

Szene

Teilhabe für chronisch psychisch kranke Menschen in Deutschland oder Die Sozialpsychiatrie und die Soziale Gerechtigkeit

Marcel Daum¹, Anja Höptner^{1,2},
Andreas Speck^{1,2,3}, Ingmar Steinhart^{2,4}

¹ Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

² Institut für Sozialpsychiatrie MV, An-Institut der Universität Greifswald

³ Hochschule Neubrandenburg

⁴ Stiftung Bethel, SB Bethel.regional

Hinführung

Durch die UN-Behindertenrechtskonvention, die zunehmende Verbreitung des ICF und das neue Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist „Teilhabe“ zu einem Schlüsselbegriff (sozial-)psychiatrischer Praxis avanciert. Das BTHG – wie im Übrigen auch das neue Pflegestärkungsgesetz III – greift normativ und konzeptionell auf den Teilhabebegriff zurück. Im Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) als neuem Finanzierungsgesetz von psychiatrischen Krankenhausleistungen taucht der Begriff noch nicht auf. Gleichwohl ist über die Teilhabechancen und -risiken psychisch erkrankter Menschen in Deutschland wenig bekannt. Weder im Bericht der Bundesregierung zu den Teilhabechancen von Menschen mit Behinderungen [1] noch in regionalen Aktionsplänen zur Inklusion (etwa in Mecklenburg-Vorpommern) sind die Belange von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen angemessen berücksichtigt worden.

Die größte Wissenslücke – bei gleichzeitigen nicht unerheblich steigenden Belastungen des Sozialleistungssystems – besteht bei der Gruppe der Menschen mit seelischen Behinderungen und einem Teilhabeleistungsanspruch im Rahmen der Eingliederungshilfe (EGH). Trotz der schwierigen

Datenlage wurde zum 1.1.2017 mit dem Bundesteilhabegesetz ein neues Leistungssystem eingeführt. Die Erhebung empirischer Daten zu den Teilhabechancen von Menschen mit wesentlich psychischen Erkrankungen vor der Gesetzesumstellung hat der Gesetzgeber versäumt; eine systematische Überprüfung, ob die Systemumstellung verbunden mit einer veränderten Finanzierungssystematik tatsächlich zu mehr Teilhabechancen für chronisch psychisch kranke Menschen führt, ist so erheblich erschwert.

Methodisches Vorgehen

Im Rahmen eines vom Land Hamburg und der Stiftung Bethel geförderten Pilotprojektes (www.BAESCAP.org, Teilprojekt C) wurde zunächst der Teilhabebegriff unter Bezugnahme des „Capabilities Approach“ konzeptionell entwickelt [2]. Auf dieser Grundlage entstand ein Fragebogen mit 190 Items, der darauf abzielte, die Teilhabebelastungen und -chancen bei Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen in der Eingliederungshilfe (EGH) abzubilden. Neben soziodemografischen Variablen und Standardinstrumenten aus der psychiatrischen Forschung wurden Fragen aus dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) mit Bezug zum Capabilities-Approach eingebunden, um so die Zielgruppe „Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen mit Eingliederungshilfebezug“ (EGH) mit Daten aus der Allgemeinbevölkerung (ABV-SOEP) abgleichen zu können. Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf diesen Vergleich (EGH vs. ABV-SOEP).

Stichprobe

Die Untersuchung wurde als Pilotprojekt in mehreren Bundesländern (Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Teilen von Westfalen, Baden-Württemberg: GPV Ravensburg) durchgeführt, da wir in diesen Regionen die Anbieter sozialpsychiatrischer Hilfen zur Unterstützung der Befragung gewinnen konnten. Die Zielgruppe für die Beantwortung eines so umfangreichen Fragebogens zu gewinnen, und zwar ohne die Unterstützung der MitarbeiterInnen aus den EGH-Maßnahmen, ist praktisch aussichtslos. Entsprechend wurden im Vorfeld der Befragung zeitaufwendige Informationsveranstaltungen durchgeführt, um

die Befragung vorzustellen und die Rolle der MitarbeiterInnen mit Blick auf die Motivation der KlientInnen zu klären. Die Fragebögen wurden in die Einrichtungen und Maßnahmen verschickt und jeweils eine verschlossene Wahlurne für die Abgabe bereitgestellt. Letztlich trugen die Bemühungen um die Motivierung der Zielgruppe Früchte: insgesamt wurden 6098 Fragebögen verteilt. 1897 Fragebögen (31 %) konnten ausgewertet werden. Diese Rücklaufquote schätzen wir als einen guten Wert ein, da die Befragung für die Zielgruppe keinen direkten Anreiz hatte und der Umfang des Fragebogens beträchtlich war. Auch waren die Befragungsthemen sehr sensibel. Damit haben wir rd. 1 % aller EingliederungshilfeempfängerInnen bundesweit (ca. 180 000 Personen nach BAGÜS 2014) erfasst.

Ergebnisse

Über die Unterschiede in Bezug auf die Rücklaufquoten (18–41 % je nach Verfügbarkeit von Ressourcen durch die Anbieter) in den verschiedenen Befragungsregionen hinaus, sind auffallend geringe bundesweite Differenzen hinsichtlich der grundsätzlichen Ergebnisse zu erkennen. Sowohl soziodemografisch als auch in Anbetracht der verschiedenen erfassten Konstrukte gleichen sich die verschiedenen Bundesländer trotz unterschiedlicher struktureller Rahmenbedingungen stark. Daher fokussieren wir hier den Gesamtüberblick über die Menschen im Eingliederungshilfeleistungsbezug in Deutschland insgesamt.

Der Vergleich unserer Befragungspopulation mit der Allgemeinbevölkerung (ABV-SOEP) im Hinblick auf die soziodemografischen Faktoren zeigt eine annähernd gleiche Geschlechterverteilung, die EGH-Gruppe ist tendenziell etwas älter und weist seltener einen Migrationshintergrund auf.

Große Unterschiede zwischen den Populationen zeigen weitere soziodemografische Faktoren: Sowohl die Anzahl von Kindern als auch von Kindern unter 18 Jahren ist bei der EGH-Gruppe deutlich geringer im Vergleich zur ABV-SOEP in Deutschland. Gleichwohl ist bedeutsam, dass immerhin 37 % der EGH-Gruppe Kinder haben, davon ist ein gutes Drittel unter 18 Jahre alt. Weiterhin sind die Befragten weit mehr als

doppelt so häufig ledig (67 % EGH vs. 29 % ABV-SOEP), aber auch mehr als doppelt so häufig geschieden (23 % EGH vs. 10 % ABV-SOEP). Letztlich besteht die prägnanteste Diskrepanz mit Blick auf den Anteil der Verheirateten, wo mit 5 % EGH gegenüber 58 % ABV-SOEP nur ein Bruchteil in dieser institutionalisierten Lebensform lebt.

Eine weitere Teilhabebeeinschränkung zeigt sich bei den Bildungsabschlüssen. Die EGH-Gruppe hat einerseits 4-mal so häufig keinen Schulabschluss (12 % EGH vs. 3 % ABV-SOEP) und andererseits nur ca. halb so oft eine Fachhochschul- oder Hochschulreife (17 % EGH vs. 31 % ABV-SOEP). Das Ausmaß der frühen Teilhabebeeinschränkung auf den weiteren biografischen Werdegang spiegelt sich ebenfalls in einem prägnant niedrigeren Berufsabschlussniveau der EGH-Gruppe wider. Die EGH-Gruppe ist doppelt so häufig ohne Ausbildung (41 % EGH vs. 18 % ABV-SOEP), auch die Wahrscheinlichkeit bei nicht vorhandenem Schulabschluss ohne Berufsabschluss zu bleiben, ist mit 87 % immens hoch. Bei genauerem Blick in die Daten der EGH-Gruppe fällt auf, dass die hohe Quote derjenigen ohne Berufsabschluss auch mit einer frühen Erstmanifestation der Krankheit einhergeht. So sind ca. 59 % dieser Teilpopulation vor dem 21. Lebensjahr, 30 % sogar vor dem 14. Lebensjahr erkrankt. Viele frühe Erstmanifestationen scheinen nicht so rechtzeitig und passgenau in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Jugendhilfe behandelt bzw. unterstützt worden zu sein, dass tatsächlich Schul- und Berufsabschlüsse erreicht werden können. All dies mündet am Ende in eine geringe Arbeitsmarktpartizipation: nicht einmal die Hälfte der Befragten ist erwerbstätig, sowohl regulär als auch geschützt, d. h. inklusive Werkstätten, wohingegen über zwei Drittel der Gesamtbevölkerung einer regulären Beschäftigung nachgehen (43 % EGH vs. 69 % ABV-SOEP).

Neben den erheblichen Zugangsbarrieren zu Bildung und Beruf zeigen sich auch bei der selbst eingeschätzten Gesundheit erhebliche Unterschiede. Nur ca. ein Viertel der EGH-Gruppe schätzen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut ein, während dies mehr als die Hälfte der Allgemeinbevölkerung tun. Neben der subjektiven Gesundheitseinschätzung ist auch die Komorbidität der EGH-Gruppe im Vergleich zur ABV-

SOEP-Gruppe deutlich erhöht: Bei jeder der jeweils 12 erfragten Erkrankungen (u. a. Schlafstörungen, Diabetes, Krebserkrankungen) wies die EGH-Gruppe eine signifikant höhere Komorbidität auf. Umgekehrt: Die Selbstausskunft, dass keine somatische Erkrankung vorliegt, gab die ABV-SOEP-Gruppe fast 4-mal so häufig an wie die EGH-Gruppe.

Diskussion

Die Diskussion um das neue Bundesteilhabegesetz wurde durch diverse Anspruchsgruppen von Menschen mit Behinderungen geprägt. Zu den Lebenslagen der Zielgruppe „Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen“, immerhin über 200 000 Personen mit Wohnunterstützung und/oder einem WfbM-Arbeitsplatz, war und ist die Datenlage extrem schlecht. Gleichwohl war es ein wesentliches Ziel, dass es nach der Gesetzesreform keinem Hilfeempfänger schlechter gehen sollte als vorher und dass es gleichzeitig keinen zusätzlichen Kostenschub geben dürfe. Betrachtet man aber die oben beschriebene aktuell prekäre Situation chronisch psychisch kranker Menschen in Deutschland, so gehen diese Zielsetzungen an der Realität vorbei. Der harte Kern der Sozialpsychiatrie, den die Psychiatrie-Enquete vor über 40 Jahren in besonderer Weise in den Fokus der Bemühungen stellen wollte, befindet sich immer noch abseits vom „Durchschnitt“ der Gesellschaft. Die Teilhabe ist deutlich eingeschränkt, die Lebenssituation gestaltet sich heute zwar überwiegend außerhalb von Großanstanalten, gleichwohl weiterhin prekär. Das zeigt auch das Fehlen von Partnern bzw. engen Sozialbeziehungen oder die negative Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands. Ob es primär ausreicht – wie im neuen Gesetz vorgesehen – die Personenorientierung zu schärfen und die Schnittstellen des fragmentierten Leistungssystems im Rahmen von Gesamtbehandlungsplänen und Teilhabekonferenzen zu minimieren, darf auf Basis unserer Daten bezweifelt werden. Es sind jetzt vor allem die vorrangigen Leistungs-/Reha-Träger gefragt: Ohne „frisches Geld“ und ohne „frische Ideen“ v. a. für neue integrierte Behandlungs- und Unterstützungskonzepte in der Kinder- und Jugend- sowie der Adoleszenten-Psychiatrie, in der Jugendhilfe sowie bei der Förderung

von Bildung, Arbeit und (Re)Habilitation, wird soziale Gerechtigkeit für den sog. „harten Kern“ nicht zu haben sein. Die neuen Möglichkeiten des PsychVVG zur sektorübergreifenden Versorgung und der § 11 des BTHG zur Förderung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation, könnten hierfür genutzt werden. Die Eingliederungshilfe sollte als „Reha-Träger“ sich früher als bisher in die Schaffung von Teilhabechancen „einmischen“, indem z. B. noch fehlende „Links“ im Rahmen des fragmentierten bundesdeutschen Sozialsystems durch eigene Leistungen rechtzeitig geschlossen werden. Neue Konzepte wie z. B. das Bildungs-, Reha- oder Wohncoaching in Anlehnung an Case-Management-Modelle und eine stärkere Recovery-Orientierung, könnten die Teilhabechancen möglicherweise verbessern. Unbedingt sollte für chronisch psychisch kranke Menschen eine bundesweite Teilhabeberichterstattung etabliert werden. Dass dies im Grundsatz möglich und nötig ist, zeigt diese Studie. Die Sozialpsychiatrie darf den „harten Kern“ nicht vergessen und muss sich weiterhin für soziale Gerechtigkeit an dieser Stelle engagieren.

Ingmar Steinhart, Greifswald
E-Mail: institut@sozialpsychiatrie-mv.de

Literatur

- 1 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Berlin; 2013
- 2 Steinhart I, Speck A. Der Capabilities Approach und die Sozialpsychiatrie. Optionen für die Analyse von Teilhabechancen und -barrieren. Sozialpsychiatrische Informationen 2016; 46: 4–8