



Dieser Aufsatz ist Teil der Publikation:

Zeit zu handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016,
Der Paritätische Gesamtverband

Zur Armutsgefährdung von Menschen mit psychischer Erkrankung

Autoren: **Sabine Bösing**
Josef Schädle

Der Zusammenhang von Armut und psychischer Erkrankung lässt sich aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten und erklären. Zugespielt formuliert: Für psychisch kranke Menschen besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, arm zu werden oder zu sein als für gesunde Menschen, und für arme bzw. von Armut bedrohte Menschen besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine psychische Störung zu entwickeln oder unter einer psychischen Störung zu leiden als für finanziell abgesicherte Menschen.

Ob „arm und psychisch krank“ oder „psychisch krank und arm“: Die betroffenen Menschen befinden sich in einem Kreislauf, der geprägt ist durch Exklusion in allen Lebensbereichen, die damit verbundenen zunehmenden Selbstzweifel und die Resignation.

Eine allgemeine Beschreibung

Psychische Erkrankungen in Deutschland – eine Beschreibung und Analyse

Die Beschreibung und Analyse der Situation von Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen¹ wird durch eine unzureichende Datengrundlage eingeschränkt. In vielen amtlichen Statistiken – wie zum Beispiel dem Mikrozensus – werden lediglich die Menschen erfasst, die eine „amtlich anerkannte Behinderung“ vorweisen. Insbesondere Personen mit einer psychiatrischen Diagnose stellen einen entsprechenden Antrag jedoch häufig nicht. Eine weitere Lücke in den aktuellen Erhebungen besteht in der Untererfassung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in stationären Einrichtungen. Hierzu zählen u.a. betreute Wohnformen, Heime und Pflegeeinrichtungen.

33 Prozent der Bevölkerung sind von mindestens einer diagnostizierbaren psychischen Störung betroffen.² Die höchsten Prävalenzraten finden sich in der Altersgrup-

pe 18–34 Jahre (45 %). Die häufigsten Störungen bzw. Erkrankungen sind Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen. Die Gefahr eines chronischen Verlaufs – meint zwei und mehr akute Krankheitsphasen und eine Erkrankungsdauer von mehr als einem Jahr – ist groß. Ob und warum psychische Erkrankungen einen chronischen Verlauf nehmen, hat multikausale Ursachen, die noch unzureichend erforscht sind. Es ist aber davon auszugehen, dass ein Drittel der Erkrankungen zeitlich begrenzt bzw. episodisch auftreten, ein Drittel fortauern, aber in ihrem Schweregrad fluktuieren und bei einem Drittel mit einem dauerhaften Verlauf mit erheblichen krankheitsbedingten Einbußen zu rechnen ist.³ Etwa elf Prozent der Bevölkerung begibt sich jährlich wegen einer psychischen Störung in ambulante ärztliche Behandlung. Davon wird der überwiegende Teil von Hausärzten behandelt. Etwa zwei Prozent der

Bevölkerung benötigt eine längerfristige Behandlung, Rehabilitation, Begleitung und Unterstützung aufgrund der Schwere der psychischen Erkrankung.⁴

In Deutschland sind psychische Erkrankungen die Krankheitsgruppe, welche den dritthöchsten Anteil – nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Verdauungssystems – der volkswirtschaftlichen Gesamtkrankheitskosten in Höhe von 254,3 Mrd. Euro (2008) verursacht, wobei Demenz und Depression gut die Hälfte dieser Kosten verursachten. Die Steigerungsrate war von 2006 bis 2008 bei psychischen und Verhaltensstörungen mit 16 Prozent die höchste unter allen Krankheitsarten (Statistisches Bundesamt, Krankheitskostenrechnung 2008). Insofern ist es nur folgerichtig, dass psychischen Erkrankungen allmählich auf allen Ebenen die gleiche Bedeutung wie somatischen Erkrankungen zukommt und seelische Gesundheit inzwischen die Zielsetzung vielfältiger gesundheitspolitischer Aktivitäten des Bundes, der Länder und

Kommunen, von Verbänden und Fachgesellschaften, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen und anderen Akteuren im Gesundheits- und Sozialwesen ist.⁵

Im Rahmen der Schwerbehindertenstatistik lässt sich für die Jahre 2005 bis 2013 eine leicht ansteigende Anzahl an Menschen mit psychischen Behinderungen feststellen. In absoluten Zahlen wird die Relevanz dieser Behinderung deutlich: Im Jahr 2011 hatten ca. 500.000 Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung eine psychische Behinderung. Im Jahr 2013 lag diese Zahl bei rund 546.000.⁶ Dabei ist zu berücksichtigen, dass es hier eine erhebliche Dunkelziffer gibt. Realistische Schätzungen gehen von 800.000 bis 1.000.000 Menschen mit einer psychischen Schwerbehinderung aus. Wesentliche Gründe für die hohe Dunkelziffer liegen im eigenen Krankheitsverständnis der Betroffenen, den administrativen Hürden und dem fehlenden gesellschaftlichen Verständnis für psychische Erkrankungen als Behinderung begründet.

Armut und psychische Erkrankungen bei Kindern – eine doppelte Herausforderung

Schlechte sozioökonomische Bedingungen fördern seelische Erkrankungen. Nach der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie „KiGGS“ des Robert Koch-Instituts leiden Kinder aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger an Essstörungen, motorischen Problemen und psychischen Auffälligkeiten als Kinder mit finanziell abgesichertem Hintergrund.⁷ Bei 12,4 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten sind zusätzlich deutliche bzw. massive Beeinträchtigungen im sozialen und familiären Alltag zu verzeichnen.⁸

Bei jedem fünften Kind (20,2 %) zwischen 3 und 17 Jahren können Hinweise auf psychische Störungen festgestellt werden. Die Häufigkeit (Prävalenz) ist damit seit der KiGGS-Basiserhebung unverändert. Jungen (23,4 %) sind davon häufiger betroffen als Mädchen (16,9 %). Sie sind zudem häufiger aufgrund emotionaler und verhaltensbedingter Probleme in ihrer Alltagsfunktionalität beeinträchtigt. Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen belasten die Betroffenen, die Familie und das soziale Umfeld. Die Eltern berichten – neben psychischen Bela-

stungen – vor allem von Zeitdruck durch Beruf und Stress angesichts krankheitsbedingter Termine des Kindes, besonders wenn weitere Geschwister betreut werden müssen.⁹ Bei unbehandelten bzw. unzureichend behandelten psychischen Störungsbildern droht für die Betroffenen die Gefahr einer Chronifizierung, welche oft negative Auswirkungen auf die Schul- und Berufsausbildung und damit auf die spätere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nach sich zieht.

Daher braucht es neben der Prävention psychischer Störungen in den jeweiligen Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen wie Kita und Schule verbesserte Möglichkeiten der Früherkennung, vor allem aber auch ausreichende Beratung, Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen und deren Familien. Hier zeigt sich in vielen Gebieten eine massive Unterversorgung, Auf dem Land ist das Versorgungsangebot neunmal geringer als in Kernstädten. In Ostdeutschland ist die Unterversorgung besonders deutlich, aber auch zwischen den einzelnen Bundesländern gibt es erhebliche Unterschiede.¹⁰

Weitere besondere Risikogruppen:

Unter den Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen gibt es besondere Risikogruppen, die aufgrund ihrer Disposition bzw. belastenden Lebensumstände eine besondere Betrachtung verdienen. Sie stellen das Versorgungssystem vor zusätzliche Herausforderungen und benötigen spezielle Unterstützungsangebote, um Exklusion und Armutsgefährdung zu vermeiden bzw. zu verringern.

➔ Kinder von psychisch kranken Eltern

Ein besonderes Risiko, im Laufe ihres Lebens selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln, haben Kinder von psychisch kranken Eltern. Nach Schätzungen von Expertinnen und Experten gibt es in Deutschland mindestens 3.000.000 Kinder¹¹, die mit mindestens einem kranken Elternteil aufwachsen. Sie führen ein Leben mit vielen Risiken, ohne dafür angemessene Unterstützungssysteme vorzufinden. Weder in der Jugend- und Familienhilfe noch im psychiatrischen Versorgungssystem gibt es ausreichend Angebote, um diese Kinder adäquat zu begleiten und zu fördern. Dabei müssen sie mit mehreren Risiken gleichzeitig leben. Zum einen ist es die belastende Situation, selbst eine solche Krankheit mit allen damit verbundenen Konsequenzen zu bekommen. Damit einher geht die Erfahrung, in den „normalen Milieus“ (Kita, Schule, Ausbildung, Freundeskreis) mit den „üblichen“ Vorurteilen konfrontiert zu werden. Zum anderen schränkt das Aufwachsen in einer emotional oft angespannten, labilen, verunsichernden Situation den Entwicklungs- und Handlungsspielraum von Kindern stark ein, Orientierung an Vorbildern wird schwierig. Hinzu kommen dann oft noch die in der Regel stark eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten der Familie. Für Kinder psychisch kranker Eltern gilt das gleiche wie für Kinder aus Hartz-IV-Familien: Ihre Lebenskarriere ist durch ihre Lebenssituation meist programmiert.

➔ Migranten und Flüchtlinge

Migranten leiden häufiger als der Bevölkerungsdurchschnitt unter psychischen Erkrankungen. Die Risikofaktoren reichen von Traumatisierung durch Flucht und Vertreibung, Heimweh, Arbeitslosigkeit, schlechter Bildung bis zu prekären Wohnverhältnissen. Vor allem Sprach- und Kulturprobleme führen dazu, dass viel zu spät Hilfe aufgesucht wird. Oft mangelt es an

kultursensibler Vorgehensweise und passenden Therapieangeboten.¹²

➔ Menschen in höherem Lebensalter

Psychische Störungen im höheren Lebensalter weisen zunächst die gleiche Vielfalt, die gleichen Ursachen und Erscheinungsbilder auf wie in jüngeren Lebensjahren. Jedoch erhöht sich mit zunehmendem Lebensalter das Risiko für körperliche Erkrankungen, und das Beschwerdebild verändert sich. Körperliche Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen von Gedächtnis und Konzentrationsvermögen können stärker ausgeprägt, die Aktivitäten des täglichen Lebens dadurch stärker eingeschränkt sein.¹³ Eine besondere Aufmerksamkeit unter den gerontopsychiatrischen Erkrankungen gilt der Demenz. Derzeit leben etwa 1,6 Millionen an Demenz erkrankte Menschen in Deutschland. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft schätzt, dass es 2050 drei Millionen Demenzpatienten geben wird.¹⁴

➔ Wohnungslose

Vorliegende Studien und Erhebungen verdeutlichen, dass es sich bei wohnungslosen Frauen und Männern um eine durch psychische Störungen und Erkrankungen hochbelastete Gruppe mit einer hohen Rate von Mehrfachdiagnosen handelt.¹⁵ Die Versorgung der Betroffenen ist defizitär. Krankheitseinsicht und aktives Hilfesuchverhalten, welche eine angemessene Versorgung sichern könnten, sind oftmals nicht vorhanden.¹⁶

➔ Suchtkranke

Obgleich suchtkranke Menschen aus allen Gesellschafts- und Bildungsschichten kommen, unterliegen sie einem hohen Armuts- und Exklusionsrisiko.¹⁷ Eine Abhängigkeitserkrankung hat erhebliche gesundheitliche Einschränkungen zur Folge und ist oft lebensbestimmend. In sämtlichen Lebensbereichen gibt es Defizite. Hinzu kommt noch eine hohe Anzahl von Suchtkranken mit psychiatrischer Komorbidität.

Besonders herausfordernd ist die Situation dann, wenn sich eine Person mehreren der genannten Risikogruppen zuordnen lässt, wenn es sich also beispielsweise um eine ältere, wohnungslose und suchtkranke Person handelt, die zudem depressiv ist.

Hinter diesen Zahlen und Fakten verbergen sich menschliche Schicksale!

Die Lebensgeschichte von Philipp W.*¹

Philipp W. – heute im Ruhestand und regelmäßiger Besucher einer Tagesstätte für Menschen mit psychischen Behinderungen – ist ein charmanter, lebenserfahrener und gebildeter Mann mit positiver Lebensausstrahlung. Er hat über 25 Jahre als Rechtsanwalt und Notar mit eigener Kanzlei gearbeitet – muss heute jedoch seinen Lebensunterhalt mit 500 € Rente und Grundsicherung bestreiten. Ursache ist seine chronische psychische Erkrankung, die über viele Jahre durch Medikamentenmissbrauch gedämpft und unterdrückt wurde.

Nach dem Abitur zog es Philipp W. nach Berlin, wo er erfolgreich sein Jurastudium abschloss und später auch die Zulassung als Notar erhielt. In bester Lage von Berlin unterhielt er seit 1986 eine Anwaltskanzlei, zeitweise beschäftigte er fünf Angestellte. Die Menschen, die ihn kontaktierten, lagen ihm sehr am Herzen. Sein Leben war geprägt von großem Verantwortungsbewusstsein und Disziplin.

Herr W. hatte einen großen Bekanntenkreis und war begeisterter Opernbesucher. Da er um die familiäre Disposition von Herzerkrankungen wusste, versuchte er, sich durch Sport und ausgewogene Ernährung gesund zu halten.

1998 sollte sich alles verändern. Ein Arztbesuch wegen einer harmlos erscheinenden Entzündung hatte einschneidende Folgen für seine Zukunft. Der Arzt diagnostizierte eine Krebserkrankung im vorangeschrittenen Stadium. Eine belastende Behandlung mit Bestrahlungen folgte. Weitere Untersuchungen sorgten für eine zusätzliche verneinende Diagnose: HIV-positiv.

Als dann noch seine Mutter im selben Jahr pflegebedürftig wurde, kam sein Leben völlig aus dem Gleichgewicht. Herr W. beschloss, weiter zu funktionieren und seine Gefühle wegzuschließen. Seine depressiven Schübe betäubte er mit Medikamenten. Er holte seine Mutter zu sich und arbeitete unverändert weiter. Die Leere in ihm nahm er hin. Den Rat der Ärzte, sich zurückzunehmen, befolgte er nicht. Als ihm fälschlicherweise bescheinigt wurde, dass er noch maximal zwei Jahre zu leben habe, verfiel er zunehmend in eine schwere Depression, der er mit steigendem Medikamentenmissbrauch begegnete.

Er ignorierte, dass er zusehends seine finanziellen Verpflichtungen vernachlässigte und sein Arbeitspensum hätte reduzieren müssen. Nachlässigkeiten schlichen sich ein. Der Tod seiner Mutter 2002 brachte die Fassade zum Einsturz, der Berg an Anforderungen wurde unüberwindbar, und die Betäubung der Depression lähmte ihn immer mehr. Ein paar Jahre später gab er die Kanzlei auf.

Es folgten mehrere stationäre Psychiatrieaufenthalte und ein Medikamentenentzug. Die Krebserkrankung konnte er besiegen und den Ausbruch von Aids bis heute verhindern, aber die tiefe Leere und Sinnlosigkeit ließ sich nicht füllen. Dank des Einsatzes des Sozialdienstes in der Psychiatrie blieb ihm der Verlust seiner Wohnung erspart. Für die Regelung seiner finanziellen Angelegenheiten wurde ihm auf eigenen Wunsch eine Betreuung zur Seite gestellt. Der sichere Rahmen der Klinik stabilisierte ihn, und auch einige Freunde versuchten, ihm Halt zu geben. Doch erst als er die Tagesstätte kennenlernte, fand er Menschen und Aufgaben, die ihm Struktur und Sicherheit geben. Hier findet er Anerkennung, Wertschätzung und Achtung gerade wegen seiner psychischen Erkrankung.

Auf die Frage, was Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigen, um nicht in Armut zu geraten, antwortet er: „Sie brauchen immer wieder eine neue Chance, am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können. Ich habe viele junge Menschen kennengelernt, die z.B. ihr Studium wegen einer Psychose unterbrechen mussten und Angst vor späterer Ausgrenzung hatten. Daher muss alles getan werden, dass eine Lücke im Lebenslauf wegen eines Psychiatrieaufenthalts kein Ausschlusskriterium für den späteren beruflichen Weg ist.“

Die Lebensbeschreibung von Philipp W. macht deutlich, dass eine psychische Erkrankung vielfach Auswirkungen auf mehrere oder gar alle Lebensbereiche nach sich zieht. Es kommt zu Stigmatisierung bis hin zum sozialen Ausschluss, zu negativen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbssituation und zum erhöhten Risiko der Verschuldung, einhergehend mit Mietrückständen und drohendem Wohnungsverlust. Die Folgen sind soziale und berufliche Exklusion. Die Gefahr der finanziellen und sozialen Verarmung in den unterschiedlichen Lebenslagen ist groß.

* Das Beispiel stammt aus der Beratungspraxis, wurde jedoch anonymisiert.

Armut als Mangel an Gesundheitschancen

Der Verlauf von psychischen Erkrankungen hat erhebliche Auswirkungen auf krankheitsbedingte Einbußen und damit auf die Armutsgefährdung. Zur Verhinderung einer Chronifizierung sind daher das rasche Erkennen der Krankheit und die ebenso schnelle und fachgerechte Behandlung gefordert. Es braucht Angebote der Prävention und die flächendeckende und lückenlose Versorgung psychisch kranker Menschen. Nach wie vor gibt es Verbesserungsbedarf in der Vernetzung von haus- und fachärztlicher, ambulanter und stationärer Versorgung, Therapie und Rehabilitation sowie auch der Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Arbeitsvermittlung und Selbsthilfe. Zwischen Vertragsärzten und nachsorgenden Behandlungsangeboten fehlen verbindliche Netzwerke. Hinzu kommt, dass das Überleitungs- und Entlassungsmanagement im Krankenhausbereich zu ambulanten Behandlungsangeboten mangelhaft oder nicht vorhanden ist. Insbesondere im ländlichen Raum gibt es erhebliche Lücken an notwendigen medizinischen, therapeutischen und betreuenden Angeboten.

In den letzten 40 Jahren seit der Psychiatriereform konnten stationäre Kapazitäten zugunsten gemeindepsychiatrischer Versorgung deutlich reduziert werden. Begegnung auf Augenhöhe und die Mitwirkung von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung

in allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung ist für alle Beteiligten ein großer Gewinn: Dennoch darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass es noch eine Menge Herausforderungen zu bewältigen gibt. Noch immer spielt sich das Leben von Menschen mit psychischen Erkrankungen vielfach in „Sonderwelten“ des psychiatrischen Hilfesystems ab, die es aufzuschließen gilt. Es bedarf verstärkt bedarfsorientierter, personenzentrierter und flexiblierter Anpassung und sektorenübergreifender Vernetzung der bestehenden Behandlungs-, Betreuungs- und Hilfeangebote sowohl auf individueller als auch struktureller Ebene.

Doch gerade diese scheint in Gefahr. Die Einführung des „Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik“ (kurz: PEPP) sorgt für eine grundlegende Neuausrichtung und den Umbau der psychiatrischen Versorgungslandschaft mit gravierenden Folgen für die Versorgung insbesondere schwer(st) psychisch kranker Menschen. Die Kliniken werden aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus gezwungen, Patientinnen und Patienten möglichst frühzeitig wieder zu entlassen. Expertenorganisationen kritisieren die Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) daher auch massiv, da es Ausdruck einer inakzeptablen Ökonomisierung des Umgangs mit hilfebedürftigen Menschen ist.

Armut als Mangel an sozialen Netzwerken und gesellschaftlicher Teilhabe

Die Akzeptanz von psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft hat sich in den vergangenen Jahren zwar verbessert, jedoch erfahren noch immer viele Betroffene gesellschaftliche Stigmatisierung. Die mediale Berichterstattung über einzelne Personen mit psychischen Erkrankungen, die zur Gefahr für andere Menschen wurden, werfen ihre Schatten auf alle Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und erzeugen Ängste und Unsicherheiten im Umgang mit Betroffenen. Oft führen erlebte Ausgrenzungserfahrungen zu sozialem Rückzug, Misstrauen und Scham. Die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben findet nicht mehr statt. Die Betroffenen nehmen ausschließlich Angebote der psychiatrischen Versorgungslandschaft wie Tagesstätten und Kontaktstellen wahr. Dies gilt vor allem für die Lebensbereiche Arbeit, Freizeit und Kultur. Die Folgen sind zunehmende Vereinsamung, Verstärkung der Krankheitssymptome, das Auf-sich-selbst-zurückgeworfen-sein und eine immer ausgeprägtere Abhängigkeit von professioneller und institutioneller Hilfe. Nimmt man die materielle Situation hinzu, muss tatsächlich von Armut gesprochen werden.

Im Bereich Familie und soziale Netze zeigt sich, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen durchschnittlich kleinere soziale Netze haben und höhere Scheidungsraten aufweisen als die Durchschnittsbevölkerung.¹⁸ Angehörige und Familien sind oft in gleicher Weise Stigmatisierungen ausgesetzt wie die Betroffenen selbst. Eine lange andauernde psychische Erkrankung eines Familienmitglieds ist verbunden mit einem steigenden Exklusionsrisiko für die gesamte Familie. Ein entscheidender Faktor ist dabei die Beteiligung der Angehörigen an den Kosten und der Betreuung. Zum finanziellen Aufwand kommen noch Einkommensverluste hinzu – die Begleitung des kranken Familienmitglieds zu Arzt- oder Therapieterminen und der Beistand in Notsituationen erfordern häufig die Abwesenheit vom Arbeitsplatz. Die emotionale Belastung durch die mit der Krankheit verbundene Ungewissheit und oft Ausweglosigkeit birgt die Gefahr, selbst krank zu werden.

Armut als Mangel an Verfügbarkeit von Wohnraum

Die UN-Behindertenrechtskonvention fordert in Artikel 19 das Recht für alle Menschen mit Behinderung, mit den gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben. In Art. 28 wird formuliert, „Menschen mit Behinderung gleichberechtigten Zugang zu Leistungen und Programmen des sozialen Wohnungsbaus zu sichern“.¹⁹ Doch die Situation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sieht immer noch anders aus: Sie sind in hohem Maß von Exklusion und Ausgrenzung im Bereich Wohnen betroffen, so dass sie häufig keine eigenständigen Mietverträge abschließen können und dadurch auch auf „Sonderwohnformen“ angewiesen sind. Diese Umstände haben u. a. dazu geführt, dass zunehmend mehr sogenannte Trägerwohnungen entstanden sind. Es gibt einen Bedarf an „bezahlbarem“ und geeignetem Wohnraum. Da viele Menschen mit einer psychischen Erkrankung auf Transferleistungen angewiesen sind, müssen die Mieten den Angemessenheitsgrenzen des SGB II (Hartz-IV) und SGB XII (Sozialhilfe) entsprechen. Doch Wohnungen in entsprechender Größe und Lage mit der notwendigen

Infrastruktur und ausreichendem ambulanten Hilfesystem sind gerade auf angespannten Wohnungsmärkten kaum bis gar nicht zu finden. Geringes Angebot und hohe Nachfrage erzeugen ein Ungleichgewicht, Mieten steigen, und der Verdrängungsmechanismus von Menschen mit niedrigem Einkommen und anderen sozialen Einschränkungen in Randgebieten nimmt weiter zu. Als zusätzliche Barrieren zählen Stigmatisierung, krankheitsbedingte Einschränkungen der Menschen selbst und auch bürokratische Vorgaben der Wohnungsunternehmen.

Es ist Aufgabe des Bundes, der Länder und Kommunen, in gemeinsamer Kraftanstrengung mit der Wohnungswirtschaft für ausreichend angemessenen Wohnraum im unteren Preissegment zu sorgen.²⁰ Die Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung sind angehalten, die Wünsche der Nutzerinnen und Nutzer nach selbstbestimmten Wohn- und Lebensformen zu thematisieren und entsprechend zu unterstützen. Dabei ist die Kooperation aller Beteiligten von gegenseitigem Nutzen.

Armut als Mangel an Bildung und Arbeit

Der Anteil psychischer Erkrankungen im Arbeitsleben nimmt an Bedeutung erkennbar zu. Einer Analyse der DAK-Gesundheit²¹ zufolge entfielen 2014 knapp 17 Prozent aller Fehltage auf Depressionen, Angststörungen und andere psychische Leiden. Das ist ein Anstieg um knapp 12 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

Die Berichte diverser Krankenkassen verdeutlichen, dass unter den affektiven Störungen die Depressionen dominieren und diese Diagnose immer häufiger gestellt wird. So entfielen 2014 auf 100 DAK-Versicherte 112 Fehltage wegen Depressionen. Der Anstieg ist rasant; in den letzten zehn Jahren hat sich die Zahl der in Depressionen begründeten Fehltage mehr als verdoppelt.²²

Bei den Frühberentungen stehen psychische Erkrankungen an erster Stelle, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, von Neubildungen (Tumore) sowie Krankheiten des Kreislaufsystems.²³

Psychische Störungen sind mit vielfältigen Einschränkungen und Behinderungen im Bereich Bildung und Arbeit verbunden. Diese können je nach Art von Diagnose, Entwicklungsstufe und Entstehungszeitraum variieren und reichen von frühzeitigem Schulabbruch, keiner oder abgebrochener Ausbildung, Arbeitslosigkeit, verminderter Arbeitsproduktivität und niedrigerem Einkommen bis hin zu Frühberentung.²⁴ Umgekehrt hat der Erwerbsstatus jedoch erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Bei arbeitslosen Menschen ist die Morbiditätsrate zwei- bis dreimal höher als bei Menschen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen.²⁵

Von den verschiedenen möglichen Beeinträchtigungen während eines Studiums sind psychische Störungen mit 45 Prozent die am häufigsten auftretende, wie eine Befragung von 16.000 Studierenden ergab. Bei einem Viertel der Studierenden trat die studienerschwerende Beeinträchtigung erst nach Beginn des aktuellen Studiums auf. Schwierigkeiten mit zeitlichen Vorgaben, z.B. dem vorgegebenen Leistungspensum pro Semester oder der hohen Prüfungsdichte, zeigen überdurchschnittlich viele Studierende mit psychi-

schen Beeinträchtigungen.²⁶ 94 Prozent der an psychischen Störungen erkrankten Studentinnen und Studenten ist ihre Beeinträchtigung auf den ersten Blick nicht anzusehen. Dies wird von den Betroffenen als zusätzlich belastend erlebt, da sie häufig auf Unverständnis für die aus ihrer Krankheit resultierenden Einschränkungen in ihrem Lebensumfeld treffen.

Aus dem „Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen“²⁷ geht hervor, dass:

- ➔ 50 Prozent der Menschen mit chronischen psychischen Störungen im erwerbsfähigen Alter keiner Erwerbstätigkeit nachgehen,
- ➔ 20 Prozent in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) tätig sind,
- ➔ die Möglichkeiten zum Übergang von der WfbM zum allgemeinen Arbeitsmarkt unsicher und mit Risiken verbunden sind und in der Praxis derzeit nur für eine sehr kleine Gruppe betroffener Personen möglich ist,
- ➔ 15 Prozent der Betroffenen Hilfsangebote wie Tagesstätten in Anspruch nehmen,
- ➔ Menschen aufgrund psychischer Störungen im Durchschnittsalter von 50 Jahren – also etwa vier Jahre früher als Menschen mit somatischen Erkrankungen – wegen Erwerbsunfähigkeit verrentet werden.

Die Zahlen belegen im Umkehrschluss, dass nur circa 30 Prozent der Betroffenen in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt mit dem eigenen Einkommen zu bestreiten. Der überwiegende Teil ist auf Transferleistungen und materielle Unterstützung ihrer Familie angewiesen. Die „Wiedereingliederung“ nach längerer Krankheitsphase findet selten statt. Die Zunahme der Frühberentungen lässt eher darauf schließen, dass weniger rehabilitiert, sondern mehr ausgegrenzt wird. Die Exklusion aus der Arbeit führt neben dem Verarmungsrisiko auch zum Verlust von Sinnhaftigkeit und sozialen Kontakten.

Fazit

Aus psychischen Erkrankungen resultieren Verarmungs- und Ausgrenzungsprozesse. Aufgrund der negativen Auswirkungen auf die Betroffenen ergeben sich dringender Handlungs- und Verbesserungsbedarf in der Prävention, Früherkennung, Beratung, Behandlung und Betreuung von psychischen Störungen und Erkrankungen. Nur so kann Armut durch materielle Deprivation und soziale Ausgrenzung vermieden werden. Das Versorgungssystem ist – vor allem im ländlichen Raum – nach wie vor defizitär. Dies betrifft vor allem die ambulante Versorgung, Arbeitsmöglichkeiten, Wohnen und Freizeit. An den entscheidenden Schnittstellen stationär/ambulant/rehabilitativ behindern unterschiedliche Zuständigkeiten mehr, als sie fördern. Deshalb bedarf es der geregelten Koordination und Kooperation unterschiedlicher Hilfesysteme, um angemessene und lückenlose Behandlungs- und

Begleitungsangebote zu sichern. Auch die unterschiedlichen Lebensumstände und Bedürfnislagen der Betroffenen müssen ausreichend Berücksichtigung finden, um personenzentrierte Hilfen anbieten und die Behandlungsbereitschaft steigern zu können.

Da viele chronisch psychisch Kranke auf Grundversicherung angewiesen sind, muss der Regelsatz (analog Hartz IV) dringend angehoben und regelmäßig den steigenden Lebenshaltungskosten angepasst werden. Die gesellschaftliche Sensibilisierung für psychische Störungen und Erkrankungen muss mit geeigneten Maßnahmen verstärkt fortgesetzt und damit die Entstigmatisierung der Betroffenen gefördert werden. So muss die UN-Behindertenrechtskonvention mit Leben gefüllt werden, damit inklusive Prozesse selbstverständlich werden.

Anmerkungen

- 1 Im Beitrag werden die Begriffe psychische Störungen und Erkrankungen verwendet. „Die WHO prägte den Begriff der psychischen Störungen, da er im Sinne von Stigmatisierung wertneutraler ist als der Begriff der psychischen Erkrankungen und daher die Betroffenen weniger belastet.“ <http://www.seelischegesund.net/themen/psychische-erkrankungen> (zuletzt aufgerufen am 25.01.2016).
- 2 Wittchen, Hans-Ulrich, Jacobi, F.: Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland?, DEGS Symposium, Berlin, 14.06.2012, S.8.
- 3 Vgl. Robert Koch-Institut: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland DEGS1, Berlin, 2011.
- 4 <http://apk-ev.de/public/apk.asp?id=1&mod=User> (zuletzt aufgerufen am 25.01.2016).
- 5 AG Psychiatrie der AOLG, „Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektive, GMK-Bericht Psychiatrie, März, 2012, S. 5.
- 6 Statistisches Bundesamt, Statistik der schwerbehinderten Menschen, Wiesbaden 2014.
- 7 Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP): „Denkanstöße“, 2010, S. 19.
- 8 Robert Koch-Institut: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Wichtige Ergebnisse der ersten Folgebefragung (KiGGS Welle 1); Berlin, Juli 2014.
- 9 Vgl. <http://www.psychiatrie.de/bapk/kinder/befragung/> (zuletzt aufgerufen am 25.01.2016).
- 10 BpTK: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Herausforderung für Sozial- und Bildungspolitik, Berlin, 2007.
- 11 Vgl. Kölch, Michael: „Auf den Anfang kommt es an – Frühe Hilfen im Spannungsfeld zwischen Unterstützung und Prävention von Kindeswohlgefährdung“, Augsburg, 21.03.2013, abrufbar als pdf unter [http://www.psychiatrie.de/dachverband/veranstaltungen/dokumentationen/kindertagung2013/\(Stand 30.11.2015\)](http://www.psychiatrie.de/dachverband/veranstaltungen/dokumentationen/kindertagung2013/(Stand%2030.11.2015)).
- 12 Vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)-Positionspapier Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland, 12.09.2012; <http://www.dgppn.de/dgppn/struktur/referate/transkulturellepsychiatrie.html> (zuletzt aufgerufen am 25.01.2016).
- 13 AG Psychiatrie der AOLG, „Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektive, GMK-Bericht Psychiatrie, März, 2012, S. 27.
- 14 Starker Anstieg bei Demenzerkrankungen, Zeit-online, 25.08.2015; <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2015-08/demenz-alzheimer-erkrankung-heilung> (zuletzt aufgerufen am 25.01.2016).
- 15 BAG Wohnungslosenhilfe Positionspapier: Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen und Männern, Darstellung der Problemlagen und Handlungsbedarfe, 6./7.04.2006, erweitert 2008; http://www.bagw.de/media/doc/POS_08_Psychische_Erkrankungen_1.pdf (zuletzt aufgerufen am 25.01.2016).
- 16 Eva-Verena Kerwein, „Psychisch krank und wohnungslos – Wir müssen das Abrutschen in die Wohnungslosigkeit verhindern!“ ein Interview mit Prof. Dr. Joachim Salize, in : BAG-Straffälligenhilfe, 23. Jg. Heft 1/2015, S. 16-18.
- 17 Vgl. Friedhelm Kitzig, Suchtkrankheit und Armut, Landschaftsverband Rheinland et al., Köln, August 2011, S. 5-8.
- 18 Von Kardoff, Ernst: Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion psychisch kranker Menschen, in Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie Heft 4/2010, S.5.
- 19 Vgl. UN-Behindertenrechtskonvention, S. 29 u.S.44. http://www.behindertenbeauftragte.de/DE/Koordinierungsstelle/UNKonvention/UNKonvention_node.html (zuletzt aufgerufen am 25.01.2016).
- 20 Der Paritätische Gesamtverband hat sich dieser Aufgabe in einem fünfjährigen Modellprojekt angenommen. Ziel ist, in einem breiten Netzwerk innovative Ansätze inklusiver Wohnraumerhaltung und -gewinnung für Menschen mit psychischen Problemen zu entwickeln, an vier Modellstandorten in der Praxis zu erproben und im Versorgungssystem nachhaltig zu sichern. Mehr Informationen sind unter www.der-paritaetische.de/inklusion abrufbar.
- 21 Vgl. Krankschreibung: Depressionen erreichen Höchststand, DAK-Analyse: Krankenstand 2014 insgesamt leicht rückläufig; http://www.dak.de/dak/bundes-themen/Hoehchststand_bei_Depressionen-1565820.html (zuletzt aufgerufen am: 25.05.2016).
- 22 Ebenda.
- 23 Internetportal der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe): <http://www.gbe-bund.de> (zuletzt aufgerufen am: 25.01.2016).
- 24 Vgl. Wittchen, Hans-Ulrich: Psychische Störungen in Deutschland: Ausmaß und Größe des Problems und der Bezug zur Arbeitswelt, Vortrag Psychische Gesundheit 2030, Berlin, 24.09.2015.
- 25 Ebenda, S. 21.
- 26 Institut für Höhere Studien (IHS): Beeinträchtigt studieren. Datenerhebung zur Situation Studierender mit Behinderung und chronischer Krankheit 2011. Deutsches Studentenwerk, Berlin, 2012.
- 27 Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung, Berlin, August 2013, S. 388.