickelten Instrumente zur Beschreibung von Prozessabläufen einer Organisation, haben sich im Rahmen der zehnjährigen Nutzung in den Einrichtungen des SthV als sehr gut und praxistauglich erwiesen.

Basierend auf einer leitlinienorientierten Grundhaltung aller Mitarbeitenden – gefördert durch kontinuierliche Schulungen – werden alle wichtigen Organisationsprozesse so gestaltet, dass unterschiedlichste Perspektiven der Beteiligten in den Prozessbeschreibungen berücksichtigt werden.

### Prozessbeschreibungen

Im Rahmen der Prozessbeschreibungen werden insbesondere festgelegt:

- wie Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten verteilt werden,
- wie Leitungs- und Teamkompetenzen zuzuordnen sind, und
- welche Mitwirkungsmöglichkeiten am Gesamtprozess für Mitarbeitende, Klienten und Angehörige (Trialog-Kultur) bestehen.

### Regelmäßige Schulungen

In den regelmäßig stattfindenden Schulungen und Qualitätszirkeln des SthV der BDA werden unterschiedliche Mitwirkungsmöglichkeiten für Klienten und Angehörige erarbeitet. Deren Bedürfnisse nach Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit finden entsprechend Eingang in die detaillierten Prozessbeschreibungen und werden kontinuierlich weiterentwickelt.

### Spannungsfeld Trialog-Kultur

Das Spannungsfeld, in dem wir uns hierbei bewegten und bis heute bewegen, entsteht einerseits durch das vorgegebene Konzeptionsziel, eine individuelle Betreuung unserer in ihren Bedürfnissen sehr unterschiedlichen Klienten zu gewährleisten; andererseits diese Bedürfnisse in sinnvollen und alltagstauglichen Prozessbeschreibungen als kommunizierbare Verfahrensstandards zu erfassen und praxisrelevant umzusetzen. Diese herausfordernde Aufgabe führt bei allen Beteiligten zu einer intensiven trialogischen Reflexion täglicher Handlungsabläufe und wird als sehr spannend und kreativ erlebt. Die Reflexion aller Beteiligten immer wieder leitzielorientiert zu strukturieren, permanent neu motivierend anzustoßen und kontinuierlich zu unterstützen und zu fördern, ist unseres Erachtens einer der Kernprozesse im Rahmen eines kontinuierlichen Qualitäts- und Verbesserungsmanagements und damit des „Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses" (KVP). Dieser wiederum, so unsere These, ist der Nukleus eines jeden Qualitätsentwicklungsprozesses- und damit schließlich auch Kern einer ständigen Organisationsentwicklung.

## KVP als ständiger Lern- und Entwicklungsprozess

In den Einrichtungen des Sozialtherapeutischen Verbundes ist der „Kontinuierliche Verbesserungsprozess“ (KVP) daher auch Basis für einen ständigen Lern- und Entwicklungsprozess, der natürlich auch 15 Jahre nach der Einführung von Pro Psychiatrie Qualität längst noch nicht beendet sein kann und durch die externe Zertifizierung nach PPQ 2009 nochmals an Bedeutung für alle Beteiligten gewonnen hat. Die externe, leitlinienorientierte, systematische Untersuchung und Begutachtung/Audit unserer Qualitätsentwicklungs-Prozesse, hinsichtlich der Zielführung und praxisorientierten Umsetzung – im Rahmen der Zertifizierung im Juli 2011 – haben diesen permanenten Qualitätsentwicklungsprozess im SthV der BDA nochmals intensiviert. Inzwischen haben auch alle trialogisch Beteiligten verstanden und wohlwollend akzeptiert, das ein einmal angestoßener „Kontinuierlicher Verbesserungsprozess“ nicht mehr so ohne Weiteres aufgehalten werden kann und dass man hinter den bereits erreichten Qualitäts-Level nicht mehr so einfach zurück gehen kann; es sei denn, alle Beteiligten entschließen sich, das ganze QM-System floaten (schweben) zu lassen und eine Stagnation des Gesamt-Prozesses zu riskieren. Das Gegenteil ist der Fall.

## Von der Trialog-Kultur zu Experienced Involvement (EX-IN)

Im Jahre 2001 wurde mit der Entwicklung eines Handbuchs, orientiert an den PPQ-Leitdimensionen und den ethischen Leitzielen begonnen. Mitarbeiter, Klienten und zunehmend auch Angehörige waren von Beginn an maßgeblich beteiligt. So haben 164 Mitarbeitende in 14 Qualitätszirkeln innerhalb eines Jahres die Kernprozesse für den Sozialtherapeutischen Verbund beschrieben. Mit den (Heim-)Beiräten wurden die ersten Evaluationsergebnisse aus den Qualitätszirkeln besprochen und zusammen mit den Bereichsleitungen im neu gegründeten QM-Lenkungsausschuss überprüft. Als eine der ersten Maßnahmen wurden die Klienten, Angehörige (auch Freunde, Vertrauenspersonen), zu regelmäßigen internen, trialogischen (besser: multidisziplinären) Betreuungsplanungsgesprächen eingeladen, natürlich nur nach vorheriger Absprache mit den betroffenen Klienten. Mit anderen Worten: Die Klientinnen und Klienten bestimmen, wer an Betreuungsplanungsgesprächen teilnimmt. Seit Beginn der statistischen Erfassung der Betreuungsplanungsgespräche im Jahre 2003, haben bisher insgesamt 1900 solcher Gespräche im SthV der BDA stattgefunden. Weit über 200 Gespräche wurden auf Wunsch der Klientinnen und Klienten von Angehörigen begleitet. Heute ist die partnerschaftliche Einbeziehung Betroffener und Angehöriger, also der „Experten aus Erfahrung“, in die individuelle Betreuungsplanung wie auch bei Planungen im Rahmen des Qualitätsmanagements, z.B. und insbesondere im QM-Lenkungsausschuss, nicht mehr wegzudenken. Diese Form der Beteiligungskultur hat sich für alle Beteiligten zunehmend zu einer Selbstverständlichkeit, im Sinne erfolgreicher Empowerment- und Recovery-Geschichten, entwickelt.

Seit zwei Jahren arbeiten junge erwachsene Klientinnen und Klienten in einem Konzeptionsentwicklungs-Projekt partnerschaftlich an der Konzeptentwicklung einer neuen Einrichtung mit, um sowohl ihre Erfahrungen, Ideen und praktische Anregungen in die Konzeptentwicklung einfließen zu lassen, als auch durch ihre Identifikation mit den neuen Versorgungsstrukturen von Beginn an Compliance aufzubauen. Das vorrangige Ziel dabei besteht für die Klientinnen und Klienten insbesondere darin, das eigene Leben (wieder) selbst in die Hand zu nehmen und es so schnell wie möglich wieder autonom und weitgehend unabhängig von psychiatrischer Hilfe steuern zu können.

Mit dem EX-IN-Modell[2] findet seit 2010 eine zusätzliche Möglichkeit der Nutzbarmachung des erfahrungsbasierten Wissens Psychiatrie-Erfahrener in die Arbeit Einzug! Seit dem ersten Einsatz eines EX-IN-Mitarbeiters im Ambulant Betreuten Wohnen freuen sich alle trialogisch Beteiligten über den großen Gewinn, den die partnerschaftliche Einbeziehung des neuen erfahrenen Mitarbeiters für die tägliche Betreuungspraxis erbringt.

## Beteiligungskultur

Dazu lautet unsere These: Mitarbeitende mit eigener Krankheitserfahrung im Kontext Psychiatrie bzw. generell auch in allen anderen Bereichen des Gesundheits- Sozial- und Erziehungswesens, sind, ebenso wie Angehörige, im Rahmen einer inzwischen auch gesetzlich geforderten Beteiligungskultur, wichtige und nicht mehr wegzudenkende Partnerinnen und Partner in einem insgesamt stärker ganzheitlich-, partizipativ und systemisch orientierten Gesundheitssystem geworden! Klientinnen/Klienten wie Angehörige fassen dadurch neuen Mut und neue Hoffnung, wie dies in den einschlägigen Empowerment- und Recovery-Konzepten propagiert wird, sich letztlich auch wieder in reguläre Arbeitskontexte integrieren zu können. Psychiatrieerfahrene Mitarbeitende sind z.B. aufgrund ihres Erfahrungswissens oft besser dazu in der Lage, Menschen in einer psychischen Krise aufzufangen, zu stabilisieren und mit ihnen gemeinsam einen neuen gangbaren Weg zu gestalten.[3]

Insgesamt hat die bereits seit vielen Jahren durch PPQ gewachsene Haltungs-, Handlungs- und Kommunikationskultur im Rahmen von Projekten, durch gezielte und systematische Aus-, Fort- und Weiterbildungsplanung und somit die Teilnahme vieler Mitarbeitender an auch trialogischen Fach-Kongressen und -Fortbildungen, eine entwickelte Form der Trialog-Kultur in den Einrichtungen des Verbundes begründet und kultiviert, in der neue partizipative Modelle, wie beispielsweise EX-IN, moderat und zügig integriert werden können.

## Haltungs-, Handlungs-, Kommunikationskultur

Wie erwähnt, entsteht im Kontext laufender Qualitätsentwicklung und des KVP immer wieder ein Spannungsfeld zwischen verbindlich umzusetzenden Standards, z. B. bei der Wahl des Bezugsmitarbeiters, und dem unverzichtbaren Wunsch nach einer individuellen Betreuungs-Kultur, die natürlich nicht standardisierbar ist. Darüber hinaus sind neben den fachlichen und individuellen Fähigkeiten der Mitarbeitenden auch ihre persönlichen Haltungen und Einstellungen und die daraus resultierenden Handlungen, sowie eine sich wiederum logisch daraus weiterentwickelnde und immer wieder neu zu reflektierende Kommunikationskultur, von entscheidender Bedeutung für das Entstehen von Qualität, im Sinne von qualitativ hochwertiger Beziehungsarbeit. Psychosoziale Betreuungsarbeit ist permanent psy-

chosoziale Beziehungsarbeit und somit durch unterschiedliche Schulungs- und Interaktionsformen positiv beeinflussbar. In der Bergischen Diakonie wird daher die „Kunst“ reflektierten sozialpsychiatrischen Denkens und Handelns durch die regelmäßige Reflexion der eigenen Tätigkeit gefordert und unterstützt. Dies geschieht in erster Linie in der für alle Mitarbeitenden verpflichtenden Supervision durch externe Experten und auch in unterschiedlichsten Formen kollegialer Beratung und Intervision, insbesondere durch die internen psychologischen und ergotherapeutischen Fachdienste.

Eine inzwischen entscheidende und nicht mehr wegzudenkende kontinuierliche Reflexion findet in den trialogischen Qualitätszirkeln statt, die zunehmend die Basis für die kontinuierliche Weiterentwicklung aller Prozesse bilden. Dabei geht es um einen interdisziplinären und interpersonellen Einigungsprozess mit allen Beteiligten, in dem ständig um einen Konsens für die bestmögliche Lösung einer Herausforderung gerungen wird: Welche Handlungs- und Kommunikationswege sind die besten, um die gemeinsam festgelegten Ziele zu erreichen?

## Das Qualitätsmanagementhandbuch im laufenden Prozess

Sämtliche QM-Prozesse werden im Verbund fast jährlich überarbeitet und hierdurch den sich permanent im Wandel befindlichen Bedürfnissen und Erkenntnissen aller Beteiligten konsensuell angepasst. Gut erkennbar werden diese Änderungen im Handbuch durch eine *grüne* Kennzeichnung. Sie werden darüber hinaus durch die Stabsabteilung für Qualitätsentwicklung[4] in regelmäßigen Schulungen vermittelt. Die Methoden der Prozessbeschreibung, Stammblätter, Flussdiagramme, Ablaufbeschreibungen und Profil-Charts, die in der Projektgruppe Köln für PPQ II entwickelt wurden, haben sich in den letzten zehn Jahren bewährt und haben auch heute noch Gültigkeit. Viele Kolleginnen/Kollegen, die uns im SthV aus anderen Einrichtungen besuchen, sind erstaunt über den inzwischen erreichten Umfang des QM-Handbuches und die detailierten Prozess-Beschreibungen.

Wir nutzen unser QM-Handbuch als Wissenarchiv, das auch den kontinuierlichen PPQ-Entwicklungsprozess der vergangenen 15 Jahre nachvollziehbar macht. Für neue Mitarbeitende ist unser QM-Handbuch gleichzeitig auch eine Art Entwicklungslexikon, durch das ein Stück Geschichte des SthV der BDA nachvollzogen werden kann.

## Die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems (QMS)

Mit der „UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“[5] ist die zukünftige Richtung für die Qualitätspolitik im SthV vorgegeben. Im Mittelpunkt steht die gleichberechtigte Teilhabe und Gleichstellung für Menschen mit Behinderungen in der Gemeinde. Die Vereinten Nationen haben viel Wert darauf gelegt, dass behinderte Menschen in die notwendigen Veränderungsprozesse von Anfang an auf „gleicher Augenhöhe“ einbezogen werden. Die Bergische Diakonie sieht sich in der Wahl seiner bisherigen bereichsspezifischen Qualitätspolitik durch die UN-Konvention bestätigt. Die Leitziele von PPQ und auch des IBRP[6], an denen der Träger ebenfalls mitgewirkt und die Ergebnisse in das interne Qualitätsmanagement integriert hat, definiert die Leitung des SthV als Grundlage auf dem Weg zur Inklusion und führt zu folgendem neuen Leitsatz:

„Auf dem Weg zur Inklusion pflegen, fördern und stärken wir die Teilhabe-Rechte der Klient/-innen und Bewohner/-innen durch die Trialog-Kultur. Der Trialog ist das gleichberechtigte, auf Dauer angelegte Gespräch zwischen den drei Gruppen der
- Klient/-innen, Bewohner/-innen,
- allen professionell Mitarbeitenden,
- Angehörigen bzw. von den Klienten benannten Vertrauenspersonen.

Der Trialog bringt alle Beteiligten an einen Tisch und hat die Aufgabe,
- Möglichkeiten zu schaffen, sich gegenseitig als gleichwertig achten und schätzen zu lernen,
- den Umgang miteinander innerhalb der vielfältigen Handlungsfelder zu verbessern und zu pflegen,
- eine gemeinsame Haltung anzustreben und zu entwickeln,
- sich ständig um das Ziel zu bemühen, ein gleichberechtigtes Zusammenleben aller in ihrem jeweiligen Lebensumfeld zu erreichen.

Diese Ziele entsprechen der UN – Behindertenrechtskonvention“.

## Laufende Projekte im Jahre 2012

- Ein Angehörigen-Arbeitskreis erarbeitet – parallel zu den Trialogischen-Qualitätszirkeln – eine Angehörigen-Befragung.
- Ergänzend zu den individuellen Hilfeplanungen wird der Prozess der Kriseninterventionen überarbeitet.
- Die PPQ-Matrix als Arbeitshilfe wurde hinsichtlich der leitzielorientierten Qualitätsindikatoren verbessert und in der Darstellung den in der Bergischen Diakonie verwendeten Balance-Score-Cards (BSC) angeglichen.
- Insbesondere die gemeinsame Sprache wird im Rahmen der Trialogischen Kultur hinsichtlich der Verständlichkeit thematisiert.

## Resümee nach einem Jahr PPQ-Zertifizierung[7]

Die Zertifizierung hat aufgrund ihrer fachlichen und inhaltlichen Orientierung der Begutachtung/des Audits neue Impulse für die Arbeit im SthV der BDA gesetzt. Mit ihren systematischen Untersuchungen konnten die Auditoren die Erfüllung aller PPQ-Anforderungen nach dem Anforderungskatalog 8/2009[8] feststellen. Die Durchführung der ersten Systembegutachtung nach PPQ bestätigt die Richtigkeit des bereits in den 1980er Jahren begonnen Qualitäts-Weges der Bergischen Diakonie Aprath. Die Analyse der Auditoren regte in vielen Gesprächsrunden mit Klienten, Angehörigen, Mitarbeitenden und Leitungskräften zu neuen Ideen an, die Impuls gebend für die Weiterentwicklung der Dienstleistungen in der Bergischen Diakonie sind.

**Anmerkungen**

1 GFO: Heute: BAKD/Bufa Region Nord: Die Bundesfachakademie ist mit Gesellschafterbeschluss rückwirkend zum 1.1.2010 in die Bundesakademie für Kirche und Diakonie (BAKD) eingegliedert worden und hat damit ihre eigene rechtliche Selbstständigkeit aufgegeben.

2 Vgl. insbesondere http://www.ex-in.info/

3 Vgl. dazu insbesondere den Artikel von Achim Dochat, Leitender Mitarbeiter des SthV der BDA, in der Psychosozialen Umschau 4/2011, S. 4-6

4 Vgl. http://www.bergische-diakonie.de/html/bereiche/sozialtherapeutischer-verbund/qualitaetsentwicklung.html

5 Vgl. http://www.behindertenbeauftragter.de/DE/Koordinierungsstelle/UNKonvention/UNKonvention_node.html

6 Vgl. z.B.: http://www.ibrp-online.de/

7 http://www.ppq.info/

8 Vgl. http://www.ppq.info/content/showpage.php?id_pag=39

# Krisenbegleitung

## Wann und wie hilft sie, stationäre Behandlungen zu vermeiden oder zu verkürzen?

Von Bernhard Düformantel und Gwen Schulz

Diese Frage hat sich mir immer und immer wieder gestellt, ganz speziell natürlich in der Zeit, als ich selber noch sehr krisenhaft war. Ich bin so viele Male von mir zu Hause zur Klinik gelaufen, um dort dann vor der Notaufnahme wieder kehrt zu machen. Ich wollte nicht wieder für undefinierte Zeit in der Klinik „verschwinden." Eigentlich brauchte ich doch nur jemanden zum Reden... zum „Anlehnen"... zum Ausruhen...,  jemanden der mir immer wieder sagt, dass „ES" vorbeigeht. Immer wieder habe ich erlebt, dass ich ohne Hilfe war. Meist habe ich die Krisen mit der einen oder anderen Blessur dann auch selbst überstanden, was aber nicht wirklich gut war,  es kostete so viel Kraft. Kraft, die ich gebraucht hätte, um mich meinem täglichen Chaos zu stellen, was dann oft nicht mehr klappte.

Ich hatte das große Glück, Menschen zu haben, die ich– auch mitten in der Nacht anrufen konnte, wenn ich jemanden brauchte. Interessant war dabei, dass es vorwiegend ebenfalls Betroffene waren, Menschen, denen ich nicht noch lange erklären musste, wie es in mir aussah, weil sie es selbst auch kannten. War von ihnen keiner erreichbar, konnte ich meine Therapeutin anrufen. – Da hatte ich die Wahl aufzulegen oder mich der „ach so netten Stimme" am AB anzuvertrauen, um dann nach spätestens zwei Minuten ein „einfühlsames" Piiiiiiep und die Beendigung des Telefonates zu erleben.

Doch seit einiger Zeit tut sich etwas im Gesundheitssektor, was erfreulich ist..., die Krankenkassen haben scheinbar erkannt, dass es wichtig ist alternative Behandlungskonzepte anzubieten ohne gleich jeden in eine Klinik einzuweisen.

### Integrierte Versorgung in den Vordergrund

Die Integrierte Versorgung, wie sie in Hamburg gehandhabt wird, ist ein ambulantes Angebot mit dem Ziel Krankenhaus-Aufenthalte wo immer möglich zu vermeiden. Das geht einher mit dem Aufbau eines möglichst tragfähigen Netzwerks aus Freunden, Familie, Arbeitgeber und Kollegen, professionellen Angeboten (Psychiater, Psychologe/in, Ergotherapie, etc.) sowie Selbsthilfe-Gruppen und/oder Peer-Beratung. Ziel sollte dabei sein, dass dieses gesamte Netzwerk (die betroffene Person ist natürlich Teil des Netzwerkes) untereinander möglichst offen kommuniziert und so eine zuverlässige und tragfähige Unterstützung wird, für den/die Betroffene/n und das gesamte Netzwerk. Dieses Konzept des „Open Dialog" wird in den skandinavischen Ländern seit vielen Jahren bereits sehr erfolgreich angewandt mit erstaunlichen Resultaten. Jedoch nicht alle Krisen lassen sich ambulant per Telefon oder Hausbesuch bewältigen. Da greift die nächste Ebene, Krisenpension oder Rückzugsräume. Sie ermöglichen es, für einen oder mehrere Tage dem vielleicht gerade zu sehr belastenden (oder belasteten) häuslichen Umfeld zu entfliehen. Der „normale Alltag" mit Verpflichtungen wie Einkaufen, Kochen, Haushalt etc. wird möglichst aufrecht erhalten, die Verwirrungen, Stigmatisierungen und Traumatisierungen eines Klinikaufenthaltes werden vermieden.

Manchmal reicht leider auch dies nicht aus, um eine Krisensituation zu entschärfen. Akute Eigen- oder Fremdgefährdung machen doch einen stationären Aufenthalt erforderlich. Das Netzwerk, dass im Rahmen der Integrierten Versorgung aufgebaut werden konnte, hilft nun aber auch, die stationäre Behandlung früher als bisher beenden zu können. Die Betreuung im ambulanten Setting wird rascher wieder möglich, die Normalität kann also schneller wieder im Leben Einzug halten. Hätte ich diese Möglichkeiten gehabt, wer weiß, vielleicht hätte ich nur einmal in die Klink gemusst und nicht wiederholt. Vom Hintergrund wird natürlich noch Vieles benötigt, mehr ambulante Therapieplätze (Ergo- Kunst etc.), aber eben auch mehr Peer-Beratung durch geschulte Genesungsbegleiter.

Bernhard Düformantel
EX-IN-Genesungsbegleiter und -Trainer, Peer-Berater im AKN-Ochsenzoll, Genesungsbegleiter in der iv-hh-west.

Gwen Schulz
EX-IN-Genesungsbegleiterin und -Trainerin, Peer-Beraterin mit Begeisterung seit Juli 2011 im UKE.

### Betroffene beraten Betroffene

Was zum Teil im Rahmen der Selbsthilfe schon gemacht wird, findet in der Peer-Beratung seine „Krönung". Peer-Berater, also Menschen die selbst eine oder mehrere Krisen durchgestanden haben, berichten Erkrankten von ihren Erfahrungen und Erfolgen, schildern was ihnen geholfen hat, was nicht. Wenn die Peer-Berater eine EX-IN Fortbildung gemacht haben, nennen sie sich Genesungsbegleiter. Sie haben nicht nur die eigene Erfahrung zu bieten, sondern durch die Fortbildung, die Auseinandersetzung mit anderen Menschen, welche andere Krisenerfahrungen, andere Diagnosen und andere Umgangsformen haben, kennengelernt. Oft geht es gar nicht so sehr um die Unterschiedlichkeit von Diagnosen, sondern um die Fähigkeit mit den damit verbundenen Situationen umzugehen, und diese sind oft sehr ähnlich.

### Inhalte der EX-IN-Fortbildung

Im Austausch mit den anderen Teilnehmern, welche die verschiedensten Diagnosen haben, geht man in den

Erfahrungsaustausch bezüglich der Erfahrung des Andersseins. Was bedeutet eigentlich Gesund, ist Genesung möglich und wenn ja, in welcher Form. Was können Resilienzkräfte sein, wie komme ich ins Empowerment, wie funktioniert unser Gesundheits- und Sozialsystem sowie rechtliche Grundlagen zur begleitenden Arbeit. Lernen und Lehren ist auch ein wichtiger Bereich, wie berate und begleite ich Menschen ohne überstülpend zu sein. Wie gehe ich mit Krisen um – den eigenen und den der anderen.

Ein wichtiger Bestandteil ist die erneute Auseinandersetzung mit der ganz subjektiven Seite der eigenen Diagnose und Lebensgeschichte, in dem diese den anderen Teilnehmern vorgestellt wird. Wie viel kann/will ich offen legen. Ein wahrer Schatz an gelebten Erfahrungen wird erarbeitet und geteilt. Aus diesem Schatz wird geschöpft, um andere zu begleiten, denn man begleitet nicht immer nur Menschen, welche mit gleichen oder ähnlichen Krankheits-Erfahrungen zu tun haben, und da ist es wichtig, über den eigenen Tellerrand hinausschauen zu können. Dazu werden auch zwei Praktika gemacht. Eines um zu „schnuppern“ und ein zweites, vertiefendes, in dem noch mehr Einblicke gewonnen werden können.

## Praktische Erfahrungen mit Ex-In-Genesungsbegleitern

Seit Juli 2011 wird in den Kliniken Hamburgs Peer-Beratung angeboten. Meine Kollegin Gwen Schulz berichtet aus ihrer Tätigkeit als Peerberaterin in Hamburg:

„Ich habe anfangs etwas naiv gedacht, die Mitarbeiter in Krankenhäusern finden es sicher gut und erstrebenswert, dass Erfahrene in professionellen Teams mitarbeiten. Ich bin eines Besseren belehrt worden. Man hat nicht auf uns gewartet, man begegnet uns mit großen Vorbehalten.

Ich versuche mir das zu erklären und finde folgende Gründe: In der Psychiatrie herrscht im allgemeinen keine Sturm und Drangzeit, keine Aufbruchstimmung Mitarbeiter sind überlastet, oft mit zeitraubenden Dokumentationsverpflichtungen, die die Begegnungszeit mit den Klienten verkürzen und keinen Spaß machen. Da kommen wir, auch als was Neues, und werden oft erst mal abgewehrt. Daneben gibt es inhaltliche Vorbehalte dergestalt, dass wir zum Beispiel wieder krank werden könnten, wenn wir uns mit Krisen anderer Menschen befassen.

Nicht nur die Profis haben Vorbehalte, auch manche Betroffene selbst haben Bedenken. Sie äußern die Befürchtung, dass wir vielleicht nicht genügend belastbar sind. Dahinter steht für mich die Frage, ob wir stark genug sind, die Probleme anderer auszuhalten, ohne zusammenbrechen. Oder muss ein Betroffener unsere Stabilität im Blick behalten? Es gibt auch Skepsis, ob unsere Kompetenz ausreicht, ob da nicht ein Profi gebraucht wird, der sich richtig auskennt.

Was unterscheidet die Peer-Arbeit von der Profiarbeit? Die Ausgangssituation von uns Peer-Beratern ist eine andere. Fast alle von uns kennen die Psychiatrie als Patienten. Wir kennen Krisen, aus denen wir ohne Profis nicht mehr herausgekommen wären. Es kann schon sein, dass Betroffene uns mehr oder anderes erzählen als z.B. auf der Station, weil sie sich nicht fürchten, dass deshalb vielleicht eine Medikation verändert wird. Es gibt kein Gefälle. Ich habe keinen Behandlungsplan und keine Diagnose im Kopf. Wir sprechen miteinander und nicht übereinander.

Überall sonst hat der Mensch ein Recht auszusuchen, wem er was erzählt, wählt Inhalte, Schwerpunkte aus, kann um Diskretion bitten. Das ist auch gut so. Es gibt überhaupt keinen Grund, warum diese Selbstverständlichkeit in der Psychiatrie außer Kraft gesetzt wird. Ich finde, es ist also auch ganz in Ordnung und notwendig, dass Gesprächsinhalte von uns nicht weitergegeben werden. Wenn ich mal das Gefühl habe, etwas nicht allein tragen zu können, würde ich es dem Gegenüber sagen.

In unseren Gesprächen mit den Betroffenen geht es bisher kaum um die Profis, da überschätzen sie ihre Wichtigkeit. Das, was wir zu geben haben, ist etwas ganz Anderes. Die Menschen, die in die Peer-Beratung kommen, wissen, dass auch wir Erfahrung mit persönlichen Zusammenbrüchen, Tiefpunkten haben, damit, dass das Leben scheinbar nicht mehr weitergeht, wo sich alles in Frage stellt und vor allem dem Gefühl, es hört nie wieder auf. Natürlich ist jede Krise, ist jeder Mensch anders.

Dennoch, wir müssen uns gegenseitig nichts vormachen. Wir müssen uns nicht wie viele Therapeuten raushalten. Wir können darüber sprechen, was uns geholfen hat, was wir heute tun, um unsere Kraft nicht zu verlieren. Wir wissen, wie es sich anfühlt, ganz unten zu sein und keinen Ausweg mehr zu sehen, keinen Plan zu haben. Allein die Tatsache, dass wir diese Situation überwunden haben, macht Hoffnung.

Ich glaube, dass Peer-Arbeit eine gute und notwendige Ergänzung im Versorgungssystem ist und ich hoffe sehr, dass sie in ein paar Jahren selbstverständlich in die Budgetplanung mit einbezogen wird.Die bisherigen Erfahrungen und Rückmeldungen der konkreten Peerberatung sind sehr positiv. Hoffnung deutlich machen zu können, Ermutigung vermitteln zu können, stärkt alle Beteiligten.“

Sicher, hier gäbe es noch vieles zu erzählen, doch der Raum reicht hier nicht. Was ich für mich gelernt habe und auch immer wieder gerne weitergebe, ist „Das Prinzip Hoffnung“ Jede Krise lässt sich bewältigen... mal dauert es länger mal kürzer... Es wird nie wieder so sein wie es vorher war... das ist aber auch gut, denn so, wie es vorher war, führte es mich in die Krise! Warum also sollte es wieder so werden? Krise ist immer eine Chance zur Veränderung! Zur Veranschaulichung nutze ich gerne dieses Bild: Das Licht am Ende des Tunnels kann oft tatsächlich der Ausgang sein. ES muss nicht zwingenderweise die Kopflampe des herannahenden Zuges sein. Sollte sie es aber doch sein, dann lernen wir rechtzeitig zur Seite zu springen, um danach weiter Richtung Ausgang zu gehen.

So wie mir die Gespräche mit anderen Betroffenen geholfen haben, meinen Weg zu finden, weil die Anregungen keine theoretischen Phrasen, sondern gelebte Erfahrungen waren und immer noch sind, halte ich es für mehr als an der Zeit, dass Peer-Beratung seinen regulären, fair entlohnten, nicht mehr nur ehrenamtlichen und zum Teil belächelten Platz in unserem Gesundheitssystem erhält.

## Psychiatriejahrestagung Mai 2012

Was hat die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung drei Jahre nach der Ratifizierung im Bereich der Sozialpsychiatrie bewirkt? Hat das Inklusionskonzept der Konvention die Lebenswirklichkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen verändert oder hat sich nichts Wesentliches bewegt? Die halbherzigen Ziele des nationalen Aktionsplans der Bundesregierung deuten eher darauf hin, dass die Politik eine Veränderung höchstens in Ansätzen anstrebt. Die von BeB und DW veranstaltete Psychiatrie-Jahrestagung versuchte hier Klarheit in einer unübersichtlichen Lage zu schaffen. Im Zentrum der Beiträge und Diskussionen standen die Gegensätze von Autonomie und Zwang bzw. Selbst- und Fremdbestimmung, da besonders diese für Menschen mit Psychiatrieerfahrung bedeutsam sind. Die UN BRK hat zum Thema der Persönlichkeitsrechte grundsätzliche Aussagen getroffen und berührt damit die zentrale Auseinandersetzung um Selbstbestimmung, das Recht auf Krankheit und um das schwierige Verhältnis von Recht auf Schutz und Recht auf Freiheit. Zwangseinweisung, Zwangsmedikation, Unterbringungs- und Betreuungsrecht sind Stichworte in dieser kontroversen Debatte. Um es vorweg zu nehmen, nicht alle Fragen konnten zufriedenstellend beantwortet werden und manche diffuse Lage wurde auch durch die Vorträge oder Arbeitsgruppen nur ansatzweise erhellt.
Ausgehend davon, dass Inklusion die „vorbehaltlose und nicht weiter an Bedingungen geknüpfte Einbezogenheit und Zugehörigkeit“ bedeutet, zog Dr. Michael Wunder, Hamburg, den Schluss, dass sich psychiatrische Arbeit vom ethischen Imperativ leiten lassen sollte: „ ... Beachte stets, wie Du willst, dass Dir in einer vergleichbaren Situation geholfen wird und wie Du begleitet und gepflegt werden willst.“ Wie schwierig dies im Arbeitsalltag umzusetzen ist, thematisierten weitere Vorträge. So analysierte Prof. Dirk Richter, Bern, dass moderne Individuen umfassend gefordert sind, eigene Biografien zu kreieren und immer weniger auf unterstützende Netzwerke bauen können. Viele Zuhörer teilten seine Einschätzung, dass die Sozialpsychiatrie für viele Menschen mit Psychiatrieerfahrung daher zwar einen hohen Grad an Integration in die Psychiatriegemeinde erreicht hat, aber die systemische Inklusion in außerpsychiatrische Felder bisher kaum gelingt. Die Sozialpsychiatrie müsse daher Klienten in der Fähigkeit der eigenen Netzwerkbildung unterstützen, wenn sie den Anspruch der BRK auf Inklusion umsetzen will. Die kontroversen Beiträge von Margret Osterfeld, Dortmund, für die Psychiatrie-Erfahrenen und Dr. Gerwald Meesmann, Konstanz, für die Angehörigen, verdeutlichten die Verunsicherung, die Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Profis mal eint aber auch trennt. Der klaren Ablehnung von Zwangsbehandlung von Osterfeld, die sich auf entsprechende Urteile des BVerfG berief, standen die Fragen des Angehörigenvertreters gegenüber, was denn mit den Rechten der Angehörigen sei, die vielfach eben genau unter den unbehandelten Symptomen mitleiden und ob denn das Recht auf Hilfe zwangsläufig auf der Strecke bliebe. Eine Behandlung ohne Zwang im gewohnten Lebensumfeld erschien in den vorgestellten Behandlungskonzepten z.B von Dr. Martin Zinkler, Heidenheim, als ein Ausweg aus dem Dilemma.

Die Möglichkeiten des Betreuungsrechtes diesen Gegensatz auszugleichen, bzw. die Konsequenzen der UN BRK für das Betreuungsrecht, untersuchte Prof. Volker Lipp, Göttingen. Seine Konsequenz für notwendige Reformen leitete er aus der grundsätzlichen Aufgabe rechtlicher Betreuungen ab, nämlich Hilfe zur Selbstbestimmung und Schutz vor Selbstgefährdung. Nach seiner Einschätzung, die nicht alle 200 Zuhörer teilten, sichert das bestehende Recht den Vorrang der Unterstützung vor Vertretung und dies sei durch die Prüfung der Erforderlichkeit auch abgesichert. Für Lipp folgt aus der UN BRK die Aufgabe einer Weiterentwicklung des aktuellen Unterbringungsgesetzes in ein „Gesetz zur Vermeidung von Unterbringung“ zu entwickeln und darin „Unterbringung und Zwangsbehandlung als ultima ratio“ fest zulegen.

Die vorgestellten Modelle sozialpsychiatrischer Hilfen am zweiten Tagungstag zeigten Möglichkeiten auf, wie Hilfen mit wenig(er) Einschränkung, ohne oder mit begrenztem Zwang und unter Stärkung der Autonomie entwickelt werden können. Dabei wurde auf die sensible Gestaltung von Behandlungskontexten in einer Klinik (Prof. Martin Driessen, Bielefeld) ebenso eingegangen wie auf die Vorzüge von Home-Treatment (Dr. Martin Zinkler, Heidenheim) oder die Klienten stärkende Wirkung von Behandlungsvereinbarungen in einer psychiatrischen Klinik (Daniela Brandtner, Bielefeld). Auch die Präsentation zweier Konzepte geschlossener Unterbringung in Wohneinrichtungen (Doris Ayena, Stuttgart und Gabriela Deutschle, Eltville) zeigte Wege auf, wie die Balance zwischen Schutz, Autonomie und Fürsorge gelingen kann.

Die Bandbreite der noch zu bearbeitenden Handlungsfelder fächerte abschließend Jörg Holke, Bonn auf. Neben den erwartbaren Feldern der Partizipation und der gesellschaftlichen Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung, fielen hier besonders die Aspekte der Bewusstseinsbildung und der Teilhabe an Bildung auf. Er wies aber auch daraufhin, dass sowohl im Bereich der Gesetzgebung als auch in der Rechtsprechung noch großer Entwicklungsbedarf besteht. Die Tagung betonte, dass eine ernstgenommene UN BRK keinen Gesellschaftsbereich unberührt lassen wird und die Entwicklung im Dialog mit Psychiatrie-Erfahrenen vorangetrieben werden muss. Für die Sozialpsychiatrie bleibt die Aufgabe bestehen, mit den Ambivalenzen von Schutz, Fürsorge, Zwang und Autonomie achtsam umzugehen, so wie Prof. Armbruster, Stuttgart, es schon eingangs beschrieben hatte.

*Wolfgang Bayer*

## Die Tübinger Klinke wird 40

Rückschau auf ein Stück verwirklichte Reformgeschichte

Schon in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts haben die psychosozialen Zeitschriften die Diskussionen und Tagungen um die Psychiatriereform begleitet, ihnen eine gemeinsame Sprache ermöglichst, die schrittweise Verwirklichung der Ziele der Psychiatrie-Enquete dokumentiert. Insofern macht es Sinn, in einer dieser Zeitschriften, der Kerbe, über den 40. Geburtstag eines der Reformkinder zu berichten. „Gemeindenah und außerhalb der Klinikmauern“ sollten Begegnungsorte aufgebaut werden, an denen sich Bürger der Stadt und ihre psychisch erkrankten Mitbürger treffen könnten. So lautete eine der Zielvorstellungen aus der Enquete. Mit der Klinke hat sich diese Vorstellung in vierzig Jahren auf beeindruckende Weise verwirklichen lassen. Nicht zuletzt deshalb, weil sich das Zusammensein in den sogenannten Teestuben von Anfang an partnerschaftlich gestalten ließ. Bis heute treffen sich in den, werktäglich von 16 bis 18.30 Uhr geöffneten, sogenannten Teestuben Menschen verschiedenster Herkunft, verschiedenster Altersgruppen und verschiedenster Lebensumstände. Sie können sich dort vom oft mühsamen Alltag ausruhen, Kontakte knüpfen, Gesprächspartner oder Freunde finden, an gemeinsamen Unternehmungen oder Freizeitaktivitäten außerhalb des Hauses teilzunehmen. Gemeinsames Kochen und Frühstück am Donnerstag und Sonntag stehen auf dem Programm. Zwei Selbsthilfegruppen haben sich im Haus angesiedelt. Daneben zeichnet sich in unserem Haus eine erstaunliche Entwicklung ab, die wir vor vierzig Jahren nicht ahnen konnten. Unsere Besucher sind im Laufe der Jahre zu Mitarbeitern geworden, sowohl bei der Organisation des Klinke-Alltages, als auch bei der so lebenswichtigen Freizeitgestaltung. Außerdem erwuchsen aus den lange gewachsenen Beziehungen eine Vielzahl von Eigeninitiativen, „nix-wie-raus“-Aktivitäten und wunderbare Unternehmungen am Wochenende. Eine Bereicherung unseres Klinke-Alltags. Grund genug, mit einer guten Rückschau ein Stück verwirklichter Reformgeschichte zu bedenken, aber auch Offenheit für neue Ideen und belebende Anstöße für unser Zusammenleben in der Klinke in Zukunft beizubehalten.

Herzliche Einladung zum 40. Geburtstag der Klinke am 26. Oktober ab 16 Uhr im Gemeindehaus Lamm am Marktplatz in Tübingen.

*Rotraut Fichtner*

## Begleitprogramm zur Gedenkveranstaltung für die Opfer von „Euthanasie“ und Zwangssterilisation am 31. August 2012

Gegen das Vergessen: Aus der Geschichte lernen

Auch in diesem Jahr wird am ersten Samstag im September der Menschen gedacht, die Opfer der Zwangssterilisationen und der Krankenmorde im Nationalsozialismus geworden sind.
Zum dritten Mal veranstalten die 12 Verbände des Kontaktgespräches Psychiatrie hierzu ein Rahmenprogramm, um über historische Fakten zu den Medizinverbrechen zu informieren und nach aktuellen Bezügen zu fragen.

In Deutschland bewegen sich nach Studien zur gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit latente bis manifeste antisemitische Haltungen, abwertende Stereotypen und Vorurteile gegenüber Menschen mit Behinderung, mit psychischer Erkrankung oder gegenüber Menschen, die wohnungslos sind, auf einem konstanten Niveau. Ein Niveau, das wesentlich abhängig ist von den ökonomischen und (sozial-)politischen Grundlagen gesellschaftlicher Verhältnisse.

Wirtschaftliche und soziale Krisen in Verbindung mit unsicheren politischen Rahmenbedingungen verunsichern, irritieren, „entsichern“ und fördern häufig gruppenbezogene Haltungen von Abwertung, Ausgrenzung und Schuldzuweisungen gegenüber Minderheiten, fremden Kulturen und an den Rand gedrängten Menschen. In solchen Zeiten kann ein Nährboden bereitet werden, der den eigenen Selbstwert, die Verteidigung der je eigenen Identität und das Gefühl von Sicherheit und Zugehörigkeit über die Einschließung nach innen durch Ablehnung, Abgrenzung und Abwertung anderer, sogenannter „fremder“ gesellschaftlicher Gruppen oder Minderheiten fördert und bestimmt. Ein nicht unbeträchtlicher Anteil an Verantwortung für die eigene prekäre soziale und individuelle Lebenslage wird dann diesen Gruppen zugeschrieben. Abwertung und Ausgrenzung gehen einher mit der Zuschreibung von Ungleichwertigkeit dieser Gruppen gegenüber der eigenen.

Doch auch im wissenschaftlichen Diskurs geht es darum, Kontinuitäten und Brüche in den Argumentationslinien aufzuzeigen, die in der Vergangenheit von der Utopie einer leidensfreien Gesellschaft zur Trennung in vermeintlich lebenswertes und lebensunwertes Leben und unter den Nationalsozialisten zu Zwangssterilisationen und den Krankenmorden geführt hat.

Die Förderung eines gesellschaftlichen Klimas der Akzeptanz und Toleranz gegenüber der Differenz, dem Unterschied, dem Anders-Sein ist ein zentrales Ziel der Arbeit der Verbände, Auch dieses Jahr steht die Auseinandersetzung mit der Frage im Mittelpunkt, was wir aus der (deutschen ) Geschichte lernen können, um der Differenz, dem Nicht-Identischen (Adorno) – und dies gerade vor dem Hintergrund der UN Behindertenrechtskonvention – einen gleichberechtigten und selbstverständlichen Raum im Gemeinwesen sichern und gewährleisten zu können.

**Aus dem Programm:**

**Freitag, 31. August 2012**

**Ab 14 Uhr:** Vorträge im Auditorium der Stiftung Topographie des Terrors, Niederkirchnerstraße 8, 10963 Berlin:

Das Entstehen und die Ausbreitung des Denkens vom „lebensunwerten Leben“, mit Dr. Petra Fuchs, Institut für Geschichte der Medizin, Charité Berlin.

Feindliche Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung – Ergebnisse der aktuellen Forschung, mit Prof. Dr. Andreas Zick, Universität Bielefeld.

Die Lehren der Geschichte für aktuelle medizin-ethische Debatten in der Öffentlichkeit, mit Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust, Bundesvereinigung Lebenshilfe, Berlin.

**Ab 17 Uhr:** Führungen in der Topographie des Terrors: „Krankenmorde in der Zeit des Nationalsozialismus“.

**Samstag, 1. September 2012,**
**14 Uhr:** Gedenkveranstaltung für die Opfer von „Euthanasie“ und Zwangssterilisation an der Philharmonie, Tiergartenstraße 4, Berlin-Mitte.

**Anmeldung für das Begleitprogramm** bis 17. August bei: Petra Nagorr, Reichensteiner Weg 24, 14195 Berlin, Telefax: 030/83001-444, E-Mail: grp@diakonie.de.

## Impressum

**Herausgeber und Redaktionsadresse:**
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Postfach 330220, 14172 Berlin,
Email: kerbe@beb-ev.de,
Internet: www.kerbe.info:

**Redaktion:**
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Karsten Groth, Hamburg;
Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Margret Osterfeld, Dortmund; Johannes P. Petersen, Rendsburg; Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart;
Dr. Kathrin Ratzke, Berlin; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Dr. Michael Swiridoff, Altenburg; Cornelie Class-Hähnel, Stuttgart.

**Verlag und Bestelladresse:**
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH,
Augustenstr. 124, 70197 Stuttgart,
Telefon (07 11) 6 01 00-0,
Adressenänderungen bitte an:
vertrieb@evanggemeindeblatt.de

**Bezugspreis:**
Jahresabonnement für vier Hefte
26 Euro (einschließlich Versandkosten),
ISSN 0724-5165

**Anzeigen:**
Anzeigengemeinschaft Süd,
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart,
Tel. (0711) 60100-41, Fax -76.
Email: kerbe@anzeigengemeinschaft.de.
Internet: www. anzeigengemeinschaft. de. Es gilt die Preisliste Nr. 28 vom 1. Januar 2011.

**Beilagenhinweis:**
Dieser Ausgabe der Kerbe liegt ein Werbemittel für das Jugendportal www.sozialeberufe.com bei.

**Layout:**
Atelier Reichert, Stuttgart

**Druck:**
Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

**Erscheinungstermine:**
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Diakonie

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB



## Die Zukunft kann man am besten voraussagen, wenn man sie selbst gestaltet – Welche Psychiatrie wollen wir morgen haben?

**Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) am 25. – 27. Oktober 2012 in Mönchengladbach**

Die Tagung bietet mit Plenarbeiträgen und Arbeitsgruppen ein Forum, über die zukünftige Gestaltung der psychiatrischen Behandlung und Versorgung in Deutschland nachzudenken und konkrete Schritte in die Zukunft zu planen. Namhafte Referenten und Referentinnen aus dem In- und Ausland gewährleisten ein breites Spektrum fachlichen Inputs und bieten damit einen fruchtbaren Boden für die fachliche Debatte.

**Information und Programm bei:**
DGSP e.V. Zeltinger Str. 9, 50969 Köln,
Tel.: 0221-511002,
Email: dgsp@netcologne.de
http://www.psychiatrie.de/dgsp/

## „Gibt es noch Gesunde? Gefährliche Trends in der Psychiatrie in Deutschland und Polen"

**3. Deutsch-Polnisches Psychiatriesymposium am 20. – 23. September 2012 in Bielefeld**

**Informationen bei:**
Karin Rath, Sekretariat Deutsch-Polnische Gesellschaft für Seelische Gesundheit e.V. c/o ZfP Südwürttemberg, Haupstr. 9, 88529 Zwiefalten, Tel. 07373-103288, dpgsg@zfp-zentrum.de oder www.p-ntzp.com

## Familien- und Gemeindeorientierung. Die Zukunft der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung auf dem Prüfstand

**17. Forum Psychiatrie und Psychotherapie am 6. und 7. November 2012 in Paderborn**

**Information bei:**
Simone Bühring, LWL-Klinik, Agathastraße 1, 33098 Paderborn, Tel. 05251-295118, Simone.Buering@wkp-lwl.org

## Bundesakademie für Kirche und Diakonie

**Sonderpädagogische Zusatzqualifikation bzw. Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung**
- Informationsworkshop: 03./04.09.2012

Leitung: Jürgen Hilleke, Borken
Bitte fordern Sie den detaillierten Prospekt an.

Frauen nehmen Einfluss – „lateral führen" ohne hierarchische Macht
- 03. – 05.09.2012, Berlin

Leitung: Claudia Ages, Würselen

Psychose und Sucht – double trouble
- 13./14.09.2012

Leitung: Frieder Niestrat, Harald Sadowski, Essen

„Persönlichkeitsstörungen" bei Menschen mit geistiger Behinderung
- 17./18.09.2012, Steinfurt

Kosten: €190,00 zzgl. Ü/V ca. 180 EUR
Leitung: Anne Sand, Wolfenbüttel

Betreute Wohnformen zwischen ökonomischen Zwängen und Personenzentrierung
Veränderungsprozesse in der Gemeindepsychiatrie professionell gestalten
- 1. Termin: 18. – 20.09.2012, Leinfelden-Echterdingen

Leitung: Sylvia Fahr-Armbruster, Michael Konrad, Karl-Heinz Menzler-Fröhlich

Shiatsu – Heilsame Berührung
- 18. – 21.09.2012, Rothenburg o.d.T.

Leitung: Dr. Helmut Kreil

Systemisches Handeln im sozialpsychiatrischen Alltag
Grundhaltungen – Gesprächsführung – Interaktionen
- 24. – 26.09.2012, Leinfelden-Echterdingen

Leitung: Sylvia Fahr-Armbruster, Karl-Heinz Menzler-Fröhlich, Stuttgart

Motivation und psychische Erkrankung – Herausforderungen im Arbeitsalltag der WfbM
- 26. – 28.09.2012, Steinfurt

Leitung: Rainer Scheuer, Saarbrücken

Zusammenarbeit im Team
Förderung von Zusammenhalt und Kooperation
- 8. – 11.10.2012, Jena

Leitung: Christiane Schumm, Lemgo

Interventionen in Krise(n)
Systemische Reflexionen, Haltungen und Handlungsansätze in sozialpsychiatrischen Kontexten
• 16. – 18.10.2012, Leinfelden-Echterdingen
Leitung: Sylvia Fahr-Armbruster, Stuttgart u. a. Ref.

„Forensik – und dann?" – Aufgaben und Herausforderungen in der Sozialpsychiatrie
• 22. – 23.10.2012, Leinfelden-Echterdingen
Leitung: Jürgen Baur, Stuttgart, Dr. Jürgen Eckardt, Weissenau

Burnout – erkennen, vermeiden, überwinden
Erkennen von u. Vorbeugung gegen Burnout und richtiger Umgang mit innerer Erschöpfung (Süd-Region)
• 22. – 26.10.2012, Rothenburg o.d.T.
Leitung: Ronald Frank, Neufra

Adoleszenz und psychische Erkrankung: Begleitung junger Menschen mit Psychiatrieerfahrung
• 9. – 10.11.2012, Leinfelden-Echterdingen
Leitung: Carmen Eger, Berlin

Laufend unterwegs
Ein Anti-Stress-Angebot für Führungskräfte
• 21. – 24. 11.2012, Hösbach
Leitung: Michael Klein, Hermann Krieger, Prof. Dr. Margit Ostertag

Behandlung oder Unterstützung von Menschen mit Psychose-, Borderline-Problematik und frühnarzistischen Störungen mit nonverbalen Mitteln
Termin: 26. – 30.11.2012, Steinfurt
Leitung: Ad vanVugt, NL-Eindhoven

**ProPsychiatrieQualität (PPQ)** – Leitzielorientiertes Qualitätsmanagement – Transfer in die Praxis (Inhouse)
Termin nach Absprache
Leitung: Ulrich Nicklaus, Berlin

Weiterhin bieten wir inhouse Seminare zu allen Themen an!
Das Programm für das Jahr 2013 kann ab November 2012 angefordert werden.

**Information und Anmeldung**
Bundesakademie für Kirche und Diakonie gGmbH
Heinrich-Mann-Str. 29, 13156 Berlin
Telefon: 030 488 37 488
Fax: 030 488 37 300
Email: info@bundesakademie-kd.de
www.bundesakademie-kd.de.

## Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie DGSP

**Manisch-depressive Erkrankungen.**
Eine Aufgabe für die Psychotherapie.
• 5./6. Oktober 2012 in Hannover

**Den Stimmen einen Sinn geben.**
Methoden der erfahrungsfokussierten Begleitung (EFB)
• 5./6. Oktober 2012 in Erfurt

**Zum Umgang mit Suchterkrankungen in psychiatrischen Einrichtungen.**
• 12./13. Oktober 2012 in Berlin (Erkner)

**Heime umbauen – Wandel gestalten.**
• 19./20. Oktober 2012 in Hamburg

**Transaktionsanalyse in der Beratung.**
• 19./20. Oktober 2012 in Bielefeld

**Wanderer zwischen den Welten.**
Migration und Psychiatrie – ein Überblick
• 22./23. Oktober 2012 in Freiburg i. Br.

**Neuere Entwicklungen in der Psychosentheorie .**
• 26./27./28. Oktober 2012 in Frankfurt a. M.

**Ressourcenorientierung: Wie gesund sind psychisch erkrankte Menschen?**
• 2./3. November 2012 in Hannover

**Wahn-Sinn(s)Reise**
Psychose (nach-)empfinden – Psychose erleben
• 2./3. November 2012 in Bielefeld

**Das Maß ist voll.**
Co-Abhängigkeit – die Verstrickung der Bezugspersonen
• 30. November/1. Dez. 2012 in Köln

Informationen und Anmeldung:
DGSP-Geschäftsstelle, Zeltinger Str. 9, 50969 Köln, Tel.: (02 21) 51 10 02, Fax: (02 21) 52 99 03
Email: dgsp@netcologne.de, www.psychiatrie.de.

Fachhochschule der Diakonie

# »Hier kann ich richtig durchstarten.«

## Unser Studienangebot

- Management
- Mentoring
- Soziale Arbeit und Diakonik
- Heilpädagogik
- Psychische Gesundheit
- Pflege (ausb.-/berufs-begl.)

Ob grundständig oder **berufs-begleitend**es Studium:
Hohe Qualität des Studiums und volle Zufriedenheit der Studierenden - ist unsere Maxime.

## Wir bieten:

- persönliche Betreuung und Beratung zur individuellen Studienorganisation sowie zu Ihrer persönlichen Laufbahnplanung.
- ein offenes und wertschätzendes Lernklima

Wir gestalten unsere Studienangebote mit Blick auf die Entwicklungen im Sozial- und Gesundheitswesen, in Europa und auf dem internationalen Markt.

**Wir ermöglichen eine Verbindung von Berufstätigkeit und Studium:**

- Präsenzveranstaltungen im Block
- Lernen über Internet-Lernplattform
- Regionale Lerngruppen
- In den Beruf integrierte Praxisaufgaben

www.fh-diakonie.de