

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe SKOS
Mitgliederversammlung
Donnerstag, 26. Mai 2011 in Baden

Referat

**Psychisch krank und arm –
eine politische Betrachtung**

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrter Herr Präsident, verehrte Amtskolleginnen und –kollegen, werte Damen und Herren



Psychische Krankheit und Armut – aus der politischen Optik betrachtet: Wie habe ich annehmen können, Ihnen heute meine diesbezüglichen Gedanken und Ausführungen darzulegen? Als kantonalen Gesundheitsdirektor fühle ich mich zwar für das Thema psychische Krankheit besonders zuständig und als Sozialdirektor ganz speziell für Fragen der Armut. Unter meinen kantonalen Regierungskolleginnen und –kollegen bin ich als bernischer Gesundheits- und Fürsorgedirektor einer der wenigen, der für beide Dossiers zuständig ist. Stillschweigend wurde angenommen – so vermute ich – dass meine Direktion die beiden Dossiers in enger Verschränkung bearbeite und ich deshalb prädestiniert sei, diesen Schnittstellenbereich politisch zu betrachten.

Dazu kommt sicher ein persönlicher Aspekt: Während Jahren begleitete ich in meiner Arbeit als Psychiater Menschen, bei welchen sich psychische Krankheit und Armut in vielfältiger Weise auswirkten und kombinierten. Mir fehlt also der praktische Bezug zum Thema nicht ganz. Es bleibt nun zu hoffen, dass ich Sie nicht enttäuschen werde...

* * * * *

Auch wenn ich für den Gesundheits- und den Sozialbereich zuständig bin, möchte ich einleitend doch festhalten, dass ich, um eine kohärente und wirkungsvolle Politik im Bereich des heutigen Themas entfalten zu können, auch gleich noch Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Gleichstellungs-, Bildungs-, Umwelt- und, *last but not least*, sicher Finanzdirektor sein müsste. Und dies nicht nur auf kantonaler, sondern auch auf nationaler Ebene – mindestens...

Sie sind sicher mit mir einig, dass dieser absolutistische Ansatz kein erstrebenswertes Szenario wäre. Damit will ich aber sagen: Die politische Arbeit an den Themen Psychische Krankheit und Armut – und dies gilt in gleichem Sinne auch für die praktische Arbeit – geht weit über die Politikfelder Gesundheit und Soziales hinaus. Bevor ich also inhaltlich ins Thema einsteige, kann ich bereits eine Feststellung machen:

Wollen wir für die Bevölkerungsgruppe, welche betroffen ist von psychischer Krankheit und Armut eine wirkungsvollere Politik machen, müssen umfassende Konzepte entwickelt werden, die verschiedenste Politikbereiche einbeziehen.

Ich bin mir bewusst: Es handelt sich um eine schwierige und anspruchsvolle Aufgabe, die nicht von heute auf morgen erfüllt werden kann. Es braucht dafür viel Engagement, Energie, Überzeugung und Ausdauer, es braucht Augenmass, einen pragmatischen Blick für das Machbare und Kenntnis unserer Möglichkeiten und unserer Grenzen.

* * * * *

Sequenz 1: Krank wegen Armut oder arm wegen Krankheit?

Angesichts der beschränkt verfügbaren Zeit möchte ich darauf verzichten, den Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit, Beeinträchtigung und Armut wissenschaftlich zu belegen. Es gibt dazu genügend empirische Untersuchungen und Berichte.

Aber in aller Kürze trotzdem ein paar Fakten zur Illustration des Zusammenhangs: 25% der Bevölkerung leiden unter psychischen Problemen; knapp 13% sind Arme und Armutsgefährdete.

Diese Zahlen sind besorgniserregend und stehen in engem Zusammenhang. Im Kanton Bern haben wir kürzlich mit unserem 4. Gesundheitsbericht gezeigt, dass in niedrigeren sozialen Schichten schwere psychische Störungen wie Schizophrenie und Depressionen klar häufiger vorkommen als im Bevölkerungsdurchschnitt.

Wir verfügen zwar über keine abschliessende Erklärung für diesen komplexen Zusammenhang, wir sind aber davon überzeugt, dass die Berücksichtigung der sozialen Lage Bestandteil jeglicher Strategie für die Prävention, die Früherkennung und die Behandlung psychischer Störungen werden muss.

Angesichts der sektoriellen politischen Sichtweisen und Zuständigkeiten kann jedoch entscheidend sein, ob wir meinen, dass

psychische Leiden arm machen, oder ob eher Armut zu psychischer Krankheit führt.

Je nach Antwort können wir zu anderen Schlussfolgerungen kommen und setzen entweder im Gesundheitssystem oder dann im Sozialsystem an.

Sicher ist, dass eine einseitige kausale Logik nicht weiterhilft, auch wenn Trends in diese Richtung zu erkennen sind. So entwickelt sich beispielsweise die biologische Psychiatrie rasant. Sie sucht für jede psychische Störung eine Antwort im Hirn und die Gefahr besteht, dass andere Faktoren in den Hintergrund gedrängt werden.

Und diese Haltung hat Auswirkungen auf die Versorgung. Versorgungsbereiche, welche meinen, DIE Antwort gefunden zu haben, brauchen sich nicht zu vernetzen mit anderen, brauchen keinen Austausch und keine Inputs von aussen.

Dabei brauchen wir etwas anderes. Dies zeigen uns die Geschichten vieler betroffener Menschen. Desintegrationsprozesse erstrecken sich über lange Zeiträume und sind charakterisiert durch wechselnde Phasen von Krankheit, Arbeitslosigkeit, soziale Krisen. Sie laufen nicht linear ab und halten sich nicht an politische, sozialversicherungsrechtliche und administrative Trennlinien.

Häufig stehen die Betroffenen während dieses Prozesses mit vielen Fachpersonen im Kontakt und nehmen viele Leistungen in Anspruch, oft jedoch ohne objektiv messbare Wirkung. Die Fachpersonen ihrerseits stehen untereinander allzu oft nicht im Kontakt,

Leistungen werden zu wenig koordiniert. Dabei wissen wir, wie hilfreich dies für alle Seiten wäre. Doch fehlen häufig Wille, Bereitschaft und Rechtsgrundlagen dafür.

Hinsichtlich unserer heutigen Thematik sind deshalb *Früherkennung, Frühintervention* und *Vernetzung* von grosser Bedeutung. Wir wissen, dass eine frühe, zielgerichtete und auf die Bedürfnisse der betroffenen Personen ausgerichtete Unterstützung – sei diese medizinischer oder sozialer Art – viel bewirken kann. Die Chance, Desintegration oder Chronifizierung zu verhindern steigt jedenfalls dadurch stark an.

Damit dies gelingt, muss jedoch bei den erwähnten Fachpersonen Wissen darüber vorhanden sein, wie mit den betroffenen Menschen umzugehen ist und darüber, wer in welcher Situation die wirkungsvollste Unterstützung bieten kann.

Somit komme ich zu meinem ersten Schluss: Wir brauchen mehr Vernetzung und Koordination und dies vor allem über die engen Bereichsgrenzen des Gesundheits- und des Sozialsystems hinaus.

* * * * *

Sequenz 2: Erwerbsarbeit als Schutzfaktor

Ich habe vorhin die Jahresprävalenz von 25% erwähnt. Wenn Sie im Saal eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe wären, dann hätte jede oder jeder Vierte von Ihnen im Laufe dieses Jahres ein ernsthaftes psychisches Problem. Doch die „Stichprobe“ hier im Saal ist eben nicht repräsentativ.

Wichtige „Schutzfaktoren“ sind hier besser vertreten als im Durchschnitt der Bevölkerung: Ich meine damit gute Ausbildung, Erwerbsarbeit mit einem vernünftigen Einkommen, funktionierende Beziehungen und soziales Netz, befriedigende Wohnsituation, aktive Freizeitgestaltung.

Besonders eingehen möchte ich in diesem Zusammenhang auf die Erwerbstätigkeit. Sie ist ein besonders entscheidender Faktor sowohl hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens als auch hinsichtlich der Armutsriskien. Erwerbstätigkeit verhilft zu sozialer Identität und Akzeptanz, sie stärkt Gefühle von Selbstwert, Kompetenz und

Nützlichkeit. Dazu unterstützt sie auch Genesungsprozesse bei psychischen Krankheiten, erhöht das Funktionsniveau und die Lebensqualität und so weiter. Da erzähle ich Ihnen nichts Neues, ich weiss es.

Erwerbstätigkeit ist auch ein Schutzfaktor gegen Armut, denn: Das Erwerbseinkommen ist die wichtigste Quelle der Existenzsicherung. Bei Personen im Erwerbsalter macht das Erwerbseinkommen 90% des Haushaltseinkommens aus. Erwerbsarbeit ist der Dreh- und Angelpunkt des Zusammenhangs zwischen psychischer Krankheit und Armut.

Aber auch diese Sache ist viel komplexer, als häufig angenommen. Ich erwähne in diesem Zusammenhang eine Untersuchung, welche bei KMU's in der Nordwestschweiz gemacht wurde. Diese Betriebe wurden gebeten, aus 9 fiktiven Stellenbewerbern eine Rangliste zu erstellen. Acht dieser fiktiven Bewerber hatten eine chronische Krankheit, waren aber laut Arzt dank Behandlung und Medikamenten stabil, 100 Prozent arbeitsfähig und zudem gut qualifiziert. Der neunte Bewerber war gesund, aber im Gegensatz zu den acht Behinderten weder besonders zuverlässig noch besonders leistungsbereit.

Was denken Sie, wie hat die Rangliste schliesslich ausgesehen? Die KMU's würden zuerst den gesunden, aber nicht sehr zuverlässigen und wenig motivierten Bewerber einstellen, danach die Bewerber mit einer chronischen somatischen Krankheit (Diabetes, Rheuma, Harnblasenkrebs und multiple Sklerose) und erst danach die Bewerber mit einer Depression, Schizophrenie und einer Alkoholabhängigkeit.

Zuerst würde also der nicht sehr zuverlässige Gesunde eingestellt, obwohl die befragten KMU im Rahmen der Untersuchung auch angegeben hatten, für sie sei Zuverlässigkeit das wichtigste Merkmal bei der Auswahl.

Das genau gleiche Ergebnis kam nun heraus, als die psychisch behinderten Menschen ebenfalls gebeten wurden, sich vorzustellen, sie hätten eine eigene Firma und sollten eine Rangliste der Bewerber machen. Die Betroffenen setzten sich auch auf die letzten Plätze, obwohl sie alle gerne arbeiten würden.

Die erwähnte Studie, die übrigens von der *Fachstelle für psychiatrische Rehabilitation* in Liestal gemacht wurde, bringt die Problematik von der Übernahme des

gesellschaftlichen Stigma durch die Betroffenen, deren grosse Selbstwertproblematik und Ängste auf den Punkt. Die Ängste liegen jedoch nicht nur bei ihnen, sondern auch bei den Arbeitgebern. Diese Ängste könnten überwunden werden, dies zeigte die Untersuchung auch, und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen würden eingestellt, wenn die Betriebe gezielt unterstützt und gecoacht würden.

Daraus möchte ich politisch ableiten: Der Arbeitswelt muss sowohl hinsichtlich der Verhinderung von Desintegration als auch der Ermöglichung von Integration von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Anstrengungen in diesem Bereich sind deutlich zu verstärken.

* * * * *

Sequenz 3: Nehmen eigentlich psychische Krankheiten zu?

Wenn es einen engen Zusammenhang zwischen psychischen Leiden und Armut gibt, ist auch wichtig zu wissen, was wir auf der Seite der psychischen Krankheiten zu erwarten haben. Wir müssen uns fragen, *wie viele Menschen heute unter einer psychischen Störung leiden und was künftig zu erwarten ist.*

Die Fachliteratur stellt fast einhellig fest, dass psychische Krankheiten in der Bevölkerung nicht zunehmen. Das mag der Alltagserfahrung widersprechen. Es muss aber unterschieden werden zwischen den Menschen, die psychisch krank sind und diejenigen, die psychische krank sind UND Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen.

Die Differenz zwischen den beiden Gruppen ist gross. Bei der ersten geht man von einem Viertel der Gesamtbevölkerung aus, der jährlich unter einer psychischen Störung leidet. Die andere Gruppe ist deutlich kleiner als 10%. Diese Gruppe wächst aber, weil einerseits immer mehr niederschwellige Angebote bestehen und parallel dazu auch die Popularisierung des Themas im Gang ist, was die Inanspruchnahme von fachlichen Leistungen erleichtert.

Trotzdem, während jeder Beinbruch – glücklicherweise – umgehend zu einer medizinischen Behandlung führt, werden heute noch viele Depressionen, Angststörungen oder Suchterkrankungen und sogar vereinzelt Psychosen nicht behandelt. In vielen Fällen bedeutet dies für die Betroffenen und Angehörigen grosses Leid.

Aus politischer Sicht wichtig ist: Wir müssen davon ausgehen, dass hinsichtlich psychischer Krankheiten ein beträchtlicher nicht gedeckter Bedarf an Dienstleistungen besteht. Die steigende Nachfrage weist darauf hin. Und wir müssen diese Herausforderung auch vor dem Hintergrund der langfristigen Konsequenzen psychischer Leiden anpacken.

* * * * *

Sequenz 4: Was tun wir denn im Kanton Bern?

Ich habe nun also einige aus meiner politischen Sicht wichtige Punkte erwähnt. Selbstverständlich gibt es weitere. Wenn wir der Komplexität unseres Themas und den Wünschen und Anliegen der betroffenen Menschen gerecht werden wollen, dann brauchen wir mehr Koordination, eine bessere Vernetzung, Unterstützungsmöglichkeiten, die früh ansetzen. Wir brauchen vermehrt Prävention und wir brauchen ebenfalls mehr Integration, insbesondere in den Arbeitsmarkt.

Sie mögen sich jetzt fragen, ob der Bernische Gesundheits- und Fürsorgedirektor vor allem spricht – was ja in den Augen vieler die Hauptbeschäftigung der Politiker ist – oder ob er auch konkret handelt.

Im letzten Teil meines Referates möchte ich Ihnen aufzeigen, was wir hinsichtlich psychischer Krankheiten und Armut im Kanton Bern unternehmen.

Die Armutsdiskussion hat im Kanton Bern eine grosse Bedeutung erhalten. Seit meinem Amtsantritt wurden zwei Sozialberichte erarbeitet, welche die Armut thematisieren, Fakten schaffen und so Licht ins Dunkle bringen. Verschiedene Risikogruppen und Risikofaktoren wurden untersucht und detailliert beschrieben.

Daraus haben wir konkrete Handlungsfelder abgeleitet. Der bernische Regierungsrat hat in seinen Richtlinien der Regierungspolitik 2011-2014 die Bekämpfung und Reduktion der Armut als Gesamtaufgabe bezeichnet. Er ist zurzeit daran, einen entsprechenden Massnahmenplan auszuarbeiten. Hiermit versuchen wir, eine ganzheitliche und nachhaltige Politik zu verfolgen.

Auch auf der Seite „Gesundheit“ verfassen wir bereits seit längerem regelmässig Gesundheitsberichte. Der letzte, 2010 erschienen, befasst sich mit dem Einfluss sozialer Determinanten auf die Gesundheit. Dabei wird in enger Verbindung mit der Sozialberichterstattung auch dem Thema des Einflusses der Armut auf die Gesundheit nachgegangen, ebenso wie den psychischen Krankheiten. Daraus werden, wie beim Sozialbericht, Handlungsfelder definiert und Strategien zu entwickeln sein.

Noch etwas konkreter werden wir bei der Planung des Versorgungsbereiches Psychiatrie. Hier geht es darum, die Grundsätze, welche ich während des Referates erwähnt habe, strukturell umzusetzen. Wir müssen die Frage beantworten, wie wir künftig, unter Berücksichtigung der weiterhin steigenden Nachfrage, eine Psychiatrieversorgung schaffen können, welche näher an den Menschen und regional gut vernetzt ist, welche schnell, flexibel und gemäss dem effektiven Bedarf, Unterstützung leisten kann. Eine Psychiatrieversorgung, welche die Chronifizierung möglichst vermeidet und die Integration fördert.

Auf der Angebotsebene heisst dies: Wir brauchen mehr niederschwellige, leicht erreichbare psychiatrische Angebote, in nicht stigmatisierender sondern normalisierter Umgebung. Wir planen deshalb beispielsweise die Stärkung der ambulanten und tagesklinischen regionalen Versorgung. Wir wollen möglichst flächendeckend aufsuchende Dienste einrichten.

Gleichzeitig sehen wir auch vor, die stationäre Versorgung vermehrt in die somatischen Spitäler zu verlegen. Die Zuständigkeit für die gesamte regionale Versorgung soll dann in nur noch einer Hand sein. Dies ist ein zentraler Punkt, damit Ansprechpartner und Zuständigkeiten klar sind. Im regionalen Netzwerk, zu dem auch die öffentlichen Sozialdienste gehören, ist die systematische Zusammenarbeit mit den verschiedenen Versorgungspartnern zu institutionalisieren.

* * * * *

Soweit also, sehr geehrter Herr Präsident, meine Damen und Herren, mein bescheidener Versuch, Ihnen aufzuzeigen, wie wir uns im Kanton Bern bemühen, einige pragmatischen politischen Erkenntnisse hinsichtlich der komplexen Verhältnisse zwischen psychischer Krankheit und Armut umzusetzen.

Ich hoffe, Ihnen somit einen kleinen Einblick in die Gedankenwelt und in das Handeln eines kantonalen Exekutivpolitikers gegeben zu haben. Ich hoffe ebenfalls, dass unsere heutigen Diskussionen dazu beitragen werden, unser sowohl politisches als auch fachliches Handeln im Dienste der Menschen zu optimieren, die jeden Tag die harte Realität des psychischen Leidens und der Armut erleben.

Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit.