

***„Viele chronisch Kranke bleiben unsichtbar“ –
Barrieren für eine wirkliche Teilhabe –***

*Vortrag auf der Fachtagung des DGSP-Landesverbandes
Hessen im Marburg am 03.November 2016*

Gesperrt!? – Baustelle Teilhabe

Gliederung

1. Recht auf umfassende gesellschaftliche Teilhabe als Ziel der UN-BRK
 2. Dimensionen der Teilhabe
 3. Zum Paradox der Unsichtbarkeit psychischer Krankheit: die Unsichtbarkeit der vielen und die Sichtbarkeit der wenigen
 4. Gesellschaftliche Barrieren: Vorurteile, Stigmatisierung und ihre Folgen für Teilhabebarrrieren bei den betroffenen Menschen
 5. Barrieren im Versorgungssystem: Maßnahmekarrieren im ambulanten Ghetto
 6. Barrieren beim Zugang zum Arbeitsmarkt
 7. Vom SGB IX zum BTHG: Chancen und Probleme
 8. Probleme und Herausforderungen
-

UN-Behindertenrechtskonvention (2009): rechtliche Vorgaben und politische Zielsetzung

- **Ratifizierung der UN-BRK durch die Bundesregierung**
 - Umfassende, gleichberechtigte und chancengleiche Inklusion aller Menschen mit Beeinträchtigungen
 - Anerkennung der Heterogenität von Anfang an, d.h. keine Anpassung des „Eigensinns“ an die Normen der Mehrheitsgesellschaft
 - Abbau mentaler, rechtlicher und materieller Barrieren
 - Zugang zu Arbeit, Bildung, Gesundheit, Kultur, Freizeit
 - Gewährleistung von Würde, Menschenrechten, Selbstbestimmung und Schutz vor Diskriminierung
 - Maßnahmen gegen Diskriminierung (z.B. BGG; AGG)
 - Rechtsanspruch auf Behandlung und Rehabilitation (SGB IX)
 - angemessene Vorkehrungen (Gefährdungsbeurteilung DGUV)
 - Förderprogramme (z.B. BMAS Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft 2011; Initiative Inklusion des BMAS:2012; Reha-Futur)
-
- Aber: kein Recht auf Teilhabe an einem inklusiven Arbeitsmarkt (Art. 27 UN-BRK), jedoch Rechtsanspruch auf LTA-Leistungen₃

Dimensionen der Partizipation: Kriterien (index of inclusion) und subjektive Beurteilung

- **Teilhabe** im Sinne eines diskriminierungsfreien und chancengleichen Zugangs zu Bildung, Arbeitsmarkt, Sozialleistungen, politischer Partizipation, Kultur, Freizeit.
 - Problem: formale Rechte und Realisierung
 - „Angemessene Vorkehrungen“ z.B. i.S. AGG
 - Verbandsklagerecht (§ 63 SGB IX), wenig genutzt, hohe Hürden
- **Teilnahme** als aktives Bemühen um Beteiligung und als tatsächliche Partizipation:
 - Mit eigener Stimme sprechen, Selbstbestimmung, Beteiligung;
 - Voraussetzung: Enablement, Empowerment, Peer-Involvement
- **Teil-Sein** im Sinne erlebter Zugehörigkeit und Akzeptanz
 - soziale Einbindung im Sozialraum, Abbau von Vorurteilen
- **Teilhabe** im Sinne des Gebrauchtwerdens und der Chance des eigenen Beitrags zur Gemeinschaft (Reziprozität)
 - Fehlende Gelegenheitsstrukturen
- Die Entwicklung eines *Index of Inclusion bleibt Desiderat*

Die Zunahme psychiatrischer Diagnosen und die Unsichtbarkeit der betroffenen Menschen

- Während die Diagnosen psychischer Störungen steigen und neue Diagnosen eine Projektionsfläche für reale Befindlichkeitsstörungen, Stress und Erschöpfung vom burn-out bis zum Verbitterungssyndrom aufspannen, bleibt die Mehrzahl der betroffenen Mensch unsichtbar;
- Dies gilt auch für Menschen mit sehr langandauernden, immer wieder rezidivierenden und „wesentlichen“ Beeinträchtigungen mit Ausnahme der aktiven Selbstvertretungen (Psychiatriereferenzen, lokale Initiativen, Selbsthilfe, Angehörige)
- Mit Blick auf die Dimensionen der Teilhabe an zentralen gesellschaftlichen Bereichen sind Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen deutlich benachteiligt, wenig gesehen und politisch nur ein Randthema. Dies hängt unter anderem mit ihrer gesellschaftlichen Ausgrenzung (etwa vom Arbeitsmarkt) und mit ihrer schambehafteten Armutslage zusammen.

Zum Problemumfang: Psychische Störungen in Deutschland

(Quellen: DEGS-I-MH-Studie des RKI, Jacobi u.a. 2014)

- Geschätzte Gesamtprävalenz psychischer Störungen für 18- bis 79-jährige Erwachsene in Deutschland: 27,7%.
 - Angststörungen: 15,3%
 - unipolare Depressionen: 7,7%
 - Alkohol- oder Medikamentenkonsum: 4,7%.
 - Multimorbidität: 49,8% der Frauen und 36% der Männer hatten mehr als eine Diagnose; die häufigsten Diagnosekombinationen: „Angst- und affektive Störung“, „mehrere Angststörungen“ und „Angst- und affektive und somatoforme Störung“; hohe körperliche Komorbidität
- 12-Monats-Prävalenz psych. Störungen: 31,1% (ca. 15,6 Mio., davon 37 % Frauen, 25 % Männer); fast jeder Dritte im erwerbsfähigen Alter (Geda-RKI 2015);
- Ca. 40% der Betroffenen haben chronifizierte Erkrankungen
- Stationäre Behandlungen aufgrund psychischer Störungen: ca. 1, 2 Mio. 2014 (1994: 770.000, 2004: ca. 1 Mio.)

Zum Problemumfang: Frühberentung und Arbeitsunfähigkeit – gibt es eine reale Zunahme psychischer Krankheiten?

- Psychische Störungen stehen mit 43,1% an erster Stelle aller EM-Berentungen (1993 waren es nur 15,4%) (DRV-Bund 2015)
 - Ø Zugangsalter: 48 Jahre (Ø 54 J. bei körperlichen Krankheiten)
- Bei den AU-Tagen stehen psychiatrische Diagnosen 2014 mit 272 Tagen je 100 Pflichtversicherten auf dem zweiten Platz hinter MSK-Erkrankungen mit 465 Tagen ein (BKK 2015)
- Die Dauer psychisch bedingter Krankheitsfälle ist mit 39,1 Tagen 3x so hoch wie bei anderen Krankheiten (13,3 Tage)
- Zunahme psychischer Krankheiten im Zeitverlauf ist fraglich; als Gründe für die Zunahme der Diagnosen gelten vor allem:
 - genauere Diagnosestellung,
 - gestiegene Sensibilität
 - größere Veröffentlichungsbereitschaft der Klienten
 - verstärkte Medienpräsenz des Themas
- *Aber:* Zunahme arbeitsbedingter Stressbelastungen (BAuA 2012) im Wandel der Arbeitsformen

Die Unsichtbarkeit der Mehrzahl der Betroffenen: (berechtigte) Ängste vor Stigmatisierung

- ❑ Psychische Krankheit ist nicht sichtbar, aber diskreditierbar !
- ❑ Aus Angst vor Stigmatisierung: → Strategien des Stigma-Managements (kuvrieren, verleugnen): Sicherung der Informationskontrolle und Sicherung des Selbstbildes nach innen und außen
- ❑ Betroffene wollen als „normal“ durchgehen („passing as normal“ Erving Goffman, 1975)
- ❑ „Master-Status“: → Stigma als „zweite Krankheit“ (Finzen 2013)
- ❑ Verheimlichung: vor allem an der Schwelle der Chronifizierung und bei „leichteren“ psychischen Problemen
 - z.B. Verzicht auf BEM-Gespräche
 - Z.B. Verzicht auf Schwerbehindertenausweis
- ❑ Selbststigmatisierung: Wendung gegen die eigene Person und defensive Übernahme der psychiatrischen Diagnose
- ❑ Offensiver Umgang, Unterstützung in der Selbsthilfe setzt Strategien des Empowerment voraus und ist kein Selbstläufer ⁸

Vorurteile und Stereotype über Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen als zentrale gesellschaftliche Teilhabebarriere

- ❑ Vorurteile und Stereotype haben sich nur wenig verändert, besonders mit Blick auf Psychosen (Gewalt, Unberechenbarkeit; Selbstverschuldung: Sucht; Modell der „persönliche Tragödie“)
- ❑ Unterstellung von Simulieren (z.B. bei Depression, Fibromyalgie, ..)
- ❑ Ausdehnung des Stigmas auf Angehörige (Angermeyer u.a. 2012)
- ❑ Bei Bewerbungen: „gläserne Decke“, Umgehen der Beschäftigungspflicht seitens der Arbeitgeber
- ❑ Diskriminierung innerhalb des Systems (z.B. Berichte der ADS, Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen; Brückner 2015) und Nicht-Ernstnehmen des „Eigensinns“ von Psychosen (Bock 2014)
- ❑ Rückzug und Ängste der Betroffenen als Bestätigung des Krankheitsbildes (paradoxe Kommunikation): Wenn Betroffene „funktionieren“ heißt es: er/sie hat gerade eine gute Phase, wenn er/sie mal ausfällt, wg. Überlastung, dann wird dies wieder als Bestätigung der „Krankheit“ verstanden.

Strategien gegen Vorurteile, Stereotype und Stigmatisierung

- Informationskampagnen zur Bewusstseinsbildung mit unterschiedlichen Akzenten:
 - Vorwiegend kognitiv und auf Information gerichtet: *Open the doors*: gegen die Mythen von der Unheilbarkeit psychischer Krankheiten, die Gefährlichkeit, Unberechenbarkeit und Arbeitsunfähigkeit psychisch beeinträchtigter Menschen (Kampagnen „von oben“: Fachgesellschaften)
 - Anti-Stigma-Kampagnen „von unten“ , wie z.B. „Irre menschlich“ e.V. (Hamburg, Leipzig), Basta e.V. (München) , etc.. Betroffene wirken hier als authentische Botschafter/ -innen und Multiplikatoren, etwa in Schulen oder auch in Betrieben, etwa zusammen mit dem „Unternehmensforum Inklusion“. Wirkung durch emotionale und lebensweltlich-narrative Ansprache (+ Information).

„Psychisch krank“ und gesellschaftliche Teilhabe – klinische Diagnosen als Barriere

- Zusammenhang zwischen Diagnosen und Teilhabestörungen ist nicht linear und keineswegs bei allen Betroffenen gleich!
- ICF (International Classification of Function, Disability and Health): Zusammenspiel zwischen Funktionseinschränkung (z.B. mangelnde Konzentrationsfähigkeit) und Umweltfaktoren (z.B. Arbeitsanforderungen, etwa häufige Unterbrechungen)
- „Leichte“ u. „schwere“ Störungen als Systemherausforderungen
- *Schwere psychische Behinderungen*: ca. 1 – 2% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (18-64 J.) = 500.000 – 1.000.000 Pers.
 - (1) Diagnose (z.B. Schizophrenie, Bipolare Störung, PTBS, schwere Depression, Zwangs- oder Angststörung)
 - (2) Dauer/Behandlung: 2 oder mehr Jahre
 - (3) Beeinträchtigung nach Punktwerten entsprechend der **Global-Assessment-Functioning-Skala**

Mangelnde und nicht rechtzeitige Inanspruchnahme fachlicher Hilfen und ihre Gründe

- Nur ca. 40% der betroffenen Menschen nehmen professionelle Hilfe in Anspruch;
 - deutlich mehr Frauen als Männer, v.a. bei affektiven Störungen, Psychosen und somatoformen Störungen;
 - Ca. 70 % aller psych. Störungen werden hausärztlich behandelt
- ca. 50% der EM-Renten-Erstantragsteller wegen psychischer Probleme haben zuvor keine Reha in Anspruch genommen
- Späte Inanspruchnahme: bei ca. 50% beträgt die Latenzzeit bis zur Inanspruchnahme von Hilfen bis zu 5 Jahre
- Einige Gründe: Regionale Ungleichheiten im Zugang zu spezialisierten Behandlungsangeboten
 - Wartezeit: Erstgespräch bei Psychotherapeuten: ca. 12 Wochen
 - Wartezeit auf Psychotherapieplatz: zwischen 14 und 17 Wochen (Quelle: Nübling u.a. 2014).
 - Informations- und Beratungsdefizite

Barrieren im Versorgungssystem

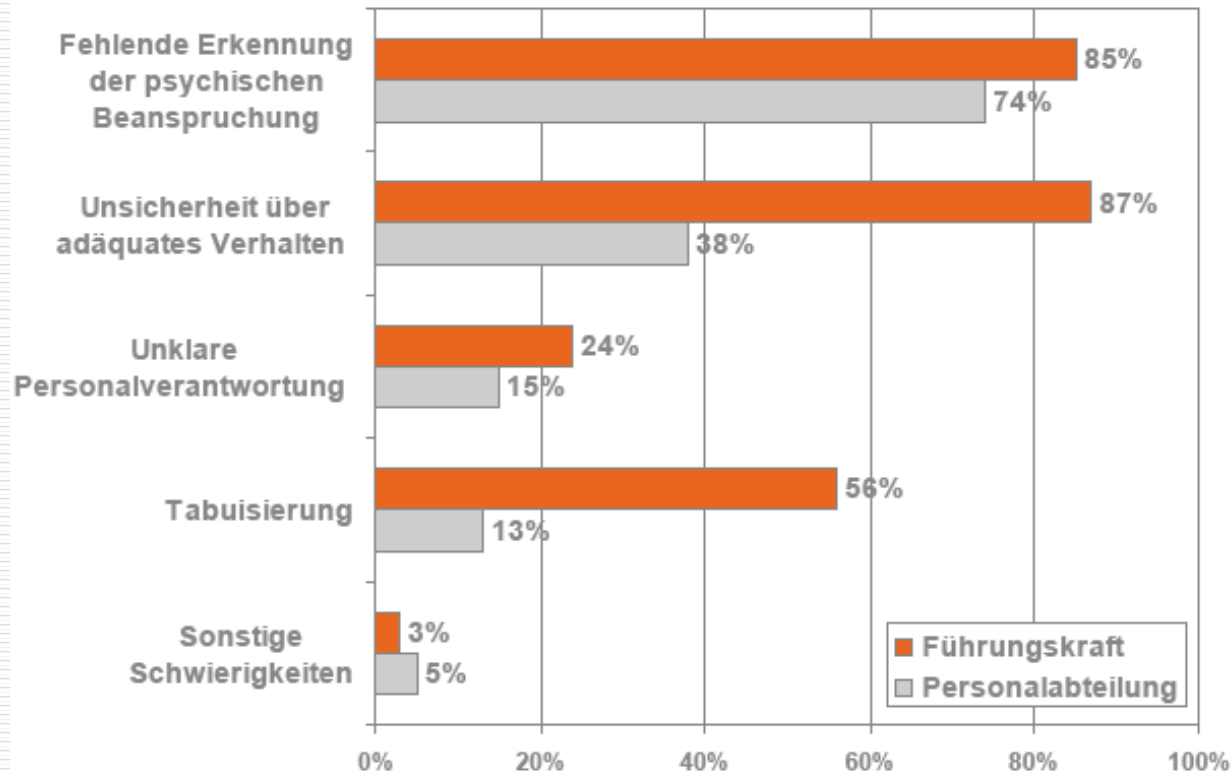
- ❑ Unübersichtlichkeit des Systems und der Zugangsvoraussetzungen
- ❑ Informationsmängel nicht nur bei den Patienten, sondern auch bei Fachkräften und bei den Kostenträgern (v.a. BA und Kommunen)
- ❑ Mangelnde Kooperation und Koordination und Konkurrenz
- ❑ Weitgehend fehlende wirkliche Einbeziehung/Partizipation der Patienten, ihrer subjektiven Sichtweisen und ihrer Selbstbestimmung
- ❑ Lange Wartezeiten bei Antragsbearbeitung (trotz SGB IX-Norm)
- ❑ Zuständigkeitsprobleme und Verschiebebahnhöfe bei der Bewilligung von Reha und Psychotherapie
- ❑ Zirkulieren im ambulanten Ghetto der Gemeindepsychiatrie, erlernte Hilflosigkeit und Stabilisierung von Abhängigkeiten
- ❑ Endlose Maßnahmekarrieren (Zuverdienst, RPK, BTZ, BFW) ohne klare Perspektiven
 - begrenzte Erfolge, wenig wissenschaftliche Evidenz
 - kaum vergleichende Wirkungsforschung
 - Erschöpfung und Resignation der Betroffenen

Barrieren in der Arbeitswelt: Vorurteile und Erwartungen – Wandel der Arbeitswelt – Situation der psychisch funktionseingeschränkten Mitarbeiter

- ❑ Vorurteile bei Bewerbungen: „gläserene Decke“
- ❑ Unsicherheiten im Umgang bei Vorgesetzten und Kollegen
- ❑ Ängste vor Mehrarbeit bei Kollegen (Schwache „mitziehen“)
- ❑ Erwartungen der Arbeitgeber an konstante Leistungsfähigkeit, Flexibilität, Konfliktfähigkeit, selbständiges Entscheiden, Vertretung von Kollegen, Arbeitsspitzen bewältigen
- ❑ Neue Anforderungen: Zeitdruck, Arbeitsorganisation (z.B. Unterbrechungen), Multitasking, Neue Technologien
- ❑ Wegfall von „einfachen“ Tätigkeiten und „leidensgerechten“ Arbeitsplätzen, Zunahme (ängstiger) Befristungen
- ❑ Gründe im Verhalten der Betroffenen: Geringere Belastbarkeit, höhere Vulnerabilität im sozialen Kontakt, Schwankungen in der Leistungsfähigkeit → Risiko vieler und längerdauernder Ausfallzeiten

Psychische Belastungen/Krankheiten im Betrieb aus Sicht von Führungskräften und Personalverantwortlichen

Welche der vorgegebenen Schwierigkeiten beim Umgang mit psychisch beanspruchten Mitarbeitern sind in Ihrem Unternehmen bislang aufgetreten?
(n= 187)



Quelle: DGFP 2011
(Dt. Ges. für
Personalführung)

Teilhabe psychisch kranker Menschen am Arbeitsleben: eine ausgewählte Bestandsaufnahme

-
- Nur ca. 50% der chronisch psychisch kranken Menschen sind erwerbstätig (Teilhabebericht der Bundesregierung BMAS 2013).
 - Hoher Anteil psychisch beeinträchtigter Menschen bei Erwerbslosen:
 - ALG-I Bezug: ca. 29 % (DGB 2010, S. 8) und
 - im ALG-II-Bezug : ca. 37 % (Schubert u.a. IAB-2013)
 - Verschiebebahnhof WfbM:
 - steigende Tendenz psychisch kranker „Quereinsteiger“: ca. 20% psychisch kranker Menschen arbeiten in einer der über 700 WfbMs (ca. 60.000 Personen)
 - WfbMs: größter Arbeitgeber für die Gruppe der „wesentlich behinderten“ (SGB XII) psychisch kranken Menschen
 - Nur Entgelt, keine Entlohnung,
 - keine zertifizierten Qualifikationen im BBB (Berufsbildungsbereich) der WfbM

Teilhabe psychisch kranker Menschen am Arbeitsleben - eine Bestandsaufnahme

- In den ca. 800 Integrationsbetrieben (§ 132 SGB IX) arbeiten ca. 10.500 Schwerbehinderte (mehrheitlich psychisch Kranke).
- In den 52 RPKs befinden sich ca. 1.700 Personen
 - Informations-, Beratungs-, Zuweisungsdefizite
- Ca. 15 % der Menschen mit chronischen bzw. chronifizierten psychischen Erkrankungen besuchen eine Tagesstätte
- Geringe Nutzung des Budgets für Arbeit (viele Stellen sind darüber nicht informiert, hoher bürokratischer Aufwand für die Betroffenen, Zusatzbelastung, keine Kostenerstattung für Budgetberatung)
- Geringe Nutzung der Unterstützten Beschäftigung (§ 38a SGB IX)
 - Problem Begrenzung auf max. 2Jahre
 - Geringe Flexibilität
 - Zu wenige Rehabilitationsmanager für diese Aufgabe

Kumulierte Risiken psychisch Kranker in Arbeits- und Lebenswelt – Armutsrisiken als Teilhabebehindernis

Im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung haben psychisch kranke Menschen

- ❑ ein doppelt so hohes Risiko, den Arbeitsplatz zu verlieren;
 - ❑ eine fast doppelt so hohe Erwerbslosigkeit (ca. 14%);
 - ❑ ein dreimal so hohes Risiko, verschuldet zu sein;
 - ❑ häufiger Mietrückstände (etwa jeder vierte Betroffene);
 - ❑ Befinden sich eher in prekären sozialen Lagen oder leben an der Armutsgrenze;
 - ❑ ca. 2/3 der Wohnungslosen haben psychische Krankheiten, d.h. etwa 200.000 Menschen;
 - ❑ ein dreifach erhöhtes Scheidungsrisiko
 - ❑ Kleinere Netze und stärker belastete soziale Netzwerkeinbindung
-
- ❑ → Stabilisierung der Abhängigkeit von der Kontrolle durch Institutionen (Sozialgeld, Hartz IV)

Vom SGB IX zum Bundesteilhabegesetz (BTHG) Perspektiven für Beschäftigung psychisch kranker Menschen

- Neuer Behinderungsbegriff im BTHG: § 2 (1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, **die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren** an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.
- Verankerung des Prinzips der Personenzentrierung
 - Fachlich: Hilfen aus einer Hand
 - Administrativ: §19 (Entwurf): Teilhabeplan verpflichtend
 - Zu individualisierend, Umfeldbezug nicht gesichert
- Ergänzende kostenträger- und leistungserbringerunabhängige *Teilhabeberatung* als *verpflichtendes* neues Angebot im BTHG: § 32 Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen; Förderung der Selbstbestimmung. (Ersatz für § 23 SGB IX, Servicestellen)

Vom SGB IX zum Bundesteilhabegesetz (BTHG): Perspektiven für Beschäftigung psychisch kranker Menschen

- Budget für Arbeit (§ 61 BTHG-Entwurf): alternative Fördermöglichkeit für werkstattfähige Personen:
 - Lohnkostenzuschüsse bis zu 75% (Integrationsamt[neu], Eingliederungshilfe), aber gedeckelt auf 40% des Durchschnittsverdiensts (Nachteil für gut qualifizierte Beschäftigte)
 - hohe Zugangshürde: DIA-AM-Diagnose
Werkstattfähigkeit/-bedürftigkeit und 2,5 Jahre Arbeit in WfBM; damit wird ein großer Teil betroffener Menschen von dieser Leistung ausgeschlossen
- Keine Verbesserungen bei der Unterstützten Beschäftigung (§ 38 a SGB IX wird zu § 55 BTHG), insbesondere bezogen auf Dauerhaftigkeit bzw. flexiblen bedarfsorientierten Einsatz (trotz wissenschaftlicher Evidenz in internationalen Studien)

Vom SGB IX zum Bundesteilhabegesetz (BTHG): Perspektiven für Beschäftigung psychisch kranker Menschen

- Vom Integrationsprojekt (SGB IX § 132) zum Inklusionsprojekt (BTHG § 215)
 - Schwerbehindertenausweis nicht mehr vorausgesetzt
 - Teilzeitbeschäftigung statt 15 auch 12 Std/Wo. möglich
 - Bis 30 % Schwb_Personen, damit bei Auftragsvergabe mit WfbMs gleichgestellt
- Notwendigkeit der Begleitung aus einer Hand: *ein* Ansprechpartner für die Betriebe und für die Betroffenen
 - Ausbau der Qualifizierung von Disability-Managern/-innen
- Keine Trennung von Platzierung und Begleitung durch IFDs

Zentrale Handlungsmaximen

*– nicht neu, aber immer noch gültig **

- Keine Erprobung ohne Förderung
- Keine Förderung, wenn nicht auch eine dauerhaft Beschäftigung angeboten werden kann
- Keine dauerhafte Beschäftigung, wenn keine ambulante Beratung und Betreuung vorhanden ist;
- Ausbau von Unterstützter Beschäftigung: erst platzieren, dann trainieren, besonders für langjährig Chronifizierte
- Dauerarbeitsplätze als notwendiger Nachteilsaus-gleich für chronisch psychisch Kranke, in Integrations-projekten sowie mit Hilfe Unterstützter Beschäftigung
- Bei psychisch kranken Menschen ist die berufliche Integration mit psychosozialer Begleitung im privaten Lebensbereich zu verknüpfen

* Schon zu Beginn der 90er Jahren z.B. von Arnd Schwendy gefordert

Variabilität, Durchlässigkeit und Reversibilität

- Angebote sollten sowohl in Richtung erster Arbeitsmarkt als auch in Richtung „geschützter“ Beschäftigung durchlässig sein
- Hilfen sollten flexibel zur Verfügung stehen und müssen meist auch nicht dauerhaft gegeben werden
- Entwicklung Arbeitsplatznaher Konzepte, um den Umgang mit psychischer Krankheit im Berufsleben als Teil einer Aufgabe der Bewältigung des „Vor-gegebenen“ begreifen zu helfen
- Berentung und ggf. freiwilliges soziales Engagement können im Einzelfall ein sinnvolles Inklusionsangebot sein; dennoch: EM-Renten: Sinnverlust, soziale Isolation, nur zu Beginn Entlastung, trotz Befristung; nur wenige Rückkehrer
- Möglichkeiten im Zuverdienst erweitern im Bereich zivilgesellschaftliches Engagement mit einem neuen Finanzierungsmodell

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

